



## **Grundlagenpapier Psychiatricversorgung für den Kanton Appenzell Ausserrhoden**

<b>1. Ausgangslage.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Wichtige Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Behandlungsmöglichkeiten .....</b>	<b>24</b>
<b>4. Aktuelle Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Psychiatrie (Ist-Situation).....</b>	<b>32</b>
<b>5. Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Psychiatrie (Soll-Situation).....</b>	<b>48</b>

Kennntnisnahme durch den Regierungsrat Appenzell Ausserrhoden an seiner Sitzung vom 4. Juni 2013

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Ausgangslage.....</b>	<b>7</b>
1.1. Gesetzliche Grundlagen .....	7
1.1.1. Bundesrecht.....	7
1.1.2. Kantonales Recht.....	8
1.2. Entstehungsgeschichte des Grundlagenpapiers Psychiatrieversorgung .....	8
1.3. Ausgangslage Finanzierung .....	11
1.3.1. Finanzierung stationärer Leistungen .....	11
1.3.2. Finanzierung ambulanter Leistungen .....	11
<b>2. Wichtige Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung.....</b>	<b>14</b>
2.1. Niederschwellige Angebote .....	15
2.2. Spezialisierte Behandlungsangebote .....	15
2.3. Betrachtung aus Sicht der Nutzenden psychiatrischer Dienste: Recovery, Empowerment und Inklusion .....	16
2.3.1. Recovery.....	16
2.3.2. Empowerment.....	16
2.3.3. Inklusion.....	16
2.4. Institutionenzentrierte versus personenzentrierte Hilfeplanung .....	17
2.4.1. Institutionenzentrierte Hilfeplanung.....	18
2.4.2. Personenzentrierte Hilfeplanung.....	19
2.5. Kontinuität der Behandlung und Betreuung über Sektorgrenzen hinweg .....	20
2.5.1. Kontinuierliche Beziehungen ambulant und stationär .....	20
2.5.2. Kontinuität durch Vernetzung .....	21
2.5.3. Nutzen.....	21
2.6. Vernetzung der Hilfen und Nutzung von Ressourcen im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld .....	21
2.6.1. Vernetzung der Psychiatrie mit der Grundversorgung und der somatischen Medizin .....	21
2.6.2. Vernetzung der Behandlung mit Hilfen zum selbständigen Wohnen.....	22
2.6.3. Vernetzung der Behandlung mit Hilfen zum Arbeiten.....	23
2.6.4. Vernetzung der Behandlung mit dem persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld der Nutzenden.....	23
<b>3. Behandlungsmöglichkeiten .....</b>	<b>24</b>
3.1. Stationäre Behandlung .....	24
3.1.1. Empfehlungen zur stationären Bettenquote .....	24
3.1.2. Bettenquote in der Schweiz.....	24
3.2. Ambulante Behandlung .....	24
3.2.1. Ambulante Grundversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen sowie niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen .....	25
3.2.2. Tageskliniken .....	25
3.2.3. Home Treatment (HT).....	26

3.2.4.	Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) im Modell Luzern .....	26
3.2.5.	Psychiatrische Familienpflege: Betreutes Wohnen in Familien .....	27
3.3.	Ambulante Behandlung versus stationäre Behandlung.....	27
3.4.	Verschiedene Anspruchsgruppen.....	28
3.4.1.	Anspruchsgruppe: Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	28
3.4.2.	Anspruchsgruppe: Gerontopsychiatrie.....	29
3.4.3.	Anspruchsgruppe: Forensik .....	29
3.5.	Optimierung des Behandlungsprozesses: Case Management (CM) .....	30
3.6.	Psychiatrische Behandlung im Notfall .....	31
<b>4.</b>	<b>Aktuelle Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Psychiatrie (Ist-Situation).....</b>	<b>32</b>
4.1.	Stationäre Versorgung.....	32
4.1.1.	Nachfrage stationärer Leistungen durch Patienten und Patientinnen aus Appenzell Ausserrhoden.....	32
4.1.2.	Angebot stationärer Leistungen in Appenzell Ausserrhoden.....	34
4.2.	Ambulante Versorgung .....	36
4.2.1.	Ambulante Grundversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen sowie niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen .....	36
4.2.2.	Psychiatrische Tagesklinik .....	38
4.3.	Soziale und psychosoziale Einrichtungen .....	39
4.3.1.	Hilfen zum selbständigen Wohnen.....	40
4.3.2.	Hilfen zum Arbeiten.....	40
4.4.	Verschiedene Anspruchsgruppen.....	41
4.4.1.	Anspruchsgruppe: Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	41
4.4.2.	Anspruchsgruppe: Gerontopsychiatrie.....	41
4.4.3.	Anspruchsgruppe: Suchtpatienten und -patientinnen.....	42
4.4.4.	Anspruchsgruppe: Forensik .....	42
4.5.	Optimierung des Behandlungsprozesses: Case Management (CM) .....	43
4.6.	Psychiatrische Behandlung im Notfall .....	43
4.6.1.	Psychiatrischer Notfalldienst (Notfalldienstarzt) .....	43
4.6.2.	Psychologische Erste Hilfe: Care-Team AR/AI .....	44
4.7.	Personal (ambulant und stationär).....	44
4.8.	Gesundheitsförderung und Prävention .....	46
4.8.1.	Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit .....	46
4.8.2.	Weitere Organisationen .....	46
<b>5.</b>	<b>Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Psychiatrie (Soll- Situation).....</b>	<b>48</b>
5.1.	Stationäre Versorgung.....	48
5.2.	Ambulante Versorgung .....	48
5.2.1.	Ambulante Grundversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen sowie niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen .....	49
5.2.2.	Psychiatrische Tagesklinik .....	49

5.3.	Soziale und psychosoziale Einrichtungen .....	49
5.4.	Verschiedene Anspruchsgruppen.....	49
5.4.1.	Anspruchsgruppe: Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	49
5.4.2.	Anspruchsgruppe: Gerontopsychiatrie .....	49
5.4.3.	Anspruchsgruppe: Suchtpatienten und -patientinnen.....	50
5.4.4.	Anspruchsgruppe: Forensik .....	50
5.5.	Optimierung des Behandlungsprozesses: Case Management (CM) .....	50
5.6.	Personal (ambulant und stationär).....	50

## Abkürzungsverzeichnis

ACT	Assertive Community Treatment
BFS	Bundesamt für Statistik
CM	Case Management
FU	Fürsorgerische Unterbringung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GG	Gesundheitsgesetz vom 25. November 2007 (bGS 811.1)
GiA	Gemeindeintegrierte Akutbehandlung
HT	Home Treatment
ICM	Intensive Case Management
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen
IV	Invalidenversicherung
IVSE	Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen vom 20. September 2002
ipw	Integrierte Psychiatrie Winterthur
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [SR 832.10]
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [SR 832.102]
PZA	Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden
SPD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SVAR	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden
TARMED	Einzelleistungstarif, der für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis Gültigkeit hat (vgl. <a href="http://www.tarmedsuisse.ch">www.tarmedsuisse.ch</a> ).
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104)
Ø	Durchschnittswert

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Funktionsbereiche des gemeindepsychiatrischen Verbundes	20
Abbildung 2: Geografische Verteilung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in AR 2012	37

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Geplante neue ambulante Versorgungsstruktur (Schreiben vom 17. August 2011, Anhörung)	10
Tabelle 2: Nachfrage stationärer Leistungen durch PatientInnen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden 2010	33
Tabelle 3: Stationäre Versorgung durch das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden	34
Tabelle 4: Personalbestand PZA 2011 und 2012	45
Tabelle 5: Auszubildende PZA 2011 und 2012	45

# 1. Ausgangslage

## 1.1. Gesetzliche Grundlagen

### 1.1.1. Bundesrecht

Die Kantone haben gestützt auf Art. 39 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) mittels einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste eine Planung für die bedarfsgerechte Versorgung von stationären Spitalleistungen Spitalversorgung zu erstellen. Am 1. Januar 2009 ist die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 21. Dezember 2007 (AS 2008 2049 ff., BBI 2004 5551 ff.) im Bereich der Spitalfinanzierung in Kraft getreten. Seither haben die Kantone ihre Spitalplanungen nicht mehr kapazitäts-, sondern leistungsorientiert durchzuführen. Die Spitalplanungen müssen spätestens am 1. Januar 2015 den Anforderungen von Art. 39 KVG entsprechen, d.h. die Kantone haben im Rahmen ihrer Spitalplanungen die Leistungserbringer gestützt auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit zu evaluieren (Art. 39 Abs. 2ter KVG in Verbindung mit Abs. 3 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 [AS 2008 2019, BBI 2004 551]).

Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital haben die Vertragsparteien gestützt auf Art. 49 Abs. 1 KVG Pauschalen, in der Regel Fallpauschalen, festzulegen. Diese leistungsbezogenen Fallpauschalen mussten von Bundesrechts wegen per 31. Dezember 2011 eingeführt sein (Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007, AS 2008 2019, BBI 2004 551). TARPSY verfolgt das Ziel, ein schweizweit einheitliches Tarifsystems für die stationäre Psychiatrie zu entwickeln. Das System soll leistungsorientiert sein und Anreize schaffen, welche eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer bei gleichbleibender Behandlungsqualität belohnt. Das System befindet sich bereits in der Testphase und ab 2014 wird eine einheitliche Datenerfassung für alle psychiatrischen Kliniken obligatorisch. Die Einführung des Systems ist im Jahr 2015 geplant.

Die Versicherten können gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (sog. Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen laut Abs. 1bis derselben Bestimmung bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Die Kantone legen hierfür sog. Referenztarife fest.

Beansprucht eine Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen laut Art. 41 Abs. 3 KVG der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig gemäss Art. 49a KVG.

Art. 39 Abs. 2 KVG sieht vor, dass die Kantone ihre Planung koordinieren.

Listenspitäler sind nach Art. 41a Abs. 1 KVG im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Abs. 2 derselben Bestimmung sieht vor, dass die Aufnahmepflicht für Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals nur aufgrund von Leistungsaufträgen und im Notfall besteht.

Im Bereich der ambulanten Behandlung ist von Bundesrechts wegen keine Planung vorgesehen. Die Kantone beteiligen sich finanziell nicht an den ambulanten Behandlungen. Für die ambulante Behandlung können die Versicherten laut Art. 41 Abs. 1 KVG unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten der Leistung höchstens nach demjenigen Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person gilt. Beantragt die versicherte Person bei einer ambulanten Behandlung aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme laut Art. 41 Abs. 2 KVG nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt.

### **1.1.2. Kantonales Recht**

Nach Art. 48 Abs. 1 der Verfassung des Kantons Appenzell Ausserrhoden vom 30. April 1995 (KV, bGS 111.1) schaffen Kanton und Gemeinden die Voraussetzungen für eine ausreichende, kostenbewusste medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung. Der Kanton stellt laut Art. 4 Abs. 1 lit. a des Gesundheitsgesetzes vom 25. November 2007 (GG, bGS 811.1) die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung einschliesslich der Rettungsdienste sicher und finanziert gemäss Art. 4 Abs. 1 lit. a<sup>bis</sup> GG die stationäre medizinische Versorgung. Art. 4 Abs. 1 lit. h<sup>bis</sup> GG sieht vor, dass der Kanton nach den Vorgaben des Bundes die Leistungen der Spitäler und ähnlicher Institutionen stationärer medizinischer und pflegerischer Versorgung plant und regelt. Der Regierungsrat bestimmt nach Art. 7 lit. c<sup>bis</sup> GG über die Spitalplanung und über die Spitalliste. Er erteilt nach lit. d derselben Bestimmung die Leistungsaufträge an die Spitäler und ähnliche Institutionen des Gesundheitswesens. Der Kantonsrat nimmt gestützt auf Art. 6 lit. d GG Kenntnis von der Spitalplanung. Art. 52b GG regelt das Vorgehen und die Inhalte der Spitalplanung, Art. 52c GG die Erstellung der Spitalliste und Art. 52d GG die Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Spitalliste. Art. 52f GG verschafft dem Regierungsrat die Möglichkeit, Institutionen des Gesundheitswesens im Kanton zu verpflichten, bestimmte Leistungen zu erbringen, soweit dies zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung notwendig ist.

Art. 52j Abs. 3 GG bestimmt, dass der Kanton gemeinwirtschaftliche Leistungen finanzieren kann. Umfang und Finanzierung derselben richten sich nach den Leistungsaufträgen. Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Wohnbevölkerung kann der Kanton nach Art. 51j Abs. 4 GG den Leistungserbringern Beiträge an Investitionen und ausserordentliche Betriebsbeiträge gewähren. Art. 52l lit. a GG bildet die Rechtsgrundlage zur Leistung von kantonalen Beiträgen an ungedeckte Kosten. Der Kanton kann Listenspitalern Beiträge an die ungedeckten Kosten für versorgungspolitische sinnvolle ambulante Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung in der Psychiatrie gewähren. Voraussetzungen hierfür sind eine wirtschaftliche Leistungserbringung und das Fehlen von Gewinnen aus Zusatzleistungen zur Deckung der Kosten. Unter denselben Voraussetzungen kann der Kanton laut lit. c derselben Bestimmung Beiträge an die ungedeckten Kosten für Leistungen innovativer Versorgungsmodelle der Psychiatrie oder, gemäss lit. d, an die ungedeckten Kosten für Nichtpflichtleistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gewähren.

## **1.2. Entstehungsgeschichte des Grundlagenpapiers Psychiatrieversorgung**

Das geltende Psychiatriekonzept des Kantons Appenzell Ausserrhoden stammt aus dem Jahr 1998. Ein erster im Dezember 2009 dem Gesundheitsrat vorgelegter Entwurf für ein neues Konzept sah im Wesentlichen eine Fortschreibung des Bestehenden vor, was der Gesundheitsrat als zu wenig innovativ beurteilte. Er empfahl eine umfassende Überarbeitung des Dokuments.



Mit der Überarbeitung wurde Dirk Richter, Dozent für Forschung und Entwicklung in der Pflege an der Berner Fachhochschule, betraut. Nach grundsätzlichen Überlegungen und unter Berücksichtigung der künftigen Entwicklungen in der Psychiatrie legte Richter ein völlig überarbeitetes Konzept als zweiten Entwurf vor (nachfolgend: Entwurf Richter). Es wurde ein radikaler Wandel der Versorgungslandschaft empfohlen, in welchem das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhodens (PZA) in seiner bisherigen Form nicht weitergeführt werden sollte. Für ein zeitgemässes Angebot waren Tageskliniken sowie zusätzliche Tagesstrukturen (betreutes / begleitetes Wohnen) und ambulante Dienste vorgesehen (Richter, 2010b, insbesondere Kap. 5.3 und 5.4). Historische und regionale Gegebenheiten wurden zwar berücksichtigt, waren aber nicht ausschlaggebend (Richter, 2010b, S. 8).

Am 29. Juni 2010 nahm der Regierungsrat von den Vorschlägen des zweiten Entwurfs Kenntnis und setzte eine Projektgruppe ein, welche mit der Analyse und Bewertung des Papiers beauftragt wurde. Die Projektgruppe legte am 6. Dezember 2010 einen Bericht vor, in welchem sie von einer vollständigen Umsetzung des Entwurfs Richter absah, Eckpunkte für ein mögliches Psychatriekonzept benannte und erste Argumente einer autonomen psychiatrischen Versorgung (Versorgung im Kanton durch das PZA) einer Delegation der appenzell-ausserrhodischen Versorgung (Versorgung ausserkantonale oder durch Private) gegenüberstellte.

Der Gesundheitsrat beriet den von der Projektgruppe erstellten Bericht am 13. Dezember 2010. Er erachtete die Vorschläge des Entwurfs Richter resp. die Delegationsstrategie als zu radikal und mit zu vielen Risiken behaftet und sah in einer umfassenden Delegation die Gefahr, dass Patienten und Patientinnen nicht untergebracht werden können. Deshalb gab er einer kombinierten Strategie zwischen Eigenversorgung und Kooperation den Vorzug. Der Ausbau von Tagesstrukturen und ambulanten Angeboten war unbestritten.

Aufgrund der kritischen Stellungnahmen zum Entwurf Richter beauftragte das Departement Gesundheit Axel Weiss, Chefarzt PZA, mit der Ausarbeitung eines definitiven Konzepts, welches eine Synthese aus den bisherigen Studien bilden und die definitive Gestaltung einer zeitgemässen psychiatrischen Versorgung im Kanton Appenzell Ausserrhodens aufzeigen sollte. Der Gesundheitsrat begrüsst an seiner Sitzung vom 23. Mai 2011 diesen Entwurf (nachfolgend: Entwurf Weiss), beurteilte ihn als umsetzbar und empfahl, die notwendigen Ressourcen bereit zu stellen.

In seiner Sitzung vom 9. August 2011 nahm der Regierungsrat Kenntnis vom Entwurf Weiss, beschloss eine Anhörung bei den betroffenen Institutionen und Gesundheitsfachpersonen im Kanton durchzuführen und setzte eine Arbeitsgruppe zur Prüfung möglicher Formen der Zusammenarbeit und Koordination im Bereich der stationären Psychiatrie ein. Es war vorgesehen, dass die Arbeitsgruppe Koordination Psychiatrieplanung bis Ende Mai 2012 einen Bericht vorlegt, damit im Anschluss der im August 2010 teilweise erfolgte Planungsstopp im PZA wieder aufgehoben werden könnte. Der Regierungsrat stellte ihm Voranschlag 2012 resp. im Finanzplan 2013-2015 Mittel zur gestaffelten Einführung der ambulanten Angebote ein, welche bisher nicht verwendet wurden.

Mit Schreiben vom 17. August 2011 wurden interessierte Kreise zu einer Anhörung eingeladen. Das Schreiben führte die folgende Tabelle als geplante neue Versorgungsstruktur auf und präziserte bezüglich des Zeitplans, dass die Tagesklinik und das Ambulatorium in Heiden auf Anfang 2013 und das Ambulatorium im Zentrum von Herisau zu Beginn des Jahres 2014 realisiert werden sollen:

Standort	Angebot	Dienstleistungen
Herisau, Krombach	Psychiatrisches Zentrum Appenzell Ausserrhoden	Stationäre Psychiatrie, Ergotherapie, Beschäftigungsstätten
Herisau, Zentrum (neu)	Ambulatorium	Sozialpsychiatrische ambulante Behandlungen, Krisenintervention
Heiden (neu)	Tagesklinik	Gruppentherapien, Einzelgespräche, Ergotherapie, Milieuthérapie
	Ambulatorium	Sozialpsychiatrische ambulante Behandlungen, Krisenintervention
Teufen (neu)	Ausbau Sprechstunden	Sozialpsychiatrische ambulante Behandlungen

**Tabelle 1: Geplante neue ambulante Versorgungsstruktur (Schreiben vom 17. August 2011, Anhörung)**

Beim Departement Gesundheit gingen in der Folge 19 Stellungnahmen ein. Der Paradigmenwechsel weg von einer institutionenzentrierten hin zu einer personenzentrierten Versorgung wurde durchwegs begrüsst. Ebenso fand der im Entwurf Weiss vertretene Grundsatz "ambulant und stationär" und damit der geplante Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Ausserrhoder Bevölkerung breite Unterstützung. Einigkeit bestand, dass eine patientennahe Versorgung sicherzustellen und die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und Angeboten (inner- und ausserkantonale) auszubauen resp. die Klärung der Zuständigkeitsbereiche (auch zwischen Kanton und Gemeinden) vorzunehmen sei. Mehrheitlich wurde eine Kombination von Autonomie- und Delegationsstrategie vorgezogen. Insbesondere tarifsuisse warnte vor der Schaffung von nicht über das KVG finanzierbarer Überkapazitäten bei einer Beschränkung auf eine Autonomiestrategie und empfahl stattdessen die Nutzung ausserkantonalen Angebote. Es bestand der Wunsch nach einer baldigen Umsetzung des Geplanten; den im Entwurf vorgesehenen Zeitplan beurteilten viele Stellungnahmen als ambitiös.

