

Fachkonzept Alterspsychiatrie 2022

Impressum

Autorinnen und Autoren

Christoph Alber, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, speziell Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, in Praxis, Basel

Linda Gotsmann, Leitung Pflege und Betreuung, Gustav Benz Haus, Basel

Titus Natsch, Direktor Spitex Region Birs GmbH, Reinach

Stefan Otth, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Praxis, Sissach

Silvia Tenés Reino, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychiatrie Baselland, Chefärztin Alterspsychiatrie, Liestal

Sarah Trost, PD Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Altersmedizin

Felix Platter, Co-Standortleitung Alterspsychiatrie, Basel

Projektbegleitung

Gabriele Marty, Leiterin Abteilung Alter, Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, Liestal

Barbara Hoch, Mitarbeiterin Abteilung Alter, Amt für Gesundheit, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, Liestal

Ausserdem haben zu Beginn der Arbeiten mitgewirkt

Thomas Leyhe, Prof. Dr. med., ehemaliger Chefarzt Alterspsychiatrie, Universitäre Altersmedizin Felix Platter und Ärztlicher Leiter, Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel

Stephan Rüedi, Leiter Betreuung und Pflege, Wohnhaus Vogesenstrasse/Sternenhof, Basel

Versand durch

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

Stand: Dezember 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Abgrenzung und Schnittstellen zu anderen Bereichen	5
2	Wo geht es hin? Trends	5
2.1	Demographische Trends.....	5
2.1.1	Alterung	5
2.1.2	Individualisierung und Zunahme Einpersonenhaushalte.....	5
2.2	Sozioökonomische Trends	6
2.2.1	Gesundheitsökonomische Trends.....	6
2.2.2	Fachkräftemangel.....	6
2.2.3	Sicherung der Selbstbestimmung im Alter	9
3	Angebote der Grundversorgung	10
3.1	Aufbau einer ambulanten und aufsuchenden Behandlung, speziell Psychiatrie- Spitex	10
3.2	Management von chronischen Krankheiten	11
3.3	Prävention	12
3.4	Krisenintervention und Akutbehandlung	13
3.5	Psychosoziale alterspsychiatrische Behandlung und Begleitung	13
3.6	Altersspezifische psychotherapeutische Basisangebote	14
3.7	Kooperation und Integration von Somatik und Psychiatrie	17
3.7.1	Kollaborative somatische und psychiatrische Versorgung	17
3.7.2	Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie	18
3.7.3	Angehörigenbegleitung.....	18
3.8	Exkurs: Alterspsychiatrische Versorgung in der Langzeitpflege.....	19
4	Störungsspezifische Angebote	22
4.1	Demenzen	22
4.2	Depressionen und Angststörungen.....	24
4.3	Abhängigkeitserkrankungen im Alter	26
5	Konsequenzen für die Versorgung in der GGR aus Sicht der Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie.....	27
6	Literatur	29
7	Anhang.....	30
7.1	Abgrenzung und Schnittstellen zu anderen Bereichen	30
7.2	Zahlen und Daten Demographie GGR	32
7.3	Langzeitpflege	32
7.4	Bestehende und fehlende Angebote in der Alterspsychiatrie	34

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

1 Abgrenzung und Schnittstellen zu anderen Bereichen

Im Stadtkanton sind die Angebote schon rein geographisch gebündelt und wegen der lediglich drei Gemeinden auch einfacher über Beratungsstellen abrufbar. Im Landkanton mit 86 Gemeinden bestehen diversifiziertere Wege; es müssen im Kanton Basel-Landschaft klare Anlaufstellen definiert werden.

Im Kanton Basel-Landschaft wurden infolge der Umsetzung des Altersbetreuungs- und Pflegegesetzes (APG) vom 16. November 2017 Versorgungsregionen definiert, in denen jeweils eine Beratungsstelle Abklärungen vornehmen, Beratungen anbieten und ggf. für Betroffene Angebotspakete definieren und koordinieren soll. Die Beratungsstellen befinden sich im Aufbau.

Wie im Kanton Basel-Landschaft braucht es auch in der Stadt Basel eine Dezentralisierung der Angebote. Beratungs- und Anlaufstellen, Spitex-Dienste und Heime sind quartierbezogen einzurichten. (Für eine Übersicht der Angebote in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft siehe tabellarische Aufstellung im Anhang 7.1 Tabellen A.1 und A.2.)

2 Wo geht es hin? Trends

2.1 Demographische Trends

Es gibt verschiedene demographische Trends, die die Nutzung der psychiatrischen Angebote in der Versorgungslandschaft beeinflussen. Für die Alterspsychiatrie von Bedeutung sind insbesondere:

2.1.1 Alterung

Der Anteil der älteren Bevölkerung im Verhältnis zu den Personen zwischen 18 und 65 Jahren, der sogenannte Altersquotient, hat sich in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) bereits in Richtung einer Zunahme der Bevölkerung über 65 Jahren verschoben. Diese Entwicklung wird sich noch verstärken. Insbesondere im Kanton Basel-Landschaft liegt der Anteil mit 23.1 Prozent deutlich höher als im schweizerischen Vergleich mit 19.5 Prozent (Zahlenbasis 2019, siehe Anhang 7.2 Abbildung A.1).

2.1.2 Individualisierung und Zunahme Einpersonenhaushalte

Wie im *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* in Kapitel 2.1.1 beschrieben, kann eine Zunahme der Individualisierung sowie eine Pluralisierung von Lebenskonzepten beobachtet werden. Noch ist un-

klar, wer bei fortschreitender Individualisierung und Säkularisierung insbesondere in Betreuungsaufgaben einspringt. Für ältere Menschen bedeutet dies ein erhöhtes Risiko für fehlende Einbindung, soziale Isolation und Vereinsamung. In den Einzelhaushalten fehlt immer häufiger die Unterstützung durch betreuende und resp. oder pflegende Angehörige. Ein weiteres Thema sind die zunehmenden Möglichkeiten der Individualisierung des Sterbeentscheids (Patientenverfügung, assistierter Suizid).

2.2 Sozioökonomische Trends

2.2.1 Gesundheitsökonomische Trends

Im Bereich der Alterspsychiatrie, insbesondere im ambulanten Abrechnungssystem, sind Limitationen bezüglich der Dauer der Behandlung gegeben (z. B. Leistungen in Abwesenheit der Patientin resp. des Patienten: 180 Minuten für 3 Monate oder Begrenzung der Telefonatdauer). Fehlende Abrechnungsmöglichkeit für Wegpauschalen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Pflegende stellen eine weitere Hürde dar. Es gibt einen «Bias» zu Ungunsten der älteren Bevölkerung: Der Zeitbedarf ist höher und weil Mobilität fehlt, müssten verstärkt aufsuchende Angebote vor Ort erfolgen. Ein gravierendes Grundproblem ist, dass sogenannte Betreuung wie spezifische Pflegeunterstützung durch externe psychiatrische Pflegefachpersonen im Heim grundsätzlich nicht abgegolten wird. Intermediäre Angebote sind tariflich nicht gut abgebildet resp. finanziert und somit nicht kostendeckend bzw. muss ein Eigenanteil erbracht werden, der für viele nicht möglich ist.

Lösungsansatz¹

- Vgl. Home Treatment-Projekt Kanton Basel-Stadt. Im Kanton Basel-Landschaft wäre Finanzierung über gemeinwirtschaftliche und besondere Leistungen möglich.

2.2.2 Fachkräftemangel

Wie im Psychatriekonzept beschrieben, ist der Fachkräftemangel eine Herausforderung in der Psychiatrie. Besondere Bedeutung kommt dem zunehmenden Fachkräftemangel bei wenig oder immobilen, oft im Pflegeheim lebenden alterspsychiatrischen und -psychotherapeutischen Patientinnen und Patienten zu. Sie sind auf aufsuchende Tätigkeit in besonderem Masse angewiesen. Diese aufsuchende Arbeit kann in vielen Situationen zumindest initial durch Hausärztinnen und Hausärzte geleistet werden. Falls diese die erforderlichen Kompetenzen nicht haben oder von vornherein ein Zuziehen von Spezialistinnen und Spezialisten notwendig scheint, ist der alte psychisch kranke

¹ Bei den aufgeführten Lösungsansätzen ist die Finanzierung und der Fachkräftemangel meistens eine Herausforderung. Eine konkrete Umsetzung bedarf der Abklärung dieser Herausforderungen sowie weiterer Aspekte. Es wird deshalb im Weiteren nicht immer auf diese Aspekte eingegangen, auch wenn diese selbstverständlich vor einer konkreten Umsetzung geklärt werden müssen (vgl. auch *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* Kapitel 3).

