

Fachkonzept Erwachsenenpsychiatrie 2022

Impressum

Autorinnen und Autoren

Marco Bachmann, Dr. med., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda Spital, Basel

Christoph Fenner, Abteilungsleiter Abteilung Behindertenhilfe, Amt für Sozialbeiträge, Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt Kanton Basel-Stadt, Basel

Undine Lang, Prof. Dr. med., Klinikdirektorin der Klinik für Erwachsene und Privatklinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel

Markus Schlemmer, Dr. med., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt Psychiatrie/Psychosomatik, Klinik Arlesheim, Arlesheim

Andreas Schmidt, Dipl. Pflegefachmann HF, MAS HSL in Management im Sozial- und Gesundheitsbereich, Leiter Pflege, Klinik für Erwachsene, MTD, Soziale Arbeit a.i., Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel

Peter Schwob, dipl. Psychologe, lic. phil., eidg. anerk. Psychotherapeut, Verband der PsychotherapeutInnen beider Basel (VPB), Basel

Elena Seidel, M.Sc. Nursing, MAS Managed Health Care, Direktorin Pflege, Psychiatrie Baselland, Liestal

Daniel Sollberger, PD Dr. med. Dr. phil., Stv. ärztlicher Direktor und Chefarzt Schwerpunkt spezifische Psychotherapien und Psychosomatik (SPP) und Schwerpunkt psychosoziale Therapien (SPT) der Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrie Baselland, Liestal

Matthias Wehrli, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Praxis, Oberwil und Leitender Arzt, Zentrum für psychische Gesundheit, Psychiatrie Baselland, Binningen

Projektbegleitung

Linda Greber, lic. iur., Executive MBA, ehemalige Leiterin Abteilung Langzeitpflege, Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, Basel (bis September 2022)

Sara Stühlinger, Dr. rer. pol., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Projektassistenz Gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, Basel

Celine Albisser, M.Sc., Hochschulpraktikantin Gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, Liestal

Versand durch

Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft und Bereich Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt

Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Trends und neue Sichtweisen	6
2.1	Aktuelle Entwicklungen in der Arbeitsintegration	6
2.2	Neue Sichtweisen auf Krankheitsbilder	7
3	Grundsätze der Versorgungsorganisation	9
3.1	Grundversorgung und spezialisierte Versorgung	9
3.2	Ambulante, aufsuchende, intermediäre und stationäre Versorgungsstrukturen	9
3.3	Integrative Behandlungen in somatischen Spitälern	10
3.4	Durchlässigkeit, Beziehungskontinuität und Interprofessionalität	10
3.5	Patientenorientierung und Genesungsbegleitung	10
3.6	Konsequente Einbindung der Familien und Vertrauenspersonen	11
3.7	Prävention	11
3.8	Verstärkte Sensibilität hinsichtlich freiheitsbeschränkender, freiheitsentziehender Massnahmen und Zwangsbehandlungen	12
3.9	Integrierte Versorgung bei chronischer Krankheit	13
3.10	Migration	13
3.11	Ausbildung, Evidenzbasierung und Qualität	13
4	Schnittstellen und Kooperationen	14
5	Angebote der Grundversorgung	16
5.1	Krisenintervention und Akutbehandlung	16
5.2	Psychosoziale Behandlung und Begleitung	16
5.3	Psychotherapeutische Basisangebote	17
5.4	Psychosomatische Basisangebote	17
5.5	Milieutheraeutische Angebote	17
5.6	Erweiterte therapeutische Angebote	18
5.7	Kooperation und Integration von Somatik, psychosozialer Medizin und Psychiatrie	18
5.8	Angehörigenbegleitung	19
5.9	Frühintervention und frühere Diagnostik	19
5.10	Transitionspsychiatrisches Angebot	20
6	Störungsspezifische Angebote	20
6.1	Psychotische Störungen	20
6.2	Depressionen und Angststörungen	20

6.3	Traumafolgestörungen.....	21
6.4	Transkulturelle Psychiatrie.....	21
6.5	Persönlichkeits- und Identitätsstörungen.....	22
6.6	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	23
6.7	Essstörungen und Körpermodifikation.....	23
6.8	Psychosomatische Störungen.....	24
6.9	Psychische Störungen bei kognitiver Beeinträchtigung.....	24
6.10	Autismus-Spektrum-Störungen.....	24
7	Konsequenzen für die Versorgung in der GGR.....	25
7.1	Koordination, integrierte Versorgung und Schnittstellenmanagement.....	25
7.2	Fachkräfte.....	25
7.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	26
7.4	Bedarfsgerechte Behandlung.....	26
7.5	Prävention.....	27
7.6	Zugänglichkeit und Vernetzung der Angebote.....	27
7.7	Vernetzung von Gesundheits- und Sozialwesen, psychosozialer Behandlung und Begleitung.....	28
7.8	Orientierung an und Einbezug von Betroffenen.....	28
7.9	Einbindung und Begleitung von Angehörigen.....	29
7.10	Behandlungsansätze.....	29
7.11	(Weiter-)Entwicklung von Angeboten für verschiedene Problembereiche.....	30

Das *Fachkonzept Erwachsenenpsychiatrie 2022* ist eines von sechs Konzepten, welche in den Jahren 2020 bis 2022 in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt erstellt wurden. Für mehr Informationen zum Hintergrund der Konzepte wird an dieser Stelle auf Kapitel 1.1 des Dokuments *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* verwiesen.

1 Einleitung

Das vorliegende Fachkonzept beschäftigt sich mit dem Thema Erwachsenenpsychiatrie, d. h. vornehmlich mit Personen zwischen 18 und 65 Jahren. Es stellt eines von fünf Fachkonzepten dar, welche einen vertieften Einblick in verschiedene Bereiche der Psychiatrie geben. Die Konzepte ergänzen das *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* und erlauben damit eine genauere Betrachtung. Für allgemeine Inhalte wird bei Bedarf auf eben genanntes Konzept verwiesen.

Das *Fachkonzept Erwachsenenpsychiatrie* ist wie folgt aufgebaut: In Kapitel 2 werden aktuelle Entwicklungen und neue Sichtweisen in der Erwachsenenpsychiatrie vorgestellt. Anschliessend wird auf Grundsätze der Versorgungssituation eingegangen, wie bspw. die Unterscheidung in Grundversorgung und spezialisierte Versorgung, die verschiedenen Versorgungsstrukturen (ambulant, intermediär, stationär) oder Themen wie Migration (Kapitel 3). In Kapitel 4 werden Schnittstellen im Bereich der psychiatrischen Versorgung aufgezeigt. Die zwei folgenden Kapitel (Kapitel 5 und 6) behandeln Angebote der Grund- resp. Spezialversorgung. Schliesslich werden im letzten Kapitel (Kapitel 7) Empfehlungen basierend auf den vorangegangenen Ausführungen formuliert.

2 Trends und neue Sichtweisen

Die Erwachsenenpsychiatrie unterliegt vielen Entwicklungen, die auch andere Bereiche der Psychiatrie (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie) betreffen. Trends wie demographische und gesellschaftliche Entwicklungen oder das Finanzierungssystem werden im *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* in Kapitel 2 diskutiert. Die dort aufgeführten Entwicklungen haben gleichfalls Gültigkeit für die Erwachsenenpsychiatrie, weshalb hierfür auf dieses Kapitel verwiesen wird. Trends und neue Sichtweisen, welche im *Psychiatriekonzept 2022* nicht beschrieben werden, werden im nachfolgenden Kapitel des vorliegenden Konzepts dargelegt.

2.1 Aktuelle Entwicklungen in der Arbeitsintegration

Neben Familie, Freundschaften und der individuell gestaltbaren Freizeit ist die Arbeit ein zentraler und zeitintensiver Lebensbereich von erwachsenen Menschen. Je nach den Arbeitsbedingungen kann die Ausübung einer Tätigkeit bzw. eines Berufs eine wesentliche Grundlage für Gesundheit, Wohlbefinden und Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen sein, oder umgekehrt auch für Erkrankungen. Entsprechend sind in den letzten Jahren in der Schweiz die Bemühungen um eine niederschwellige betriebliche Gesundheitsförderung intensiviert worden.

Hinsichtlich der zusätzlichen psychischen Belastungen für Betroffene und Angehörige durch Arbeitsverluste und Arbeitsunfähigkeit mit Risiko der Marginalisierung, sowie hinsichtlich auch der volkswirtschaftlichen Kosten, wird die Arbeitnehmergesundheit in der Primär- und Sekundärprävention weiteres Gewicht bekommen. Spezifische arbeitspsychiatrische Abklärungs-, Behandlungs- und Reintegrationsangebote sowie Angebote zur Unterstützung von Arbeitgebern, die mit schwierigen Situationen ihrer Mitarbeitenden konfrontiert sind, erhalten hier einen grossen Stellenwert.