Für folgende Themenbereiche wurden Lösungen resp. Präzisierungen gewünscht:

- Sicherstellung der Finanzierung: Die nicht kostendeckenden Tarife im ambulanten Bereich sowie allgemein Fragen zur Finanzierung des geplanten Angebots wurden verschiedentlich thematisiert. Es wurde befürchtet, dass knappe Mittel, insbesondere der öffentlichen Hand, eine Umsetzung des Konzepts verhindern könnten.
- Zu präzisieren sei, wann eine patientennahe Versorgung sichergestellt und wann ein niederschwelliger Zugang zum Angebot gegeben ist (z.B. in geografischer Hinsicht).
- Ein Ausbau der ambulanten Versorgung erfordert geschultes Personal. Es wurde darauf hingewiesen, dass dieser Bedarf bedürfnisgerecht und qualitativ hochstehend abzudecken sei. Zu klären sei auch die Frage, wie mit Funktionskumulation umgegangen werde.
- Die Bestimmung des Bedarfs sei aufgrund fehlender Daten schwierig. Dieser Mangel müsse behoben werden.
- Zu folgenden Themengebieten wurde eine Präzisierung gewünscht: nachgelagerte Weiterbehandlung (rehabilitativ), Gerontopsychiatrie, psychiatrische Spitex, Präventionskonzept, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ausgestaltung der Triage.

Die vom Regierungsrat angeregte Arbeitsgruppe, welche mögliche Formen der Zusammenarbeit und Koordination im Bereich der stationären Psychiatrie prüfen soll, traf sich am 25. Mai 2012 zu einer ersten

Sitzung. Anlässlich des ersten Treffens wurde mögliches Zusammenarbeitspotential ermittelt und verschiedene Handlungsfelder zur weiteren Abklärung definiert.

Aufgrund personeller Engpässe verschob sich der ursprüngliche Zeitplan, welcher eine Inkraftsetzung des Psychatriekonzeptes auf Anfang November 2011 vorsah.

In der Zwischenzeit veränderten sich die Rahmenbedingungen. Anfangs 2012 wurde die neue Spitalfinanzierung eingeführt. Gleichzeitig wurde zu Beginn des Jahres 2012 der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) eine selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons. Das PZA ist Teil des SVAR.

Die Staatsrechnung 2012 des Kantons Appenzell Ausserrhoden schloss wegen Mehrausgaben gegenüber dem Voranschlag 2012 sowie tieferen Steuereinnahmen mit einem Defizit. Vor diesem Hintergrund werden die geplanten Ausgaben des Kantons überprüft, was auch Auswirkungen auf die Entscheide zur Umsetzung der Anliegen des Grundlagenpapiers Psychiatrieversorgung haben kann.

Aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen und weil seit 2011 neue Daten verfügbar sind, wurde der Entwurf des Psychatriekonzepts überarbeitet. Die theoretischen Grundlagen und damit die Stossrichtung des Konzepts wurden beibehalten. Dies auch, weil den Leitlinien des Psychatriekonzepts in der Anhörung mehrheitlich zugestimmt worden war.

### **1.3. Ausgangslage Finanzierung**

Stationäre und ambulante Behandlungen werden heute, wie bereits erwähnt, unterschiedlich finanziert. Im stationären Bereich besteht ein duales Finanzierungssystem, in welchem die Kantone und die Versicherer gemeinsam finanzieren, während im ambulanten Bereich die Krankenversicherung alleinige Kostenträgerin ist und damit ein monistisches System besteht. Diese unterschiedliche Abgeltung, d.h. die unterschiedlichen Finanzierungssysteme, führen zu einer Verzerrung der Kosten und zu falschen Anreizen. Eine patientenorientierte und medizinisch-therapeutisch sinnvolle integrierte Versorgung wird dadurch erschwert.

#### **1.3.1. Finanzierung stationärer Leistungen**

Die Finanzierung der stationären Behandlung erfolgt, wie bereits erwähnt, aufgrund von Art. 41 Abs. 1bis KVG in Verbindung mit Art. 49a Abs. 1 KVG anteilmässig durch die Kantone und die Krankenversicherer. Patienten und Patientinnen haben nach Art. 41 Abs. 1bis KVG freie Spitalwahl bezüglich der Spitäler, welche auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspitäler). Behandlungen in Spitälern oder Kliniken auf Spitallisten anderer Kantone werden ohne Kostengut-sprache nur bis zum Referenztarif bezahlt. Für Kosten, welche die Referenztarife übersteigen, haben die Patientinnen und Patienten (Selbstzahler) oder deren Krankenversicherer (Zusatzversicherung) aufzukommen.

#### **1.3.2. Finanzierung ambulanter Leistungen**

Die GDK weist darauf hin, dass der ambulanten Leistungserbringung in der öffentlich mandatierten Psychiatrie erhebliche Bedeutung zukommt (GDK, 2008, S. 13). Nach KVG sind, wie bereits erwähnt, ambulante Leistungen nicht Gegenstand der Spitalplanung. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass "im Gegensatz zur Planung der stationären, akutsomatischen Versorgung in der Psychiatrieplanung

die ambulante Leistungserbringung in ihrer facettenreichen Ausprägung intensiv mitbearbeitet werden muss" (GDK, 2008, S. 14). Ambulante Dienste sollen, obwohl in ihrem Leistungsspektrum nur schwer vergleichbar, wie eine Einzelpraxis über TARMED abgegolten werden.

Für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen sind zwar TARMED-Positionen vorgesehen; diese sind reine Zeittarife und für die psychiatrische Einzelpraxis konzipiert. Sie beinhalten Zeitlimiten, die mit Blick auf die Versorgungssituation in der Einzelpraxis sinnvoll sind, die aber einer adäquaten Leistungsvergütung in der institutionellen integrierten Versorgung und in Tageskliniken im Wege stehen. Die Vergütung der Praxisinfrastruktur erfolgt auf Basis des Modells einer Praxis welche durch eine einzelne Person, also ohne Praxishilfe, geführt wird. Dies ist in der psychiatrischen Einzelpraxis üblich, entspricht jedoch keinesfalls den Bedingungen und Gegebenheiten der ambulanten Institutionen.

Dem Ausbau ambulanter Behandlungsmöglichkeiten steht der Umstand entgegen, dass bislang intensive ambulante Behandlungen über TARMED besonders in der Psychiatrie (mit ihren Leistungen in Form von Gesprächen und Gruppentherapien) nicht ausreichend refinanziert werden, weil TARMED die für die Leistungserbringung notwendige Infrastruktur und die personellen Ressourcen nicht korrekt abbildet. Zudem bieten ambulante Dienste im Rahmen ihrer Leistungsaufträge implizit oder explizit weitere, nicht direkt patientenbezogene Leistungen an, die nicht krankenkassenpflichtig sind und demzufolge anderweitig finanziert werden müssen. Ohne einen öffentlichen Leistungsauftrag und die damit verbundene Beteiligung an den Kosten der Behandlungen können solche Leistungen für die Träger der Angebote bisher nur defizitär erbracht werden.

Aufwändigere ambulante Behandlungen, wie sie gebraucht werden, um Klinikeintritte zu vermindern, sind bisher stets auf eine kantonale finanzielle Beteiligung angewiesen. Gerade deswegen weist auch die GDK darauf hin, dass "zukünftig mehr als die Hälfte der für die psychiatrische Versorgung eingesetzten Mittel für Leistungen in ambulanten und teilstationären Strukturen (Prävention eingeschlossen) verwendet werden" sollten (GDK, 2008, S. 3).

Bei Tageskliniken handelt es sich nach Art. 3 in Verbindung mit Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (VKL, SR 832.104) um ambulante Einrichtungen, welche grundsätzlich über TARMED zu finanzieren sind. Die Finanzierung von ambulanten psychiatrischen Leistungen über TARMED sieht die Abrechnung von ärztlichen und nichtärztlichen Einzelleistungen vor, welche individuellen Beschränkungen unterliegen. Da die auf den Patienten oder die Patientin ausgerichtete Behandlung sich nicht mit den Beschränkungen gemäss TARMED vereinbaren lässt, muss für Tageskliniken eine neue Finanzierungsform geschaffen werden.

Für Appenzell Ausserrhoden besteht im Art. 52I GG eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung ungedeckter Kosten bei Listenspitälern (vgl. hierzu 1.1.2).

Tageskliniken erbringen zahlreiche Leistungen, welche nicht KVG-pflichtig sind. Es entstehen Fixkosten in Form von personellen Kapazitäten und freien Plätzen, welche bereit gehalten werden müssen, jedoch nicht über TARMED abgegolten werden. Zudem fallen Betreuungsleistungen, soziale Leistungen oder Mahlzeiten an. Diese werden ohne gesetzliche Grundlage und entsprechenden Leistungsauftrag weder von den Krankenkassen noch vom Kanton mitfinanziert.

Genauere Kostenausscheidungen zwischen KVG-pflichtigen und ungedeckten Leistungen liegen häufig nicht vor. Tarife in Form von Tagespauschalen stützen sich daher meist auf die nachgewiesenen Gesamtkosten. Als Finanzierungsform einigen sich Kantone und Krankenkassen aktuell, aufgrund fehlender

kostendeckender Tarifverträge, vermehrt auf einen Kostenteiler, bei welchem die nicht-pflichtigen Leistungen durch den Kanton gedeckt werden.

Soll für Leistungsanbieter, welche nicht auf der Spitalliste sind, eine Zusatzfinanzierung ermöglicht werden, ist für Appenzell Ausserrhoden eine entsprechende gesetzliche Grundlage zu schaffen. Will man Zusatzfinanzierungen langfristig eliminieren, so muss der Finanzbedarf für ambulante Dienste durch die Tarifverträge abgedeckt sein.

## 2. Wichtige Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung

Die theoretischen Ausführungen dieses Kapitels wurden im Wesentlichen aus dem Entwurf Weiss übernommen, welcher seinerseits teilweise auf den Entwurf Richter verweist.

Die GDK führt in ihrem Leitfaden zur Psychiatrieplanung zur Illustration für ein mögliches Vorgehen die "Leitsätze für die psychiatrische Versorgung" der Zürcher Psychiatrieplanung auf (GDK, 2008, S. 18):

- "Die psychiatrischen Angebote sollen patientenorientiert sein, d.h. sie sollen so ausgestaltet sein, dass der oder die einzelne Betroffene seinem oder ihrem Anliegen gemäss behandelt werden kann [...]."
- Grundlage der Behandlung soll ... eine mitmenschlich tragende Beziehung zwischen Betreuenden und Patientinnen und Patienten sein. Die Psychiatrie, insbesondere deren Institutionen, hat den Auftrag ... auf Infrastrukturen hinzuarbeiten, die Mitmenschlichkeit und Kontinuität in der Behandlung erleichtern.
- Die therapeutischen Angebote sollen im Sinne der "Hilfe zur Selbsthilfe" die vorhandenen Ressourcen von Patientinnen und Patienten beachten und die vorhandenen Fähigkeiten möglichst stärken, damit die Betroffenen ihre Identität, ihre Würde und ihr Selbstvertrauen bewahren oder wiedererlangen können.
- Das therapeutische Angebot soll möglichst leicht erreichbar sein. Notfalleinrichtungen sollen rund um die Uhr zur Verfügung stehen.
- Die zunehmende Spezialisierung in der Psychiatrie soll – im Einverständnis mit den Patienten – über die Koordination der beteiligten Personen und Institutionen den Patienten zum Vorteil werden.
- Das in der Gemeinde vorhandene Potential an sozialer Unterstützung, an Hilfe und Pflege, an Freizeitangeboten und Arbeitsmöglichkeiten soll vorrangig, vor der Errichtung spezieller Institutionen, genutzt werden.
- Die Patientenrechte sind im Sinne der europäischen Menschenrechtskonvention auszugestalten."

Axel Weiss stellte in seinem Entwurf "wesentliche Grundlinien" vor, welche einander ergänzen und welche inhaltlich den Leitsätzen der Zürcher Psychiatrieplanung in weiten Teilen entsprechen (vgl. Entwurf Weiss, S. 17). Sie lauten:

- Niederschwellige Behandlungsangebote: Es werden niederschwellige Behandlungsangebote geschaffen, welche eine frühe Intervention ermöglichen. Mit vergleichsweise geringem Aufwand kann dadurch Hilfe geleistet und einer Chronifizierung und grossem individuellen Leid mit hohen gesellschaftlichen Folgekosten vorgebeugt werden. Die Psychiatrie kommt zu den Menschen.
- Spezialisierte Behandlungsangebote: Für Patienten und Patientinnen, welche in der Lage sind, entsprechende Hilfen aktiv wahrzunehmen und zu koordinieren, werden spezialisierte punktuelle Behandlungsangebote geschaffen.
- Betrachtung aus Sicht der Nutzenden psychiatrischer Dienste: Stärkung der Position der von psychischer Erkrankung Betroffenen. Beachten und Berücksichtigen der Ressourcen von Patienten und Patientinnen (Konzepte Recovery, Empowerment und Inklusion).

- Personenzentrierte Hilfeplanung: Durchlässigkeit der Strukturen ist für eine zeitgemässe Psychiatrie unabdingbar. Der Fokus verschiebt sich von den Institutionen auf den einzelnen Patienten oder die einzelne Patientin.
- Kontinuität der Behandlung und Betreuung über Sektorgrenzen hinweg (ambulant, stationär, Rehabilitation)
- Vernetzung der Hilfen und Nutzung von Ressourcen im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld (z.B. Gemeinde)

Diese Leitlinien werden in den folgenden Kapiteln weiter ausgeführt.

## **2.1. Niederschwellige Angebote**

Der Zugang zu psychiatrischen Hilfen kann auf verschiedenen Ebenen erleichtert werden:

- Erreichbarkeit: Es ist nachgewiesen, dass die Inanspruchnahme von Hilfen abnimmt, je weiter diese Hilfen vom Wohnort entfernt sind. Behandlungsangebote, die nicht im Krankenhaus angesiedelt sind, müssen für jeden einzelnen Termin gut erreichbar sein.
- Verfügbarkeit: In einer Krise muss Hilfe rasch bereit stehen. Angebote der Krisenintervention sind gute Beispiele dafür, wie dies gestaltet werden kann. Wenn Menschen sich überzeugen lassen, psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen anzunehmen, so dürfen sie nicht wieder durch lange Wartezeiten abgeschreckt werden.
- Entstigmatisierung: Psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen müssen entstigmatisiert werden. Dies geschieht zum einen gesellschaftlich und politisch (vgl. dazu das Ausserrhoder Bündnis gegen Depression, 2007 - 2011, und neu, seit 2013, das Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit; vgl. unter 4.8.1). Zum anderen tragen Strukturen wesentlich dazu bei: Wenn die psychiatrische und somatische Versorgung örtlich zusammenrücken, werden die Schwellen tiefer.

## **2.2. Spezialisierte Behandlungsangebote**

Für einige psychiatrische Erkrankungen gibt es spezialisierte Behandlungsangebote. Diese sind teils stationär, teils ambulant. Sie sind vor allem bei Erkrankungen sinnvoll, die sich durch eine zeitlich begrenzte Behandlung wesentlich beeinflussen lassen.

Spezialisierte Behandlungsangebote können einen Stellenwert in der fortlaufenden allgemeinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung haben: Hier können sie als eine Phase intensiver, spezifischer Behandlung eingesetzt werden, in der eine Reduktion von Symptomen oder eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus angestrebt wird; dies kann, auch wenn nur eine teilweise Besserung erreicht wird, eine Voraussetzung dafür sein, dass die betroffenen Patienten und Patientinnen in der ambulanten Behandlung wieder besser mitarbeiten und von ihr mehr profitieren können.

Spezialisierte Behandlungsangebote können beispielsweise zur Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Essstörungen, posttraumatischen Störungen, emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen und oder Schmerzstörungen eingesetzt werden.

## **2.3. Betrachtung aus Sicht der Nutzenden psychiatrischer Dienste: Recovery, Empowerment und Inklusion**

Nachfolgend werden drei wesentliche Konzepte zum Themenbereich erläutert (vgl. dazu Richter, 2010b, S. 6 f.).

### **2.3.1. Recovery**

"Im angelsächsischen Sprachraum haben sich seit den 1980er-Jahren neue Konzepte entwickelt, welche zunehmend auch auf dem europäischen Kontinent diskutiert und adaptiert werden. Das Recovery-Konzept zielt auf eine für die Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Einrichtungen befriedigende Lebensgestaltung. Es geht dabei in erster Linie um einen individuell zu findenden Umgang mit der psychischen Störung und den damit einhergehenden Einschränkungen und Behinderungen. In den Vereinigten Staaten, Grossbritannien und anderen angelsächsischen Ländern hat sich das Recovery-Konzept zu einer auch politisch sehr wirksamen Leitidee für die psychiatrische Versorgung entwickelt." (Richter, 2010b, S. 6)

Zum Beispiel in der Frage der gemeinsamen Entscheidungsfindung gibt es viele Ansätze, welche die Bedeutung der Sicht der Betroffenen betonen und die in Zukunft an Bedeutung gewinnen werden. Recovery fokussiert auf die Lebensgestaltung, Lebensqualität und die Ressourcen der Betroffenen. (Deegan, 2003; Deegan, 1997, 2010)

Aus Sicht der Gesundheitsplanung sind Recoveryansätze wichtig, weil sie auf den subjektiven Nutzen für die Betroffenen (und damit auf die primäre Aufgabe jeder gesundheitspolitischen Planung) zielen, zum anderen aber auch, weil sie Ressourcen der Betroffenen nutzen.

### **2.3.2. Empowerment**

"Das Recovery-Konzept enthält zahlreiche Elemente aus der Empowerment-Bewegung. Hierbei geht es in erster Linie um die Selbstbefähigung chronisch kranker und behinderter Menschen für den Umgang mit ihren Beeinträchtigungen. Dies sind etwa Selbsthilfe-Aktivitäten oder politische Zielsetzungen, welche auf eine Entstigmatisierung und Entdiskriminierung zielen." (Richter, 2010b, S. 6; WHO, 2005).

### **2.3.3. Inklusion**

"Soziale Aktivitäten und Beziehungen haben sich in den letzten Jahren erneut als wichtige Bezugsgrößen für die Psychiatrie herausgestellt. Ausgehend von einer sozialpolitischen Diskussion wird derzeit auch in der Psychiatrie verstärkt über das Stichwort der sozialen Inklusion diskutiert. Hintergrund dieser Entwicklung ist die empirische Erfahrung, dass psychisch kranke und behinderte Menschen nach wie vor kaum oder nicht hinreichend in Leistungsbereiche und wichtige Teilsysteme der Gesellschaft integriert sind. Dies betrifft beispielsweise den Zugang zum Bildungssystem oder zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Entsprechende Ziele stehen etwa hinter den Projekten zu unterstützten Beschäftigungsmöglichkeiten (supported employment) bzw. Job-Coach-Projekten, wie sie auch in der Schweiz derzeit erprobt werden." (Richter, 2010b, S. 6)

Menschen mit einer lange andauernden psychischen Erkrankung haben seltener ein Umfeld, das für die meisten von uns selbstverständlich ist und über das wir unsere Teilhabe an der Gesellschaft erleben:



Arbeitsplatz, Partnerschaft, Führerschein, Bancomat-Karte. Sie verbringen sehr viel häufiger als andere Personen ihre Freizeit alleine. (Richter, 2009)

Ein wichtiges Stichwort in diesem Zusammenhang ist der Begriff des "ambulanten Ghettos". Die Erfahrungen aus 40 Jahren Psychiatriereform haben gezeigt, dass es nicht ausreicht, grosse Institutionen aufzulösen und die Versorgung psychisch Kranker in die Gemeinden zu verlegen. Auch dort haben sich Strukturen etabliert, die dazu beitragen, dass psychisch Kranke ausgegrenzt bleiben und nicht in die Gesellschaft integriert werden. (Bock, 2011)

Mit dem Begriff Inklusion wird das Ziel benannt, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung an möglichst vielen gesellschaftlichen Bereichen (Arbeit, Freizeit, Beziehungen, Vereine) teilhaben. Dieses Ziel kann durch professionelle Helfende nicht erreicht werden; es setzt bürgerliches Engagement voraus. "Profis" können ihren Teil dazu beitragen, mit ihrer Arbeit Inklusion nicht zu behindern. Sie können und müssen die Vernetzung suchen.