Mensch auf niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater, psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten, eine Psychiatrie-Spitex, Kolleginnen und Kollegen aus einem alterspsychiatrischen Zentrum oder ein Home-Treatment-Team, bspw. aus einem Zentrum für Alterspsychiatrie der Psychiatrie Baselland (PBL), der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) oder der Universitären Altersmedizin Felix Platter-Spital (UAFP) angewiesen. Hier müssen Projekte lanciert und Fachkräfte gewonnen werden, auch durch entsprechende Anreize. Das Problem der grundsätzlichen Stigmatisierung der Alterspsychiatrie im interdisziplinären Vergleich und deren geringere Entlohnung sind ebenfalls anzugehen. Alternativ könnte für Menschen in Pflegeheimen ein Auftrag der beiden Kantone an die drei für Alterspsychiatrie zuständigen Institutionen (PBL, UPK, UAFP) erfolgen, mit multiprofessionellen Teams die alterspsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung in den Pflegeheimen zu übernehmen. Dies könnte rasch zu einer Verbesserung nicht nur der Versorgung, sondern auch des Fachkräftemangels führen, da dadurch die Teams vor Ort (primär Pflegenden, aber auch Fachleute aus Aktivierung, Physio- oder Ergotherapie wie auch betreuende Angehörige und Besucherdienste) Unterstützung, Schutz und Motivation erhielten.

Fokus Pflegefachkräftemangel in der Langzeitpflege

46 Prozent der Pflegefachpersonen steigen schweizweit aus dem Beruf aus. Fast ein Drittel davon vor dem 35. Lebensjahr. Bei Pflegefachpersonen der Pflegeheime ist von einem höheren Prozentsatz auszugehen. Sie sind neben der sozialen Belastung (Schichtdienst, schlechtes Prestige der Langzeitpflegetätigkeit etc.) auch durch die deutlich längeren Aufenthalte von «anstrengenden Bewohnerinnen und Bewohnern» mit hohem körperlichem und psychischem Unterstützungsbedarf gefordert. Eine unzureichende Ausbildung hinsichtlich des Umgangs mit schwer psychisch und gleichzeitig somatisch erkrankten Menschen führt zu zusätzlicher Belastung. Die überdurchschnittlichen Anforderungen drücken sich auch darin aus, dass die Rechtsberatung beim Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK) v. a. von Langzeitinstitutionen angefragt wird (Schweizer Berufsverband für Pflegepersonal Sektion Bern, 2020). Die Gewinnung von Personal mit HF-Abschluss² ist ein Problem im Langzeitpflegebereich. Auch Pflegefachpersonen mit FH-Abschluss³ sind schwierig zu rekrutieren.

Lösungsansätze

- Einerseits Advanced Practice Nurses (APN) im alterspsychiatrischen Kontext einsetzen (ein spezialisiertes Curriculum wäre nötig, ebenso eine bessere Vergütung), andererseits ggf. deutlicher Ausbau freiwilliger Mitarbeitenden, letzteres insbesondere für die ebenfalls gesundheitsrelevanten Betreuungsaufgaben. Beides würde die aktuell sich Engagierenden entlasten.

² Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit einem Abschluss einer Höheren Fachschule.

³ Pflegefachfrau oder Pflegefachmann mit einem Fachhochschulabschluss.

- Perspektiven eröffnen durch bspw. einen zu schaffenden Ausbildungsgang in der Pflege auf Tertiär B Stufe (Höhere Fachschulen), der die Bereiche Langzeitpflege, psychiatrische und somatische Pflege und Alter integriert und dessen Absolventinnen und Absolventen wie APN entlohnt werden.
- Wiederkehrende Bemühungen zur Entstigmatisierung des Berufsbildes der in der Langzeitpflege Tätigen.
- Aktives Lernen und Wertschätzen zwischen Pflegenden, Hausärztinnen und Hausärzten und den Psychiaterinnen und Psychiatern sowie mehr Beachtung der Pflegenden durch die Politik.
- Reduktion der Ressourcenbindung höher qualifizierter Fachpersonen, die eher administrativen Zielen wie Leistungsabrechnung, Personalplanung oder generell der Datenerhebung als dem Kerngeschäft – der Pflege – dienen.
- Grundsätzlich wird der bereits bestehende Fachkräftemangel in den nächsten Jahren bestehen bleiben. Viele Mitarbeitende in der Pflege werden pensioniert und es folgen zu wenig neue Fachkräfte aus den aktuellen Ausbildungsgängen. Es braucht dringend Massnahmen, um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten. Ein zentraler Punkt ist, dass die im Pflegeberuf Verbliebenen von zukünftig besseren Arbeitsbedingungen (höhere Löhne, mehr Ferien, geregelte Arbeitszeit etc.) profitieren können. Der Verbleib im Beruf ist aktuell das wichtigste Anliegen im Kampf gegen den Fachkräftemangel in der Pflege. Dazu kommt, dass den wenigen Fachkräften immer mehr Aufgaben übergeben werden sollen, die neben dem heute schon kaum zu bewältigenden Alltag zu einer Überforderung führen. Es braucht kreative Ideen zur Entlastung, z. B. durch Unterstützung im administrativen Bereich durch administrativ geschultes Personal oder mehr Unterstützung durch Assistenzpersonen, die natürlich ebenfalls von besseren Arbeitsbedingungen profitieren müssen. Diese Themen müssen auf allen Ebenen der Entscheidungsträger ernst genommen werden und mit schnellen, griffigen Massnahmen gestützt werden.

Fokus Ärztemangel

Sicher ist eine deutliche, überalterungsbedingte Abnahme der ambulant tätigen Psychiaterinnen und Psychiater in den nächsten sechs Jahren im Kanton Basel-Landschaft zu erwarten. Im *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* (siehe Kapitel 2.3.2) wird erläutert, dass auch bei den Ärztinnen und Ärzten mit einem Mangel gerechnet werden muss. Generell besteht die Befürchtung einer Abwärtsspirale in der Alterspsychiatrie.

Noch unklar ist, ob es in der ambulanten Alterspsychiatrie Abwanderungen vom Kanton Basel-Landschaft in den Kanton Basel-Stadt geben wird und wie sich dies auswirkt. Derweil sicher sind aktuell Schwierigkeiten bei der Übernahme der Notfalldienste insbesondere im Kanton Basel-Landschaft.

Lösungsansätze

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung stellt eine grosse Herausforderung dar. Modelle zur effizienten interdisziplinären Zusammenarbeit unter Einbezug von psychiatrischem und psychotherapeutischem Fachwissen könnten eine Lösung darstellen:

- Regelmässige alterspsychiatrische Visiten in Pflegeheimen. Durch Ausbau eines alterspsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes, angesiedelt an den alterspsychiatrischen Schwerpunktspitälern (PBL, UPK, UAFP), kann eine zeitökonomische Mitbehandlung von älteren Menschen mit psychiatrischen Einschränkungen erfolgen. Die Verankerung und finanzielle Sicherung eines Konsiliar- und Liaisondienstes für Pflegeheime ist wünschenswert.
- Frühzeitiger Einbezug psychiatrischen Fachwissens im ambulanten Bereich. Ausarbeitung von Konzepten zur Einbindung des psychiatrischen Fachwissens im Rahmen der, in Entstehung begriffenen, Abklärungsstellen der einzelnen Versorgungsregionen.
- Stärkere Gewichtung des alterspsychiatrischen Fachwissens im Rahmen der Ausbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten.
- Angebot von alterspsychiatrischen Supervisionszirkeln für andere Disziplinen öffnen.
- Angebot von modularen themenbezogenen Ausbildungsseminaren.
- Schaffung finanzieller Anreize für die Arbeit mit älteren Menschen im Rahmen des Vergütungssystems, z. B. adäquate Vergütung von Visiten und Wegpauschalen für Besuche in Pflegeheimen.

