

1 Zusammenfassung

Der Regierungsratsbeschluss 1146 vom 15. Juni 1999 beauftragt die Kantonalen Psychiatrischen Dienste, die psychiatrische Versorgung des Kantons zuhanden von Regierung und Landrat umfassend darzustellen und ihre künftige Entwicklung konzeptionell aufzuzeigen. Nach dem Psychiatriekonzept 1980 und der ersten Folgeplanung 1991 soll auch diese zweite Folgeplanung für die Weiterentwicklung in den nächsten 10 Jahren als Referenz dienen. Mit diesem Bericht kommt die Projektkommission für die Folgeplanung II diesem Auftrag nach.

Die Planung umfasst den gesamten Bereich der Psychiatrie und bezieht sämtliche an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Personen ein. Sie beschreibt den Bedarf von Menschen mit einer psychischen Störung nach Behandlung, Rehabilitation, Betreuung und Beratung und gibt Antworten, wie diesem über die Perspektive einzelner Einrichtungen hinaus fachlich und organisatorisch begegnet werden kann. Das Mitwirken von über 100 Fachpersonen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Behindertenwesens steht für die Breite, das Durchführen von gegen 20 umfangreichen Untersuchungen für die Tiefe und Bedarfsorientierung dieser Planung.

Die Planung orientiert sich an den Grundsätzen des Psychiatriekonzeptes von 1980 sowie an den gewachsenen Strukturen, unterzieht diese jedoch einer kritischen Prüfung und passt sie den neuen Entwicklungen an. Neben den Veränderungen des Faches berücksichtigt sie dabei auch veränderte politische, gesetzliche und ökonomische Gegebenheiten.

1.1 Allgemeine Lage der psychiatrischen Versorgung

Psychiatrische Krankheiten sind weit verbreitet. Viele brechen typischerweise im jüngeren Alter aus, beeinflussen die Gesamtbefindlichkeit eines Menschen, treffen in der sozialen Umgebung auf Rückweisung und zeigen chronischen Verlauf. Sie sind deswegen mit einem grossem Mass an sozialer Behinderung und reduzierter Lebensqualität verbunden und verursachen einen komplexen und langfristigen Hilfebedarf. Die Psychiatrie verfügt heute über vielfältige Mittel, psychisch kranken Menschen auch dort zu helfen, wo eine rasche Besserung oder vollständige Heilung nicht möglich ist. Sie ist bei der frühen Erfassung und langfristigen Behandlung auf die enge Zusammenarbeit mit allgemeinmedizinischen, sozialen und rehabilitativen Einrichtungen angewiesen.

1.1.1 Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen

Innerhalb eines Jahres machen 20-25% der Bevölkerung zumindest einmal eine psychiatrische Erkrankung durch. Dazu gehören kürzere Krankheitsepisoden und längerdauernde subakute Leidenszustände, die dank Selbstheilungskräften und sozialer sowie hausärztlicher Unterstützung bewältigt werden. Bei 5-10% der Bevölkerung besteht hingegen ein Bedarf nach psychiatrischer Fachbehandlung, das sind für den Kanton Baselland jährlich 13'000 bis 26'000 Menschen. Bei 2-3% der Bevölkerung handelt es sich um langfristige, schwere und sozial behindernde Erkrankungen - im Kanton rund 3'000 bis 5'000 Menschen. Etwa die Hälfte von ihnen ist aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und bezieht eine Rente der Invalidenversicherung.

Psychische Erkrankungen haben insgesamt nicht in grossem Masse zugenommen. Die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen ist kein Zeichen der neuesten Zeit: Eine von fünf Hausarzt-patientInnen, eine von vier SpitalpatientInnen und eine von drei PflegeheimbewohnerInnen le i- den an einer relevanten psychischen Erkrankung. Hingegen ist die häufigere Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung das Resultat vielfältiger Entwicklungen und überwiegend ein ge- sellschaftliches Phänomen.

1.1.2 Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung

Nur ein geringer Teil der Behandlungsbedürftigen sucht jedoch aktiv psychiatrische Fachbe- handlung auf, der grösste Teil wird in der hausärztlichen Praxis und im Allgemeinspital gese- hen. Von dort wird ein relativ geringer Anteil an die fachpsychiatrischen Dienste zugewiesen. Dabei gibt es keine Anzeichen, dass heute zunehmend Menschen mit leichteren Problemen psychiatrische Unterstützung suchen würden.

Diese Entwicklung wirft im einzelnen viele konkrete Probleme auf, ist jedoch insgesamt positiv zu werten: Die Psychiatrie hat die früher markante Unterversorgung psychisch Kranker abbauen können und wird dank des Aufbaus der ambulanten Versorgung weniger stigmatisierend wahr- genommen. War die Psychiatrische Klinik früher die einzige Institution zur Behandlung psy- chisch Kranker, so trägt sie heute noch 10% der gesamten Inanspruchnahme. Allgemein trägt schliesslich der gesellschaftliche Trend einer zunehmenden Professionalisierung von Hilfe, der im gesamten Gesundheitswesen wirksam ist, zur stärkeren Inanspruchnahme bei.

Damit ist knapp der geschätzte Minimalbedarf von 13'000 Fachbehandlungen gedeckt. Es ist mit einer weiteren Steigerung der Inanspruchnahme zu rechnen. Eine Überversorgung besteht mit Sicherheit nicht.

1.1.3 Allgemeine Lage der psychiatrischen Dienste

Die heutige psychiatrische Versorgung besteht aus einem abgestuften und funktionellen Netz von psychiatrischen und psychosozialen Angeboten. Dazu gehören neben den Kantonalen Psychiatrischen Diensten auch eine stark gestiegene Anzahl von Fachpraxen, die den grössten Teil der ambulanten Behandlungen leisten sowie eine gegenüber früher stark ausgebaute Ver- sorgung durch Einrichtungen der Altersversorgung und der Jugendhilfe sowie des Behinderten- wesens.

Der Ausbau der Versorgung hat in den letzten 20 Jahren zu einer fortschreitenden Differenzie- rung der Angebote für verschiedene Bedarfsgruppen geführt. Trotz nach wie vor gewichtiger Lücken ist die heutige Lage nicht mehr mit dem Stand zum Zeitpunkt des Psychiatriekonzeptes von 1980 zu vergleichen. Die Psychiatrie des Kantons Basel-Landschaft befindet sich mit ihrer sozialpsychiatrisch ausgerichteten, öffentlichen und privaten Versorgung überwiegend auf ei- nem zeitgemässen Entwicklungsstand.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste nehmen in der Gesamtversorgung eine gefestigte und akzeptierte Stellung ein und zeichnen sich durch eine mehrheitlich gute und koordinierte Zu- sammenarbeit mit den anderen Versorgungsträgern aus. Die privaten Träger verstehen sich seit jeher als wichtige Ergänzung zu den öffentlichen Diensten, erhoffen von diesen jedoch vermehrt fachliche Unterstützung.

1.1.4 Interkantonale Zusammenarbeit und Planungsprozesse

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft sind traditionell eng vernetzt mit verwandten Institutionen anderer Kantone. Die qualitative und quantitative Entwicklung ihrer Leistungen erfolgt in Abstimmung mit den öffentlichen und privaten Leistungserbringern, insbesondere der umliegenden, aber auch weiterer Kantone. Die KPD verfügen deshalb auf medizinischer, pflegerischer und betriebswirtschaftlicher Ebene über etablierte Kooperationen mit anderen Kantonen.

Durch den Prozess der Folgeplanung II konnten diese Kooperationen auf der operativen und planerischen Ebene noch intensiviert werden. In jeder Planungsgruppe arbeitete beispielsweise eine Fachperson aus dem Kanton Basel-Stadt mit und die Planung wurde mit den Leitungen der Partnerinstitutionen in Basel-Stadt besprochen.

Ein neuer, reger interkantonaler Austausch findet seit Abschluss der Folgeplanung II statt: Im Rahmen des Projektes „Psychische Gesundheit“ der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz und der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz wurde auf die national zur Zeit aktuellsten und ausführlichsten Planungs- und Evaluationsarbeiten des Kantons Baselland verwiesen.

Eine weitere Verstärkung der Zusammenarbeit mit Basel-Stadt ist vorgesehen in den Vorschlägen zur Forensik (Kap. 10), zur Rehabilitation (Kap. 6) sowie zur Betreuung von MigrantInnen (Kap. 5).

1.2 Grundlegende Entwicklungen und Planung

Die heutige Situation mit ihren Errungenschaften und Problemen ist im Rahmen allgemeiner übergeordneter Entwicklungen zu verstehen. Diese Entwicklungen prägen die Situation an verschiedenen Orten auf sehr ähnliche Weise und führen teilweise zu einer veränderten Gewichtung der gewachsenen Versorgungsgrundsätze.

1.2.1 Zentrale Unterstützung für dezentrale Angebote

Mit der fortgeschrittenen Dezentralisierung der Psychiatrie rückt heute auch eine problematische Seite in den Vordergrund: Wegen ihrer engen finanziellen Spielräume können viele dezentralisierte Einrichtungen keine eigene kontinuierliche Entwicklungsarbeit leisten, und ohne Anschluss an die Weiter- und Fortbildungsangebote der grossen psychiatrischen Institution KPD droht ihnen die fachliche Stagnation. Nach zwei Jahrzehnten bewusster Verlegung von Angeboten ins Lebensumfeld der Kranken wird in dieser Planung nun deren stärkere fachliche Verknüpfung mit den Kantonalen Psychiatrischen Diensten angestrebt.

1.2.2 Steuerung und Kompensation der Leistungslücken

Unter dem Einfluss der föderalistischen Strukturen und der erheblich verfeinerten Aufgabentrennungen zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden verschärft sich diese Problematik. Die ökonomisch motivierten Abgrenzungen der verschiedenen Leistungsträger erschweren die fach- und bedarfsgerechte Behandlung dort, wo im Rahmen langfristiger Verläufe die Zuständigkeitsgrenzen wiederholt überschritten werden. Besonders in denjenigen Bereichen, die sich aus der

medizinischen Versorgung hinausbewegt haben, ist dies ein generelles Problem. Psychisch kranke Menschen, die ausserhalb der engeren medizinisch - psychiatrischen Versorgung betreut werden, sind heute durch inadäquate Rahmenbedingungen vielfach benachteiligt.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste und der Kanton sind dort gefordert, wo eine fehlende fachliche Steuerung zu einer qualitativ unzureichenden Versorgung psychisch Kranker geführt hat. Es werden Massnahmen vorgeschlagen, welche die negativen Auswirkungen der Kompetenzausscheidungen kompensieren sollen.

1.2.3 Aufwertung der Sozialpsychiatrie als Verständnisbasis

Schliesslich führen diese personellen, institutionellen, gesetzlichen und politischen Auftrennungen auch zu einer fachlichen Verunsicherung: Einerseits hat sich die Psychiatrie insgesamt in den neunziger Jahren der somatischen Medizin wieder angenähert (Medikalisierung), andererseits tendieren die rehabilitativen und sozialen Versorgungsbereiche zu einer Abtrennung von der Psychiatrie (Demedikalisierung).