Als zentrales Element sozialer Inklusion gilt die Teilhabe psychisch belasteter Menschen am Arbeitsleben. Erwerbstätig zu sein, ist eines der häufigsten und stärksten Bedürfnisse psychisch kranker Menschen und einer der wichtigsten protektiven Faktoren für psychische Gesundheit. Die Ausgliederung von Menschen mit psychischen Belastungen aus dem ersten Arbeitsmarkt hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen¹, obwohl die Prävalenz psychischer Störungen nicht angestiegen ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention hat hingegen das Recht auf Arbeit in einem offenen, integrativen und zugänglichen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen sowie das Verbot jeglicher Diskriminierung festgehalten. In den immer noch dominierenden klassischen «Prevocational Trainings» (Beschäftigung von psychisch belasteten Menschen im Zweiten Arbeitsmarkt unter geschützten Bedingungen) fehlten lange Zeit Ansätze, welche darauf fokussieren, dass psychisch belastete Menschen nicht aus dem Ersten Arbeitsmarkt ausscheiden oder nach einer Krankschreibung möglichst rasch wieder einsteigen. Diese Lücke rückt in jüngerer Zeit in den Vordergrund und wird bspw. durch den «First Place then Train-Ansatz» gefüllt, welcher eine möglichst rasche Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im angestammten Arbeitsfeld und ein begleitetes «Training on the Job» zum Ziel hat. Dieser «Supported Employment-Ansatz» gilt heute vielfach als die Methode der Wahl.

2.2 Neue Sichtweisen auf Krankheitsbilder

Da die Psychiatrie immer auch im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen und Trends steht, können sich daraus neue Krankheitstendenzen und Krankheitsbilder ergeben. Die Gesundheits- und Krankheitslehre befindet sich in stetiger Entwicklung.

Der in unserer Gesellschaft weit verbreitete Hang zu Selbstoptimierung und Narzissmus, gepaart mit hoher Leistungsanforderung und permanenter Innovation, erzeugt einen anhaltenden Druck, dem sich etliche Menschen nicht mehr gewachsen fühlen. Dies kann zur Entstehung von Lebenskrisen und psychischen Erkrankungen (depressiven Störungen, Angststörungen, körperdysmorphen Störungen, Essstörungen) beitragen. Krankschreibungen und Berentungen aufgrund psychischer Krankheiten nehmen zu. Hier kommt der Prävention eine immer grössere Rolle zu. Zu erwähnen ist

¹ Nischenarbeitsplätze verschwinden weiter und die Anforderungen steigen, was die (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten erschwert.

in diesem Zusammenhang auch das vermehrte Auftreten einer Totalverweigerung des sozialen Lebens, oft beginnend in der Adoleszenz (im Extremfall wie das 1998 erstmals beschriebene Phänomen Hikikomori in Japan, das durch einen vollständigen Rückzug junger Menschen aus allen gesellschaftlichen Zusammenhängen in das eigene Zimmer in der Wohnung der Eltern charakterisiert ist). Ähnlich werden auch im Umfeld des Leistungssports zunehmend psychische Störungen im Bereich Körperbild, Leistungsorientierung, Ernährung und damit verbundene narzisstische Dynamiken erkennbar, die Eingang in die Sportpsychiatrie und in entsprechende therapeutische Angebote finden.

In manchen dieser Bereiche sehen sich die Fachleute der Situation gegenüber, dass früher als Störungen (i. S. v. nicht der Normalität entsprechend und/oder Leiden verursachend) beschriebene und behandelte Lebensformen heute nicht mehr als Teil der psychischen Krankheiten verstanden, sondern von den betreffenden Menschen als Teil ihrer Identität empfunden und beansprucht werden. Dieser gesellschaftliche Veränderungsprozess ist insbesondere bei den LGBTQIA+-Themen virulent und verlangt nach neuen Zugängen in Diagnostik und Therapie: Entstigmatisierung, Begleitung, Zugang zum Leiden innerhalb des Wunsches. Dies ist wichtig, da Menschen, welche sich der LGBTQIA+-Community zugehörig fühlen, ein höheres Risiko haben, an psychischen Problemen zu erkranken.

Hinsichtlich der Diagnostik zeigt sich bei einigen Krankheitsbildern eine Tendenz zu Einheitsdiagnosen (z. B. Aufgabe der Unterformen der Schizophrenie in der ab 2022 gültigen ICD-11²) und zu Modifizierungen (z. B. Diagnose von Persönlichkeitsstörungen bereits im Jugendalter). Als neues Krankheitsbild wird die «komplexe posttraumatische Belastungsstörung» in die ab 2022 gültige ICD-11 aufgenommen. Das Krankheitsbild, das abgegrenzt wird von der «einfachen» posttraumatischen Belastungsstörung, wird verursacht durch schwerwiegende und langdauernde traumatische Erfahrungen, die oft schon in sehr frühem Lebensalter einsetzen (z. B. sexueller Missbrauch, andauernde Gewalt, schwere Vernachlässigung). Die in ihrer Erscheinungsform sehr vielfältige Erkrankung, die bereits seit vielen Jahren ausführlich beschrieben worden ist, jedoch bisher nicht in der ICD enthalten war, wird in Zukunft häufiger erkannt und diagnostiziert werden. Im Bereich der Psychotherapie zeichnet sich eine Entwicklung weg von der störungsspezifischen Therapie hin zu einer modularen und individuumszentrierten Therapie ab.

² ICD steht für Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (auf Englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), die Nummer 11 steht für die Version.

3 Grundsätze der Versorgungsorganisation

3.1 Grundversorgung und spezialisierte Versorgung

Private und öffentlich-rechtliche sowie ambulante, intermediäre und stationäre Stellen gewährleisten gemeinsam die psychiatrische Versorgung. Sowohl der Bedarf nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Grundversorgung als auch jener nach spezialisierten Behandlungsangeboten an verschiedenen Standorten dürften erhalten bleiben bzw. in ausgewählten Bereichen (vgl. Kapitel 3.2) noch wachsen.

3.2 Ambulante, aufsuchende, intermediäre und stationäre Versorgungsstrukturen

Das Behandlungssetting prägt die Handlungsmöglichkeiten des Helfersystems in vielerlei Hinsicht. Es zeichnet sich ein Trend zur Verdichtung von Behandlungen psychiatrischer Notfälle und akuter Kriseninterventionen im stationären Rahmen mit abnehmenden Verweildauern ab. Währenddessen ist eine Verlagerung von stationärer in Richtung intermediärer und ambulanter³ Behandlungen für Personen, die nicht zwingend stationär behandelt werden müssen, zu beobachten.

Dies ist aus fachlicher Sicht begrüßenswert, da viele Behandlungsziele während eines stationären Aufenthalts nicht vollständig adressiert werden können. Insbesondere «Step down-Modelle» mit einer passgenaueren Abstufung der Behandlungssettings (kurze stationäre Intervention mit intermediär oder ambulantem Anschlussprogramm) sowie digital gestützte Therapieformen werden an Bedeutung gewinnen. Zunehmen wird auch die Bedeutung von «Blended Therapy», bei welcher eine Verzahnung von direktem Patientenkontakt und internet- und mobilbasierten Interventionsansätzen stattfindet.

³ Von stationär spricht man, wenn sich die Patientin oder der Patient zeitlich ununterbrochen - mindestens aber 24 Stunden oder über Nacht bei Belegung eines Bettes – in der psychiatrischen Klinik befindet. Es erfolgt eine physische und organisatorische Eingliederung der Patientin resp. des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses. Eine intermediäre Behandlung beansprucht häufig ebenfalls die fachliche-organisatorische Infrastruktur einer psychiatrischen Klinik. Es ist dabei jedoch keine ununterbrochene Anwesenheit der Patientin oder des Patienten notwendig. Die Therapie erfolgt z. B. während des Tages (in der Tagesklinik oder zu Hause), die Nacht verbringt die Patientin oder der Patient zu Hause. Intermediäre Angebote sind im psychiatrischen Versorgungsspektrum zwischen niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten und stationären Behandlungen angesiedelt, z. B. Tages-/Nachtkliniken, aufsuchende mobile Behandlungsangebote (Home Treatment, Assertive Community Treatment etc.) und ambulante teambasierte Behandlungen in institutionellen Ambulatorien.

Unter der ambulanten Versorgung werden diejenigen Behandlungen verstanden, welche die fachlich-organisatorische Struktur eines Krankenhauses nicht in Anspruch nehmen. Die Patientin oder der Patient ist nicht in den Behandlungsalltag der Klinik eingegliedert, sondern erhält ausgewählte ambulante Angebote. Er oder sie verbringt die meiste Zeit zuhause bzw. im gewohnten sozialen Bezugssystem.

3.3 Integrative Behandlungen in somatischen Spitälern

Ein wichtiger Baustein für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung von Patientinnen und Patienten ist die integrative Behandlung in somatischen Spitälern. Dies bedeutet, dass bei Patientinnen und Patienten in somatischen Spitälern die sozialen, psychischen und körperlichen Belange gleichwertig berücksichtigt werden mit dem Ziel, eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen. Im Kanton Basel-Stadt wird dies in einigen somatischen Spitälern durch das Projekt *SomPsyNet* umgesetzt. Im Rahmen dieses Projekts werden Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Belastungen frühzeitig erkannt und bedarfsgerecht unterstützt. Dies als Ergänzung zu anderen Formen der Kooperationen und Integration von Somatik und Psychiatrie (siehe auch Kapitel 5.7).