2.2.3 Sicherung der Selbstbestimmung im Alter

Auch im Lichte der demografischen Trends wie in Kapitel 2.1 ausgeführt und der zunehmenden Individualisierung in den Lebensentwürfen werden sich die intergenerationellen Unterstützungsverhältnisse verändern und familiäre Hilfe durch professionelle Pflege und Begleitung ersetzt werden. Konzepten zur selbstbestimmten Lebensführung zuhause oder in stationären Pflegeeinrichtungen sowie einer engeren Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgern und einer gemeinsamen Angebotsentwicklung wird grosse Aufmerksamkeit zukommen müssen. Es ist hier festzuhalten, dass der Grundsatz der Selbstbestimmung auch in Pflegeheimen und für psychisch und an einer Demenz leidenden Patientinnen und Patienten Geltung hat. In Sachen Selbstbestimmung ist die Förderung von frühzeitigem Advance Care Planning in Pflegeheimen zentral.

Damit können Akut-, Übergangs- und Langzeitpflege und -begleitung den Bedürfnissen der Menschen angepasst und besser koordiniert werden. Hierbei geht es v. a. um den Erhalt der agogischen oder psychosozialen Unterstützung von Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Die Nachfrage nach spezialisierten Begleitangeboten für Personen ab AHV-Alter noch ohne Pflegebedarf dürfte durch den steigenden Altersschnitt weiter zunehmen.

Hier erscheint es wichtig, bestehende Qualitätssicherungsinstrumente auf ihre Effizienz und Effektivität hin zu prüfen, ggf. anzupassen oder neu zu entwickeln («Checks und Balances»). Nötig ist es zudem, triadische Strukturen zu etablieren (Lösungsansatz), damit die Sicht der Patientinnen und Patienten und derer Angehörigen besser einfließen kann.

3 Angebote der Grundversorgung

Aus Sicht der Alterspsychiatrie sind **folgende Angebote besonders relevant**:

3.1 Aufbau einer ambulanten und aufsuchenden Behandlung, speziell Psychiatrie-Spitex

Die Psychiatrie-Spitex ist ein noch wenig ausgebauter Teil der gemeinnützigen Spitex in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Parallel zur somatischen Spitex entwickelt sich die Psychiatrie-Spitex in beiden Kantonen ziemlich rasant.

Leider gibt es keine kantonal übergeordneten Konzepte, welche die Kriterien der Anspruchsgruppe und Grundsätze der Leistung formulieren. Definierte Psychiatrie-Spitex-Bereiche gibt es nur in wenigen Spitex-Organisationen, die ihre Aufgaben nach eigenen Konzepten ausführen. Das Personal verfügt grundsätzlich über eine Ausbildung in psychiatrischer Pflege oder eine spezifische Weiterbildung. In beiden Kantonen gibt es freischaffende Psychiatriefachpersonen, die als «Einfrau-» resp. «Einmann-Betriebe» unterwegs sind.

Grundsätzlich gilt, dass die Mitarbeitenden der Psychiatrie-Spitex alle Personen versorgen, die aufgrund einer psychiatrischen Diagnose auf Pflege und Betreuung angewiesen sind. Die Überweisung erfolgt durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte wie auch Institutionen wie z. B. Psychiaterinnen und Psychiater, Hausärztinnen und Hausärzte, psychiatrische Kliniken, Sozialdienste der Gemeinden, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) und andere.

Das Ziel ist immer, dass die Klientinnen und Klienten trotz ihrer psychischen Erkrankung zu Hause leben können. Eintritte in eine stationäre Einrichtung sollen so weit wie möglich vermieden werden.

Folgende Themen werden von der Psychiatrie-Spitex abgedeckt:

- Begleitung im Alltag mit einer psychischen Krankheit.
- Krisenintervention und Prävention.
- Unterstützung in der Gestaltung von sozialen Kontakten.
- Unterstützung in der Alltagsbewältigung (z. B. Trainieren von Alltagsfertigkeiten, Haushaltstraining, Erarbeiten von Strukturen, Unterstützen in administrativen Angelegenheiten).

- Beratung und Anleitung von Klientinnen und Klienten und Angehörigen.
- Erarbeiten und Erlernen einer Tagesstruktur.
- Planen, Organisation, Koordination der Behandlung durch verschiedene Dienste und Behörden.

Die grosse Stärke der Psychiatrie-Spitex ist die Nähe zu den Klientinnen und Klienten, den Angehörigen und dem weiteren Umfeld. Durch die regelmässigen Einsätze entstehen therapeutische Beziehungen, wodurch ein zielführendes Setting möglich wird. Kontinuierliche Pflegegespräche und funktionale Trainings ermöglichen den Klientinnen und Klienten ein selbstbestimmtes Leben in ihrem eigenen Umfeld zu Hause.

Das Potential der Psychiatrie-Spitex ist in beiden Kantonen noch lange nicht ausgeschöpft. Durch definierte Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton oder den Gemeinden ist es möglich, die bereits bestehenden ambulanten Angebote zu unterstützen resp. diesen Bereich der psychiatrischen Pflege zu Hause auszubauen.

Die Psychiatrie-Spitex leidet, wie alle anderen Bereiche der Pflege auch, an einem ausserordentlichen Fachkräftemangel. Stellen können z. T. monatelang nicht besetzt werden. Durch eine attraktive Gestaltung der Rahmenbedingungen könnte eine Verbesserung der Situation erreicht werden.

Lösungsansätze (wohortsnahe und quartiersbezogen)

- Aus- und Aufbau Psychiatrie-Spitex (Finanzierung in der Aufgabenteilung Kanton/Gemeinden sicherstellen). Ermöglicht werden sollten dabei auch Leistungen der Psychiatrie-Spitex in Pflegeheimen, da nicht jedes Pflegeheim eigene Spezialistinnen und Spezialisten beschäftigen kann.
- Einstiegssprechstunde bei Hausärztinnen und Hausärzten.
- Definierte Versorgungskette ambulant, intermediär und stationär (und umgekehrt).
- Konzept für eine individuelle Unterstützung von Personen, die keine unterstützenden Angehörigen haben. Wunsch: fallführende Sozialarbeit.
- Digitalisierte Angebote ermöglichen.

3.2 Management von chronischen Krankheiten

Insbesondere ältere Patientinnen und Patienten leiden häufig an chronischen Erkrankungen, welche eine lebenslange fachliche Begleitung benötigen. Dies erfordert über die interprofessionelle Zusammenarbeit hinaus eine enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit allen in die Behandlung Involvierten. Speziell beim Management von chronischen Krankheiten sollten auch psychosomatische Aspekte Erwähnung finden.

Es fehlt oft an der Weitergabe von «Längsschnittwissen». Dies erschwert die passgenaue Behandlung und die Anwendung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994. Häufig geht es bei chronisch Erkrankten darum, die Beziehung aufrechtzuerhalten, damit man bei Verschlechterung schnell im Kontakt ist.

Lösungsansätze

- Elektronisches Patientendossier (EPD) vorantreiben.
- Austausch an den Schnittstellen intensivieren.
- Fallführende Sozialarbeit.