Es werden institutionelle und konzeptionelle Massnahmen entwickelt und es wird ein neues Organisationsmodell der Kantonalen Psychiatrischen Dienste vorgeschlagen, welches die allgemeinspsychiatrischen Teile bisher getrennter Versorgungsbereiche strukturell verbindet.

1.2.4 Integration der allgemeinen und spezialisierten Psychiatrie

In der Psychiatrie ist eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung des Fachgebietes im Gange. Diese wird sich auch ausserhalb der universitären Zentren noch weiter entwickeln. Die Psychiatrie ist nicht per se ein Spezialfach der Medizin, sondern sie ist in sich selbst zweigeteilt in einen zentralen allgemeinen Bereich und in spezialisierte Fachbereiche. Die Psychiatrie geht damit einen ähnlichen Weg wie seit geraumer Zeit die Innere Medizin. Die Planung zeigt, dass eine weitere Spezialisierung der Psychiatrie in bestimmten Bereichen notwendig ist. Die Gefahr liegt analog den Erfahrungen in der somatischen Allgemeinmedizin darin, dass die Allgemeinpsychiatrie nur als zweitrangiger Rest gesehen wird, der nach der Spezialisierung übrig bleibt.

Die Planung schlägt hier mit einer integrativen Neufassung von Grundversorgung und Spezialbereichen eine aktive Lösung dieses Problems vor, welches dem allgemeinen Teil der Psychiatrie ein spezielles Leistungsprofil zuweist.

1.2.5 Angebote für die „vergessene“ Mehrheit der PatientInnen

Im Kanton Baselland finden schwer und chronisch psychisch Kranke verschiedene, mehrheitlich qualifizierte Langzeit-Angebote vor, in denen sie gut betreut werden. Dies ist das - nicht selbstverständliche - Resultat langjähriger Bemühungen um eine adäquate dezentrale Versorgung der Schwerstkranken. Auch die sozial integrierten psychisch Kranken mit guten Ressourcen finden vor allem bei einer gegenüber früher deutlich erhöhten Zahl von niedergelassenen PsychotherapeutInnen Behandlungsplätze. Hingegen ist eine Unterversorgung auszumachen bei der steigenden Gruppe der noch teiltintegrierten, respektive schon teildesintegrierten PatientInnen. Die starke Zunahme dieser prinzipiell integrationsfähigen Patientengruppe, die sich auch in der Statistik der Invalidenversicherung niederschlägt, hat gesellschaftliche und ökonomische

Ursachen, trifft aber auf zu wenig dafür vorbereitete Versorgungsstrukturen. Damit wird das Potential dieser Gruppe, die über therapeutische und rehabilitative Perspektiven verfügt, zu wenig genutzt.

Vorgeschlagen werden institutionelle und konzeptionelle Massnahmen, welche sich vermehrt am spezifischen Bedarf dieser Gruppe ausrichten und eine frühere Erfassung, eine verbesserte Tagesversorgung sowie eine zielgerichtete Rehabilitation ermöglichen.

1.2.6 Engere Kooperation von Psychiatrie und Allgemeinmedizin

Der Grossteil psychisch erkrankter Menschen sucht die allgemeinmedizinische Versorgung, vor allem die hausärztliche Praxis, auf. Die Kooperation zwischen psychiatrischen und somatischen Diensten ist deswegen für jedes Versorgungssystem von entscheidender Bedeutung. Die sachlichere Betrachtung psychischer Störungen als Krankheiten, namentlich auch der Suchterkrankungen, ermöglichen heute eine stärkere Annäherung von Psychiatrie und somatischer Medizin.

Die Planung nimmt die Chancen dieser Entwicklung wahr und schlägt Massnahmen für eine kontinuierliche Präsenz psychiatrischer Dienste in den Spitälern sowie verschiedene neue Kooperationsformen zwischen den privaten somatischen und psychiatrischen Praxen vor.

1.3 Planung der einzelnen Bedarfsbereiche

Der Bericht handelt folgende Bereiche separat ab:

- Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie
- Psychiatrische Rehabilitation
- Alterspsychiatrie
- Substanzabhängigkeit
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Forensische Psychiatrie
- Ausbildung und Forschung
- Organisationsstrukturen der Kantonalen Psychiatrischen Dienste

Im folgenden werden die Hauptprobleme und zentralen Lösungsvorschläge gesondert für die einzelnen Bedarfsbereiche dargestellt. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge ist skizziert, um ein Bild zu geben. Zur Ausführung bedarf es noch der eingehenden Projektarbeit.

1.4 Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie

1.4.1 Problemstellung

Die Beanspruchung der psychiatrischen Dienste hat sich seit der Folgeplanung I vor 10 Jahren in der Art und im Ausmass stark verändert: Sie ist stetig steigend und zunehmend einseitig durch kurzzeitige Interventionen bei Krisensituationen gekennzeichnet. Die Anzahl der Notfallereignisse in die Psychiatrische Klinik hat sich in den letzten 10 Jahren verdoppelt, und der Anteil der PatientInnen mit sehr vielen Wiedereintritten ist deutlich gestiegen. Die Akutstationen der Psychiatrischen Klinik sind nahezu dauernd überbelegt und die Krisenintervention ist zur dominanten Behandlungsform geworden. Auch der von den Externen Psychiatrischen Diensten und den Fachpraxen geleistete ambulante Notfalldienst hat eine intensive Mehrbeanspruchung erfahren und sieht sich organisatorischen Problemen gegenüber.

Gleichzeitig wird nach wie vor der Grossteil behandlungsbedürftiger Menschen, der nicht durch akute Krisen auffällt, von den psychiatrischen Angeboten nicht erreicht. Diese PatientInnen werden hingegen in den hausärztlichen Praxen und in den Spitälern gesehen, wo sie eine überdurchschnittliche Beanspruchung verursachen und oft rein pharmakologisch behandelt werden. Aus psychiatrischer Sicht wird damit die Chance einer prognostisch günstigen Früherfassung psychisch Kranker verpasst. Die Problemlage in den Spitälern und in den hausärztlichen Praxen stellt sich dabei unterschiedlich dar:

In den Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal werden jährlich rund 1'700 PatientInnen mit einer relevanten psychiatrischen Problematik erkannt. Dies entspricht in der Grössenordnung etwa zwei Dritteln der jährlichen EPD-Kapazitäten. Allerdings führt die adäquate Wahrnehmung der psychiatrischen Problematik durch die Spitalärzte nur bei einem Viertel der PatientInnen zu einer fachpsychiatrischen Abklärung und Behandlung. Das ist einerseits ein Schulungs- und Zeitproblem, vor allem aber die Folge der fehlenden kontinuierlichen Präsenz psychiatrischer Fachkräfte in den Spitälern.

In den Hausarztpraxen in Baselland werden mindestens 20% der PatientInnen als deutlich psychisch krank wahrgenommen, doch auch hier wird nur einer von sechs PatientInnen gleichzeitig in einer psychiatrischen Fachpraxis gesehen. Obwohl heute eine beträchtliche Anzahl privater psychiatrischer und psychologischer Fachpraxen zur Verfügung steht, kommen Zuweisungen vor allem wegen der ungenügend etablierten persönlichen Kontakte und Modalitäten nicht zustande. Zudem zeigen sich in vielen hausärztlichen Praxen die Folgen der fehlenden praktischen psychiatrischen Schulung während der Assistenzzeit im Spital.

Neben dem Problem der mangelhaften Früherfassung führt die Zuspitzung der akuten kurzzeitigen Inanspruchnahme auch zu einer Verkürzung der Optik der psychiatrischen Behandlung: Die Nachsorge von Krisen und damit die Rückfallprophylaxe gerät aus dem Blickfeld. Davon betroffen sind insbesondere diejenigen Kranken, die lange einer gut koordinierten persönlichen Begleitung bedürfen. Eigentlich bilden die teilstationären Angebote die zentrale Verbindungsstelle von Akutpsychiatrie und Rehabilitation sowie von Klinik und Ambulanz. Sie wären die wichtigste Alternative zu Vollhospitalisationen, sind jedoch überlastet und verfügen über eine zu geringe Krisenbereitschaft. Der quantitative Bedarf nach den – geografisch sehr ungleich verteilten - Angeboten der Tagesversorgung kann bei weitem nicht gedeckt werden und die be-

stehenden Tageskliniken sind zuwenig ausgerüstet, um in beginnenden Krisensituationen schnell und aufsuchend reagieren zu können.

Des weiteren zeigt sich, dass die einzelne Fachpraxis sich nicht im Stande sieht, den vielfältigen Hilfebedarf dieser typisch sozialpsychiatrischen Klientel (chronischer Verlauf, soziale Desintegration, Nichteinhalten von Terminen, Koordinationsbedarf) zu decken. Auch die Externen Psychiatrischen Dienste sehen sich heute so vielfältigen Ansprüchen gegenüber, dass sie diese angestammte Klientel nicht mehr genügend ins Zentrum ihrer Bemühungen stellen können. Es ist aber diese umschriebene Gruppe der sogenannten „Heavy Users“, die einen deutlich überproportionalen Anteil der Klinikhospitalisationen verursacht.

Ein Problem von grosser zahlenmässiger Bedeutung und inhaltlicher Tiefe besteht schliesslich in der Behandlung von psychisch kranken MigrantInnen. Sie nutzen die allgemeinspsychiatrische und psychosoziale Versorgung infolge von Sprach- und Kulturbarrieren nicht oder inadäquat. Neben ungenügend vorhandenen und finanzierten Dolmetscherdiensten fehlen kultursensitive Behandlungskonzepte und fremdsprachige Fachkräfte. Der aktuelle Bedarf nach sprach- und kulturkundigen psychiatrischen Fachkräften ist unter Berücksichtigung des Bevölkerungsanteils der ausländischen Bevölkerung zahlenmässig an sich sehr hoch. Die Bedürfnisse sind in der Spanne von gut integrierten MigrantInnen und neu eingetroffenen Asylsuchenden sehr unterschiedlich.

Diese Probleme hängen zusammen: Die steigende notfallmässige Beanspruchung, die fehlende oder zu späte psychiatrische Erfassung in der medizinischen Primärversorgung und der geringe Ausbaustand der tagesklinischen Versorgung mit ungenutztem rehabilitativen und krisenintervenerierenden Potential und die ungenügende sozialpsychiatrische Rückfallprophylaxe. Neben einem organisatorischen Lösungsvorschlag, der die allgemeinspsychiatrischen Aufgaben der KPD definiert und die Kontinuität strukturell fördert (siehe 1.11.2), werden im einzelnen folgende zentrale Vorschläge gemacht:

1.4.2 Lösungsvorschläge

1) In den Kantonsspitalern Bruderholz und Liestal soll schrittweise je ein spitalpsychiatrisches Team installiert werden.

