

Bern, 12. Juni 2012

Schlussbericht

Bundesamt für Gesundheit

Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung

Eine Bestandsaufnahme

Lisa Guggenbühl lic. phil. I/dipl. Sozialarbeiterin

Ricarda Ettlín, MSc en psychologie

Dr. Regula Ruffin

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary auf Deutsch	4
Executive Summary auf Französisch.....	6
Executive Summary auf Englisch.....	8
1 Einleitung.....	10
2 Erhebungs- und Analyseverfahren	11
2.1 Analyse der kantonalen Dokumente bezüglich der psychiatrischen Versorgung ..	11
2.2 Online-Befragung	11
2.3 SWOT-Analyse.....	12
3 Stand der kantonalen Psychatriekonzepte	12
3.1 Charakterisierung der kantonalen Dokumente bezüglich der psychiatrischen Versorgung	12
3.1.1 Kantone mit Psychatriekonzept.....	13
3.1.2 Psychiatrieplanung im Rahmen der Spitalplanung 2012	14
3.1.3 Strategie und Programme Psychische Gesundheit	14
3.2 Planungsvorgehen und Planungsinstrumente.....	15
3.2.1 Akteure der Psychatriekonzepte	15
3.2.2 Ressourcen für die Psychatriekonzepte.....	15
3.2.3 Analysen.....	15
3.2.4 Sektoren als Einheit der Leistungserbringung	16
3.2.5 Controlling der Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung.....	16
3.3 Versorgungsgrundsätze und Versorgungsziele	17
3.3.1 Leitbild der Psychatriekonzepte	17
3.3.2 Stellenwert ausgewählter Ziele für die Psychatriekonzepte.....	17
3.4 Strategien zur Umsetzung der Versorgungsziele.....	19
3.4.1 Umfassende Psychatriekonzepte und vernetzte Psychatriekonzepte ..	19
3.4.2 Stärkung der Prävention	20
3.4.3 Case management.....	20
3.4.4 Unterstützung des sozialen Umfeldes	20
3.4.5 Mobile Equipen, Spitex	20
3.4.6 Psychiatrische Strukturen an Akutspitälern	21
3.4.7 Finanzielle Anreize	21
3.4.8 Benchmarking	21
3.4.9 Weiterbildung	21
4 Stand der psychiatrischen Versorgung	21
4.1.1 Stationäre Angebotsstruktur.....	21
4.1.2 Ambulante Angebotsstruktur.....	22
4.1.3 Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung	22
4.1.4 Spezialisierte Angebote	24
4.1.5 Interkantonale Zusammenarbeit	25
4.1.6 Case Management.....	26
4.1.7 Gemeindenahe psychiatrische Versorgung	26
4.1.8 Regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung	27
4.1.9 Stellenwert von Gender- und Migrationssensibilität für die Patientenorientierung.....	29
4.1.10 Kantonale Finanzierungsmodelle für Ambulatorien und Tageskliniken ..	29
5 Einflussfaktoren auf eine zukunftsgerichtete psychiatrische Versorgung	30
5.1 Einflussfaktoren auf die Umsetzung der Psychatriekonzepte	30
5.2 Einflussfaktoren auf die patientenzentrierte Versorgung	31
5.3 Finanzierungssystem.....	32

5.4	Personalsituation	32
5.5	Schnittstellenmanagement	33
6	Bewertung der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung durch Kernakteure	34
6.1	Stärken der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung	34
6.2	Schwächen der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung	35
6.3	Risiken für eine zukunftsorientierte Psychiatrie	36
6.4	Chancen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie	36
7	Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie	37
7.1	Planungsgrundlagen	37
7.2	Gesetzgebung	38
7.3	Finanzierungssystem	38
7.4	Anreize für gemeindenahere Angebote	39
7.5	Anreize für patientenorientierte Angebote	40
8	Schlussfolgerung	41
9	Literatur- und Materialverzeichnis	43
9.1	Literaturverzeichnis	43
9.1.1	Allgemeine Literatur	43
9.1.2	Berichte im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)	43
9.1.3	Artikel und Leitlinien	44
9.2	Webseiten	44
9.3	Materialverzeichnis	44
10	Anhang	46
10.1	Tabellen	46
10.2	Fragebogen Deutsch	47
10.3	Fragebogen Französisch	65

Executive Summary auf Deutsch

Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung - eine Bestandsaufnahme

Einleitung

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat die Firma socialdesign von Januar bis Juni 2012 eine Bestandsaufnahme der kantonalen Psychiatriekonzepte durchgeführt. Die Bestandsaufnahme basiert auf einer Dokumentenanalyse der kantonalen Psychiatriekonzepte sowie auf einer Online-Befragung zum Stand der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung. Teilgenommen haben 24 Kantone. Ausserdem wurden während eines Workshops mit Vertretenden der Kantone, des Bunds und von Fachverbänden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme validiert und Empfehlungen zuhanden des Bunds, der Kantone und der Versicherer bezüglich Massnahmen zur Förderung einer zukunftsorientierten Psychiatrie erarbeitet.

Stand der kantonalen Psychiatriekonzepte

Die Dokumentenanalyse zeigt, dass zwischen drei Arten von Psychiatriekonzepten unterschieden werden kann:

- **Spitalplanungen** (beschränken sich auf die stationäre Versorgungsplanung)
- **Psychiatriekonzepte** (beziehen alle Bereiche der aufsuchenden, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung ein)
- **Programme für Psychische Gesundheit** (berücksichtigen zusätzlich die Gesundheitsförderung und Prävention).

Die in den Psychiatriekonzepten erwähnten **Versorgungsgrundsätze und -ziele** betreffen eine gemeindenahе und patientenzentrierte Psychiatrie. Es wurde zudem eine Präferenz für ambulante Angebote anstelle einer stationären Behandlung festgestellt. Auch die pluridisziplinäre Zusammenarbeit unter den verschiedenen Akteuren, die Prävention und Früherkennung, sowie die Wirtschaftlichkeit der Psychiatrie stellen kantonale Versorgungsziele dar.

Stand der psychiatrischen Versorgung

Die aktuelle psychiatrische Versorgung (2012) ist kantonal unterschiedlich geregelt. Zur **stationären Versorgungsstruktur** konnte folgendes erfasst werden: Die meisten Kantone (15) verfügen über eine bis drei Kliniken auf Kantonsgebiet, wobei in vier Kantonen keine Klinik vorhanden ist. Psychiatrische Abteilungen in Akutspitälern sind weniger verbreitet (in 12 Kantonen nicht vorhanden). Die grössten Versorgungslücken im stationären Bereich werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geortet.

Im **ambulanten Bereich** liegen ausschliesslich Schätzungen vor, da diesbezüglich den Kantonen keine Statistiken zur Verfügung stehen. Gemäss 14 Kantonen gibt es **zu wenige ambulante** Angebote. Einschätzungen zu den **Versorgungslücken** in der psychiatrischen Versorgung zeigen, dass vor allem die hausärztlichen Versorgung als ausreichend eingestuft¹ wird, dass jedoch erhebliche Versorgungslücken bei den psychiatrischen Tageskliniken, bei den psychiatrischen Arztpraxen, in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei den allgemeinen ambulanten Angeboten (Psychiatrische Spitex, Ambulatorien, Sprechstunden) verortet werden.

Gemäss 15 Kantonen ist eine **gemeindenahе Versorgung** teilweise gewährleistet, d.h. nur zu gewissen Zeiten und nicht in allen Regionen. Eine **patientenzentrierte psychiatrische** Versorgung wird als wichtig erachtet, um den unterschiedlichen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen. Der Fokus wird dabei auf spezifische Leistungen gelegt (Substanzabhängigkeit (22 Kantone), alterspsychiatrische Bedürfnisse (20 Kantone), kinder- und jugendpsychiatrische Anliegen (22 Kantone)). Ein **Case Management** wird nach eigenen Angaben von sechs Kantonen angewandt.

¹ Diese Aussage erfolgte im Frühjahr 2012 in Bezug auf die damalige Versorgungssituation. Die sich heute (2014) abzeichnende Versorgungslücke durch die Pensionierung von Hausärzt/innen wurde nicht explizit berücksichtigt.

Die Kantone **finanzieren die ambulante Psychiatrie** mehrheitlich mit öffentlichen Beiträgen in Form einer globalen Finanzierung oder von Defizitdeckungen.

Einflussfaktoren auf eine zukunftsgerichtete psychiatrische Versorgung

Als zentrale Einflussfaktoren, welche die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung beeinflussen, werden genannt:

- Das aktuelle **Finanzierungssystem** führt zu Fehlanreizen in der psychiatrischen Versorgung. Es begünstigt die stationäre Behandlung, da stationäre Aufenthalte von der Krankenversicherung und Kantonen gemeinsam finanziert werden. Ambulante Angebote (inkl. Tagesstruktur) werden hingegen nicht oder nur ungenügend mit TARMED abgegolten.
- Es besteht ein **Mangel an qualifiziertem Personal**, wobei vor allem die Berufe der psychiatrischen Pflege und die Psychiaterinnen und Psychiater fehlen.
- Die **Schnittstellen** in verschiedenen Bereichen werden als optimierungsbedürftig eingeschätzt: Es werden Systembrüche zwischen Kranken- und der Invalidenversicherung sowie eine ungenügende Regelung der Schnittstelle zwischen der stationären Versorgung und der ambulanten Nachversorgung festgestellt. Die Schnittstellen zum Heimbereich (Kinder- und Jugendheime sowie Alters-/Pflegeheime) und zur oft problematischen (Re)Integration in den Arbeitsmarkt sind ebenfalls kritisch.
- Die Komplexität der Psychiatrie, der damit verbundene **hohe Koordinationsbedarf** und die notwendige **Vernetzung der Leistungserbringer** stellen eine Herausforderung dar.

Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie

Die zentralen Empfehlungen werden nachfolgend zusammenfassend dargelegt:

- Der Bund und die Kantone werden aufgefordert, **die allgemeine Datengrundlage** zu verbessern, damit insbesondere im ambulanten Bereich die Planung auf verlässlichere Grundlagen gestellt werden kann.
- Es wird gewünscht, dass Bund und Kantone ein **Mainstreaming** der psychiatrischen Aspekte in der Gesundheits- und Sozialpolitik vornehmen.
- Im Rahmen der **Gesetzgebung** sollte dem ehemals „teilstationären“ Bereich wieder vermehrt Bedeutung geschenkt werden. Zudem sollen der Bund und die Kantone im Sinne einer Angleichung der gesetzlichen Grundlagen der Sozialversicherungssysteme Definitionen, **Zuständigkeiten und Kostenbeteiligungen** der verschiedenen Versicherungen vereinheitlichen und ein durchlässiges Angebot sicherstellen.
- Der Bund und die Kantone wurden aufgefordert, eine **Klärung und Verbesserung der Finanzierung von Leistungen** in sämtlichen nicht stationären Bereichen vorzunehmen. Auch wird gewünscht, dass einerseits finanzielle Anreize für die Schaffung diversifizierter ambulanter und stationärer Angebote gesetzt werden, andererseits solche mittels Sensibilisierung, Analyse und Reflexion auf nationaler Ebene unterstützt werden.
- **Anreize für eine gemeindenahere und patientenzentrierte Psychiatrie** sind durch Bund und Kantone zu schaffen, indem z.B. die Arbeit in Netzwerken und die Integration von psychisch kranken Menschen in den Arbeitsmarkt gestärkt sowie der Einbezug von Angehörigenvereinigungen optimiert werden.
- Zuhanden der Versicherer wurde empfohlen, **Managed Care Modelle** als eine Chance zur Reduktion von Schnittstellen bewusst einzusetzen.
- Empfehlungen bezüglich der **Berufsbilder** betreffen die Aufforderung an den Bund, die Attraktivität für den Facharztstitel ‚Psychiatrie und Psychotherapie‘ und die psychiatrischen Pflegeberufe zu fördern. In der Aus- und Fortbildung von Triagist/innen wird für die Sicherstellung psychiatrischen Wissens plädiert.

Executive Summary auf Französisch

Avenir de la psychiatrie : état des lieux des plans cantonaux de soins psychiatriques

Introduction

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la société socialdesign a, de janvier à juin 2012, réalisé un état des lieux des plans cantonaux de soins psychiatriques. Pour ce faire, elle s'est basée sur l'analyse documentaire de ces plans et sur un sondage en ligne concernant leur état de mise en œuvre, auquel 24 cantons ont participé. Les résultats ont été validés lors d'un atelier réunissant des représentants des cantons, de la Confédération et des associations professionnelles, qui ont élaboré à l'intention de la Confédération, des cantons et des assureurs des recommandations pour l'avenir de la psychiatrie.

Plans cantonaux de soins psychiatriques

L'analyse documentaire a permis de mettre en lumière trois différents types de plans :

- **Planifications hospitalières** (limitées aux soins stationnaires)
- **Plans de soins psychiatriques** (concernent toutes les formes de soins : de proximité, ambulatoires, semi-stationnaires et stationnaires)
- **Programmes de santé mentale** (incluent en plus la promotion de la santé et la prévention).

Les **principes et les objectifs en matière de soins** spécifiés dans les plans visent une psychiatrie de proximité et centrée sur le patient, la préférence étant donnée aux offres ambulatoires plutôt qu'aux traitements stationnaires. La collaboration entre les différentes disciplines, la prévention, le dépistage précoce et la rationalisation de la psychiatrie font également partie des objectifs visés par les cantons.

Soins psychiatriques

L'actuelle offre de soins psychiatriques (2012) est réglée différemment selon les cantons. Dans le domaine des **soins psychiatriques stationnaires**, on constate que la plupart des cantons (15) disposent d'une à trois cliniques sur leur territoire, quatre cantons n'en ayant pas. Les hôpitaux de soins aigus ne disposent pas tous d'un service de psychiatrie (douze cantons n'en ont pas). Les principales lacunes recensées dans le domaine stationnaire concernent la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Dans le **domaine ambulatoire**, on ne peut faire que des estimations, étant donné que les cantons ne disposent pas de statistiques à cet égard. Selon 14 cantons, il y a **trop peu d'offres de soins ambulatoires**. Les estimations indiquent que les **besoins en soins psychiatriques** sont adéquats² surtout en médecine générale, mais qu'il existe des lacunes considérables au niveau des cliniques psychiatriques de jour, des cabinets de psychiatrie, de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi que des offres ambulatoires générales (soins psychiatriques à domicile, services ambulatoires, consultations).

D'après quinze cantons, les soins de proximité sont en partie assurés, c'est-à-dire à certaines heures et dans certaines régions seulement. Les soins psychiatriques centrés sur le patient sont jugés comme importants pour tenir compte des différents besoins. On cite à cet égard des prestations spécifiques : addictions à des substances (22 cantons), besoins psychogériatriques (20 cantons), psychiatrie de l'enfant et l'adolescent (22 cantons). Six cantons indiquent appliquer la **gestion des cas (case management)**.

Les **cantons financent la psychiatrie ambulatoire** principalement par le biais de contributions des pouvoirs publics, sous la forme d'un financement global ou de garanties de déficit.

² Cette évaluation a été remise au printemps 2012 et concerne la situation à ce moment-là. Les lacunes qui se dessinent aujourd'hui (2014) en raison du départ à la retraite de nombreux médecins de famille n'ont donc pas été explicitement prises en compte.

Facteurs qui influenceront l'avenir des soins psychiatriques

Les principaux facteurs qui détermineront l'évolution des soins psychiatriques sont les suivants :

- L'actuel **système de financement** crée de fausses incitations dans les soins psychiatriques. Il favorise les traitements stationnaires étant donné que les hospitalisations sont financées conjointement par l'assurance-maladie et les cantons. Par contre, les offres ambulatoires (structures de jours comprises) ne sont pas ou insuffisamment rémunérées par TARMED.
- On note une **pénurie de personnel qualifié**, surtout dans les professions psychiatriques et dans les soins infirmiers psychiatriques.
- Dans différents secteurs, les **interfaces** sont considérées comme susceptibles d'être améliorées : on constate en effet des incohérences entre le système de l'assurance-maladie et celui de l'assurance-invalidité, de même que des déficiences dans l'interface entre les soins stationnaires et le suivi ambulatoire. Les interfaces avec les structures d'accueil (foyers pour enfants et adolescents, EMS) et la (ré)insertion – souvent problématique – sur le marché du travail sont également décrites comme critiques.
- La complexité de la psychiatrie, le **fort besoin de coordination** qui en découle et la nécessité de **mettre en réseau les fournisseurs de prestations** constituent des défis.

Recommandations pour une psychiatrie tournée vers l'avenir

Les principales recommandations à l'intention de la Confédération et des cantons sont les suivantes :

- Améliorer l'**état général des données** afin de rendre la planification plus fiable, notamment dans le domaine ambulatoire.
- Promouvoir l'**intégration (mainstreaming)** des aspects psychiatriques dans la politique sanitaire et sociale.
- Donner davantage d'importance à l'ancien secteur semi-stationnaire dans le cadre de la **législation**. Dans un souci d'harmoniser les bases légales des systèmes d'assurance sociale, la Confédération et les cantons devraient en outre uniformiser les définitions, **les responsabilités et les participations aux coûts** des différentes assurances pour garantir la perméabilité des prestations.
- **Clarifier et améliorer le financement des prestations** dans tous les secteurs non stationnaires. Il faudrait également créer des incitations financières pour, d'une part, diversifier les soins ambulatoires et stationnaires et, d'autre part, les soutenir au niveau national par des activités de sensibilisation, d'analyse et de réflexion.
- Créer des **mesures incitatives pour une psychiatrie de proximité et centrée sur le patient**, p. ex., en renforçant le travail en réseau et en favorisant l'insertion sur le marché du travail des personnes atteintes d'une maladie psychique, tout en optimisant l'intégration des associations de proches.
- Par ailleurs, les assureurs sont invités à recourir aux **modèles de soins intégrés** pour réduire le nombre des interfaces.
- Concernant les **profils professionnels**, la Confédération est invitée à rendre plus attractives la spécialisation « psychiatrie et psychothérapie » ainsi que les professions des soins infirmiers psychiatriques. Enfin, on préconise d'inclure des connaissances en psychiatrie dans la formation et le perfectionnement des personnes chargées du tri des patients.

Executive Summary auf Englisch

The Future of Psychiatry: Assessment of the Implementation of Cantonal Psychiatry Concepts

Introduction

From January to June 2012, an assessment of cantonal psychiatry concepts was carried out on behalf of the Federal Office of Public Health (FOPH). This assessment was based on an analysis of documentation relating to cantonal psychiatry concepts and an online survey concerning the status and implementation of psychiatry concepts. A total of 24 cantons participated. In addition, at a workshop attended by representatives of cantonal and federal authorities and professional associations, the results of the assessment were validated, and recommendations for measures to promote future-oriented psychiatry were elaborated for submission to the federal and cantonal authorities and insurers.

Status of cantonal psychiatry concepts

The analysis of the documentation showed that three different types of psychiatry concepts can be distinguished:

- **Hospital planning** (restricted to planning of inpatient care)
- **Psychiatry concepts** (covering all areas of home-visit, outpatient, semi-inpatient and inpatient care)
- **Mental health programmes** (additionally covering health promotion and prevention)

The **principles and goals of service provision** specified in the psychiatry concepts concern close-to-home care and patient-centred psychiatry. In addition, a preference was noted for outpatient services rather than inpatient treatment. The goals of cantonal service provision also include pluridisciplinary collaboration among the various actors, prevention and early detection, and cost-effective psychiatry.

Status of psychiatric service provision

At present, arrangements for psychiatric service provision (2012) vary from one canton to another. With regard to the **structure of inpatient services**, the findings were as follows: most cantons (15) have one to three clinics within their territory, while four cantons lack such a clinic. Psychiatric departments in acute-care hospitals are less widespread (not available in 12 cantons). The most serious gaps in inpatient care provision were identified in child and adolescent psychiatry.

In the **outpatient sector**, only estimates are available, as the cantons have no statistics in this area. According to 14 cantons, **insufficient outpatient services** exist. Assessments of the **gaps in psychiatric service provision** indicate that GP care in particular is rated as adequate³, but that substantial gaps exist as regards psychiatric day care, psychiatry practices, outpatient child and adolescent psychiatry, and general outpatient services (psychiatric Spitex/home visits, outpatient clinics, consulting hours).

According to 15 cantons, **limited close-to-home care** is available, i.e. only at certain times and not in all regions. **Patient-centred psychiatric care** is regarded as important in addressing patients' different needs. Here, the focus is on specific services – substance dependence (22 cantons), psychogeriatric needs (20 cantons), and child and adolescent psychiatry (22 cantons). Six cantons report the use of **case management**.

The cantons **finance outpatient psychiatry** largely through public subsidies in the form of global funding or coverage of deficits.

³ This conclusion was reached in spring 2012 with regard to the care situation at that time. The gaps now arising (2014) as a result of the retirement of GPs were not explicitly taken into account.

Factors influencing future-oriented psychiatric care

The following are identified as key factors influencing the further development of psychiatric care:

- The existing **financing system** creates perverse incentives in psychiatric care. It favours inpatient treatment, since hospital stays are jointly financed by health insurers and cantons. In contrast, outpatient services (including structured activities) are not or only partly covered by TARMED.
- There is a **shortage of qualified staff**, particularly in the psychiatric nursing and psychiatry professions.
- **Interfaces** in various areas are considered to require optimization: discontinuities are apparent between health and disability insurance, as well as deficiencies in the interface between inpatient care and outpatient aftercare. Also critical are the interfaces with the home sector (children's and adolescents' homes and old people's/nursing homes) and with the often problematic occupational (re-)integration area.
- Challenges arise from the complexity of psychiatry, the associated **need for a high level of coordination** and the need for **networks of service providers**.

Recommendations for future-oriented psychiatry

The key recommendations are summarized below:

- The federal authorities and cantons are called on to improve the **general data basis**, so that the foundations for planning, particularly in the outpatient sector, are more reliable.
- There is a desire for **mainstreaming** of psychiatric questions within health and social policy at the federal and cantonal level.
- Within the framework of **legislation**, increased importance should again be attached to the former "semi-inpatient" sector. In addition, to promote harmonization of the legal foundations of social insurance systems, the federal authorities and cantons should standardize the various insurers' definitions, **responsibilities and cost-sharing arrangements** and ensure the permeability of services.
- The federal authorities and cantons were urged to **clarify and improve the financing of services** in all non-inpatient sectors. It is also desired that financial incentives should be created for the establishment of diversified outpatient and inpatient services and, at the same time, that these should be supported at the national level through awareness-raising, analysis and reflection.
- **Incentives for close-to-home and patient-centred psychiatric care** should be created by the federal authorities and cantons, e.g. by strengthening collaboration in networks and the occupational integration of people with mental disorders, and by optimizing the involvement of relatives' groups.
- It was recommended that insurers should adopt **managed care models** as a way of reducing interfaces.
- Recommendations concerning **professional profiles** suggest that the federal authorities should seek to promote the attractiveness of the "Psychiatry and Psychotherapy" specialty and the psychiatric nursing professions. It was argued that psychiatric knowledge should be included in the training and continuing education of triagists.

1 Einleitung

Seit 2000 ist der Schutz, die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit ein ständiges Thema zwischen Bund und Kantonen⁴. Eine Arbeitsgruppe der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) erarbeitete 2008 einen Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Ausserdem hat der Ständerat am 20. September 2010 das Postulat Stähelin (10.3255⁵) „Zukunft der Psychiatrie“ angenommen. Mit der Überweisung des Postulats wurde das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, einen Bericht zur Zukunft der Psychiatrie zu erstellen. Somit gab das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Gesundheitsstrategien, in Absprache mit der GDK den hier vorliegenden Bericht „Zukunft Psychiatrie: Stand der kantonalen Psychiatrieplanungen und ihrer Umsetzung“ in Auftrag. Der Bericht stützt sich auf den GDK Leitfaden zur Psychiatrieplanung und bearbeitet folgende zentrale Themenstellungen:

- Das in der Schweiz gegenwärtige und künftig anzustrebende psychiatrische Angebot soll aufgrund empirischer Daten und mittels Einschätzungen von Fachpersonen differenziert dargestellt werden.
- Einflussfaktoren auf eine zukunftsgerichtete psychiatrische Versorgung sollen erarbeitet werden. Berücksichtigt werden sollen dabei Ausbaumöglichkeiten der ambulanten Angebote. Ebenfalls sollte eine Analyse von allfälligen Fehlanreizen und Hemmnissen durch die bisherige dualistische Finanzierung der stationären Behandlung erfolgen und wichtige Schnittstellen (innerhalb und zwischen der psychiatrischen Versorgung und anderen Bereichen) im Hinblick auf Optimierungsmöglichkeiten untersucht werden.