3.3 Prävention

Die meisten Menschen wünschen sich, möglichst lange fit und gesund zu bleiben und solange wie möglich selbständig leben zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, kommt der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter eine wichtige Rolle zu. Im Rahmen des kantonalen Präventionsprogramms *Alter und Gesundheit* sind in Basel-Stadt bspw. folgende Angebote niederschwellig zugänglich: Öffentliche Veranstaltungen wie Vortragsreihen, die Gesprächsrunde «Café Dialogue», ein Bewegungstreff an der frischen Luft, ein Workshop zu gesunder und günstiger Ernährung oder der Seniorentreffpunkt Café Bâalance vor Ort in den Basler Quartieren, aktuell an elf Standorten (Stand: Juli 2022). An der UAFP finden ebenfalls regelmässig öffentliche Vorträge zum Thema gesundes Altern statt (z.B. «Alternativen»). Auch der Kanton Basel-Landschaft führt im Rahmen des kantonalen Aktionsprogramms diverse niederschwellige Projekte mit anderen Organisationen durch. Jeweils ab Herbst findet in der Kantonsbibliothek Liestal die Veranstaltungsreihe zur psychischen Gesundheit in Zusammenarbeit mit der PBL statt. Des Weiteren ist im Kanton Basel-Landschaft der Themenweg «10 Impulse für deine psychische Gesundheit» im Umlauf. Dieser ist aus der nationalen Kampagne «Wie geht's dir?» entstanden und kann für Veranstaltungen bei der Gesundheitsförderung des Kantons Basel-Landschaft kostenlos gemietet werden. Die Gesundheitsförderung des Kantons Basel-Landschaft pflegt einen engen Austausch mit der Abteilung Alter im Kanton. So findet die Thematik der Prävention auch ihren Weg in alterspolitische Themenbereiche.

Neben diesen primärpräventiven Angeboten sind auch sekundär- und tertiärpräventive Angebote wie wohnortnahe Fachstellen für Alter wichtig, die niederschwellige und attraktive Anlaufstellen sind und Screening- sowie Monitoringaufgaben wahrnehmen. Diese sollten in enger Kooperation zu den ebenfalls wohnortsnahen Hausärztinnen und Hausärzten, Spitexdiensten und niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen. Im

Kanton Basel-Landschaft findet ein Aufbau von Beratungsstellen für die verschiedenen Versorgungsregionen statt, die eine solche Funktion übernehmen sollten. Zudem können die Versorgungsregionen die ältere Bevölkerung über die verschiedenen Projekte und Angebote in der Gemeinde oder im Kanton informieren.

3.4 Krisenintervention und Akutbehandlung

In der Krise und in Akutsituationen kommt den Anlaufstellen (z. B. Ambulatorien, Pflegeheimen, medizinische Notrufzentrale (MNZ), Zentrum der UPK, Zentrum für psychische Gesundheit, Binningen, Angebot Kornhausgasse der UPK, Suchtambulatorien etc.) und Hausärztinnen und Hausärzten eine zentrale Bedeutung zu. Ihrer Einschätzung entsprechend erfolgt die Weiterweisung der Patientinnen und Patienten an eine Notfallstation eines somatischen Spitals oder eine spezialisierte Delir-Einheit, ein Aufgebot eines Home Treatment-Teams oder einer Notfallpsychiaterin oder eines Notfallpsychiaters oder eine Zuweisung in eine psychiatrische Klinik. Aktuell besteht ein Mangel an aufsuchenden und Home Treatment-Angeboten, die einen Teil der Krisen vor Ort auffangen und Hospitalisationen vermeiden könnten.

Lösungsansatz

- Zum Aufbau solcher intermediären Strukturen könnte die Lancierung entsprechender (Pilot-) Projekte beitragen.

3.5 Psychosoziale alterspsychiatrische Behandlung und Begleitung

Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen werden durch wohnortnahe Psychiaterinnen und Psychiater in Praxen oder in einem Zentrumsambulatorium angeboten. Diese können auch aufsuchende Angebote, z. B. Hausbesuche und Sprechstunden in Hausarztpraxen beinhalten. Die Psychiaterinnen und Psychiater in den Praxen und die Fachpersonen aus dem Zentrumsambulatorium bieten also zum einen Sprechstunden in der Hausarztpraxis, zum andern aufsuchende Beratungen zuhause und in den Heimen für die Menschen, die nicht ausreichend mobil sind, an. Am Zentrumsambulatorium sind dafür ein Home Treatment-Team sowie ein ärztlicher Konsiliar- und Liaisondienst alloziert. Ergänzt werden die Angebote durch wohnortnahe Tagesstätten sowie spezifische, auf mobilere Patientinnen und Patienten und auf bestimmte Subakutbehandlung ausgerichtete tagesklinische Angebote im Zentrum.

Je komplexer das Krankheitsbild und je spezialisierter ein Angebot sein muss, desto eher muss die Leistung in einem Zentrum angesiedelt sein wie z. B. die Delirbehandlung bei komplexer somatischer Grunderkrankung oder stationäre und ambulant aufsuchende Depressionsbehandlungen. Hier gilt

es, die Anforderungen nach qualitativ hochstehender Behandlung und die Bedürfnisse nach Wohnortnähe bestmöglich zu integrieren. Die Planung und Koordination sollte in gemeinsamer Verantwortung des Kantons und eines alterspsychiatrischen Zentrums liegen.

Problematik: Im Kontext der sozialpsychiatrischen Versorgung ergeben sich oftmals auch Fragen zur Finanzierung und Finanzierbarkeit von Leistungen.

Aktuell sind nur wenige Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Versorgung von Pflegeheimen engagiert. Der Aufwand, einen aufsuchenden Service zu bieten, ist erhöht, da die Patientinnen und Patienten ihre Therapeutin resp. ihren Therapeuten meist nicht in der Praxis aufsuchen können. Auf Seiten von Versicherungen (Haftpflicht) werden Hürden erstellt, z. B. via schriftlicher Aufklärungspflicht, was den Aufwand für Angehörige und Beistände erhöht. Limitationen bei der Abrechnung in Abwesenheit lassen diese Arbeit zu unbezahlter Arbeit werden.

3.6 Altersspezifische psychotherapeutische Basisangebote

Unterversorgung

Für den alten Menschen besteht weiterhin eine Unterversorgung in Bezug auf qualifizierte Angebote, speziell für alte Menschen mit geringen finanziellen Möglichkeiten, in Pflegeheimen oder mit stark eingeschränkter Mobilität, sofern zumindest teilweise eine Domizilbehandlung erforderlich ist. Das Angebot für die ältere Bevölkerung ist insbesondere im Baselbiet nicht ausreichend und je nach Gemeinde sehr unterschiedlich.

Es gibt einige Angebote in grösseren Gemeinden wie Münchenstein, Allschwil, Arlesheim, Sissach und der Stadt Liestal. Die Pflegeheime sind dort häufig auch Zentren für ambulante Angebote, indem – hauptsächlich durch die PBL – aufsuchende alterspsychotherapeutische Angebote bestehen, oder wie in Liestal und Binningen auch ältere, noch mobile Menschen im Ambulatorium resp. Gesundheitszentrum spezifisch alterspsychotherapeutische Unterstützung erhalten können. Insgesamt besteht auf der Angebotsseite eine Unterversorgung, die dadurch zustande kommt, dass sich der generell bestehende Mangel an Psychiaterinnen und Psychiatern in der Alterspsychiatrie akzentuiert und sich die psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen im tiefen einstelligen Prozentbereich bewegt (Stoppe, 2011). Eine Psychiaterin oder ein Psychiater behandelt im Durchschnitt nur ca. 12 Prozent Patientinnen und Patienten über 65 Jahren und investiert in diese Behandlungen etwa ein Fünftel weniger Zeit (Daten des Trust Centers Syndata für Basel-Stadt). Gleichzeitig bestehen bei über 65-Jährigen vergleichbare Prävalenzraten psychischer Erkrankungen wie bei jüngeren Menschen. In diesen Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Anteil an Menschen über 65 Jahren

in der GGR 21 Prozent beträgt. Die Zulassung psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten könnte die Versorgung deutlich verbessern.

Erreichbarkeit alterspsychotherapeutischer Angebote

Für mobile Personen bestehen wie erwähnt knappe Angebote bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, in Spezialsprechstunden der psychiatrischen Kliniken sowie Gruppenpsychotherapieangebote im Bereich Abhängigkeitserkrankungen und Depression seitens der UPK. Die Angebote sind bei Patientinnen und Patienten, Hausärztinnen und Hausärzten, Angehörigen oder in Pflegeheimen nicht immer bekannt. Oft ist die Hürde (bezüglich Mobilität, geforderter kognitiven Fähigkeiten, nach Möglichkeit nicht zu vielen Komorbiditäten etc.) gross, sodass zu viele ältere Menschen durch das Versorgungsnetz fallen.