Klaus Dörner hat diesen Sachverhalt mit sehr treffenden Worten wiedergegeben:

"[...] solange ich von Profis umzingelt bin – stationär oder ambulant –, bin ich noch nicht integriert, und insofern können nur Bürger (im Alltagsvollzug) andere Bürger integrieren, nicht aber Profis. Beide Seiten tragen also Unterschiedliches bei, was nicht von der jeweils anderen Seite ersetzbar ist – Voraussetzung für eine Kooperation auf derselben Ebene, vorausgesetzt, dass sich nicht nur die Profis, sondern auch die Bürger autonom organisieren." (Dörner, 2009, S. 4; Richter, 2009).

Elisabeth Muschik von "Mental Health Europe" formuliert Inklusion wie folgt:

" 'Inklusion' – das heißt nicht nur, darauf zu achten, dass Menschen nicht aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden, oder dass die bereits Verdrängten und Hinausgeworfenen wieder eine Möglichkeit bekommen, dazuzugehören – Inklusion heißt auch 'Sich beteiligen – Netzwerke bilden und nützen; [...]'." (Muschik, 2009, S. 5)

#### **2.4. Institutionenzentrierte versus personenzentrierte Hilfeplanung**

Der Leitfaden der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Psychiatrieplanung betont, dass die Durchlässigkeit der Strukturen für eine zeitgemässe Psychiatrie unabdingbar ist. Der Fokus verschiebt sich von den Institutionen auf den einzelnen Patienten oder die einzelne Patientin:

"Obwohl Art. 39 KVG die stationäre Leistungserbringung ins Zentrum stellt, muss eine kunstgerechte Psychiatrieplanung das gesamte Feld psychiatrischer Leistungserbringung anvisieren: Die Durchlässigkeit der Strukturen zur Leistungserbringung ist ein unabdingbares Mandat. Und: während das KVG auf Institutionen zielt, gehört zu einer neuzeitlichen Psychiatrieplanung ein möglichst konsequentes Ersetzen einer Institutionenorientierung durch ein zeitgemässeres "Begleiten" der einzelnen Patientinnen und Patienten." (GDK, 2008, S. 16)

Der auf den ersten Blick wenig spektakuläre Wechsel der Perspektive ist ein Paradigmenwechsel. Aus ihm leiten sich weitreichende Folgerungen ab, welche im Folgenden eingehender dargestellt werden.

### 2.4.1. Institutionenzentrierte Hilfeplanung

Die traditionelle Versorgungsplanung stellt die Frage, welcher Hilfebedarf in einer Versorgungsregion vorhanden ist und leitet daraus die benötigten institutionellen Strukturen ab, mit denen der ermittelte Bedarf an Behandlung gedeckt werden kann. Typische Planungseinheiten sind Betten, Wohnheimplätze oder Plätze in geschützten Werkstätten. Die Einheiten arbeiten auf der Basis jeweils eigener Konzepte. Sie unterbreiten ihre Konzepte und decken anschliessend den entsprechenden Teil des Hilfebedarfs ab. Dafür erhalten sie Leistungsaufträge. Erst in einem zweiten Schritt werden individuelle Zuordnungen getroffen. Der Hilfebedarf des einzelnen Patienten oder der einzelnen Patientin wird eingeschätzt. Anschliessend wird die Institution gesucht, die diesen Bedarf mit ihrem Konzept am Besten erfüllen kann. Die Abstimmung zwischen Bedarf und Angebot wird über die richtige Platzierung angestrebt.

"Das Konzept der Rehakette sieht aber nicht vor, die Krankheit und ihre Folgen im eigenen Lebensfeld zu bewältigen. In der Rehakette wechselt die hilfebedürftige Person bei verändertem Hilfebedarf zu dem für sie jeweils querschnittsmässig passenden Hilfebaustein. Jeder Hilfebaustein ist ein in sich möglichst homogenes Standardpaket für Personen mit im Querschnitt möglichst gleichem Hilfebedarf. Denn Hilfekonzept, Personal, Räume, Kostenträgerzuständigkeit sind wie bei Stationen der traditionellen Anstalt starr verkoppelt – die hilfebedürftige Person wechselt zum passenden "Kästchen", statt dass die Hilfe dem veränderten Bedarf der Person in ihrem Lebensfeld angepasst wird." (Kunze, 1997, S. 19)

In der Versorgungsforschung wird dieses System als institutionenzentrierte Hilfeplanung bezeichnet. Institutionenbezogene Hilfeplanung hat ihren Stellenwert bei den Hilfen für Personen, die punktuell spezialisierte Hilfe brauchen. Insbesondere bei Patienten und Patientinnen mit länger dauernden Krankheiten birgt das System Gefahren:

- Patienten und Patientinnen müssen in der Regel die Hilfe aufsuchen und ihr Lebensumfeld verlassen, um Unterstützung zu erhalten. Die Notwendigkeit der Trennung vom bisherigen Lebensumfeld führt dazu, dass bestehende Unterstützung (Familie, Nachbarschaft, Gemeinde) nicht mehr oder nur noch erschwert genutzt werden kann. Durch den Eintritt in eine Institution steigt die Abhängigkeit der Patientinnen und Patienten von professioneller Hilfe. Offenkundig ist dies für stationäre Behandlungen oder Wohnheime. Aber auch Ausbildungen in geschützten Rahmen bringen oft die Notwendigkeit mit sich, zumindest in die Nähe der spezialisierten Einrichtung zu zügeln und somit soziale Netze zu gefährden.
- Patientinnen und Patienten erhalten in einer Institution nicht die Hilfen, die individuell zugeschnitten ihrem Bedarf am Besten entsprechen, sondern jene welche Bestandteil des Konzepts der Institution sind.
- Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen, dass die Zuordnung zu einem bestimmten Hilfesystem oft von Zufällen bestimmt ist. Damit werden die für den einzelnen Patienten und die einzelne Patientin verfügbare Hilfen noch weniger an den konkreten Bedürfnissen ausgerichtet.
- Patientinnen und Patienten müssen die Institution wechseln, wenn sich ihr Hilfebedarf ändert. Im positiven Fall "wachsen" sie aus der Institution, zum Beispiel dem Wohnheim heraus. Im negativen Fall sind sie dort "nicht mehr tragbar". In jedem Fall führt die Anpassung an einen wesentlich veränderten Hilfebedarf zum Abbruch der entstandenen therapeutischen Beziehungen. Die Versorgungsforschung zeigt, dass die Verlässlichkeit und die Kontinuität der therapeutischen Beziehung wesentlich zum Gelingen der Hilfeleistung beitragen.

- Patientinnen und Patienten, welche nur schwer Vertrauen fassen oder Beziehungen eingehen, stellen fest, dass eine Veränderung zum Positiven eine Bedrohung wichtig gewordener Beziehungen bedeutet. Das System institutionenzentrierter Hilfeplanung fördert damit – systemimmanent – Stillstand.

Die institutionenzentrierte Hilfeplanung kann aus Sicht des Patienten oder der Patientin zu einer Chronifizierung der Erkrankung und aus gesellschaftlicher Sicht zu erheblichen Folgekosten führen.

Kunze gelangt zur Schlussfolgerung:

"Das traditionelle System komplementärer Hilfen führt bei wechselndem Hilfebedarf immer wieder erneut zu fremdbestimmter Entwurzelung, dem Abbruch von sozialen und therapeutischen Beziehungen. Für psychisch gestörte Menschen bedeutet dies eine wesentlich höhere psychische Belastung als der Umzug für einen psychisch gesunden Menschen, der diesen Umzug auch für sich selbst entscheidet und durchführt. Einrichtungszentrierte Rehabilitation und Eingliederung wirkt also rehabilitations- bzw. eingliederungsbehindernd, ist deshalb nicht bedarfsorientiert und damit auch nicht wirtschaftlich." (Kunze, 1997, S. 20)

#### **2.4.2. Personenzentrierte Hilfeplanung**

Als Gegenmodell wird die personenzentrierte Hilfeplanung entworfen. Ausgangspunkt der Planung ist hier die einzelne Person mit ihrem individuellen Bedarf an Unterstützung.

In der personenzentrierten Hilfeplanung wird der Hilfebedarf personenzentriert ermittelt. Auf einer davon getrennten Ebene und in einem zweiten Schritt geht es erst um die Frage, wie diese Hilfen personell und organisatorisch realisiert werden können. Die personenzentrierte Hilfe ist nicht untergliedert nach herkömmlichen Einrichtungsbausteinen oder Kostenträgergrenzen.

Bei der Umsetzung personenzentrierter Hilfen stehen die eigene Wohnung und langfristig verlässliche personale Beziehungen ganz im Vordergrund. Entscheidend ist, dass die helfende personale Beziehung langfristig verlässlich bleibt, auch dann, wenn Art, Umfang, Inhalt der Hilfe und die Kostenträgerzuständigkeit sich verändern.

Voraussetzung für personenzentrierte Hilfen ist die Verfügbarkeit von Hilfsfunktionen und nicht ein vollständiger Kasten mit den komplementären Bausteinen bzw. Einrichtungen wie Übergangwohnheim, Dauerwohnheim, Wohngemeinschaft, Tagesstätte usw. Bei personenzentrierten Hilfen liegt der Fokus auf den notwendigen Funktionen und nicht auf den Institutionen.

Die notwendigen Hilfsfunktionen soll der gemeindepsychiatrische Verbund gewährleisten. (vgl. Kunze, 1997, S. 22):



**Abbildung 1: Funktionsbereiche des gemeindepsychiatrischen Verbundes**

Personenzentrierte Hilfeplanung umfasst nicht nur den Bereich der psychiatrischen Behandlung im medizinischen Sinn. Der Wechsel von einer institutionenzentrierten auf eine personenzentrierte Sicht bedeutet zwangsläufig, dass nicht mehr in "Ausschnitten" (Behandlung, Wohnheim, Arbeit in geschütztem Rahmen) gedacht, geplant und gehandelt wird.

Die neue Sicht stellt den Patienten oder die Patientin mit den jeweiligen Notwendigkeiten in den Mittelpunkt der Planung – für eine personenzentrierte Hilfe ist es notwendig, dass je nach Bedarf gezielt auf möglichst viele der bislang getrennten Hilfsangebote zugegriffen werden kann.

## **2.5. Kontinuität der Behandlung und Betreuung über Sektorgrenzen hinweg**

### **2.5.1. Kontinuierliche Beziehungen ambulant und stationär**

Für Patientinnen und Patienten, die stationäre Behandlung nicht nur punktuell brauchen, wird eine Kontinuität der therapeutischen Beziehung über die Grenzen der Sektoren (ambulant/stationär) hinweg angestrebt. Die Umsetzung dieses Prinzips ist konzeptionell und organisatorisch anspruchsvoll und kann auch bei guten Voraussetzungen nur für einen Teil der Patienten und Patientinnen konsequent umgesetzt werden.

Hier kann die Regel gelten: Personale Kontinuität in der Betreuung ist für die meisten Patienten und Patientinnen von Vorteil. Je schwerer die Erkrankung und je langwieriger ihr Verlauf ist, desto mehr gewinnt die Kontinuität an Bedeutung.

Personale Kontinuität in der Behandlung und Betreuung ist daher gerade für schwer und chronisch kranke Patienten und Patientinnen, die oft lange und wiederholt stationär behandelt werden, wichtig. Sie kann helfen, wiederholte Hospitalisationen ("Drehtürpsychiatrie") zu reduzieren. Hier lohnt es sich, Strukturen zu schaffen, in denen langfristige personale Kontinuität möglich wird. Es verbessert die Behandlung, dient

den Patientinnen und Patienten und ist aus versorgungsökonomischen Gründen anzustreben, da Unterbrüche in der Betreuung schädlich und kostentreibend sind.

Patienten und Patientinnen, die nicht auf lange Zeit von den gleichen Personen behandelt und betreut werden können, profitieren ebenfalls, wenn die therapeutischen Beziehungen innerhalb einer Behandlungsepisode nicht wechseln. Für diese Gruppe von Personen wird angestrebt, innerhalb der Behandlungsepisode eine möglichst hohe personale Kontinuität zu bieten und bei Wechseln gute Übergänge zu gestalten.

Auch wenn Kontinuität der therapeutischen und begleitenden Beziehungen als Grundsatz der Versorgung angestrebt wird, so gilt, dass die Wahl und ein Wechsel der Bezugspersonen für die Betroffenen möglich sein müssen. Kontinuität ist in den meisten Fällen sinnvoll und von den Betroffenen gewünscht. Wo das nicht der Fall ist, hat auch die Wahlfreiheit der Betroffenen im Sinne der Personenzentrierung der Hilfen einen hohen Stellenwert.

### **2.5.2. Kontinuität durch Vernetzung**

Die Kontinuität in Behandlung und Begleitung wird auch dadurch verbessert, dass die verschiedenen Hilfen gut miteinander vernetzt werden. Das wird zum Beispiel durch den regelmässigen und intensiven Einbezug ambulanter Betreuer und Betreuerinnen bei Gesprächen und Planungen im Rahmen von stationärer Behandlung angestrebt.

Auch Modelle des Case Management (CM) zielen auf eine bessere Vernetzung der Hilfen.

### **2.5.3. Nutzen**

Der Gewinn dieser aufwändigen Bemühungen für die betroffenen Patientinnen und Patienten liegt in besseren Behandlungsergebnissen und in der Regel höherer Zufriedenheit mit der Behandlung.

Der Gewinn für die Gesellschaft liegt in einer geringeren Inanspruchnahme teurer (stationärer) Behandlungen, in einer Reduktion von teuren Doppelspurigkeiten und Wiederaufnahmen und in langfristig besserer sozialer Funktion der betroffenen Patientinnen und Patienten. Diese Effekte sind für das Case Management belegt (ipw, 2010).

## **2.6. Vernetzung der Hilfen und Nutzung von Ressourcen im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld**

### **2.6.1. Vernetzung der Psychiatrie mit der Grundversorgung und der somatischen Medizin**

Psychische Erkrankungen sind derart häufige Gesundheitsprobleme, dass die Versorgung der davon betroffenen Personen nicht allein über Psychiater oder Psychiaterinnen, Psychotherapeuten oder -therapeutinnen respektive psychiatrische Dienste erfolgen kann. Hausärzte und Hausärztinnen sowie Grundversorger und Grundversorgerinnen spielen allein schon wegen der Häufigkeit der Erkrankungen eine grosse Rolle, jedoch auch, weil sie für Patienten oder Patientinnen und ihre Angehörigen die ersten Ansprech- und wichtige Vertrauenspersonen sind. Das wird auch in Versorgungsleitlinien beachtet und hervorgehoben, zum Beispiel in der deutschen Leitlinie zur Behandlung von Depressionen:

"Hausärzte haben bei der Versorgung depressiver Störungen eine zentrale Rolle inne. Hausärzte behandeln einen hohen Anteil von Patienten, die eine depressive Erkrankung aufweisen [306]. Depressionen gehören zu den fünf häufigsten Krankheiten in der Hausarztpraxis [307].

Die besondere Bedeutung des Hausarztes besteht darin, dass er sehr häufig als erstes Glied in der Versorgungskette depressiver Erkrankungen steht [59; 308]. Als langjährigem Begleiter von Patienten und dessen Angehörigen kommt ihm eine besondere Rolle beim Aufbau einer empathischen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Entwicklung eines angemessenen Verständnisses der Krankheit, ihrer Symptome, ihrer Behandlung und ihrer Prognose für Patienten und Angehörige zu. Darüber hinaus kommt ihm eine wichtige Beratungsfunktion zu, inwieweit Fachärzte, Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten, komplementäre Heilberufe und flankierende Dienste in die Behandlung einbezogen werden sollen. Die kumulative Evidenz für die Behandlung von Patienten mit Depressionen durch die hausärztliche Versorgungsebene zeigt, dass signifikante positive Effekte auf die Symptomentwicklung, die Versorgungsqualität und Kosten erreicht werden können; allerdings werden diese Effekte in der Versorgungsrealität nicht immer erreicht [309-313]." (DGPPN et al., 2009, S. 82)

Aufgabe der Psychiatrie ist es, für die Behandlung derjenigen Patienten und Patientinnen bereitzustehen, denen durch die hausärztliche Behandlung nicht ausreichend geholfen werden kann.

Auch nach einem angemessenen Ausbau psychiatrischer Dienste wird den Hausärztinnen und Hausärzten eine wesentliche, tragende Rolle zukommen. Für die gute Versorgung aller Menschen mit psychischen Erkrankungen ist daher eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Grundversorgern, Fachärztinnen und Fachärzten und spezialisierten Diensten wichtig.

Hausärzte und Hausärztinnen sowie Grundversorger können bei der Früherkennung und Frühintervention psychischer Störungen eine wesentliche Rolle spielen. Die fachliche Unterstützung der Grundversorger in diesem Bereich hat daher besondere Bedeutung.

## **2.6.2. Vernetzung der Behandlung mit Hilfen zum selbständigen Wohnen**

Wiederholte und langwierige stationäre Behandlungen haben ihren Grund oft darin, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten erhebliche Konflikte mit ihrem Wohnumfeld haben. In diesen Fällen muss über eine Unterbringung in einer betreuten Wohnform (Wohnheim) entschieden werden. Das können die Betroffenen oft nur schwer akzeptieren, was vor einer Vermittlung in ein Wohnheim oft zu wiederholten und langwierigen Behandlungen führt. Die Unterbringung psychisch Kranker in stationären Einrichtungen (Wohnheimen) ist zudem für die Gesellschaft teurer als eine intensive Unterstützung in einer eigenen Wohnung.

Wie die Erfahrungen zum Case Management – zum Beispiel der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) – zeigen, können durch eine intensive begleitende Unterstützung im Wohnumfeld der Betroffenen häufige und langwierige Hospitalisationen vermindert werden. Das steigert die Lebensqualität der Betroffenen und erspart der Gesellschaft erhebliche Kosten für sonst notwendige stationäre Behandlungen.

Der Ausbau von Hilfen zum selbständigen Wohnen und die Vernetzung dieser Hilfen mit der Behandlung im engeren Sinne liegen daher im Interesse der Betroffenen und der Gesellschaft.

### **2.6.3. Vernetzung der Behandlung mit Hilfen zum Arbeiten**

Es ist bekannt, dass psychisch Kranke durch Massnahmen der beruflichen Rehabilitation oft nur schlecht erreicht werden. Die Folge ist eine hohe Rate von Berentungen, die auch durch die bestehenden Massnahmen der beruflichen Wiedereingliederung kaum verringert werden können. Die Versorgungsforschung belegt, dass Hilfen an einem "normalen" Arbeitsplatz (training on the job) die Wiedereingliederung oder den Erhalt der Eingliederung am Arbeitsplatz wesentlich besser fördern als geschützte Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse. (Weinmann & Gaebel, 2005, S. 815)

Für den Erfolg dieser Hilfen ist es zudem wichtig, dass sie mit der Behandlung gut vernetzt sind. Auch hier ist eine hohe personale Kontinuität wichtig. Dies kann beispielsweise dadurch erreicht werden, dass die Mitarbeitenden, die Patientinnen und Patienten bereits im Rahmen der Behandlung betreuen, auch die Begleitung beim Arbeitsplatz übernehmen oder dadurch, dass Behandelnde und "Job Coach" in engem Austausch miteinander stehen. Damit ein solcher Austausch funktioniert, bedarf er allerdings der konzeptionellen und institutionellen Verankerung.