Zur Bearbeitung dieser Themenstellungen wurden erstens eine Dokumentenanalyse der kantonalen Psychiatriekonzepte, zweitens auf einer Befragung der Kantone zum Stand der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung sowie drittens einm Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, des Bundes und von Fachorganisationen im Frühjahr 2012 durchgeführt. Der Workshop diente zur Validierung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie zur Erarbeitung von Empfehlungen, mit welchen Massnahmen eine zukunftsorientierte Psychiatrie gefördert werden könnte.

Obwohl im Rahmen der Befragung der Kantone eine gewisse Quantifizierung vorgenommen wurde, bleibt die hier vorliegende Bestandsaufnahme eine qualitative Beschreibung der psychiatrischen Versorgung. Die Aussagen bezüglich der psychiatrischen Versorgung können daher als Tendenzen und Grössenordnungen verstanden werden, sind jedoch nicht als absolute Werte zu behandeln. Die Befragung hatte zum Ziel, mehr über die Situation in den Kantonen zu erfahren und allfällige regionale und kantonale Unterschiede darzustellen. Es handelt sich dabei ausdrücklich nicht um ein vergleichendes Benchmarking.

Der Bericht ist wie folgt gegliedert: Der Darstellung des Erhebungs- und Analysevorgehens folgt ein Kapitel zum Stand der kantonalen Psychiatriekonzepte sowie ein Kapitel zum Stand der psychiatrischen Versorgung. Danach werden mögliche Einflussfaktoren auf eine zukunftsorientierte Psychiatrie und Einschätzungen der Situation durch Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone und von Fachorganisationen sowie Formulierungen von Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie dargelegt. Der Bericht schliesst mit Schlussfolgerungen aus Sicht von socialdesign.

⁴ Vgl. Webseite des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik <http://www.nationalegesundheits.ch/?id=24&L=0> (11.6.2012)

⁵ Vgl. Postulat Stähelin: http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaeft.aspx?gesch_id=20103255 (11.06.2012)

2 Erhebungs- und Analyseverfahren

Die Bestandsaufnahme erfolgte in drei Schritten, welche nachfolgend kurz dargestellt werden.

2.1 Analyse der kantonalen Dokumente bezüglich der psychiatrischen Versorgung

Für die Bestandsaufnahme wurden die Kantone in einem ersten Schritt gebeten ihre Dokumente bezüglich der psychiatrischen Versorgung einzureichen. Mit Ausnahme von zwei Kantonen sind alle Kantone dieser Aufforderung nachgekommen. Die Ausnahme bilden die Kantone Appenzell Innerrhoden und Neuenburg, die über kein Psychatriekonzept verfügen und deshalb keine Unterlagen eingereicht haben. Im Kanton Genf beschränkt sich die Planung auf Massnahmen des Universitätsspitals HUG. Es besteht deshalb kein „kantonales“ Psychatriekonzept. Die geplanten und getroffenen Massnahmen in der Psychatrieplanung der HUG wurden jedoch brieflich mitgeteilt und in die Analyse mit aufgenommen.

Die kantonalen Dokumente bezüglich der psychiatrischen Versorgung wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die Analyse orientierte sich an folgenden drei Themenfeldern:

- 1) Charakterisierung der kantonalen Dokumente: über welche Arten von Unterlagen verfügen die Kantone?
- 2) Versorgungsgrundsätze und Versorgungsziele: An welchen Versorgungszielen orientieren sich die Kantone in ihren Psychatriekonzepten und -planungen?
- 3) Ansätze zur Zukunftsorientierung: Auf welchen Wegen/ mit welchen Strategien wollen die Kantone ihre Versorgungsziele umsetzen?

Die Ausführlichkeit und Qualität der kantonalen Dokumente ist sehr unterschiedlich. Das bedeutet, dass die dargestellten Ergebnisse Tendenzen aufzeigen und Inhalte zusammenfassen können. Die Darstellung ist aber nicht erschöpfend. So kann es sein, dass einzelne Kantone über einen bestimmten Aspekt nicht berichten, obwohl dieser behandelt wird. Oder es wird über Aspekte berichtet, die aus Gründen der Fokussierung nicht in die Analyse mit aufgenommen wurden.

2.2 Online-Befragung

Der Fragebogen wurde von socialdesign gemeinsam mit BAG und GDK erarbeitet und basiert insbesondere auf den eingangs formulierten Themenstellungen, dem GDK Leitfadens für die Psychatrieplanung sowie auf den kantonalen Planungsdokumenten. Der Fragebogen umfasste 41 geschlossene sowie 9 offene Fragen. Er wurde in drei Kantonen getestet und anschliessend überarbeitet.

Die Befragung erfolgte in der Form eines Online-Fragebogens, welcher vom 16. Februar bis am 15. März 2012 online war und sich an die kantonalen Verantwortlichen für die Psychatriekonzepte richtete. Nach zweimaligem Reminder sowie telefonischer Nachfragen haben 24 Kantone an der Befragung teilgenommen. Die Kantone Schaffhausen und Appenzell Innerrhoden verzichteten auf eine Teilnahme.

Bei der quantitativen Analyse beträgt die totale Zahl der Kantone also maximal 24. Da jedoch nicht alle Fragen von allen Kantonen beantwortet wurden, ist diese Zahl oft auch kleiner, weshalb N immer ausgewiesen wird. Schliesslich handelt es sich bei den Angaben der Kantone stets um den Stand im Jahr 2009. Eine Ausnahme bilden die Planungsdaten für das Jahr 2020, welche entsprechend ausgewiesen sind.

Die Daten aus der Online-Befragung wurden deskriptiv-statistisch mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet. Auf Grund der heterogenen Datenlage sind die Ergebnisse der verschiede-

nen Analysen jedoch nicht als absolute Werte, sondern als Grössenordnungen zu verstehen, die gewisse Tendenzen aufzeigen können. Insofern bleibt auch die Auswertung der Online-Befragung letztendlich qualitativer Natur.

2.3 SWOT-Analyse

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurden am 25. April 2012 Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, und von Fachverbänden präsentiert und mit diesen diskutiert. Dabei erfolgte auch eine SWOT-Analyse der kantonalen Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung.

Die SWOT-Analyse⁶ ist eine aus dem englischen Sprachraum stammende Methode, die sich zur systematischen Situationsanalyse und zur Identifikation von Ansatzpunkten für die Problemlösung eignet. Mit dieser Methode lassen sich Stärken und Schwächen der bisherigen Strukturen und Abläufe aus Sicht der verschiedenen Stakeholder erheben. Zugleich werden gewünschte (Chancen) aber auch nicht gewünschte Aspekte (Risiken) für einen zukünftigen Soll-Zustand erhoben. Während einer SWOT-Analyse werden die vier Bereiche nacheinander systematisch im Hinblick auf eine bestimmte Thematik betrachtet. Den positiven Aspekten kommt dabei ein hoher Wert zu. Diese sollen weitergeführt und gefördert werden.

Die SWOT-Analyse erfolgte in drei Arbeitsgruppen. Anschliessend wurde von socialdesign eine Synthese erstellt und im Plenum präsentiert. Auf der Basis dieser Ergebnisse erfolgte am Nachmittag des Workshop-Tages wiederum in den drei Arbeitsgruppen die Erarbeitung von Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie.

3 Stand der kantonalen Psychiatriekonzepte

Im Rahmen der Dokumentenanalyse und der statistischen Auswertung der Online-Befragung wurden verschiedene Aspekte der Psychiatriekonzepte untersucht:

- Art der bestehenden Dokumente
- Planungsvorgehen und Planungsinstrumente
- Versorgungsgrundsätze und Versorgungsziele,
- Zielerreichungsgrad.

Die Ergebnisse der Analysen werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

3.1 Charakterisierung der kantonalen Dokumente bezüglich der psychiatrischen Versorgung

Sowohl die Dokumentenanalyse wie auch die Analyse der Online-Umfrageergebnisse zeigten bezüglich der psychiatrischen Versorgung, dass unterschiedliche Gegenstandsbereiche fokussiert werden. Die aus der Dokumentenanalyse hervorgegangenen Unterschiede bezüglich Zweck, Ausführlichkeit und Fokus der kantonalen Dokumente ermöglichen eine Einteilung der Dokumente in drei Kategorien:

- Die **Spitalplanung** beschränkt sich selbstredend auf die stationäre Versorgungsplanung.
- Die **Psychiatriekonzepte** beziehen alle Bereiche der aufsuchenden, ambulanten, teilstationären, stationären Versorgung mit ein, klammern in der Regel aber die Prävention aus.
- Die **Programme für Psychische Gesundheit** verfügen über einen noch weiteren Fokus, indem sie auch die Gesundheitsförderung und Prävention in ihre Überlegungen mit einbeziehen. Sie enthalten aber weniger spezifische Angaben zur Versorgungsplanung.

⁶ SWOT ist eine Abkürzung für Stärken (Strengths), Schwächen (Weaknesses), Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats).

Einige Kantone verfügen sowohl über eine Spitalplanung als auch über ein Psychiatriekonzept resp. ein Programm für die psychische Gesundheit.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Kantone zudem gefragt, welche Bereiche die Psychiatriekonzepte und -planungen ihres Kantons abdecken. Alle Kantone haben die Frage beantwortet (N=24). Mehrfachantworten waren möglich. Es zeigte sich folgendes Bild:

22 Kantone verfügen über eine Planung für die stationäre psychiatrische Grundversorgung.
17 Kantone verfügen über eine Planung für die spezialisierte psychiatrische Versorgung.
14 Kantone verfügen über eine Planung für die ambulante psychiatrische Grundversorgung.
2 Kantone verfügen gemäss eigenen Angaben über keine Psychiatrieplanung.

Die Kantone, welche über keine Psychiatrieplanung verfügen, wurden im Rahmen der Online-Befragung gebeten, die Gründe dafür darzulegen. Der Kanton Zug weist darauf hin, dass ein Psychiatriekonzept derzeit erarbeitet wird. Der Kanton Neuenburg verfügt bis heute über kein Psychiatriekonzept im eigentlichen Sinne. Eine KVG konforme Planung sei bis 2015 geplant. Durch die Schaffung eines psychiatrischen Zentrums im 2009 wurde jedoch eine Strategie definiert und entsprechende Leistungsverträge erstellt, was ebenfalls ein „Psychiatriekonzept“ darstelle.

Da Dokumente mit einem breiteren Fokus unterschiedliche Themenstellungen in einer Gesamtsicht behandeln, kann vermutet werden, dass sie dadurch eine vernetzte Planung und Umsetzung sowie eine Bewirtschaftung von Schnittstellen begünstigen.

3.1.1 Kantone mit Psychiatriekonzept

Die Dokumentenanalyse zeigte, dass 13 Kantone über eigentliche Psychiatriekonzepte verfügen, in weiteren 3 Kantonen ist ein solches Konzept in Erarbeitung:

Kanton	Dokumente
Appenzell Auser- rhoden	Psychiatriekonzept 1998, neues Konzept per 2012
Basel-Landschaft	Psychiatriekonzept 1980, mit Folgeplanungen 1991 und 2003
Basel-Stadt	Parallele Überprüfung der Strukturen und Angebote der staatlichen und staatlich subventionierten Psychiatrie im Kanton Basel-Stadt, PÜSAP: Teilprojekt 1, Ist-Analyse, 2007; Teilprojekt 2, Soll-Strukturen, 2008
Freiburg	Entwurf des Gesetzes über die Organisation der Pflege im Bereich psychische Gesundheit PGG, 2006
Graubünden	umfassender Psychiatriebericht 2009, Nachfolgebericht von 1995
Jura	Bericht „Vorschlag für die Inangriffnahme der Reorganisation der Psychiatrie im Kanton Jura (Refondation)“, 2011
Luzern	Fachgruppenbericht Psychiatrie im Rahmen des Planungsberichtes Gesundheitsversorgung Kanton Luzern aus dem Jahr 2005
Schaffhausen	Per 2012 läuft ein Projekt, welches die Klärung der Aufgaben und Schnittstellen sowie der Entwicklungsziele der psychiatrischen Versorgung zum Ziel hat
Schwyz	gemeinsame Psychiatrieplanung mit den Kantonen Uri und Zug (Konkordat), Versorgungsbericht 2011
Tessin	Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012; 2009
Thurgau	Psychiatriekonzept 2004
Uri	gemeinsame Psychiatrieplanung mit den Kantonen Schwyz und Zug (Konkordat), Versorgungsbericht 2011
Valais	Planification sanitaire pour la santé mentale et la psychiatrie-psychothérapie en Valais, Document de travail, 2010
Vaud	Politique de santé mentale, plan d'actions 2007 – 2012, 2008
Zug	gemeinsame Psychiatrieplanung mit den Kantonen Schwyz und Uri (Konkordat), Versorgungsbericht 2011

Kanton	Dokumente
Zürich	Psychiatriekonzept 1998, Vision Psychiatrie 2011

Tabelle 1: Übersicht zu den kantonalen Psychiatriekonzepten (N=24)

Diese Konzepte verfügen über einen Umfang von zwischen 20 und 220 Seiten, sind unterschiedlichen Alters und sind auf unterschiedliche Weise zustande gekommen (in einem Kanton wurden 27 kantonale und nationale Akteure aus dem Bereich psychische Gesundheit befragt, in einem anderen handelt es sich um ein Arbeitspapier eines einzelnen Autors).

Den Psychiatriekonzepten ist aber gemeinsam, dass sie als umfassende Grundlage für die Ausgestaltung der psychiatrischen Angebote dienen. Die kantonale Psychiatrie wird ganzheitlich beschrieben und umfasst sowohl stationäre, ambulante, teilstationäre, als auch aufsuchende Angebote. Im Zentrum stehen die Versorgungsprobleme. Sie werden analysiert und Lösungsansätze werden diskutiert und priorisiert.

3.1.2 Psychiatrieplanung im Rahmen der Spitalplanung 2012

Die Dokumentenanalyse zeigte, dass 13 Kantone über eine Spitalplanung, die auch die stationäre Psychiatrie umfasst, verfügen. Dies sind die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Bern, Freiburg, Glarus, Obwalden, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Waadt, Zürich. Fünf Kantone haben sowohl eine Spitalplanung als auch ein Psychiatriekonzept eingereicht (Basel-Landschaft, Freiburg, Thurgau, Waadt und Zürich).

Wie bei den Psychiatriekonzepten sind die Planungsgrundlagen auch bei den Spitalplanungen von sehr unterschiedlicher Ausführlichkeit. Man kann gewissermassen zwischen Spitalplanungen unterscheiden, die implizit auch ein Psychiatriekonzept beinhalten, sowie solchen, die lediglich die Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) an die Spitalplanung erfüllen und meist sehr knapp gehalten sind. Die meisten Spitalplanungen gelten per 2012, zwei datieren früher (Freiburg, Obwalden/ Nidwalden).

Bei der Psychiatrieplanung im Rahmen der Spitalplanung steht sinngemäss die stationäre Versorgung im Zentrum. Diejenigen Kantone mit einer ausführlicheren Spitalplanung im Bereich Psychiatrie berücksichtigen die ambulanten und teilstationären Angebote im Sinne von wichtigen Rahmenbedingungen (bspw. Zürich).

3.1.3 Strategie und Programme Psychische Gesundheit

Einige Kantone berichten zudem über Programme für Psychische Gesundheit. Da nicht systematisch danach gefragt wurde, kann aufgrund der Dokumentenanalyse nicht festgestellt werden, wie viele Kantone über ein solches Programm verfügen.

Gemäss dem OBSAN Bericht zur Psychischen Gesundheit in der Schweiz (Schuler und Burla, 2012, S. 12) haben die Kantone Zug und Luzern im Anschluss an ihre Bündnisse gegen Depression je ein erweitertes Programm zur psychischen Gesundheit gestartet. Weitere Kantone planen solche Programme.

Im Rahmen der Dokumentenanalyse zeigten sich folgende Beispiele:

- Der Kanton Luzern verfügt seit 2011 über ein Aktionsprogramm «Psychische Gesundheit». Im Rahmen einer Situationsanalyse wurden 27 kantonale und nationale Akteure aus dem Bereich psychische Gesundheit befragt. Dabei wurde das bestehende Angebot von der Sensibilisierung, über die Förderung der psychischen Gesundheit, der Früherkennung/Frühintervention, Behandlung/Therapie bis hin zur sozialen und beruflichen Integration analysiert, Bedürfnisse und Lücken wurden aufgezeigt und mögliche Lösungsansätze erarbeitet. Darauf aufbauend wird nun ein Programmkonzept 2012 bis 2015 erarbeitet. Das Aktionsprogramm wird von einer Reflexions- und Expertengruppe begleitet, wo verschiedene Akteure aus Psychiatrie, Versicherungen, Gemeinden, Fachstellen aber auch Betroffene vertreten sind.

- Über ein ähnliches Konzept verfügt der Kanton Waadt mit seiner « Politique de santé mentale, Plan d'actions 2007 – 2012 », welche sich am Ziel orientiert, den psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhalten und zu verbessern sowie den Zugang zu angemessener Behandlung sicherzustellen.
- Der Kanton Thurgau hat ein kantonales Konzept für Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet und in diesem Rahmen das Projekt „Thurgauer Bündnis gegen Depression“ lanciert. Das Projekt habe sehr wertvolle Inputs für die „Psychiatrieplanung Thurgau“ gebracht.

Der Kanton Basel-Stadt nimmt in seinem Überprüfungsbericht schliesslich vielfachen Bezug auf den Entwurf der nationalen Strategie Psychische Gesundheit.

3.2 Planungsvorgehen und Planungsinstrumente

Die Planung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung beinhaltet komplexe Fragestellungen und involviert meist verschiedene Akteure. Zur Unterstützung bei der Erstellung der kantonalen Psychiatriekonzepte hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) einen Leitfaden zur Psychiatrieplanungen erstellt.⁷ Mit Bezug zu diesem Leitfaden wurden im Rahmen der Online-Befragung verschiedene Fragen zu den wichtigsten Aspekten der Psychiatrieplanungsvorgehen und Planungsinstrumente gestellt. Nachfolgend werden die Antworten hinsichtlich der Akteure und Ressourcen für die kantonalen Psychiatriekonzepte, die Analyseverfahren, die Verwendung von Sektoren als Einheit der Leistungserbringung und die Controlling-Verfahren dargelegt.

3.2.1 Akteure der Psychiatriekonzepte

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Kantone gefragt, welche Akteure sie in die Entwicklung der Psychiatriekonzepte mit einbezogen haben. Die Frage wurde von jenen 22 Kantonen beantwortet, welche über ein Psychiatriekonzept verfügen. Mehrfachantworten waren möglich.

22 Kantone haben das Gesundheitsamt/Gesundheitsdepartement/Gesundheitsdirektion einbezogen.
22 Kantone haben psychiatrische Kliniken und Dienste einbezogen.
14 Kantone haben Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Grundversorgung und Spezialärztinnen und Spezialärzte) eingezogen.
14 Kantone haben weitere Expertinnen und Experten einbezogen.
9 Kantone haben Betroffenenorganisationen einbezogen.
8 Kantone haben Leistungserbringer im weiteren Feld der psychiatrischen Versorgung (Sozialdienste, Vormundschaftsbehörde usw.) einbezogen.

3.2.2 Ressourcen für die Psychiatriekonzepte

In 6 Kantonen stehen gemäss eigenen Angaben in der Online-Befragung explizite Stellenprozente für das Psychiatriekonzept zur Verfügung. In 15 Kantonen stehen keine Stellenprozente zur Verfügung. Drei Kantone haben diese Frage nicht beantwortet.

19 Kantone finden die Publikationen des OBSAN zur psychiatrischen Versorgung für ihre Psychiatrieplanung hilfreich, drei Kantone sind nicht dieser Meinung, zwei Kantone äussern sich nicht dazu.

3.2.3 Analysen

Die Kantone wurden gefragt, welche der unten genannten Analysen sie im Hinblick auf ihre Psychiatriekonzepte durchgeführt haben. 22 Kantone (jene mit Psychiatriekonzepten) haben die Frage in der Online-Befragung beantwortet. Mehrfachantworten waren möglich.

⁷ Vgl. GDK Leitfaden zur Psychiatrieplanung (2008). Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“.

21 Kantone führen Analysen der Inanspruchnahme der Angebote durch.
19 Kantone führen Analysen der Patientenströme durch.
18 Kantone führen Vergleiche mit anderen Kantonen und/oder dem Ausland durch.
10 Kantone führen Evaluationen der Umsetzung vorhergehender Psychiatrieplanungen durch.

Fünf Kantone haben zudem folgende weiteren Analysen angegeben (offene Antwort der Online-Befragung):

- Analyse der Erreichbarkeit der Angebotsstrukturen
- Analysen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer
- Prüfung von verschiedenen Organisationsmodellen

3.2.4 Sektoren als Einheit der Leistungserbringung

Die Kantone wurden gefragt, ob sich das Psychiatriekonzept ihres Kantons an Sektoren als organisatorische Einheit der Leistungserbringung (im Sinne der Sektoren des GDK-Leitfadens⁸) orientiert. 22 Kantone haben die Frage im Rahmen der Online-Befragung beantwortet.

7 Kantone orientieren sich an den Sektoren.
6 Kantone orientieren sich nicht an Sektoren.
9 Kantone geben an, dass die Orientierung an Sektoren für sie nicht relevant ist.

3.2.5 Controlling der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung

Die Kantone wurden gefragt, ob ein Controlling, d.h. eine systematische Überprüfung der Umsetzung des Psychiatriekonzeptes oder der Psychiatrieplanung (ziel- und finanzbezogen) bestehe. 23 Kantone haben die Frage in der Online-Befragung beantwortet:

8 Kantone überprüfen die Umsetzung des Psychiatriekonzeptes systematisch.
10 Kantone überprüfen die Umsetzung des Psychiatriekonzeptes teilweise.
5 Kantone überprüfen die Umsetzung ihrer Psychiatriekonzeptes bisher nicht⁹.

Von den acht Kantonen, die über ein systematisches Controlling verfügen, geben zwei an die Überprüfung laufend vorzunehmen, vier Kantone überprüfen sie jährlich sowie je ein Kanton alle zwei Jahre resp. alle vier Jahre.

20 Kantone überarbeiten ihre Psychiatriekonzepte nach eigenen Angaben regelmässig. Dabei geben sie folgenden Überarbeitungsrhythmus an:

4 Kantone überarbeiten das Psychiatriekonzept laufend.
2 Kantone überarbeiten das Psychiatriekonzept jährlich.
5 Kantone überarbeiten das Psychiatriekonzept jedes vierte Jahr.
9 Kantone überarbeiten das Psychiatriekonzept seltener als jedes vierte Jahr.

⁸ Gemäss des GDK Leitfadens zur Psychiatrieplanung (S.32-33) ist „der Sektor ist die kleinste Organisation der Leistungserbringung. Wie gross die Servicepopulation für einen Sektor ausfällt, hängt von der Bevölkerungsdichte und kantonsspezifischen Gegebenheiten ab.“

⁹ Ein Kanton beantwortet die Frage nicht, weil er über keine Psychiatrieplanung verfügt.

3.3 Versorgungsgrundsätze und Versorgungsziele

3.3.1 Leitbild der Psychiatriekonzepte

Die Kantone mit Psychiatriekonzepten wurden gefragt, ob diese auf einem expliziten Leitbild basieren und wenn ja, auf welchem. 21 Kantone haben die Frage in der Online-Befragung beantwortet. Mehrfachantworten waren möglich.

15 Kantone stützen ihre Psychiatriekonzepte auf den GDK-Leitfaden für Psychiatrieplanung ab¹⁰.
12 Kantone verfügen über ein kantonseigenes Leitbild für das Psychiatriekonzept.
2 Kantone haben kein explizites Leitbild.