Die interdisziplinären Teams unterstützen die Pflegenden vor Ort, beurteilen und behandeln PatientInnen, leiten weiterführende Behandlungen ein und führen mit AssistentInnen und anderem Personal ein praktisches Teaching durch. In Absprache mit den Spitalleitungen sollen diese Teams projektweise eingeführt und wissenschaftlich evaluiert werden. Vom Vorschlag einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation an den Spitalern wird aus Kostengründen Abstand genommen und statt dessen die Absicherung einer geregelten, breiteren Nutzung der Kriseninterventionsstation der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel-Stadt über die Spitalliste vorgeschlagen.

2) Die psychiatrische Tagesversorgung soll ausgebaut werden und ihr Profil in Richtung Krisenhilfe und Rehabilitation verstärkt werden.

Im unteren Kantonsteil, vorzugsweise im Leimental, welches bisher über keine öffentlichen psychiatrischen Angebote verfügt, schaffen die Externen Psychiatrischen Dienste eine zusätzliche Tagesklinik, die mit der Beratungsstelle auf dem Bruderholz zusammenarbeitet. Die bestehenden Tageskliniken in Liestal und Münchenstein werden personell so ergänzt, dass sie eine aktivere Rolle in der Krisenintervention und aufsuchenden Betreuung sowie in der Rehabilitation garantieren können. Dazu bauen sie mobile Krisenequipen auf und profilieren die bestehenden Schwerpunkte der einzelnen Tageskliniken.

3) In der ambulanten Versorgung sollen die Kooperationen verbessert und die Nutzung des psychiatrischen Notfalldienstes vereinfacht werden.

Die Fachgesellschaften der psychiatrischen, psychologischen und hausärztlichen Praxen arbeiten in Form einer intensiveren lokalen Zusammenarbeit aus. Konkrete Vorschläge sind bereits in Arbeit. Die Externen Psychiatrischen Dienste übernehmen vermehrt die Betreuungskoordination bei chronisch kranken PatientInnen mit vielfältigem Hilfebedarf. Im Bereich der spezifischen Behandlungsmethoden für eine umschriebene Klientel sollen die Fachpraxen den Zusammenschluss zu privaten interdisziplinären Kompetenzzentren fördern. Die psychiatrische Notfallversorgung wird durch eine vereinfachte Regelung des ambulanten Notfalldienstes verbessert, indem die Externen Psychiatrischen Dienste neu zu den Bürozeiten sämtliche Notfallsituationen übernehmen.

4) Die allgemeinpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten soll mit einem Leistungsauftrag konsolidiert und weiterentwickelt werden.

Die Externen Psychiatrischen Dienste bauen ihren vorhandenen Schwerpunkt in der Behandlung fremdsprachiger PatientInnen aus und festigen ihn so, dass für die wichtigsten Sprachgruppen stets kundige MitarbeiterInnen zur Verfügung stehen. Dies geschieht in Kooperation mit den übrigen psychiatrischen Diensten, im Rahmen eines spezifischen Leistungsauftrags. Die administrativen Verfahren bei der Rekrutierung und späteren Niederlassung von ärztlichen und psychologischen Fachpersonen mit spezifischen Sprachkenntnissen sind nach Möglichkeit zu erleichtern.

1.5 Psychiatrische Rehabilitation

1.5.1 Problemstellung

Die psychiatrische Rehabilitation umfasst sämtliche psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialen und pflegenden Angebote und Leistungen zur Erhaltung, Entwicklung und Wiederherstellung von lebenspraktischen Fähigkeiten. Der Erfolg der psychiatrischen Rehabilitation misst sich an der individuellen Lebensqualität und - unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten und Einschränkungen - am Grad der erreichten Teilhabe am gesellschaftlichen und insbesondere beruflichen Leben. Die im Zuge der Dehospitalisierung in den letzten 20 Jahren geschaffenen rehabilitativen Arbeits- und Wohnmöglichkeiten ermöglichen einer beträchtlichen Anzahl psychisch kranker Menschen im Kanton ein Leben ausserhalb der Psychiatrischen Klinik. Dies ist gegenüber früher mit einem Gewinn an Lebensqualität verbunden.

Auf der anderen Seite sieht sich die psychiatrische Rehabilitation tiefgreifenden Problemen gegenüber: Das angestrebte Ziel der sozialen und beruflichen Integration wurde nicht in grösserem Umfang erreicht. Die Anzahl der psychiatrisch bedingten Invalidenrenten hat sich in den letzten 15 Jahren national etwa verdoppelt, psychische Krankheit ist die häufigste Berentungsursache überhaupt und eine Trendumkehr ist trotz im internationalen Vergleich tiefer Arbeitslosenzahlen nicht absehbar. Dieser drastische Ausgliederungsprozess bringt enorme volkswirtschaftliche Kosten und zeigt, in welchem schwierigen Umfeld sich die Psychiatrische Rehabilitation bewähren muss.

Die Rehabilitation im Kanton Baselland besteht denn auch hauptsächlich aus Langzeitbetreuung in geschützten Dauereinrichtungen des Wohnens und Arbeitens. Festzustellen ist eine gewisse Stagnation, die sowohl die individuelle Entwicklung der betreuten Menschen wie auch die fachliche Weiterentwicklung rehabilitativer Methoden generell betrifft. Der grössere Teil der in diesen Einrichtungen betreuten psychisch Kranken verharrt auf einem Lebens- und Leistungsniveau, das ihre vorhandenen Kapazitäten klar unterschreitet.

Im Kanton fehlen zielgerichtete rehabilitative Angebote und Methoden für Kranke, deren Behinderung noch eine teilweise oder volle Selbständigkeit erlaubt. Die Beratungen haben gerade in diesem Bereich überproportional zugenommen. Die geschützten Werkstätten sind kaum ein Sprungbrett für eine weiterführende Integration. Die vorhandenen rehabilitativen Angebote setzen zu spät ein, weil sie erst nach erfolgter Invalidisierung beansprucht werden können.

Die Ursachen der unbefriedigenden Lage liegen nicht in den einzelnen Einrichtungen, sondern in übergeordneten Entwicklungen: Die Aufgabenteilungen zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden einerseits und zwischen Krankenversicherung, Invalidenversicherung andererseits haben eine Vielfalt unkoordinierter Trägerschaften, behördlicher Zuständigkeiten sowie unterschiedlicher Rahmenbedingungen geschaffen. Institutionen ausserhalb des KVG-Bereiches sind von der professionellen psychiatrischen Fachentwicklung weitgehend abgeschnitten. Für die Koordination, Bedarfsplanung und fachliche Entwicklungssteuerung der psychiatrischen Rehabilitation ist kein Leistungsträger gesamthaft zuständig. Die einzelnen Einrichtungen haben keinen fachlichen Entwicklungsauftrag und sind auch personell nicht in der Lage, diesen zu leisten. Die Invalidenversicherung sieht ihre Aufgabe nicht als Motor für die Fachentwicklung, und auf kantonaler Ebene sind die Zuständigkeiten auf zwei Direktionen aufgeteilt.

Dies bringt mit sich, dass die Rehabilitation praktisch nicht als bedürfnisgerechte fachliche Gesamtleistung erbracht werden kann, sondern in meist unkoordinierte Teilprozesse zerfällt. Auf diesem Hintergrund sind insbesondere die berufliche Rehabilitation, aber auch Ansätze zu einem betreuten selbständigen Wohnen zu einem äusserst hindernisreichen Bemühen geworden, und die resignative Anpassung von Rehabilitanden und Personal ist nachvollziehbar. Dabei wären heute erfolgreiche Eingliederungsmodelle vorhanden. Die folgenden Vorschläge zielen deswegen mehr auf eine grundlegende Entwicklungsarbeit statt auf weitere Einzelmassnahmen, die derselben Problematik unterworfen wären.

1.5.2 Lösungsvorschläge

1) Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste sollen für psychisch Kranke die gesamte Zuständigkeit für Koordination, Bedarfsplanung und fachliche Entwicklungssteuerung der Rehabilitation und Behinderten-Betreuung übernehmen.

Gemäss ihrer im Spitaldekret aufgeführten Koordinationsaufgabe übernehmen die KPD die Zuständigkeit für sämtliche psychiatrischen Belange für Erwachsene, auch was die Behindertenhilfe betrifft. Die bisher im IV-Bereich zuständige Fachstelle für Sonderschulung, Jugend- und Behindertenhilfe der Erziehungs- und Kulturdirektion behält gemäss Absprache ausschliesslich die Aufgabe einer Verbindungsstelle zum Bundesamt für Sozialversicherung. Die Übernahme der Zuständigkeit für Planung und Steuerung ermöglicht der Psychiatrie die Entwicklung einer fachlichen Klammer über die dezentralen rehabilitativen Einrichtungen.

2) Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste sollen schrittweise eine Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation aufbauen.

Die neuen Zuständigkeiten verlangen eine institutionelle Basis, um die geforderten Funktionen übernehmen zu können. Zu den Hauptaufgaben dieser Fachstelle im planerischen und fachlichen Bereich gehören: Aufbau einer laufenden fachlichen Bedarfsplanung, Fortbildung, planerische und konzeptionelle Unterstützung der dezentralen Einrichtungen, Initiierung und Evaluationen von Pilotprojekten, Erarbeitung fachlicher Standards. Die Fachstelle hält kontinuierliche Kontakte zu Unternehmen, Verbänden, Versicherungen und IV-Stellen. Sie wird von einem Beirat unterstützt, in dem ein breites Spektrum betroffener Kreise vertreten ist. Die Fachstelle strebt für Forschung und Projekte eine Teilfinanzierung durch Drittmittel an sowie mittelfristig eine regionale Trägerschaft.

3) Der Kanton soll die Finanzierungslücke für Frührehabilitation vor IV-Leistungen schliessen.

Frühzeitige Rehabilitationsmöglichkeiten scheitern gerade bei jüngeren Kranken immer wieder daran, dass die Inanspruchnahme eines Angebotes die (langwierige) Abklärung und Feststellung einer zumindest 20prozentigen Invalidität durch die IV-Stelle voraussetzt. Diese Invalidisierung setzt ein falsches Zeichen und verhindert einen günstigen raschen Massnahmenbeginn. Der Kanton soll hier die Finanzierungslücke schliessen. Die Fachstelle kann dazu Kriterien erarbeiten.

4) Die Berufliche Integration in Betrieben der freien Wirtschaft soll systematisch evaluiert und gefördert werden.

Der Grundgedanke besteht darin, Rehabilitanden möglichst niedrigschwellig und schnell in einem normalen Betrieb zu platzieren und sie dann vor Ort mit professioneller Betreuung einzugliedern. Prinzipiell bestehen dafür schon jetzt Finanzierungsmöglichkeiten durch die IV, zudem sollen solche Arbeitsplätze auch bei bestehender Berentung genutzt werden können.