3.4 Durchlässigkeit, Beziehungskontinuität und Interprofessionalität

Zur Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung psychischer, körperlicher und sozialer Lebensqualität rücken eine interprofessionelle Behandlungsplanung, Teamarbeit und eine enge Koordination des erweiterten Umfelds (Kliniken, somatisch und psychotherapeutisch Behandelnde, agogische Begleiterinnen und Begleiter, Angehörige, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde [KESB], Polizei, Beiständinnen und Beistände etc.) zunehmend in den Fokus. Die institutionell bestimmten Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung werden durch «Task Shifting-Projekte» neu definiert. Die vermehrte Mitwirkung unterschiedlicher Berufsgruppen bei Diagnostik und Therapie verlangt von allen Berufsgruppen ein hohes Mass an klinischem Urteilsvermögen und Verantwortungsübernahme, aber auch Bewusstheit der eigenen Grenzen.

3.5 Patientenorientierung und Genesungsbegleitung

In der Behandlung von psychischen Erkrankungen findet zunehmend ein Paradigmenwechsel statt. Bei Behandlungen liegt das Augenmerk heute weniger auf Compliance als vielmehr auf Adhärenz.⁴ Psychische Krankheiten werden auch als subjektive Realität verstanden, weswegen zusätzlich zur professionellen Expertise auch die Expertise aus Erfahrung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen vermehrt anerkannt wird. Hinzu kommt ein Fokus auf partizipative Entscheidungsfindung und therapeutische Allianzen. Die Behandelnden legen den Fokus verstärkt auf Fragen der

⁴ Während Compliance auf die „Bereitschaft zur Befolgung“ eines ärztlich verordneten Therapieplans abzielt, beschreibt Adhärenz die Motivation hinsichtlich des gemeinsam von der Patientin oder vom Patienten und von der Ärztin oder vom Arzt entwickelten Therapiekonzeptes.

subjektiven Lebensqualität, auf Wohlbefinden, Zufriedenheit und die Bewusstheit des eigenen Subjekt-Seins statt auf Symptomkontrolle um jeden Preis.

Auch ist die Arbeit ein zentraler Bestandteil psychischer Gesundheit, weswegen sich in der psychiatrischen Therapie eine zunehmende Fokussierung auf die Arbeits- und die Wohnsituation sowie das soziale Netzwerk von Patientinnen und Patienten abzeichnet. Es geht nicht mehr alleine um eine Verbesserung von Symptomen, sondern um die Stärkung der Autonomie und der gesellschaftlichen Partizipation (z. B. durch Arbeitsrehabilitation, Supported Employment, Housing First). Weiter zentral dafür sind die Befähigung (Empowerment) der Klientinnen und Klienten und eine Orientierung an der Salutogenese, d. h. den Wegen zur Gesundheit.

Auch Resilienzforschung, Recovery und Ressourcenorientierung verändern zunehmend die Therapie und führen perspektivisch zu einer ganzheitlicheren und niederschweligen, auf Prävention, Teilhabe und Deinstitutionalisierung gerichteten Therapie und zu einem Paradigmenwechsel weg von der Bekämpfung von Symptomen hin zu einer Stärkung von Ressourcen.

3.6 Konsequente Einbindung der Familien und Vertrauenspersonen

Grundsätzlich haben die Verhaltensweisen von Angehörigen einen Effekt auf die psychische Gesundheit einer Einzelnen resp. eines Einzelnen sowohl im positiven wie auch im negativen Sinne. Sie sind sehr wichtig im Genesungsprozess (Sozialraumorientierung). Es zeigt sich ein zunehmendes Verständnis für die Situation und die vielfältigen Belastungen der Angehörigen (z. B. emotionale, finanzielle, solche durch die Pflege des erkrankten Familienmitglieds). Auch werden Angehörige in die Behandlung und Vorsorge miteingebunden, unter Berücksichtigung krankmachender Verstrickungen. Durch Sekundär- und Tertiärprävention kann das Umfeld gestärkt werden, sodass sich die Chancen erhöhen, dass die Patientin resp. der Patient und die Angehörigen langfristig stabil bleiben. Es gilt zu beachten, dass insbesondere den Kindern von psychisch erkrankten Eltern grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

3.7 Prävention

Prävention ist ein wichtiger Pfeiler in der Gesundheitsversorgung. Gemäss der *NCD Strategie* des Bundes⁵ stellen dabei die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Prävention in der Gesundheitsversorgung die zentralen Handlungsfelder dar.

⁵ [NCD-Strategie: Auftrag, Vision, Ziele, Massnahmen und Steuerung \(admin.ch\)](#)

Gezielte Massnahmen und Angebote sollen die Menschen befähigen, damit sie gestärkt durch den Alltag gehen und belastete Phasen besser meistern können. Risikofaktoren soll vorgebeugt und Schutzfaktoren sollen gestärkt werden. Insbesondere Menschen in vulnerablen Situationen muss dabei Beachtung geschenkt werden.

Zusätzlich dienen Massnahmen und Kampagnen der Gesundheitsförderung der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und bauen somit Berührungängste mit der psychiatrischen Versorgung ab. Dies kann dazu führen, dass Menschen sich frühzeitig Hilfe holen und aufgrund der frühen Intervention eine kurzzeitige psychiatrische Intervention ausreicht. Dadurch können individuelles Leid reduziert sowie Kosten eingespart werden.

Hierbei ist das psychiatrische Versorgungsnetz vorwiegend in den Bereichen Sekundär- und Tertiärprävention aktiv (z. B. niederschwellige Angebote), während die Primärprävention überwiegend anderen Stellen im Gesundheitswesen obliegt (z. B. kantonales Gesundheitsdepartement resp. kantonale Gesundheitsdirektion, Bundesamt für Gesundheit [BAG]).

3.8 Verstärkte Sensibilität hinsichtlich freiheitsbeschränkender, freiheitsentziehender Massnahmen und Zwangsbehandlungen

Mitunter kollidiert – unabhängig vom Behandlungsort – individuelle Wahlfreiheit mit von aussen festgestellter dringender Behandlungsbedürftigkeit, weshalb das Verhandeln von Bedarf und Bedürfnissen zunehmend in den Fokus psychiatrischer Behandlungen und des interprofessionellen Behandlungsverständnisses rückt. In psychiatrischen Behandlungen wird die weitgehende Reduktion von jeglichem informellen und formellen Zwang, die Wahrung der Patientenrechte sowie die Förderung der Adhärenz zunehmend gefordert. Entsprechende gesetzliche Grundlagen wurden im Erwachsenenschutzrecht geschaffen. Fachliche Grundlagen wurden in diversen Leitlinien zur Verhinderung von Zwang entwickelt resp. überarbeitet. Auch nationale Qualitätsmessungen fokussieren auf eine weitgehende Reduktion von freiheitseinschränkenden Massnahmen und Zwangsbehandlungen.

In den psychiatrischen Kliniken der Schweiz existieren diesbezüglich zahlreiche Projekte. Zur Reduktion von freiheitseinschränkenden Massnahmen und Zwang tragen u. a. der Ausbau von Präventionsmöglichkeiten, regelmässige Fortbildungen zur Förderung von Problemlösungsfähigkeit und Resilienz, eine Weiterentwicklung der etablierten Deeskalations- und Trainingsprogramme, eine Intensivierung und weitere Professionalisierung beziehungsorientierter Interventionen bei Patientinnen und Patienten, die intensivpflegerische Betreuung benötigen, sowie die Einbindung von Peer-Mitarbeitenden bei. Im stationären Rahmen kommt einer aktiven Milieugestaltung mit möglichst wenigen

und wo nötig nachvollziehbaren Einschränkungen und der Schaffung einer baulich deeskalierenden Umgebung mit möglichst wenig geschlossenen Bereichen eine wichtige Bedeutung zu.

Ein diagnoseadaptiertes Versorgungskonzept sichert die Behandlungsqualität, indem den Patientinnen und Patienten leitlinienbasierte, psychotherapeutische und effiziente, aber komplexe Therapiemöglichkeiten auch dann zur Verfügung stehen, wenn sie notfallmässig oder per fürsorgerische Unterbringung (FU) eintreten.

3.9 Integrierte Versorgung bei chronischer Krankheit

Manche Patientinnen und Patienten benötigen lebenslange fachliche Begleitung. Hierbei gilt es, die oft vielfältigen somatischen Probleme (u. a. im Zusammenhang mit krankheitsbedingter Selbstvernachlässigung) von anhaltend psychisch kranken Menschen, aber auch Patientinnen resp. Patienten mit schweren chronischen somatischen Erkrankungen zu erwähnen. Diese erfordern über die interprofessionelle somatisch-psychiatrische und psychosomatische Zusammenarbeit hinaus eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit allen in die Behandlung Involvierten, insbesondere mit den Teams aus der somatischen Versorgung, und spezielle Aufmerksamkeit für Autonomie und individuelle Lebensgestaltung.

3.10 Migration

Personen, die aufgrund von Migration an psychischen Störungen und Konflikten leiden, benötigen besonders individuelle Begleitung, um wieder «auf eigenen Füßen stehen» zu können und nicht in eine Passivitätsspirale gegenüber dem äusseren Geschehen und den als mächtig erlebten Fachleuten zu geraten. Dabei können unterschiedliche kulturelle Zugehörigkeiten und Prägungen, eventuelle Traumata, die aus Fluchterfahrungen resultieren, sprachliche Barrieren, momentane Lebenssituationen und subjektives Erleben der Fremdheit die psychiatrische Behandlung und deren Inanspruchnahme erschweren.