3.3.2 Stellenwert ausgewählter Ziele für die Psychiatriekonzepte

Die Dokumentenanalyse liefert Anhaltspunkte zum Stellenwerte verschiedener Ziele der psychiatrischen Versorgung: Aus 15 Kantonen sind Unterlagen eingegangen, aus welchen hervor geht, dass sich die Psychiatriekonzepte an expliziten Versorgungsgrundsätzen und -zielen ausrichten. Die genannten Grundsätze und Ziele lassen sich wie folgt zusammenfassen¹¹:

- 1) Orientierung der psychiatrischen Angebote an der lokalen Lebenswelt der Patienten und Patientinnen; die Versorgungsangebote sollen gemeindenah, regional vernetzt und durchlässig sein und so gesellschaftliche Teilhabe und Integration begünstigen.
- 2) Die Angebote sollen patientenorientiert sein. Patienten/innen sind als Partner/innen zu verstehen. Die Behandlung bezweckt die Besserung des Krankheitszustandes wie auch die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität.
- 3) Förderung der «Hilfe zur Selbsthilfe», bspw. durch die Stärkung vorhandener Ressourcen und Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten. Sie sollen aktiv in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Behandlung und Betreuung sind auf die Wiedereingliederung und Selbstständigkeit auszurichten.
- 4) Angestrebt wird eine auf fachliche und menschliche Kontinuität hinzielende Betreuung. Die Kontinuität der Behandlung soll durch alle beteiligten Stellen gewährleistet sein.
- 5) Es gilt der Grundsatz der Präferenz der ambulanten vor der stationären Behandlung. Die stationären Behandlungen werden in Anzahl und Dauer reduziert.
- 6) Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch die Begünstigung effizienter, effektiver und nachhaltiger Leistungen; periodische Evaluation der Angebote hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.
- 7) Chancengerechter Zugang mit kurzen Wegen und vertretbaren Wartezeiten; Gewährleistung einer ambulanten und stationären psychiatrischen Notfallversorgung; Hilfen müssen niederschwellig erreichbar sein, Hemmschwellen müssen abgebaut werden.
- 8) Anbieter verschiedener psychiatrischer Hilfen müssen nach einem gemeinsamen Plan zur Behandlung und Unterstützung zusammenarbeiten. Institutionsgrenzen sollen abgebaut werden. Barrieren wegen unterschiedlichen Finanzierungsmodellen von ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten sind zu reduzieren.

¹⁰ Dies bestätigt auch die Dokumentenanalyse, gemäss welcher 13 Kantone in ihren Planungsunterlagen explizit auf die GDK-Leitlinien Bezug nehmen.

¹¹ Die Reihenfolge der Ziele folgt im Grundsatz der Häufigkeit der Nennungen; allerdings können die einzelnen Ziele nur ungefähr voneinander abgegrenzt werden, weshalb der Reihenfolge kein zu grosses Gewicht beimessen werden darf.

- 9) Die Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem soll verbessert werden; die Schnittstellen zu anderen medizinischen und therapeutischen Behandlungsbereichen sowie zu Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten müssen optimiert werden. Die pluridisziplinäre Zusammenarbeit unter Akteuren und die Annäherung an die somatische Medizin ist zu fördern, ebenso die Zusammenarbeit zwischen medizinischen und sozialen Diensten - im Interesse der Früherkennung von psychischen Erkrankungen und der Wiedereingliederung.
- 10) Zur Vorbeugung und Früherfassung von psychischen Erkrankungen sowie zur Verhinderung von Rückfällen ist eine umfassende Prävention zu fördern.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Kantone ebenfalls zum Stellenwert der nachfolgenden Ziele für das Psychiatriekonzept in ihrem Kanton befragt. 21 Kantone haben die Frage beantwortet:

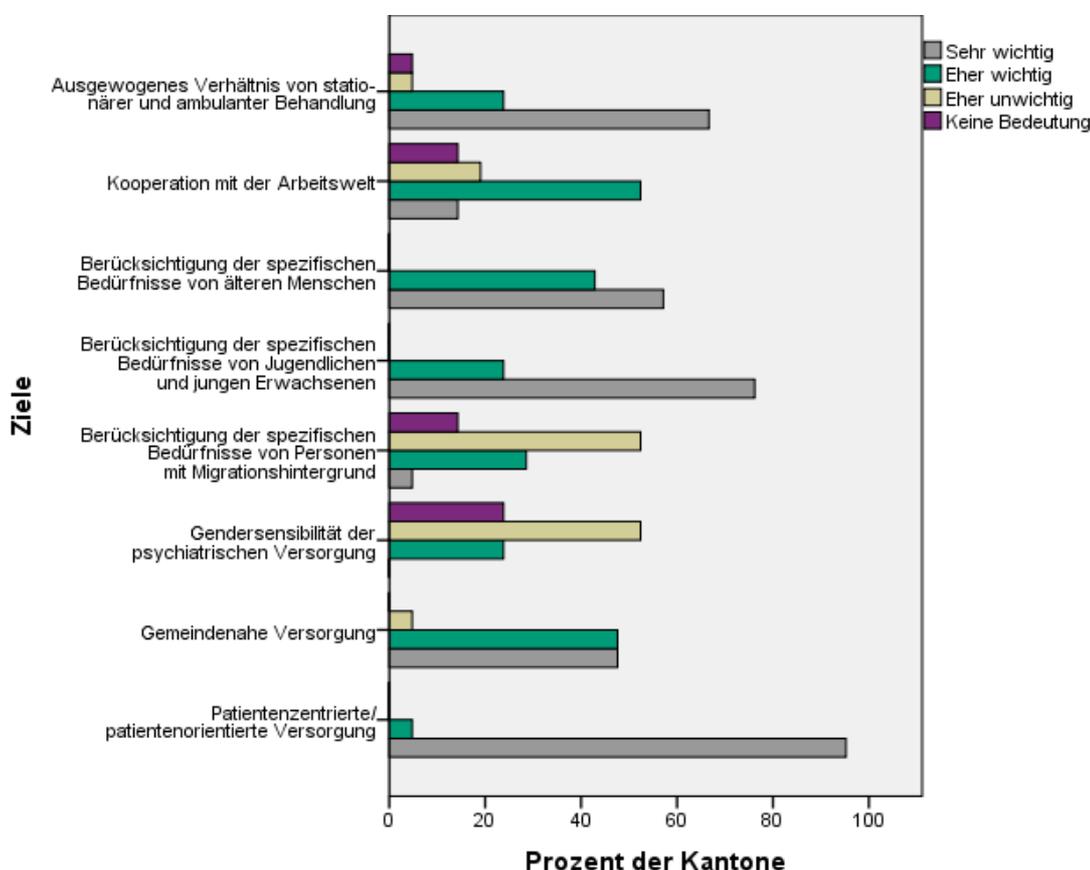


Abbildung 1: Stellenwert der Ziele im Psychiatriekonzept (N = 21)

Am wichtigsten ist den Kantonen demnach die patientenzentrierte Versorgung¹² (1), gefolgt von der Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (2), dem ausgewogenen Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter Behandlung (3), der Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von älteren Menschen (4) sowie der gemeindenahen Versorgung¹³ (5).

¹² Im Online-Fragebogen wurde die patientenzentrierte Versorgung folgendermassen definiert: Unter patientenzentrierter/ patientenorientierter psychiatrischer Versorgung wird das individuelle und flexible Zuschneiden der Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten/ der einzelnen Patientin verstanden (im Gegensatz zur Institutionszentrierung, wo die Bedürfnisse der Institution die Behandlungsweise definieren).

¹³ Im Online-Fragebogen wurde die gemeindenaher Versorgung folgendermassen definiert: Unter gemeindenaher psychiatrischer Versorgung wird ein ambulantes Angebot für psychiatrische Behandlung nahe am Wohnort der Betroffenen verstanden, das mit öffentlichen Verkehrsmitteln einfach erreichbar ist und

Weniger wichtig scheinen die Kooperation mit der Arbeitswelt (6) sowie die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund (7) zu sein. Am wenigsten wichtig ist für die Kantone die Gendersensibilität der psychiatrischen Versorgung (8).

Die Kantone haben zudem folgende weitere Ziele, die für sie besonders wichtig sind, genannt¹⁴:

- Niederschwelligkeit der Angebote
- Kooperation mit Institutionen für psychisch Behinderte
- Zusammenarbeit mit dem erstbehandelnden Arzt
- Erhöhung der Vernetzung unter den Akteuren/ Pluridisziplinarität, integrierte Versorgung
- Besserer Schutz der Rechte der Patientinnen und Patienten
- Förderung qualitativ hochwertiger und effizienter Leistungen
- Unternehmerische Freiheiten der Kliniken / Wettbewerb
- Stärkung der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch pluridisziplinäre Equipen
- Stärkung der Sekundärprävention
- Stärkung der Rehabilitation
- Stärkung der Alterspsychiatrie
- Stärkung der forensischen Psychiatrie

Die Online-Befragung zeichnet somit ein ähnliches Bild der Versorgungsziele wie die Dokumentenanalyse (siehe vorhergehende Abschnitte): Sowohl die patientenzentrierte als auch die gemeindenahere Versorgung werden gemäss der kantonalen Unterlagen angestrebt und haben für die Kantone gemäss eigener Angaben auch einen hohen Stellenwert. Die Antworten im Rahmen der offenen Fragen der Online-Befragung decken sich zudem weitgehend mit den Angaben in den Dokumenten.

Schliesslich wurden die Kantone im Rahmen der Online-Befragung gefragt, inwieweit das (letzte) Psychatriekonzept umgesetzt werden konnte. 22 Kantone haben die Frage beantwortet:

3 Kantone konnten ihre Psychatriekonzepte vollumfänglich umsetzen.
17 Kantone konnten ihre Psychatriekonzepte grösstenteils umsetzen.
2 Kantone konnten ihre Psychatriekonzepte nur lückenhaft umsetzen.

Der Zielerreichungsgrad wird von den Kantonen also als gut bis sehr gut eingeschätzt.

3.4 Strategien zur Umsetzung der Versorgungsziele

Die analysierten Dokumente beinhalten Informationen dazu, wie die oben genannten Versorgungsgrundsätze und -ziele umgesetzt werden sollen. Die Dokumentenanalyse zeigte, dass hierzu in verschiedenen Kantonen unterschiedlicher Strategien und Massnahmen bestehen. Die Vielfalt der Umsetzungsmöglichkeiten soll nachfolgend mittels Beispielen aus verschiedenen Kantonen illustriert werden. Es wurden Beispiele ausgewählt, welche einen Bezug zu den eingangs formulierten Fragestellungen und/oder zu internationalen Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung aufweisen.

3.4.1 Umfassende Psychatriekonzepte und vernetzte Psychatriekonzepte

Die Kantone Luzern und Basel-Landschaft wollen ihre Ziele mit Hilfe von umfassenden und vernetzten Psychatriekonzepten erreichen:

Im Kanton Luzern wurde im Rahmen einer Situationsanalyse das bestehende Angebot von der Sensibilisierung über die Förderung der psychischen Gesundheit, der Früherkennung/Frühintervention, der Behandlung und Therapie bis hin zur sozialen und beruflichen Integration analysiert, Bedürfnisse und Lücken wurden aufgezeigt und mögliche Lösungsansätze

über einen 24 Stunden Betrieb an sieben Tagen in der Woche ausserhalb des psychiatrischen Notfalls verfügt.

¹⁴ Es konnten in einem freien Textfeld pro Kanton maximal zwei zusätzliche Ziele angegeben werden.

erarbeitet. Das Psychatriekonzept soll somit einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Zusammenarbeit und Vernetzung unter den Akteuren innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems leisten.

Im Kanton Basel-Landschaft wird festgestellt, dass sich die Psychiatrie in den neunziger Jahren der somatischen Medizin wieder angenähert hat (Medikalisierung), die rehabilitativen und sozialen Versorgungsbereiche aber zu einer Abtrennung von der Psychiatrie tendieren (Demedikalisierung). Es werden deshalb institutionelle und konzeptionelle Massnahmen vorgeschlagen, welche die allgemeinspsychiatrischen Teile bisher getrennter Versorgungsbereiche strukturell verbinden. Mit der fortgeschrittenen Dezentralisierung der Psychiatrie rücke zudem 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 der Kantonalen Psychiatrischen Diensten (KPD) droht ihnen die fachliche Stagnation. Nach zwei Jahrzehnten bewusster Verlegung von Angeboten ins Lebensumfeld der Kranken wird in der aktuellen Planung nun deren stärkere fachliche Verknüpfung mit den KPD angestrebt.

3.4.2 Stärkung der Prävention

Eine Verlagerung von der stationären hin zur ambulanten Versorgung könne nur gelingen, wenn auch die Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden, so das Thurgauer Bündnis gegen Depression. Die an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen sollen durch präventive Massnahmen und geeignete Hilfsangebote die psychische Gesundheit der Bevölkerung fördern. Wenn psychische Gesundheit gefördert und Depressionen im Speziellen früh genug erkannt und angesprochen werden, komme es vielleicht gar nicht erst zu schweren Verläufen und psychiatrischen Hospitalisationen.

Auch das Aktionsprogramm «Psychische Gesundheit Luzern» will vermehrt die gesundheitsfördernde Sicht in den Fokus rücken. Und die Strategie psychische Gesundheit des Kantons Waadt umfasst auch die Suizidprävention und die Gewaltthematik.

3.4.3 Case management

Im Kanton Basel-Stadt soll dem Aufbau des Case Management allerhöchste Priorität eingeräumt werden, da mit diesem die schwer wiegenden Schnittstellenprobleme gelöst werden können. Ein weiterer Kanton will mittels intensiven Case Management unnötige Hospitalisationen verhindern.

3.4.4 Unterstützung des sozialen Umfeldes

Im Kanton Graubünden wird eine Verlagerung von der stationären hin zur ambulanten Versorgung durch eine verstärkte Unterstützung der Familien und des sozialen Umfelds angestrebt. Dies könne u.a. durch die Schaffung einer Beratungsstelle für Angehörige psychisch Kranker erreicht werden, welche professionell ausserhalb der Klinik geführt wird.

3.4.5 Mobile Equipen, Spitex

In der Waadt werden mobile und pluridisziplinäre psychiatrische Equipen nach Altersgruppen (Jugendliche, Erwachsene, Betagte) für den ganzen Kanton gefördert.

In ländlichen Regionen des Kantons Luzern wird die psychiatrische Notfallversorgung verschiedentlich durch den dringlichen psychiatrischen Konsiliardienst abgedeckt. Zudem haben verschiedene Spitex-Organisationen Dienstleistungen der psychiatrischen Pflege und Betreuung in ihr Angebot aufgenommen.

Der Kanton Graubünden weist darauf hin, dass die ambulante psychiatrische Pflege und Betreuung in der Spitex auf einen starken Rückhalt durch Psychiaterinnen und Psychiater angewiesen sei, speziell beim Auftreten von Krisensituationen, wo rasche Interventionsmöglichkeiten gefragt seien.

3.4.6 Psychiatrische Strukturen an Akutspitälern

In mehreren Kantonen wird geprüft, ob Einrichtungen der ambulanten/ tagesklinischen Versorgung in der Nähe von Akutspitälern angesiedelt oder integriert werden sollen. Im Kanton Bern sind die Psychiatrischen Dienste, welche in die Regionalen Spitalzentren integriert sind, bereits für die allgemeinpsychiatrische regionale Versorgung zuständig. Diese regionale Versorgung umfasst das vollständige Spektrum ambulanter, tagesklinischer und konsiliarischer Grundversorgungsleistungen sowie stationäre Leistungen mit einer begrenzten Akutbehandlungspflicht.

3.4.7 Finanzielle Anreize

Aus verschiedenen kantonalen Unterlagen geht hervor, dass Anpassungen am Finanzierungssystem geprüft werden sollen, damit die Leistungserbringer einen Anreiz haben stationäre Patientinnen und Patienten - sofern dies aus medizinischer Sicht möglich und angezeigt ist - tagesklinisch respektive ambulant zu betreuen. In der modernen psychiatrischen Versorgung soll sich nicht nur die Planung, sondern auch die Finanzierung der Angebote an den Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen orientieren.

3.4.8 Benchmarking

Die St. Gallischen Versorgungsstrukturen/-regionen sollen im Rahmen des Psychiatriekonzeptes mit anderen Versorgungseinheiten in der Schweiz verglichen und gemessen werden. Im Vordergrund stehen Gebiete mit innovativen Versorgungsansätzen. Damit sollen Schwachstellen/ Lücken identifiziert, Ideen für Verbesserungen gesammelt und gewonnene Erkenntnisse in effizienzsteigernde Massnahmen umgesetzt werden.

3.4.9 Weiterbildung

Es brauche eine umfassende Weiterbildung möglichst vieler professionell Beteiligter, so der Kanton Appenzell Ausserrhoden. Wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Wandel sei eine „Investition in die Köpfe“: „Die professionellen Helfer müssen sich Kompetenzen in neuen Betreuungsformen aneignen – in erster Linie brauchen sie jedoch Kompetenzen in neuen Formen der Zusammenarbeit.“

Die in diesem Kapitel 3.4 dargelegten Beispiele verschiedener Vorgehen, Instrumente und Massnahmen zur Umsetzung der Versorgungsgrundsätze und -ziele zeigen, dass in verschiedenen Kantonen bereits Bestrebungen bestehen, um auf gegenwärtige Fragestellungen bezüglich Planung und Umsetzung einer zukunftsorientierten psychiatrischen Versorgung eine Antwort zu geben: Der Ausbau des ambulanten Angebotes wird mittels psychiatrischer Spitex, mobilen Equipen, Unterstützung des sozialen Umfeldes, psychiatrischen Strukturen an Akutspitälern und neuen Finanzierungsmöglichkeiten angestrebt. Zudem sollen die Schnittstellen durch das Case Management besser bearbeitet werden.

4 Stand der psychiatrischen Versorgung

Nachfolgend werden ausgewählte Aspekte der Ist-Situation der psychiatrischen Versorgung, welche die eingangs formulierten Themenstellungen betreffen (wie „ambulant vor stationär“, Schnittstellenmanagement, Finanzierungssysteme und Case Management) dargelegt.

4.1.1 Stationäre Angebotsstruktur

Die Kantone wurden im Rahmen der Online-Befragung nach der Anzahl Psychiatrischer Kliniken¹⁵ sowie nach der Anzahl psychiatrischer Abteilungen in Akutspitälern auf Kantonsgebiet gefragt. Es haben 24 Kantone die Anzahl psychiatrischer Kliniken angegeben, und 22 Kantone die Anzahl psychiatrischer Abteilungen in Akutspitälern.

¹⁵ Gemäss der Definition des Bundesamtes für Statistik BFS bestimmt die Leistungsstelle mit der grössten Anzahl Pfl egetage die Spezialisierung und somit auch den Typ des Krankenhauses. Ist die Anzahl psychiatrischer Pfl egetage am grössten, ist es eine psychiatrische Klinik.

Anzahl psychiatrische Kliniken

4 Kantone verfügen über keine Psychiatrische Klinik auf Kantonsgebiet
15 Kantone verfügen über eine bis drei Kliniken.
5 Kantone verfügen über mehr als drei psychiatrische Kliniken auf Kantonsgebiet.

Anzahl psychiatrische Abteilungen in Akutspitälern

12 Kantone verfügen über keine psychiatrischen Abteilungen in Akutspitälern.
8 Kantone verfügen über eine bis vier solcher Abteilungen
2 Kantone verfügen über mehr als vier (8 bis 12) solcher Abteilungen.

Verteilung der stationären Pflegetage auf psychiatrische Kliniken und Akutspitäler

Im Rahmen der Online-Befragung sollte erhoben werden, wie sich die stationären Pflegetage auf die beiden stationären Strukturen (psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen in Akutspitälern) verteilen. Einerseits beantworteten nur 9 Kantone diese Frage, andererseits zeigte sich, dass die Definition „psychiatrische Klinik“ versus „psychiatrische Abteilung in einem Akutspital“ unklar ist. Die erhobenen Zahlen entbehren daher jeglicher Aussagekraft, was denn auch im Rahmen der Valorisierung an der Veranstaltung vom 25. April 2012 bekräftigt wurde.

4.1.2 Ambulante Angebotsstruktur

Im ambulanten Bereich liegen ausschliesslich Schätzungen vor, da diesbezüglich den Kantonen keine Statistiken zur Verfügung stehen. Die Kantone wurden aus diesem Grund im Rahmen der Online-Befragung aufgefordert, ihre Einschätzung der ambulanten Angebote abzugeben. Gefragt wurde nach dem geschätzten Anteil der verschiedenen Akteure an der gesamten ambulanten psychiatrischen Versorgung. 23 Kantone haben diese Frage beantwortet.

Die Ergebnisse zeigen ein sehr heterogenes Bild. Aus der Erhebung wird jedoch tendenziell deutlich, dass den allgemeinen ambulanten Angeboten (wie der psychiatrischen Spitex, den Ambulatorien und Sprechstunden) vergleichsweise eine grössere Bedeutung beigemessen wird als anderen ambulanten Angeboten. An zweiter Stelle stehen die psychiatrischen Arztpraxen, dicht gefolgt von den Hausarztpraxen. An vierter Stelle folgen die psychologischen Praxen. Eine geringe Bedeutung wurde den psychiatrischen Tageskliniken und den mobilen Equipen gegeben.

4.1.3 Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung

In diesem Kapitel wird das Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet. Zum einen wird die Verteilung von ambulanten und stationären Fällen pro Kanton untersucht, zum anderen der Anteil der ambulanten Betriebsaufwände am gesamten Betriebsaufwand. Ausserdem werden die Ergebnisse der Befragung der Kantone zu ihrer Einschätzung des Verhältnisses von ambulanten und stationären Angeboten erläutert und im Hinblick auf die zukünftige Psychiatrie die Anzahl geplanter stationärer Pflegetage analysiert.

4.1.3.1 Vergleich stationäre und ambulante Fälle

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Kantone nach der Anzahl stationärer sowie ambulanter Fälle im Jahr 2009 gefragt. Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; Art. 3 und 5).¹⁶

¹⁶ Als stationäre Behandlung gelten demnach Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus a) von mindestens 24 Stunden; b) von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; c) im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital; d) im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; e) bei Todesfällen. Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht

16 Kantone kennen diese Zahlen. Für sie wurde das Verhältnis von stationären zu ambulanten Fällen berechnet (alle Fälle zusammen ergeben 100%). Der Anteil der stationären Fälle bewegt sich bei 15 Kantonen zwischen 15.7% und 37%. Ein „Ausreisser“ ist der Kanton Genf, in welchem der Anteil stationärer Fälle bei 2.1% liegt.