5) Die Wohnrehabilitation soll durch die Einbindung des begleiteten Wohnens in die allgemeinpsychiatrische Grundversorgung weiter entwickelt werden. Projekte für Freizeit- und Kontaktangebote sollen koordiniert aufgegriffen werden.

Das Wohnen in eigener Wohnung ist ein vorrangiges Bedürfnis der psychisch Kranken. Daher ist nach einem teilweisen Misserfolg eines Projektes auf einem Ausbau des begleiteten selbständigen Wohnens zu beharren. Dazu braucht es eine bedürfnisgerechte Konzeption mit viel Flexibilität. Eine individuelle Wohnbetreuung soll künftig als integrierter Teil einer sozialpsychiatrischen Nachsorge im Rahmen der allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung organisiert werden, verbunden mit den Teams der Klinik und der Tageskliniken. Damit wird einer Isolierung derartiger Projekte vorgebeugt.

Hinsichtlich der sozialen Isolation schwer psychisch Kranker und der ausserhalb der Kantonalen Psychiatrischen Dienste fehlenden niederschweligen Treffpunkte sind allfällige Projekte koordiniert und in Zusammenarbeit mit der vorgeschlagenen Fachstelle zu prüfen.

1.6 Alterspsychiatrie

1.6.1 Problemstellung

Mit der Zunahme der betagten Bevölkerung gewinnen mit den allgemeinen sozialen und gesundheitlichen Themen des Älterwerdens auch jene der Alterspsychiatrie an Bedeutung. Der enge Zusammenhang der Alterspsychiatrie-Planung mit den generellen Fragen der Altersversorgung darf aber nicht zum Anspruch führen, ein übergreifendes Konzept der Altersversorgung zu ersetzen, das im Kanton fehlt.

Vor allem wird die Zahl der Hochbetagten im Kanton zunehmen - um 50% bis zum Jahr 2020. Das wirkt sich im psychiatrischen Bereich besonders stark aus, weil sich die Häufigkeit von Demenzen vom 65. Altersjahr an alle 5 Jahre etwa verdoppelt. Trotz alterspsychiatrischer Anstrengungen der Externen Psychiatrischen Dienste und einem alterspsychiatrischen Schwerpunkt in der KPK und im KAL zeigt sich die alterspsychiatrische Versorgung weitgehend als weisser Fleck im Kanton.

Ebenso erscheint kritisch, dass weniger als 4% sämtlicher 800 Pflegenden in den Heimen über eine fundierte psychiatrische Berufserfahrung verfügt, und dass der Grossteil der Heime keine regelmässige Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Fachperson unterhält. Die Belastung des Pflegepersonals durch psychische Störungen der BewohnerInnen ist hoch. Der Wunsch der Pflegeleitungen, die sich von den HausärztInnen nicht immer genügend unterstützt fühlen, wäre denn auch eine intensivere fachliche psychiatrische Unterstützung. Ein Grossteil der betreuenden HausärztInnen stünde einer vermehrten psychiatrischen Unterstützung der Heime prinzipiell positiv gegenüber.

Auch die Spitex betreuen nach einer eigenen Einschätzung zu einem Viertel bis zu einem Drittel psychisch kranke alte Menschen. Deren Pflege wird, vor allem bei Demenzkranken, als fachlich überfordernd erlebt. Die Spitex wünschen sich entsprechende Fortbildung und Möglichkeiten eines vermehrten Beizuges von psychiatrischen Fachkräften.

Dem festgestellten grossen Bedarf nach vermehrten alterspsychiatrischen Leistungen stehen zwei grundlegende Probleme entgegen: Es fehlt eine übergeordnete Planung und konkret eine Art alterspsychiatrisches Dach über die verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereiche. Und es fehlt an psychiatrischen Fachkräften mit den nötigen alterspsychiatrischen Kompetenzen: Nur ein sehr geringer Teil der privaten psychiatrischen Praxen ist entsprechend spezialisiert, und auch in den Externen Psychiatrischen Diensten konnte ein solcher Schwerpunkt nicht genügend verankert werden. Die Planung schlägt in Anbetracht der Grössenordnung und Tiefe des Problems eine umfassende institutionelle Lösung vor.

1.6.2 Lösungsvorschläge

1) Innerhalb der Kantonalen Psychiatrischen Dienste soll ein Alterspsychiatrischer Dienst geschaffen werden.

Der Alterspsychiatrische Dienst unter Führung einer leitenden ärztlichen Stelle soll der Kantonalen Psychiatrischen Klinik, die schon über einen entsprechenden Schwerpunkt verfügt, unterstellt und im Kantonalen Altersheim stationiert werden. Dieser Dienst dient über die Kantonalen

Psychiatrischen Dienste hinaus für die gesamte stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung als Dienstleistungszentrum.

Um eine zweckmässige alterspsychiatrische Versorgungslinie aufzubauen, sollen das stationäre Angebot differenziert, das ambulante sowie teilstationäre Angebot ausgebaut und die Heime schliesslich mit einem regelmässigen Service unterstützt werden.

Für den stationären Bereich bedeutet dies, dass die Psychiatrische Klinik und das Kantonale Altersheim gemeinsam ein abgestuftes Angebot von Altersakut-, Rehabilitations- und Langzeitstationen schaffen - sämtliche unter Leitung des Alterspsychiatrischen Dienstes. Dazu wird das Kantonale Altersheim dahingehend umstrukturiert, dass es nur noch zur Hälfte Heimfunktion behält während die andere Hälfte Klinikfunktionen übernimmt. Diese Lösung ermöglicht es auch, dass in der Klinik benötigte akutpsychiatrische Betten freiwerden.

Die ambulante Versorgung wird durch neu zu schaffende ambulante, interdisziplinäre Equipen für den unteren und oberen Kantonsteil sichergestellt. Diese sind Bestandteil des Alterspsychiatrischen Dienstes und kooperieren eng mit den Externen Psychiatrischen Diensten. Die Equipen übernehmen die ambulante Abklärung, führen Konsilien und Behandlungen durch und bauen in einem weiteren Schritt aufsuchende Betreuungs- und Kriseninterventionsdienste auf, welche von PatientInnen, Angehörigen, HausärztInnen, Tagesstätten und Spitexdiensten abrufbar sind. Es geht keinesfalls darum, die bestehenden Betreuungen der Hausärzte zu ersetzen, sondern um deren fachliche Ergänzung.

Schliesslich hat der Alterspsychiatrische Dienst Aufgaben im konzeptionellen und fachlichen Bereich (Konzeption bedarfsgerechter Wohn- und Tagesbetreuungsangebote sowie von Angeboten für Angehörige u.a.) sowie Aufgaben in der Förderung des professionellen alterspsychiatrischen Nachwuchses und in der Fortbildung.

2) Es soll eine kantonale Fachkommission für Altersfragen - unter Berücksichtigung alterspsychiatrischer Fragen - geschaffen werden.

Das Fehlen einer kantonalen Planung und Steuerung der Altersversorgung wirkt sich gegenüber früher zusätzlich erschwerend aus, weil die Alterspflege nun ganz Sache der Gemeinden ist. Die kommunalen Instanzen sind hingegen speziell bei alterspsychiatrischen Fragen überfordert oder sehen sich nicht als zuständig. Das vorgeschlagene kantonale Gremium soll sich, beispielsweise in Form einer der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion zugeordnete Fachkommission, den Aufgaben einer laufenden Bedarfserhebung und -kontrolle, der Erstellung von Leitbildern und Standards, der Unterstützung der Gemeinden sowie der Information bei finanziellen, juristischen und Planungsfragen widmen. Dabei sollten alterspsychiatrische Fragen speziell berücksichtigt werden.

1.7 Substanzabhängigkeit

1.7.1 Problemstellung

Die heute etablierte Betrachtung der Sucht - genauer: "Substanzabhängigkeit" - als psychische Störung hat eine gemeinsame, gegenüber früher versachlichte Haltung zum Phänomen der Abhängigkeit ermöglicht. In der Behandlung Substanzabhängiger haben sich differenzierte Behandlungsmethoden medizinischer, psychologischer und sozialer Art durchgesetzt, die sich an der individuellen Problematik orientieren. Die Psychiatrie ist seit jeher prädestiniert, diese Vielfalt der Zugangswege konzeptionell zu integrieren. Diese Entwicklung rückt die Substanzab-

hängigkeit jedoch in den Kernbereich der psychiatrischen Versorgung und stellt diese angesichts der Häufigkeit vor neue Herausforderungen.

Eine Mehrheit der etwa 900 Opiatabhängigen wird durch die Methadonprogramme, die Heroingestützte Behandlung und weitere Angebote der Drogenberatung BL erreicht. Hingegen werden von geschätzten 19'000 Personen mit riskantem Alkoholkonsum lediglich etwa jährlich 5% durch die Alkoholberatungsstellen betreut - ein Wert, der die typische, nicht nur auf Baselland begrenzte, Unterversorgung Alkoholabhängiger zeigt.

Es handelt sich hierbei um das wohl folgenschwerste Beispiel einer defizitären psychiatrischen Früherfassung, die - neben der spezifischen Hemmung Alkoholabhängiger, sich in Behandlung zu begeben - auch auf eine gewisse Stagnation der Behandlungssysteme und -methoden zurückzuführen ist. Zwischen Erstkonsum und erstmaliger Behandlung liegen bei Alkoholabhängigen im Mittel 24 Jahre. Diese psychisch, sozial und medizinisch schädigende Latenz zu verkürzen muss als vorrangiges präventives Ziel gesehen werden. Momente, wo dies geschehen kann, sind wiederum der Spitalaufenthalt und die hausärztliche Behandlung. In den Medizinischen Kliniken wird Alkoholabhängigkeit nach den Depressionen als zweithäufigste psychiatrische Diagnose festgestellt. Aber zwischen den als spezialisierte Sozialdienste geführten Alkoholberatungsstellen und der medizinischen Seite bestehen erhebliche Kommunikations- und Schnittstellenprobleme, so dass die nötige gegenseitige Ergänzung für eine Früherfassung nicht zum Tragen kommt.

Was Cannabis betrifft, wertet man einen regelmässigen wöchentlichen Konsum insbesondere in der Adoleszenz als riskant. Der Cannabiskonsum ist in den letzten 10 Jahren massiv angestiegen, und die Schweiz liegt dabei im europäischen Vergleich hinter Dänemark an der Spitze. Generell zeigt sich bei den Jugendlichen eine Zunahme des Substanzkonsums: Für den Kanton Baselland ist von rund 4'000 Jugendlichen und Adoleszenten auszugehen, die einen problematischen Konsum von Alkohol und/oder Cannabis betreiben. In den vorhandenen spezifischen Institutionen wie der Drogenberatung BL oder den Alkoholberatungsstellen werden diese Jugendlichen aber kaum erfasst. Es bestehen noch keine erprobten Verfahren um diesem Problem zu begegnen.

