

Folgeplanung II

Planungsgruppen Allgemeinpsychiatrie, Alterspsychiatrie und Substanzenabhängigkeit

## **Bericht der Untergruppe 1 „Spital“ zum SOLL-Zustand <sup>1</sup>**

---

Schlussbericht vom 30. Dezember 2001

an der Arbeitsgruppe haben mitgewirkt:

*Denise Gloor (Kantonsspital Liestal)*

*Niklaus Schaub (Kantonsspital Bruderholz)*

*Werner Zimmerli (Kantonsspital Liestal)*

*Roland Appel (EPD-Liestal)*

*Urs Hafner (DBL)*

*Peter Küllmer (BfA Münchenstein)*

*Andreas Manz (Psychiater in Praxis)*

Es wurden 6 Sitzungen durchgeführt

Der Berichtsentwurf wurde am 26.10. in der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie besprochen

---

<sup>1</sup> Von 1999-2002 leitete ich die Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie der Folgeplanung 2 zum Psychiatriekonzept Baselland. Neben der zentralen Planungsgruppe bildete ich 5 Untergruppen, die ich ebenfalls leitete und deren Texte ich im Wesentlichen auch selber geschrieben habe – als Ergebnis der in den Untergruppen stattgefundenen Diskussionen. Wichtigster Partner in diesem Prozess war Dr. Niklas Baer, der als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Folgeplanung 2 zur Verfügung stand und der eine grosse Zahl von Untersuchungen mit mir durchführte und auswertete.

In einer ersten Phase haben wir den IST-Zustand erhoben und Berichte dazu verfasst. Anschliessend planten wir den Soll-Zustand. Dieser Unterbericht war der Abschluss der Soll-Planung in diesem Themenbereich. Die Ergebnisse flossen via Planungsgruppe und Projektgruppe in stark gekürzter Form in den Schlussbericht ein. Diese Untergruppen-Bericht zugänglich zu machen ist deswegen lohnenswert, weil in den Teilberichten Materialien enthalten sind, die später aus Platzgründen weggefallen sind.

## Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess.....	3
2. Zusammenfassung der Evaluation des IST-Zustandes.....	3
2.1. Beschreibung der Situation.....	3
2.2. Zusammenfassung.....	8
2.3. Umschreibung der Lücken.....	8
3. Gewichtung der evaluierten Probleme.....	9
4. Übergeordnete Zielvorstellungen.....	9
5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege.....	10
5.1. Problembereich 1: Konsiliar- und Liaisondienst (Behandlungslücke).....	10
5.1.1. Beschreibung des Problems.....	10
5.1.2. Beschreibung des Ziels.....	10
5.1.3. Lösungsskizzen.....	10
5.1.3.1. Beschreibung der Massnahmen.....	10
5.1.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	11
5.1.3.3. Aufwand.....	12
5.1.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen.....	12
5.1.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit.....	12
5.2. Problembereich 2: Weiter- und Fortbildung, Unterstützung des Personals.....	13
5.2.1. Beschreibung des Problems.....	13
5.2.2. Beschreibung der Ziele.....	13
5.2.3. Lösungsskizzen.....	13
5.2.3.1. Beschreibung der Massnahmen.....	13
5.2.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	14
5.2.3.3. Aufwand.....	14
5.2.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen.....	14
5.2.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit.....	14
6. Kontroversen.....	14
Anhang 1: das psychiatrische Spitalteam.....	16

## **1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess**

Die Situation von alten Menschen, von Süchtigen und von Patienten mit einem andern relevanten psychischen Problem ist im Spital sehr ähnlich, insbesondere was Fragen der psychiatrischen Versorgung angeht. Aus diesem Grund wurde zur Bearbeitung von SOLL-Fragen der psychiatrischen Versorgung in den Spitälern eine einzige Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der drei Planungsgruppen Allgemeinpsychiatrie, Alterspsychiatrie und Substanzenabhängigkeit gebildet.

## **2. Zusammenfassung der Evaluation des IST-Zustandes**

### **2.1. Beschreibung der Situation**

- Im IST-Bericht der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie vom 7. Juni 2001 wurde im Kapitel 5.3.2 die Situation der Behandlung der Patienten mit relevanten psychischen Problemen im somatischen Spital ausführlich dargestellt.
- Im IST-Bericht der Planungsgruppe Substanzenabhängigkeit wurde das Thema im Kapitel 5.2.1.2 gewürdigt.
- Die verschiedenen Aspekte der Alterspsychiatrie im Spital wurde in der ersten Arbeitsgruppensitzung eingehend erörtert und protokolliert.
- An den beiden Medizinischen Universitätskliniken Liestal und Bruderholz wurden unter anderem zwei Untersuchungen durchgeführt, die ausgewertet wurden.

**Zu allgemeinpsychiatrischen Problemen** wurde festgestellt:

- Es ist bekannt, dass das psychiatrische Krankheitsrisiko in der Allgemeinbevölkerung bei Vorliegen einer körperlichen Erkrankung erhöht ist. Demgegenüber ist die Rate der psychischen Komorbidität <sup>2)</sup> bei Spitalpatienten nochmals erhöht. Sie beträgt laut einer Reihe von Studien um 30%. <sup>3)</sup> Vergleichsweise besonders häufig sind dabei Demenzen, Alkoholabhängigkeit, und akute Belastungsreaktionen.
- In einer deutschen Untersuchung <sup>4)</sup> wurde geschätzt, dass rund ein Drittel dieser Patienten mit psychischer Störung eine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention benötigte, tatsächlich aber nur 8% dem Psychiater vorgestellt wurden.
- In einer anderen Untersuchung in einem Spital in einer ländlichen Gegend in Tirol <sup>5)</sup> zeigte sich, dass Spitalärzte bei 26.7% der Spitalpatienten eine psychiatrische Erkrankung identifizierten. Die effektive, von standardisierten Instrumenten erhobene, Häufigkeit betrug in der Medizinischen Klinik mit der obigen Untersuchung vergleichbare 42%. Die Diagnoseverteilung war ebenfalls vergleichbar mit der oben gezeigten. Die Sensitivität der Spitalärzte war recht hoch bei Substanzenabhängigkeit, Psychosen und Manien und eher gering bei Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

---

<sup>2</sup> Komorbidität = gleichzeitiges Vorliegen von verschiedenen Krankheiten