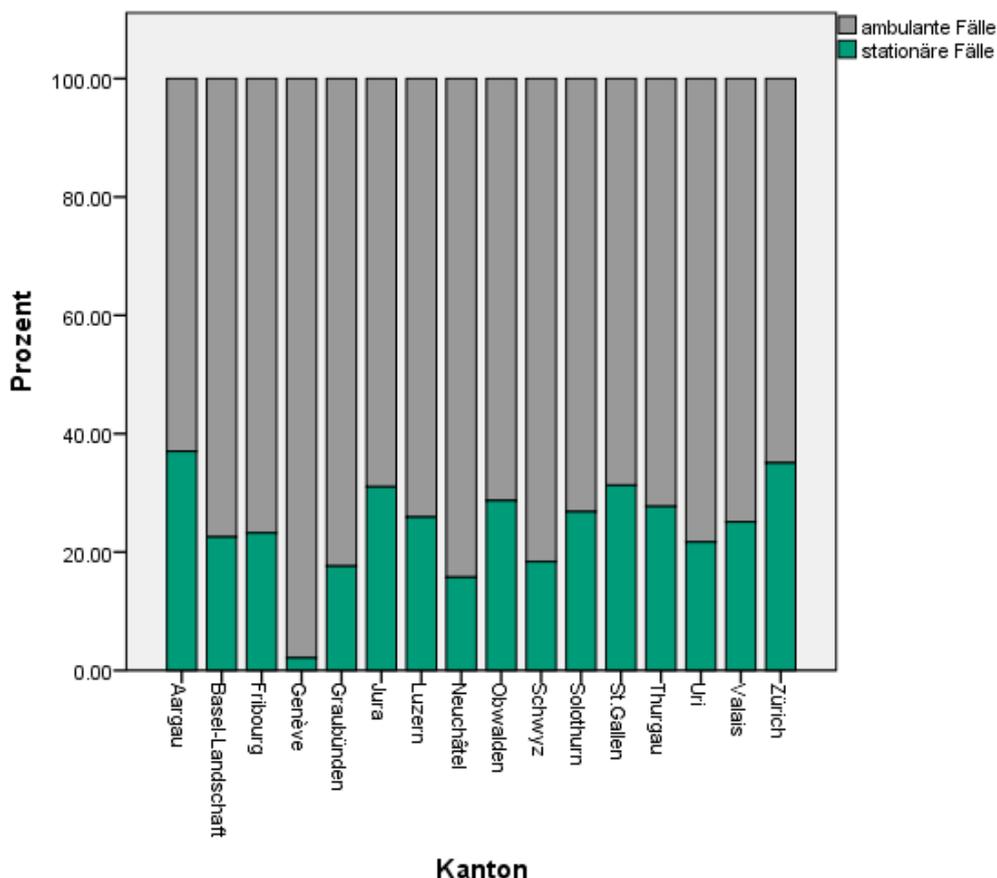


Abbildung 2: Vergleich stationäre und ambulante Fälle (N=16, 100% = alle Fälle)

Anlässlich der Diskussion mit Kantonen und Fachpersonen an der Veranstaltung vom 25. April 2012 zeigte sich, dass diese Zahlen nur mit grosser Vorsicht interpretiert werden dürfen. Da es keine schnelle Erklärung für die grossen Unterschiede gibt, müsste zunächst die Datenqualität überprüft werden, bevor entsprechende Vergleiche zulässig sind. Insbesondere wird vermutet, dass die Erfassung der ambulanten Fälle sehr unterschiedlich erfolgt.

Auch Aussagen zur Anzahl ambulanter und stationärer Fälle pro 1000 Einwohner/innen sind nicht möglich, da nach Patienten/innen auf Kantonsgebiet gefragt wurde, auf Kantonsgebiet aber auch ausserkantonale Patienten/innen oder in Grenzregionen auch Patienten/innen aus dem Ausland behandelt werden.

4.1.3.2 Anteil der ambulanten Versorgung am gesamten Betriebsaufwand

Gleiches wie für das Verhältnis von ambulanten und stationären Fällen gilt auch für die Berechnung der Verteilung des Betriebsaufwandes für die stationäre und für die ambulante psychiatrische Versorgung:

Wiederum konnten nur jene Kantone mit einbezogen werden, welche im Rahmen der Online-Befragung vollständige Angaben zum Betriebsaufwand in beiden Bereichen gemacht haben (N=10). Die ambulanten Betriebsaufwände weisen etwas höhere fehlende Werte auf als die stationären. Und wiederum ist die Streuung enorm: Der Anteil der ambulanten Psychiatrie am

stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

gesamten Betriebsaufwand (ambulant und stationär) bewegt sich zwischen 18% (Bern) und 39% (Waadt). Der „Ausreisser“ ist diesmal der Kanton Jura mit 76%. Da auch hier Erklärungen für die breite Streuung fehlen, muss angenommen werden, dass der Hauptgrund dafür nicht in der psychiatrischen Versorgungspraxis sondern in der Datengrundlage liegt.

4.1.3.3 Einschätzungen des Verhältnis von stationären und ambulanten Angeboten

Die Kantone wurden in der Online-Befragung auch gefragt, wie sie das Verhältnis von ambulanten und stationären Angeboten der psychiatrischen Versorgung in ihrem Kanton beurteilen. Alle 24 Kantone habe diese Frage beantwortet. Mehrfachantworten waren möglich.

14 Kantone sind der Meinung, dass es in ihrem Kanton zu wenige ambulante Angebote gibt.
7 Kantone sind der Meinung, dass das Verhältnis ausgewogen ist.
4 Kantone sind der Meinung, dass es in ihrem Kanton zu wenige stationäre Angebote gibt.
3 Kantone sind der Meinung, dass sie über zu viele stationäre Angebote verfügen.

4.1.3.4 Vergleich der Pflergetage 2009 mit den geplanten Pflergetagen für 2020

Wie die Versorgungsgrundsätze und –Ziele (siehe Kapitel 3.3) zeigen, will eine Mehrheit der Kantone vermehrt ambulante Angebote aufbauen. Durch einen Vergleich der per 2020 geplanten Pflergetage mit den Pflergetagen von 2009 wurde untersucht, ob dieses Ziel auch in der konkreten Versorgungsplanung eine Abbildung findet.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Kantone nach den geplanten Pflergetagen für 2020 gefragt. 14 Kantone konnten diese Frage beantworten. Für diese wurden die effektiven Pflergetage 2009 mit den geplanten Pflergetagen für 2020 verglichen:

Die Hälfte der Kantone (7), welche bereits für 2020 geplant haben, geht von einem effektiven Rückgang der stationären Pflergetage aus, die andere Hälfte geht von einer Zunahme aus resp. plant einen Ausbau im stationären Bereich. Der total geplante Abbau beträgt 199'114 Pflergetage, der total geplante Ausbau beträgt 123'209 Pflergetage. Die Differenz ergibt einen total geplanten **Abbau von 75'905 Pflergetagen per 2020**. Der Mittelwert liegt bei **-5422 Pflergetagen pro Kanton**. Der negative Mittelwert ist insbesondere auf die starke Reduktion stationärer Pflergetage im Kanton Zürich zurückzuführen. Ohne Zürich läge der Mittelwert bei + 3'812 Tagen¹⁷.

4.1.4 Spezialisierte Angebote

Die Dokumentenanalyse sowie die Online-Befragung zu den Stellenwerten verschiedener Ziele haben gezeigt, dass von den Kantonen eine patientenzentrierte Psychiatrie angestrebt wird. Spezialisierte Angebote können eine Massnahme sein, um dieses Ziel zu erreichen. So wurden die Kantone gefragt, über welche spezialisierten psychiatrischen Angebote sie in ihrem Kanton verfügen. 24 Kantone haben die Frage in der Online-Befragung beantwortet. Mehrfachantworten waren möglich.

22 Kantone verfügen über eine Psychiatrie im Bereich Sucht (inkl. Substanzabhängigkeit).
22 Kantone verfügen über eine Kinder- und Jugendpsychiatrie.
20 Kantone verfügen über eine Alterspsychiatrie.
14 Kantone verfügen über eine psychiatrische Rehabilitation.
13 Kantone verfügen über eine forensische Psychiatrie.
3 Kantone geben an, dass keine Spezialisierung notwendig ist.

Aus diesen Antworten geht hervor, dass eine Mehrheit der Kantone über bestimmte Spezialisierungen verfügt. Rechnung getragen wird dabei insbesondere den Bedürfnissen von Menschen in verschiedenen Altersgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Alterspsychiatrie) und Menschen mit suchtspezifischen Erkrankungen. Ein psychiatrischforensisches Angebot besteht in gut der Hälfte der Kantone.

¹⁷ Siehe auch Tabelle 3 im Anhang 10.1.

4.1.5 Interkantonale Zusammenarbeit

13 von 24 Kantonen verfügen gemäss eigenen Angaben in der Online-Befragung über Vereinbarungen mit anderen Kantonen bezüglich der psychiatrischen Versorgung ihrer Bevölkerung. Dabei kann es sich sowohl um Kooperationsverträge (bspw. Psychatriekonkordat der Kantone Schwyz, Zug und Uri) als auch um Leistungsvereinbarungen handeln. Die Vereinbarungen können umfassend sein oder sich auf einzelne Bereiche beschränken (z.B. Kinder und Jugendpsychiatrie, Suchttherapie). Es existieren Vereinbarungen für die stationäre wie auch für die ambulante Versorgung (Kinder und Jugendliche). Eine Form der Kooperation besteht auch in der Aufnahme ausserkantonalen Kliniken und Spitäler auf die Spitalliste. Bspw. stehen auf der Zürcher Spitalliste Psychiatrie auch Kliniken aus den Kantonen Schaffhausen, Thurgau, Zug und St. Gallen. Einige Kantone haben Vereinbarungen mit mehreren Kantonen getroffen. Weiter wurden die Kantone nach dem prozentualen Anteil psychiatrischen der Fälle in ausserkantonaler Behandlung gefragt: 19 Kantone kennen diesen Wert, 5 Kantone kennen ihn nicht:

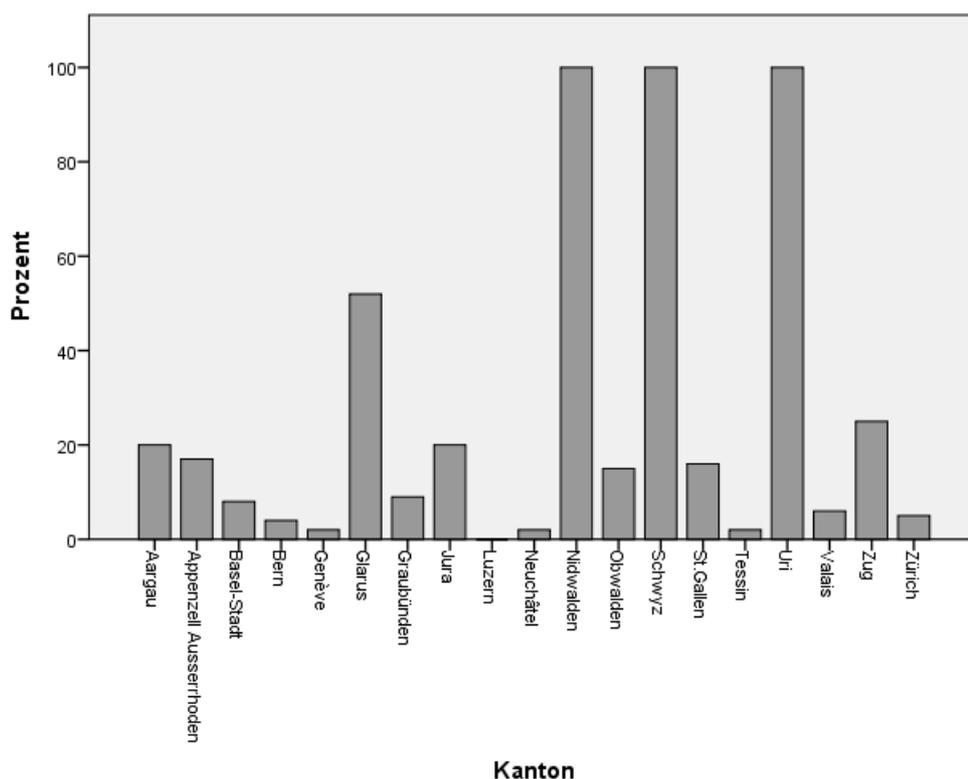


Abbildung 3: Prozent der stationären Fälle in ausserkantonaler Behandlung (N=19)

Aus der Abbildung geht hervor, dass

- 3 Kantone 100% ihrer Patienten/innen ausserkantonal behandeln lassen,
- 1 Kanton zwischen 51 und 60%,
- 1 Kanton zwischen 21 und 30%,
- 5 Kantone zwischen 11 und 20%
- 9 Kantone zwischen 0 und 10% ausserkantonal behandeln lassen.

Wenn man diese Zahlen vor dem Hintergrund der interkantonalen Vereinbarungen sowie der stationären Versorgungsstruktur (siehe auch Kapitel 4.1.1) betrachtet, fällt Folgendes auf:

- Die drei Kantone Nidwalden, Uri und Schwyz, die 100% ihrer stationären Fälle ausserkantonal behandeln lassen, verfügen weder über eine Klinik noch über psychiatrische Abteilungen in Akutspitälern.
- Glarus verfügt über eine Abteilung in einem Akutspital und kann somit knapp die Hälfte der stationären Fälle im Kanton behandeln.

- Die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Jura, Obwalden, St. Gallen und Zug lassen rund 20% ausserkantonale behandeln und haben jeweils mindestens eine Klinik und eine oder keine psychiatrische Abteilung in einem Akutspital.
- Die übrigen Kantone (BS, BE, GE, GR, LU, NE, TI, VS, ZH) lassen lediglich zwischen 0 und 10% ausserkantonale behandeln. Darunter sind vor allem Kantone mit hoher Zahl an eigenen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen in Akutspitalern (ZH, BE, GE).
- Eine Ausnahme bildet der Kanton Luzern, der alle Patientinnen und Patienten innerkantonale behandelt, jedoch über nur eine Klinik und keine Abteilung in einem Akutspital verfügt. An der Veranstaltung vom 25. April wurde jedoch darauf hingewiesen, dass diese eine Klinik über mehrere Standorte verfügt.
- Der Kanton Zürich verfügt über eine hohe Zahl an Vereinbarungen mit Kliniken in anderen Kantonen, lässt aber dennoch weniger als 10% seiner Fälle ausserkantonale behandeln. Das könnte durchaus ein Hinweis auf eine gemeindenahe und patientenzentrierte stationäre psychiatrische Versorgung sein.

4.1.6 Case Management

Die Kantone wurden gefragt, ob es in ihrem Kanton ein integriertes Case Management¹⁸ im Bereich der psychiatrischen Versorgung gibt. 24 Kantone haben dazu im Rahmen der Online-Befragung Angaben gemacht:

6 Kantone verfügen über ein integriertes Case Management in der psychiatrischen Versorgung.
17 Kantone verfügen über kein Case Management in der psychiatrischen Versorgung.
1 Kanton weiss nicht, ob ein integriertes Case Management im Kanton vorhanden ist.

Die Zielgruppen des Case Management sind in

- zwei Kantonen alle Patientinnen und Patienten,
- drei Kantonen schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten,
- einem Kanton sind es chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten.

Ein Kanton präzisiert den Einsatz von Case Management für folgende Zielgruppen und Situationen: Patientinnen und Patienten mit beginnenden Psychosen, schwer erreichbare Patientinnen und Patienten, bei Spitalaustritt und Rückkehr nach Hause oder Eintritt in ein (Alters-) Pflegeheim oder Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Die Online-Befragung hat ergeben, dass für ältere Patientinnen und Patienten, Kinder und Jugendliche Patientinnen und Patienten das Case Management nicht eingesetzt wird.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Finanzierungsmodalitäten für das Case Management erfragt:

5 Kantone finanzieren das Case Management über Versicherungen.
5 Kantone ermöglichen das Case Management mit kantonalen Mitteln.
Kommunale Mittel werden für das Case Management nicht eingesetzt.

4.1.7 Gemeindenahe psychiatrische Versorgung

Die Kantone wurden gefragt, inwieweit in ihrem Kanton eine gemeindenahe Versorgung gewährleistet ist. Unter gemeindenahe psychiatrischer Versorgung wird im ein ambulantes Angebot für psychiatrische Behandlung nahe am Wohnort der Betroffenen verstanden, das mit öffentlichen Verkehrsmitteln einfach erreichbar ist und über einen 24 Stunden Betrieb an sieben

¹⁸ Der Frage wurde folgende Definition von Case Management zugrunde gelegt: Ein Case Management besteht, wenn eine Person (die/der Case Manager) Aufgaben der direkten Unterstützung, der Vertretung von Patienteninteressen, der Koordination unter den Beteiligten, des Coachens des Umfeldes usw. übernimmt mit dem Ziel, die psychiatrische Versorgung zu optimieren.

Tagen in der Woche ausserhalb des psychiatrischen Notfalls verfügt. 24 Kantone haben die Frage im Rahmen der Online-Befragung beantwortet:

In 5 Kantonen ist eine gemeindenahe Versorgung flächendeckend gewährleistet.
In 15 Kantonen ist eine gemeindenahe Versorgung teilweise gewährleistet:
8 x nur zu den üblichen Arbeitszeiten
6 x nur in den Zentren
4 x nur in gewissen Regionen
In 3 Kantonen ist eine gemeindenahe Versorgung nicht gewährleistet
In 1 Kanton ist nicht bekannt, ob eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung besteht.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Lücken in der gemeindenahen Psychiatrie insbesondere die Arbeitszeiten betreffen (Nacht und Wochenende). So kann die gemeindenahe Psychiatrie zwar während normalen Arbeitszeiten gewährleistet werden, die 24h und 7 Tage / Woche Abdeckung ist jedoch noch nicht eingerichtet. Zudem kann die gemeindenahe Psychiatrie eher in Zentren angeboten werden.

4.1.8 Regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung

4.1.8.1 Generelle Unterschiede

Die Kantone wurden auch gefragt, ob innerhalb ihres Kantons grosse regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung bestehen. Alle 24 Kantone haben die Frage in der Online-Befragung beantwortet:

7 Kantone stellen grosse regionale Unterschiede fest.
17 Kantone stellen keine grossen regionalen Unterschiede fest.

4.1.8.2 Versorgungslücken in der ambulanten psychiatrischen Versorgung

Gemäss dem Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK bestehen dann Versorgungslücken, wenn Leistungseinheiten für weniger als 90% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar sind. Die Kantone wurden gefragt, für welchen Prozentsatz der Bevölkerung die nachfolgenden ambulanten Leistungen innert 30 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar sind. Bei den Antworten handelt es sich um Schätzwerte. 23 Kantone konnten in der Online-Befragung zu diesem Thema Auskunft geben (wobei eine gute regionale Abdeckung bedeutet, dass keine Versorgungslücken bestehen):

17 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung im Bereich der hausärztlichen Versorgung.
10 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung bei den allgemeinen ambulanten Angeboten.
10 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie
9 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung bei den psychiatrischen Arztpraxen.
8 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung bei den psychiatrischen Tageskliniken.
8 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung bei den psychologischen Praxen.
8 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung in der ambulanten Alterspsychiatrie.
5 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung in der ambulanten Rehabilitation.

Aus diesen Ergebnissen geht hervor, dass die geringsten Versorgungslücken bei der hausärztlichen Versorgung bestehen. Dies ist insofern wichtig für die psychiatrische Versorgung als dass den Hausärzten eine grosse Bedeutung in der Erkennung und Erstbehandlung von psychischen Erkrankungen zukommt. Näher zu untersuchen wäre hierbei jedoch, inwiefern die Hausärztinnen und Hausärzte über das erforderliche psychiatrische Wissen verfügen resp. ausreichend in die psychiatrische Gesamtversorgungskette eingebunden sind.

Erhebliche und unbestrittene Versorgungslücken bestehen aus Sicht der Kantone hingegen bei psychiatrischen Tageskliniken, bei psychiatrischen Arztpraxen, in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei allgemeinen ambulanten Angeboten (wie der psychiatrischen Spitzex, den Ambulatorien und Sprechstunden), denn nur 8 Kantone stellen eine gute Abdeckung in diesen Bereichen fest. Dies deutet darauf hin, dass die Angebote im Bereich der ambulanten Psychiatrie noch ausbaufähig sind, insbesondere auch was spezialisierte Fragestellungen wie auch was die Versorgungsschnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Angebot betreffen. Dabei ist festzuhalten, dass zwar knapp die Hälfte der Kantone auch bei psychologischen Praxen, ambulanten Alterspsychiatrie-Angeboten sowie Angeboten der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation Versorgungslücken ortet, die Lücke jedoch als weniger gravierend erachten. Dies darum, als eine Erreichbarkeit für 90% der Bevölkerung innert 30 Minuten nicht von allen Kantonen für diese Bereiche als erforderlich erachtet wird. Dies gilt insbesondere für die psychiatrische Rehabilitation.

4.1.8.3 Versorgungslücken in der stationären psychiatrischen Versorgung

In gleicher Weise wie bei der ambulanten Versorgung wurden die Kantone auch gefragt, für welchen Prozentsatz der Bevölkerung ihre stationären Angebote innert 30 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar sind¹⁹. 23 Kantone haben diese Frage in der Online-Befragung beantwortet. Mehrfachantworten waren möglich. Unter einer guten regionalen Abdeckung wird verstanden, dass keine Versorgungslücken bestehen.

9 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung in der allgemeinen stationären Psychiatrie für Erwachsene.

7 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung in der stationären Alterspsychiatrie.

7 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung im Suchtbereich.

4 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (4 Kantone verfügen über eine gute Abdeckung in der psychiatrischen Rehabilitation.)

Die Ergebnisse der Online-Befragung verdeutlichen, dass auch in der stationären Psychiatrieversorgung Lücken von den Kantonen festgestellt werden. In der allgemeinen stationären Psychiatrie für Erwachsene in mehr als der Hälfte der Kantone der Ansicht, dass Versorgungslücken bestehen, denn nur 9 Kantone erachten diesbezüglich ihre Abdeckung als gut. Die grösste Lücke scheint jedoch in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie zu bestehen (v.a. fehlendes Angebot resp. Unterversorgung mit entsprechenden stationären Plätzen). Ein Mangel wird auch im Suchtbereich und in der Alterspsychiatrie festgestellt. Die Erreichbarkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation ist zwar tief (4 Kantone mit guter Erreichbarkeit), in gewissen Kantonen besteht indes die Meinung, dass eine Erreichbarkeit innert 30 Minuten in der psychiatrischen Rehabilitation nicht erforderlich ist.

Insgesamt zeigen die Einschätzungen zu den Versorgungslücken sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Handlungsbedarf, da eine gute regionale Abdeckung gemäss der Kriterien der GDK in vielen Kantonen nicht gewährleistet ist.

¹⁹ Gemäss dem Leitfadens zur Psychiatrieplanung der GDK bestehen dann Versorgungslücken, wenn Leistungseinheiten für weniger als 90% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar sind.

4.1.9 Stellenwert von Gender- und Migrationssensibilität für die Patientenorientierung

Weiter wurden die Kantone gefragt, mit welchen Massnahmen sie die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in der psychiatrischen Versorgung sicherstellen, und wie sie eine gendersensible psychiatrische Versorgung sicherstellen. Alle 24 Kantone haben diese Fragen beantwortet. Mehrfachantworten waren möglich.

Berücksichtigung des Migrationshintergrunds

- 16 Kantone unterstützen Übersetzerpools und/ oder klinikexterne Übersetzungsdienste.
- 14 Kantone unterstützen Kliniken/ Anbieter darin, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund angemessen zu berücksichtigen.
- 11 Kantone bieten Informationsmaterial über psychische Krankheiten in verschiedenen Sprachen an.
- 7 Kantone unterstützen die Kliniken/Anbieter, sich am Programm „Migrant friendly hospitals“ zu beteiligen.
- 6 Kantone fördern die transkulturellen Kompetenzen des Gesundheitspersonals
- 3 Kantone verfügen über Daten bezüglich der Inanspruchnahme der Angebote und der Diagnosen der Patient/Innen mit Migrationshintergrund.

Gendersensible Angebote

- 9 Kantone fördern genderspezifische Angebote, die auf die Bedürfnisse von Frauen und Männern eingehen.
- 8 Kantone verfügen über geschlechterspezifische Daten.
- 5 Kantone unterstützen die Schulung des Gesundheitspersonals bezüglich Gendersensibler Behandlung.
- 9 Kantone unternehmen keine Bestrebungen, um die psychiatrische Versorgung gendersensibel zu gestalten.

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass der Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund von den Kantonen grösseres Gewicht beigemessen wird als der Gendersensibilität der Angebote. So unterstützen zwei Drittel der Kantone Übersetzerpools und mehr als die Hälfte der Kantone unterstützt ihre Kliniken und sonstige Anbieter bei der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Hingegen nur gerade 9 Kantone geben an, genderspezifische Angebote zu fördern. Ebenfalls 9 Kantone stellen fest, dass keine Bestrebungen nach einer gendersensiblen psychiatrischen Versorgung bestehen. Das Thema scheint also präsent, aber nicht prioritär zu sein.

4.1.10 Kantonale Finanzierungsmodelle für Ambulatorien und Tageskliniken

Die Kantone wurden gebeten zu erläutern, nach welchem Modell sie Leistungen in Ambulatorien und Tageskliniken mitfinanzieren (Stand 2009). 22 Kantone haben die Frage beantwortet:

- 7 Kantone arbeiten mit Globalbudgets.
- 6 Kantone übernehmen die Defizitdeckung.
- 1 Kanton finanziert Leistungen in Tageskliniken analog der stationären Aufenthalte.
- 1 Kanton beteiligt sich an der Finanzierung zweier Tageskliniken.
- 1 Kanton beteiligt sich an der Finanzierung von Ambulatorien im Rahmen von Modellprojekten.
- 3 Kantone planen eine Finanzierung der ambulanten Leistungen.
- 3 Kantone beteiligen sich in keiner Weise an der Finanzierung dieser Leistungen.