Unabhängig von der konsumierten Substanz ist für die Bedarfsplanung der Grad der sozialen Integration der Abhängigen von Bedeutung. Hier zeigt sich, dass sozial (noch) integrierte Abhängige allgemein kaum erreicht werden und dass es für die sozial desintegrierten Abhängigen an aktivierenden rehabilitativen Strukturen fehlt, die beispielsweise im Bereich der Opiatabhängigen über eine reine Substitutionsbehandlung hinausgehen. In Bezug auf die stationären abstinenzorientierten Therapieeinrichtungen für Opiatabhängige ist schliesslich eine unbefriedigende Situation zu konstatieren. Diese Einrichtungen haben grosse Finanzierungsprobleme und sinkende Patientenzahlen.

1.7.2 Lösungsvorschläge

1) Teile der ambulanten Alkoholberatung sollen mit der Drogenberatung BL zu einem Psychiatrischen Dienst integriert werden.

Der Vorschlag umfasst die fachliche und organisatorische Zusammenfassung der staatlich subventionierten Alkoholberatungsstellen BfA (Beratungsstellen für Alkohol- und andere Suchtprobleme) und der kantonalen Drogenberatung DBL zu einem, den KPD unterstellten, Psychiatrischen Dienst für Substanzabhängigkeit. Der Zweck liegt in der fachlichen Perspektive: Ein

integrierter psychiatrischer Dienst bietet Gewähr, die Übergänge zwischen der medizinischen Versorgung und den Alkoholfachstellen zu verbessern, indem die medizinische Seite der Beratungsstellen gestärkt wird. Klares Ziel ist die verbesserte Früherfassung. Die Aufhebung der fachfremden Trennung von legalen und illegalen Substanzen bringt beiden Seiten Synergien und Impulse. Das privat getragene Blaue Kreuz wird in die fachliche Kooperation eingebunden, soll aber mit seinem jetzt schon spezifischen Profil selbständig bleiben. In einem ersten Schritt sollen die Beratungsstellen für Alkoholprobleme um einen ärztlich-psychiatrischen Pool erweitert werden. Als zweiter Schritt wird die eigentliche Zusammenlegung angesehen. Von den Beteiligten wird diese Integration zu einem Psychiatrischen Dienst für Substanzabhängigkeit als sinnvoll angesehen. Angesichts der Grössenordnung und des fachlichen Gewichtes des Versorgungsbereiches ist schliesslich auch der Ausbau zu einem eigenen chefärztlichen Bereich zu prüfen.

2) Es soll ein Interventionsprojekt zur Bedarfserhebung suchtgefährdeter Jugendlicher durchgeführt und evaluiert werden.

Für suchtgefährdete Jugendliche, die nicht Opiate konsumieren, fehlen spezifische psychiatrische Behandlungsangebote. Die vorhandenen Angebote werden von den Jugendlichen nicht freiwillig in Anspruch genommen. Da präzises Wissen um das Ausmass und die Art des Bedarfs nach psychiatrischen und therapeutischen Interventionen bei Jugendlichen nicht vorhanden ist, wird ein Interventionsprojekt mit einer gleichzeitigen Bedarfserhebung in zwei zu suchenden Gemeinden vorgeschlagen. Dazu werden Fachkräfte vor Ort (Schule, Ausbildungsstätten, Treffpunkte) Gruppenangebote durchführen. Die begleitende Evaluation hat zum Ziel, eine planungs- und praxisrelevante Datenbasis für spätere systematische Interventionen zu legen.

3) Die heroingestützte Behandlung der Drogenberatung BL soll mit einem tagesstrukturierenden Rehabilitationsprogramm für sozial desintegrierte Abhängige ergänzt werden.

Die qualitative Erweiterung der Versorgung für sozial desintegrierte Abhängige beinhaltet den, durch den Erfolg der heroingestützten Behandlung erst möglichen, Schritt von der Überlebenshilfe zum Aufbau der Lebensführung. Die Drogenberatungsstelle BL baut im Rahmen einer suchtpsychiatrischen Tagesklinik schrittweise ein tagesstrukturierendes Programm aus, das folgende Stufen mit progressivem Anforderungsprofil vorsieht: Aktivierung, Training in der Tagesklinik und schliesslich externes Arbeitstraining. Das Training der lebenspraktischen Fertigkeiten bezweckt langfristig eine verstärkte soziale und berufliche Einbindung der Abhängigen. Das Programm soll auch Abhängigen von anderen Substanzen offenstehen.

4) Der Kanton soll ein begrenztes Angebot der stationären Drogentherapie mit Leistungsvereinbarungen qualitativ verbessern und finanziell sichern.

Die Therapiestationen (Therapeutische Gemeinschaften) für Opiatabhängige sind in ihrer Ausrichtung konzeptionell zu überprüfen. In der Region wird eine gewisse Anzahl qualitativ hochstehender Therapieplätze benötigt, die bisher als einzige Abstinenz zum Ziel haben. Vorgeschlagen wird, dass die zuständigen Instanzen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft eine Defizitgarantie für eine gewisse Anzahl Plätze prüfen. Eine solche wäre dann mit einer Leistungsvereinbarung und qualitativen Anforderungen zu kombinieren. Auf dem Hintergrund der Integration legaler und illegaler Substanzen sind auch die Öffnungsmöglichkeiten für Alkoholabhängige zu prüfen.

1.8 Kinder- und Jugendpsychiatrie

1.8.1 Problemstellung

Die Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen hat in den letzten Jahren wie in der Erwachsenenpsychiatrie stetig deutlich zugenommen. Die psychiatrische Versorgung wird vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst gemeinsam mit den heute 13 kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen geleistet - in einem Netz von pädagogischen, pädiatrischen, therapeutischen, psychologischen, heilpädagogischen und sozialarbeiterischen Stellen, einschliesslich Vormundschafts- und Justizbehörden. Entsprechend ist das Interventionsgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht auf die psychiatrische Behandlung im engeren Sinne begrenzt, sondern umfasst auch stark Aufgaben im familiären, pädagogischen und institutionellen Umfeld. Die Abgrenzung der Zuständigkeiten ist dabei nicht immer leicht vorzunehmen.

Die allgemeine Gesundheitsförderung und Primärprävention gehören auch wegen der möglichen Stigmatisierung nicht zum Kernbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hingegen besteht in der Prävention bei Risikogruppen eine schon lange festgestellte spezifische Versorgungslücke betreffend Kinder psychisch kranker, insbesondere psychiatrisch hospitalisierter Eltern. Hier fehlt bisher eine systematisierte Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrischen Klinik und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst. Beim Vorgehen muss man sich allerdings der Angst der Eltern vor einer Intervention bewusst sein, und deshalb Hilfestellungen in erster Linie dort anbieten, wo ein entsprechender Wunsch auch besteht.

Ein umschriebenes Problem zeigt sich bei Jugendlichen, die gegen Ende ihrer Schulzeit oder bei Ausbildungsbeginn psychiatrisch schwer erkranken und deshalb nur mehr erschwert in die berufliche Ausbildung finden. Es gibt für diese Jugendlichen keine spezifischen rehabilitativen Angebote. Dies führt vor allem bei psychiatrisch hospitalisierten Jugendlichen zu unnötig langen Aufenthaltsdauern in den psychiatrischen Akutabteilungen, weil keine sinnvolle Nachfolgeinstitution gefunden werden kann.

Obwohl dem Thema des Kinderschutzes heute deutlich vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt wird und im Kanton Baselland schon 1991 eine interdisziplinäre Kinderschutzgruppe gegründet wurde, genügen die vorhandenen Strukturen den erhöhten Ansprüchen an eine regional koordinierte, vernetzte und interdisziplinäre Kinderschutzarbeit nicht mehr.

Die Zusammenarbeit mit Basel-Stadt ist im Zusammenhang mit zwei noch nicht abgeschlossenen Debatten zu betrachten: Einerseits um das UKBB, andererseits um die Struktur der Basler Kinderpsychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik (KJUP), die anlässlich der Nachfolge des abtretenden Leiters bearbeitet wird. Da viele Prämissen noch offen bleiben, können hier noch keine Lösungsvorschläge empfohlen werden.

Die Integration von kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen in das künftige UKBB ist das Hauptproblem, für welches vorläufig nur Modellvarianten vorliegen. Darüber hinaus wurde in Basel die Zusammenlegung von KJUP und KJPD in einer regionalen Universitätsinstitution gefordert. Diese Option wird von Baselland in keiner Weise favorisiert, brächte sie doch erhebliche Nachteile, wenn der gut integrierte KJPD aus dem Verband der KPD herausgebrochen würde.

1.8.2 Lösungsvorschläge

1) Die Kantonale Psychiatrische Klinik und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst sollen Standards zur Betreuung von Kindern psychiatrisch hospitalisierter Eltern erarbeiten.

In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe werden Kriterien erarbeitet, unter welchen Umständen Kontakte zwischen hospitalisierten Eltern und MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes als Standardmassnahme sinnvoll sind und wie sie mit Rücksicht auf die Situation der Eltern aufgenommen werden sollen. Darauf werden schrittweise geeignete Betreuungsmassnahmen umgesetzt.

2) Für Jugendliche soll eine kleine Rehabilitationsstation aufgebaut werden.

In der Nähe der Psychiatrischen Klinik soll eine Rehabilitationsstation für Jugendliche erstellt werden, welche durch eine längere schwere psychische Krankheit und psychiatrische Hospitalisation wesentliche Entwicklungsrückstände erlitten haben. Sie muss über eine 24-Stunden-Betreuung verfügen. Die Jugendlichen sollen lernen, die täglichen lebenspraktischen Verrichtungen wieder selbst zu erledigen. Weiter sind Beschäftigungsmöglichkeiten innerhalb der Kantonalen Psychiatrischen Dienste einzurichten. Während des Aufenthaltes werden Kontakte zu Schule und Ausbildungsstätte geknüpft.

3) Es sollen eine Projektstelle zum Aufbau eines Kantonalen Kindes- und Jugendschutzes sowie weitere Kinderschutzgruppen eingerichtet werden.

Analog zu anderen Kantonen wird ein kantonales Gesamtkonzept zum Kindes- und Jugendschutz erarbeitet, welches die vorhandenen Kinderschutzaktivitäten integriert und koordiniert. Eine aus VertreterInnen von Kinderschutzgruppen, Opferhilfe, Justiz, Medien, Gemeindebehörden, Schulen und Psychiatrie zusammengesetzte Arbeitsgruppe beantragte diesbezüglich bereits im Juni 2002 bei der Justiz-, Polizei- und Militärdirektion einen Kredit zur schrittweisen Umsetzung und Evaluation. Der Entwurf sieht die Schaffung einer Projektstelle, den Aufbau von drei weiteren regionalen interdisziplinären Kinderschutzgruppen im oberen und unteren Kantonsteil sowie im Laufental und schliesslich die Begleitung durch einen breit zusammengesetzten Fachbeirat vor.