### **2.6.4. Vernetzung der Behandlung mit dem persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld der Nutzenden**

Die Teilhabe von Menschen mit psychischer Erkrankung am gesellschaftlichen Leben kann nicht alleine durch die Betroffenen und durch professionelle Helfer und Helferinnen erreicht werden. Es braucht menschliches Engagement in den Gemeinden und die professionellen Helfer und Helferinnen müssen bereit sein, sich mit dem persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld ihrer Patienten und Patientinnen zu vernetzen. Dazu braucht es natürlich die persönliche Bereitschaft jedes und jeder Einzelnen; zugleich braucht es aber auch Einrichtungen, Konzepte und Gefässe, die diese Vernetzung ermöglichen und fördern.

Diese Vernetzung bedeutet nicht, dass Betreuungsarbeit auf Angehörige abgewälzt werden soll. Angehörige tragen schon jetzt den grössten Teil der Betreuung psychisch Kranker. Institutionelle Lösungen werden oft dann erforderlich, wenn Angehörige an die Grenze ihrer Belastbarkeit kommen. Personenzentrierte Hilfe beachtet das und bezieht auch die Frage der Unterstützung und Entlastung von Angehörigen ein. Angehörige werden in der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung aktiv beteiligt.

Besondere Beachtung verdient der Umstand, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft entweder akut oder aber auch über längere Zeit ihre Elternrolle nur eingeschränkt wahrnehmen können (Krumm & Becker, 2011). Kinder sind dann erheblichen Belastungen ausgesetzt und tragen ein hohes Risiko, später selbst zu erkranken. Eine Trennung von Eltern und Kindern stellt in den meisten Fällen keine Hilfe dar und verschlimmert die Probleme. Eine Unterstützung der Familie ist hier zentral.

### **3. Behandlungsmöglichkeiten**

Die theoretischen Ausführungen dieses Kapitels wurden im Wesentlichen aus dem Entwurf Weiss übernommen, welcher seinerseits teilweise auf den Entwurf Richter verweist.

#### **3.1. Stationäre Behandlung**

##### **3.1.1. Empfehlungen zur stationären Bettenquote**

Die Zahl stationärer Betten ist international sehr unterschiedlich und kann nicht sinnvoll miteinander verglichen werden, da die Zahl notwendiger Betten von vielen anderen Faktoren im Versorgungssystem abhängt. Für die Schweiz gibt es keine allgemein empfohlenen Zahlen. Es ist anzunehmen, dass die notwendige Zahl an Betten durch regionale Gegebenheiten stark beeinflusst wird und dass grosse Wechselwirkungen zwischen den regional sehr unterschiedlich verfügbaren Versorgungsbausteinen bestehen. Vermutlich gibt es ein optimales Verhältnis der einzelnen Versorgungskomponenten, das unter Abwägung lokaler Faktoren angestrebt werden sollte. (Becker, et al., 2008, S. 63)

##### **3.1.2. Bettenquote in der Schweiz**

Der "Mental Health Atlas 2011" der WHO gibt für die Schweiz im 2011 eine psychiatrische Bettenquote von 1.01/1'000 EinwohnerInnen an (WHO, 2011). Ein interkantonaler Vergleich psychiatrischer Angebotsstrukturen, welcher für die Datenbasis 2010 durchgeführt wurde, weist eine Bettenquote von 0.89/1'000 Einwohner für psychiatrische Kliniken aus. Bei dem interkantonalen Vergleich haben 16 Kantone teilgenommen.

Die äquivalente Bettenquote im PZA betrug im 2012 für Appenzell Ausserrhoden 1.26/1'000 EinwohnerInnen<sup>1</sup> (67 Betten gemäss Angabe des PZA bei einer Bevölkerung für Appenzell Ausserrhoden von 53'313 Einwohner und Einwohnerinnen gemäss der medizinischen Statistik für Krankenhäuser 2011<sup>2</sup>) und liegt damit deutlich über dem Schweizer Durchschnitt. Dies ist nachvollziehbar, da das PZA einen Patientenanteil von rund 40 % aus anderen Kantonen behandelt. (Vgl. dazu auch Kap. 4.1)

Laut Art. 58c lit. b KVV kann die Versorgungsplanung in der Psychiatrie sowohl leistungsorientiert als auch kapazitätsbezogen erfolgen. Aufgrund der Aufnahmepflicht gemäss Art. 41a Abs. 1 und 2 KVG ist im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine leistungsorientierte Planung vorgesehen, in welcher die psychiatrischen Leistungen an Stelle von Bettenkapazitäten im Vordergrund stehen. Es werden Leistungsaufträge mit verschiedenen Leistungserbringern für einzelne Leistungsbereiche angestrebt.

#### **3.2. Ambulante Behandlung**

Der Begriff der ambulanten Behandlung ist weit gefasst. Nach der Definition von Kostenträgerseite fallen darunter alle Behandlungen unter der Schwelle der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik, also auch tagesklinische Behandlungen.

---

<sup>1</sup> In dieser Bettenquote nicht enthalten sind die rund 70 Betten der Klinik Gais, da diese Leistungen statistisch als psychosomatische Rehabilitationsleistungen gelten. Ihr Einbezug würde die Bettenquote von Appenzell Ausserrhoden weiter erhöhen.

<sup>2</sup> Da das Bundesamt für Statistik für das Jahr 2012 noch keinen statistischen Wert bekanntgegeben hat, wird auf die Bevölkerungszahl für 2011 abgestützt.



Das Spektrum dessen, was ambulante Behandlung zu leisten vermag, ist durch neue Arbeitsformen (z.B. Case Management oder Assertive Community Treatment) erheblich erweitert worden.

Die ambulante Behandlung sollte die erste Möglichkeit des Zugangs zu psychiatrischen Hilfen sein. Folge von zu wenig ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ist, dass stationäre Behandlungen auch dann erfolgen, wenn eine weniger eingreifende und kostengünstigere ambulante Behandlung möglich wäre.

### **3.2.1. Ambulante Grundversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen sowie niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen**

Zur wichtigen Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Psychiater und Psychiaterinnen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung im Allgemeinen vgl. unter 2.6.1 sowie mit Bezug auf Appenzell Ausserrhoden vgl. 4.2.1 und 5.2.1.

### **3.2.2. Tageskliniken**

Tageskliniken behandeln Patienten und Patientinnen, welche mehr als die der Ambulanz zur Verfügung stehenden Hilfen benötigen, jedoch nicht auf das vollständige Angebot einer psychiatrischen Klinik angewiesen sind.

In einer Tagesklinik werden Patienten und Patientinnen (in der Regel) an fünf Tagen in der Woche vom Morgen bis zum Nachmittag behandelt. Sie verbringen die Nächte und die Wochenenden zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung. Tagsüber erhalten sie in der Tagesklinik die Behandlung, die sie auch in einer psychiatrischen Klinik erhalten würden.

Wie ausgeführt geht man davon aus, dass für Tageskliniken und Ambulatorien in der Regel Anfahrtswege von 30 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr die Obergrenze dessen sind, was von den potenziellen Patienten und Patientinnen bewältigt werden kann. Die meisten Patienten und Patientinnen einer psychiatrischen Tagesklinik werden auch medikamentös behandelt. Deshalb sind sie fast durchgängig auf den öffentlichen Verkehr angewiesen. Zumindest während der Zeit der medikamentösen Einstellung ist dringend davon abzuraten, mit dem Auto zu fahren. Bei der Planung von Angeboten an Tagesstrukturen für den Kanton Appenzell Ausserrhoden muss daher geprüft werden, welche Versorgungspopulation im Radius von 30 Minuten des öffentlichen Verkehrs wohnt.

Erfahrungsgemäss können bis 30 % der in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten auch tagesklinisch behandelt werden (Eikermann, 2010; Marshall et al., 2001). In einer Übersichtsarbeit kamen Brenner et al. schon 2000 zum Schluss, dass eine gemeindeintegrierte Akutbehandlung, zu der sie auch die Behandlung in einer Tagesklinik zählten, für bis zu 40 % der sonst stationär behandelten Patienten und Patientinnen möglich wäre (Brenner, Junghan, & Pfammatter, 2000, S. 696). Die Behandlung in einer Tagesklinik ist für diese Patientengruppe genauso wirksam und kostengünstiger als eine stationäre Behandlung.

Bei den Überlegungen zu Tageskliniken ist zu bedenken, dass die dort tatsächlich durchgeführte Behandlung in vielen Fällen der stationären Behandlung nachgelagert ist. Es handelt sich damit um ein tendenziell ergänzendes Angebot, das zusätzlich geschaffen wird und nicht in dem Mass zu einer Entlastung der stationären Bereiche führt, wie wenn neue Kapazitäten aufgebaut werden. Dies belegen auch Erfahrungen aus den Nachbarkantonen.

Wenn über Tageskliniken gesprochen wird, muss daher unterschieden werden, ob es sich um nachgelagerte Tageskliniken im Sinne eines rehabilitativen Angebotes handelt oder um Akuttageskliniken, die Patientinnen und Patienten aufnehmen, die ohne dieses Angebot in stationäre Behandlung hätten eintreten müssen.

Wenn die Entscheidung über eine mögliche Klinikaufnahme in der stationären Abteilung der psychiatrischen Klinik selbst getroffen wird, steigt die Wahrscheinlichkeit eben dieser Aufnahme. Um eine Umsteuerung auf eine (intensiv)ambulante oder tagesklinische Behandlung zu erreichen, ist es daher von entscheidender Bedeutung, dass die Triage der Patienten und Patientinnen in der ambulanten oder teilstationären Einrichtung erfolgt, von der aus bei Bedarf ebenfalls stationär eingewiesen werden kann. Die Triage von akuten Fällen ist jedoch nicht planbar. Die Tageskliniken oder Ambulatorien müssen daher (vergleichbar dem Rettungsdienst oder einer Akutstation) personelle Reaktionskapazitäten und freie Plätze bereithalten, die über TARMED nicht finanziert sind (zusätzliche Fixkosten). In der tagesklinischen Behandlung spielt die Gruppendynamik eine wesentliche therapeutische Rolle, weshalb die Patientengruppe eine Mindestgrösse aufweisen sollte. Aus den hier dargelegten Gründen können Tageskliniken höchstwahrscheinlich auch mit einer Mindestgrösse und einem hohen Belegungsgrad nicht wirtschaftlich betrieben werden und benötigen eine neue Finanzierungsform, welche die heute durch den TARMED ungedeckten Kosten berücksichtigen.

### **3.2.3. Home Treatment (HT)**

Es ist inzwischen empirisch belegt, dass auch Menschen mit einer akuten psychischen Erkrankung, die üblicherweise in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden müssen, durch intensive ambulante Hilfestellungen in ihrem häuslichen Umfeld behandelt werden können. (Guhne et al., 2011, vgl. auch 4.3)

### **3.2.4. Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) im Modell Luzern**

Im Rahmen der gemeindeintegrierten Akutbehandlung behandelt in Luzern-Stadt ein Team von Ärzten und Ärztinnen sowie Krankenpflegefachpersonen die ihnen zugewiesenen Patienten und Patientinnen. Der Ort der Behandlung ist dabei nicht vorgegeben. Wenn immer möglich wird die Behandlung ambulant durchgeführt. Das Behandlungsteam hat jedoch auch die Möglichkeit, auf stationäre Betten zurückzugreifen, wenn die in diesem Modell behandelten Patienten und Patientinnen dieser intensiven Unterstützung bedürfen. Auch bei stationären Aufnahmen bleibt das Behandlungsteam für die Zeit der stationären Behandlung für die jeweiligen Patienten und Patientinnen verantwortlich.

Zur Evaluation der Behandlungsergebnisse und Kosten wurde die gemeindeintegrierte Akutbehandlung in der Luzerner Psychiatrie als Modellprojekt 2008 und 2009 wissenschaftlich begleitet. Dabei wurden die Patienten und Patientinnen per Zufallsprinzip der gemeindeintegrierten Akutbehandlung oder der klassischen stationären Behandlung zugewiesen. Das Modell der gemeindeintegrierten Akutbehandlung zeigte bei vergleichbaren Behandlungsergebnissen deutliche Kostenvorteile, sodass es ab dem 1.1.2010 in die regulären Angebote der Luzerner Psychiatrie aufgenommen wurde.

Die Behandlungsdauer war kürzer und nicht länger wie eigentlich erwartet (im Durchschnitt 5.5 Tage). Es entstanden bei der kürzeren Behandlungsdauer und tieferen Tageskosten insgesamt niedrigere Behandlungskosten. Jeder Pflgetag war auf Grund geringerer Infrastrukturkosten (mehr als 50 % der Behandlungstage können im Home Treatment realisiert werden) um ca. 13 % günstiger. Die Fallkosten lagen (bei vergleichbaren und per Zufall zugeteilten Patienten und Patientinnen) um ca. 30 % tiefer als bei der stati-

onären Behandlung. (Kraan, 2010) Aufgrund der sehr guten Erfahrungen soll das Behandlungsangebot von Luzern-Stadt auch in der Versorgungsregion Luzerner Landschaft eingeführt werden. (Geschäftsbericht Luzerner Psychiatrie, 2012, S. 13)

Es gibt auch andere Modelle der gemeindeintegrierten Akutbehandlung. In Zürich wird zum Beispiel gemeindeintegrierte Akutbehandlung unter Zuhilfenahme von Gastfamilien praktiziert (PUK, 2011).

### **3.2.5. Psychiatrische Familienpflege: Betreutes Wohnen in Familien**

Psychiatrische Familienpflege, d.h. die Betreuung psychisch Kranker in Gastfamilien, hat in der Schweiz eine lange Tradition. Zwischenzeitlich war sie eher in Vergessenheit geraten. Seit einigen Jahren erlebt sie jedoch eine Renaissance. Auch in Deutschland wird sie an vielen Orten wieder aufgegriffen (so z.B. an der LVR-Klinik Langenfeld seit 1985, vgl. dazu LVR, 2011). In Bern werden derzeit etwa 40 Personen in Gastfamilien betreut (UPD, 2011; WOK, 2011).

Bei der psychiatrischen Familienpflege leben psychisch Kranke in Gastfamilien. Dort haben sie ihr eigenes Zimmer und teilen sich die Gemeinschaftsräume mit der Gastfamilie, an deren Leben sie in der Regel teilhaben. Die Betreuung der Patienten und Patientinnen in der Gastfamilie erfolgt über die entsprechend ausgebildeten psychiatrischen Teams.

Familienpflege hat gegenüber anderen psychiatrischen Angeboten der Betreuung den grossen Vorteil, dass die Patienten und Patientinnen in Gastfamilien leben, am Leben der Familie teilhaben und in der Regel in deren soziales Umfeld integriert sind. Damit kommt psychiatrische Familienpflege dem Ziel der Inklusion näher als andere Angebote der psychiatrischen Betreuung.

### **3.3. Ambulante Behandlung versus stationäre Behandlung**

Allgemein wird heute davon ausgegangen, dass in der künftigen psychiatrischen Versorgung eine Verlagerung der zu erbringenden Leistungen aus dem stationären Bereich in ambulante und aufsuchende Strukturen erfolgt.

"Im Feld der psychiatrischen Versorgung existieren für einen stationären Aufenthalt, in bedeutend breiterem Umfang Substitutionsmöglichkeiten als in der somatischen Akutmedizin – allerdings sind diese in der Psychiatrie dann öfters patientenbezogen zu wählen. Damit wird es unverzichtbar, die ambulanten Strukturen und Prozesse in die Spitalplanung einzubeziehen" (GDK, 2008, S. 11). Neben dem Hinweis, dass der ambulanten Versorgung, welche nicht unter die Planungspflicht nach Art. 39 KVG fällt, substantielle Bedeutung zukommt (GDK, 2008, S. 11), spricht sich die GDK für die Durchführung von Modellprogrammen aus. Das aktuell als gesichert geltende Wissen mit Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 32 KVG) ist bei Elementen der psychiatrischen Versorgung substantiell bescheidener als im stationären, akut-somatischen Bereich. Um zu planungssteuernden Erkenntnissen zu gelangen und die Elemente der psychiatrischen Versorgung patientengerecht zu entwickeln, bieten sich Modellprogramme an (GDK, 2008, S. 2, 11).

Die GDK weist darauf hin, dass kantonale Ausprägungen Rechnung zu tragen ist und illustriert dies am Begriff der "Bevölkerungsnähe", welcher in der Stadt etwas anderes bedeutet als im ländlichen Raum und erst recht in einer dünn besiedelten Region (GDK, 2008, S. 11 f.).

Über die Wechselwirkung zwischen einer sorgfältig strukturierten, ausgebauten ambulanten Psychiatrieversorgung mit der stationären Versorgung besteht keine abschliessende Sicherheit.

Verschiedentlich wird vermutet, dass "mittel- und langfristig eine Reduktion des Bettenangebots in der Erwachsenenpsychiatrie" möglich sei und "sich in der psychiatrischen Versorgung in grösserem Umfang Substitutionsmöglichkeiten für einen stationären Klinikaufenthalt anbieten als in der somatischen Akutversorgung. Welches Ausmass mit Bezug auf die Reduktion von Aufenthaltstagen in psychiatrischen Kliniken zu erreichen ist, kann nicht abgeschätzt werden. Internationale Vergleiche und rigoroses Gegenüberstellen von Leistungserbringern in der Schweiz (z.B. im Rahmen des Konzeptes von small-area analyses) sollen in den kommenden Jahren aufzeigen, wo die Aufenthaltsdauern reduziert wurden. Die Überlegungen zur Reduktion von Klinikeintritten und Klinikaufenthaltsdauern zeigen ausschliesslich ein Potenzial auf. Entscheidend ist aber, dass unter schweizerischen Bedingungen noch kein gesichertes Erfahrungswissen darüber existiert, wie dieses Potenzial in die Praxis umzusetzen ist. Dies hängt damit zusammen, dass oft keine direkte Substitution (zum Beispiel erheblich mehr Plätze in Tageskliniken und/oder eine stärkere Dotierung für ambulante Konsultationen und gleichzeitig eine konsequente Reduktion von Klinikbetten) geplant werden kann. Es sind vielmehr Erfahrungen aufzuarbeiten, welche Strukturen und Prozesse sich für welche Patientengruppen unter den veränderten Bedingungen zur Leistungserbringung als am effektivsten erweisen" (GDK, 2008, S. 13 f., 22). "Dabei wird eine sorgfältige Strukturierung des teilstationären und ambulanten Bereichs vorausgesetzt." (GDK, 2008, S. 22)

Es gibt jedoch auch kritische Stimmen, die an der Bettenreduktion zweifeln. Becker zitiert Priebe et al. nach denen von 1990 bis 2001/2002 die Abnahme allgemeinpsychiatrischer Akutbetten in den meisten der verglichenen sechs europäischen Ländern durch die Zunahme forensischer Betten mehr als ausgeglichen wird. Demnach ist in Europa eine Reinstitutionalisierung, d.h. eine Rückkehr zu institutionellen Angeboten im Gange (Becker, et al., 2008, S. 46).

Unabhängig davon, wie die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Angeboten sind, wird leichte Erreichbarkeit des therapeutischen Angebotes gefordert:

"Mittelfristig sollten psychiatrische Dienste in einem Sektor/einer Region für 90 % dieser Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit öffentlichen Transportmitteln zu erreichen sein. Es liegen ausreichend viele Hinweise vor, dass bei schwerer Erkrankten der Anteil der Therapieabbrecher proportional zur Distanz zu den Leistungserbringern zunimmt.