Drei Kantone haben ihr Finanzierungsmodell (Stand 2009) ausführlich beschrieben. Um die verschiedenen Möglichkeiten aufzuzeigen, werden hier alle drei Modelle kurz vorgestellt:

- Der Kanton St. Gallen verfügt im Bereich der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie über ein duales Finanzierungssystem für ambulante/ tagesklinische Angebote: Einerseits übernimmt der Kanton die Mietkosten für die Räumlichkeiten der ambulanten/tagesklinischen Einrichtungen. Zusätzlich werden die von den Kliniken generierten ambulanten Erträge vom Kanton zu 65% ausfinanziert (d.h. wenn die Klinik X 1 Millionen TARMED-Erträge erwirtschaftete erhält sie vom Kanton zusätzlich 650'000 CHF). Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht für die ausschliesslich ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste des Kantons St. Gallen eine Defizitgarantie der Trägerkantone SG, AR und AI gemäss effektivem Patientenaufkommen. Im 2009 übernahm der Kanton St. Gallen rund 80% der Deckungslücke.
- Damit bisherige, versorgungsrelevante gemeinwirtschaftliche Leistungen trotz ungenügender Tarifabdeckung weiterhin erbracht werden können, hat der Zürcher Gesetzgeber eine auf das Bundesrecht abgestimmte ausdrückliche Finanzierungsregelung geschaffen. Das SPFG sieht in § 11 vor, dass der Kanton Zürich an Listenspitäler mit Betriebsstandort im Kanton für ausgewählte Leistungen Subventionen bis zu 100% der ungedeckten Kosten ausrichten kann, sofern die Tarife der Sozialversicherungen die Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht decken. Zur Bemessung der Beiträge wird ein Benchmarking der ambulanten und teilstationären spitalgebundenen Bereiche vorgenommen, wobei zusätzlich eine Leistungserfassung zur Analyse der gemeinwirtschaftlichen Leistungen hinzugezogen wird.
- Der Kanton Bern verfügte 2009 über ein Finanzierungsmodell für die kantonalen Psychiatriekliniken, welches sich auf ein aus der Deutschen Psychiatrie Personalverordnung abgeleitetes Normkostenmodell abstützte. Es berücksichtigte unter anderem die unterschiedlichen Aufwände nach Schweregrad der Erkrankung. Selbständige Betriebe mit Versorgungsaufträgen des Kantons erhielten Betriebsbeiträge, deren Höhe sich ebenfalls an den erwarteten Betriebskosten orientierte (Defizitdeckung).

Einschätzung des gegenwärtigen Finanzierungssystems wurden zudem während der Online-Befragung sowie im Workshop vom 25. April 2012 abgegeben. Diese werden im Kapitel 5.3. sowie im Kapitel 6 eingehend besprochen.

5 Einflussfaktoren auf eine zukunftsgerichtete psychiatrische Versorgung

Nebst den Fragen zum Planungsvorgehen sowie zum Stand der psychiatrischen Versorgung wurden die Kantone im Rahmen der Online-Befragung auch zu ihrer Einschätzung möglicher Einflussfaktoren auf eine zukunftsorientierte, also patientenzentrierte und gemeindenahe psychiatrische Versorgung befragt. Es folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten genannten Aspekte resp. Einflussfaktoren.

5.1 Einflussfaktoren auf die Umsetzung der Psychiatriekonzepte

Die Kantone wurden im Rahmen der Online-Befragung gefragt, was die angestrebte psychiatrische Versorgung resp. die Umsetzung der Psychiatriekonzepte aus ihrer Sicht behindert und was sie begünstigt. 19 Kantone haben die Frage beantwortet:

- Als wichtigster Faktor werden die Ressourcen genannt. Wenn personelle, zeitliche und vor allem finanzielle Ressourcen fehlen, behindert dies die Umsetzung, ihr Vorhandensein begünstigt sie. Heute fehlen insbesondere **Ressourcen für den ambulanten Bereich, personelle Ressourcen** sowie Ressourcen für Restrukturierungen.
- Weiter werden die Komplexität der Psychiatrie und der damit verbundene **hohe Koordinationsbedarf** als Herausforderung für die Umsetzung der Planungen gesehen. Dazu gehö-

ren die unterschiedlichen Interessen der Akteure, divergierende Expertenmeinungen, sowie spezifische Bedürfnisse der Psychiatrie (gegenüber somatischer Medizin). Fördernd ist deshalb eine **gute Zusammenarbeit** zwischen den verschiedenen Akteuren: zwischen Verwaltung, privaten Anbietern, stationärer und ambulanter Psychiatrie, zwischen den Kantonen sowie mit Fachkommissionen.

- Als wichtiger Faktor wird mehrmals auch **der politische Wille** genannt. Wenn der politische Wille für eine zukunftsorientierte Psychiatrie fehle, sei die Tendenz zur Erhaltung des Status Quo gross. Ist aber eine Veränderungswille vorhanden, ist vieles möglich.
- Gleiches gilt für das Vorhandensein **engagierter leitender Personen**. Vieles steht und fällt mit ihnen.

Folgende weiteren Einflussfaktoren wurden von je einem Kanton genannt:

- Demographische Veränderung (Druck in Alterspsychiatrie steigt)
- Gesellschaftliche Veränderungen (Akzeptanz psychischer Krankheiten)
- Grösse des Kantons (Kleiner Kanton = Nähe zur Basis).

5.2 Einflussfaktoren auf die patientenzentrierte Versorgung

Folgende Faktoren begünstigen nach Meinung der Kantone spezifisch eine patientenzentrierte psychiatrische Versorgung (Reihenfolge nach Häufigkeit der Nennungen):

- **Vernetzung der Leistungserbringer:** es brauche insbesondere eine bessere Zusammenarbeit zwischen privaten Ärzten/innen und psychiatrischen Institutionen, bessere Brücken zwischen Behandlung und Rehabilitation sowie mehr Interdisziplinarität. Ideal wäre nach Angaben einiger Kantone, wenn hier eine stärkere zentrale Führung bestehen würde (z.B. mittels Psychiatrieplanungen), damit diese Vernetzung besser gewährleistet werden kann.
- **Regionale, dezentralisierte Angebote:** Es brauche mehr niederschwellige Angebote nahe bei den Patientinnen und Patienten. Dies könne durch die Organisation in Sektoren und durch den Ausbau der ambulanten Behandlung erreicht werden. In diesem Zusammenhang wird auch die Integration von psychiatrischen Abteilungen in Akutspitälern erwähnt.
- **Finanzielle Anreize:** Es brauche finanzielle Anreize für eine patientenzentrierte Versorgung. Dabei dürfe kein Behandlungsmodell durch die Finanzierung bevorzugt werden. Dafür brauche es eine bessere Finanzierungsgrundlage für ambulante Leistungen. Genannt werden auch leistungsorientierte Finanzierungen sowie eine Finanzierung nach Behandlungsplätzen.
- **Entstigmatisierte Behandlungsorte:** Behandlungen in Akutspitälern würden sich eignen, um Behandlungsmöglichkeiten in einer entstigmatisierten Umgebung anzubieten.
- **Breite Angebotspalette und spezifische Programme,** damit Patientinnen und Patienten und Angehörige Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen.
- **Qualifiziertes Personal in den psychiatrischen Gesundheitsberufen.** Es gilt, das Personal im Hinblick auf eine patientenzentrierte Psychiatrie weiterzubilden und Psychologinnen und Psychologen mit Fachtitel Psychotherapie besser in das Versorgungsnetz zu integrieren.
- **Wissensbasis:** es brauche eine bessere Datengrundlage und mehr Forschung zu Versorgungslage. Dies soll auch zu einer zunehmenden Transparenz hinsichtlich wesentlicher Kennzahlen (wie Casemix, Fallschwere, Behandlungen, Behandlungspfade und Qualität) führen.
- **Case Management:** Im Rahmen der Online-Befragung wurde nicht näher die Bedeutung des Case Managements als Einflussfaktor definiert, in Anlehnung an die Diskussion im Workshop vom 25. April 2012 und allgemeinen Debatten ist jedoch davon auszugehen, dass es sich hierbei um das Case Management für bestimmte Zielgruppen (z.B. für schwer psychisch kranke oder chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten) handelt, die über verschiedene Schnittstellen hinweg betreut werden sollen.

5.3 Finanzierungssystem

16 von 24 Kantonen sind der Meinung, dass Fehlanreize ein sinnvolles Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung behindern. Das aktuelle Finanzierungssystem begünstige die stationäre Psychiatrie, da stationäre Aufenthalte von der Krankenversicherung mitfinanziert werden (Abgeltung auf Basis von Pflegetagen), die Finanzierung im ambulanten Bereich jedoch nicht oder nicht genügend geregelt sei. Die Abgeltung im ambulanten Bereich mit dem TAR-MED sei ungenügend. Es bestehen Probleme bei der Finanzierung von Tageskliniken. Und es fliessen zu viele Mittel in die somatische und zu wenig in die psychiatrische Medizin.

Der GDK Leitfaden zur Psychiatrieplanung formuliert als Ziel, dass mehr als die Hälfte aller öffentlichen Mittel für präventive, aufsuchende und rehabilitative Leistungen in ambulanten Strukturen, die psychiatrische Präsenz im allgemeinen Gesundheitswesen und für Leistungen an Dritte im Rahmen einer integrierten Versorgung eingesetzt werden sollen (vgl. Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Kapitel 4.1.2). Die Kantone wurden gefragt, ob sie dieses Ziel verfolgen. 22 Kantone haben die Frage beantwortet:

3 Kantone verfolgen dieses Ziel vorbehaltlos²⁰.
13 Kantone verfolgen dieses Ziel bedingt.
6 Kantone verfolgen dieses Ziel nicht.

Das Ziel wird also von einer Mehrheit der Kantone bedingt verfolgt. Die Kantone, welche das Ziel nicht oder nur bedingt verfolgen, begründen dies mit gesetzlichen Bestimmungen²¹, mit regionalpolitischen Gründen und bestehenden Infrastrukturen sowie mit dem grundsätzlichen Verzicht auf Inputsteuerung.

5.4 Personalsituation

Als ein wesentlicher Einflussfaktor wird immer wieder auch die Personalsituation genannt. Die Kantone wurden deshalb gefragt, wie sie die Personalsituation für die nachfolgend genannten psychiatrierelevanten Gesundheitsberufe in ihrem Kanton einschätzen. 23 Kantone haben diese Frage beantwortet.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass in 4 Kantone ein grosser Mangel an Psychiaterinnen und Psychiatern und an psychiatrischen Pflegefachpersonen besteht, und in 12 resp. 14 Kantonen wird die gegenwärtige Situation in diesen Gesundheitsberufen als mangelhaft beschrieben. Dies deutet darauf hin, dass insgesamt in einer Mehrheit der Kantone Psychiaterinnen und Psychiater sowie psychiatrische Pflegefachpersonen fehlen. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten besteht in keinem Kanton ein grosser Mangel, jedoch in 15 Kantonen ein gewisser Mangel. Bei den Psychologen/innen besteht in 6 Kantonen ein gewisser Mangel.

Im Sinne von Einzelnennungen werden auch Probleme bei folgenden Berufsgruppen genannt:

- Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -Psychiater
- Kader und Verwaltungsexpertinnen und -Experten
- Spezialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten (Ergotherapie etc.)
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

²⁰ Der Kanton St. Gallen hat sich zum Ziel gesetzt, bis ins Jahr 2020 mehr als ein Drittel der für die psychiatrische Versorgung eingesetzten Mittel in den ambulanten und tagesklinischen Bereich fliessen zu lassen.

²¹ Der Kanton Bern weist darauf hin, dass im Kanton 80% der Mittel im Bereich Psychiatrie für den stationären Bereich gesetzlich gebunden sind, eine Verlagerung damit nur bedingt möglich sei.

Zur Sicherstellung von qualifiziertem Personal in den psychiatrischen Gesundheitsberufen pflegen 22 Kantone die Zusammenarbeit mit den ausbildenden Institutionen (Schulen, Fachhochschulen und Universitäten) und Berufsorganisationen, und 20 Kantone fördern gezielt Ausbildungsplätze. 20 Kantone rekrutieren das Personal ausserkantonale, und 19 rekrutieren im Ausland.

5.5 Schnittstellenmanagement

Schließlich wurden die Kantone gefragt, bei welchen der in der Grafik nachfolgenden Schnittstellen (innerhalb und zwischen der psychiatrischen Versorgung und anderen Bereichen) in ihrem Kanton Optimierungsbedarf besteht.

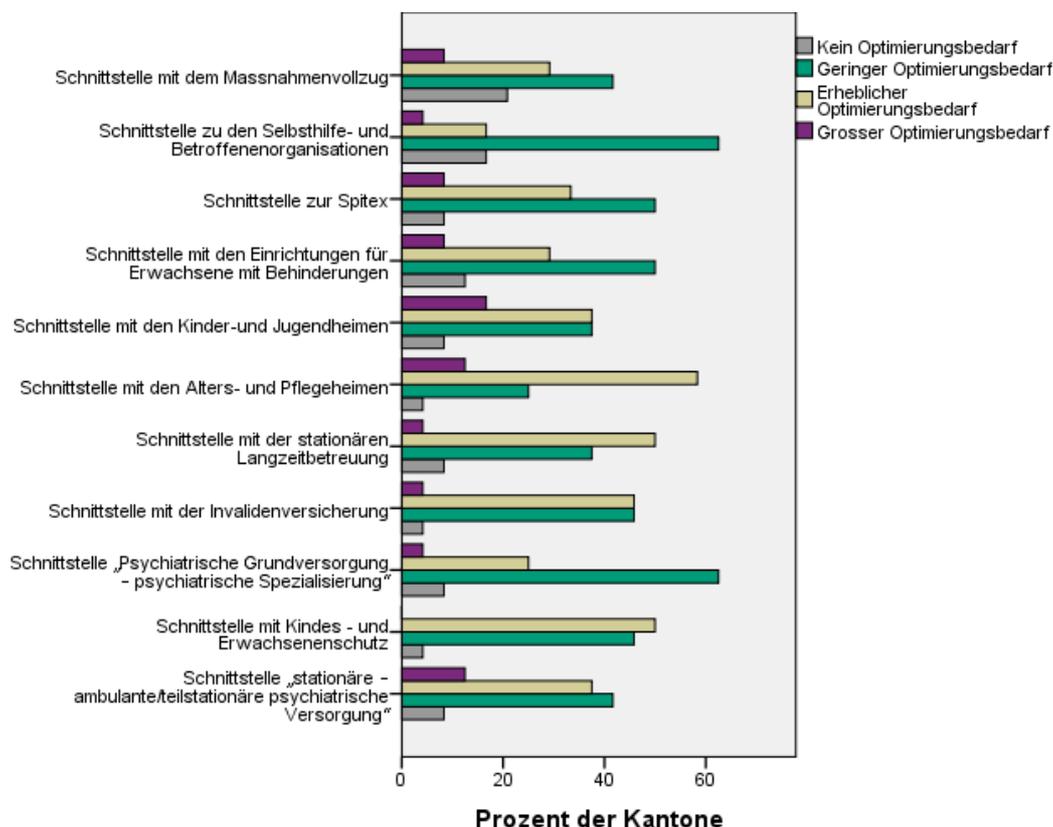


Abbildung 4: Optimierungsbedarf im Schnittstellenmanagement (N=24)

Der Abbildung 3 ist zu entnehmen, dass die Kantone den grössten Optimierungsbedarf an der Schnittstelle von Psychiatrie und Heimen sehen. Dies gilt insbesondere für Alters- und Pflegeheime (17 Kantone geben einen erheblichen bis grossen Optimierungsbedarf an) und für Kinder- und Jugendheime (13 Kantone geben einen erheblichen bis grossen Optimierungsbedarf an), etwas weniger für Einrichtungen für Erwachsene mit einer Behinderung.

Die Resultate bezüglich der in der Schnittstelle zur IV-Versicherung sind weniger eindeutig, da gleich viele Kantone (jeweils 11) in diesem Bereich geringen und erheblichen Optimierungsbedarf sehen, jedoch nur 1 Kantone bei der Schnittstelle zur IV-Versicherung einen grossen Optimierungsbedarf feststellt. Die Diskussionen im Rahmen des Workshops vom 25. April 2012 haben hingegen gezeigt, dass Systembrüche zwischen Kranken- und der Invalidenversicherung (Gesetz, Finanzierung, Praxis) beobachtet werden (siehe auch Kapitel 6.2).

Die Einschätzungen der Schnittstelle „stationäre – ambulante/teilstationäre psychiatrische Versorgung“ fallen unterschiedlich aus. 2 Kantone sehen keinen Optimierungsbedarf, 10 Kantone einen geringen, 9 einen erheblichen und 3 einen grossen Optimierungsbedarf. Es scheint also tendenziell eine Optimierung der Schnittstelle stationäreambulante notwendig, die Dringlichkeit ist jedoch aus den vorliegenden Daten nicht klar ersichtlich.

Die Schnittstellen mit den Einrichtungen für Erwachsene mit Behinderungen und die Schnittstelle zur Spitex werden von den Kantonen ebenfalls unterschiedlich bewertet. 12 Kantone sehen in diesen Bereichen geringer Optimierungsbedarf, 7 resp. 8 Kantone einen erheblicher Optimierungsbedarf. Die Einschätzungen der Schnittstelle zur stationären Langzeitbetreuung und der Schnittstelle zum Kindes- und Erwachsenenschutz (z.B. Fachbehörde KES, Sozialdienste) zeigen ein ähnliches Bild.

Bei der Schnittstelle mit dem Massnahmenvollzug (forensische Psychiatrie, Gefängnisse, geschlossene Institutionen) wird von 5 Kantonen kein Optimierungsbedarf und von 10 Kantonen ein geringer Optimierungsbedarf festgestellt, dieser Bereich scheint also tendenziell weniger optimiert werden zu müssen.

Den geringsten Optimierungsbedarf sehen die Kantone bei der Schnittstelle mit den Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen sowie bei der Schnittstelle zwischen psychiatrischer Grundversorgung und psychiatrischer Spezialisierung.

6 Bewertung der Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung durch Kernakteure

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme, welche in den Kapiteln 3, 4 und 5 dargelegt wurden, wurden am 25. April 2012 im Rahmen eines Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, des Bundes und von Fachorganisationen präsentiert. Ziel des Workshops war, die Ergebnisse der Bestandsaufnahme vorzustellen, zu validieren sowie Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie zu erarbeiten. Nach der Präsentation der Ergebnisse wurden die Teilnehmenden zunächst eingeladen, die Stärken, Schwächen, Risiken und Chancen der kantonalen Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung aufgrund der präsentierten Ergebnisse zu diskutieren. Nachfolgend werden die Diskussionsergebnisse kurz zusammengefasst:

6.1 Stärken der Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung

Im Rahmen der Workshopdiskussion vom 25. April 2012 eruierten die Teilnehmenden mit Blick auf die Ist-Situation eine Vielzahl an Stärken der Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung, wobei sich diese in die nachfolgenden übergreifenden Themen zusammenfassen lassen.

Es sind vermehrt integrierte patientenorientierte Ansätze vorhanden

- Es ist generell eine zunehmende Patientenorientierung feststellbar. Die Patientenzufriedenheit gewinnt an Bedeutung.
- Die Integration dieses Aspekts ist in den Planungen gut sichtbar.
- „Ambulant vor stationär“ ist allgemein anerkannt und setzt sich zunehmend durch (inkl. Integration in die Somatik).

Grundsätzlich gute Versorgung von hoher Qualität und Flächendeckung

- Es ist eine breite Angebotspalette vorhanden.
- Es besteht Versorgungssicherheit für schwere Fälle. Die Einweisung in die stationäre Versorgung funktioniert gut.
- Die Qualität der Infrastruktur ist gut.
- Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind beachtlich.
- Es gibt gute Einzelinitiativen. Solche sind grundsätzlich möglich.
- Die mittlere Spezialisierungshöhe und -dichte ist gut.
- Es entstehen neue Unternehmensstrukturen.

Planung erfolgt und es besteht ein Bewusstsein dafür, dass Psychiatrie dazu gehört

- Die Planungsziele sind realistisch.
- Akzeptanz und Interesse, v.a. auf politischer Ebene (inkl. Diskussionen im kantonalen Parlament) sowie bei den Anspruchsgruppen (bspw. Gemeinden) sind vorhanden.
- Die Planungen sind in den Kantonen oft gut abgestützt.
- Es bestehen Mehrjahresplanungen mit (guter) Datenbasis.

Interinstitutionelle und interkantonale Zusammenarbeit

- Die Zusammenarbeit von institutionellen, öffentlichen Angeboten mit privaten Anbietern (inkl. Hausärzte/innen) findet statt.
- Eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit ist vorhanden. Es bestehen interkantonale Vernetzungen.

Es bestehen gute Ausbildungsmöglichkeiten

- Es bestehen gute auf Sekundär- und Tertiärstufe verschiedene Grundausbildungen und Weiterbildungen.

6.2 Schwächen der Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung

Im Rahmen der Workshopdiskussion vom 25. April 2012 eruierten die Teilnehmenden mit Blick auf den Ist-Zustand auch eine Vielzahl an Schwächen der Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung, wobei sich diese in die nachfolgenden übergreifenden Themen zusammenfassen lassen.

Finanzierungsmodalitäten: Fehlanreize begünstigen den Status Quo

- Unterschiedliche Finanzierungsquellen (KVG, IVG) sind problematisch.
- Sozialpsychiatrische Leistungen sind im KVG nicht abgedeckt.
- Generelle Finanzierungsschwierigkeiten im teilstationären Bereich
- Unzureichende TARMED Leistungen (inkludieren nicht alle Leistungen), ambulante Tarife sind nicht adäquat.
- Blockierung von Problemlösungen durch den TARMED.

Unzureichende Datenlage insbesondere im ambulanten Bereich

- Es fehlen relevante und verlässliche Daten zum ambulanten Bereich, was zu einem „Blindflug“ im ambulanten Bereich führt.
- Daten für die Primärversorgung sind unzureichend.
- Wirkungen sind zu wenig untersucht.
- Auch die Kosteneffizienz ist zu wenig untersucht.

Es bestehen kritische Schnittstellen

- Systembrüche zwischen der Kranken- und der Invalidenversicherung (Gesetz, Finanzierung, Praxis).
- Das KVG beschränkt die Planung auf den stationären Bereich.
- Die Schnittstelle zwischen der stationären Versorgung und der ambulanten Nachsorge ist ungenügend geregelt.
- Zuständigkeitsregelungen zwischen IV-Praxis und medizinischer Praxis sind unklar.
- Die geteilte Zuständigkeit innerhalb eines Kantons zwischen dem Departement für Gesundheit und Soziales sowie zwischen strategischer Planung und konkreter Umsetzung führen zu Unklarheiten und Reibungsverlusten.

Unbefriedigende Personalsituation

- Zu wenig und zu wenig richtig ausgebildetes Personal.
- Zu wenig spezifische Ausbildungen sowie fehlender Public Health-Fokus.

Problematische (Re)Integration in den Arbeitsmarkt

- Mangelnde Koordination mit den Arbeitgebenden.
- Fehlende reintegrative Orientierung hinsichtlich des Arbeitsmarkts.

Weitere Themen

- Mangelnde geografische Abdeckung (v.a. auch ambulant).
- Unterversorgung im Kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich.
- Stigmatisierung nach wie vor wirkend.
- Divergierende Behandlungsziele ambulant – stationär.
- Vernachlässigung von Prävention, Gender und Migration, Budgetkürzungen in der Prävention (erster Bereich, in welchem Mittel gekürzt werden).
- Fehlende Unterstützung für Angehörige.

6.3 Risiken für eine zukunftsorientierte Psychiatrie

Im Rahmen der Workshopdiskussion vom 25. April 2012 eruierten die Teilnehmenden mit Blick auf die Zukunft eine Vielzahl an Risiken der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung, wobei sich diese in die nachfolgenden übergreifenden Themen zusammenfassen lassen.