3.11 Ausbildung, Evidenzbasierung und Qualität

Ein Teil der Ausbildung von Fachkräften wird in Kliniken und Institutionen durchgeführt. Dies ist zentral, damit Auszubildende lernen, Theorie mit Praxis zu verbinden, und praktische Fähigkeiten erlangen. Für Kliniken und Institutionen stellt die Suche nach Fachkräften jedoch eine grosse Herausforderung dar, und dies auch im Bereich der noch in der Ausbildung stehenden Fachkräfte. Verschärft wird die Situation durch ein hohes Durchschnittsalter der Psychiaterinnen und Psychiater (mehr zum Thema Fachkräftemangel siehe Kapitel 2.3 *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft*).

Um eine hohe Qualität sicherzustellen, orientieren sich psychiatrische Behandlungen zunehmend an Standards und Leitlinien (Evidenzbasierung), es werden strukturierte Assessments und Qualitätszirkel durch- und Qualitätsmanagementsysteme (z. B. Peer Review-Verfahren) und Zufriedenheitsbefragungen eingeführt. Hinzu kommt auch ein Benchmarking.

4 Schnittstellen und Kooperationen⁶

Die Erwachsenenpsychiatrie umfasst ein weites Spektrum an Schnittstellen und Kooperationen, weil sie einerseits (hinsichtlich der Altersgruppen) Schnittstellen mit der Jugend- und Alterspsychiatrie hat und andererseits (durch das breite Spektrum an Krankheitsbildern) mit verschiedenen Institutionen aus dem medizinischen und dem psychosozialen Bereich zusammenarbeitet. Die folgende Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern zählt die wichtigsten Schnittstellen und Kooperationspartner auf:

Medizin- und Pflegeleistungen (KVG⁷):

- Privatspitäler
- Öffentlich-rechtliche Spitäler
- Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken
- Kinderspitäler
- Spitex (somatisch und psychiatrisch)
- Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater/psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Niedergelassene somatische Ärztinnen und Ärzte
- Psychosomatisch tätige Ärztinnen und Ärzte

Therapieeinrichtungen (nicht KVG):

- Sozialtherapeutische Therapie- und Nachsorgeeinrichtungen
- Sport- und Kunsttherapien

Beratungsstellen:

- Beratungsstellen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
- Anbieter Selbsthilfegruppen
- Eltern-/Familienberatung/-begleitung

⁶ Die Struktur des Kapitels wurde aus dem Fachkonzept Abhängigkeitserkrankungen übernommen und an den Kontext der Erwachsenenpsychiatrie angepasst.

⁷ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

- Angehörigenberatung
- Schuldensanierung
- Opferhilfe

Wohnen und Arbeit:

- Begleitetes und betreutes Wohnen
- Wohnheime
- Beschäftigungsprogramme
- Tagesstruktur
- Arbeitsintegrationsprogramme
- Begleitetes Arbeiten
- Ausbildungsberatung/-unterstützung
- Pflegeheime
- Beratung Arbeitgeber
- Beratung für Personen, die mit einer psychischen Krankheit wieder in den Arbeitsmarkt einsteigen wollen
- Coaching zum Erhalt des Arbeitsplatzes im Auftrag der Invalidenversicherung (IV)

Verwaltungsstellen und Versicherungen:

- Kinder- und Jugenddienst/Fachbereich Kindes- und Jugendschutz
- Schulpsychologischer Dienst
- KESB, Beistandschaften und gesetzliche Vertretung
- Kommunale Sozialdienste
- Gesetzliche Vertretungen
- Ausgleichskassen
- Arbeitslosenstellen
- Taggeldversicherungen
- Kantonale Behindertenhilfe
- Sozialhilfe
- Krankenkassen
- Justizbehörden/Bewährungshilfe
- Polizei (Sozialdienst)
- Kantonale Präventionsstellen

Weitere niederschwellige Angebote:

- Gassenküchen

- Aufsuchende Gassenarbeit
- Kontakt- und Anlaufstellen
- Quartiertreffpunkte
- Seelsorge
- Kurse zur Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. Achtsamkeitstrainings, Meditationskurse)
- Sonstige Sozialdienste

5 Angebote der Grundversorgung

In Kapitel 5 werden die Trends der Angebote der Grundversorgung wie bspw. verschiedene therapeutische Angebote beschrieben. Teilweise wird dazu eine kurze Analyse der aktuellen Situation vorgenommen. Der Fokus liegt aber auf aktuellen Entwicklungen.

5.1 Krisenintervention und Akutbehandlung

Stationsäquivalente Therapie für Menschen, die nicht in die Klinik eintreten wollen, sowie Verlagerung der Therapie in eine Behandlung zuhause ist ein Trend, der in der Psychiatrie national und international sichtbar ist. In den neuesten Leitlinien zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wird zur Behandlung von suizidalen Krisen eine Kurzintervention über zwei bis drei Tage auf einer offenen Kriseninterventionsstation empfohlen. Zur Suizidprävention sind niederschwellige offene Kriseninterventionsstationen, die idealerweise ausserhalb der Kernkliniken lokalisiert sind, zielführend und kostensparend. Anschliessend bedarf es häufig einer länger angelegten ambulanten Behandlung.

5.2 Psychosoziale Behandlung und Begleitung

Leistungen mit psychosozialer Zielsetzung verfolgen mehrere Funktionen und gehen weit über eine rein akupsychoiatriische Versorgung hinaus. Das zentrale Ziel ist es, gesellschaftliche Teilhabe und ein zufriedenes Leben in einer gesunden und gesundheitsfördernden Umgebung zu ermöglichen. Daher umfassen psychosoziale Interventionen insbesondere die Förderung von Fähigkeiten in allen Lebensbereichen. Entsprechend breit und niederschwellig sind diese auszugestalten, um auch präventive Wirkung zu entfalten und damit insbesondere Spital- und Therapieeintritte sowie Rückfälle zu reduzieren.

Im Kontext der sozialpsychiatrischen Versorgung ergeben sich oftmals auch Fragen zur Finanzierung und Finanzierbarkeit von Leistungen, da Zuständigkeiten für die bedarfsgerechten Leistungen

auf verschiedene Kostenträger verteilt sind (KVG, IV, Behindertenhilfe, Sozialhilfe etc.). Entsprechend wichtig ist die Pflege von geeigneten Koordinationsgefässen, wie im Kanton Basel-Stadt bspw. die Psychiatriekommission, oder auch die bikantonale Kommission gemeinsame Planung in der Behindertenhilfe Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

5.3 Psychotherapeutische Basisangebote

Der Trend in den Kliniken geht hin zu einer Spezialisierung der psychotherapeutischen Angebote nach Diagnosen oder Diagnosegruppen (z. B. Psychotraumatologie), bestimmten Lebensumständen (z. B. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz) oder soziodemographischen und soziokulturellen Merkmalen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Gemeinde hingegen funktioniert nach dem Hausarzt-Prinzip: Die meisten niedergelassenen Fachleute behandeln Patientinnen und Patienten mit einem breiten Spektrum von Krankheiten und gehen mit ihnen individuell von den präsentierten Symptomen aus auf die Suche nach tieferliegenden Störungen und Entwicklungswegen. Gleichzeitig ist ein Trend zu transdiagnostischen Verfahren und Methodenvielfalt erkennbar. Dennoch bleibt die Frage der Methodenintegration bestehen, da es sich aktuell eher um methodensynergistische Tendenzen handelt. Um den verschiedenen gelagerten Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, braucht es sowohl anpassungs- und bewältigungsorientierte als auch verstehens- und beziehungsorientierte Psychotherapieformen, sowohl kurze als auch lange Psychotherapien. Eine Herausforderung stellen der Zugang zu den Angeboten und ihre Vernetzung dar. Für Letzteres kommt den Institutionen eine abklärende und koordinierende Aufgabe zu.

5.4 Psychosomatische Basisangebote

Patientinnen und Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, somato-psychischen Problemen im Kontext organischer Erkrankungen und somatischen Beschwerden mit begleitenden psychischen Problemen benötigen häufig eine spezifische Abklärung durch eine psychosomatisch tätige Ärztin oder einen psychosomatisch tätigen Arzt. Dies sind v. a. im niedergelassenen Bereich somatische Fachärztinnen und Fachärzte mit dem interdisziplinären Schwerpunkt «Psychosomatische und Psychosoziale Medizin» der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM). Weiterhin gibt es spezifische psychosomatische und psychoonkologische Angebote in Spitälern.

5.5 Milieutherapeutische Angebote

Besonders in der stationären Behandlung kommt der Gestaltung eines therapeutischen Milieus grosse Bedeutung zu. Dies umfasst ein Set von spezifischen Einzel- oder Gruppeninterventionen,

welche die Psychotherapie und die Pharmakotherapie unterstützen. Konkret verfolgen milieuthera-
peutische Interventionen das Ziel, mit und für Patientinnen und Patienten ein Behandlungsumfeld zu
gestalten, in welchem sie Partizipation, offene Kommunikation und soziales Lernen erleben.

5.6 Erweiterte therapeutische Angebote

Neben den psychotherapeutischen Basisangeboten und der Pharmakotherapie gibt es eine Reihe
weiterer Angebote, welche das Behandlungsspektrum ergänzen. Im Folgenden werden aktuell wich-
tige sowie auch inskünftig an Bedeutung gewinnende Angebote dargelegt, zu welchen es auch im-
mer mehr Forschung gibt.