Niedergelassene Psychiater sind innerhalb geeigneter Versorgungsmodelle für Verträge zur "integrierten Versorgung" zu gewinnen, abgeschlossen durch die Institution, welcher die psychiatrische Grundversorgung übertragen ist. Dadurch soll die Mitarbeit niedergelassener Psychiater in der ambulanten Leistungserbringung, im somatischen Akutspital, in der sekundären Prävention sowie in der Rehabilitation garantiert werden." (GDK, 2008, S. 23)

### **3.4. Verschiedene Anspruchsgruppen**

#### **3.4.1. Anspruchsgruppe: Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die GDK hält im Leitfaden zur Psychiatrieplanung bezüglich der Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie fest, dass bei Kindern und Jugendlichen noch stärker als in der Erwachsenenpsychiatrie Aufgaben im familiären, pädagogischen und institutionellen Umfeld anfallen. (GDK, 2008, S. 41)

Zu den ambulanten und stationären Angeboten führt der Leitfaden weiter aus (GDK, 2008, S. 41 f.):

"Wie in der Erwachsenenpsychiatrie sind auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulante Angebote im grösseren Ausmass als bis heute zur Verfügung zu stellen. Weil auch sie zwingend wohnortsnah anzubieten sind, und weil damit meist kleine und sehr kleine Gruppen resultieren, stellen sich erhebliche Managementprobleme, um auch diese Leistungserbringung wirtschaftlich zu gestalten.

Folgende Angebote sind in der Regel überkantonal anzubieten:

- stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, [...].
- stationäre forensische Abteilung für Jugendliche in jeder Sprachregion,
- stationäre Suchtbehandlung für Jugendliche,
- Angebote für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Krisen."

### **3.4.2. Anspruchsgruppe: Gerontopsychiatrie**

Wenige wichtige Elemente, welche der Leitfaden der GDK zur Psychiatrieplanung zum Thema Gerontopsychiatrie ausführlich darstellt, sollen hier aufgeführt werden (vgl. GDK, 2008, S. 42 ff). Im Übrigen wird für theoretische Zusammenhänge auf das Geriatriekonzept verwiesen, welches bis Juni 2015 für Appenzell Ausserrhoden erstellt werden soll.

Bei der über 80-jährigen Bevölkerung sind Depressionen annähernd so stark vertreten wie demenzielle Erkrankungen. Viele Betagte leiden zudem an einer kognitiven Dysfunktion nach einem Spitalaufenthalt und Medikationsfehlern, woran öfters auch Psychopharmaka mitbeteiligt sind.

Dem Wunsch der Betroffenen, möglichst lange im angestammten Umfeld verbleiben zu können, versucht man nachzukommen. Spitex-Dienste und die Koordination der Pflege insgesamt (z.B. auch im Pflegeheim) erhalten grosse Bedeutung. Eine Konsequenz ist, dass die Anforderungen an qualifiziertes Pflegepersonal im ambulanten und auch im stationären Bereich ansteigen.

### **3.4.3. Anspruchsgruppe: Forensik**

Forensische Behandlung hat zum Ziel, das Rückfallrisiko von Straftätern zu reduzieren. Dies gelingt insbesondere bei Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie sowie mit affektpsychotischen oder neurotischen Störungen. Straftäter und Straftäterinnen mit Fremdgefährdung oder antisozialer Persönlichkeitsstörung bedürfen hingegen Hochsicherung sowie kriminal- und sozialtherapeutischer Mittel (GDK, 2008, S. 45). Der Leitfaden empfiehlt zudem, dass spezialisierte Kliniken koordiniert aufgabenspezifische Schwerpunkte sicherstellen (GDK, 2008, S. 46).

Laut Leitfaden der GDK zur Psychiatrieplanung sollte die gutachterliche Tätigkeit im Bereich der Forensik von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kliniken und von ambulanten Diensten erbracht werden, wobei für komplexe und sehr komplexe Gutachten auf die fünf Universitäten mit medizinischen Fakultäten zu verweisen sei (GDK, 2008, S. 45).

### 3.5. Optimierung des Behandlungsprozesses: Case Management (CM)

"Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich." (Schläppi, 2010) Es dient dem Ziel der Steuerung der Inanspruchnahme des Versorgungssystems und der Koordination der einzelnen Komponenten der Behandlung. Ergebnisse zum Case Management belegen, dass die Behandlung damit effizienter gestaltet werden kann. Patienten oder Patientinnen erhalten die Hilfe, die sie brauchen. Eine so koordinierte und kontinuierlichere Behandlung führt zu einer besseren Gesundheit.

Für die Gesellschaft bringt Case Management den Nutzen, dass die Folgekosten einer Erkrankung tiefer gehalten werden können und dass die Inanspruchnahme intensiver, kostspieliger Hilfen, zum Beispiel stationärer Behandlung, durch bessere Nutzung vorgelagerter Hilfen gesenkt werden kann.

Kernkomponenten von Case Management sind:

- die Bedarfserhebung,
- die Planung einer umfassenden Versorgung für einzelne Patienten und Patientinnen,
- die optimale medikamentöse Behandlung,
- die ambulante Pflege und Versorgung zu Hause,
- die Kontrolle der einzelnen Dienste und der Inanspruchnahme,
- psychoedukative Massnahmen und Training sozialer Kompetenz,
- die Nachsorge und Aufrechterhaltung des Kontakts.

(Weinmann, Puschner, & Becker, 2009)

Für die Psychiatrie in der Schweiz können (in Anlehnung an das Modell der ipw) drei unterschiedliche Formen von Case Management beschrieben werden. Sie unterscheiden sich in erster Linie durch die Intensität der angebotenen Unterstützung. (Andreae, Schröder, & Schuetz, 2006).

**Standard Case Management:** Standard Case Management ist auf die Unterstützung von Patienten und Patientinnen ausgerichtet, die Hilfe bei der Wiedereingliederung in der Gemeinde brauchen. Dabei betreut ein Case Manager in der Regel 60 Patienten und Patientinnen. Ziel des Standard Case Management ist es, mit vergleichsweise geringem Aufwand die Wiedereingliederung in der Gemeinde zu unterstützen und damit die Wahrscheinlichkeit zu senken, dass erneut psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen werden muss.

**Intensive Case Management (ICM):** Das Intensive Case Management zielt auf die Unterstützung von Patienten und Patientinnen mit schwerer und chronischer Erkrankung ab. Hierbei betreut ein Case Manager 10 bis 20 Fälle. In der Betreuung ergibt sich in der Regel ein hoher Koordinationsbedarf.

In der ipw wurde 2006 ein dreijähriges Pilotprojekt zum Intensive Case Management ausgewertet. Ziel war die Stabilisierung von Personen mit komplexer Mehrfachproblematik und hohem stationärem Behandlungsbedarf (sog. Heavy Users), durch einheitliche, zielwirksame und bedarfsgerechte Unterstützung mittels flexibler aufsuchender Begleitung im Lebensalltag sowie Koordination von Dienstleistungen in einem bestehenden oder aufzubauenden Helfernetz. Die Untersuchung der ipw weist darauf hin, dass sich Intensive Case Management mit sehr guter Akzeptanz rasch, praktikabel und nachhaltig einführen lässt. Die patientenorientierte Netzwerkarbeit, die generelle Versorgungsqualität und die allokativen Bilanz werden begünstigt. Zuweiser und Patienten sind interessiert, kooperativ, aktiv und zufrieden. Die Zieler-

reichung und das Verhältnis von Ziel, Mittel und Vorgehen wird als gut bis hoch beurteilt, ebenso der Gewinn des Patienten oder der Patientin für Veränderungen, Reintegration und Selbsthilfe. Es bestätigen sich Befunde mancher Studien, welche eine Reduktion der akutpsychiatrischen Pflage unter Intensive Care Management zugunsten von unkomplizierten Kurzbehandlungen im Kriseninterventionszentrum ausweisen. Auch andere Qualitätsindikatoren weisen auf günstige Effekte hin (z.B. in der Lebensqualität). Die ipw hat sich angesichts dieser Resultate entschieden, ICM als Versorgungsbestandteil umfassend zu implementieren. Einige Heavy User konnten mit ICM nicht zweckmässig angegangen werden; sie bedürfen erweiterter, teamgestützter Verfahren der aufsuchenden Hilfe, welche in Planung sind (Assertive Community Treatment). (Andreae, et al., 2006)

**Assertive Community Treatment (ACT):** Assertive Community Treatment wird oft auch unter dem Begriff des Case Management geführt, beinhaltet jedoch noch weitergehende und intensiver koordinierte Hilfen für Patienten und Patientinnen mit einer schweren chronischen oder einer akuten Erkrankung. Es steht konzeptionell dem Home Treatment oder der gemeindeintegrierten Akutbehandlung nahe (vgl. Ausführungen in 3.2.3 und 3.2.4).

### **3.6. Psychiatrische Behandlung im Notfall**

Krisenintervention ist das rasche Angebot von Hilfe in einer Krisensituation, wobei die Krise nicht als medizinischer Notfall verstanden wird, sondern als besondere psychosoziale Belastung, welche die Möglichkeiten der Kompensation des oder der Betroffenen und des sozialen Netzes augenblicklich übersteigt.

Eine psychosoziale Krise wird in diesem Verständnis nicht als eine psychische Erkrankung gesehen, auch wenn sich aus einer anhaltenden oder nicht gelösten Krise eine Erkrankung entwickeln kann. Von daher ist die Intervention im Rahmen einer Krisenintervention zumeist eine andere als bei medizinischen psychiatrischen Notfällen.

Ein spezielles institutionelles Angebot zur Krisenintervention wird unter den geographischen und demographischen Bedingungen des Kantons Appenzell Ausserrhoden keine ausreichende Nachfrage haben. Gleichwohl stellt die Krisenintervention einen wichtigen Teil des Angebotes der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung dar.

## **4. Aktuelle Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Psychiatrie (Ist-Situation)**

Kapitel 4 präsentiert eine Übersicht der aktuellen psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden. Aus diesem Anlass wurden aktuelle Daten verarbeitet, wo solche verfügbar waren. Damit die psychiatrische Versorgung längerfristig optimiert werden kann, ist die Datenbasis zu optimieren. Im vorliegenden Konzept bestehende Unsicherheiten bezüglich der Ist-Situation wären damit künftig zu vermeiden.

Der Aufbau des Kapitels richtet sich nach den im vorangehenden Kapitel präsentierten Behandlungsmöglichkeiten.

### **4.1. Stationäre Versorgung**

#### **4.1.1. Nachfrage stationärer Leistungen durch Patienten und Patientinnen aus Appenzell Ausserrhoden**

Die aktuellsten vollständigen Daten stammen aus dem interkantonalen Vergleich psychiatrischer Angebotsstrukturen mit Datenbasis 2010, an welchem 16 Kantone<sup>3</sup> teilgenommen haben. Diese wurden durch Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 des Bundesamtes für Statistik (BFS) ergänzt.

Die Auswertung des interkantonalen Vergleichs psychiatrischer Angebotsstrukturen zeigt die Nachfrage der Patientinnen und Patienten nach Leistungen im Bereich der Psychiatrie auf. Die Tabelle 2 bildet die Nachfrage nach stationären Leistungen durch Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden im 2010 ab (Spalte "AR"). Die Daten wurden durch für die Psychiatrieplanung relevante Kennzahlen (Spalte "16 Kantone") und entsprechende Schweizer Durchschnittswerte (Spalte "CH") als Vergleichswerte erweitert:

---

<sup>3</sup> Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Basel Stadt, Bern, Glarus, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Schwyz, St. Gallen, Tessin, Thurgau, Uri, Zug, Zürich



	AR	16 Kantone	CH
Austritte	491		
PatientInnen	325		
Pflegetage	16'770		
EinwohnerInnen	53'017		
Hospitalisationsrate / 1'000 EinwohnerInnen	9.26	7.89	6.82
PatientInnen / 1'000 EinwohnerInnen	6.13	6.40	5.07
Pflegetage / 1'000 EinwohnerInnen	316.31	313.58	292.91
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)	34.15	37.70	34.2
Fall-PatientInnen-Verhältnis	1.51	1.34	1.35

Datenquelle:

*kursiv: Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 sowie Standardtabellen des BFS*  
 übrige: Interkantonaler Vergleich Psychiatrischer Angebotsstrukturen 2010

**Tabelle 2: Nachfrage stationärer Leistungen durch PatientInnen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden 2010**

Aufgrund der Abweichungen bei der Hospitalisationsrate und der Anzahl PatientInnen / 1'000 EinwohnerInnen, bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sowie beim Fall-PatientInnen-Verhältnis werden als Vergleichsquellen sowohl Angaben aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS und deren Standardtabellen (Spalte CH) sowie dem Interkantonalen Vergleich Psychiatrischer Angebotsstrukturen 2010 (Spalte 16 Kantone) herangezogen. Während sich die Medizinische Statistik der Krankenhäuser auf eine schweizweite Erhebung aller Leistungserbringer stützt, bilden 16 Kantone die Datengrundlage für den Interkantonalen Vergleich Psychiatrischer Angebotsstrukturen. Diese unterschiedliche Datenbasis kann als Erklärung für kleinere Abweichungen dienen. Weil aber die Abweichungen – insbesondere zu den drei aufgeführten Kennzahlen – wohl nicht ausschliesslich auf die ungleiche Datenbasis zurückgeführt werden können und weil keine anderen erklärenden Einflussfaktoren bekannt sind, ist von einer verminderten Plausibilität auszugehen.

Festzuhalten ist aber immerhin, dass im Vergleich mit beiden Vergleichswerten der Kanton Appenzell Ausserrhoden eine hohe Hospitalisationsrate hat, ermittelt aus der Anzahl Austritte im Verhältnis zu 1'000 Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons. Mit 1.51 weist Appenzell Ausserrhoden unter den am Vergleich teilnehmenden Kantonen auch das höchste Verhältnis zwischen Austritten und PatientInnen (Fall-PatientInnen-Verhältnis) auf. Diese beiden Kennzahlen korrelieren miteinander, da überdurchschnittlich viele Behandlungen pro Patient oder Patientin auch zu überdurchschnittlich vielen Behandlungen insgesamt führen.

Die Ursache für die hohe Hospitalisationsrate ist nicht bekannt. Man könnte sie als Hinweis auf eine Drehtürpsychiatrie deuten. Wird die Beanspruchung psychiatrischer Behandlungen aufgrund der Pflegetage betrachtet, so liegt der Kanton Appenzell Ausserrhoden nur rund 1 % über dem Durchschnittswert des interkantonalen Vergleichs. Dies ist möglich, da der Kanton Appenzell Ausserrhoden im interkantonalen Vergleich weniger Patienten und Patientinnen pro 1'000 EinwohnerInnen behandelte und weil die Behandlungen eine tiefere durchschnittliche Aufenthaltsdauer aufweisen.

#### 4.1.2. Angebot stationärer Leistungen in Appenzell Ausserrhoden

Die Grundversorgung mit stationären psychiatrischen Leistungen wird grossteils vom PZA erbracht.

Auf Basis der Daten aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2010 bis 2012 des BFS sowie von Angaben des PZA resp. aufgrund der im Geschäftsbericht 2012 des SVAR publizierten Daten wurde die nachfolgende Tabelle mit dem innerkantonalen Angebot erstellt. Das PZA gehört zum SVAR. In Abbildung 3 sind wesentliche Leistungsdaten des PZA mit Kennzahlen für die Jahre 2010 bis 2012 abgebildet und Schweizer Durchschnittswerte als Vergleichswerte integriert:

	2010			2011			2012		
	PZA		CH	PZA		CH	PZA		CH
	Total	AR		Total	AR		Total	AR	
Austritte	543	351		510	318		629	393	
PatientInnen	375	231		371	233		436	258	
Pflege tage	20'091	12'683		19'700	12'614		21'092	13'637	
Betten (budgetiert)	54			54			54		
Betten (effektiv)	-*			-*			67		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Tage)	37.0	36.1	34.2	38.6	39.7	33.2	33.5	34.7	-*
Fall-PatientInnen-Verhältnis	1.45	1.52	1.35	1.37	1.36	1.34	1.44	1.52	-*
Bettenquote							1.26		

Datenquelle:

*kursiv: Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2010 - 2012 sowie Standardtabellen des BFS*

übrige: Angaben PZA / Geschäftsbericht SVAR 2012, S. 38

\* keine Angaben

**Tabelle 3: Stationäre Versorgung durch das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden**

Die Spalte "Total" betrifft die Leistungsdaten aller stationären psychiatrischen Behandlungen im PZA. In der Spalte "AR" werden die Leistungsdaten aller stationären psychiatrischen Behandlungen im PZA für Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden angegeben. Die Spalte "CH" enthält Schweizer Durchschnittswerte.

Für das Jahr 2012 budgetierte das PZA 54 Betten. Effektiv standen 67 Betten zur Verfügung. Für die Jahre 2010 und 2011 sind keine Angaben über effektiv vorhandene Betten verfügbar. Die angegebene Bettenquote wird aus dem Verhältnis der effektiv vorhandenen Bettenanzahl pro 1'000 EinwohnerInnen errechnet. Basis ist die Einwohnerzahl der Medizinischen Statistik des BFS per Ende 2011, welche 53'313 Personen angibt.

Während in Tabelle 2 alle erbrachten Leistungen für Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden betrachtet werden, führt Tabelle 3 einzig die durch das PZA erbrachten Leistungen auf.

Stellt man das Angebot des PZA der Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen im stationären Bereich gegenüber, könnte geschlossen werden, dass das PZA die Versorgung, sowohl in Betten wie auch in Pflege tagen gerechnet, allein sicherstellen kann. Aus einer reinen Kapazitätssicht ist dies zutreffend.

Berücksichtigt man hingegen auch das Leistungsspektrum, stellt man fest, dass das PZA z.B. Kinder- und Jugendliche sowie Patientinnen und Patienten mit neurologischen Erkrankungen nicht behandelt. Aufgrund des eingeschränkten Leistungsspektrums und der freien Spitalwahl gemäss Art. 41 Abs. 1 bis KVG, wurden von den in 2010 nachgefragten 16'770 Pflagetagen 12'683 respektive 76 % der Versorgung durch das PZA angeboten.

Bei der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden fällt für das PZA ein tendenziell hoher Wert beim Fall-PatientInnen Verhältnis (d.h. der Anzahl Austritte im Verhältnis zu den PatientInnen in einer Periode) auf. Ermittelt man den Wert für die Behandlung von ausserkantonalen Patienten und Patientinnen (d.h. Differenz aus der Spalte "Total" und "AR"), so erhält man für 2010 und 2012 einen Wert von 1.33 und für 2011 einen Wert von 1.39. Diese Werte sind nahe am schweizerischen Durchschnitt. Dies könnte mit den Leistungsbereichen erklärt werden, welche von ausserkantonalen Patientinnen und Patienten bei einer Behandlung im PZA vermehrt nachgefragt werden. Genauere Aussagen sind erst möglich, wenn bekannt ist, wie sich die Leistungsnachfrage im Einzelnen auf die inner- und ausserkantonalen Patienten und Patientinnen am PZA aufteilt.

Wie bei der Nachfrageanalyse im Bereich des stationären Angebotes des PZA gibt es auch in der Angebotsanalyse bei den unterschiedlichen verwendeten Datenquellen zu gewissen Leistungsdaten leichte bis grössere unerklärliche Abweichungen. Dies weist auf eine unzureichende Datenqualität hin. Die aus den Leistungsdaten gezogenen Schlussfolgerungen sind demnach vorsichtig zu interpretieren.

Neben dem PZA besteht in der Psychosomatik ein Angebot durch die Klinik Gais. Die Klinik Gais ist im Bereich der Rehabilitation<sup>4</sup> tätig und verfügt neben einer Abteilung in Kardiologie über eine psychosomatische Abteilung mit 70 Betten. Der stationäre Aufenthalt dauert in der Regel 4 Wochen. Insgesamt wurden in 2012 19'259 Pflagetage (720 innerkantonale und 18'539 ausserkantonale Patienten und Patientinnen) in diesem Bereich angeboten. Insgesamt stehen in der Klinik 154 Betten zur Verfügung, davon 70 im Bereich Psychosomatik. Das Angebot ist auf Patienten und Patientinnen mit guten Deutschkenntnissen ausgerichtet. Es umfasst unter anderem funktionelle Störungen, depressive Erkrankungen, körperliche Stressfolgezustände und Stresserkrankungen, psychische Störungen nach Extrembelastungen, psychosoziale Belastungssituationen, Angsterkrankungen und Phobien.