Inhaltliche Anpassungen künftiger Alterspsychotherapie

Es gilt sich an diversen Entwicklungen zu orientieren: Neben der Demographie erfordern auch die Pluralisierung und Individualisierung des Alters eine zunehmende Differenzierung der Behandlungsangebote und eine Erweiterung des therapeutischen Repertoires. Wichtige Stichworte sind hier: Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit, psychische Erkrankungen im Kontext hirngorganischer Veränderungen wie Demenz, Altersarmut, Migration und Alter, psychische Behandlungsbedürftigkeit von Depression, Ängsten und Verzweiflung infolge eingeschränkter Autonomie sowie zunehmende «Psychologisierung» und veränderte Wertevorstellungen jüngerer Generationen älterer Menschen (Kessler und Peters, 2017).

Lösungsansätze

- **Verbesserung Ausbildungsangebot und Qualitätsmanagement:** Erfreulich ist die Implementation einer einjährigen Weiterbildung für Alterspsychotherapie in der GGR (Postgraduale Studiengänge in Psychotherapie [PSP], 2021). Darauf aufbauend könnten Qualitätszirkel unter Absolventinnen und Absolventen und Interessierten angeregt werden, mit dem Ziel einer Qualitätssicherung und der Möglichkeit, sich als lernendes System auch neueren Strömungen in der Alterspsychotherapie anzunehmen.⁴

⁴ Bspw. haben die Mentalisierung (resp. die Mentalisierungsförderung) und das verwandte Konzept der Theory of Mind (ToM) bei jüngeren Patientinnen und Patienten schon mehr Eingang in den psychotherapeutischen Alltag gefunden, als dies im Altersbereich der Fall ist. Dies hat auch damit zu tun, dass zwischen jungen und alten Menschen Differenzen in Teilaspekten des Mentalisierens bestehen. So unterscheiden sich ältere Menschen im Teilbereich der selbstbezogenen Mentalisierung wenig oder gar nicht, hingegen sind Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Personen in der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme beschrieben. Wie bei allen alterspsychotherapeutischen Verfahren sind spezifische Kenntnisse notwendig, um die Indikation zur Anwendung eines Konzeptes wie der Mentalisierung im alterspsychotherapeutischen Alltag beurteilen und diese Konzepte adaptiert auf Krankheitszustände im Alter einfließen lassen zu können. Einfach illustriert werden kann dies an Beispielen wie komorbid parkinsonerkrankten Menschen, die sich wegen der mit der Krankheit früher oder später einhergehenden eingeschränkten Kapazität des Arbeitsgedächtnisses weniger gut an innere Zustände von Menschen in komplexen sozialen Szenarien annähern können, oder Menschen, die aufgrund eines Defektes im medialen präfrontalen Cortex (im Rahmen eines Schlaganfalles, eines Subduralhämatomes oder einer frontotemporalen Demenz) spezifische Unterstützung resp. Trainings im Rahmen der Alterspsychotherapie bedürfen, oder die je nach Ausprägung der Einschränkung nicht

- Es ist auch zu prüfen, ob bspw. entsprechend qualifizierte APN zu einer solchen Alterspsychotherapieausbildung zugelassen werden können, mit dem Ziel «parat zu sein», wenn gesundheitspolitisch der Rahmen gegeben ist, dass solche Fachkräfte breiter eingesetzt werden können (vgl. auch Green Paper der Schweizer Pflegeexperten APN-CH). Parallel müsste in den entsprechenden Ausbildungswegen zur APN versucht werden, somatisches und psychiatrisch-psychotherapeutisches Wissen besser zu integrieren.⁵
- Die pflegerische Grundausbildung muss wieder, wie früher schon gehabt, einen eigenständigen Studienbereich für die psychiatrische Pflege anbieten. Das Fachwissen, das benötigt wird, um die komplexen Situationen zu erfassen und die nötigen Massnahmen umzusetzen, ist in einer generalistischen Pflegeausbildung kaum zu vermitteln.
- Die spezifische Weiterbildung in den psychiatrischen Themen muss für alle Pflegefachpersonen obligatorisch werden, da viele Pflegesituationen somatische und psychiatrische Anteile beinhalten.
- Psychologinnen und Psychologen könnten ebenfalls über einschlägige Zusatzqualifikationen, insbesondere geriatrisch-gerontologisches Wissen, substantiell zur alterspsychotherapeutischen Grundversorgung beitragen (vgl. bspw. das oben erwähnte Angebot des PSP Basel). Ergänzende Angaben zur Thematik finden sich auch in Kapitel 2.2.
- **Erreichbarkeit und Zugang:** Es sollten sämtliche Informationen über alle Angebote zentral gesammelt und zugänglich sein, z. B. über Beratungsstellen der Versorgungsregionen Basel-Landschaft oder dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung, Abteilung Langzeitpflege. Ggf. sollte auch die Möglichkeit bestehen, Anmeldungen über diese Stellen vorzunehmen.

Praktisch kann überlegt werden, ob niederschwellige Angebote in den Quartieren oder in Pflegeheimen zur Information und zwecks Abklärung eines alterspsychiatrischen und -psychotherapeutischen Bedarfs als Pilotversuch installiert werden können, damit evaluiert werden kann, ob ein solches Modell in der GGR taugt.

Damit in den Pflegeheimen, wo eine deutlich höhere Prävalenzrate psychischer Störungen herrscht, der Bedarf bei Bewohnerinnen und Bewohnern von den Pflegenden besser erkannt werden kann, ist neben regelmässigen Fortbildungen ein assoziierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Dienst (Konsiliar- oder Liaisondienst) unterstützend notwendig. Ein solcher wurde bis Anfang der 2000er-

für das Therapieverfahren geeignet sind. Für einen Überblick hierzu vgl. Psychotherapie im Alter 4/17, 2020, Psychosozial Verlag, Giessen.

⁵ Hinweis Claudia Lötscher, MScN, Fachverantwortliche APN, Alterspsychiatrie, Abteilung Bildung, Forschung, Entwicklung, Direktion Pflege, MTD, Soziale Arbeit, UPK Basel.

Jahre vom Kanton Basel-Stadt in den Rahmenverträgen mit den Pflegeheimen eingefordert, dann aber aufgegeben. Hier könnte eine Wiederaufnahme hilfreiche Impulse setzen.

Im Kanton Baselland besteht ein alterspsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst für Heime und in Einzelfällen ist eine aufsuchende Behandlung möglich. Auch in Basel-Stadt gibt es ein vergleichbares Angebot über die beiden alterspsychiatrischen Standorte UPK und UAFP, wobei die Nachfrage das aktuell bestehende Angebot weit übersteigt. Für ein umfassenderes Angebot müsste z.B. zusätzlich ein Home-Treatment-Team speziell für ältere Menschen aufgebaut werden. Im Kanton Basel-Landschaft erfolgt die finanzielle Unterstützung indirekt über einen Pauschalbetrag an die PBL für sogenannte «Besondere und Gemeinwirtschaftliche Leistungen». Auf kantonaler Ebene könnte durch definierte Subventionen (subsidiär zu den KVG-Leistungen) die Erbringung passgenauer Angebote am besten im Rahmen von Projekten unterstützt werden.

3.7 Kooperation und Integration von Somatik und Psychiatrie

3.7.1 Kollaborative somatische und psychiatrische Versorgung

Um die Versorgung zu gewährleisten, hat es sich bewährt, abgestufte Angebote zu konzeptualisieren.