<sup>3</sup> Siehe dazu auch F.Caduff in der SÄZ 2001, 82.44 S.2343f

<sup>4</sup> Lübeck: Arolt, 1997

<sup>5</sup> Wancata et al., 2000

- Es ist aus der Literatur belegt, dass zwischen Bedarf und effektiver Überweisungsrate eine erhebliche Diskrepanz besteht. Dies ist erheblich, weil Allgemeinspitäler Früherfassungsinstitutionen sind, die Menschen in sensiblen Situationen resp. Krisensituationen aufnehmen und so die Chance hätten, auch psychische Störungen wahrzunehmen, anzusprechen und ggf. in spezialisierte Behandlung zu weisen. So hängt vieles davon ab, ob die psychische Störung erkannt wird.
- Bereits in der Folgeplanung I wurde der Ausbau der psychiatrischen Kompetenz an den kantonsspitälern gefordert, ohne dass hingegen konkrete Vorstellungen, wie dies umzusetzen sei, definiert wurden. Der neue Chefarzt war in der Folge der Ansicht, dass dies mit einer Stärkung des ärztlichen Bereiches zu erfolgen habe. Um diesen Bereich und damit insbesondere den Konsiliardienst-Bereich zu stärken machte der neugewählte Chefarzt zur Bedingung, dass zwei zusätzliche Oberärzte angestellt wurden. In den folgenden Jahren wurde durch Steigerung des Kostendeckungsgrades von damals 20 auf heute ca 55% trotz Stellenplafonierung des Kantons und dank des eingeführten Kreditverschiebungsbudget mit den erwirtschafteten Mitteln ein weiterer Ausbau des ärztlichen Bereichs möglich, was natürlich auch dem Konsiliar-Dienst zu gute kam. Die Qualitätssteigerung im Vergleich zur Zeit vor 1991 wurde von den Internisten bestätigt. Im Vergleich zu damals hat sich sowohl die Zahl der Assistenzärzte als auch Oberärzte verdoppelt. Da mit der Qualitätssteigerung auch eine Kostensteigerung verbunden war, wurden vom früheren Chefarzt Innere Medizin Bruderholz immer wieder Aktionen gestartet, um die Flut der Konsilien und damit auch die Kosten zu reduzieren. Z.B. jedes Konsilium musste durch einen medizinischen OA bewilligt werden. Man kann somit sagen, dass trotz fehlender politischer Unterstützung versucht wurde, den Leistungsauftrag entsprechend der Folgeplanung I zu erfüllen.

**Zur Substanzenabhängigkeit** wird festgehalten:

- Basierend auf der Literatur <sup>6)</sup> ist davon auszugehen, dass etwa 20% der hospitalisierten Patienten einer internistischen Abteilung einen problematischen Alkoholkonsum betreiben. In deutschen Untersuchungen <sup>1)</sup> im Allgemeinkrankenhaus wurde in der Altersgruppe der 18-64-jährigen mit einer Häufigkeit von 12.7% Alkoholabhängigkeit, mit 2.6% ehemalige Abhängigkeit und mit 4.8% Alkoholmissbrauch festgestellt. Besonders viele Alkoholranke, fanden sich auf gastroenterologischen (28% der Männer) und chirurgischen (19%) Stationen. Ausgehend von der Zahl von 20% wäre an den medizinischen Kliniken in Baselland (ohne KS Laufen) mit einer jährlichen Zahl von knapp 1500 Patienten mit problematischem Alkoholkonsum zu rechnen.
- In der Notfallstation werden vor allem Patienten im Rahmen eines akuten Alkoholexzesses gesehen. Sie werden in der Regel von Angehörigen, Begleitern oder der Polizei gebracht. Der Anteil der Adoleszenten in dieser Gruppe ist besonders hoch. Meistens beschränken sich bei diesen Patienten die Massnahmen auf Überwachung, Ausnüchterung und Entlassung am folgenden Tag. Die fortführende Behandlung beschränkt sich auf ermahrende Ratschläge.
- Eine zweite, gewichtigere Gruppe betrifft Patienten mit schwerer somatischer Erkrankung im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit. Bei dieser Gruppe besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der schädlichen Substanz und dem körperlichen Krankheitsbild. Diese

<sup>6)</sup> Feuerlein, Wilhelm: Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus

Patienten benötigen nicht selten längere Hospitalisationen und erfahren deshalb auch die relativ beste, medizinische und psychosoziale Aspekte berücksichtigende Betreuung. Es ist auch die Gruppe mit der höchsten Mortalität. Vor allem aus dieser Gruppe rekrutieren sich die Patienten, die den spezialisierten Beratungsstellen vorgestellt werden, eine Nachbehandlung besprochen wird, allenfalls eine Behandlung wie zum Beispiel Antabustherapie eingeleitet wird und die Nachbehandlung mit Beratungsstelle und oder Hausarzt organisiert wird.

- Demgegenüber ist die Gruppe der Patienten mit der Diagnose eines missbräuchlichen Substanzgebrauchs als Nebendiagnose die am schlechtesten erfasste und nachbetreute. Das Alkoholproblem stellt einen Nebenfaktor bei der Hospitalisation dar, der entweder übersehen oder nicht erkannt wird, oder der vom Patienten verleugnet wird. Insbesondere in den chirurgischen Abteilungen ist die Chance der Einleitung einer spezifischen Behandlung, oder auch nur schon der Konfrontation mit dem Abhängigkeitsproblem nahezu null. Der Anteil Verletzungen und Traumata, die mit missbräuchlichem Alkoholkonsum in Zusammenhang stehen ist nicht bekannt. Bei dieser Gruppe besteht sicher ein grosser Bedarf nach Konzepten, die das Wahrnehmen, Ansprechen und Suchen von Problembewältigungsstrategien, allenfalls unter Beizug spezialisierter Hilfe fördern.
- Unsere eigene Erhebung an den Medizinischen Universitätskliniken der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz hat ergeben, dass 1999 hochgerechnet 443 Patienten mit einer Substanzenabhängigkeit erkannt worden sind, das sind 6% aller Hospitalisationen. Die grosse Differenz zu den Zahlen aus der Literatur lassen sich dadurch erklären, dass die Diagnose ‚Substanzenabhängigkeit‘ evtl. nicht besonders offensiv gesucht wird.
- 75% der Patienten mit Alkoholproblemen und 90% der Patienten mit Medikamentenproblemen werden als sozial integriert eingeschätzt.
- Im KS Bruderholz werden 2.5x mehr Patienten mit Substanzenabhängigkeit festgestellt als im KS Liestal. (111/3'411 vs 325/3'985)
- Das altersmässige Schwergewicht bei Alkoholdiagnosen liegt zwischen 35 und 64 Jahren, bei Medikamentenabhängigkeit zwischen 55 und 84 Jahren und bei illegalen Substanzen zwischen 24 und 34 Jahren.
- Die Diagnose Abhängigkeit rangiert mit 22% hinter der Depression/Manie mit 24% und deutlich vor der nächsten, der Demenz/Delirium mit 16% an zweiter Stelle bei festgestellten relevanten psychischen Problemen.
- Das Behandlungsmanagement vor der Hospitalisation liegt nicht in den Händen spezialisierter Institutionen, sondern in denen der Hausärzte.
- Während der Hospitalisation konsiliarisch eingeführte Beratungsstellen übernehmen fast immer auch nach der Hospitalisation das Management.
- Im KS Liestal wird die Möglichkeit des konsiliarischen Beizugs der Beratungsstellen zur Zeit (im Erhebungszeitraum) kaum genutzt.
- Die Externen Psychiatrischen Dienste BL erbringen ebenfalls konsiliarische Leistungen bei Substanzabhängigkeit und der Nachbetreuung.