1.9 Forensische Psychiatrie

1.9.1 Problemstellung

Das Spezialgebiet der forensischen Psychiatrie befasst sich mit dem Grenzbereich von Psychiatrie und Justiz. Es umfasst die verschiedenen Arten zivil- und strafrechtlicher Gutachten sowie die Betreuung und Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher in ambulanten und stationären Massnahmen sowie in Untersuchungshaft. Die Anforderungen an die forensische Psychiatrie sind in den letzten Jahren zahlenmässig und vor allem in ihren qualitativen Anforderungen deutlich gestiegen. Zudem steht dieses Spezialgebiet unter besonderer Beachtung der Öffentlichkeit.

Im Bereich der Gutachten genügen die Versorgungsstrukturen den Ansprüchen kaum mehr. Den Grossteil der forensischen Aufgaben, vor allem auf strafrechtlichem Gebiet, tragen die EPD und der KJPD. Private Gutachter werden mehr in anderen Rechtsfragen (namentlich Versicherun-

gerecht) gesucht. Allgemein können die Fristen für die Gutachten-Erstellung aus Kapazitätsgründen häufig nicht eingehalten werden, bei kinderpsychiatrischen und anderen Gutachten wurden Qualitätsmängel festgestellt. Das hat zur Konsequenz, dass die Gerichte Gutachten vermehrt zur Überarbeitung zurückweisen und Zweit-, respektive Drittgutachten anfordern. Ursachen dieser Situation liegen in der mangelnden Ausbildung zur medizinischen Begutachtung und vor allem darin, dass psychiatrische Institutionen Ausbildungsbetriebe sind. Dieser Umstand verhindert eine solide Etablierung forensischer Fachkompetenz, wenn sie nicht strukturell gesichert wird.

Im Kanton Baselland gibt es keine psychiatrische Einrichtung für die längere stationäre Behandlung von psychisch gestörten Rechtsbrechern, die einen mittleren bis hohen Sicherheitsstandard erfordern. Dies gilt für Untersuchungsgefangene wie für Personen im Massnahmenvollzug. Für diese müssen jeweils ausserkantonale Plätze gefunden werden, was mit einem grossen Aufwand verbunden ist, da solche Plätze nirgends garantiert sind. Eine eigene Spezialabteilung in der kantonalen Psychiatrischen Klinik wäre wegen der dafür zu geringen Zahl allerdings nicht sinnvoll. Im Bereich des stationären Massnahmenvollzugs mit niedrigem Sicherheitsstandard ist hingegen das Angebot, wegen der Möglichkeiten der KPK und der Kapazitäten im Arxhof, genügend.

Die ambulanten Massnahmen und Weisungen - in der Regel psychiatrische Behandlungen und Psychotherapien - die von den Gerichten ausgesprochen werden, bestehen Mängel bezüglich Qualitäts- und Sicherheitskontrollen. Probleme gibt es auch bei der Suche nach geeigneten TherapeutenInnen. Ausserdem erscheint deren Berichterstattung über den Verlauf der Massnahme oft mangelhaft.

1.9.2 Lösungsvorschläge

1) In den Externen Psychiatrischen Diensten soll eine umschriebene Fachstelle für Forensische Psychiatrie eingerichtet und mit einem Leistungsauftrag versehen werden.

Damit wird das bisherige Milizsystem in ein professionelles System mit personeller Konstanz überführt. Die Aufgaben einer Forensik-Fachstelle in den EPD betreffen die Verantwortung für das Gutachtenwesen inklusive Qualitätskontrolle, die fachliche Unterstützung der Verantwortlichen im Massnahmenvollzug und die eigene Betreuung von Untersuchungshäftlingen sowie stationären und ambulanten MassnahmepatientInnen. Dazu braucht es eine oberärztliche Stelle. Ein Teil der dafür nötigen finanziellen Mittel kann durch Mehreinnahmen bei den Gutachten und Verrechnung an die Justizbehörden gedeckt werden.

Als wichtige Funktion erscheint auch die Weiter- und Fortbildung in forensischer Psychiatrie. Darum ist eine volle Kostendeckung nicht vorzusehen.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst hat in der Zwischenzeit eine Oberärztin für forensische Belange angestellt.

2) Die Leistungen der forensischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik BS hinsichtlich komplexer Gutachten, Übernahme gefährlicher forensischer PatientInnen und Fortbildung sollen vertraglich geregelt werden.

Die Vereinbarung soll weiter die Übernahme von jährlich etwa 20 schwierigen strafrechtlichen Gutachten sowie Supervisions-, Beratungs- und Weiterbildungsaufgaben regeln. Aber die Kosten für eine eigene forensische Abteilung wären erheblich höher und wegen des zu kleinen kantonalen Bedarfs nicht gerechtfertigt.

1.10 Ausbildung und Forschung

1.10.1 Ausbildung

Ausbildung und Forschung sind die wichtigsten Instrumente der fachlichen Entwicklung und tragen so entscheidend zur Behandlungsqualität bei. In ihrer Ausprägung an den Kantonalen Psychiatrischen Diensten unterscheiden sich die beiden Bereiche allerdings beträchtlich: Das Ausbildungsangebot ist ausgebaut und differenziert, Forschung wird hingegen nur am Rande betrieben.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste nehmen im Rahmen verschiedener Reglemente für verschiedene Berufsgruppen Grundausbildung, Weiterbildungs- und Fortbildungsangebote wahr und sind dabei auch in verschiedene Kooperationen eingebunden. Besonders breit ist das Angebot in der Grundausbildung, wo sämtliche Dienste der KPD den Studierenden der Medizin, Psychologie, Pflege sowie der Sozialberufe jährlich rund 150 Praktika anbieten. Problematisch wirkt sich im Bereich der Grundausbildung hingegen die Reform der Pflegeausbildung mit dem Wegfall des spezifischen Ausbildungsganges zur Psychiatrischen Krankenpflege (PsyKP) aus, der durch spezielle Weiterbildungsbemühungen nur teilweise kompensiert werden kann.

Neben einem reichhaltigen und je nach Dienst inhaltlich auch unterschiedlichen Weiterbildungsangebot werden verschiedene Fortbildungen angeboten. Verbesserungsmöglichkeiten in der Fort- und Weiterbildung liegen in der psychiatrischen Basisschulung von somatischen ÄrztInnen. Hier sollte die Breitenwirkung noch verbessert werden.

1.10.2 Forschung

Anders als für die Ausbildung besteht für die Kantonalen Psychiatrischen Dienste bisher kein Forschungsauftrag. Forschung wird nur in den Externen Psychiatrischen Diensten, die 1991 eine sozialwissenschaftliche Teilzeitstelle eingerichtet haben, und im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, der zu Forschungstätigkeit verpflichtet ist, jedoch nicht über fixe Forschungsstellen verfügt, betrieben. Schon in der letzten Folgeplanung wurde allerdings konstatiert, dass dieser Mangel an Forschung langfristig dem Anspruch auf fachliche Entwicklung und Vertiefung und damit auf Qualität widerspricht.

Im Kanton Baselland ist ein grosses und stetig wachsendes ‚Patientengut‘ vorhanden, das Untersuchungen an grösseren Populationen ermöglicht. Zudem besteht ein grosses Potential an fachlichen Ressourcen und Erfahrungen bei den Fachleuten. Die Erfahrungen dieser Planung haben gezeigt, dass man mit praxisorientierten Untersuchungen versorgungsrelevante Erkenntnisse von unmittelbarem Nutzen gewinnen kann.

Forschung an den KPD kann in projektmässigen Kooperationen mit universitären und anderen Einrichtungen geschehen, sollte aber autonom bleiben. Eine strukturelle Unterordnung unter eine Basler Universitätsinstitution scheint zur Zeit nicht zweckmässig, da die angestrebte angewandte Forschungstätigkeit vor allem die hiesigen Fachleute und Praktiker miteinbeziehen soll.

1.10.3 Lösungsvorschlag

1) Es sollen die bestehenden personellen Ressourcen der KPD für Forschung aufgestockt, ein koordinierender Forschungsrat KPD gebildet und Forschung im Leistungsauftrag der KPD verankert werden.

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste erhalten einen Leistungsauftrag, kontinuierlich praxisorientierte Forschung zu betreiben. Mit einer kleinen personellen Aufstockung mit ca. 0.7 Stellen für wissenschaftliche Tätigkeit steht ein Kernteam zur Verfügung, welches auch weitere Mittel beschaffen kann. Die forschungsbezogenen Teilzeitstellen unterstehen den einzelnen Chefärzten, sollen neu aber für Forschungsvorhaben der gesamten KPD eingesetzt werden können. Die Koordination übernimmt dabei ein Forschungsrat, der die Projekte diskutiert und konkret unterstützt. Er sollte aus den Mitgliedern der Chefärztekonzferenz, externen Forschungsfachleuten sowie einer Vertretung der privaten Praxen zusammengesetzt sein.

1.11 Struktur der Psychiatrie an den KPD

1.11.1 Problemstellung

Die Planung hat einige übergeordnete Probleme gezeigt, die sich mit der künftigen Entwicklung voraussichtlich akzentuieren werden. Dazu gehört die zunehmende Differenzierung des Faches und die Spezialisierung der Angebote. Beispiele für diese Entwicklung, die sich in den verschiedenen Planungsbereichen unabhängig voneinander abgezeichnet hat, sind die genannten Vorschläge zur Schaffung eines Dienstes für Alterspsychiatrie, einer Fachstelle für Forensik, einer Fachstelle für Rehabilitation oder eines Dienstes für Substanzabhängigkeit. Was aber bedeutet dies für die Gewichtung der allgemeinen, nicht weiter spezialisierten Leistungen?

Andererseits verzeichnen die Dienste eine ständige Zunahme der Fallzahlen. Und dieser im Alltag vorherrschende Druck bewirkt eine Tendenz zum Abbau von Differenzierung, überinstitutioneller Vernetzung und Kooperation. Hier zeigt sich, dass die gewachsenen Strukturen der Erwachsenenpsychiatrie wohl stabil, jedoch zu vereinzelt und für sich organisiert sind.

Damit steht in Zusammenhang, dass in Meetings mit dem fachlichen Kader aus den verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen der KPD Kritik an mangelnden Förderstrukturen im Bereich der Fachentwicklung laut wurde. Insbesondere werden Möglichkeiten und Motivationen vermisst, über die einzelnen Dienste hinweg fachliche Entwicklungsarbeit zu leisten.