In 2010 haben sich 325<sup>5</sup> Patienten und Patientinnen aus Appenzell Ausserrhoden sowohl inner- wie auch ausserkantonale während 16'770<sup>6</sup> Tagen behandeln lassen. Dies bildet die gesamte Nachfrage der Bevölkerung nach stationären psychiatrischen Leistungen ab. 76 %<sup>7</sup> aller Patientinnen und Patienten haben hierzu das PZA aufgesucht (Medizinische Statistik der Krankenhäuser sowie Standardtabellen 2010 und Angaben PZA). 1'148 Pflagetagen respektive 6.85 % betreffen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen, welche vom PZA nicht angeboten werden (Interkantonaler Vergleich Psychiatrischer Angebotsstrukturen 2010).

---

<sup>4</sup> Sowohl die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS als auch der Interkantonale Vergleich Psychiatrischer Angebotsstrukturen führen die Klinik Gais als Rehabilitationsklinik. Die in Tabelle 2 abgebildeten Nachfragewerte enthalten auch psychiatrische Leistungen der Klinik Gais.

<sup>5</sup> Interkantonaler Vergleich Psychiatrischer Angebotsstrukturen 2010

<sup>6</sup> Medizinische Statistik der Krankenhäuser sowie Standardtabellen 2010 des BFS

<sup>7</sup> 12'683 Pflagetage des PZA im Verhältnis zu den 16'770 Pflagetagen insgesamt für Patienten und Patientinnen mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden 2010 (vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3)

## **4.2. Ambulante Versorgung**

Die ambulante Behandlung sollte in der Regel die erste Möglichkeit des Zugangs zu psychiatrischen Hilfen sein. Nachfolgend werden ambulante Angebote aufgeführt und wo möglich auch die Nachfrage beschrieben. Die vorliegende Darstellung ist aufgrund fehlender Daten nicht vollständig, eine umfassendes Bild vom Angebot in Appenzell Ausserrhoden und der Nachfrage der Bevölkerung des Kantons nach ambulanten inner- und ausserkantonalen Leistungen ist noch nicht möglich. Das Bild gilt es, im Rahmen der Umsetzung des Konzepts zu vervollständigen, wie dies auch in der Anhörung gefordert wurde.

### **4.2.1. Ambulante Grundversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen sowie niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen**

Hausärzte und Hausärztinnen spielen in der Grundversorgung psychisch Kranker (Erwachsene sowie Jugendliche und Kinder) auch in Appenzell Ausserrhoden eine zentrale Rolle. Sie sind für Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige wichtige Vertrauenspersonen und oftmals die erste Ansprechperson in gesundheitlichen Fragen. Psychische Erkrankungen sind so häufig, dass die Fachkapazitäten nicht ausreichen, um alle Betroffenen zu versorgen. Der Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Fachdiensten und den Hausärzten oder Hausärztinnen kommt daher für die Versorgung der Bevölkerung eine zentrale Bedeutung zu (vgl. 2.6.1).

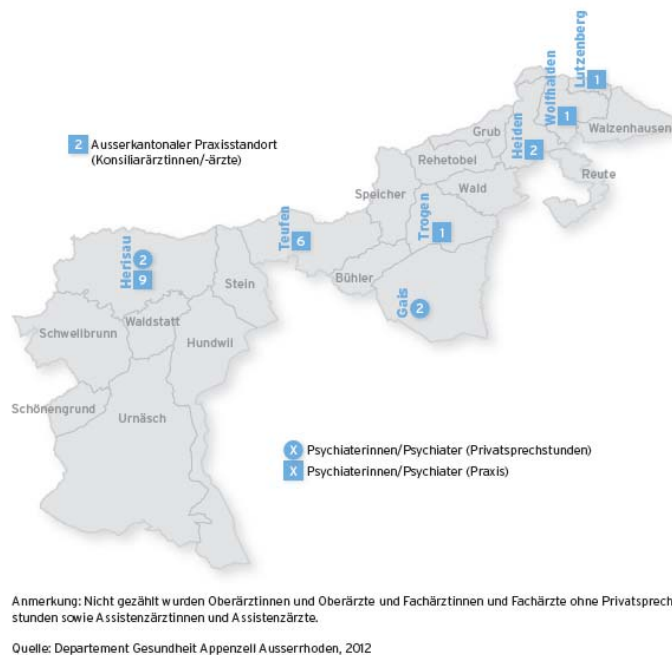
Bezüglich der in Appenzell Ausserrhoden tätigen Psychiater und Psychiaterinnen (vgl. zur Kinder- und Jugendpsychiatrie 4.4.1 sowie 4.7 zum Thema "Personal") äussert sich der Gesundheitsbericht 2012 wie folgt (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 54 f.):

"20 Psychiaterinnen und Psychiater betreiben ambulante Praxen oder sind in Gruppenpraxen angestellt und weisen zusammen einen Beschäftigungsumfang von 1'880 Stellenprozenten auf. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad beträgt 94.0 %. Zwei Personen sind als Konsiliarärztinnen und -ärzte registriert, betreiben jedoch keine eigene Praxis im Kanton. Vier Kaderärztinnen und Kaderärzte am Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden (PZA) sowie an der Klinik Gais führen ambulante Behandlungen im Rahmen der Privatsprechstundentätigkeit durch. Ambulante Behandlungen werden an den Kliniken auch von beaufsichtigten Assistenzärztinnen und Assistenzärzten oder von Oberärztinnen und Oberärzten vorgenommen. [...]

Von den 20 ausschliesslich ambulant tätigen Psychiaterinnen und Psychiatern haben drei eine Spezialisierung in Kinder- und Jugendpsychiatrie mit insgesamt 270 Stellenprozenten. [...]

Die ambulante psychiatrische Versorgung in Praxen im Kanton ist zurzeit für erwachsene Personen noch ausreichend. Doch zeigt die Altersstruktur, dass drei praktizierende Psychiaterinnen und Psychiater das Pensionsalter bereits erreicht haben. Ein Wegfall der Kapazitäten müsste entweder durch neue Psychiaterinnen und Psychiater oder durch einen vermehrten Einsatz von delegiert arbeitenden Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten [...] kompensiert werden."

Die Psychiater und Psychiaterinnen verteilen sich entsprechend der Nachfolgenden Darstellung über das Kantonsgebiet (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden, 2012, S. 55):



**Abbildung 2: Geografische Verteilung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in AR 2012**

Eine Erhebung Ende Mai 2013 zeigt, dass aktuell 31 Psychiater und Psychiaterinnen<sup>8</sup> mit einem Beschäftigungsgrad von 2'860 Stellenprozenten in Appenzell Ausserrhoden niedergelassen sind. Diese teilen sich wie folgt auf:

Die Zahl der niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen, welche in ambulanten Praxen oder Gruppenpraxen tätig sind, ist von 20 im 2012 auf 17 Personen mit einem Beschäftigungsumfang von 1'630 Stellenprozenten gesunken. Die Quote der niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen pro 1'000 Einwohner und Einwohnerinnen beträgt 0.32<sup>9</sup> und liegt deutlich unter der von der WHO für die Schweiz ermittelten Quote von 0.41 pro 1'000 Einwohner und Einwohnerinnen für das Jahr 2011 (WHO, 2011). Erfolgt im Kanton Appenzell Ausserrhoden für Erwachsene und Jugendliche bei niedergelassenen Psychiatern und Psychiaterinnen in nächster Zeit ein weiterer Kapazitätsabbau, so ist von einer Unterversorgung auszugehen. Geprüft werden muss in diesem Fall, inwieweit Kompensationsmöglichkeiten durch andere Spezialisten und Spezialistinnen bestehen und ob die Ausserrhoder Bevölkerung das fehlende Angebot im Kanton vermehrt ausserkantonale kompensiert.

Psychiater und Psychiaterinnen in St. Gallen sind für die Bevölkerung Ausserrhodens verkehrstechnisch gut erreichbar. Es ist nicht bekannt, wie viele Ausserrhoder Einwohner und Einwohnerinnen vom St. Galler Angebot Gebrauch machen und in welchem Umfang sie ambulant behandelt werden.

Sozialpsychiatrische Ambulatorien haben die Aufgabe, Behandlungen für Patientinnen und Patienten anzubieten, die aufgrund ihrer Erkrankung diese nicht von allein ausreichend wahrnehmen und/oder die, ebenfalls krankheitsbedingt, komplexere Hilfen benötigen, bei denen verschiedene Berufsgruppen (Ärzte

<sup>8</sup> 31 niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen, wovon 17 in ambulanten Praxen oder Gruppenpraxen, 7 im PZA, 4 in der Klinik Gais, 2 in der Klinik Teufen und 1 im santémed Gesundheitszentrum Teufen. Von den 17 Personen in ambulanten Praxen oder Gruppenpraxen sind 4 Personen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig.

<sup>9</sup> 17 PsychiaterInnen in ambulanten Praxen oder Gruppenpraxen im Verhältnis zu 53'313 EinwohnerInnen in Appenzell Ausserrhoden per Ende 2011 ergibt eine Quote von 0.32 pro 1'000 EinwohnerInnen.

und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie Pflegende) vernetzt zusammenarbeiten müssen.

Als Einrichtung mit komplex-ambulantem Angebot gibt es das Ambulatorium des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) des PZA in Herisau. Hier können Hilfen mit Massnahmen der Beschäftigung, der Arbeitsprobung und der Tagesstrukturierung verbunden werden.

Nach der Einführung von TARMED hat sich die sozialpsychiatrische Versorgung von ihrem Auftrag entfernt, da wichtige Berufsgruppen (psychiatrische Pflege und Sozialarbeit) über TARMED sehr schlecht refinanziert werden und daher in den Teams immer weniger beteiligt wurden. Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat sich der einer psychiatrischen Praxis angenähert; komplexe, vernetzte Hilfen traten in den Hintergrund. Erst seit Ende 2010 sind im Sozialpsychiatrischen Dienst wieder Pflegefachpersonen tätig.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des PZA betreibt im Vorderland (Heiden) an 2.5 Tagen in der Woche eine Aussensprechstunde. Dieses Angebot kann den Bedarf nicht decken und entspricht mit einer Besetzung durch eine Ärztin und eine Psychologin nicht dem sozialpsychiatrischen Aufgabenprofil.

Im Mittelland gibt es kein sozialpsychiatrisches Angebot.

Im Hinterland gibt es mit dem sozialpsychiatrischen Ambulatorium des PZA und der Aussensprechstunde des PZA am Spital Herisau ein quantitativ besseres sozialpsychiatrisches Angebot. Es ist zu prüfen, ob für die überwiegend auf den öffentlichen Verkehr angewiesenen Patienten und Patientinnen das sozialpsychiatrische Ambulatorium des PZA gut erreichbar ist.

Das Ambulatorium des PZA hat im Jahr 2012 für 765 Patienten und Patientinnen 10'714 Konsultationen durchgeführt. Davon waren lediglich acht Kinder oder Jugendliche sowie 155 Patienten oder Patientinnen im Alter von über 65 Jahren.

#### **4.2.2. Psychiatrische Tagesklinik**

In Appenzell Ausserrhoden bestehen kaum Tagesstrukturen. Entsprechend erfolgt eine Behandlung von Patienten und Patientinnen oft auch dann stationär, wenn bei entsprechendem Angebot eine Tagesklinik berücksichtigt werden könnte (vgl. dazu auch Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 70)

Als Tagesklinik beschäftigt die **Klinik Teufen** zwei Psychiater oder Psychiaterinnen sowie sieben Psychologen oder Psychologinnen. Diese behandeln im Bereich der Psychiatrie unter anderem Patienten und Patientinnen mit einem Burnout-Syndrom, mit Schmerz- sowie Anpassungsstörungen.

Patienten und Patientinnen werden in der Tagesklinik in Gruppen von rund 15 Personen vier bis sechs Wochen lang halbtags betreut. Darin enthalten sind je Patient und Patientin pro Woche zwei Einzelgespräche sowie zwei Gruppengespräche mit dem Psychiater respektive der Psychiaterin oder einem Psychologen respektive einer Psychologin.

In 2012 hat die Klinik Teufen rund 315 Patienten und Patientinnen während durchschnittlich fünf Wochen behandelt, davon 67 Personen (21 %) mit Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden. D.h. 2012 wurden 7'870 Pflage tage und 6'300 Konsultationen durchgeführt. Von den behandelten Patienten und Patientinnen haben 21 % ihren Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden, was 1'670 Pflage tagen entspricht.

Zusätzlich bietet die Klinik Teufen vor- und nachgelagerte ambulante Betreuung an und erstellt (schriftliche) Gutachten aus medizinisch-psychiatrischer Sicht zu versicherungspsychiatrischen Fragestellungen.

Neben der Klinik Teufen bestehen auch in der **Klinik Gais** gewisse tagesklinische Strukturen mit einem Angebot zur ambulanten Rehabilitation während einer Dauer von 8 Wochen. Die Klinik Gais führt ein psychosomatisches Ambulatorium für diagnostische Abklärungsgespräche (Vorgespräche) und poststationäre psychosomatische Nachbehandlungen. Die poststationäre psychosomatische Nachbehandlung dauert maximal drei Monate und wird von derselben Person (Arzt oder Ärztin resp. Psychotherapeut oder Psychotherapeutin) durchgeführt, die den Patient oder die Patientin auch stationär behandelte. Die Behandlungsfrequenz ist in der Regel ein psychotherapeutisches Einzelgespräch pro Woche oder ein Einzelgespräch alle zwei Wochen. Die psychotherapeutischen Einzelgespräche können über die Krankenkassen abgerechnet werden. Das Ambulatorium ist hauptsächlich als Ergänzung zum stationären Angebot ausgerichtet, kann jedoch in Einzelfällen auch von externen Patienten und Patientinnen genutzt werden. In 2012 wurden 498 Patienten und Patientinnen ambulant behandelt, wovon 103 den Wohnsitz in Appenzell Ausserrhoden haben.

Im **PZA** werden einige Patienten und Patientinnen im Tagespatientenstatus behandelt. Sie nehmen während der Woche an Therapien (Arbeits- und Ergotherapie) teil und werden während der Mittagszeit in einem individuell strukturierten Rahmen betreut. Diese Mittagsbetreuung ist Teil der Behandlung. Alle ein bis zwei Wochen besteht die Möglichkeit, einen Termin bei einem Therapeuten oder einer Therapeutin (Arzt oder Ärztin resp. Psychologin oder Psychologin) im Sozialpsychiatrischen Dienst zu vereinbaren. Auch wenn dieses Angebot für die betroffenen Menschen sehr hilfreich ist, kann es eine tagesklinische Behandlung, in der eine wesentlich engere ärztliche, psychologische und pflegerische Betreuung geboten wird, nicht ersetzen. Die Tageskosten für das reduzierte Angebot liegen deutlich unter den üblichen Tagessätzen tagesklinischer Behandlungen.

### **4.3. Soziale und psychosoziale Einrichtungen**

Der Begriff "soziale Einrichtungen" wird hier in einem weiteren Sinn verstanden und soll sich nicht allein auf die Umschreibung in Art. 2 Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) vom 20. September 2002 beziehen. Wichtig ist der Bezug zur Psychiatrie.

Soziale Einrichtungen sind nicht Inhalt dieses Konzept. Aus der Vielfalt vorhandener Angebote werden nachfolgend einige Beispiele dargestellt.

Gemessen an der Zahl der Einwohner und Einwohnerinnen gibt es in Appenzell Ausserrhoden viele gut vernetzte Einrichtungen, mit denen Institutionen der intensiv-ambulanten Behandlung die Zusammenarbeit suchen können. Vieles wird im Kanton auf Ebene der Gemeinden und ehrenamtlich besorgt. Unter dem Blickwinkel der Professionalisierung mag dies als Nachteil erscheinen. Mit Blick auf die Inklusion (vgl. 2.3.3) liegt im Engagement der Bürger und Bürgerinnen ein Potenzial, das von der Psychiatrie genutzt werden sollte.

Die sozialen Dienste in den Gemeinden sind keine anonymen Behörden. Oft handelt es sich um einzelne Personen, in grösseren Gemeinden sind es immer noch überschaubare Teams. Die Wege sind kurz. Enge und unbürokratische Zusammenarbeit in einem Kanton mit überschaubarer Grösse lebt davon, dass man sich kennt und miteinander Erfahrungen in der Zusammenarbeit sammeln kann. Diese enge Zusammenarbeit wird in Appenzell Ausserrhoden gepflegt; eine Chance für die Psychiatrie, welche nicht hoch genug bewertet werden kann.

#### 4.3.1. Hilfen zum selbständigen Wohnen

Wie in anderen Kantonen liegt auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden der Schwerpunkt der Wohnbetreuung in stationären Wohneinrichtungen. Es gibt verschiedene Wohnheime für psychisch Kranke und erwachsene Behinderte im Kanton, welche im Wesentlichen im Hinterland angesiedelt sind. Es besteht auch bei der Wohnbetreuung – ähnlich wie bei psychiatrischen Behandlungen – eine Gefahr, dass stationäre Massnahmen und Behandlungen nur deshalb erforderlich sind, weil eine andere Unterstützung nicht zur Verfügung steht.

In diese Lücke zielt das Angebot der vernetzten sozialpsychiatrischen Versorgung von Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden. Drei Organisationen bieten ambulante Begleitung an:

- Sozialbegleitung Appenzellerland (unter der Trägerschaft des Appenzellischen Hilfsvereins für psychisch Kranke, vgl. dazu [www.sozialbegleitung-appenzellerland.ch](http://www.sozialbegleitung-appenzellerland.ch))
- Pro infirmis (vgl. dazu [www.proinfirmis.ch](http://www.proinfirmis.ch))
- Psychiatrische Spitex (vgl. dazu [www.spitexar.ch](http://www.spitexar.ch))

Unter dem Link [http://www.proinfirmis.ch/uploads/media/Flyer\\_amb\\_BegleitungAR\\_AI.pdf](http://www.proinfirmis.ch/uploads/media/Flyer_amb_BegleitungAR_AI.pdf) ist eine Zusammenstellung des Angebots aufgeschaltet.

Ein weiteres Angebot bietet der Verein Säntisblick. Er führt in der Region Herisau vielfältige sozialpsychiatrische Angebote in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur und Beratung. Primäre Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit einer psychischen und sozialen Beeinträchtigung sowie Jugendliche / junge Erwachsene in der Adoleszenz. Im Leitbild formuliert der Verein sein Ziel wie folgt: "Wir unterstützen und begleiten Frauen und Männer mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, die sich zum Ziel gesetzt haben, weniger betreut oder selbständig wohnen, arbeiten und Beziehungen gestalten zu können." (vgl. dazu [www.saentisblick.org](http://www.saentisblick.org))

Die Stiftung tosam versteht sich als Stiftung für sozialtherapeutische Einrichtungen, die Menschen mit unterschiedlichsten Problemen Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten bietet (vgl. dazu [www.tosam.ch](http://www.tosam.ch)).

#### 4.3.2. Hilfen zum Arbeiten

Im Bereich Arbeiten gibt es drei nennenswerte Einrichtungen, welche im Hinterland (Herisau) angesiedelt sind und welche sich in ihrer Palette ergänzen:

- Angebote der (hochschwelligeren) beruflichen Integration, können bei der Institution "Dreischübe" genutzt werden. Die Teilnahme dort setzt in der Regel voraus, dass mit einem nahezu vollschichtigen Pensum regelmässig gearbeitet werden kann und dass eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt wahrscheinlich ist, da die Leistungen von der Invalidenversicherung (IV) finanziert werden.
- Für Personen, die in ihrer Leistungsfähigkeit und Ausdauer noch zu eingeschränkt sind, um eine berufliche Integrationsmassnahme mit hinreichender Aussicht auf Erfolg antreten zu können, bietet der Win-Win-Markt der Stiftung tosam in Herisau eine Alternative. Der Win-Win-Markt versteht sich als alternativer Arbeitsmarkt und ausdrücklich nicht als therapeutische Einrichtung. Das hat Vorteile:
  - Die Arbeit kann dort ohne den Druck, in einer vorgegebenen Zeit ein Rehabilitationsziel erreichen zu müssen, aufgenommen werden.
  - Wenn der WinWin-Markt Bedarf an einer Tätigkeit hat, können sehr individuelle Pensum vereinbart werden.