**Zur Alterspsychiatrie** wird in der Diskussion der Arbeitsgruppe festgehalten <sup>7)</sup>:

- Niedergelassene Psychiater interessieren sich nicht für gerontopsychiatrische Fragen <sup>8)</sup>.
- Die Kostenübernahmevorgaben durch das KVG für die Spitex sind zu eng, was der Spitex einen zu schmalen Spielraum lässt.
- Es fehlt eine kantonale Gesamtplanung in der Geriatrie, es fehlen Krisen- als auch Notbetten für geriatrische Patienten (diese kommen auf die Notfallstation und dort hat niemand Zeit). Es fehlt eine zentrale Bettenplanung für die Pflegeheime.
- Es fehlt in Liestal ein diagnostischer Service analog zur Memory-Klinik. Das Besondere daran ist die enge diagnostische Schnittstelle zwischen Internist, Psychiater, Psychologe und Neurologe. Der Service ist dadurch besonders effizient. Die diagnostischen Anstrengungen in Baselland sind auf verschiedene Träger (Hausarzt, Neurologe, Pro Senectute) verteilt. Das Kantonsspital Bruderholz hat wenigstens einen eigenen Neurologen und Neuropsychologen.
- Es fehlen Liaisondienste in den Pflegeheimen. Die ärztliche Betreuung liegt in den Händen frei gewählter Hausärzte und diese stellen eine sehr heterogene Gruppe dar <sup>9)</sup>.
- Die limitierte Kostengarantie der Krankenkasse für Akutabteilungen stellt bei geriatrischen Patienten ein Problem dar.
- Jüngere hirnorganische Patienten haben keine Dauerheimplätze, ausserhalb geriatrischer Institutionen <sup>10)</sup>.
- Das Altersleitbild der Stadt Liestal gilt als vorbildlich. Im Kanton gibt es lediglich einen Altersbericht ....1998 durch Dr. Sommer.

**Die eigene Untersuchung** hat folgende Resultate zutage gefördert:

- Abgesehen vom Grad der psychischen Problematik erhielten insgesamt 28.2% Patienten zumindest eine psychiatrische Diagnose, das sind 2'085 Patienten. Insgesamt wurde bei 23.1% aller Patienten der Medizinischen Kliniken eine zumindest relevante psychische Störung festgestellt. Dieses Resultat deckt sich in der Grössenordnung mit den erwähnten (und weiteren) Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Störungen im Allgemeinspital. Bei 8.8% der Patienten wird ihr psychisches Problem als " Hauptproblem" gewertet. Dieser Befund deckt sich exakt mit den Angaben zur Jahrestatistik der Spitäler (Hauptdiagnose-Liste).

---

<sup>7)</sup> der Grossteil der Feststellungen betrifft den allgemeinen Planungsnotstand in der Alterspflege, worin gerontopsychiatrische Fragen nur ein Aspekt darstellen.

<sup>8)</sup> Nachtrag: in der Liste der freipraktizierenden Psychiater Baselland zwei Psychiater verzeichnet, die von sich sagen, sich für gerontopsychiatrische Fragen speziell zu interessieren. Gemäss Jörg Wanner soll man aber von weiteren 5 wissen, dass sie sich für gerontopsychiatrische Fragen speziell interessieren. **(Wer ist das??)**

<sup>9)</sup> Diese Problemstellung muss von der Planungsgruppe Alterspsychiatrie behandelt werden

<sup>10)</sup> Diese Problemstellung muss von der Planungsgruppe Alterspsychiatrie behandelt werden

Die Diagnoseverteilung an den zwei Kantonsspitaler sieht wie folgt aus:

Hochrechnung Anzahl Diagnosen pro Jahr	Medizinische Kliniken			% der	% der
	KS Liestal	KS Bruderholz	gesamt	Patienten	psychiatrische Diagnosen
akute Belastungssituation	60	159	222	3%	11%
Alkoholabhängigkeit	68	234	309		
Medikamentenabhängigkeit	34	60	95		
Drogenabhängigkeit	9	30	40		
total Süchte	111	325	443	6%	23%
neurotische Störung	77	166	245	3%	12%
somatoforme Schmerzstörung	60	45	103	1%	5%
Depression / Manie	197	279	475	6%	24%
paranoide Entwicklung	51	53	103	1%	5%
Demenz / Delirium	154	166	317	4%	16%
Persönlichkeitsstörung	34	23	55	1%	3%
Total Diagnosen	743	1'216	1'963		
<b>Anzahl Patienten mit relevanten psychischen Problemen</b>	<b>658</b>	<b>1'012</b>	<b>1'670</b>	23%	
Total der hospitalisierten Patienten	3411	3985	7396		

- Die Externen Psychiatrischen Dienste betreuen diese Patienten vor allem mit dem Instrument der 513 eingeforderten Konsilien. 71% der Konsilien werden in den Medizinischen Kliniken durchgeführt, das sind 364 Konsilien für die obigen 1670 Patienten. Dementsprechend werden 21.8% aller Patienten mit einem relevanten seelischen Leiden konsiliarisch untersucht.
- Die konsiliarisch betreuten Patienten erhalten nach Spitalaustritt überwiegend psychiatrische Behandlung (jedenfalls ist eine solche geplant). Ein Drittel wird von den EPD nachbetreut, je ein Fünftel durch die Klinik und die Hausärzte, ein Achtel durch Psychologen. Nur in einem Fall wird die hauptsächliche Weiterbehandlung durch die Alkoholberatung übernommen<sup>11)</sup>
- Die verschiedenen Störungen werden sehr unterschiedlich konsiliarisch erfasst:

Hauptdiagnose	KSL			KSB			KSL & KSB		
	Austritte	Konsilien	Erfassung	Austritte	Konsilien	Erfassung	Austritte	Konsilien	Erfassung
akute Belastungssituation	56	64	113%	122	71	58%	179	135	75%
Alkoholabhängigkeit <sup>12)</sup>	9	8	85%	237	16	7%	246	24	10%
Medikamentenabhängigkeit	38	0	0%	24	0	0%	62	0	0%
Drogenabhängigkeit	9	0	0%	24	8	32%	34	8	23%
total Süchte	47	8	17%	310	24	8%	357	32	9%
neurotische Störung	75	8	11%	131	16	12%	206	24	12%
Schmerzstörung	38	8	21%	33	8	24%	70	16	23%
Depression / Manie	207	32	15%	245	71	29%	452	103	23%
paranoide Entwicklung	38	0	0%	41	16	39%	78	16	20%
Demenz / Delirium	160	16	10%	139	8	6%	299	24	8%
Persönlichkeitsstörung	28	16	56%	16	0	0%	45	16	36%
Total	658	151	23%	1012	214	21%	1670	397	24%

<sup>11)</sup> Dieses Ergebnis ist insofern ein Artefakt, als dass laut Jahresberichten der Alkoholberatungsstellen von diesen 100 Konsilien an den somatischen Spitalern durchgeführt haben. Ebenfalls laut den betreffenden Jahresberichten finden fast 100 Patienten der somatischen Kliniken den Weg in die Suchtberatungsstellen.