Tendenz und Anreize zum Erhalt des Status Quo

- Spardruck hemmt Strukturwandel und Innovation.
- KVG und TARMED-Tarife verhindern Entwicklungen.
- Selektion der Leistungserbringer in lohnende – nicht lohnende Fälle..
- Interessen gewisser Anbieterinnen und Anbieter.

Angebotsinduzierte Nachfrage

- Je mehr Angebote, desto kränker?
- Behindert dies eine Veränderung?
- Dennoch viele nicht behandelte Fälle.

Personalmangel resp. fehlendes adäquat ausgebildetes Personal

- Public Health ist unzureichend in den Curriculae enthalten (Psychiatrie, Pflege etc.).
- Medikalisierung und Abkoppelung des Sozialen.
- Ausreichend Personal, aber nicht in allen geografischen Regionen und/ oder Angebotsarten.

Mangelnder gesellschaftlicher Konsens

- Atomisierung der Werte: was ist normal, was ist gesund?
- Stigmatisierungsdiskurs.

6.4 Chancen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie

Im Rahmen der Workshopdiskussion vom 25. April 2012 eruierten die Teilnehmenden mit Blick auf die Zukunft eine Vielzahl an Chancen der Psychiatriekonzepte und ihrer Umsetzung, wobei sich diese in die nachfolgenden übergreifenden Themen zusammenfassen lassen.

Geändertes Finanzierungssystem

- Unter Fachpersonen und Kantonen besteht Einigkeit, dass das Finanzierungssystem geändert werden muss. Es bestehen jedoch unterschiedliche Meinungen, wo anzusetzen sei (einheitliche Tarife stationär, ambulant; Koppelung der verschiedenen Kassen; übergreifende Planungen, Betten als Teil der ambulanten Versorgung).
- TARPSY als Chance.
- Globale Finanzierungsmodelle als Chance.

Bessere Zugänglichkeit und Integration in der Somatik

- Regionale Versorgungsnetze.
- Integration von Psychiaterinnen und Psychiater in Managed Care Angebote.
- Integration von psychosozialen Fragestellungen in Managed Care.
- Allerdings: im Kanton Wallis wird die Integration in die Somatik rückgebaut.

Neue Berufsbilder

- Public Health stärker mit einbeziehen.
- Medizin und Soziales integrieren.
- Detailkenntnis verschiedener Bereiche nutzen.

Bessere Daten, bessere Planung, bessere Versorgung

- System zur einheitlichen und umfassenden Datenerhebung.

7 Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie

Aufgrund der Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie der Diskussion der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken durch Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Kantone und von Fachorganisationen anlässlich des Workshops vom 25. April 2012, wurden anschliessend in Gruppen- und Plenumsdiskussionen zahlreiche Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Psychiatrie formuliert, welche nachfolgend zusammengefasst sind.

Die Empfehlungen sind thematisch gegliedert, wobei die Themen aus dem bisherigen Bericht resultieren. Für jedes Thema gliedern sich die Empfehlungen zudem danach, an wen sie sich richten. Dies sind in der Regel der Bund, die Kantone, die Tarifpartner und teilweise die Berufsorganisationen.

7.1 Planungsgrundlagen

Bund

- Psychiatrische Aspekte sollen in allen bestehenden Planungs- und Umsetzungsinstrumenten der Gesundheits- und Sozialpolitik im Sinne des Mainstreamings integriert und priorisiert werden. Auf diese Weise soll eine Gleichstellung der Psychiatrie mit der Akutsomatik erreicht werden, womit ein wichtiger Beitrag zur Entstigmatisierung von psychisch erkrankten Personen geleistet werden kann.
- Die Spitex-Statistik ist für Aussagen zu psychiatrischen Angeboten zu unpräzise. Andere Daten fehlen praktisch vollständig. Die Notwendigkeit der Erhebung von Strukturdaten ist unbestritten. Vorbehalte gibt es gegenüber der Erhebung von Patientendaten. Gerade für niedergelassene Leistungserbringende sei der Aufwand sehr gross, es sei mass zu halten.
- Das BFS plant eine umfassende ambulante Versorgungsstatistik, welche auch die psychiatrische Versorgung beinhalten soll. Dieses Projekt wird als wichtige Chance für eine bessere Datenlage im ambulanten Bereich gesehen. Es ist sicherzustellen, dass die Psychiatrie darin gut abgebildet wird.
- Es liegen zahlreiche Daten zur psychiatrischen Versorgung vor, auch Finanz- und Strukturdaten. Diese stammen jedoch aus verschiedenen Quellen, sind wenig zugänglich und werden zu wenig miteinander in Beziehung gesetzt. Die vorhandenen nachfrage- und ressourcenbezogenen Daten sollen deshalb gesichtet und kritisch beurteilt werden. Anschliessend sind die relevanten Daten zugänglich zu machen und die Datenerhebung möglichst zu harmonisieren (bspw. mittels Mandat an das Obsan oder durch das BFS).
- Gemäss der Online-Befragung wünscht sich die Mehrheit der Kantone Unterstützung durch das OBSAN sowie durch die GDK. Dabei wünschen sie sich insbesondere bessere Daten Grundlagen: Daten zur ambulanten Psychiatrie, Vergleichende Daten/ Kantonsvergleiche, Migrationsbezogene Daten sowie Modellierungen.

Kantone

- Psychiatrische Aspekte sollen in allen bestehenden Planungs- und Umsetzungsinstrumenten der Gesundheits- und Sozialpolitik im Sinne des Mainstreamings integriert und priorisiert werden. Auf diese Weise soll eine Gleichstellung der Psychiatrie mit der Akutsomatik erreicht werden.

Alle Tarifpartner: Kantone, Versicherer, Leistungserbringer

- Schlüsselbegriffe und deren Definition in VKL, KLV, Swiss DRG und TARMED sind zu vereinheitlichen und nicht oder unzureichend geklärte Begriffe einheitlich zu definieren. Dies gilt bspw. für den Begriff der psychiatrischen Rehabilitation, Wiedereintritte. Diese Klärung ist auch eine Voraussetzung für verlässliche Statistiken.

7.2 Gesetzgebung

Bund

- Im Rahmen der Gesetzgebung sollte nach Ansicht der Teilnehmenden des Workshops vom 25. April 2012 dem teilstationären Bereich wieder vermehrt Bedeutung geschenkt werden.
- Die Hintergründe von KVG und IVG sowie ihre Logik sind grundlegend verschieden, was sich bspw. in der Definition von Krankheit und Gesundheit, in den Zuständigkeiten und Formen der Kostenbeteiligung zeigt. Im Sinne einer Angleichung der gesetzlichen Grundlagen der Sozialversicherungssysteme sollen Definitionen, Zuständigkeiten und Kostenbeteiligungen der verschiedenen Versicherungen vereinheitlicht werden.
- Das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) schreibt der Psychiatrie eine wichtige Rolle zu. Es bestehen aber noch Unklarheiten, wer wofür zuständig ist. Und die Finanzierung dieser Leistungen ist noch nicht ausreichend geregelt. Diese Entwicklungen sind daher gut zu beobachten, und es ist auf die Einhaltung der Patientenrechte zu achten.

Kantone

- Kantonale Gesetze sollen Innovationen ermöglichen.

7.3 Finanzierungssystem

Bund

- Die Finanzierung der Pflegeleistungen im ambulanten Bereich, insb. für die psychiatrische Spitex und für mobile Equipen, ist zu klären. Dazu sind Inhalt und Umfang der Leistungen zu definieren. Der Bund soll einen entsprechenden Prozess anstossen.
- Aus Sicht des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) ist die gegenwärtige Pflegefinanzierung sachgerecht²², da die Pflege von psychisch Kranken in erster Linie andere und nicht zwingend höhere Kompetenzen erfordert und mehr inhaltlich als im Umfang systematisch abweicht. Ungeklärt sind jedoch die Fragen der Restfinanzierung besonders im psychiatrischen Bereich, der oft zwischen den Verantwortungsbereichen von Kantonen und Gemeinden „durchfällt“²³.

²² Die neue Pflegefinanzierung für Spitex und Heime ist zurzeit das einzige Finanzierungssystem für Pflegeleistungen. TARMED enthält zwar auch einige Pflegeleistungen, ist aber sehr unvollständig, oft nur bedingt leistungsgerecht und verlangt eine psychiatrische Dignität des Leistungserbringers. In der Praxis werden deshalb viele TARMED finanzierte ambulante Pflegestellen aus finanziellen Gründen abgebaut oder durch Arztstellen ersetzt und Leistungen zu Hause oft vermieden oder der Spitex übergeben.

²³ Gemäss Schätzungen des SBK belaufen sich die Vollkosten für eine Pflegestunde auf CHF 100.00 bis 150.00, während die Versicherungsanteile zwischen CHF 54.60 und 79.80 betragen. Gemäss KVG müssten die Kantone die Finanzierung der Lücke regeln. Diese haben aber dazu keine Vorgaben, delegieren es hier und da an die Gemeinden und haben erst noch die Möglichkeit, bis zu CHF 16.00 pro Tag den (oft mittellosen) Patienten und Patientinnen anzulasten, die den Betrag dann über die Ergänzungsleistung zurück erhalten sollte.

- Finanzielle Anreize setzen für die Schaffung diversifizierter ambulanter und stationärer Angebote mittels Sensibilisierung, Analyse und Reflexion auf nationaler Ebene, bspw. durch Organisation eines regelmässigen Austauschs, Initiierung gemeinsamer Studien sowie die Mitfinanzierung von Pilotprojekten.
- Bund und GDK sollen sicherstellen, dass Angebote zur Hilfe der Tagesstrukturierung etc. an Kliniken wieder eine Finanzierungsbasis sowie klare gesetzliche Grundlagen erhalten und auch die Kantone und Versicherer zu einer entsprechenden Praxis motivieren. Hier ist besonders wichtig, dass die Durchlässigkeit der Angebote ermöglicht wird, damit jede Intensität von Behandlung (von Einzelkonsultationen über Tagesstrukturen bis zu umfassender stationärer Behandlung) finanziert werden kann.
- Angeregt wird die Erstellung einer Matrix, welche sämtliche Leistungen im psychiatrischen Bereich sowie die Finanzierungsformen abbildet. Auf diese Weise könnten Lücken und Ungleichheiten sichtbar gemacht werden. Dies wäre jedoch ein zusätzliches Projekt, da insbesondere ambulante Leistungen unzureichend dokumentiert sind und hierfür auch unterschiedliche Begriffe und Abgrenzungen bestehen. Weiter werden Leistungen ersichtlich, welche durch keinen Finanzgeber (bspw. Versicherer, Sozialhilfe) gedeckt sind oder welche niemandem zugeordnet werden können.

Kantone

- Die Kantone haben bereits heute Möglichkeiten ambulante Angebote zu finanzieren und sind aufgefordert dies auch zu tun. Sie sollen eine ganzheitliche Sicht insbesondere gegenüber chronisch Kranken einnehmen.

Versicherer/ Tarifpartner

- Die Mainstreaming-Forderung für die Psychiatrie gilt auch für die Tarfinstrumente. Die Psychiatrie braucht keinen eigenen TARMED. Im TARMED muss jedoch sichergestellt werden, dass alle Fachbereiche und beteiligten Berufsgruppen integriert und abgebildet sind. Er soll zudem um Pflegeleistungen ergänzt werden, wobei sichergestellt werden muss, dass diese adäquat abgegolten werden. Bisher regelt der TARMED Einzelleistungen, denkbar wären aber auch Pauschalen. Der TARPSY soll möglichst ähnlich gestaltet werden wie im somatischen Bereich.
- Die Finanzierung von stationären und ambulanten Massnahmen muss identisch sein, um Fehlanreize zu vermeiden und Brüche/ Lücken zu verhindern. Ein einheitliches System ist deshalb anzustreben. Ambulante Tarife/ Tarifregeln sind durch die Tarifpartner zu definieren.

Berufsorganisationen

- Psychiatrie und Pflege müssen sicherstellen, dass sie in der Überarbeitung des TARMED einbezogen sind und sich dabei auch aktiv engagieren und einmischen.

7.4 Anreize für gemeindenahere Angebote

Bund

- Auch wenn dies nicht einfach ist, sollen Bund, Kantone und Gemeinden sich zu einem transparenten und verlässlichen Finanzierungssystem zusammen engagieren, sodass ambulante Behandlungen die Patienten/innen nicht mehr kosten als eine stationäre Behandlung. Die heutige unklare Situation im gemeindenaheren Bereich führt dazu, dass stationäre Behandlungen attraktiver sind: Kliniken und andere stationäre Einrichtungen haben eine verlässliche und relativ einfache Finanzierung, Patienten/innen, Angehörige, Gemeinden und Versicherungen bezahlen einen kleineren Anteil an die Gesamtkosten. Dies kommt insbesondere auch die Kantone mit dem Finanzierungsanteil von 60% teurer zu stehen.
- In der Aus- und Fortbildung von Triagisten (Allgemeinmedizin) muss psychiatrisches Wissen sichergestellt werden (siehe auch Berufsbilder).

- Die Arbeit in Netzwerken ist durch den Bund zu stärken, sowohl was die konkrete Arbeit als auch was die Finanzierung betrifft. Dazu gehört auch die Förderung des neu gegründeten und bereits bestehenden Netzwerkes Psychische Gesundheit, welches den Austausch unterstützt und interdisziplinär organisiert ist.

Kantone

- Die Kantone sollen Innovationen wagen. In diesem Zusammenhang wird auch auf den Innovationsfonds von Gesundheitsförderung Schweiz verwiesen.

Versicherer

- Auch die Versicherer sollen Innovationen wagen.

Andere

- Präventionsfachleute sollen Psychische Gesundheit als Querschnittsthema in allen Bereichen mitdenken, in der Praxis, aber auch in Forschung und Lehre.

7.5 Anreize für patientenorientierte Angebote

Bund

- Es ist zu prüfen, ob die Sensibilisierung der medizinischen Praxis für die patientenzentrierte Versorgung im Rahmen der Ausbildung gesetzlich verankert werden kann. Dabei soll die Praxis nicht nur gefördert werden, sondern es sollen auch Bedingungen gesetzt werden (bspw. gehören Nacht- und Wochenenddienste zu dieser Arbeit).
- Dies gilt auch für die patientenzentrierte Arbeit für Personen mit Migrationshintergrund. Das Personal muss für dieses Anliegen sensibilisiert werden. Auch eine bessere Integration von Personal mit Migrationshintergrund kann dabei hilfreich sein; dabei ist jedoch zu bedenken, dass Patientennähe mit ausländischem Personal schwieriger herzustellen ist (bspw. sprachliche Verständigung). Der Bund kann hier über das BBT und über die Lehrpläne einen Prozess anstossen.

Kantone

- Der Einbezug von Angehörigenvereinigungen stärken - durch Finanzierung solcher Angebote sowie Förderung ebensolcher beim Festlegen von Leistungen in den Leistungsverträgen.
- Die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich Betroffene in Behandlung begeben. Die Entstigmatisierung könnte mit gezielten Massnahmen unterstützt werden, bspw. mit einer Kampagne. Eine solche ist zurzeit Sache der Kantone. Pro Mente Sana ist damit beschäftigt Massnahmen in diesem Bereich zu entwickeln und erachtet eine Bundesunterstützung als notwendig. Solange es kein Präventionsgesetz gibt, fehlt dafür jedoch die gesetzliche Grundlage.
- Die Kantone sollen über die universitäre medizinische Ausbildung einen Beitrag leisten zur Sensibilisierung für die patientenzentrierte Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund.
- Integration von psychisch kranken Menschen in den Arbeitsmarkt stärken durch die Verbesserung der Zusammenarbeit sowie Stärkung der Sensibilisierung bei Personalverantwortlichen, Regionalen Arbeitsvermittlungszentren und Beratungsstellen der Invalidenversicherung sowie Netzwerke der Interinstitutionellen Zusammenarbeit.

Versicherer

- Im Managed Care Modell wird eine Chance zur Reduktion von Schnittstellen gesehen, wenn alle beteiligten Berufsgruppen in die Behandlungsziele mit einbezogen werden. Dies gilt auch für Case Management. Solche Modelle sind von den Versicherern zu fördern.
- Bei Revision des Risikoausgleichs sollen auch geeignete Indikatoren zu berücksichtigen, welche die Morbidität von psychischen Erkrankungen beinhalten. mit einzuschliessen. Dies begünstigt die integrierte Versorgung.

Andere

- Ausbilder/innen und Berufsorganisationen sollen Interprofessionalität gezielt fördern. In der Ärzteschaft ist der Austausch zwischen Psychiater/innen und Grundversorgenden zu fördern.
- Berufsbilder

Bund

- Der Bund soll für die Pflegeausbildung einen Rahmenlehrplan mit Schwerpunkt Psychiatrie vorschreiben, damit Absolventen/innen nahtlos (d.h. ohne speziellen Aus- bzw. Weiterbildungsaufwand) in der ambulanten und stationären Psychiatrie eingesetzt werden können²⁴. Zudem: Wenn es keine Bildungsabschlüsse gibt, fehlt auch deren Abbildung im Tarifsystem.
- Die Attraktivität der Pflegeberufe in Ausbildung und Praxis soll verbessert werden (neue Berufsbilder, Kompetenzen und Kompetenzverteilungen). Gerade die mobilen Equipen und der Home Treatment-Bereich brauchen gut qualifiziertes Personal. Dabei darf auch die Alterspsychiatrie nicht vergessen werden.
- Im Allgemeinen soll eine Aufwertung von psychiatriebezogenen Berufsbildern angestrebt werden und es besteht die Anforderung an die Praxis, Organisation und Kompetenzverteilung der unterschiedlichen Berufe und Funktionen so vorzunehmen, dass das psychiatrische Berufsfeld an Attraktivität gewinnen könnte.
- Die Triagekompetenz braucht eine einheitliche Definition. Anschliessend kann geklärt werden, wer dafür eine Aus-, Fort-, oder Weiterbildung benötigt.
- Das Medizinalberufegesetz regelt vieles. Der Public Health Ansatz sowie soziale Themen sollten jedoch noch stärker Eingang finden, wenn Psychiatrie als Medizinalberuf definiert wird.

8 Schlussfolgerung

Die Bestandsaufnahme der kantonalen Psychatriekonzepte und ihrer Umsetzung sowie die Diskussion der Befunde mit Vertreterinnen und Vertreter der Kantone, des Bundes und von Fachorganisationen hat Folgendes deutlich gemacht:

Die Kantone stehen grundsätzlich hinter einer gemeindenahen und patientenzentrierten Psychiatrie, welche dem Grundsatz ambulant vor stationär folgt. Dies zeigt sich sowohl in den Psychatriekonzepten und -planungen wie auch in den Antworten der Kantone im Rahmen der Online-Befragung. Schwierigkeiten bereitet indessen die Umsetzung. Obwohl man sich einig ist, dass der ambulante Bereich zu stärken und auszubauen ist, wird dies in der effektiven Planung noch wenig sichtbar. Per 2020 sollen in 14 Kantonen knapp 76'000 Pflergetage abgebaut werden – und dies lediglich dank eines einzelnen Kantons, der stark abbauen will.

Patientenorientiert heisst in der heutigen Umsetzung primär „bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure“. Wichtig ist den Kantonen auch die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie von älteren Menschen. Der Stellenwert von Case Management ist aber noch bescheiden, Migrations- und insbesondere Gendersensibilität wird kein grosses Gewicht beigemessen. Und die Zusammenarbeit mit den Patienten- und Angehörigenorganisationen wird in diesem Zusammenhang nicht erwähnt. Die

²⁴ Nach der neuen Bildungssystematik werden grundsätzlich Generalistinnen und Generalisten in der Krankenpflege ausgebildet. Generalistisch heisst, dass die Ausbildung nicht mehr Schwerpunkt orientiert stattfindet (z.B. Schwerpunkt Psychiatrie oder Schwerpunkt Akutspital). Die Frage, ob und wie eine thematische Vertiefung zu den verschiedenen Pflegefeldern im schulischen Kontext stattfindet, wurde den Bildungsanbietern überlassen. Die Spezialisierung in einem Praxisfeld ist Sache der Institutionen. Zwar konnten im Einzelfall Lösungen gefunden werden (z. B. in Zusammenarbeit mit dem Bildungszentrum Gesundheits- und Sozialberufe in Olten). Ein vom Bund vorgeschriebener Rahmenlehrplan mit Schwerpunkt Psychiatrie wäre sehr wünschenswert, damit es nicht allein vom Goodwill einzelner Schulen abhängt, ob ein Schwerpunkt angeboten wird.

Entwicklung und Umsetzung innovativer Ansätze für eine bessere Patientenorientierung sind also nach wie vor gefragt, insbesondere auch in Hinblick auf eine optimierte Kooperation mit der Arbeitswelt. Diese blieb in der Bestandsaufnahme praktisch unsichtbar.

Was braucht es, damit der guten Absicht auch eine gute Praxis folgen kann?

Zunächst kann gesagt werden, dass **umfassende Psychatriekonzepte** und darauf abgestützten Planungen eine wichtige Bedeutung zukommt. Eine gute Planung und konzeptuelle Entwicklung bedeutet für die Kantone einen erheblichen Aufwand, der seinerseits geplant werden muss. Wenn Kantone nur im Rahmen der Spitalplanung die psychiatrische Versorgung planen, kann die patientenzentrierte Verknüpfung und Abstimmung der verschiedenen Angebote nur schwer gewährleistet werden. Fehlt die Prävention im Psychatriekonzept, wird von ihr auch keine Wirkung erwartet.

Für eine gute Planung brauchen die Kantone gute **Planungsgrundlagen**. Solche fehlen heute insbesondere im ambulanten Bereich. Eine heterogene Datengrundlage sowie fehlende begriffliche Klärungen (ambulanter Fall, psychiatrische Rehabilitation, weitere) erschweren Vergleiche zwischen den Kantonen und die Beurteilung der Wirksamkeit von Massnahmen.

Es braucht insbesondere ein **Finanzierungssystem**, welches eine Gleichbehandlung ambulanter und stationärer Angebote sicherstellt und psychiatrische Leistungen ausserhalb spezialisierter Einrichtungen adäquat entschädigt. Nicht nur Angebote müssen patientenzentriert sein, sondern auch ihre Finanzierung (Finanzierungsdurchlässigkeit).

Es braucht Massnahmen im **Personalbereich**, damit genügend und adäquat qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, ohne welches die geplanten Angebote nicht umgesetzt werden können.

Schliesslich ist eine gute **transversale Zusammenarbeit** auch innerhalb der Kantone, bspw. zwischen den Gesundheits- und Sozialämtern anzustreben. Die Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Heimbereich sowie zwischen Psychiatrie und Invalidenversicherung müssten ebenfalls optimiert werden.

Damit bestehen einige wichtige Ansatzpunkte, um dem Ziel einer zukunftsorientierten Psychiatrie näher zu kommen.

9 Literatur- und Materialienverzeichnis

9.1 Literaturverzeichnis

9.1.1 Allgemeine Literatur

- Baer, N. Cahn, T. Brenner, H. und Felder, W. (2005). Psychische Gesundheit. Anhang 2 des Strategieentwurfs zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Psychiatrische Versorgungsstrukturen.
- Baumgartner, E., Greiwe, S, und Schwab, T. (2004) Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz. Studie zur Beschäftigungssituation und zu Eingliederungsbemühungen (Kurzfassung). Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz.
- Gassmann, J. (2011). Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz. Winterthur
- OECD (2012), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work, OECD Publishing.
- Schuler, D. und Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. OB-SAN Bericht Nr. 52.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005). Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions.
- WHO Europe (2008). Policies and practices for mental health in Europe- meeting the challenges.

9.1.2 Berichte im Rahmen des mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP-IV)

- Baer, N., Frick, U. und Fasel, T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.
- Baer, N., und Fasel, T. (2011). «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.
- Egger, M. und Merckx, V. (2010). Beurteilung des nationalen Pilotprojekts MAMAC. Soziale Sicherheit CHSS 5/2010.
- Egger, M. , Merckx, V. und Wüthrich, A. (2010). Evaluation des nationalen Projekts IIZ-MAMAC. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.
- Guggisberg, J., Egger, T. und Künzi, K. (2008). Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.
- Guggisberg, J., Oesch, T. und Gardiol, L. (2009). Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.
- Herd, J., Winkel, H. und Laskowska, B. (2010). Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.
- Sempert; W. und Kammermann, M. (2010). Evaluation Pilotprojekt Praktische Ausbildung (PrA) INSOS. Eidgenössisches Departement des Innern EDI, BSV: Beiträge zur sozialen Sicherheit.