Die Basisangebote werden heute durch Sport- und Kunsttherapien (z. B. Maltherapie, Musikthera-
pie), naturnahe Therapien (tiergestützte Therapie, Gartentherapie) erweitert. Weitere Therapien um-
fassen die Licht-, Aroma- oder Phytotherapie. Der Einbezug komplementärmedizinischer Verfahren
entspricht dem Wunsch vieler Patientinnen und Patienten. Komplementärmedizinische Verfahren
können das Behandlungsspektrum im Sinne einer integrativen Medizin sinnvoll und wirkungsvoll er-
gänzen.

Neurostimulation, d. h. das Stimulieren von Nerven durch Stromimpulse, stellt ein weiteres Angebot
dar. Sie reichen von transkranieller Magnetstimulation, Tiefenhirnstimulation, Vagusnervstimulation
und Gleichstrombehandlung bis hin zu Elektrokonvulsionsbehandlung. Manche der Verfahren kön-
nen mittlerweile in Form von neuen Geräten ambulant zuhause angewendet werden.

Weitere therapeutische Angebote eröffnen sich durch die Digitalisierung. Im Zuge der Corona-Krise
zeigte sich, dass digitale Lösungen für die Behandlung psychischer Erkrankungen nicht nur supple-
mentär interessant, sondern auch wichtig und wirksam sind sowie Akzeptanz der Patientinnen und
Patienten genießen. Insofern erscheinen folgende Angebote als Ergänzung und Alternative zu ei-
nem stationären Aufenthalt oder einer Vor-Ort-Behandlung: Z. B. ein digitales Videokonsultations-
system, digitale Selbsthilfeforen und Austauschmöglichkeiten, von der Patientin oder vom Patienten
aus per App digital gesteuerte Diagnostik und Therapiebewertung oder die Adaption eines individu-
ellen digitalen Therapieplans. Intensive Psychotherapie braucht aber weiterhin ein Face-to-Face-
Setting.

5.7 Kooperation und Integration von Somatik, psychosozialer Me- dizin und Psychiatrie

Die Komorbidität von somatischen und psychischen Erkrankungen ist sehr hoch, deren Versorgung
aufgrund der Trennung der Versorgungsstrukturen jedoch weiterhin suboptimal und die Lebenser-

wartung bei bestimmten Diagnosen (z. B. Psychosen) um zehn bis 15 Jahre verringert. Entsprechend fordert die internationale Fachliteratur eine Annäherung von medizinischen und psychiatrischen Diagnosen, sowohl im Verständnis als auch in der Versorgung.

Trotz der bereits bestehenden Angebote wie der psychosomatischen Ambulanz am Universitätsspital Basel oder entsprechenden Konsiliar- und Liaisonleistungen gibt es weiterhin sowohl eine psychiatrische Unterversorgung von primär aufgrund von somatischen Erkrankungen behandelten Personen als auch eine somatische Unterversorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten.

Viele Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern werden in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) in somatischen Spitälern durch den Konsiliar- und Liaisondienst behandelt (z. B. bei Essstörungen). Diese Angebote und das gemeinsame interprofessionelle Behandlungsverständnis sind wichtig, um den Wechselwirkungen von psychischen, physischen und sozialen Faktoren auf Psyche und Körper in der individuellen Behandlung gerecht zu werden.

Jenseits der Akutangebote besteht insbesondere auch in den sozialpsychiatrischen Angeboten (z. B. bei Wohnangeboten der Behindertenhilfe) eine noch nicht ausreichende bedarfsgerechte somatische Versorgung, die zu einer nachhaltigen ganzheitlichen Behandlung beitragen würde.

5.8 Angehörigenbegleitung

Der Begleitung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen kommt seit Jahren ein hoher Stellenwert zu, sowohl in der Form von Einzelberatungen als auch in unterschiedlichen Angehörigen-Gruppen. Dies betrifft v. a. besonders vulnerable Gruppen wie Kinder und Jugendliche von psychisch erkrankten Eltern und Bezugspersonen. Entsprechend wurde begonnen, solche Angebote aufzubauen. Diverse Institutionen sind in der Begleitung von Angehörigen engagiert.

5.9 Frühintervention und frühere Diagnostik

Viele psychische Erkrankungen werden erst nach Jahren entdeckt, in denen viele – gerade junge – Menschen bereits wichtige Meilensteine ihres Lebens verpasst und Ankerpunkte verloren haben. Deshalb wurden im letzten Jahrzehnt Anstrengungen unternommen, psychische Erkrankungen früher zu erkennen und zu behandeln, um der Chronifizierung und den Auswirkungen auf das Berufs- und Sozialleben entgegenzuwirken. Der Fokus ist in den letzten Jahren von der Früherkennung zur Frühintervention gewandert, sodass eine Behandlung bereits erfolgen kann, bevor erste schwere Symptome einer Manie, Schizophrenie oder Abhängigkeitserkrankung auftreten. Das Ziel ist es, Erkrankungen zu verzögern, ihren Verlauf zu verändern und schwere Erkrankungen zu verhindern, sowohl durch pharmakotherapeutische als auch psychotherapeutische Ansätze.

5.10 Transitionspsychiatrisches Angebot

Die Behandlung von im Transitionsalter befindlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (ca. 15 bis 25 Jahre alte Personen) wird aktuell immer noch vielfach durch strukturelle Schranken unterbrochen. Mit dem Erreichen der Volljährigkeit (und damit des IV-Alters) erfolgt ein Systemwechsel hin zur Erwachsenenversorgung, unabhängig von der entwicklungspsychologischen Reife. Ein ähnlicher Bruch aufgrund struktureller Schranken ist beim Übergang vom IV- zum AHV-Alter zu beobachten.

6 Störungsspezifische Angebote

Das Kapitel zu den störungsspezifischen Angeboten geht nicht auf die Themen Demenz und Abhängigkeitserkrankungen ein, da diese im *Fachkonzept Alterspsychiatrie 2022* resp. im *Fachkonzept Abhängigkeitserkrankungen 2022* besprochen werden. Psychische Störungen treten selten alleine auf, d. h. es besteht häufig eine Komorbidität. Die störungsspezifischen Angebote sollten deshalb in die integrierte Versorgung eingebunden werden.

6.1 Psychotische Störungen

Die Forschung der letzten Jahrzehnte und die Erfahrungen der verschiedenen etablierten Spezialprechstunden für die Früherkennung der Psychosen in der Region zeigen, dass Psychosen und ihre Differentialdiagnosen breit gefächerte Gruppen von Krankheitsbildern darstellen, die sich hinsichtlich Verlauf und Prognose deutlich unterscheiden. Um einer unnötigen Stigmatisierung vorzubeugen und Patientinnen und Patienten adäquat zu diagnostizieren und indizierten Behandlungen zuzuführen, werden weiterhin Spezialsprechstunden für Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie, insbesondere auch im Früherkennungsbereich, notwendig sein. Sowohl die Erarbeitung und Anwendung von psychometrischen Instrumenten, bildgebenden und anderen Verfahren als auch das Einbeziehen der klinischen Gestalt einer psychopathologischen Symptomformation und deren klinische Beurteilung werden in diesem Zusammenhang an Bedeutung gewinnen. Diagnostische und therapeutische Überlappungsbereiche der Psychosen mit Persönlichkeitsstörungen, Messie-Syndrom und Zwangsstörungen sowie Autismus-Spektrum-Störungen werden bspw. in Spezialprechstunden besser differenziert und in spezifische Behandlungen triagiert werden können.

6.2 Depressionen und Angststörungen

Affektive Störungen wie Depressionen und Angststörungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen und werden auch weiterhin (u. a. aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung:

Alter, Individualisierung und Isolation, Flexibilisierung der Lebenswelten und Beziehungen, komplexere Arbeitswelt, Leistungsdruck u. a. m.) zunehmen (siehe Prognosen der Weltgesundheitsorganisation [WHO]).

Entsprechend besteht ein grosser Bedarf an spezifischer Diagnostik und spezialisierten Therapieangeboten durch unterschiedliche pharmakotherapeutische, psychotherapeutische, körperorientierte und weitere Verfahren. Ferner besteht Bedarf an Behandlungsoptionen bei therapieresistenten Depressionen, die bei etwa 20 Prozent der Fälle auftreten, sowie an Zweitmeinungssprechstunden, damit die Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten nach Leitlinien gewährleistet werden kann. Hier können insbesondere Angebote neue Optionen öffnen, die wenig in einer Praxis vorgehalten werden, wie Neurostimulationsverfahren, Ketaminbehandlungen etc.

6.3 Traumafolgestörungen

In den letzten Jahren ist eine stetige Zunahme von Patientinnen und Patienten mit Traumafolgestörungen zu beobachten, die nicht ausreichend diagnostiziert und therapeutisch versorgt sind. Prognostisch ist davon auszugehen, dass aufgrund der demographischen Entwicklung der Anteil psychisch erkrankter bzw. traumatisierter Patientinnen und Patienten insbesondere mit Migrationshintergrund zunehmen wird.