<sup>12)</sup> Zählt man zu den 16 EPD-Alkoholkonsilien die 63 der BfA dazu, so wurden 79 Patienten mit Alkoholproblemen im Bruderholzspital konsiliarisch gesehen, was einer Erfassungsrate von 33,3% entspricht.

- 11% aller Patienten mit einem relevanten psychischen Problem werden neu einer spezialisierten Behandlung zugeführt, das sind 185 Patienten pro Jahr. 15.8% (264 Patienten) waren schon vor der Hospitalisation im Kantonsspital in psychiatrischer Behandlung.

## **2.2. Zusammenfassung**

- Das somatische Spital ist neben der Hausarztpraxis eine der wichtigsten Orten für die Früherfassung psychischer Störungen.
- Die Störungen werden im Spital in grosser Zahl erkannt.
- Aus der präzisen Diagnosestellung werden heute noch viel zu selten therapeutische Konsequenzen gezogen.

## **2.3. Umschreibung der Lücken**

Folgende Feststellungen können gemacht werden:

- Die psychiatrische Versorgung weist im Allgemeinspital eine grosse Lücke auf.
- Bereits in der Psychiatrie-Folgeplanung I von 1991 wurde die Einrichtung von erweiterten Krisenhilfen an den Kantonsspitalern als eines von fünf prioritären Zielen formuliert. Drei Ziele wurden umgesetzt <sup>13)</sup>, bei einem vierten Ziel wurden deutliche Fortschritte erzielt <sup>14)</sup>. Beim fünften Ziel, die psychiatrische Betreuung im Spital zu verbessern, wurden mit einer Umstrukturierung des Stellenprofils zugunsten der Ärzte das Mögliche versucht. Auch wenn hier klare Verbesserungen erreicht worden sind, ist das System an seine Grenzen gestossen. Der Betreuungsbedarf der Klinikpatienten ist gross und bedingt eine neue Struktur. Die Thematik wird in der Folgeplanung II mit hoher Priorität behandelt. Die hier durchgeführten Erhebungen unterstreichen die Priorität des schon vor 10 Jahren festgestellten Ziels.
- Alterspsychiatrie: Es gibt eine grosse Zahl von Einweisungen auf die Innere Medizin, bei denen die psychische Problematik im Vordergrund steht. Dabei ist die Einweisung auf die Medizin durchaus sinnvoll, da wegen der Ortsgebundenheit von somatischen Untersuchungsgeräten und bei der stets bestehenden Polymorbidität von Alterspatienten die Hospitalisation auf der Medizin Sinn macht. Dringend ist aber der psychiatrische Liaisondienst, der die psychiatrische Betreuung der Patienten in der Medizin anleitet. Der Liaisondienst muss aber auch das Pflegepersonal betreuen und den Umgang mit den psychiatrischen Krankheitsbildern schulen.
- Die Erfassung der Patienten mit relevanten psychischen Problemen aller Diagnosen im somatischen Spital ist heute schon recht gut, kann und sollte aber weiter verbessert werden.
- Die somatisch-psychische Co-Morbidität führt in erster Linie zu einem Ausschlussverfahren der somatischen Fragestellung. Ist eine somatische Ursache des präsentierten Leidens ausgeschlossen, wird der Patient an den Hausarzt zurückgewiesen, ohne dass die psychische Mor-

<sup>13</sup> Einführung eines flächendeckenden 24-Stunden psychiatrischen Notfalldienstes; Schaffung einer psychiatrischen Tagesklinik im unteren Kantonsteil; Verbesserung der räumlichen Situation der KPK

<sup>14</sup> Die psychiatrischen Hilfestellungen für den Hausarzt wurden sowohl durch die EPD als auch durch die niedergelassenen Psychiater verbessert. Zudem hat die Einführung des psychiatrischen Notfalldienstes die Hausärzte wesentlich entlastet. Eine Systematisierung der Zusammenarbeit Hausärzte / Psychiatrie und Psychotherapie steht aber noch an.



bidität genauer eingegrenzt würde und dem Hausarzt auch diesbezüglich Bericht erstattet werden könnte.

- Patienten mit einem erkannten seelischen Leiden werden heute noch viel zu wenig im Sinne der Früherfassung einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung zugeführt.
- Die Ausbildung der Assistenzärzte (der zukünftigen Hausärzte) im somatischen Spital in der Erkennung psychischer Leiden und der Förderung der Motivation der Patienten, diese zu akzeptieren und sich damit auseinander zu setzen, fristet gemessen an der Diagnosehäufigkeit von seelischen Leiden ein kümmerliches Randleben.
- Die physische Präsenz psychiatrischer Fachkompetenz im somatischen Spital fehlt weitgehend.
- Die Spitalärzte wünschen, dass die psychiatrischen Konsilien von Oberärzten durchgeführt werden, einerseits um die Qualität der Konsilien konstant hoch zu halten, andererseits um im Spital ernster genommen zu werden. Der Konsiliararius sollte persönlich be- und anerkannt sein.
- Es fehlen feste Liaisonzuständigkeiten für diverse psychiatrische Schwerpunktfelder (Geronto-Psychiatrie, chronischer Schmerz, Sucht).

### 3. Gewichtung der evaluierten Probleme

Zusammenfassend bestehen zweierlei Lücken:

#### Eine Behandlungslücke

- Patienten mit einem erkannten seelischen Leiden werden heute noch viel zu wenig im Sinne der Früherfassung einer psychiatrisch/psychotherapeutischen <sup>15)</sup> Behandlung zugeführt.
- Obwohl bei 23% der Patienten in der somatischen Klinik ein relevantes psychisches Problem erkannt wird, ist die Psychiatrie im Spital nur am Rande präsent.