Zunehmende Differenzierung, Dezentralisierung und Wachstum stellen die KPD nun neu vor das Problem des inneren Zusammenhaltes und der Integration der verschiedenen Angebote und Leistungen. Die Kontinuität der Behandlung nimmt ab, wenn sich die Dienste zunehmend auf ihre eigene Perspektive beschränken müssen. Individuelle Bemühungen, die Kooperationen an den Schnittstellen - insbesondere an den Übergängen zwischen ambulantem und stationärem Bereich - zu verbessern, reichen angesichts der Dynamik der Inanspruchnahme nicht mehr aus. Mangelnde Kontinuität erhöht aber das Risiko von Behandlungsabbrüchen und führt wiederum zu einer Verstärkung der Inanspruchnahme.

Als sich diese Entwicklungen im Verlauf der Planungen immer deutlicher zeigten, wurde die Diskussion der Strukturen des Ressorts Psychiatrie der KPD nochmals aufgegriffen. Die fol-

genden Lösungsvorschläge beabsichtigen, die Organisationsstrukturen so anzupassen, dass die Versorgung sowohl die nötige Spezialisierung wie auch die Integration dieser Spezialisierungen leisten kann, dass sie eine verbesserte Kontinuität bietet und dem allgemeinen, nicht spezialisierten Teil der Versorgung eine tragende Funktion zuweist.

1.11.2 Lösungsvorschläge

In einem ersten Schritt wird vorgeschlagen, Allgemeinpsychiatrie als Grundversorgung zu definieren, welche die Integration der verschiedenen spezialisierten psychiatrischen Behandlungen und die Kooperation mit der somatischen Medizin als Hauptaufgabe hat. Während Spezialdienste meist eine gewisse Selektion beinhalten, ist die Zugangsschwelle zur Allgemeinpsychiatrie niedrig. Hauptfunktionen in der Grundversorgung sind insbesondere die Notfallbehandlungen und Kriseninterventionen, die Langzeitbehandlung und -betreuung inklusive Rückfallprophylaxe und die Betreuungscoordination. Die Unterscheidung in Allgemeinpsychiatrie und Spezialgebiete erlaubt eine Unterscheidung in unterschiedliche Versorgungsprinzipien und verhindert, dass die Allgemeinpsychiatrie schleichend zu einem zweitrangigen Überbleibsel spezialisierter Dienste wird. Die Versorgungsprinzipien einer allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung sind vielmehr ebenso spezifisch für diejenigen PatientInnen, die gerade diese Grundversorgung benötigen, beispielsweise chronisch psychisch Kranke. Auf der Basis eines solchen Verständnisses werden nun organisatorische Anpassungen vorgeschlagen:

1) Der Allgemeinpsychiatrie sollen bestimmte Teile der Kantonalen Psychiatrischen Klinik sowie der Externen Psychiatrischen Dienste zugeordnet und schrittweise als Behandlungslinie strukturiert werden.

Seitens der EPD sollen sämtliche sozialpsychiatrisch orientierten ambulanten Arbeitsbereiche und die Betreuung der fremdkulturellen Bevölkerung, die Tageskliniken sowie die vorgeschlagenen spitalpsychiatrischen Teams der Allgemeinpsychiatrie zugeordnet werden. Seitens der KPK sollen die meisten Akutabteilungen und die Rehabilitationsabteilungen mit allgemeinem Auftrag zur Allgemeinpsychiatrie gehören. Diese Angebote sollen nun in einem schrittweisen Prozess über die institutionellen Grenzen hinweg zuerst vorwiegend fachlich - vor allem in Bezug auf die Behandlungswege - und schliesslich organisatorisch auf einander bezogen werden. Damit erhält die Behandlungskontinuität vor allem auch die nötige *continuité de doctrine*.

2) Für eine bessere Übersicht sollen diese allgemeinpsychiatrischen Bereiche der KPD in einer sektorbezogenen Struktur gegliedert werden.

Hierfür bietet sich eine Teilung der KPK in zwei allgemeinpsychiatrische Sektorenbereiche an, die jeweils mit den allgemeinpsychiatrischen EPD-Strukturen im unteren und oberen Kantonsteil eng zusammenarbeiten. So wird die Kontinuität viel einfacher zu realisieren sein. Ein solches Modell wäre, ein entsprechender Planungsauftrag vorausgesetzt, genauer auszuführen. Dazu einige Hinweise: Bei den EPD wären kaum grössere organisatorische Änderungen nötig, hingegen bräuchte es in der KPK eine Strukturänderung, da die Trennung von Akut- und Rehabilitationspsychiatrie mehrheitlich zugunsten von geographisch definierten Allgemeinpsychiatrie-Bereichen aufgegeben würde. Hinsichtlich der Führungslinie von KPK und EPD sind keine Änderungen geplant. Hingegen benötigen die Allgemeinpsychiatriesektoren eine Instanz, die innerhalb der allgemeinpsychiatrischen Aufgaben jeweils für einen ganzen Sektor konzeptionell verantwortlich ist.

Eine wichtige Zeitmarke für strukturelle Änderungen in der KPK ist der Abschluss des Sanierungsprojektes "Haus 5". Der Vorteil der vorgeschlagenen Gliederung ist die Flexibilität im

Ausbau: Eine solche Struktur kann in Richtung weitergehender Modelle ausgebaut werden, sie kann so bleiben oder wieder in die bestehende Organisation zurückgeführt werden.

1.12 Priorisierung und Abfolge

Das Setzen von Prioritäten und Etappen der Realisierung ist wesentlich eine politische Aufgabe. Dieser Abschnitt greift die Frage aus fachlicher Perspektive auf. Vorausgesetzt ist die integrale Umsetzung des Bauprojektes 'Sanierung Haus A'.

Übersichtshalber werden hier nur die zentralen Vorschläge angeführt. Das bedeutet keineswegs, dass die Übrigen in der Realisierung hintanzustellen wären, sondern dass sich ihre Realisierung an diesen Hauptvorschlägen orientieren kann.

Die Überlegungen folgen mehreren Dimensionen, da die Komplexität der Planung eine Priorisierung nach einem einzigen Kriterium nicht zulässt. Als Prioritätskriterien waren zu beachten:

- Wie gross ist der Bevölkerungsteil, der davon profitieren kann? (Kriterium "Breite")
- Wie schwerwiegend ist der Versorgungsmangel, wie bedeutungsvoll ist das zu lösende Problem? (Kriterium "Tiefe")
- Trägt das Projekt dazu bei, den zunehmenden Bedarf nach psychiatrischen Leistungen am richtigen Ort aufzunehmen?
- Welches ist die strukturelle Bedeutung im vernetzten Versorgungssystem?

Im folgenden wird unterschieden zwischen direkten, indirekten sowie strukturellen Leistungen, die in der Priorität nebeneinander gestellt sind.

1.12.1 Direkte Leistungen an PatientInnen

Einerseits liegen Vorschläge vor, die einen institutionellen Aufbau/Ausbau mit einer wesentlichen Komponente direkter Leistungen an PatientInnen beinhalten und relativ umfangreiche Ressourcen erfordern.

1.12.1.1 Alterspsychiatrischer Dienst

Der Alterspsychiatrische Dienst erscheint hier als wichtigster und vordringlichster Vorschlag: Er ist vorgesehen, um die grösste festgestellte Versorgungslücke zu schliessen und bezieht sich auf einen grossen, weiter wachsenden Bevölkerungsteil. Auch fachlich bestehen hier Rückstände, die Massnahmen erforderlich machen. Zudem liegt der geplante Alterspsychiatrische Dienst an einer Schlüsselstelle der künftigen stationären Versorgung: Dank des Ausbaus einer Hälfte des Kantonalen Altersheims (KAL) Liestal zu alterspsychiatrischen Abteilungen mit Rehabilitationsfunktion, kann in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik genügend Platz für die Akutpsychiatrie geschaffen werden. Der Alterspsychiatrische Dienst entlastet und unterstützt zudem die kommunalen Heime wirksam.

Der Aufbau kann in Etappen über mehrere Jahre erfolgen, die ersten Schritte sind aber dringend zu realisieren. Planungen in Bezug auf das KAL sind bereits im Gang und ein erster qualitativer Ausbau ist dort per 2003 budgetiert. Nächste Etappen müssen anschliessen.

1.12.1.2 Ausbau Tagesversorgung

Grosse Priorität sollte dem Ausbau der Tagesversorgung in der Allgemeinpsychiatrie eingeräumt werden. Es besteht ein Bedarf, der die vorhandenen Plätze weit übersteigt, die PatientInnenwege sind für viele Kantonsgebiete zu weit, und mit den gegenwärtigen Ressourcen kann zu wenig Krisenintervention und Rehabilitation betrieben werden. Eine gut ausgebaute Tagesversorgung ist geeignet, die stationäre Akutpsychiatrie effizient zu entlasten.

Die zusätzlichen Ressourcen für die bestehenden Tageskliniken sollten in einer ersten Phase kurzfristig bereitgestellt werden. Der vorgeschlagene Aufbau einer dritten Tagesklinik benötigt naturgemäss einige Zeit, um die Lokalitäten bereitzustellen. Die Projektarbeit (Suche des Bauobjektes) sollte daher möglichst rasch beginnen.

1.12.1.3 Spitalpsychiatrie

Aus fachlicher Sicht hat auch der Aufbau der Spitalpsychiatrischen Teams an den Kantonsspitalern hohe Priorität, es handelt sich zudem um ein nicht umgesetztes Postulat aus der ersten Folgeplanung. Der Bedarf ist von Seiten der Medizinischen Kliniken klar deklariert. Man müsste dort eine grosse Zahl von psychisch Kranken und Gefährdeten zur Frühabklärung und -Behandlung erfassen und zuweisen, was die gegenwärtige Konsiliarorganisation bei weitem nicht leisten kann. Von grosser Bedeutung ist auch die Ausbildung der ÄrztInnen und Pflegenden im Umgang mit psychisch kranken Menschen. Damit sollen diese Teams eine wesentliche Rolle an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und somatischer Medizin einnehmen und mit rechtzeitiger Intervention zur Prophylaxe beitragen.

Zur Ausführungsreife ist noch Projektarbeit nötig, entsprechende Aufträge sollten kurzfristig erteilt werden.

1.12.1.4 Forensische Psychiatrie

In der Forensischen Psychiatrie wurde eine empfindliche Mangelsituation festgestellt. Sie betrifft die Kapazität zur Erstellung von Gutachten und deren professionelle Qualität, sowie die stationäre Unterbringung von Häftlingen mit hohen Sicherheitsanforderungen. Die gegenwärtige Situation wird schon seit längerer Zeit als strukturell unhaltbar beurteilt, daher ist hier dringender Handlungsbedarf.

Der Vorschlag geht in zwei Richtungen:

- Aufbau und Sicherung der Kompetenz in den EPD durch Leistungsauftrag und Stellenteilung. Dies sollte möglichst rasch umgesetzt werden.
- Reservation von Leistungen der Forensischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel-Stadt (PUK) Basel als Zentrumsinstitution: Bereitstellung von wenigen stationären Plätzen sowie ein Rahmenauftrag zur Erstellung schwieriger Gutachten. Verhandlungen mit Basel-Stadt sind dazu sehr dringlich.