9.1.3 Artikel und Leitlinien

Andreae, A., Heim, G., Raupp, K., und von Wyl, A. (2011). Case Management unter erschwerten Bedingungen. care management 4 : N r. 1

Brühlmann, T. und Binswanger, M. (2003). Moderne patientenzentrierte psychiatrische Versorgung: Wie wichtig ist die stationäre Behandlung? Wo steht die Schweiz? IN: Schweizerische Ärztezeitung, 2003;84: Nr 49

GDK Leitfaden zur Psychiatrieplanung (2008). Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“.

Haemmerle, P. (2011). Niederschwellig und mobil. Care management 4 : N r. 1

Junghan, U. und Ricka, R. (2006). Kernelemente moderner psychiatrischer Versorgungsangebote. Psychische Gesundheit. Managed Care 1/2006.

Ricka, R. (2011). Depressionen und mehr. Care management 4 : N r. 1

Leitlinien für eine geschlechtgerechte psychiatrische Versorgung in Bremen; Empfehlungen des Fachausschusses Allgemeinpsychiatrie der Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen in der Stadtgemeinde Bremen (ZAG), März 2011.

9.2 Webseiten

Dialog Nationale Gesundheitspolitik

<http://www.nationalegesundheit.ch/?id=24&L=0> (11.6.2012)

Postulat Philipp Stähelin :

http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20103255 (11.06.2012)

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) im Kanton Luzern: <http://www.lups.ch/?rub=175> (Februar 2012).

European Commission Website über psychische Gesundheit:

http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_en.htm (Februar 2012)

WHO/Europe will pursue four priorities for mental health:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health> (Februar 2012)

9.3 Materialverzeichnis

Kanton	Gesichtete Dokumente
AG	Spitalplanung 2012 Versorgungsbericht Kanton AG
AR	Psychiatrieplanung
	Begleitschreiben mit Erläuterungen
BE	Versorgungsplanung 2011–2014 gemäss Spitalversorgungsgesetz
BL	Schlussbericht der Folgeplanung II zum Psychatriekonzept Basel-Landschaft aktuelle Spitalplanung für 2012 (3 links auf eine Webseite)
BS	E-Mail mit Erläuterungen zum aktuellen Stand der psychiatrischen Versorgung Bericht Projekt Püsap (psychiatrische Versorgung in Basel Stadt) Bericht Projekt Püsap (psychiatrische Versorgung in Basel Stadt) - 2 Schlussbericht Überprüfung der Psychiatrie
FR	Spitalplanung Deutsch und Französisch Gesetz bezüglich santé mentale
	E-Mail mit Erläuterungen zum aktuellen Stand der psychiatrischen Versorgung
GE	Brief mit Erläuterungen zur psychiatrischen Versorgung

Kanton	Gesichtete Dokumente
GL	Glerner Spitalplanung 2012 Versorgungsbericht
GR	Bericht 2009-10-26 (aktueller Psychatriebericht)
JU	Rapport M. Franz Wyss sur la réorganisation de la psychiatrie jurassienne
	Arrêté du gouvernement jurassien quant à la refondation de la psychiatrie JU
LU	Per E-Mail eine Erklärung zum aktuellen Stand der psychiatrischen Versorgung im Kanton Luzern
NW	Bedarfsplanung OW NW
OW	Bedarfsplanung OW NW
SH	Planungsbericht Spitalversorgung 2012-2020
	E-Mail mit Erläuterungen zu einem Projekt bezüglich Klärung psychiatrische Versorgung in Schaffhausen
SO	Versorgungsbericht 2012
	Versorgungsbericht Nordwestschweiz 2012
	Strategie Solothurner Spitäler AG shO (einzige Einrichtung in SO für stationäre Psychiatrie)
	Power Point Präsentation Dr. Harzinger
SG	Versorgungsbericht Psychiatrie St. Gallen
TG	Bericht Psychiatrieplanung
	Spitallisten: Akutsomatik, Rehabilitation, Akutsomatik-Rehabilitation Psychiatrie
	Versorgungs-und Strukturbericht Spitalplanung TG
	Bericht Thurgauer Bündniss gegen Depression
TI	planificazione sociopsichiatrica cantonale 209-2012
	rapporto della commissione speciale sanitaria sulla planificazione socio-psichiatrica cantonale 2009-2012
UR-SZ-ZG	Psychiatriekonkordat
	Versorgungsbericht Psychiatrie UR SZ ZG
	Medienmitteilung Historische Veränderung PK Zugersee
VD	planifiacion hospitalière vaudoise 2012
	communiqué de presse sur la psychiatrie
	dépliant médecins de garde
	synthèse du programme alzheimer
	Politique de santé mentale - plans d'action 2007-2012
VS	Planungsbericht Psychiatrie vom 31.8.2011
	Annexe Tableau de bord synoptique
ZH	E-Mail mit Erklärungen zur ZH Psychiatrie
	Vision Psychiatrie
	Psychiatriekonzept 1999
	Strukturbericht Psychiatrie Dezember 2011
	Spitalliste Psychiatrie
	Psychiatrieplanung 2012 Strukturbericht
	Versorgungsbericht Psychiatrieplanung 2012
	Expertengutachten Versorgungsbericht Psychiatrieplanung

Tabelle 2: Während der Dokumentenanalyse gesichtete Unterlagen

10 Anhang

10.1 Tabellen

	Stationäre Pflege- tage 2009	Geplante stationäre Pflegetage für 2020	Differenz Pflegetage 2009/2020
Aargau	152,696	130,015	-22,681
Appenzell Ausserrhoden	19,415	22,000	2,585
Basel-Stadt	126,303	121,087	-5,216
Fribourg	66,556	84,750	18,194
Glarus	11,996	6,000	-5,996
Graubünden	59,677	65,000	5,323
Luzern	105,633	100,000	-5,633
Schwyz	28,184	86,275	58,091
St.Gallen	138,389	127,400	-10,989
Thurgau	103,134	80,000	-23,134
Uri	6,482	8,500	2,018
Valais	69,992	90,000	20,008
Vaud	163,010	180,000	16,990
Zürich	535,535	410,070	-125,465

Tabelle 3: Vergleich geleistete Pflegetage (Jahr 2009) und geplante Pflegetage (2020) stationäre Psychiatrie N=14

10.2 Fragebogen Deutsch

Kantonale Psychatriekonzepte und ihre Umsetzung – eine Bestandsaufnahme

Worum geht es?

Das Bundesamt für Gesundheit informierte Sie am 20. Dezember 2011 mit einem Schreiben über das geplante Vorgehen zur Erfüllung des Postulates Stähelin²⁵ (10.3255) «Zukunft der Psychiatrie», welches die Erstellung eines Berichtes zur Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz verlangt.

Der Bericht stützt sich einerseits auf die kantonalen Psychatriekonzepte, die wir von Ihnen erhalten haben und wofür wir uns bedanken möchten. Auf dieser Grundlage wird derzeit eine Dokumentenanalyse erstellt.

In einem zweiten Schritt wird nun die vorliegende Online-Befragung durchgeführt. Ziel ist es einen ausgefüllten Fragebogen pro Kanton zu erhalten. Zur Erreichung dieses Ziels sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Wir bedanken uns deshalb schon heute herzlich für Ihre Teilnahme.

Anmerkungen zum Fragebogen

- Damit Sie Ihre Antworten vorbereiten können, stellen wir Ihnen den Fragebogen als PDF zur Verfügung.
- Für die Teilnahme an der Befragung verwenden Sie jedoch bitte ausschliesslich das Online-Formular.
- Der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Online-Befragung beträgt ungefähr 60 Minuten. Beachten Sie bitte, dass Sie den Antwortprozess nicht unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen können.
- Die Angaben zu Ihrer Person dienen ausschliesslich dazu, dass Sie bei Rückfragen kontaktiert werden können. Sie werden vertraulich behandelt.
- Wir möchten Sie bitten, die Befragung spätestens bis zum 2. März 2012 auszufüllen.

Fragen

Bei Fragen zur Online-Befragung wenden Sie sich an Frau Ricarda Ettlín, MSc en psychologie, socialdesign. Email: ricarda.ettlin@socialdesign.ch / Tel. 031 310 24 80.

Bei Fragen zum Vorgehen bei der Erarbeitung des Berichtes in Erfüllung des Postulats «Zukunft der Psychiatrie» wenden Sie sich an Frau Dr. Regula Ricka, Bundesamt für Gesundheit, Email: regula.ricka@bag.admin.ch / Tel: 031 322 63 79.

²⁵ Weitere Informationen zum Postulat Stähelin sind zu finden unter:
http://www.parlament.ch/d/suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20103255

Fragebogen

I. Angaben zum Kanton

1) Die Antworten betreffen folgenden Kanton:

.....

2) Die Beantwortung der Umfrage erfolgt durch folgende Dienststelle (Abteilung, zuständige Person, Funktion):

.....

II. Ist-Zustand der psychiatrischen Versorgung im Kanton

3) Wie viele Pflgetage wurden im Jahr 2009 in der stationären psychiatrischen Versorgung in Ihrem Kanton erbracht?

..... (bitte konkrete Anzahl eingeben).

4) Welches waren die Fallzahlen Ihres Kantons für die psychiatrische Versorgung im Jahr 2009?

Die Unterscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung richtet sich nach der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; Art. 3 und 5). Als stationäre Behandlung gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus a) von mindestens 24 Stunden; b) von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird; c) im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital; d) im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital; e) bei Todesfällen. Als ambulante Behandlung gelten alle Behandlungen, die nicht stationäre Behandlungen sind. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nacht-kliniken gelten ebenfalls als ambulante Behandlung.

Anzahl stationäre Fälle: (bitte konkrete Anzahl eingeben).

Anzahl ambulante Fälle: (bitte konkrete Anzahl eingeben).

5) Wie viele stationäre psychiatrische Kliniken gibt es in Ihrem Kanton?

Gemäss der Definition des Bundesamtes für Statistik BFS bestimmt die Leistungsstelle mit der grössten Anzahl Pflgetage die Spezialisierung und somit auch den Typ des Krankenhauses. Ist die Anzahl psychiatrischer Pflgetage am grössten, ist es eine psychiatrische Klinik (http://www.comparis.ch/Krankenkassen/spitalfuehrer/dokument/BFS_Krankenhaustypologie.pdf)

- Keine
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Mehr als 5

6) Wie viele psychiatrische Abteilungen gibt es in Akutspitälern Ihres Kantons?

- Anzahl Abteilungen:
- Weiss nicht

7) Wie viele Pflgetage wurden im Jahr 2009 in psychiatrischen Abteilungen von Akutspitälern des Kantons erbracht?

Anzahl Pflgetage:

Weiss nicht

8) Wie viel Prozent der stationären Fälle Ihres Kantons lassen sich ausserkantonale behandeln?

.....Prozent

Weiss nicht

9) Durch welche Stellen wird in Ihrem Kanton die ambulante psychiatrische Behandlung hauptsächlich gewährleistet resp. wie gross ist der Anteil der nachfolgend genannten Angebote an der ambulanten psychiatrischen Versorgung?

Die gesamte ambulante psychiatrische Behandlung auf dem Kantonsgebiet entspricht 100%.

	Hoher Anteil (51-100%)	Mittlerer Anteil (31-50%)	Kleiner Anteil (6-30%)	Ohne Bedeutung (0-5%)
Hausarztpraxen (allgemeinmedizinische/ interneristische Hausärzte/ Hausärztinnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Arztpraxen (Psychiater/innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Praxen (Psychologen/ Psychologinnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine ambulante Angebote in der Psychiatrie (psychiatrische Spitex, Ambulatorien, Sprechstd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Tageskliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobile Equipen pro Sektor (mind. ein mobiles Team pro Sektor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Inwieweit ist eine gemeindenaher Versorgung (inkl. Angebote für Krisensituationen) gewährleistet? (Mehrfachantworten sind möglich)

*Unter **gemeindenaher psychiatrischer Versorgung** wird im Folgenden ein ambulantes Angebot für psychiatrische Behandlung nahe am Wohnort der Betroffenen verstanden, das mit öffentlichen Verkehrsmitteln einfach erreichbar ist und über einen 24 Stunden Betrieb an sieben Tagen in der Woche ausserhalb des psychiatrischen Notfalls verfügt.*

- Ja, flächendeckend gewährleistet
- Ja, durch mobile Equipen gewährleistet
- Nur in den Zentren gewährleistet
- Nur in gewissen Regionen gewährleistet
- Nur zu den üblichen Arbeitszeiten sichergestellt (ohne Nacht und Wochenenden)
- Nein, ist nicht gewährleistet
- Weiss nicht

11) Welche der folgenden spezialisierten Angebote in der Psychiatrie bestehen in Ihrem Kanton?

- Psychiatrie im Bereich Sucht (inkl. Substanzabhängigkeit)
- Alterspsychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychiatrische Rehabilitation
- Forensische Psychiatrie
- Keine Spezialisierung notwendig

12) Wo sehen Sie in Ihrem Kanton allfällige Versorgungslücken bezüglich geografischer Abdeckung?

Gemäss dem Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK bestehen dann Lücken, wenn die Leistungseinheiten für weniger als 90% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar sind. Wenn Angebote zwar erreichbar sind, jedoch lange Wartefristen bestehen, gilt das Angebot als nicht erreichbar (ebenfalls Bevölkerungs-% angeben). Falls der Kanton über keine genauen Werte bezüglich der Versorgungslücken verfügt, können auch Schätzungen angegeben werden.

	Für max. 45% der Bev. in- nert 30 Min. erreichbar	Für max. 60% der Bev. in- nert 30 Min. erreichbar	Für max. 75% der Bev. in- nert 30 Min. erreichbar	Für 90% bis 100% der Bev. innert 30 Min. erreich- bar	Erreichbarkeit innert 30 Min. ist nicht not- wendig
Hausarztpraxen (allg.medizinische/int ernistische Hausärz- te/ Hausärztinnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Arzt- praxen (Psychia- ter/innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologische Pra- xen (Psycholo- gen/innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allg. ambulante psy- chiatrische Angebote (psychiatrische Spi- tex, Ambulatorien, Sprechstunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Kinder- und Jugendpsychiat- rie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Alters- psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychiat- rische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Ta- geskliniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine stationä- re Psychiatrie für Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Alterspsy- chiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiat- rie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Psychiat- rische Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie im Be- reich Sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forensische Psychi- atrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Bestehen grosse regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung innerhalb Ihres Kantons?

- Ja
 Nein

14) Haben Sie Vereinbarungen mit anderen Kantonen getroffen bezüglich der psychiatrischen Versorgung?

- Ja
- Nein

15) Falls ja, welche?

.....

III. Vorgehen Psychiatrieplanung

16) Welche Bereiche umfasst die Psychiatrieplanung Ihres Kantons?

*Unter **Psychiatrieplanung** wird im Folgenden die Kantonale Planung der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung der Kantonsbevölkerung verstanden. Sie umfasst die Ermittlung von Versorgungsangebot und Versorgungsbedarf, die Evaluation der Versorgungsangebote sowie die Zuweisung der benötigten Kapazitäten durch Leistungsaufträge.*

- Stationäre psychiatrische Grundversorgung
- Ambulante psychiatrische Grundversorgung
- Spezialisierte psychiatrische Versorgung
- Es gibt keine Psychiatrieplanung.

17) Falls es keine Psychiatrieplanung gibt, bitte erläutern Sie kurz die Gründe dafür:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Die nachfolgenden Fragen zur Planung gelten nur für Kantone, die über eine Psychiatrieplanung verfügen.

18) Wer wurde in die Psychiatrieplanung Ihres Kantons mit einbezogen?

- Gesundheitsamt/-Departement/Direktion
- Psychiatrische Kliniken und Dienste
- Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Grundversorgung und Spezialärzte/Spezialärztinnen)
- Leistungserbringer im weiteren Feld der psychiatrischen Versorgung (Sozialdienste, Vormundschaftsbehörde usw.)
- Betroffenenorganisationen
- Weitere Experten/innen
- Weiss nicht

19) Basiert die Psychiatrieplanung auf einem expliziten Leitbild?

- Ja, GDK-Leitfaden für Psychiatrieplanung
- Ja, eigene Grundsätze des Kantons
- Ja, andere: (offene Antwort, Textfeld)
- Nein

20) Wird die Psychiatrieplanung regelmässig überarbeitet?

- Ja
- Nein

21) Falls ja, wie oft wird die Psychiatrieplanung überarbeitet?

- laufend
- jährlich
- jedes zweite Jahr
- jedes dritte Jahr
- jedes vierte Jahr
- seltener als jedes vierte Jahr

22) Welchen Stellenwert haben die nachfolgenden Ziele für die Psychiatrieplanung in Ihrem Kanton?

Definitionen

Unter **patientenzentrierter/ patientenorientierter psychiatrischer Versorgung** wird im Folgenden das individuelle und flexible Zuschneiden der Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten/ der einzelnen Patientin verstanden (im Gegensatz zur Institutionszentrierung, wo die Bedürfnisse der Institution die Behandlungsweise definieren).

Unter **gemeindenaher psychiatrischer Versorgung** wird im Folgenden ein ambulantes Angebot für psychiatrische Behandlung nahe am Wohnort der Betroffenen verstanden, das mit öffentlichen Verkehrsmitteln einfach erreichbar ist und über einen 24 Stunden Betrieb an sieben Tagen in der Woche ausserhalb des psychiatrischen Notfalls verfügt.

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Keine Bedeutung	Weiss nicht
Patientenzentrierte/ patientenorientierte Versorgung	<input type="checkbox"/>				
Gemeindenahere Versorgung	<input type="checkbox"/>				
Gendersensibilität der psychiatrischen Versorgung	<input type="checkbox"/>				
Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund	<input type="checkbox"/>				
Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen	<input type="checkbox"/>				
Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von älteren Menschen	<input type="checkbox"/>				
Kooperation mit der Arbeitswelt	<input type="checkbox"/>				
Ausgewogenes Verhältnis von stationärer und ambulanter Behandlung	<input type="checkbox"/>				
Andere Ziele:	<input type="checkbox"/>				
Andere Ziele:	<input type="checkbox"/>				

23) Sind Ihnen die Publikationen des Obsan zur psychiatrischen Versorgung für Ihre Psychiatrieplanung zweckdienlich?

- Ja
- Nein

24) Welche der unten genannten Analysen wurden im Hinblick auf Ihre Psychiatrieplanung durchgeführt?

- Analyse der Patientenströme
- Analyse der Inanspruchnahme der Angebote
- Evaluation der Umsetzung vorhergehender Psychiatrieplanungen
- Vergleiche mit anderen Kantonen/ Ausland
- Andere :.....
- Keine

25) Stehen in Ihrem Kanton Stellenprozente explizit für die Psychiatrieplanung zur Verfügung?

- Ja
- Nein

26) Orientiert sich die Psychiatrieplanung Ihres Kantons an Sektoren als organisatorische Einheit der Leistungserbringung (im Sinne der Sektoren des GDK-Leitfadens)?

- Ja
- Nein, noch nicht
- Nein, für unseren Kanton nicht relevant

IV. Umsetzung der Psychiatrieplanung/ des Psychiatriekonzeptes

27) Wie verteilen sich die Betriebsaufwände der psychiatrischen Leistungserbringer in Ihrem Kanton im Jahr 2009 auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche?

Falls Ihr Kanton über keine detaillierten Angaben verfügt, behelfen Sie sich bitte mit approximativen Werten. Falls der Aufwand unter einer Mio. liegt, behelfen Sie sich mit Kommastellen (bspw. 0.2 Mio.).

	Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Alterspsychiatrie
Summe der Betriebsaufwände der Leistungserbringer	.....Mio CHF	.....Mio CHF	.....Mio CHF
davon Aufwand stationär	.....Mio CHF	.....Mio CHF	.....Mio CHF
davon Aufwand Ambulatorien und Tageskliniken	.....Mio CHF	.....Mio CHF	.....Mio CHF

28) Falls Ihr Kanton Leistungen in Ambulatorien und/oder Tageskliniken mitfinanziert, erläutern Sie bitte nachfolgend das Finanzierungsmodell und verwenden Sie dabei bitte konkrete Zahlen aus dem Jahr 2009 (berücksichtigen Sie auch Beiträge an Mieten oder Investitionen).

Falls das Finanzierungsmodell im Psychiatriekonzept Ihres Kantons erläutert wird, ist an dieser Stelle ein entsprechender Hinweis mit Angabe der Seitenzahl ausreichend.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

29) Besteht eine systematische Überprüfung der Umsetzung der Psychiatrieplanung (ziel- und finanzbezogen)?

- Ja
- teilweise
- Nein
- Es gibt keine kantonale Psychiatrieplanung
- Weiss nicht

30) Falls ja, wie oft wird die Überprüfung durchgeführt?

- laufend
- jährlich
- jedes zweite Jahr
- jedes dritte Jahr
- jedes vierte Jahr
- seltener
- Weiss nicht

31) Inwieweit konnte die (letzte) Psychiatrieplanung in Ihrem Kanton bisher umgesetzt werden?

- Sie konnte vollumfänglich umgesetzt werden.
- Sie konnte grösstenteils umgesetzt werden.
- Sie konnte nur lückenhaft umgesetzt werden.
- Sie konnte nicht umgesetzt werden.
- Es gibt keine kantonale Psychiatrieplanung
- Weiss nicht

32) Falls die angestrebte psychiatrische Versorgung nicht oder nur lückenhaft umgesetzt werden kann, was behindert diese aus Ihrer Sicht hauptsächlich?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

33) Gibt es auch förderliche Bedingungen, welche die angestrebte psychiatrische Versorgung begünstigen? Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

34) Wie beurteilen Sie das Verhältnis von ambulanten und stationären Angeboten der psychiatrischen Versorgung in Ihrem Kanton?

- Das Verhältnis der Angebote ist ausgewogen.
- Zu wenige ambulante Angebote

- Zu wenig stationäre Angebote
- Zu viele stationäre Angebote
- Wir haben kein stationäres Angebot

35) Gibt es Ihrer Meinung nach Fehlanreize, die ein sinnvolles Verhältnis von ambulanter und stationärer Grundversorgung behindern?

- Nein
- Ja

36) Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

37) Welche Faktoren/ Anreize begünstigen Ihrer Meinung nach eine patientenzentrierte psychiatrische Versorgung?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Schnittstellenmanagement

38) Wo besteht aus Ihrer Erfahrung Optimierungsbedarf im Schnittstellenmanagement innerhalb und zwischen der psychiatrischen Versorgung und anderen Bereichen?

	kein Optimierungsbedarf	geringer Optimierungsbedarf	erheblicher Optimierungsbedarf	Grosser Optimierungsbedarf
Schnittstelle „Stationäre – ambulante/ teilstationäre psychiatrische Versorgung“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle mit Kindes- und Erwachsenenschutz (z.B. Fachbehörde KES, Sozialdienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle „Psychiatrische Grundversorgung – psychiatrische Spezialisierung“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle mit der Invalidenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle mit der stationären Langzeitbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle mit den Alters- und Pflegeheimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle mit den Kinder- und Jugendheimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle mit den Einrichtungen für Erwachsene mit Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle zur Spitex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle zu den Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnittstelle mit dem Massnahmenvollzug (forensische Psychiatrie, Gefängnisse, geschl. Institutionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39) Gibt es in Ihrem Kanton ein integriertes Case Management im Bereich der psychiatrischen Versorgung?

Ein Case Management besteht, wenn eine Person (die/der Case Manager) Aufgaben der direkten Unterstützung, der Vertretung von Patienteninteressen, der Koordination unter den Beteiligten, des Coachens des Umfeldes usw. übernimmt mit dem Ziel, die psychiatrische Versorgung zu optimieren.

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

Die folgenden zwei Fragen gelten nur für Kantone, die über ein Case Management verfügen.

40) Bei welchen Patientengruppen wird das Case Management angewendet?