#### Eine Bildungs- und Unterstützungslücke

- Die praktische Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals in der Erkennung, Betreuung und Zuweisung von Patienten mit psychischen Problemen findet nicht systematisch statt.
- Die Behandelnden haben in ihrer Tätigkeit von den Psychiatrie viel zu wenig Unterstützung.

### 4. Übergeordnete Zielvorstellungen

- Die psychiatrische Beurteilung und Betreuung <sup>16)</sup> von Patienten mit einem relevanten psychischen Problem <sup>17)</sup> ist durch erfahrene <sup>18)</sup> und anerkannte <sup>19)</sup> Fachleute auf konstant hohem Niveau <sup>20)</sup> sichergestellt. Gewünscht wird eine möglichst enge Personalisierung der Aufgabe.

<sup>15)</sup> Darin sind auch suchtherapeutische Behandlungen mit eingeschlossen.

<sup>16)</sup> Die Übernahme der Betreuung (Therapie und Beratung) erfolgt kurzfristig, sie erfolgt in der dazu notwendigen Besuchsfrequenz (zu Beginn bei akuten Situationen täglich), die Fortsetzung der Behandlung nach der Entlassung ist gewährleistet, eingeleitet oder verbindlich vermittelt.

<sup>17)</sup> psychosomatische Störungen und chronisches Schmerzsyndrom, Sucht, affektive Störung, ....

<sup>18)</sup> auf Oberarztstufe, am besten immer die selben beiden Konsiliarärzte

<sup>19)</sup> Wenn eine Personalisierung nicht möglich ist, sollten sich neue Konsiliarärzte schriftlich und/oder persönlich dem ärztlichen Dienst des KS vorstellen. Dabei sind auch die Suchttherapeuten eingeschlossen.

<sup>20)</sup> präzise Differentialdiagnose, klare Beantwortung gestellter Fragen, präzise Medikations-Vorschläge, durchführbare Massnahmen, ggf. Organisation der Weiterbehandlung

- Das Pflegepersonal erhält die für die Behandlung von Patienten mit relevanten psychischen Problemen notwendige Unterstützung.<sup>21)</sup>
- Der Arzt erkennt relevante psychische Störungen. Das Erkennen bei Eintritt führt zu standardisierten Abläufen<sup>22)</sup> von Abklärung, Behandlung, Kontaktaufnahme und Patienteninformation. Damit wird die Früherfassung von psychischen Störungen verbessert. Der Spitalarzt kennt die Möglichkeiten und den Nutzen von psychiatrischen Abklärungen und Behandlungen. Er ist fähig, auf den psychisch kranken Patienten einzugehen und ihm den Sinn einer psychiatrischen Behandlung glaubwürdig, verständlich und einfühlsam zu vermitteln. Er ist in der Lage, auch mit mittelstarken Schwierigkeiten des Patienten, die psychische Genese seines Leidens zu akzeptieren, umzugehen.

## 5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege

Für die Erreichung dieser beiden Ziele sind folgende Massnahmen und Unterziele notwendig:

### 5.1. Problembereich 1: Konsiliar- und Liaisondienst (Behandlungslücke)

#### 5.1.1. Beschreibung des Problems

Patienten mit einem erkannten seelischen Leiden werden heute noch viel zu wenig im Sinne der Früherfassung einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung zugeführt. Obwohl 23% der Patienten in der somatischen Klinik erkannter massen ein relevantes psychisches Problem aufweisen, ist die Psychiatrie im Spital nur am Rande präsent.

Ob ein psychiatrisches Angebot von den somatischen Ärzten auch eingesetzt wird, hängt davon ab, ob die Ärzte den psychiatrischen Facharzt kennen und ihm vertrauen. Das Hilfeangebot muss zudem leicht und effizient abrufbar sein und keine grösseren Kenntnisse des psychosozialen Versorgungsnetzes voraussetzen.

#### 5.1.2. Beschreibung des Ziels

*Die psychiatrische Beurteilung von Patienten mit einem relevanten psychischen Problem ist durch erfahrene<sup>23)</sup> und anerkannte Fachleute auf konstant hohem Niveau sichergestellt. Gewünscht wird eine möglichst enge Personalisierung der Aufgabe.*

*Es ist anzustreben, dass mindestens die Hälfte aller Patienten mit einem relevanten psychischen Problem fachärztlich abgeklärt und ggf. betreut werden. (heute 22%).*

*Die psychiatrische und suchtttherapeutische Betreuung von Patienten mit einem relevanten psychischen Problem ist durch anerkannte Fachleute sichergestellt. (Liaisonstätigkeit)*

#### 5.1.3. Lösungsskizzen

##### 5.1.3.1. Beschreibung der Massnahmen

Es ist an den zwei Kantonsspitäler je ein psychiatrischer Dienst zu schaffen, der fachlich den Externen Psychiatrischen Diensten unterstellt ist und der alle Aspekte der psychiatrischen Bera-

<sup>21</sup> Fallbesprechungen, Beantwortung von Rückfragen, Schulungen, Visite?, ...

<sup>22</sup> Für die verschiedenen Störungen sollen präzise Abläufe ausgearbeitet werden.

<sup>23</sup> Auf Oberarztstufe, am besten immer die selben beiden Konsiliarärzte, Suchtkranke sollen durch die Suchtfachstellen beurteilt und betreut werden.

tung und Behandlung in den Kantonsspitalern sicherstellt. Dieser Dienst ist für den Konsiliar-dienst, für Liaisonbetreuungen, für Weiter- und Fortbildung des Personals<sup>24)</sup> und für deren situative Unterstützung verantwortlich. Dabei ist darauf zu achten, dass diesem Dienst genügend Kompetenzen zugeordnet werden, dass er dafür besorgt sein kann, dass die psychiatrisch-psy-chosomatischen Aspekte in Diagnose und Behandlung integral vermehrt einfließen. Dabei ist auf den Unterschied zwischen Konsiliar-Recht und Konsiliarpflicht zu verweisen. Letztere (die Pflicht) besagt, dass ein Konsiliarius kommen muss, wenn er gerufen wird. Ist ihm ein Konsili-ar-Recht übertragen, kann er auch dort eingreifen, wo er es für Notwendig ansieht, kann vor al-lem auch geeignete Nachkontrollen seiner Ratschläge oder Anweisungen durchführen und kann dafür besorgt sein, dass der psychosomatische / psychiatrische Aspekt mit der Zeit im ganzen Spitalablauf seinen richtigen Platz erhält.

#### 5.1.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Die verstärkte Präsenz der Psychiatrie im Spital wird zu einer gezielteren Erfassung relevanter psychischer Leiden führen. Damit wird eine sekundärpräventive Früherfassung durchgeführt, die spezialisierten Hilfeangebote ambulanter Dienste und Praxen werden gezielt eingesetzt, die fachliche Kommunikation mit den Spitalern ist möglich und macht für das Spital das ganze psychiatrische, psychotherapeutische, sozialhelferische und rehabilitativen Angebot nutzbar.