1.12.1.5 Stationäre Rehabilitation für Jugendliche

Der Vorschlag einer Rehabilitationsstation für Jugendliche betrifft ein sehr spezifisches Anliegen eines relativ kleinen Personenkreises. Hier ist aber eine klare Versorgungslücke ausgemacht. Verfehlte Rehabilitation im jungen Alter verschlechtert die Chancen für die ganze Dauer eines erwachsenen Lebens. Daher trifft der Vorschlag ein inhaltlich wichtiges Anliegen.

Es ist noch zu prüfen, ob dieses Angebot regionale Geltung haben soll. Die Realisation hängt von geeigneten Lokalitäten ab, die zuerst gesucht werden müssen.

1.12.2 Indirekte Leistungen an PatientInnen

Auf einer zweiten Ebene liegen Vorschläge mit einem beschränkten institutionellen Aufbau/Ausbau, der neben direkten Leistungen hauptsächlich eine indirekte Wirkung durch verbesserte Fachlichkeit zum Ziel hat.

1.12.2.1 Fachstelle für psychiatrische Rehabilitation

Aufgesplitterte Kompetenzen, zu wenig fachliche Entwicklung in isolierten Einrichtungen und verbreitete Stagnation bewirken, dass viele psychisch chronisch Kranke beziehungsweise Behinderte wohl versorgt sind, aber beruflich ausgegliedert und generell in der Lebensführung zu stark von Hilfe abhängig bleiben. Dies ist ein Hauptproblem in der Versorgung, berührt eine grosse Zahl von Betroffenen (Behinderte und Angehörige) und bedeutet Einbussen in der Lebensqualität auf sehr lange Frist, sowie riesige Kosten für die dauernde Betreuung. Daher haben, fachlich gesehen, Massnahmen auf diesem Gebiet hohe Priorität. Die vorgeschlagene Fachstelle im Rahmen der KPD wird wieder eine klare Zuständigkeit für Bedarfsplanung und Koordination herstellen und effiziente fachliche Förderung leisten.

Es ist daher empfohlen, ein Kernteam rasch aufzubauen. Für weitere Ausbauschritte ist eine regionale Trägerschaft anzustreben.

1.12.2.2 Psychiatrischer Dienst für Substanzabhängigkeit

Die Behandlung und Betreuung von Suchtkranken und Gefährdeten geschieht trotz sehr ähnlicher und überschneidender Aufgaben in traditionell getrennten Versorgungslinien für illegale Drogen und legale Substanzen, überwiegend Alkohol. Die sozialberaterisch orientierten Beratungsstellen erfassen die Alkoholkranken aber viel zu wenig und meist erst in einem sehr chronifizierten Stadium, in dem oft auch schon irreversible körperliche Schädigungen vorhanden sind. Hier liegt eine epidemiologisch sehr bedeutsame Versorgungslücke.

Der Vorschlag eines Psychiatrischen Dienstes für Substanzabhängige verspricht einen fachlichen Anschluss an die somatisch-medizinische Versorgung und damit eine frühere Erfassung mit präventiver Wirkung. Die Zusammenlegung der DBL mit den Beratungsstellen BfA innerhalb der KPD verleiht das notwendige fachliche Gewicht und Entwicklungspotential.

Als erster Schritt ist die Integration von ärztlichen Stellen in die BfA kurzfristig empfohlen.

1.12.2.3 *Migranten*

Die fremdsprachigen PatientInnen bilden eine sehr grosse Gruppe, die aus Gründen der sprachlichen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten vor allem qualitativ deutlich unterversorgt ist. Diese PatientInnen haben ein besonderes Chronifizierungsrisiko. Massnahmen, die nachhaltig auf die psychische Gesundheit wirken, sind daher von grösster sozialmedizinischer Bedeutung. Der Vorschlag des Ausbaus der Fachfunktion für Migrationsfragen, welche in den EPD ansatzweise besteht, setzt auf vermittelte Wirkung durch eine minimale, aber gesicherte, konstante Präsenz von Fachleuten aus den hauptsächlichsten Migranten-Kulturen.

Vordringlich und unmittelbar zu realisieren ist ein entsprechender Leistungsauftrag. Für die Kulturen mit kleineren Migranzzahlen sollten ferner rasch regionale Absprachen zu Schwerpunktbildung getroffen werden.

1.12.3 **Strukturelle und organisatorische Leistungen**

Schliesslich sind auf einer dritten Ebene strukturelle und organisatorische Massnahmen vorgesehen, die der Behandlungskontinuität und der koordinierten Entwicklung des Versorgungsangebots dienen. Sie sind für das Ganze ebenso wichtig wie der Aufbau bestimmter Einrichtungen und können weitgehend mit den bestehenden Ressourcen und Kompetenzen der Institutionen, namentlich der KPD und der Fachgesellschaften umgesetzt werden.

1.12.3.1 *Strukturelle Modifikationen in den KPD*

Die ambulanten, teilstationären und stationären allgemeinspsychiatrischen Angebote für Erwachsene werden als Grundversorgung definiert und von den EPD und der KPK mit gemeinsamen Konzepten betrieben. Zu diesem Zweck wird eine sektorielle Struktur angestrebt, welche in der Klinik zur Bereichseinteilung nach Kantonsgebieten (oberer und unterer Kantonsteil) führt. Diese Organisation erscheint als wesentliche Grundlage für einen patientenbezogenen langfristigen Zusammenhalt der komplexen einzelnen Behandlungselemente und Teilangebote.

Das Zusammenspiel zwischen den einzelnen EPD- und KPK-Einrichtungen kann in dieser Perspektive sukzessive aufgebaut werden. Die Umstellung der Bereiche in der Klinik ist eine mittelfristige Perspektive.

1.12.3.2 *Zusammenarbeit mit Schwerpunkt im ambulanten Bereich*

Zur Vernetzung und Koordination zwischen den privaten Psychiatrie- und Psychologiepraxen, den HausärztInnen und den EPD sind eine Reihe von Vorschlägen ausgeführt, darunter hat die Aufwertung der Betreuungscoordination ein besonderes Gewicht – auch für die Begleitung von Rehabilitationen. Zusammen betreffen diese Massnahmen eine sehr grosse Zahl von Patientinnen und Patienten unmittelbar. Einzeln mögen sie wenig bedeutend erscheinen, aber in der Summe haben sie ein bedeutendes Potential an Effizienzgewinn im Procedere und sind daher als Priorität zu gewichten.

Die Umsetzung liegt weitgehend in der Hand der beteiligten Fachgesellschaften und der EPD. Dazu haben Planungsarbeiten schon begonnen.

1.13 Einschätzungen zur Finanzierung

Es sind in dieser Planung eine Reihe von Projekten vorgeschlagen, deren Zusammenhang und Priorität im vorangehenden Kapitel aufgezeigt ist. Insgesamt verlangen sie ein erhebliches Engagement des Kantons. Daher ist es günstig, dass die meisten Projekte etappiert werden können. Die Realisierung wird sich aus Finanzierungsgründen wahrscheinlich über Jahre hinziehen.

Es sind zur Zeit grobe erste Schätzungen über die Betriebskosten möglich, um die Grössenordnungen zu veranschaulichen.

Naturgemäss werden diejenigen Projekte, welche direkte Leistungen erzielen sollen, die meisten Ressourcen brauchen:

- An erster Stelle steht der – als dringlichstes Projekt genannte – Alterspsychiatrische Dienst: In der ersten Ausbaustufe ist der Staatsbeitrag mit 2,6 Mio. Franken jährlich, im Vollausbau mit 5 Mio. geschätzt.
- Der Ausbau der Tagesversorgung wird in der ersten Stufe (Aufrüstung der bestehenden Tageskliniken) einen zusätzlichen Staatsbeitrag von etwa 0,5 Mio. kosten, der Vollausbau, mit einer dritten Tagesklinik 1,2 Mio.
- Für die Spitalpsychiatrischen Equipen sind in der ersten Stufe ebenso etwa 0,5 Mio. im Vollausbau 1,2 Mio. aufzuwenden.
- Die forensisch-psychiatrische Fachstelle kann voraussichtlich mit einem zusätzlichen Staatsbeitrag von ca. 130'000 Fr. gut aufgebaut werden.
- Eine Rehabilitationsstation für Jugendliche verlangt einen Staatsbeitrag von etwa 0,4 Mio.
- Ferner ist das Projekt einer tagesklinisch gestützten Rehabilitation der DBL mit etwa 0,8 Mio. zu veranschlagen.

Die Projekte, bei welchen indirekte fachliche und koordinative Leistungen und Strukturverbesserungen im Vordergrund stehen, sind insgesamt weniger aufwändig:

- Die Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation braucht jährlich einen Aufwand von etwa 220'000 Fr. in der ersten Stufe, welche mit hoher Priorität realisiert werden soll, und 420'000 Fr. im weiteren Aufbau (wobei möglicherweise bis 30% über Drittmittel finanziert werden können).
- Der Aufbau des Psychiatrischen Dienstes für Substanzabhängigkeit braucht ärztliche Kader mit einem Aufwand von etwa 280'000 Fr.
- Einen Leistungsauftrag für die Versorgung von MigrantInnen wird man mit einem Staatsbeitrag von etwa 160'000 Fr. umsetzen können.
- Weitere Vorschläge: Forschung (160'000), Pilotprojekt für suchtfährdete Adoleszente (310'000), Projekt Kinderschutz (360'000), Stufe Leitender Arzt in der KPD (340'000) und Ausweitung des Notfalldienstes durch die EPD (60'000) ergeben zusammen etwa 1,2 Mio. Fr. zusätzliche Staatsbeiträge.

Finanzielle Erwägungen müssen die Bedarfssteigerung in der Psychiatrie zugrunde legen, welche sich spontan entwickelt und ein Nachziehen der Leistungen erzwingt. Es wäre verfehlt nur die Kostenseite in Betracht zu ziehen. Mangels Prävention fallen nämlich Kosten von höherer Grössenordnung an, zum Beispiel Kosten IV-Renten und Ergänzungsleistungen wegen psychischer Störung im Kanton schätzungsweise 70 Mio. Fr. jährlich (die Produktivitätsausfälle sind hier nicht gerechnet), oder für Psychopharmaka werden in den Altersheimen mindestens 2,5 Mio. Fr jährlich gezahlt. Grosses volkswirtschaftliches Sparpotential besteht auch in der Früh-

erkennung von Alkoholabhängigkeit und in der rechtzeitigen adäquaten Behandlung von MigrantInnen in unserer Bevölkerung.

Darum ist ein Grossteil unserer Vorschläge von einer präventiven Absicht geprägt und hat wirksame Massnahmen zur Früherfassung und Verhütung invalidisierender Verläufe zum Ziel.