Sowohl im psychiatrischen wie auch im somatischen Spital kann durch eine konsiliarische Mitbehandlung sichergestellt werden, dass somatische und psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte integrativ in der Behandlung berücksichtigt werden. Optimalerweise sollte die Behandlung multimorbider, hochaltriger Patientinnen und Patienten in gemeinschaftlich psychiatrisch-geriatrisch geführten stationären Einheiten erfolgen, um dem medizinischen Behandlungsbedarf vollumfänglich gerecht werden zu können. Darüber hinaus sind hochspezialisierte Einheiten wie z. B. Delir-Units, die eine enge Kooperation der verschiedenen Fachdisziplinen in für solche Patientinnen und Patienten geeigneten Spezialumgebungen (geschützt, abgeschirmt, spezielle Präventionsmassnahmen für erhöhtes Sturzrisiko etc.) optimieren, zur Behandlung in der Akutphase erforderlich. Ein solches Angebot einer umfassenden somatisch-psychiatrischen Ko-Betreuung wird in der GGR unter dem Dach der UAFP angeboten. Hier stehen insgesamt an die 80 Betten für Menschen mit kognitiven Einschränkungen sowie somatischen Komorbiditäten zur Verfügung. Dieses Angebot schliesst eine hochspezialisierte und technisch innovative Einheit zur Delirbehandlung hochaltriger Menschen mit ein. Dieses kombinierte stationäre Versorgungskonzept wird insbesondere vor dem Hintergrund der bereits genannten demographischen Entwicklung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Im Bereich der Pflegeheime und der Langzeitpflege können die Pflegeheime durch alterspsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste, Psychiaterinnen und Psychiater resp. Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeut aus den Praxen oder über aufsuchende Dienste alterspsychiatrischer Zentren unterstützt werden. Darüber hinaus sind erweiterte Kapazitäten für die Versorgung psychiatrisch anspruchsvoller Bewohnerinnen und Bewohner erforderlich. Diese Institutionen sollten in enger Kooperation mit einer Heimpfychiaterin oder einem Heimpfychiater oder einem alterspsychiatrischen Zentrum als festen Ansprechpartner stehen. Das Ziel einer solchen breiten, bedarfsgerechten ambulanten psychiatrischen Versorgung sollte im Krisenfall die Massgabe ambulant vor stationär durch frühzeitige Deseskalationsmassnahmen und Unterstützung der in der Langzeitpflege Tätigen sein.

Im Kanton Basel-Landschaft erfolgt die Kooperation über psychiatrische Konsiliardienste in den Kantonsspitalern bzw. in einer konsiliarischen Mitbehandlung stationär psychiatrischer Patienten durch die Spitäler. Hier sind weitere Konzeptualisierungen, intensivierete Vernetzung sowie ein Ausbau erforderlich. Dies könnte im Rahmen eines Pilotprojektes und gegebenenfalls auch finanzieller Unterstützung durch den Kanton implementiert werden.

3.7.2 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie

Die Konzept-, Vernetzungs- und Qualitätssicherungsarbeit müsste langfristig klarer abgegrenzt werden. Insbesondere für Pflegeheime ist der Zugang zu einem psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst besonders wichtig. Es ist zu überlegen, ob dieser für die Pflegeheime verpflichtend gemacht werden soll. Digitale Angebote, z. B. in Form einer Videosprechstunde, könnten hier sinnvoll ergänzend zum Einsatz kommen, vor allem für weiter entfernt liegende Einrichtungen und in Notfallsituationen.

3.7.3 Angehörigenbegleitung

Ergänzend zum *Fachkonzept Erwachsenenpsychiatrie 2022* ist hier festzuhalten, dass Angehörige in der Alterspsychiatrie häufig andere Charakteristika aufweisen:

- Als Partnerin resp. Partner oder Geschwister sind sie selbst oft bereits im hohen Alter, mit entsprechend häufigem Betroffensein von eigenen Funktionsverlusten konfrontiert. Hinzu kommt die oft sehr lange Zeit der Beziehung zur alterspsychiatrisch erkrankten Person, gelegentlich auch mit sehr langer Leidensgeschichte die Erkrankung der Partnerin oder des Partners betreffend (z. B. bei affektiven, Angst-, Zwangs- oder Persönlichkeitsstörungen, aber auch Abhängigkeitserkrankungen oder Schizophrenien).
- Als «längst erwachsene» Kinder mit Mehrfachbelastung durch eigene Kinder, Beruf, krankem Elternteil, oft erstem Bewusstwerden des eigenen Alterungsprozesses.
- Als hochaltriger Elternteil der alterspsychiatrischen Patientin resp. des alterspsychiatrischen Patienten, der aufgrund der eigenen Gebrechlichkeit das Management des bspw. chronisch schizophrenen, depressiven oder zwangserkrankten und um die 70 Jahre alten «Kindes» nicht mehr

prästieren kann, aber nach sieben Dekaden mit diesem Kind im selben Haushalt eine andere Bindungsbiographie aufweist, als Eltern mit einem Kind im jungen Erwachsenenalter, welches von einer psychiatrischen Krankheit betroffen ist.

Entsprechend erfordert die Angehörigenbegleitung hier von den begleitenden und beratenden Fachpersonen andere Fähigkeiten (vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Alter und eigenem Alter, Sensibilität für häusliche Gewalt, Erfahrung in transgenerationalen Systemen, basale historische Kenntnisse der ca. letzten 100-150 Jahre resp. zwei bis drei Generationen zurück) sowie gelegentlich auch andere strukturelle Voraussetzungen (aufsuchend, ortsnah, barrierefrei zu erreichen etc.).

Es existieren bereits verschiedenste Modelle der Angehörigenbegleitung in Form von Beratungsangeboten und Seminaren zum Umgang mit psychischen Erkrankungen wie bspw. Demenz. Organisationen wie Alzheimer Vereinigung, Spitex, Pro Senectute beider Basel und andere bieten eine Vielzahl von Informationsmaterialien und Informationsmöglichkeiten via Internet an. Auch Kursangebote und Angebote von Selbsthilfeorganisationen sind vereinzelt vorhanden. Die alterspsychiatrischen Schwerpunktspitäler bieten ebenfalls begleitende Angebote an.

Diese Angebote müssen wohnortnah, eventuell an den Abklärungsstellen der Versorgungsregionen, angegliedert oder aber in Kooperation mit den bereits vorhandenen Anbietern ausgebaut werden. Den Zuweisungs- und Kooperationsmodalitäten ist dabei besondere Beachtung zu schenken. Auch könnten digitalisierte Angebote helfen, die Lücke zu schliessen, da sie ortsungebunden verfügbar sind.

3.8 Exkurs: Alterspsychiatrische Versorgung in der Langzeitpflege

Grundsätzliches: Der Begriff bezeichnet die Pflege und Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf über einen längeren Zeitraum. Im alterspsychiatrischen Kontext ist die Langzeitpflege relevant in Pflegeheimen, aber auch in der aufsuchenden Pflege für alte Menschen zu Hause, oder für Menschen, die aufgrund des pflegerischen Versorgungsbedarfes trotz kalendarisch jungen Alters am besten über alterspsychiatrische Strukturen versorgt werden (bspw. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wie die resp. der «alt gewordene HeGeBe⁶-Patientin resp. –Patient», ausdrücklich nicht pejorativ gemeint).

Die Angebote in der Langzeitpflege müssen sich quantitativ und qualitativ an folgenden Herausforderungen orientieren:

⁶ Heroingestützte Behandlung.

- Steigende Lebenserwartung und komplexe Krankheitsbilder.
- Niedrige Geburtenrate (eher Unterjungung als Überalterung der Gesellschaft).
- Feminisierung der Hochbetagten.
- Verjüngung: Jünger sein oder sich darstellen wollen, als man ist.
- Entberuflichung – ein immer grösser werdender Teil der Bevölkerung erlebt die Alterszeit ohne Berufstätigkeit.
- Singularisierung – der Anteil Alleinlebender im Alter nimmt zu und damit die Wahrscheinlichkeit eines späteren Hilfebedarfs (künftig werden alte Menschen immer mehr aus ihren sozialen Bezügen wie Nachbarschaft, Familie und kleineren sozialen Zusammenhängen herausgelöst leben und resp. oder sich selbst daraus befreit haben).
- Pluralisierung (Wandel der Lebensformen, also vermehrt gleichgeschlechtliche Beziehungen, gewollte Kinderlosigkeit, ehemals Alleinerziehende, Alleinwohnende in Partnerschaften u. a. m.).
- Digitalisierung.