Im Weiteren wird eine Behandlungsschnittstelle am Eingang zu psychiatrisch-psychotherapeu-tischen Behandlungskette definiert, die bewirken soll, dass das ganze Feld der ambulanten The-rapieangebote tatsächlich auch eingesetzt werden. Psychotherapeutische Hilfe wird nicht erst dann ins Spiel gebracht, wenn die Geduld der Somatiker am Ende ist und der Patient sich abge-schoben fühlt. Sie wird von Anfang an in die Behandlungsplanung einbezogen.

Die Psychiatrie wird für die übrigen Behandelnden greifbar und besser erfahrbar gemacht.

Es ist den psychiatrischen Fachleuten aber nicht möglich, wesentlich über den Spitalaufenthalt hinaus eigene Betreuungen und Therapien durchzuführen. Sie sind damit Spezialisten für die Triagierung der Patienten, kennen selber das spezialisierte Versorgungssystem sehr gut, kennen Kompetenzen und Kapazitäten und pflegen auch die dazu nötigen Beziehungen. Sie holen die Suchtberatung ans Krankenbett, sind Vermittlungs- und Ansprechpersonen für bestehende Pro-bleme, sie weisen Patienten an Betreuungs- und Therapieplätze mit freien Kapazitäten<sup>25)</sup>

Die EPD-Beratungsstelle wird von einem Teil der Konsiliaraufgabe entlastet. Da die Einfüh-rung in die Konsiliar- und Liäisontätigkeit zur FMH-Weiterbildung von Assistenzärzten gehört, müssen auch weiterhin in einem gewissen Umfange Assistenten der Beratungsstelle einbezo-gen werden. Dies ist auch zur Aufrechterhaltung der 24-Stunden Dienstleistung erforderlich. Alle Konsilien, die durch einen Assistenzarzt ausgeführt werden, sollen aber durch einen Ober-arzt nachgeprüft und mit dem Assitenten besprochen werden. Dies garantiert die Qualität und fördert die Weiterbildung.

Ein in den Spitalablauf integrierten spitalpsychiatrischen Dienst trägt zur positiven Imagege-staltung des ganzen Spitals bei, insbesondere bei den Hausärzten und der Öffentlichkeit. Er ist wohl auch aus dem Blickwinkel der Krankenversicherungen und des Steuerzahlers attraktiv,

---

<sup>24)</sup> Er unterweist beispielsweise die Assistenzärzte in den für einen künftigen Hausarzt, Gynäkologen evtl notwendigen psychiatrischen Diagnostik und legt eine Strategie fest, was der Somatiker selber beurteilen soll und wann er fachärztliche Hilfe anfordern soll (Schnittstellendefinition und –handhabung).

<sup>25)</sup> beispielsweise an Psychologen

hilft er doch, das psychische zu erkennen, einer spezifischen Behandlung zuzuführen und damit teure und problematische weitere Hospitalisationen vermeiden.

Dabei ist wichtig, dass der spitalpsychiatrische Dienst aussenstehende Fachleute ins Spital einbringt, insbesondere die Suchtfachleute, die schon heute für die Konsilien bei Substanzenabhängigen zuständig sind, was besonders im Kantonsspital Bruderholz zunehmend gut funktioniert.

#### 5.1.3.3. Aufwand

Wie im Anhang berechnet ist, sind zur Bewältigung des Pflichtenheftes ein Team von 4.5 Mitarbeiter erforderlich, was Kosten pro Kantonsspital von 750'000 Franken resp. Gesamtkosten von 1.5 Mio. nach sich zieht. <sup>26)</sup>

Von diesem Betrag sind die Kosten der Entlastung der EPD-Beratungsstelle vom Konsiliar-dienst in Abzug zu bringen.

Da die Kosten wohl kaum auf die Tagespauschale, die mit den Krankenversicherungen ausgehandelt wird, überwältzt werden kann, wird er zu einer Erhöhung des allgemeinen Spitaldefizits oder einer entsprechenden Erhöhung des Kantonsbeitrages an die EPD führen müssen. Wir schlagen letztere Variante vor, damit der spitalpsychiatrische Dienst nicht zwischen den Mühlsteinen im somatischen Interessewettbewerb aufgerieben wird. Ein entsprechender politischer Wille ist Voraussetzung.

#### 5.1.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen

Die Umsetzung führt teilweise zu einer Umstrukturierung der EPD. Mit der Umsetzung sollte umgehend begonnen werden. Da ein recht grosser politischer Wille bei Land- und Regierungsrat notwendig ist, ist eine positive Stellungnahme aller Chefärzte unabdingbar. Wir glauben, dass durch eine positive Unterstützung des Anliegens ein solcher spitalpsychiatrische Dienst auf Kosten der Staatsrechnung geschaffen werden kann und zur deutlichen Verbesserung der allgemeinen psychischen Betreuung der entsprechenden Patienten wesentliches beitragen wird. Wir rechnen damit, dass der Dienst in drei Jahren aufgebaut werden kann und in fünf Jahren in der projektierten Grösse an beiden Kantonsspitalern vorhanden ist.

#### 5.1.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit

Die Verstärkung der psychiatrischen Präsenz in den Spitalern war schon eine der Hauptpostulate der Folgeplanung I, die land- und regierungsrätlichen Segen erhielt.

Die Tatsache, dass nach der letzten Folgeplanung die schon damals bekannten Mängel in der psychiatrischen Versorgung der Patienten an den Kantonsspitalern trotz deutlichen Verbesserungen immer noch vorhanden ist, ist wohl der fehlenden konkreten Ausarbeitung der Aufgabenhefte und der nicht speziell definierten Kosten zuzuschreiben. Da es sich um eine grosse Patientengruppe handelt, sind die Aufwendungen, die für eine adäquate Betreuung aufzuwenden sind, beträchtlich. Der gleichzeitige Verzicht auf eine ebenfalls sehr notwendige und hilfreiche Kriseninterventionsstation lässt uns hoffen, dass der politische Wille besteht, die wichtige und substanzielle Versorgungslücke zu schliessen.

---

<sup>26)</sup> Mit den halben Kosten einer KIS kann vermutlich in der Früherfassung psychischer Störungen wesentlich mehr bewirkt werden.

Die Früherfassung von psychischen Krankheiten und Problemstellungen ist auch volkswirtschaftlich sinnvoll, stellen doch die psychischen Leiden heute die Grösste Gruppe bei den Ursachen einer Berentung infolge Invalidität dar. Repetitive Hospitalisationen wegen einer somatischen Symptomatik bei psychischen Krankheitsursachen müssen verhindert werden.