Ein Blick auf die Versorgungslage von traumatisierten Geflüchteten sowie Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zeigt, dass Abklärungs- und Behandlungszentren in der Westschweiz (Genf und Lausanne), in Bern, Zürich und St. Gallen vorhanden sind, nicht aber in der Nordwestschweiz, so dass hier eine Versorgungslücke besteht. Entsprechend gibt es in der Region einen grossen Bedarf für Spezialsprechstunden für (komplexe) Traumafolgestörungen, überlappend mit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und Erkrankungen im Rahmen der transkulturellen Psychiatrie.

Ein weiteres Themenfeld, in welcher der Behandlung von Traumafolgestörungen eine wichtige Rolle zukommt, ist die häusliche und sexualisierte Gewalt.

6.4 Transkulturelle Psychiatrie

Die heterogene Gruppe von Menschen mit Migrations- und/oder Fluchtgeschichte weist eine hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen auf, worunter nebst (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörungen weitere Traumafolgestörungen und psychiatrische Diagnosen mit negativer Traumanamnese zu subsumieren sind. In der klinischen Praxis ist eine Tendenz zu beobachten, bei psychisch erkrankten Menschen mit Migrations- und insbesondere Fluchterfahrung rasch von einem traumabezogenen Problem auszugehen. Diese reflexartige Verschränkung von Flucht und Trauma

erschwert ein umfassendes, individuelles Verständnis der Fluchterfahrung und schenkt den für post-traumatische Prozesse prognostisch wichtigen Erfahrungen und Lebensrealitäten im Aufnahmeland sowie der individuellen Entwicklung und ihren Störungen nicht ausreichend Aufmerksamkeit.

In Bezug auf spezialisierte Therapieangebote zur Behandlung psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit Migrations- und/oder Fluchtgeschichte besteht in der Schweiz, und insbesondere auch in der Region, eine Versorgungslücke. Auch werden Traumafolgestörungen bei Asylsuchenden häufig erst nach Jahren identifiziert, was eine Chronifizierung mit hohen gesellschaftlichen Folgekosten (schlechte sprachliche und soziale Integration, Arbeitslosigkeit u. a.) zur Folge haben kann. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte kann der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung mit einem traumaspezifischen Fokus allein nicht begegnet werden. Eine spezialisierte Versorgung, die sich dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit verschreibt und einen Beitrag zum Integrationsprozess der Betroffenen leisten will, bedarf eines ergänzenden transkulturellen und entwicklungsorientierten Zugangs.

6.5 Persönlichkeits- und Identitätsstörungen

Persönlichkeitsstörungen werden in den neuen Diagnosemanualen des DSM-5⁸ (Section III, 2013) und ICD-11 (seit 1. Januar 2022 in Kraft) in den Eingangskriterien als Störungen der Identität (im Selbstbild und in der Zielorientierung/Selbstbestimmung) sowie des Interpersonellen (Störungen der Empathie und Intimität) bestimmt. Die dimensionale Diagnostik der Persönlichkeit wird zunehmend an Bedeutung gewinnen, da sie einerseits hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus von Betroffenen relevant ist, andererseits auch bei anderen psychischen Erkrankungen wesentlichen Einfluss auf die Adaptationsfähigkeit und den Umgang damit hat.

Persönlichkeitsstörungen zählen in der Schweiz zu den häufigsten Gründen für eine Invalidisierung und IV-Berentung innerhalb der psychischen Erkrankungen. Insofern haben sie auch ein grosses gesundheitsökonomisches Gewicht. Gesellschaftlich wird seit längerer Zeit eine Veränderung in der Identitätsbildung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet. Ursachen sind im gesellschaftlichen Wandel (Veränderung der Familienstrukturen, der Lebensformen, der Arbeitswelt, der sexuellen Identitäten, der sozialen Medien etc.) zu finden. Für manche der Jugendlichen und jungen Erwachsenen führt dies zu grossen Herausforderungen. Es treten vermehrt Identitätskrisen, aber auch tiefgreifende Identitätsstörungen auf (bedingt durch frühe Traumatisierungen, emotionale

⁸ Das Statistical Manual of Mental Disorders 5 ist die fünfte Version eines Klassifikationssystems für psychische Störungen, welches von der American Psychiatric Association, der US-Amerikanischen Fachgesellschaft der Psychiater, herausgegeben wird.

Verwahrlosung, physischen und psychischen Missbrauch u. a.), nicht selten in Kombination mit Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Suchtverhalten oder Essstörungen).

In der Entwicklung von Diagnostik und insbesondere auch Therapie von Persönlichkeitsstörungen hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr viel bewegt, sodass heute zahlreiche spezifische, spezialisierte und evidenzbasierte Therapieverfahren vorliegen, die eine hohe Wirksamkeit zeigen für Störungsbilder, die bis noch vor 30 Jahren als kaum behandelbar galten und entsprechend stigmatisiert waren. Der Bedarf an solchen störungsspezifischen Angeboten – nicht zuletzt auch im Hinblick auf Beziehungs-, Partizipations- und Funktionsfähigkeit (z. B. im Bereich Arbeit) – wird voraussichtlich mit den gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen, der Entstigmatisierung und auch der Thematik der Transidentität weiterwachsen.

6.6 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Bedeutung und Inanspruchnahme von ADHS-Abklärungen auch im Erwachsenenalter nehmen zu (auch in Verbindung mit einer erhöhten öffentlichen Aufmerksamkeit). Es besteht deshalb Bedarf an vermehrter professioneller Diagnostik und Behandlungsindikationen.

6.7 Essstörungen und Körpermodifikation

Das Spektrum psychiatrisch zu behandelnder Essstörungen hat sich in den letzten Jahren ausgeweitet. Neben den klassischen Störungen der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa wird neu die Orthorexia nervosa zwar (noch) nicht als Diagnose klassifiziert, zeigt sich aber als zunehmendes Problem vieler Menschen in Form einer übertriebenen Beschäftigung mit gesunder Ernährung und zwanghaftem Vermeiden «ungesunder» Lebensmittel. In einer 2010 im Auftrag des BAG durchgeführten repräsentativen Umfrage der Schweizer Bevölkerung gab fast ein Drittel aller Befragten an, sich übermässig mit gesundheitsfördernder Ernährung zu beschäftigen. Ob es sich bei der Orthorexie um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt oder lediglich um einen aufwändigen Lebensstil, wird aktuell kontrovers diskutiert. Ähnlich gilt auch die epidemiologisch zunehmende Erkrankung der Adipositas (noch) nicht als psychiatrisches Krankheitsbild, wird aber zu einem zunehmenden Gesundheitsproblem, das nicht selten schon bei Kindern auftritt, zu einem Grossteil psychosoziale Ursachen hat und mit schweren Folgeerkrankungen verknüpft ist.

Die Behandlung von oftmals jungen Menschen mit Essstörungen bedarf spezifischer Angebote sowohl im stationären, tagesklinischen und ambulanten Rahmen, als auch in der engen Kooperation zwischen Psychiatrie bzw. Psychosomatik und Somatik, wobei es fließende Übergänge zur Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht. Für Patientinnen und Patienten mit schweren Essstörungen fehlt es

insbesondere in der Übergangsphase zwischen internistischer Stabilisierung einerseits und stationärer störungsspezifischer Psychotherapie andererseits an adäquaten Behandlungsangeboten. Die bisher etablierte Versorgung in der Nordwestschweiz bedarf neben einer Koordination entsprechend auch der Überprüfung des Bedarfs und der Angebote in allen Settings.

6.8 Psychosomatische Störungen

Psychosomatische Krankheitsbilder, also Erkrankungen mit Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Faktoren, benötigen eine integrative Behandlung mit somatischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen bzw. psychosomatischen Interventionen, die eine enge Zusammenarbeit zwischen somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachleuten voraussetzt. Bisher fehlt in der GGR ein spezialisiertes und spezifisches psychosomatisches stationäres und tagesklinisches Angebot.

6.9 Psychische Störungen bei kognitiver Beeinträchtigung

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind Personen mit ergänzenden kognitiven Beeinträchtigungen (Doppeldiagnose; F70 des ICD-10) wie auch mit herausforderndem Verhalten stark unterversorgt. Gegenwärtig fehlen passende integrierte Angebote für diese Patientengruppe, sowohl in der Diagnostik als auch in der (Akut-)Behandlung. Die Zuständigkeiten sind hier noch ungeklärt. Ein sekundärer Bedarf besteht im somatischen Bereich, da es für somatische Untersuchungen oft psychiatrischer Unterstützung bedarf. Autismus-Spektrum-Störungen bei kognitiv beeinträchtigten Personen werden zudem häufig nicht diagnostiziert.

6.10 Autismus-Spektrum-Störungen

Bei den Autismus-Spektrum-Störungen zeigt sich in den letzten Jahren, ähnlich wie bei den Persönlichkeitsstörungen, ein Trend in Richtung dimensionaler Diagnostik, um den unterschiedlichen Formen und Ausprägungsgraden gerecht zu werden. Gerade im Bereich der Versorgung erwachsener Menschen mit einer solchen Störung besteht in der Region eine Lücke im Bereich der stationären Versorgung wie auch der ambulanten Angebote und Konsiliar- und Liaisondienste.