- Weil sich der WinWin-Markt ausdrücklich nicht als therapeutisches Angebot positioniert, sondern als alternativen Arbeitsmarkt für verschiedene Personen, die auf dem ersten Arbeitsmarkt aktuell nicht tätig sein können, wird kein getrenntes psychiatrisches Milieu geschaffen. Dies kommt dem Ziel der Inklusion näher.
- Wenn die Anforderungen im WinWin-Markt eine zu hohe Schwelle sind, so gibt es weitere Angebote:
  - Arbeitstherapie und Beschäftigungsstätte des PZA
  - Arbeits- und Kreativatelier der Sozialbegleitung Appenzellerland (vgl. dazu [www.sozialbegleitung-appenzellerland.ch](http://www.sozialbegleitung-appenzellerland.ch)): Es handelt sich um ein niederschwelliges Angebot für Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten, die aus krankheitsbedingten Gründen keiner geregelten Arbeit / Beschäftigung nachgehen können. Das Atelier bietet den Rahmen zur Stabilisierung der persönlichen Strukturen und fördert die soziale Integration. Es unterstützt den Ausbau der eigenen Kompetenzen und ermöglicht die Hinführung zur Arbeit im geschützten Rahmen.

#### 4.4. Verschiedene Anspruchsgruppen

##### 4.4.1. Anspruchsgruppe: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die **stationäre** psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gibt es auf dem Kantonsgebiet kein Angebot. Mit ausserkantonalen Angeboten, wie zum Beispiel der Klinik Sonnenhof in Ganterschwil (SG) oder der Clenia Littenheid (TG), wurden bisher keine Leistungsaufträge abgeschlossen. Eine Aufnahmepflicht durch diese Institutionen fehlt und damit besteht im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine akute Unterversorgung im Bereich der stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einzig zum Kinderschutzzentrum Romerhuus in St. Gallen wurde der Zugang bereits durch eine Leistungsvereinbarung sichergestellt. Das Romerhuus ist eine Psychotherapiestation mit 11 Plätzen, die für Kinder und Jugendliche in der Adoleszenz eine stationäre multidisziplinäre Diagnostik und Behandlung bereitstellt.

Im **ambulanten** Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren im Jahr 2012 drei Kinder- und Jugendpsychiater resp. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen mit einem Arbeitsumfang von 270 Stellenprozenten als tätig. Bis Ende Mai 2013 erhöhte sich die Zahl auf vier Personen mit insgesamt 330 Stellenprozent. Aufgrund der Alterstruktur dieser vier im Kanton tätigen Personen, ist die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den nächsten fünf bis zehn Jahren gefährdet, wenn nicht Neuzugänge erfolgen. Dies auch, weil im Kanton heute geeignete Kompensationsmöglichkeiten dieser Spezialisten und Spezialistinnen fehlen. (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 55 f., 70)

Als weiteres ambulantes Angebot stehen die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD) St. Gallen zur Verfügung, welche kurzfristig Abklärungen vornehmen können. Die KJPD sind von allen Orten in Appenzell Ausserrhoden mit dem öffentlichen Verkehr gut erreichbar. In 2011 wurden 178 Patienten und Patientinnen im zentralen Ambulatorium oder der Zweigstelle für Jugendliche des KJPD behandelt. Aufgrund der aktuellen Nachfrage nach ambulanten Leistungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erscheint die vertraglich vereinbarte Lösung mit dem KJPD angepasst.

##### 4.4.2. Anspruchsgruppe: Gerontopsychiatrie

Das PZA führt eine Aufnahmestation für Patientinnen und Patienten im AHV-Alter. Derzeit werden alle Patientinnen und Patienten in diesem Altersbereich schwerpunktmässig auf derselben Station behandelt. Eine medizinische Unterscheidung bei der Aufnahme erfolgt begrenzt, da aktuell keine differenzierten

Gerontopsychiatrischen Stationen bestehen. Patienten im AHV-Alter, für welche die geschlossene Demenzstation ein ungeeignetes Angebot darstellt, werden nach Möglichkeit auf anderen Stationen behandelt, die ein für sie geeigneteres Angebot bieten. Die Behandlung ist darauf ausgelegt, Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen sowie mit Gebrechlichkeit zu unterstützen. Ziel ist es, eine Besserung der Situation zu erreichen, z.B. die Wiedererlangung der Selbständigkeit oder die Reintegration in die Familie resp. ein Heim. Wo erforderlich wird die betroffene Person zur weiteren Behandlung weitervermittelt.

Für die Behandlung stehen den Patienten und Patientinnen Spezialisten oder Spezialistinnen auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie zur Verfügung. Diese erstellen in Ergänzung zum stationären Angebot psychiatrische Gutachten und bieten konsiliarische Tätigkeiten in Akutspitälern sowie in Alters- und Pflegeeinrichtungen an.

#### **4.4.3. Anspruchsgruppe: Suchtpatienten und -patientinnen**

Eine umfassende Suchttherapie wird in zwei Phasen eingeteilt: die Entzugstherapie und die Entwöhnungstherapie. Innerkantonale führt das PZA eine Entzug- und Therapiestation für Suchtkranke. Im Unterschied zu anderen Kliniken hat sich das PZA nicht auf die Behandlung einer Substanzgruppe spezialisiert, sondern behandelt Patienten und Patientinnen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen mittels verschiedener Stoffe und Substanzen. Die Behandlung beinhaltet sowohl den körperlichen Entzug wie auch die darauffolgende Entwöhnung. Sie wird individuell gestaltet und variiert daher stark in der Behandlungsdauer. Bei der Behandlung von Suchtpatienten und -patientinnen kooperiert das PZA mit verschiedenen ausserkantonalen spezialisierten Einrichtungen.

Ausserkantonale bietet das Spital Wattwil mit seiner Alkoholtherapiestation Psychosomatische Abteilung (PSA) sowohl den Entzug als auch die Entwöhnung von Alkohol an. Die Forel-Klinik in Ellikon an der Thur bietet dasselbe Angebot mit Fokus auf Alkohol- sowie Medikamenten- und Tabakabhängigkeit an. Die Stiftung Mühlhof in Tübach bietet Entwöhnung für Patienten und Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit an, wobei das Schwergewicht der Behandlung auf die soziale Reintegration und der Wiedererlangung der Arbeitsmotivation bei Alkoholkranken abzielt. Da der Mühlhof weder ein Listenspital ist und der Kanton St. Gallen als Standortkanton der IVSE im Bereich C bis heute nicht beigetreten ist, fehlt in Appenzell Ausserrhoden die Rechtsgrundlage für die kantonale Mitfinanzierung von Behandlungen im Mühlhof.

Ergänzend zur stationären Behandlung erbringen die Spezialisten und Spezialistinnen des PZA auch konsiliarische Tätigkeiten sowie ambulante Behandlungen im Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) und für stationäre Patienten und Patientinnen des PZA. Zudem arbeitet das PZA eng mit den kantonalen Behörden wie der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde oder der Beratungsstelle für Suchtfragen zusammen.

#### **4.4.4. Anspruchsgruppe: Forensik**

Die forensische Psychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, welches sich mit der Behandlung, der Begutachtung und der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern befasst. In besonderen Fällen werden diese Personen lebenslänglich verwahrt. Die stationären Behandlungen gelten nicht als Haftersatz und werden nicht an Haftstrafen angerechnet. Für die stationäre Behandlung fremdgefährdender oder fluchtgefährdeter Straftäter und Straftäterinnen arbeitet der Kanton Appenzell Ausserrhoden mit dem PZA und weiteren Kliniken wie der Psychiatrischen Klinik Rheinau oder der Klinik Münsterlingen zusammen.

Im Bereich der Forensik erbringen die Spezialisten und Spezialistinnen des PZA forensische Gutachten auf Anfrage von Gerichten, Anklagebehörden oder Massnahmenvollzugsbehörden. Die gutachterliche Beurteilung umfasst z.B. die Beurteilung der Schuldfähigkeit von Straftätern.

Integrative delikt- und störungsspezifische Behandlungen erfolgen bei den Patienten und Patientinnen in der Regel ambulant; Behandlungen im Rahmen eines Aufenthalts mit Tagespatientenstatus oder als stationärer Patient oder stationäre Patientin sind im Grundsatz möglich, werden bislang jedoch nicht durchgeführt, da sie eine sehr spezielle Indikationsprüfung erfordern.

#### **4.5. Optimierung des Behandlungsprozesses: Case Management (CM)**

In Einzelfällen wird das Case Management bereits heute im PZA angewandt. Es ist jedoch nicht institutionalisiert. Derzeit wird dem Thema im Rahmen der Behandlung Rechnung getragen, indem bereits heute Fallverantwortung wahrgenommen wird. Für jeden Patienten und jede Patientin ist jeweils eine Person während der Behandlung hauptverantwortlich. Diese Person bildet nach der Behandlung die Schnittstelle nach aussen.

#### **4.6. Psychiatrische Behandlung im Notfall**

##### **4.6.1. Psychiatrischer Notfalldienst (Notfalldienstarzt)**

Krisenintervention (vgl. dazu 3.6) wird in Appenzell Ausserrhoden in gestaffelten Angeboten erbracht:

Wenn sich eine Person in einer Krisensituation befindet und sie oder ihr soziales Netz überfordert ist, so besteht als niederschwelliges, leicht zugängliches Angebot die Dargebotene Hand, welche über das Telefon 143 oder via die Webseite [www.143.ch](http://www.143.ch) Krisensituationen auffängt und Kurzschlusshandlungen verhindern helfen kann. Die Dargebotene Hand nimmt über Telefon und Internet die Rolle einer verständnisvollen, einfühlsamen und unvoreingenommenen Gesprächspartnerin ein, welche zuhört und mit welcher die Ratsuchenden über alles reden können.

Über das Ärztefon (Telefonnummer 0844 55 00 55) – eine ärztliche Notfallnummer, welche der Kanton Appenzell Ausserrhoden und die Appenzellischen Ärztgesellschaft zur Verfügung stellen – kann der Notfalldienstarzt oder die Notfalldienstärztin erreicht werden. Wenn der Notfalldienstarzt oder die Notfalldienstärztin die Situation nicht gerade selbst betreut, so kann er oder sie wiederum via Ärztefon den ambulanten Notfallpsychiater oder die ambulante Notfallpsychiaterin anfordern. Unter Umständen folgt im Anschluss eine Klinikeinweisung. Neben selbständiger Einweisung kann ein Arzt oder eine Ärztin mit Berufsausübungsbewilligung im Notfall jederzeit eine fürsorgliche Unterbringung (FU) verfügen, sofern die Voraussetzungen dazu gegeben sind und die Regeln der ärztlichen FU eingehalten werden.

Der oder die Betroffene kann auch selbst an die Fachpersonen gelangen und z.B. das Ambulatorium des PZA kontaktieren. Das Ambulatorium des PZA bietet kurzfristige Gesprächstermine zur Krisenintervention an, möglichst binnen 24 - 48 Stunden.

Wenn eine stationäre Aufnahme zur Krisenintervention notwendig wird, ist der freiwillige Eintritt auf eine der Stationen des PZA jederzeit, auch für eine kurze Intervention, möglich. Die kleinen Behandlungseinheiten des PZA bieten dazu einen geeigneten Rahmen.

#### **4.6.2. Psychologische Erste Hilfe: Care-Team AR/AI**

Die Kantone Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden verfügen über ein gemeinsames Care-Team AR/AI, dessen Mitglieder dem Zivilschutz angehören und in ihrer Spezialfunktion dem Kantonalen Führungsstab zugeteilt sind. Das Team ist ein weitgehend eigenständiges Element, das jährlich bis zu einem Dutzend Ernstfalleinsätzen aufgeboten wird. Die jährliche Aus- und Weiterbildung nimmt einen hohen Stellenwert ein. 1999 wurde das Team im Auftrag der Ausserrhoder Regierung gegründet. Im Jahr 2002 schloss sich Innerrhoden an.

Menschen können nach extrem belastenden Ereignissen ausserordentliche Reaktionen unterschiedlichster Form und Stärke (akute traumatische Reaktionen) zeigen. Bei frühzeitiger Erkennung und angemessener Intervention können psychische Langzeitfolgen gemildert oder gar verhindert werden.

Das Care-Team AR/AI will bei Betroffenen ressourcenorientiert mit angemessenen Massnahmen unmittelbare psychische Folgen eines traumatischen Ereignisses reduzieren und – soweit möglich – psychische Langzeitfolgen verhindern. Das Care-Team AR/AI leistet diesbezügliche Einsätze während einer zeitlich limitierten Begleitung mit nebenamtlichen Mitarbeitenden. Ist aufgrund des hohen Grades einer psychischen Belastung oder einer entsprechenden Vorgeschichte eine Begleitung innerhalb des Angebotes des Care-Teams AR/AI nicht sinnvoll, wird eine weitergehende professionelle Behandlung empfohlen und bei Bedarf vermittelt.

Das Care-Team AR/AI bietet seine Dienstleistungen folgenden von einem Ereignis betroffenen Zielgruppen an: direkt betroffenen Menschen und ihren Angehörigen, Einsatzkräften verschiedener Hilfsorganisationen (z.B. Rettungsorganisationen, Bevölkerungsschutz) und anderen Institutionen sowie deren Angehörigen, Drittpersonen (z.B. Zeugen, indirekt Betroffenen), Institutionen der Kantone Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden sowie der weiteren Öffentlichkeit

Seelische und körperliche Folgeerscheinungen nach Belastung durch aussergewöhnliche Stresssituationen sollen vermieden werden. Das Angebot des Care-Teams AR/AI umfasst eine unmittelbare und zeitlich begrenzte psychologische Erste Hilfe und kann folgende Leistungen beinhalten: psychosoziale Betreuung von Einzelpersonen und Gruppen, Strukturierende Einzelgespräche, Demobilisation / Defusing, psychologisches Debriefing

Die Begleitung und Unterstützung erfolgt auf Anforderung über die kantonale Notrufzentrale.

#### **4.7. Personal (ambulant und stationär)**

Der Gesundheitsbericht für Appenzell Ausserrhoden äussert sich zum Personalbestand des PZA und stützt sich dabei auf Informationen des PZA. Danach wird "die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten des PZA [...] durch sieben Kaderärztinnen und Kaderärzte mit fachärztlicher Ausbildung in Psychiatrie/Psychotherapie gewährleistet. Ihr kumulierter Beschäftigungsumfang beträgt im Jahr 2011 518 Stellenprozente. Am PZA sind keine Beleg- und Fachärztinnen und -ärzte tätig. [...] Im nicht-ärztlichen medizinischen Bereich sind rund 130 Stellen besetzt. In diese Kategorie fallen neben dem Pflegefachpersonal auch die Sozialen und therapeutischen Dienste. Bei der Entwicklung des Beschäftigungsgrads im Zeitverlauf fällt auf, dass das Hilfspflegepersonal abnimmt. Der Personalarückgang wird teilweise durch Zugänge beim diplomierten Fachpersonal kompensiert. [...] Die Entwicklung des Beschäftigungsgrads beim nicht-medizinischen Personal war in den letzten Jahren unauffällig". (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 96 f.)

Der Geschäftsbericht 2012 des SVAR liefert zum Personalbestand folgende Zahlen (Geschäftsbericht 2012 SVAR, 2012, S. 38):

	2011 (Vollzeitstellen)	2012 (Vollzeitstellen)
Ärzte	19	17
Pflege	132	129
Med.-Techn./-Therapeut. Bereiche, Therapien	25	22
Hotellerie	36	35
Technischer Dienst	7	7
Personalrestaurant	4	3

**Tabelle 4: Personalbestand PZA 2011 und 2012**

Für den Bereich der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen im PZA führt der Gesundheitsbericht des Kantons bezüglich der Schwerpunkte aus, dass am meisten Ausbildungsstellen von angehenden Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit belegt werden. "Daneben werden zudem Assistenzärzte und Assistenzärztinnen sowie Pflegefachpersonen mit Höherer Fachausbildung (HF) ausgebildet. Die Zahl der Ausbildungsstellen schwankt im Zeitverlauf in den einzelnen Berufsgruppen teils erheblich [...]" (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 97). Im 2011 wies das PZA folgende Ausbildungsplätze auf: 9 Plätze für Assistenzärzte und -ärztinnen, 13 Plätze für Fachfrau und Fachmann Gesundheit sowie 19 Plätze für Pflegefachpersonen HF. (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 93)

Im Bereich der Ausbildung zeigt der Geschäftsbericht 2012 des SVAR folgendes Bild (Geschäftsbericht 2012 SVAR, 2012, S. 38):

	2011 (Vollzeitstellen )	2012 (Vollzeitstellen)
Ärzte	0	26
Pflege	21 (+ 5 Praktikanten/innen)	1 (+ 9 Praktikanten/innen)
Med.-Techn./-Therapeut. Bereiche, Therapien	2	11
Hotellerie	9	0
Technischer Dienst	0	0
Personalrestaurant	0	0

**Tabelle 5: Auszubildende PZA 2011 und 2012**

Obschon die Angaben aus derselben Quelle stammen und die Situation am PZA abbilden, weichen die Zahlen des Gesundheitsberichts 2012 von denjenigen des Geschäftsberichts 2012 des SVAR ab und unterscheiden sich teilweise auch von Periode zu Periode.

Um ein vollständiges Bild der Personalressourcen zu erhalten, welche zur Erfüllung der Aufgaben in der Psychiatrie zur Verfügung stehen, gilt es, die Datenbasis des PZA zu vereinheitlichen. Es müssen aber auch alle weiteren im Kanton tätigen Fachpersonen mit Blick auf die Umsetzung neu definierter Strategien für den Bereich Psychiatrie berücksichtigt werden.

Für Psychologen und Psychologinnen, welche in vielen Fällen die Tätigkeit von Psychiatern und Psychiaterinnen ergänzen, liegen aufgrund der Berufsausübungsbewilligungspflicht Daten vor. So kann festgestellt werden, dass Ende Mai 2013 46<sup>10</sup> Psychologen und Psychologinnen mit einem Beschäftigungsgrad von 2'990 Stellenprozenten über eine Berufsausübungsbewilligung in Appenzell Ausserrhoden verfügen.

<sup>10</sup> 2012 betrug die Anzahl der Personen mit Berufsausübungsbewilligung "Psychologie" 26 (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden, 2012, S. 57). Es wird vermutet, dass der Anstieg der Berufsausübungsbewilligungen auf die Inkraftsetzung des Psychologieberufegesetzes [935.81] per 1. April 2013 zurückzuführen ist.

Davon sind sieben in der Klinik Teufen sowie drei in der Klinik Gais tätig. Die Angaben zur Anzahl und zum Beschäftigungsgrad von in Appenzell Ausserrhoden tätigen Psychiatern und Psychiaterinnen (vgl. 4.2.1) sowie Psychologen und Psychologinnen beruhen auf Meldungen. Neben möglichen Unschärfen als Folge daraus, fehlen Angaben welche Leistungen im Einzelnen zu welchem Umfang erbracht worden sind.

Neben der Sicherstellung der Datenqualität, gilt es auch, Personen aus den weiteren psychiatrischen Angeboten wie den sozialen und psychosozialen Einrichtungen zu erfassen. Erst wenn die Ist-Situation vollständig ermittelt ist, kann mit Blick auf die Soll-Situation der allfällige Bedarf an weiteren Fachpersonen im Einzelnen bestimmt werden. Anschliessend gilt es, Lösungen zu suchen, wie festgestellte Defizite beseitigt werden können.