## **5.2. Problembereich 2: Weiter- und Fortbildung, Unterstützung des Personals**

### **5.2.1. Beschreibung des Problems**

Die Ärzte sind so in ihren vielfältigen Alltag eingespannt, dass ein sich Kümern um die psychischen Probleme ihrer Patienten oft zu kurz kommt, Ausbildungen im psychiatrischen Belangen nicht durchgeführt werden und die Kenntnisse des komplexen differenzierten Hilfeangebotes bei den starken Personalrotationen immer wieder verloren geht. Die Studienreform bemüht sich, den psychosozialen Belangen und kommunikativen Fähigkeiten der Studenten vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken. Die Weiterführung dieses wichtigen Tätigkeitsteiles bleibt aber in der Weiterbildungszeit weitestgehend auf der Strecke, so sehr sind die Weiterbildungsinhalte auf die vielfältigen somatischen Themengebiete gerichtet. Die 20% Patienten mit einem relevanten seelischen Leiden, die in den somatischen Spitälern hospitalisiert sind, haben keine genügende Betreuung. Konsiliaraukünfte genügen nicht, da es nicht an einer Beurteilung fehlt, sondern an einer triagierenden Behandlung. Das Spital braucht eine eigenen psychiatrischen Dienst, so wie dies bereits an vielen Kliniken Standard ist. Eine wesentliche Aufgabe dieses Dienstes ist die Weiterbildung des Personals durch ‚Lernen bei der Tätigkeit‘. Die Anwesenheit einer psychiatrischen Fachkompetenz ist dabei Voraussetzung.

### **5.2.2. Beschreibung der Ziele**

*Das Pflegepersonal erhält die für die Behandlung von Patienten mit relevanten psychischen Problemen notwendige Unterstützung.<sup>27)</sup>*

*Der Arzt erkennt relevante psychische Störungen. Das Erkennen bei Eintritt führt zu standardisierten Abläufen<sup>28)</sup> von Abklärung, Behandlung, Kontaktaufnahme und Patienteninformation. Damit wird die Früherfassung von psychischen Störungen verbessert.*

*Der Spitalarzt kennt die Möglichkeiten und den Nutzen von psychiatrischen Abklärungen und Behandlungen. Er ist fähig, auf den psychisch kranken Patienten einzugehen und ihm den Sinn einer psychiatrischen Behandlung glaubwürdig, verständlich und einfühlsam zu vermitteln. Er ist in der Lage, auch mit mittelstarken Schwierigkeiten des Patienten, die psychische Genese seines Leidens zu akzeptieren, umzugehen.*

### **5.2.3. Lösungsskizzen**

#### **5.2.3.1. Beschreibung der Massnahmen**

Da die heute schon reichlich befrachtete Weiterbildung nicht beliebig mit Postulaten beschwert werden kann, muss diese am konkreten Beispiel, am einzelnen Patienten vertieft werden. Dies kann nur durch eine greifbare tägliche Anwesenheit der psychiatrischen Kompetenz erfolgen. Gleichzeitig müssen die kommunikativen Fähigkeiten gezielt und am Ort geschult werden um den geeigneten Zugang zum Patienten zu finden. Die diagnostische Schnittstelle soll im weite-

<sup>27)</sup> Fallbesprechungen, Beantwortung von Rückfragen, Schulungen, Visite?, ...

<sup>28)</sup> Für die verschiedenen Störungen sollen präzise Abläufe ausgearbeitet werden.

ren gegenüber dem somatischen Assistenzarzt definiert werden, damit er weiss, was er wissen und können soll. Darin braucht er gezielte Unterstützung.

Vor allem das Pflegepersonal benötigt psychiatrische Unterstützung, dass die oft schwierigen und mühsamen Patienten besser verstanden und ausgehalten werden können. Fallbezogener Informationsaustausch soll verstärkt werden. Dabei soll die Initiative von beiden Seiten <sup>29)</sup> ausgehen.

#### 5.2.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Die Psychiatrie wird für die übrigen Behandelnden greifbar und besser erfahrbar gemacht. Das Lernen ist durch direkte Anleitung bei allen Berufsberufen besser möglich. Damit verlassen Ärzte mit einer konkreteren Schulung im Umgang mit seelischen Problemen das Spital und haben gute Kenntnisse in der Triagierung und Behandlung ihrer Patienten mit seelischen Problemen. <sup>30)</sup>

#### 5.2.3.3. Aufwand

Beide Problembereiche, derjenige einer Verbesserung von Konsilien und Betreuung der Patienten mit relevantem psychischen Problem als auch des ganzen Bildungsbereiches ist mit der gleichen Massnahme zu lösen, die ein entsprechend umfangreiches Pflichtenheft erhält. Der Aufwand ist bereits unter 5.1.3.3. mit 1.5 Mio. für beide Kantonsspitäler und für die Erfüllung beider Zielgruppen definiert worden.

#### 5.2.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen

es wird ebenfalls auf die Aussagen unter 5.1.3.4. verwiesen.

#### 5.2.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit

Die Verstärkung der kommunikativen und psychodiagnostischen Fähigkeiten der zukünftigen Hausärzte passt ins politische Forderungsprofil an das Gesundheitssystem. Dass das Pflegepersonal eine bessere seelische Unterstützung braucht und dadurch evtl. länger im Arbeitsprozess gehalten werden kann, ist im Hinblick auf den Grossen Pflegerinnenmangel ebenfalls ein politisches Handlungsziel. Der Einsatz der finanzielle Mittel ist gemessen an der Grösse des Pflichtenheft massvoll. All dies sollte die politische und institutionelle Machbarkeit als gut erscheinen lassen.

## **6. Kontroversen**

In der Arbeitsgruppe wurde kontrovers diskutiert, ob die Schaffung einer psychiatrischen Kompetenz in den beiden Kantonsspitalern nicht einen Rückschritt von einer heute bestehenden differenzierteren Einsetzung von externen Fachkräften darstellt, wie dies in der Alkoholberatung

---

<sup>29)</sup> Von Pflege-Stationsleitung als auch vom Konsiliararzt, der die pflegerischen Probleme ja auch voraussehen kann. Der Bedarf an spezieller Aussprache kann u.a. auch direkt auf dem Konsiliunzettel angefordert werden.

<sup>30)</sup> Dazu die Aussage des Chafarztes Innere Medizin des Kantonsspital Bruderholz, Prof. Krapf: „Allgemein ist es mein Hauptanliegen, dass die Assistenz- und Oberärzte Psychiatrie und Psychosomatik lernen und praktizieren können, soweit sie dies später als niedergelassene Ärzte oder - im Falle der Oberärzte - als Leitende oder Chefärzte können müssen.“

durch die BfA im Kantonsspital Bruderholz seit einiger Zeit gut funktioniert. Es wird angeführt, dass der Suchtberater gegenüber einem allgemeinen psychiatrischen Konsiliararzt vermutlich mehr Erfahrung besitzt, präsentierte Widerstände eines Suchtpatienten abzufangen. Er kann persönlich die Weiterbehandlung übernehmen.