7 Konsequenzen für die Versorgung in der GGR

7.1 Koordination, integrierte Versorgung und Schnittstellenmanagement

Es bedarf einer Koordination sowohl auf der individuellen als auch auf der institutionellen Ebene. Schnittstellen zwischen ambulanten und stationären Angeboten sollten besser gestaltet werden, d. h. private und öffentlich-rechtliche sowie ambulante, intermediäre und stationäre Stellen gewährleisten gemeinsam die psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Generell braucht es einen Ausbau der Nachbetreuung, die Herstellung solider Übergänge zwischen den Behandlungssettings, einen Einbezug aller an einer Behandlung beteiligten Personen und Professionen sowie geteilte Entscheidungsfindung. Eine gute Koordination ist nötig zwischen Klinik und ambulanten Vor- und Nachbehandlern, z. B. psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, sodass die in Krisen aufgebrochenen Konflikte bearbeitet werden können. Die Kontinuität der Beziehung zwischen Patientinnen resp. Patienten und Behandelnden soll wo immer möglich geschützt werden. Bei grösseren Helfernetzen ist jemand als federführend zu bestimmen, der den Kontakt zur Patientin resp. dem Patienten aktiv sucht und aufrechterhält, d. h. bei einem grossen Helfernetz braucht es eine zuständige Person für die Koordination der Behandlungen.

Ein wichtiger Bereich hinsichtlich des Schnittstellenmanagements ist die Transitionspsychiatrie. In der Transitionspsychiatrie sollte eine bessere Vernetzung der Angebote in der Akutversorgung, Therapie und Nachversorgung stattfinden. Wichtig sind insbesondere flexible Altersgrenzen, sodass beim Übergang ein Behandlungsabbruch verhindert werden kann.

Die optimale Versorgung von somatischen, psychiatrischen und psychosomatischen Patientinnen und Patienten braucht sowohl ambulante als auch stationäre Angebote, die interdisziplinär geführt werden. Eine Annäherung von medizinischen und psychiatrischen Diagnosen sowohl im Verständnis als auch in der Versorgung ist nötig und bedingt eine interprofessionelle Versorgung im somatischen Spital, die über den aktuellen Konsiliar- und Liaisondienst hinausgeht, damit die sozialen, psychischen und körperlichen Belange der Patientinnen und Patienten gleichwertig berücksichtigt werden.

7.2 Fachkräfte

Wie auch in anderen Teilen der Psychiatrie und im *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* im Kapitel 2 zu den aktuellen Themen und Entwicklungen beschrieben, gibt es auch in der Erwachsenenpsychiatrie einen Mangel an Fachkräften. Dieser betrifft alle in die Behandlung involvierten Berufsgruppen.

Es braucht folglich Massnahmen zum Gewinnen und Halten von qualifiziertem Personal. Die vermehrte Mitwirkung unterschiedlicher Berufsgruppen bei Diagnostik und Therapie verlangt von allen Berufsgruppen ein hohes Mass an klinischem Urteilsvermögen und Verantwortungsübernahme, aber auch Bewusstheit der eigenen Grenzen.

Der zunehmende administrative und dokumentarische Aufwand soll dabei nicht auf Kosten des Kontakts mit Patientinnen und Patienten gehen. Um dies sicherzustellen, gilt es für administrative Aufgaben entsprechend ausgebildete Fachkräfte einzustellen, um Fachpersonen mit einer praktischen Ausbildung von administrativen Aufgaben zu entlasten.

7.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Manche chronisch kranken Patientinnen und Patienten benötigen lebenslang fachliche Begleitung. Diese muss über die interprofessionelle somatisch-psychiatrisch-psychosomatische Zusammenarbeit hinausgehen, indem alle Beteiligten ihre Behandlungen gemeinsam planen und mit dem erweiterten Umfeld koordinieren.

Im Bereich der psychosomatischen Krankheitsbilder sind überregionale, spezialisierte, interdisziplinäre Angebote, Kompetenzzentren oder Referenzzentren anzustreben. Die Vernetzung zwischen somatischer, psychiatrischer bzw. psychosomatischer Medizin und der psychosozialen Betreuung und Begleitung ist im Sinne einer integrativen Versorgung weiter zu fördern, z. B. durch eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen bzw. psychosomatischen Institutionen und den somatischen Spitälern sowie sozialpsychiatrischen Institutionen.

7.4 Bedarfsgerechte Behandlung

Im Zentrum aller psychiatrischen Anstrengungen soll der Bedarf der Patientinnen und Patienten stehen. Ihn gilt es so gut als möglich herauszuarbeiten und im Verlauf der Behandlung immer wieder zu überprüfen, und ihm haben sich die Strukturen unterzuordnen und wo möglich anzupassen. Dazu braucht es eine Beziehung der interprofessionellen Teams mit den Patientinnen und Patienten, die auf das Suchen und auf wachsendes Verständnis ausgerichtet ist.

Institutionell gesehen, ist dafür im Sinne des Prinzips «ambulant vor stationär» und der Orientierung am Lebensumfeld ein möglichst lückenloses Versorgungsangebot von ambulant über intermediär zu stationär und wieder zurück vonnöten. Dazu gehören die Vielfalt an ambulanten Praxen, Angebote von sozialpsychiatrischen Institutionen, der Aus- und Aufbau von Home Treatment-Teams und anderer aufsuchender Dienste und neue tagesklinische Angebote. Es braucht stationsäquivalente Therapien für Menschen, die nicht in die Klinik eintreten wollen, damit Kriseninterventionen wenn immer möglich ambulant durchgeführt werden können, und anschliessend sozialpsychiatrische Behandlung

und Begleitung zuhause. Chronisch psychisch erkrankte Menschen sollen in einem alltags- und wohnortnahen Setting begleitet werden. Die Finanzierung von entsprechenden ambulanten, intermediären und sozialpsychiatrischen Angeboten muss sichergestellt werden.

7.5 Prävention

Der zentralen Rolle der Prävention und Gesundheitsförderung soll in Zukunft noch vermehrt Rechnung getragen werden. Die Sensibilisierung der Bevölkerung auf psychische Krisen und die Enttabuisierung von psychischen Krankheiten sollten prioritär behandelt werden. Niederschwellige Angebote und Anlässe sollten weiter ausgebaut werden. Insbesondere der Bedarf vulnerabler Menschen (Migrantinnen und Migranten, Angehörige, sozioökonomisch benachteiligte Menschen) soll bei den Präventionsmassnahmen noch vermehrt berücksichtigt und zielgruppenspezifisch besser abgedeckt werden.

Im Kontext psychiatrischer Behandlungen kommt der Präventionsarbeit bei suizidgefährdeten Menschen und deren Familien eine wichtige Bedeutung zu. Dies sowohl während der Behandlungen aber auch insbesondere im Zuge des Wechsels von einem zu einem anderen Behandlungssetting. Zur Suizidprävention haben das BAG und die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gemeinsam mit Fachexpertinnen und Fachexperten aus unterschiedlichen Berufsgruppen und allen Behandlungssettings einen Aktionsplan sowie diverse Broschüren publiziert, die sich an Fachpersonen, suizidgefährdete Personen und deren Angehörige richten.⁹

7.6 Zugänglichkeit und Vernetzung der Angebote

Der Zugang zu den Angeboten und ihre Vernetzung sollen verbessert werden. Der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für gewisse Bevölkerungsgruppen ist nach wie vor stark eingeschränkt (z. B. bildungsferne Personen oder fremdsprachige Personen), oder aber es fehlt an geeigneten Therapieplätzen für bestimmte Fragestellungen bzw. an entsprechenden Zuweisungspfaden. Die bestehenden Angebote sollen erhalten, die Vernetzung verbessert, die Finanzierung gesichert und der Zugang weiter erleichtert werden. Es bedarf bspw. finanzierter Dolmetscherdienste insbesondere im ambulanten Bereich oder niederschwelliger Angebote wie Coachinggesprächen, die in der Arbeitsintegration einen wertvollen Beitrag zur Wiedereingliederung von erkrankten Personen leisten können. Die Problematik der Finanzierung besteht auch bei psychischen Erkrankungen (z. B.

⁹ Mehr zum genannten Aktionsplan unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html> (abgerufen am 14.10.2022).

Essstörungen), welche in somatischen Spitälern mittels DRG¹⁰ abgerechnet werden, und bei Übergabegesprächen innerhalb einer Klinik oder zwischen Kliniken und Praxen. Der Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten wird zudem dadurch erschwert, dass schwerkranke Patientinnen und Patienten, die eine hohe «No-Show-Rate» haben, von Praxen nicht übernommen werden, weil für sie der finanzielle Ausfall hoch ist.

7.7 Vernetzung von Gesundheits- und Sozialwesen, psychosozialer Behandlung und Begleitung

Aufsuchende Angebote sollen weiter ausgebaut werden. V. a. bedarf es einer intensiveren Vernetzung zwischen den Anbietern des Gesundheits- und Sozialwesens, Arbeitgebern sowie pflegenden Angehörigen und Vertrauenspersonen, mit den psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen, aber auch mit hausärztlichen Praxen, Spitex-Diensten, Wohn- und Arbeitsstätten etc. Psychotherapeutische und psychosomatische Angebote sowie Behandlungsformen wie Home Treatment und andere aufsuchende Behandlungen oder eine Wohnbegleitung unterstützen die bereits bewährten sozialpsychiatrischen Angebote (Beratungsstellen, Wohn- und Tagerstrukturangebote, Bildung und Ausbildung, etc.). Für die sozialpsychiatrische Versorgung müssen entsprechende neue Finanzierungsmodelle gefunden werden.