Aufgrund der im Kapitel 2 genannten Ausgangslage und der beschriebenen Trends ist dem Bereich der Langzeitpflege besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Pflegeheime haben neben der klassischen Altenpflege diverse neue Aufgaben übernommen. So leben inzwischen praktisch alle alten und chronisch schwer psychisch erkrankten Menschen aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die früher bspw. in der PBL oder den UPK im Pflegestatus betreut und behandelt wurden, ebenso in Pflegeheimen, wie alle jene Menschen genannter Gruppe, die durch ambulante Angebote im häuslichen Umfeld ihren Alltag bewältigt haben (im Kanton Basel-Stadt sind die entsprechenden Angebote bspw. der UPK, der ambulante Dienst Alterspsychiatrie, eingestellt worden). In Pflegeheimen werden zwar unterschiedliche Angebote gemacht, bspw. auf psychogeriatrischen Abteilungen und in psychogeriatrischen Pflegewohngruppen, aber auch da ist ein Teil der genannten alterspsychiatrischen Patientinnen und Patienten nur schwer zu betreuen und es drohen wiederholte Verlegungen von Heim zu Heim mit den damit verbundenen Beziehungsabbrüchen.

Das Missverhältnis zwischen dem psychogeriatrischen Bedarf im Pflegeheim und dem Angebot wird durch zwei nationale Erhebungen belegt. Denn obwohl im Durchschnitt 69 Prozent der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner an mindestens einer Störung leiden, die ihre psychische Gesundheit beeinträchtigt, werden nur 27 Prozent wegen psychischen Problemen behandelt. Diese Behandlung erfolgt in 60 Prozent der Fälle durch eine Allgemeinmedizinerin oder einen Allgemeinmediziner, in 35 Prozent der Fälle durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater.

Lösungsansätze

a) Stationärer Bereich Langzeitpflege

Gestützt auf die internationale Fachliteratur, lassen sich die folgenden Empfehlungen abgeben (Clerc und von Gunten, 2015):

- Jedes Pflegeheim sollte einen oder mehrere Mitarbeitende als Ansprechperson (Thementräger) für Fragen der psychischen Gesundheit ernennen.
- Es sollte die Möglichkeit bestehen, psychiatrische Settings (Beratung, Unterstützung, Psychotherapie), welche vor Eintritt ins Pflegeheim bestanden haben, zu übernehmen und weiterzuführen.
- Die Aus- und Weiterbildung der Pflorgeteams im Bereich der psychischen Gesundheit ist von entscheidender Bedeutung für das Krankheitsverständnis und die Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Unterstützung und Förderung der Aus- und Fortbildung sowie der Verbesserung der klinischen Praxis durch die Heimleitungen spielen dabei eine entscheidende Rolle.
- Es sollten ausreichende personelle Ressourcen bereitgestellt werden resp. die finanzielle Abgeltung gesichert sein, damit die folgenden Aufgaben übernommen werden können: Psychiatrisches Screening, Begleitung, Beobachtung des Ansprechens auf die Therapie, Diskussion mit den Ansprechpersonen der Einrichtung, der behandelnden Ärztin resp. dem behandelnden Arzt und den Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzten.
- Die psychiatrischen Erkrankungen der Bewohnerinnen und Bewohner sollten im Pflegeheim im Rahmen einer multidisziplinären Behandlung, z. B. durch Fallbesprechungen, angegangen werden, die in einem schriftlichen Programm (Pflegeprozess) konkret festgelegt wird, in dem die Ziele der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie aufgeführt sind. Dieser individuell abgestimmte Behandlungsplan muss die Bedürfnisse der verschiedenen Beteiligten (Bewohnerinnen und Bewohner, Familie und Pflorgeteam) berücksichtigen.
- Die Qualität der psychogeriatrischen Versorgung im Pflegeheim sollte nationalen Standards entsprechen und durch unabhängige spezialisierte Fachpersonen evaluiert werden können.

b) Ambulanter Bereich Langzeitpflege

- Lösungsansätze sind strukturiert; integrativ arbeitende Home Treatment-Angebote bspw. nach dem «Stepped Care Model» von eher präventivem Fokus bis hin zu Krisenmanagement, pflegerisch-ärztlich dual geführte alterspsychiatrische Sprechstunden in bspw. Quartiertreffpunkten. Die Finanzierung ist im Kanton Basel-Landschaft noch nicht vorhanden.

4 Störungsspezifische Angebote

4.1 Demenzen

Das Thema Demenz wird in den nächsten Jahren weiter an Bedeutung gewinnen (Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019). Eine abschliessende Betrachtung dieses grossen Themengebiets ist im Rahmen dieses Konzepts nicht möglich. Für eine umfassende Betrachtung wird deshalb auf die *Nationale Demenzstrategie* (siehe bspw. Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019) verwiesen. Im Folgenden sollen dennoch einige wichtige aktuelle Herausforderungen herausgegriffen werden:

Zu Beginn der Versorgung von Menschen mit kognitiven Störungen steht eine angemessene medizinisch-psychiatrische Abklärung mit Zugangsmöglichkeiten zu einer spezialisierten Diagnostik. Diese Abklärung erfolgt interdisziplinär durch Neurologinnen und Neurologen, Psychiaterinnen und Psychiater oder Geriaterinnen und Geriater bzw. in Spezialzentren wie Memory Kliniken, Psychiatrischen oder Neurologischen Kliniken. Eine frühzeitige und umfassende Abklärung ist sinnvoll und wichtig, um reversible (behandelbare) Ursachen herauszufiltern und um frühzeitig eine gute Betreuung sicherzustellen. Damit dies gelingt, ist eine Sensibilisierung von Hausärztinnen und Hausärzten wichtig, so dass eine frühzeitige Abklärung eingeleitet werden kann. Ab Diagnosestellung können geeignete Behandlungs- und Unterstützungsmassnahmen eingeleitet und die individuelle Autonomie durch Instrumente der Vorausplanung (Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag, Advance Care Planning etc.) gestärkt werden. Spezielle Aufmerksamkeit braucht es in der Früherkennung bei besonders vulnerablen Personengruppen (junge Erkrankte, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit geistiger Behinderung, alleinstehende hochaltrige Personen etc.). Es ist wichtig, Sensibilisierungsmassnahmen vorzuhalten sowie diese weiträumig und niederschwellig zugänglich zu machen, welche diese Personengruppen adressatengerecht ansprechen (z. B. Broschüren in einfacher Sprache, Broschüren in der Muttersprache der betroffenen Personen).

Die Versorgung von Demenzpatientinnen und Demenzpatienten stellt das soziale Umfeld häufig vor grosse Herausforderungen. Bei der Mehrheit der betroffenen Patientinnen und Patienten treten in Folge der Krankheit herausfordernde Verhaltensweisen auf. Diese bringen sowohl Angehörige als auch Fachpersonen an die Grenzen.

Zum Erhalt des sozialen Umfeldes als Ressource sind gerade auch im Hinblick auf diese Problematik Unterstützungs- und Entlastungsangebote von grosser Bedeutung. Hierzu sollten Angehörigen niederschwellig Hilfs- und Beratungsangebote gemacht werden (Alzheimervereinigung, Selbsthilfegrup-

pen, Sozialdienst, Beratungsstellen, Pro Senectute etc.) und für Entlastung gesorgt werden (Ferienbetten, Tagesheim, Angehörigengruppen, gemeinsame Ferienangebote, Heimanmeldung, Betreuungsdienste etc.). Neben bereits existierenden tagesklinischen und aufsuchenden Angeboten (z. B. Spitex) fehlt es aktuell in der Region an Angeboten, welche ausserhalb der Wochentage und während den üblichen Arbeitszeiten geöffnet sind sowie an Angeboten, welche Angehörige stundenweise entlasten können. Aufsuchende Angebote bspw. wie die Spitex sind zwar vorhanden, spezielle ambulante alterspsychiatrische Dienste gibt es aktuell in der Region jedoch nicht.