#### **4.8. Gesundheitsförderung und Prävention**

Zu den Institutionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen äussert sich der Gesundheitsbericht wie folgt:

"Appenzell Ausserrhoden betreibt teilweise eigene Organisationseinheiten im Präventionsbereich. Verschiedene Einrichtungen oder Programme werden mit anderen Ostschweizer Kantonen gemeinsam getragen. Der Kanton hat ferner mit mehreren privaten Organisationen Leistungsvereinbarungen getroffen oder unterstützt sie mit einem Beitrag. Der Regierungsrat legt Wert darauf, dass die Bevölkerung von qualitativ hoch stehenden und gleichzeitig kostengünstigen Angeboten der Gesundheitsvorsorge und Prävention profitieren kann. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen innerhalb des Kantons und kantonsübergreifend ist deshalb unabdingbar. Zielgruppen, Themen und Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung und Prävention sind sehr vielfältig; dies spiegelt sich auch in der Zahl der auf diesem Gebiet aktiven Institutionen." (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 125)

##### **4.8.1. Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit**

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden weist im interkantonalen Vergleich eine hohe Suizidrate auf. Suizide stehen zu 90 % in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, zumeist Depressionen. Im Rahmen des Regierungsprogramms 2007 - 2011 wurde deshalb das "Ausserrhoder Bündnis gegen Depression" gestartet. Ziel war es, die Bevölkerung für das Thema Depression zu sensibilisieren und die Betroffenen zur rechtzeitigen Hilfesuche zu ermutigen. Seit 2012 beteiligt sich der Kanton zusammen mit Appenzell Innerrhoden und St. Gallen an einem interkantonalen Nachfolgeprojekt, dem Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit, welches die Anliegen des Bündnis gegen Depression weiterführt. "Der Kanton finanziert einerseits die unter dem Projekt «Ausserrhoder Bündnis gegen Depression» lancierten Projekte, insbesondere das Projekt «Kinder psychisch erkrankter Eltern – vergessene Kinder?», andererseits unterstützt er ausgewählte Organisationen, die in Krisensituationen Betroffenen oder auch Angehörigen helfen." (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 122)

##### **4.8.2. Weitere Organisationen**

Zur Sicherstellung psychischer Gesundheit leisten neben dem Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit weitere Institutionen im Kanton und in der Ostschweiz wichtige Beiträge in der Prävention (vgl. Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 129):

- Medizinisch-psychiatrische Angebote: Mühlhof-Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation (Alkohol); Psychosomatische Abteilung des Spitals Wattwil (Alkoholkurzzeittherapie) sowie die Entzugs- und Therapiestation des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden; Kinder und Jugendpsychiatrischer Dienst St. Gallen (auch für Appenzell Ausserrhoden zuständig).
- Psychosoziale Angebote: Dargebotene Hand Ostschweiz und Fürstentum Liechtenstein; Opferhilfe; Jugendkontaktpolizei und Kinderschutzgruppe Appenzell Ausserrhoden; Care-Team Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden.
- Selbsthilfegruppen: Selbsthilfegruppen haben in der gesamten Medizin eine zunehmende Bedeutung im Sinne der Selbstorganisation und Vertretung Betroffener. Sie stellen unter dem Blickwinkel des Empowerment einen wichtigen von Betroffenen selbst organisierten Teil der Hilfen dar. Gerade im Bereich psychischer Erkrankungen hat Selbsthilfe eine besondere Bedeutung. Es gibt Selbsthilfegruppen für Betroffene, für Angehörige und für Eltern. Selbsthilfe kann nur dann wirksam werden, wenn sie den Betroffenen, Angehörigen und Eltern auch bekannt ist. Selbsthilfegruppen brauchen Räume, in denen sie sich treffen können. Die in der Versorgung psychisch Kranker tätigen Institutionen im Kanton Appenzell Ausserrhoden sind angehalten, den Kontakt mit den in ihrem Bereich tätigen Selbsthilfegruppen zu pflegen und Selbsthilfegruppen zu unterstützen.

Beispiele von Selbsthilfegruppen im Kanton sind: Verein für Angehörige psychisch Kranker (VASK); Nebelmeer: Selbsthilfvereinigung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben; Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen KOSCH ([www.selbsthilfegruppen.ch](http://www.selbsthilfegruppen.ch)).

Diese Auflistung ist nicht abschliessend. Das Angebot verändert sich laufend.

## **5. Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Psychiatrie (Soll-Situation)**

Ausgangspunkt der Betrachtungen zur künftigen psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung in Appenzell Ausserrhoden bilden die in der Einleitung zu Kapitel 2 formulierten "wesentlichen Grundlinien", welche aus dem Entwurf Weiss übernommen wurden. Sie werden als Leitlinien übernommen und punktuell ergänzt.

- Die Schaffung niederschwelliger Behandlungsangebote, welche eine frühe Intervention ermöglichen, wird befürwortet. Die Psychiatrie kommt zu den Menschen.
- Für Patienten und Patientinnen, welche in der Lage sind, entsprechende Hilfen aktiv wahrzunehmen und zu koordinieren, sind spezialisierte Behandlungsangebote zur Verfügung zu stellen.
- Die von der psychischen Erkrankung betroffene Person ist in ihrer Position zu stärken, indem ihre Ressourcen beachtet und berücksichtigt werden. Hilfe zur Selbsthilfe.
- Die Hilfeplanung ist personenzentriert – mit Fokus auf die betroffene Person – auszugestalten. Dies erfordert Durchlässigkeit der Strukturen und psychiatrische Einrichtungen, welche auch besonderen Bedürfnissen, welche z.B. mit dem Geschlecht, dem Lebensalter dem kulturellen Hintergrund oder dem körperlichen Gesundheitszustand zusammenhängen, gerecht werden.
- Es ist auf Infrastrukturen hinzuarbeiten, welche Mitmenschlichkeit und Kontinuität der Behandlung und Betreuung über Sektorgrenzen hinweg ermöglichen (ambulant, stationär, Rehabilitation). Die Koordination ist sicherzustellen.
- Vernetzung der Hilfen und Nutzung von Ressourcen im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld. Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit erfolgt auch zwischen den Institutionen und Organisationen (Gemeinden und Kantone).

### **5.1. Stationäre Versorgung**

Aktuell hat Appenzell Ausserrhoden im Bereich der Psychiatrie einzig mit dem SVAR einen Leistungsvertrag abgeschlossen. Wie beschrieben (vgl. 3.1.2), wird für Appenzell Ausserrhoden eine leistungsorientierte Versorgungsplanung angestrebt. Hierzu muss die Leistungsnachfrage der Bevölkerung von Appenzell Ausserrhoden im Einzelnen bekannt sein. Danach wird das Angebot kantonaler und ausserkantonalear Anbieter geprüft und anschliessend können neue Leistungsaufträge abgeschlossen werden.

Zur angestrebten stationären Versorgung der verschiedenen Anspruchsgruppen vgl. 5.4.

### **5.2. Ambulante Versorgung**

Neben der Erhebung von Daten zu Angebot und Nachfrage im Kanton gilt es im Rahmen des Auf- resp. Ausbaus der ambulanten Versorgung, Klarheit über den Anteil ausserkantonal beanspruchter Leistungen, die Frage der Erreichbarkeit der Angebote, Fragen der Koordination, die Zusammenarbeit und die Triage zu schaffen. Ein wichtiger Faktor mit Blick auf die Therapien und auf die Kosten sind die Grössenverhält-



nisse im Kanton, indem u.U. Mindestgrössen, welche für den Betrieb einer Einrichtung erforderlich sind, nicht oder nur ganz knapp erreicht werden.

#### **5.2.1. Ambulante Grundversorgung durch Hausärzte und Hausärztinnen sowie niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen**

Wie die Ausführungen unter 4.2.1 gezeigt haben, ist aufgrund der Anzahl niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen – verglichen mit Referenzgrössen – und auch aufgrund der vorhandenen Ambulatorien von einer Unterversorgung auszugehen.

#### **5.2.2. Psychiatrische Tagesklinik**

In Appenzell Ausserrhoden bestehen in der Psychiatrie kaum ambulante Tagesstrukturen (vgl. 4.2.2). Entsprechende Angebote sind aufzubauen, nachdem Klarheit über die Nachfrage durch Betroffene und das bereits vorhandene Angebot besteht.

### **5.3. Soziale und psychosoziale Einrichtungen**

Wie dargelegt (vgl. 4.3), gibt es in Appenzell Ausserrhoden zahlreiche gut vernetzte Einrichtungen. Vieles wird auf Ebene der Gemeinde und ehrenamtlich geleistet. Diese Strukturen sind in die Umsetzung des Grundlagenpapiers Psychiatrieversorgung zu integrieren. Wo möglich und zielführend ist eine Zusammenarbeit und Koordination anzustreben.

### **5.4. Verschiedene Anspruchsgruppen**

#### **5.4.1. Anspruchsgruppe: Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Im Bereich der **stationären** Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht im Kanton Appenzell Ausserrhoden eine akute Unterversorgung (vgl. 4.4.1). Ziel der Spitalplanung Psychiatrie ist es, die Angebote von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in der Region zu prüfen und Leistungsaufträge zur Sicherstellung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen abzuschliessen.

Für die **ambulante** psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kanton steht neben den vier im Kanton tätigen niedergelassenen Psychiatern und Psychiaterinnen mit Spezialisierung in Kinder- und Jugendpsychiater das Angebot der KJPD zur Verfügung (vgl. 4.4.1). Ob das ermittelte Angebot der Nachfrage durch Patienten und Patientinnen des Kantons entspricht, ist durch entsprechende Erhebungen zu überprüfen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist wie dargelegt die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen besonders zu prüfen (vgl. 3.4.1).

#### **5.4.2. Anspruchsgruppe: Gerontopsychiatrie**

Die Entwicklungen und Bedürfnisse im Bereich der Alterspsychiatrie des Kantons sind im Rahmen des Geriatriekonzeptes eingehend zu prüfen (Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012, 2012, S. 117).

#### **5.4.3. Anspruchsgruppe: Suchtpatienten und -patientinnen**

Es ist zu prüfen, ob die Leistungsnachfrage von Suchtpatienten und -patientinnen aus Appenzell Ausserrhodon durch die bestehenden Angebote in der gewünschten Form gedeckt ist.

#### **5.4.4. Anspruchsgruppe: Forensik**

Es ist zu prüfen, ob die Nachfrage nach forensischen Leistungen für Patienten und Patientinnen aus Appenzell Ausserrhodon in der gewünschten Form gedeckt ist. Zudem ist die Zusammenarbeit mit anderen Kantonen zu evaluieren.

#### **5.5. Optimierung des Behandlungsprozesses: Case Management (CM)**

Auch wenn in Einzelfällen Case Management bereits heute angewandt wird, so ist es nicht institutionalisiert (vgl. 4.5). Ein Case Management ist auch für Appenzell Ausserrhodon aufzubauen. Im Rahmen der Umsetzung des Grundlagenpapiers Psychiatrieversorgung ist zu prüfen, wie das Case Management im Einzelnen erfolgen soll. Besondere Bedeutung erhalten auch für Appenzell Ausserrhodon die Fragen, wie, wo und durch wen die umfassende Koordination und Steuerung im Einzelnen erfolgt. Im Rahmen der Umsetzung ist die Sicherstellung der Finanzierung zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung erhält auch für diesen Bereich die fachliche Qualifikation der Case Manager und Managerinnen.

#### **5.6. Personal (ambulant und stationär)**

Die Rekrutierung von qualifiziertem Fachpersonal (mit einer Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie) ist schwierig. Dem hohen Ausbildungsaufwand steht ein im Vergleich mit anderen Fachgruppen tieferes Einkommen entgegen, was mit ein Grund sein dürfte, weshalb ein Mangel an verfügbaren qualifizierten Personen in der Psychiatrie und Psychotherapie festgestellt wird. Entsprechend stehen Forderungen im Raum, die Kostenbelastung für die Psychotherapie-Weiterbildung zu reduzieren, die Praxisorientierung des Weiterbildungs-Curriculums zu erhöhen und es gleichzeitig in zeitlicher Hinsicht zu straffen.

Im Rahmen der Umsetzung des Grundlagenpapiers Psychiatrieversorgung ist die erforderliche Qualifikation des Personals zu berücksichtigen, besonders im Rahmen des Aufbaus neuer Angebote (ambulanter Strukturen).

## Literatur

- Andreae, A., Schröder, S., & Schuetz, C. (2006). *Intensive Case Management im Modellprojekt Integrierter Psychiatrie Winterthur (Zürich/Schweiz): Evaluation eines 3-jährigen Pilotversuches*. Paper presented at the SGPP-Kongress.
- AR. (2010). Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden 2012 - Versorgungsbericht: Kanton Appenzell Ausserrhoden - Department Gesundheit.
- Becker, T., Hoffmann, H., Puschner, B., & Weinmann, S. (2008). *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*: Kohlhammer.
- Berger, M. (2004). Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 75(2), 195-204. doi: 10.1007/s00115-004-1681-z
- BFS. (2009). Suizide und Suizidversuche *Bundesamt für Statistik, Todesursachenstatistik*: OBSAN.
- Bock, T. (2011). Und sie bewegt sich doch ...! *Soziale Psychiatrie*, 02/2011.
- Brenner, H. D., Junghan, U., & Pfammatter, M. (2000). Gemeindeintegrierte Akutversorgung Möglichkeiten und Grenzen. *Der Nervenarzt*, 691-699.
- Deegan, G. (2003). Discovering recovery. *Psychiatric rehabilitation journal*, 26(4), 368-376.
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social work in health care*, 25(3), 11-24.
- Deegan, P. E. (2010). A web application to support recovery and shared decision making in psychiatric medication clinics. *Psychiatric rehabilitation journal*, 34(1), 23-28. doi: 10.2975/34.1.2010.23.28
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, . . . DGRW. (2009). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie - Unipolare Depression - Langfassung (Vol. Version 1.1  
Dezember 2009 ).
- Dörner, K. (2009). *Exklusionsstrategien der gemeindepsychiatrischen Träger oder Paradigmenwechsel in der Gemeindepsychiatrie* Paper presented at the Impulstagung Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2009, Kassel.  
[http://psychiatrie.de/data/pdfs/8e/08/00/Impulstagung\\_Dachverband\\_2009\\_Klaus\\_Doerner.pdf](http://psychiatrie.de/data/pdfs/8e/08/00/Impulstagung_Dachverband_2009_Klaus_Doerner.pdf)
- Eikelmann, B. (2010). Zertifizierte Fortbildung. Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. Day hospital treatment in psychiatry / CME-Fragebogen *Der Nervenarzt* (Vol. 81).
- GDK. (2006). Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe "Spitalplanung ". - Entwurf zur Vernehmlassung. Bern.
- GDK. (2008). Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe "Spitalplanung ". Bern.
- Geschäftsbericht Luzerner Psychiatrie, 2012, St. Urban (www.lups.ch)
- Geschäftsbericht 2012 Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden, 2012, Herisau
- Gesundheitsbericht Appenzell Ausserrhoden 2012 (2012), Herisau

- Guhne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Atav, E. S., Becker, T., & Riedel-Heller, S. (2011). [Home Treatment: Systematic Review and Implementation in Germany.]. *Psychiatrische Praxis*. doi: 10.1055/s-0030-1248598
- Hochreutener, N. (2011). [Persönliche Mitteilung].
- ipw. (2010). Patienten und Zuweiser zufriedener Retrieved 06.03.2011, 2011, from [http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/aktuell/medienmitteilungen/patienten\\_und\\_zuweiserzufriedener.html](http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/aktuell/medienmitteilungen/patienten_und_zuweiserzufriedener.html)
- Kägi, B. (2009). Psychiatriekonzept.
- KPD-SN. (2009). Jahresbericht 2009.
- Kraan, K. (2010). *Gemeindeintegrierte Akutbehandlung*. Paper presented at the Sätis-Psychiatrie-Tagung 2010, St. Gallen.
- Krumm, S., & Becker, T. (2011). [Parenthood as a (new) challenge for psychiatric services]. *Psychiatr Prax*, 38(1), 1-3. doi: 10.1055/s-0030-1265944
- Kunze, H. (1997). *Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund*. Paper presented at the apk-Tagung: Personenzentrierte Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Bonn.
- LVR. (2011). LVR-Klinik Langenfeld Familienpflege, from <http://www.klinik-langenfeld.lvr.de/behandlungsangebote/spezielle+externe+angebote/familienpflege.htm>
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., . . . Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Health technology assessment*, 5(21), 1-75.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Kapfhammer, H. P. (2005). *Psychiatrie & Psychotherapie* (2. Auflage ed.): Springer.
- Muschik, E. (2009). *Inklusion psychisch kranker Menschen - Europäische Perspektiven*. Paper presented at the Impulstagung Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2009, Kassel. [http://psychiatrie.de/data/pdf/82/08/00/Inklusion\\_Kassel\\_2009\\_Muschik.pdf](http://psychiatrie.de/data/pdf/82/08/00/Inklusion_Kassel_2009_Muschik.pdf)
- PUK. (2011). Gemeindeintegrierte Akutbehandlung unter Zuhilfenahme von Gastfamilien im Sektor Ost der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich Retrieved 06.03.2011, 2011, from <http://www.gastfamilien.ch/page4/page4.html>
- Richter, D. (2009). *Von der Exklusion zur Inklusion: Empirische Befunde und theoretische Überlegungen*. Paper presented at the Impulstagung Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. 2009, Kassel. [http://psychiatrie.de/data/pdfs/55/08/00/Kassel\\_Inklusion\\_2009\\_Dirk\\_Prof.\\_Richter.pdf](http://psychiatrie.de/data/pdfs/55/08/00/Kassel_Inklusion_2009_Dirk_Prof._Richter.pdf)
- Richter, D. (2010a). [Evaluation of a residential care and supported housing program in the regional association of Westphalia-Lippe]. [Comparative Study]. *Psychiatrische Praxis*, 37(3), 127-133. doi: 10.1055/s-0029-1223403
- Richter, D. (2010b). Psychiatriekonzept für den Kanton Appenzell Ausserrhoden. Bern.

- Schläppi, R. (2010). Case Management - Kooperation im Dienste des Patienten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 91(36), 1399-1401.
- SG\_Psychiatrische\_Dienste\_Süd. (2009). Qualitätsbericht 2009.
- Siegrist, M., Orlow, P., & Giger, M. (2006). Weiterbildung und Arbeitssituation aus Sicht der Assistenzärzte. *Schweizerische Ärztezeitung*, 10/2006, 379-386.
- SVAR. (2011). Geschäftsbericht 2010 - Hauptteil: Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden.
- Thurgau. (2008). Spitalliste 2008: Gesundheitsamt Thurgau.
- UPD. (2011). Familienpflege (Angebote für Erwachsene) Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) - Kanton Bern, from [http://www.upd.gef.be.ch/upd\\_gef/de/index/angebote-erwachsene/angebote\\_fuer\\_erwachsene/arbeit-wohnen/familienpflege.html](http://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/angebote-erwachsene/angebote_fuer_erwachsene/arbeit-wohnen/familienpflege.html)
- Weinmann, S., & Gaebel, W. (2005). Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 76(7), 809-821. doi: 10.1007/s00115-004-1851-z
- Weinmann, S., Puschner, B., & Becker, T. (2009). Innovative Versorgungsstrukturen in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 80(1), 31-39. doi: 10.1007/s00115-008-2616-x
- WHO. (2005). Mental Health Atlas 2005 *profiles\_countries\_s1*.
- WHO (2011), Mental Health Atlas 2011 - Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Switzerland, gefunden unter: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles/che\\_mh\\_profile.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/che_mh_profile.pdf) am 14.05.2013
- WOK. (2011). Psychiatrische Familienpflege Betreutes Leben in Gastfamilien, from <http://www.wohkonferenz.ch/web/wok/wohnfuehrer/wohnangebote/psych-familienpflege.html>