- Alle Patient/Innen
- Chronisch erkrankte Patient/Innen
- Ältere Patient/Innen
- Kinder und jugendliche Patient/Innen
- Schwer psychisch kranke Patient/Innen
- Andere:
- Weiss nicht

41) Wie wird das Case Management finanziert?

- Versicherungen
- Kantonale Mittel
- Kommunale Mittel
- Eigenmittel der Patient/Innen
- Andere
- Weiss nicht

VI. Themenspezifische Perspektiven

42) Wie schätzen Sie die Personalsituation für folgende psychiatrierelevanten Gesundheitsberufe ein?

	Genügend	Mangelhaft	Grosser Mangel
Psychiater/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologen/ Psychologinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeinmedizinische/ internistische Hausärzte/ Hausärztinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Pflegefachfrauen/ Pflegefachmänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43) Was unternehmen Sie auf Kantonsebene zur Sicherstellung von qualifiziertem Nachwuchs in den psychiatrischen Gesundheitsberufen (gemäss Frage 42)?

	Stimmt	Stimmt nicht	Nicht bekannt
Ausbildungsplätze für die notwendigen Gesundheitsberufe werden gezielt gefördert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Zusammenarbeit mit den ausbildenden Institutionen (Schulen, Fachhochschulen und Universitäten) und Berufsorganisationen wird gepflegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal wird ausserkantonale rekrutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal wird im Ausland rekrutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bestehen keine Bestrebungen, um den Nachwuchs in den Gesundheitsberufen zu fördern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44) Wie wird im Angebot Ihres Kantons eine gendersensible psychiatrische Versorgung sichergestellt?

	Stimmt	Stimmt nicht	Nicht bekannt
Der Kanton fördert genderspezifische Angebote, die auf die Bedürfnisse von Frauen und Männern eingehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kanton unterstützt die Schulung des	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Stimmt	Stimmt nicht	Nicht bekannt
Gesundheitspersonals bezüglich gendersensibler Behandlung und spezifischen Bedürfnissen von Frauen und Männern.			
Der Kanton verfügt über geschlechterspezifische Daten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bestehen keine Bestrebungen, die psychiatrische Versorgung gendersensibel zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45) Wie werden die Bedürfnisse der Patient/Innen mit Migrationshintergrund in der psychiatrischen Versorgung in Ihrem Kanton berücksichtigt? Welche der nachfolgenden Aussagen sind für Ihren Kanton zutreffend?

	Stimmt	Stimmt nicht	Nicht bekannt
Der Kanton unterstützt die Kliniken/Anbieter darin, die Bedürfnisse der Patienten/innen mit Migrationshintergrund angemessen zu berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kanton unterstützt die Kliniken/Anbieter, sich am Programm „Migrant friendly hospitals“ zu beteiligen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kanton fördert die transkulturellen Kompetenzen des Gesundheitspersonals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kanton unterstützt Übersetzerpools und/oder klinikexterne Übersetzungsdienste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kanton bietet Informationsmaterial über psychische Krankheiten in verschiedenen Sprachen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kanton verfügt über Daten bezüglich der Inanspruchnahme der Angebote und der Diagnosen der Patient/Innen mit Migrationshintergrund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Ausblick

46) Wie viele Pflgetage planen Sie insgesamt für die stationäre psychiatrische Versorgung im Jahr 2020 auf ihrem Kantonsgebiet (inkl. forensische Versorgung sowie Alters-, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Suchtbehandlung)?

- Pflgetagplanung für 2020 liegt noch nicht vor.
- Es sind..... Pflgetage geplant.

47) Der Leitfaden zur Psychiatrieplanung formuliert als Ziel, dass mehr als die Hälfte aller öffentlichen Mittel für präventive, aufsuchende und rehabilitative Leistungen in ambulanten Strukturen, die psychiatrische Präsenz im allgemeinen Gesundheitswesen und für Leistungen an Dritte im Rahmen einer integrierten Versorgung eingesetzt werden sollen. (vgl. Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Kp. 4.1.2).

48) Verfolgt Ihr Kanton dieses Ziel?

- Ja
- Ja, bedingt
- nein

Begründung

.....

.....

.....

.....

.....

49) Von welcher Seite würden Sie sich für die Planung der psychiatrischen Versorgung Unterstützung wünschen?

- Unterstützung durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN)
- Unterstützung durch die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektor/innen (GDK)
- Kantonsinterne Unterstützung
- Keine
- Weiss nicht

50) Welche Hilfestellungen würden Sie sich für die Planung der psychiatrischen Versorgung noch wünschen?

.....

.....

.....

.....

.....

10.3 Fragebogen Französisch

Stratégies cantonales en matière de psychiatrie et leur mise en œuvre - un état des lieux

De quoi s'agit-il ?

L'Office fédéral de la santé publique vous a informés, par courrier du 20 décembre 2011, de la procédure prévue pour donner suite au postulat Stähelin (10.3255)²⁶ «Avenir de la psychiatrie» qui conduit à l'élaboration d'un rapport sur l'avenir de la psychiatrie en Suisse.

Le rapport se base d'un côté sur les stratégies cantonales en matière de psychiatrie que les cantons nous ont envoyées, ce dont nous les remercions. Une analyse des documents est en cours d'élaboration.

La présente enquête en ligne constitue la deuxième étape. L'objectif est d'obtenir un questionnaire rempli par canton. Pour y parvenir, nous avons besoin de votre collaboration. Nous vous en remercions d'ores et déjà.

Remarques concernant le questionnaire

- Pour vous permettre de préparer vos réponses, nous vous remettons le questionnaire au format PDF.
- Pour participer à l'enquête, merci d'utiliser exclusivement le formulaire en ligne.
- Répondre aux questions devrait vous prendre environ 60 minutes. Nous attirons votre attention sur le fait que vous ne pouvez pas interrompre le processus de réponse pour le reprendre ultérieurement.
- Vos données personnelles sont exclusivement destinées à prendre contact avec vous en cas de questions. Elles restent strictement confidentielles.
- Merci de répondre aux questions d'ici le 2 mars 2012 au plus tard.

Questions

Si vous avez des questions sur l'enquête en ligne, veuillez-vous adresser à Madame Ricarda Ettlin, MSc en psychologie, socialdesign, e-mail: ricarda.ettlin@socialdesign.ch / Tél. 031 310 24 80.

Si vos questions portent sur la méthode d'élaboration du rapport donnant suite au postulat «Avenir de la psychiatrie», veuillez-les adresser à Madame Regula Ricka, Office fédéral de la santé publique, e-mail: regula.ricka@bag.admin.ch / Tél. 031 322 63 79.

²⁶ D'autres informations sur le postulat Stähelin sont disponibles sous:
http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20103255.

Questionnaire

Indication sur le canton

1) Les réponses concernent le canton suivant:

.....

2) Les réponses à l'enquête sont apportées par le service suivant (département, personne responsable, fonction):

.....

II Situation actuelle de la prise en charge psychiatrique dans le canton

3) Combien de journées d'hospitalisation ont-elles été fournies en 2009 dans la prise en charge psychiatrique hospitalière dans votre canton?

..... (merci d'indiquer un chiffre concret).

4) Quel a été le nombre de cas de prise en charge psychiatrique pour votre canton en 2009?

La différenciation effectuée entre traitement hospitalier et traitement ambulatoire ressort de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP, art. 3 et 5). Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les séjours a) d'au moins 24 heures; b) de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé pendant une nuit; c) à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital; d) dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital; e) en cas de décès. Sont réputés traitements ambulatoires les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers. Les séjours répétés en cliniques de jour ou de nuit sont également réputés traitements ambulatoires.

Nombre de cas hospitaliers: (merci d'indiquer un chiffre concret).

Nombre de cas ambulatoires: (merci d'indiquer un chiffre concret).

5) Combien de cliniques psychiatriques hospitalières existe-t-il dans votre canton?

Conformément à la définition de l'Office fédéral de la statistique OFS, le centre de prestations comptant le plus grand nombre de journées d'hospitalisation détermine la spécialisation et, ainsi, la catégorie de l'établissement hospitalier. Si le nombre le plus élevé est celui des journées d'hospitalisation en psychiatrie, il s'agit d'une clinique psychiatrique
(http://fr.comparis.ch/Krankenkassen/spitalfuehrer/dokument/OFS_Typologiedeshopitaux.pdf)

aucune

1

2

3

4

5

plus de 5

6) Combien de divisions psychiatriques y a-t-il dans les hôpitaux de soins aigus de votre canton?

nombre de divisions:

ne sait pas

7) Combien de journées d'hospitalisation ont-elles été fournies en 2009 dans les divisions psychiatriques des hôpitaux de soins aigus du canton?

- nombre de journées d'hospitalisation
- ne sait pas

8) Dans votre canton, quel pourcentage des cas hospitaliers en psychiatrie sont-ils traités en dehors du canton?

-pourcent
- ne sait pas

9) Quels services fournissent-ils principalement des traitements psychiatriques ambulatoires dans votre canton, ou quelle est la part des offres ci-après mentionnées dans la prise en charge psychiatrique ambulatoire?

La prise en charge psychiatrique ambulatoire globale sur le territoire cantonal correspond à 100%.

	part élevée (51-100%)	part moyenne (31-50%)	part faible (6-30%)	insignifiant (0-5%)
Médecins de premier recours (généralistes / spécialistes de médecine interne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabinets médicaux psychiatriques (psychiatres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabinets de psychologie (psychologues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offres générales ambulatoires dans la psychiatrie (services d'aide et de soins psychiatriques à domicile, services ambulatoires, consultations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cliniques psychiatriques de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Équipes mobiles par secteur (au moins une équipe mobile par secteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Dans quelle mesure une prise en charge de proximité est-elle assurée (y compris les offres pour les situations de crise)? (plusieurs réponses sont possibles)

*Par **prise en charge psychiatrique de proximité** on entendra ci-après une offre ambulatoire de soins psychiatriques proche du lieu de résidence de la personne concernée, facilement atteignable par les moyens de transports publics et fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en dehors des urgences psychiatriques.*

- oui, assurée sur tout le territoire
- oui, assurée par des équipes mobiles
- assurée seulement dans les centres
- assurée seulement dans certaines régions
- assurée seulement pendant les heures normales de travail (sans nuit ou week end)
- non, n'est pas assurée
- ne sait pas

11) Parmi les offres de psychiatrie spécialisées suivantes, quelles sont celles qui existent dans votre canton?

- psychiatrie dans le domaine de la toxicomanie (y compris l'addiction aux substances psychoactives)
- psychogériatrie
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- réadaptation psychiatrique
- psychiatrie forensique
- pas de spécialisation nécessaire

12) Où voyez-vous d'éventuelles lacunes en matière de prise en charge au niveau géographique?

Le Guide de planification psychiatrique de la CDS parle de lacunes lorsque les centres de prestations sont atteignables dans les 30 minutes par les moyens de transports publics pour moins de 90% de la population. Lorsque les offres sont atteignables, mais qu'il existe des temps d'attentes importants, l'offre est considérée comme insuffisante. Si le canton ne dispose pas de chiffres précis sur les lacunes de prise en charge, il est possible d'indiquer des estimations.

	atteignable dans les 30 min. pour max. 45% de la pop.	atteignable dans les 30 min. pour max. 60% de la pop.	atteignable dans les 30 min. pour max. 75% de la pop.	atteignable dans les 30 min. pour 90 à 100% de la pop.	pas de nécessité d'être atteignable dans les 30 min.
Cabinets de médecins de premier recours (généralistes / spécialistes de médecine interne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabinets médicaux psychiatriques (psychiatres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabinets de psychologie (psychologues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offres générales ambulatoires dans la psychiatrie (services d'aide et de soins psychiatriques à domicile, services ambulatoires, consultations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie ambulatoire de l'enfant et de l'adolescent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychogériatrie ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation psychiatrique ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cliniques psychiatriques de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie générale pour adultes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychogériatrie hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie hospitalière de l'enfant et de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	atteignable dans les 30 min. pour max. 45% de la pop.	atteignable dans les 30 min. pour max. 60% de la pop.	atteignable dans les 30 min. pour max. 75% de la pop.	atteignable dans les 30 min. pour 90 à 100% de la pop.	pas de nécessité d'être atteignable dans les 30 min.
l'adolescent					
Réadaptation psychiatrique hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie dans le domaine de l'addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie forensique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Existe-t-il de grands écarts régionaux dans la prise en charge psychiatrique au sein de votre canton?

- oui
- non

14) Avez-vous conclu des accords avec d'autres cantons en matière de prise en charge psychiatrique?

- oui
- non

15) Si oui, lesquels?

.....

III. Processus de planification psychiatrique

16) Quels sont les domaines compris dans la planification psychiatrique de votre canton?

Par planification de la psychiatrie on entend ci-après la planification cantonale des soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires de la population du canton. Elle comprend l'identification de l'offre de soins et des besoins en soins, l'évaluation des offres de soins ainsi que l'attribution des capacités nécessaires au travers de mandats de prestations.

- prise en charge psychiatrique hospitalière de base
- prise en charge psychiatrique ambulatoire de base
- prise en charge psychiatrique spécialisée
- pas de planification de la psychiatrie

17) S'il n'y a pas de planification de la psychiatrie, merci d'en expliquer brièvement les motifs:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les questions suivantes sur la planification ne concernent que les cantons qui disposent d'une planification de la psychiatrie.

18) Qui a été impliqué dans la planification de la psychiatrie de votre canton?

- service/département de la santé publique
- cliniques et services psychiatriques
- médecins établis (prise en charge de base et médecins spécialistes)
- prestataires de soins psychiatriques au sens large (services sociaux, autorités de tutelle, etc.)
- organisations de personnes concernées / groupes d'entraide
- autres expert-e-s
- ne sait pas

19) La planification de la psychiatrie repose-t-elle sur une charte explicite?

- oui, sur le Guide Planification de la psychiatrie de la CDS
- oui, sur les propres principes du canton
- oui, autres:
- non

20) La planification de la psychiatrie est-elle régulièrement réexaminée?

- oui
- non

21) Si oui, à quelle fréquence?

- régulièrement
- chaque année
- tous les deux ans
- tous les trois ans
- tous les quatre ans
- plus rarement que tous les quatre ans

22) Quelle est la valeur des objectifs suivants de la planification de la psychiatrie dans votre canton?

Définitions

- **Par prise en charge psychiatrique centrée/axée sur le patient** on entend ci-après l'adaptation individuelle et souple du traitement aux besoins du patient ou de la patiente (au contraire de l'orientation sur l'institution où les besoins de l'institution définissent le mode de traitement).
- **Par prise en charge psychiatrique de proximité** on entend ci-après une offre ambulatoire de soins psychiatriques proche du lieu de résidence de la personne concernée, facilement atteignable par les moyens de transports publics et fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en dehors des urgences psychiatriques.

	très importante	plutôt importante	plutôt peu importante	insignifiante	ne sait pas
Prise en charge centrée/axée sur le patient	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge de proximité	<input type="checkbox"/>				
Soins psychiatriques différenciés selon le genre	<input type="checkbox"/>				
Prise en compte des besoins particuliers des personnes issues de la migration	<input type="checkbox"/>				
Prise en compte des besoins particuliers des adolescents et des jeunes adultes	<input type="checkbox"/>				
Prise en compte des besoins particuliers des personnes âgées	<input type="checkbox"/>				
Coopération avec le mode du travail	<input type="checkbox"/>				
Rapport équilibré entre traitement résidentiel et ambulatoire	<input type="checkbox"/>				
Autres objectifs	<input type="checkbox"/>				
Autres objectifs :	<input type="checkbox"/>				

23) Les publications de l'Obsan sur les soins psychiatriques vous sont-elles utiles pour votre planification de la psychiatrie?

- oui
- non

24) Parmi les analyses ci-après, lesquelles ont été effectuées dans le cadre de votre planification de la psychiatrie?

- analyse des flux de patients
- analyse du recours aux offres
- évaluation de la mise en œuvre de planifications de la psychiatrie antérieures
- comparaisons avec d'autres cantons / l'étranger
- autres :
- aucune

25) Existe-t-il dans votre canton des pourcentages de poste explicitement disponibles pour la planification de la psychiatrie?

- oui
- non

26) La planification de la psychiatrie de votre canton s'orientent-elle sur des secteurs comme unité d'organisation de la fourniture des prestations (au sens des secteurs du Guide CDS)?

- oui
- non, pas encore
- non, pas pertinent pour notre canton

IV. Mise en œuvre de la planification de la psychiatrie / du plan directeur psychiatrie

27) Quelle est la répartition des coûts d'exploitation des prestataires psychiatriques sur les différents secteurs d'activité dans votre canton en 2009?

Si votre canton ne dispose pas d'indications détaillées, merci d'indiquer des valeurs approximatives. Si les coûts sont inférieurs à un million, veuillez utiliser des décimales (ex. 0,2 million)

	Psychiatrie d'adulte	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Psychogériatrie
Total des frais d'exploitation	.....mio CHF	.....mio CHF	.....mio CHF
dont frais hospitaliers	.....mio CHF	.....mio CHF	.....mio CHF
dont frais ambulatoires et cliniques de jour	.....mio CHF	.....mio CHF	.....mio CHF

28) Si votre canton cofinance des prestations dans des services ambulatoires et/ou des cliniques de jour, merci d'expliquer ci-après le modèle de financement et d'utiliser pour ce faire des chiffres concrets de 2009 (y compris les contributions aux loyers ou les investissements).

Si le modèle de financement est expliqué dans le plan directeur psychiatrie de votre canton, il suffit de le mentionner ici en indiquant le numéro de la page.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

29) La mise en œuvre de la planification de la psychiatrie est-elle systématiquement contrôlée (objectifs et finances)?

- oui
- en partie
- non
- pas de planification cantonale de la psychiatrie
- ne sait pas

30) Si oui, à quelle fréquence?

- régulièrement
- chaque année
- tous les deux ans
- tous les trois ans
- tous les quatre ans
- plus rarement
- ne sait pas

31) Dans quelle mesure la (dernière) planification de la psychiatrie dans votre canton a-t-elle été mise en œuvre jusqu'ici?

- elle a pu être entièrement réalisée
- elle a pu être réalisée en grande partie
- elle n'a pu être réalisée que de manière partielle
- elle n'a pas pu être réalisée
- pas de planification cantonale de la psychiatrie
- ne sait pas

32) Si la prise en charge psychiatrique visée ne peut pas être réalisée ou seulement de manière lacunaire, quels sont, de votre point de vue, les obstacles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

33) Y-a-t-il aussi des conditions utiles favorisant la prise en charge psychiatrique visée? Si oui, lesquelles?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....

34) Comment jugez-vous le rapport entre les offres ambulatoires et hospitalières de la prise en charge psychiatrique dans votre canton?

- le rapport des offres est équilibré
- trop peu d'offres ambulatoires
- trop peu d'offres hospitalières
- trop d'offres hospitalières
- nous n'avons pas d'offre hospitalière.

35) Y a-t-il, à votre avis, des incitations mal placées qui empêchent un rapport équilibré entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière?

- non
- oui

36) Si oui, lesquelles?

.....
.....
.....
.....
.....

37) Quels facteurs / incitations favorisent, à votre avis, une prise en charge psychiatrique orientée sur le patient?

.....
.....
.....
.....
.....

V. Gestion des interfaces

38) D'après votre expérience, où faut-il optimiser la gestion des interfaces au sein de la psychiatrie et entre la prise en charge psychiatrique et d'autres secteurs?

	pas de besoin d'optimisation	besoin d'optimisation faible	besoin d'optimisation sensible	grand besoin d'optimisation
Interface «prise en charge psychiatrique hospitalière – ambulatoire / semi-hospitalière»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec la protection de l'enfant et de l'adulte (p. ex. autorité PEA, services sociaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface «Prise en charge psychiatrique de base - spécialisation psychiatrique»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec l'assurance invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec un suivi hospitalier de longue durée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec les EMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec les établissements pour enfants et adolescents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec les institutions pour adultes handicapés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec les services d'aide et de soins à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec les organisations d'entraide et de personnes concernées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interface avec l'exécution des mesures (psychiatrie forensique, prisons, institutions fermées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39) Existe-t-il, dans votre canton, un Case Management intégré dans le domaine de la prise en charge psychiatrique?

On parle de Case Management lorsqu'une personne (Case Manager) accomplit des tâches de soutien direct, de représentation des intérêts des patients, de coordination entre personnes concernées, de coaching de l'entourage, etc., avec pour objectif d'optimiser la prise en charge psychiatrique.

- oui
 non
 ne sait pas

Les deux questions suivantes s'adressent aux cantons qui disposent d'un Case Management.

40) À quels groupes de patients le Case Management est-il appliqué?

- à tous les patients
- aux malades chroniques
- aux patients âgés
- aux enfants et aux adolescents
- aux grands malades psychiques
- autres:
- ne sait pas

41) Comment le Case Management est-il financé?

- par les assurances
- par des fonds cantonaux
- par des fonds communaux
- par les fonds propres des patients
- autres
- ne sait pas

VI. Sujets spécifiques

42) Quelle est votre estimation de la situation du personnel pour les métiers de la santé suivants en lien avec la psychiatrie?

	suffisante	déficitaire	fortement déficitaire
Psychiatres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecins généralistes, spécialistes de médecine interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmières et infirmiers psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43) Quelles sont les actions entreprises au niveau du canton pour garantir la relève qualifiée dans les métiers de la santé psychiatrique (cf. question 42)?

	oui	non	inconnu
Encouragement de places de formation pour les métiers de la santé nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collaboration suivie avec les institutions formatrices (écoles, HES et universités) et les associations professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recrutement du personnel en dehors du canton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recrutement du personnel à l'étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun effort pour promouvoir la relève dans les métiers de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres actions:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment la prise en charge psychiatrique différenciée selon les genres est-elle garantie dans l'offre de votre canton?

	oui	non	inconnu
Le canton encourage les offres qui tiennent compte des besoins spécifiques des femmes et des hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le canton soutient la formation du personnel de santé en matière de traitement différencié selon les genres et des besoins particuliers des femmes et des hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le canton dispose de données différenciées en fonction des genres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il n'y pas d'efforts pour promouvoir une prise en charge psychiatrique différenciée selon les genres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44) Comment les besoins des patient-e-s issu-e-s de la migration sont-ils pris en compte dans la prise en charge psychiatrique dans votre canton? Parmi les assertions suivantes, quelles sont celles qui sont pertinentes pour votre canton?

	oui	non	inconnu
Le canton aide les cliniques / les prestataires à tenir compte de manière appropriée des besoins des patient-e-s migrant-e-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le canton encourage les cliniques / les prestataires à participer au programme Migrant friendly hospitals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le canton encourage les compétences interculturelles du personnel de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le canton soutient des pools de traducteurs et/ou des services de traduction externes aux établissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le canton offre du matériel d'information sur les maladies psychiques dans différentes langues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le canton dispose de données sur le recours aux offres et les diagnostics des patient-e-s migrant-e-s.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Perspective

45) Combien de journées d'hospitalisation prévoyez-vous au total pour la prise en charge psychiatrique hospitalière en 2020 sur le territoire de votre canton (y compris prise en charge forensique, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychogériatrie et traitement des dépendances)?

- La planification des journées d'hospitalisation n'a pas encore été élaborée.
 journées d'hospitalisation sont prévues.

46) Le Guide Planification de la psychiatrie formule l'objectif suivant: Dans le cadre d'une prise en charge intégrée, plus de la moitié des ressources publiques affectées à des mesures de prévention, de prise en charge à domicile et de réadaptation dans l'ambulatoire, à la présence psychiatrique dans le système de santé en général et aux prestations à des tiers. (cf. Guide – Planification de la psychiatrie, ch. 4.1.2).

Votre canton poursuit-il cet objectif?

- oui
- oui, partiellement
- non

Justification

.....

.....

.....

.....

.....

.....

47) De qui souhaiteriez-vous recevoir du soutien pour la planification de la prise en charge psychiatrique?

- soutien de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)
- soutien de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).
- soutien interne au canton
- aucune
- ne sait pas

48) Quel type d'aide souhaiteriez-vous pour la planification de la prise en charge psychiatrique?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

49) Observations générales

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....