Dem ist entgegen zu halten, dass der spitalpsychiatrische Dienst die Suchtberatungsstellen unterstützen soll und ihnen verhelfen soll, dass die Konsilien direkt, umfassend und rasch durch die Suchtberatungsstellen selber durchgeführt werden können. Er kann als fachlicher Mittler noch viel umfangreicher und effizienter für die Einschaltung der Alkoholberatung (und anderer Spezialdienste) im Spital besorgt sein<sup>31</sup>. Er ist Spezialist für die Triagierung, kennt die Problemstellung der Patienten und verfügt über die nötigen Informationen über das spezialisierte psychiatrische Betreuungsangebot. Damit die psychischen Probleme vermehrt behandelt werden, müssen die Zugangswege vor allem einfacher gestaltet werden und das ist nur mit einer den Somatikern bekannten Zentralkompetenz möglich. Erstkontakte am Krankenbett durch Spezialisten, die die Behandlung selber durchführen können, ist besonders lohnend. Bei Suchtkranken ist dies besonders einfach, da ambulante Suchtberatung im Kanton unentgeltlich ist und daher ein Auftritt im Spital für niemand mit vermehrten Kosten einhergeht.

Eine Kontroverse zu einer Überlegung von Mitglieder der Projektkommission wurde nochmals eingehend besprochen: die Psychiatrie im Spital würde nicht zum Tragen kommen, wenn sie nicht über eine eigene Abteilung mit Betten verfügen würde. Es sollte beispielsweise in einer allgemein internistischen Abteilung einen Schwerpunkt Psychiatrie und Psychosomatik eingerichtet werden. Beigepflichtet wird der Idee, dass eine psychiatrische Abteilung in einem somatischen Spital durchaus wünschenswert sei, dass diese aber, da sehr teuer, nur bei ausgewiesenen Mehrbedarf an stationärer psychiatrischer Betreuung ernsthaft diskutiert werden sollte. Für eine Verankerung der Psychiatrie im Spital kann eine eigene Abteilung sogar hinderlich sein, konzentrieren sich doch die Kräfte auf die Behandlung der dort hospitalisierten ‚eigenen‘ Patienten und stehen nicht dem Gesamtspital zur Verfügung. Wir nehmen beispielsweise an, dass die KIS für das übrige Kantonsspital einen weit kleineren Nutzen als die psychosomatische Abteilung hat, die selber nicht über eigene Betten verfügt, sondern in den Gesamtablauf des Spitals integriert ist. Wichtig ist, dass der spitalpsychiatrische Dienst über genügend Kompetenzen verfügt, was Ausdruck des kollegialen Willens ist, die Psychiatrie und Psychosomatik in das ganze Spital zu integrieren und den sehr verbreiteten Problemaspekt besser erfassen und behandeln zu können.

---

<sup>31</sup> Als motivierte Internisten und Sozialarbeiter, die nach Jahren von an einem anderen Spital berufen werden und durch weniger motivierte ersetzt werden.

## Anhang 1: das psychiatrische Spitalteam

nachfolgend sollen die Aufgaben / Stellenprofile der Mitglieder des psychiatrischen Spitalteams umschrieben werden:

### Kaderärzte:

- Konsilien und Folgekonsilien (ca. 500 pro Spital = 1'500 Stunden / Jahr)
- Liaisonbetreuung der Hauptdiagnose-Patienten (320 Patienten auf Med. Bruderholz = 2'000 Stunden / Jahr)
- Teaching des Personals am Einzelfall (300 Stunden / Jahr)
- Weiter- und Fortbildung im Spital (200 Stunden / Jahr)
- Sonderaufgabe: Sucht in Schwangerschaft: Prävention der Alkoholembryopathie und Betreuungsaufgaben nach Geburt bei Drogenabhängigkeit der Mutter (100 Std)
- Vermittlung und Begleitung der Suchtkonsilien (150 Std.)<sup>32)</sup>
- Ausbildung von EPD-Assistenzärzte in der Durchführung von Konsilien<sup>33)</sup>
- Definition gewisser "Standards of care" (verbindliche Medikamentenliste: für uns und für die Konsiliarii, Merkblätter für gewisse häufige Situationen: Suizid/Suizidalität, akute Erregungszustände, etc.)
- Ergibt Arbeitspensum von 4'250 Stunden (= **zwei Stellen à 100%**)

### Krankenschwester

- Teaching des Pflege-Personals am Einzelfall (600 Stunden / Jahr)
- Teilweise praktische Unterstützung in der Pflege von psych. Patienten (900 Std.)
- Ergibt Arbeitspensum von **einer Stelle à 100%**

### Psychologe

- Unterstützung der Kaderärzte in deren gesamten Pensum
- Insbesondere Durchführung der Kommunikationstrainings
- Einführung von standardisierten Beurteilungsinstrumenten
- Wissenschaftliche Evaluation der psychiatrischen Arbeitstätigkeiten
- Ergibt Arbeitspensum von **einer Stelle à 100%**

### Sozialarbeiter

- Vermittlung der Weiterbehandlung
- Evaluation von sozialen Begleit- / Hintergrundproblemen und Einleitung einer entsprechenden Lösung: Vermittlung an die zuständige Stelle
- Ergibt Arbeitspensum von **einer Stelle à 50%**

### **Kosten** incl. Anteil Betriebskosten

2 Stellen à 210'000.- = 420'000.-

1 Stelle à 170'000.- = 170'000.-

0.5 Stellen à 120'000.- = 60'000.-

1 Stelle à 100'000.- = 100'000.-

Total 4 Stellen = 750'000.- pro Kantonsspital

### **Ergibt Gesamtkosten von 1.5 Mio / Jahr**

<sup>32</sup> Steigerung auf ca. 200 Erfassungen pro Jahr und Kantonsspital

<sup>33</sup> Assistenten fallen mit der Schaffung des spitalpsychiatrischen Dienstes, der bewusst durch Oberärzte besetzt sein soll, aus der Konsiliardiensttätigkeit heraus. Diese stellt aber ein Ausbildungspunkt in den FMH-Anforderungen dar. Da auch nachts und an Wochenenden Konsilien durchgeführt werden müssen, ist eine Nutzung von EPD-Assistenzärzten durch die Oberärzte des spitalpsychiatrischen Dienstes erwünscht und sinnvoll. Die Konsilien sollen aber einzeln kontrolliert werden und Gegenstand einer Ausbildungssituation sein.