7.8 Orientierung an und Einbezug von Betroffenen

Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen und an ihrem individuellen Recovery-Prozess sowie konsequenter Einbezug der Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe in alle Behandlungsschritte sind zentral. Dies geschieht durch einen Fokus auf Patientenpartizipation, Empowerment, Adhärenz, Autonomie, Gesundheit (Salutogenese), subjektivem Wohlbefinden, gesellschaftlicher Partizipation (z. B. Arbeitsrehabilitation). Zudem braucht es Konzepte zur selbstbestimmten Lebensführung zuhause oder in stationären Einrichtungen sowie zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgern und einer gemeinsamen Angebotsentwicklung. Interventionen, die dem Willen der Patientin resp. des Patienten widersprechen, sollen reduziert werden. Oft kollidiert aber individuelle Wahlfreiheit mit von aussen festgestellter Behandlungsbedürftigkeit, auch in Angeboten der Nachversorgung. Eine gut ausgebaute Diskurskultur für den Einzelfall ist notwendig; a-priori-Festlegungen auf Institutionsebene genügen nicht.

Der Recovery-Ansatz soll weiter gefördert und gestärkt werden, u. a. durch einen Ausbau spezifischer Angebote, die auf Partizipation und Integration abzielen, z. B. auch Erhalt des Arbeitsplatzes

¹⁰ Das Diagnosis-Related Groups (DRG) System ist ein Abrechnungssystem für stationäre Krankenhausbehandlungen, bei dem über Fallpauschalen unabhängig von der Verweildauer von Patientinnen und Patienten abgerechnet wird.

oder Reintegration in den Arbeitsprozess; insbesondere auch durch weitere Vernetzung und Kooperationen mit rehabilitativen Spezialisten und Institutionen. Es bedarf einer Entwicklung zu einer ganzheitlicheren und niederschweligen, auf Prävention, Teilhabe und Deinstitutionalisierung gerichteten Therapie und zu einem Paradigmenwechsel weg von der Bekämpfung von Symptomen hin zum Verstehen, was sie in der Lebensgeschichte bedeuten, und zur Stärkung von Ressourcen.

Zudem soll die Peer-Arbeit weiter gestärkt, und es sollen ausgebildete Peers nicht nur im stationären, sondern mittelfristig auch im intermediären (Tagesklinik) und ambulanten Bereich (z. B. Recovery-Gruppen) eingesetzt werden. Die Mitgestaltung der Patientinnen und Patienten sowie Betroffenen, «Shared Decision Making», Patientenverfügungen, Krisenpläne und Vorsorgeverfügungen sollen verbindlicher umgesetzt sowie auch bei der Eintritts- und Austrittsplanung selbstverständlich einbezogen werden.

7.9 Einbindung und Begleitung von Angehörigen

Es bedarf einer konsequenten Einbindung der Familien und Vertrauenspersonen sowie einer Begleitung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Die bestehenden Angebote sollen erhalten, die Vernetzung verbessert und der Zugang weiter erleichtert werden, wobei den psychiatrischen Institutionen eine zentrale, koordinierende Rolle zukommt. Es sind weitere Angebote für Angehörige und eine entsprechende Finanzierung nötig.

7.10 Behandlungsansätze

Im Folgenden werden Behandlungsansätze aufgelistet, welche weiterverfolgt resp. gefördert werden sollen:

- Erweiterte therapeutische Angebote: Digitale Lösungen, komplementärmedizinische Verfahren, Neurostimulation etc.
- Psychotherapien: Entwicklung neben der störungsspezifischen Therapie hin zusätzlich auch zu modularen und individuumszentrierten Therapien und zugleich Ausbau und Förderung von psychotherapeutischen Angeboten in spezifischen Bereichen.
- Entwicklung von der Früherkennung zur Frühintervention: Dies bevor erste schwere Symptome z. B. einer Manie oder Schizophrenie auftreten.
- Arbeitspsychiatrie: Spezifische arbeitspsychiatrische Abklärungs-, Behandlungs- und Reintegrationsangebote sowie Angebote zur Unterstützung von Arbeitgebern, die mit schwierigen Situationen ihrer Mitarbeitenden konfrontiert sind.

7.11 (Weiter-)Entwicklung von Angeboten für verschiedene Problembereiche

Im Folgenden werden Angebote aufgelistet, welche weiterverfolgt resp. gefördert werden sollen. Dabei soll immer eine integrierte Versorgung berücksichtigt werden.

Angebot	Art der Förderung
ADHS	Bedarf an professioneller Diagnostik und Behandlungsindikationen sowie spezialisierten Angeboten für Erwachsene
Affektive Störungen	Grosser Bedarf an spezifischer Diagnostik und spezialisierten Therapieangeboten, die mit unterschiedlichen pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen, körperorientierten und weiteren Verfahren gezielte Behandlungen ermöglichen, sowie an Behandlungsoptionen bei therapieresistenten Depressionen
Autismus-Spektrum-Störungen	Lücke schliessen in der Versorgung Erwachsener, sowohl im hochfunktionalen als auch im nicht hochfunktionalen Bereich
Essstörungen	Bedarf an spezifischen Angeboten für die Behandlung von oftmals jungen, aber auch älteren Menschen sowohl im stationären, tagesklinischen und ambulanten Rahmen, als auch in der engen Kooperation zwischen Psychiatrie bzw. Psychosomatik und Somatik, mit fliessenden Übergängen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie; Schliessen der Versorgungslücke für Patientinnen und Patienten mit schweren Essstörungen während der Übergangsphase zwischen internistischer Stabilisierung und stationärer störungsspezifischer Psychotherapie; Koordination und Überprüfung des Bedarfs und der Angebote aller Settings in der bisher etablierten Versorgung; Versorgungslücke beim Krankheitsbild Adipositas; Angebote für zunehmend auftretende psychische Störungen im Bereiche Körperbild, Leistungsorientierung und Ernährung sowie damit verbundene narzisstische Dynamiken
Komplexe posttraumatische Belastungsstörung und Traumafolgestörungen	Vermehrter Bedarf an spezifischen stationären und ambulanten Behandlungsangeboten, Spezialsprechstunden und transkultureller Psychiatrie bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund

Angebot	Art der Förderung
Krisenintervention, u. a. Behandlung von Menschen in suizidalen Krisen	Bedarf sowohl an offenen Kriseninterventionsstationen, idealerweise ausserhalb der Kernkliniken lokalisiert, um die Niederschwelligkeit sicherzustellen, als auch an zusätzlichen Kriseninterventionsangeboten in psychiatrischen Kliniken
Menschen mit Geschlechterfragen	Schwierigkeiten für Betroffene in Bezug auf das Gesundheitswesen (Unwissen, Stigmatisierungen, Tendenz zu einer vorschnellen Medikalisierung etc.); als Folge davon: häufige Vermeidung/Aufschiebung von Abklärungen und Behandlungen von psychischen Beschwerden (in Zusammenhang mit der Geschlechtsinkongruenz oder auch unabhängig davon) aus Furcht vor Stigmatisierung; wachsender Bedarf an entsprechenden spezifischen Behandlungsangeboten, z. B. gendersensible Psychotherapien
Menschen mit kognitiven Einschränkungen	Diesem Teil des Spektrums psychisch kranker Menschen muss in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zukommen; Bedarf an adäquaten Behandlungsplätzen in Krisensituationen und wechselseitiger Verstärkung von Konsiliar- und Liaisontätigkeit; die Personengruppe ist sowohl ambulant als auch stationär stark unterversorgt
Persönlichkeitsstörungen	Bedarf an Diagnostik und an spezifischen, spezialisierten und evidenzbasierten Therapieverfahren
Psychische Störungen und Konflikte aufgrund von Migrationserfahrungen	Notwendigkeit von besonders individueller Begleitung, um Selbstständigkeit zu erreichen und eine Passivitätsspirale zu vermeiden; Bedarf an ergänzenden transkulturellen und entwicklungsorientierten Zugängen (spezialisierte Versorgung mit Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit und Beitrag zum Integrationsprozess; traumaspezifischer Fokus allein nicht ausreichend)
Psychosomatik	Bedarf an stationären und tagesklinischen Angeboten im Bereich der Psychosomatik; allenfalls sind eine Kriseninterventionsstation und eine «Med-Psych-Unit» (Station für interdisziplinäre medizinische, psychiatrische und psychosomatische Versorgung) denkbar
Psychotische Störungen	Notwendigkeit für Spezialsprechstunden für Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie, insbesondere auch im Früherkennungsbereich;

Angebot	Art der Förderung
	diagnostische und therapeutische Überlappungsbereiche der Psychosen mit Persönlichkeitsstörungen, Messie-Syndrom und Zwangsstörungen sowie Autismus-Spektrum-Störungen sollen in Spezialsprechstunden besser differenziert und in spezifische Behandlung triagiert werden können; in therapeutischer Hinsicht werden biologisch-pharmakotherapeutische Verfahren weiterhin Bedeutung haben, insbesondere aber sozialpsychiatrische und aufsuchende (Ambulantisierung, Home Treatment) sowie spezifische psychotherapeutische Angebote sind zu fördern

Tabelle 1 (Weiter-)Entwicklung von Angeboten für verschiedene Problembereiche