Bei an Demenz erkrankten Personen ist eine stetige Begleitung zentral. Bei zu Hause lebenden Personen bedarf es hierfür aufsuchender Angebote sowie einer hausärztlichen Versorgung oder einer koordinativen Stelle, welche den Überblick über die verschiedenen Behandlungen und Unterstützungsangebote behält. Es ist wichtig, dass die Patientinnen und Patienten eng begleitet werden, sodass eine Verwahrlosung oder auch Hilflosigkeit (z. B. bei Sturzereignissen) vermieden werden. Demenzerkrankte Menschen in Heimen bedürfen ebenfalls eines demenzsensiblen Umfeldes (psychogeriatrische Station, Pflegewohngruppe etc.) sowie der Kompetenz von Fachpersonal. Für die Betreuung von an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern wenden Pflegeheime etablierte Konzepte an. Vielversprechend sind auch interdisziplinäre und interprofessionelle Teams bestehend aus ärztlichem Dienst, Pflege und Therapeutinnen und Therapeuten (Multiplikatorfunktion, Fortbildung). Dies wird ebenfalls bereits heute umgesetzt, sollte jedoch noch eine breitere Etablierung erfahren. Häufig besteht eine klare psychiatrisch-neurologische Unterversorgung in Pflegeheimen. Leistungen von aufsuchende Pflegeexpertinnen und -experten können nicht über die OKP abgerechnet werden, weshalb solche Dienste nicht in Anspruch genommen werden. Aufsuchende Fachärztinnen und Fachärzte (in der Regel Fachärztinnen und Fachärzte für Alterspsychiatrie- und Psychotherapie) fehlen zumeist. Konsiliar- und Liaisondienste aus Spezialzentren heraus sind notwendig, um stationäre Aufenthalte in Kliniken zu vermeiden. Insbesondere für weiter entfernt liegende Einrichtungen sind digitale Angebote (bspw. Videosprechstunden) eine mögliche Lösung (siehe auch Kapitel 3.7.2). Belastende stationäre Einweisungen in Spitäler könnten umgangen werden und Betroffene in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben.

Ziele der Behandlung sind der Erhalt von Kompetenzen und Selbstständigkeit sowie die soziale Teilhabe. Neben Psychopharmaka sind nicht-medikamentöse Therapieverfahren von grosser Bedeutung (Ergotherapie, Physiotherapie, Musik- und Kunsttherapie, tiergestützte Therapie etc.). Eine klare Versorgungslücke besteht im Bereich Psychotherapie für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Es gibt wenig evidenz-basierte Therapiekonzepte sowie einen Mangel an spezialisierten Therapeutinnen und Therapeuten.

Lösungsansätze

- Frühzeitige Abklärung und Diagnostik dank Sensibilisierung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie besonders vulnerablen Personengruppen.
- Spezialisierte Betreuungsdienste und weitere Entlastungsangebote sowie niederschwellige Hilfs- und Beratungsangebote für Angehörige.
- Klärung von Finanzierungsproblemen (u. a. aufsuchende Angebote, extern zugezogene Pflegefachpersonen).

4.2 Depressionen und Angststörungen

Depressionen sind im Alter nebst Demenzen die am häufigsten vertretene psychische Störung. Sie liegen geschätzt bei etwa 25 Prozent der über 65-Jährigen vor. Häufig wird die Depression im Alter unterdiagnostiziert, da depressionstypische Symptome wie gedrückte Stimmung, Interessensverlust, sozialer Rückzug, Verlangsamung, geringer Antrieb und Klagsamkeit fälschlicherweise dem Alter zugeschrieben werden. Dies auch vor dem Hintergrund der meist komorbid vorhandenen somatischen Erkrankungen, die im Vordergrund gesehen werden.

Vorerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfälle, Multiple Sklerose sowie Medikamente stellen Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung, prolongierte Verläufe und eine erschwerte Behandelbarkeit dar. Gleichzeitig erschwert eine Depression die Behandlung somatischer Erkrankungen und verschlechtert deren Prognose. Eine rechtzeitige Diagnose und gezielte Behandlung sind sowohl für die Depression, wie auch die komorbid vorhandenen somatischen Erkrankungen entscheidend. Die Sicherstellung einer fachlichen, qualifizierten Beurteilung zum richtigen Zeitpunkt ist bei krankheits- und mobilitätsbedingt erschwertem Zustand zentral. Der Einbezug psychiatrischer Untersuchungen und Screenings zu definierten Zeitpunkten in Spitälern, bei der Hausärztin resp. dem Hausarzt oder auch im Rahmen zugehender Screenings könnten für eine verbesserte Behandlung zielführend sein. Hierbei sollte der Einsatz von Standardfragebögen die Diagnosegenauigkeit erhöhen. Abzugrenzen ist die demenzielle Entwicklung. Diese kann aber auch komorbid auftreten und auslösend sein.

Die spezielle Lebenssituation älterer Menschen mit verschiedenen körperlichen Erkrankungen, Verlusterlebnissen, häufig existenzielle Nöten und Angst vor dem Tod erhöhen das Risiko, an Depression zu erkranken.

Die Studienlage weist eine gute Ansprechrate auf etablierte Behandlungen auf. Aufgrund erhöhter Empfindlichkeit und des veränderten Metabolismus im Alter sowie auch bei Komorbidität und Komedikation unterliegt die Pharmakotherapie vermehrten Einschränkungen. Umso mehr Bedeutung kommt den «nichtmedikamentösen Interventionen» zu. Hierzu gehören auch niederschwellige ge-

meindenahe aktivierende Angebote, die auch präventiven Charakter haben, z. B. Mittagstische, altersangepasste Sportangebote, welche Vereinsamung verhindern und aktivierenden Charakter haben.

Psychotherapeutische Interventionen müssen den Besonderheiten des Alters Rechnung tragen. So müssen Termine häufig kürzer gehalten werden, die Gespräche gut strukturiert und fokussiert erfolgen sowie Angehörige einbezogen werden. Bei ambulanten Angeboten müssen diese gut erreichbar sein bzw. Patientinnen und Patienten vor Ort aufgesucht werden. Die Hürde, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist für ältere Menschen aufgrund des Stigmas psychiatrischer Erkrankungen erhöht.

Angststörungen gehören mit einer Prävalenz von ca. 7 Prozent, und damit nur geringfügig niedrigerer Häufigkeit als im jüngeren Erwachsenenalter, ebenfalls zu den bekanntermassen gut behandelbaren, aber häufig unterdiagnostizierten Störungen mit problematischen Folgen für die Prognose der psychischen Gesundheit wie auch somatischer Leiden. Die für Diagnose und Behandlung der Depression ausgeführten Probleme gelten hier analog.

Lösungsansätze

Möglichst wohnortnahe Angebote durch

- Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf Diagnostik und Behandlung (50 % aller Depressionen werden in der hausärztlichen Praxis behandelt).
- Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Praxis (Ausbildungsbedarf in Bezug auf alterspsychiatrische Patientinnen und Patienten).
- Geschultes Spitex-Personal.
- Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern, Spitex-Mitarbeitenden und Pflegepersonen in den Pflegeheimen.
- Psychiatrische Sprechstunden in der Hausarztpraxis durch Therapeutinnen und Therapeuten aus einem alterspsychiatrischen Zentrum.
- Aufsuchende Behandlungen, sei es durch geschulte Pflegenden, Hausärztinnen und Hausärzte, Psychiaterinnen und Psychiater und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der Praxis oder aus einem alterspsychiatrischen Zentrum im Sinne eines Home Treatment-Teams.
- Verankerung diagnostischer Standardprozesse in der Behandlung somatischer Erkrankungen im Spital und in der Hausarztpraxis.
- Niederschwellige aktivierende Angebote (z. B. Bewegungsangebote).

Weitere Lösungsansätze sind:

- Bisher wenig untersucht und zu prüfen wären digitale Angebote, die wahrscheinlich in der Zukunft für kognitiv präsenste und zunehmend auch mit den neuen Medien vertraute Personen an

Bedeutung gewinnen werden und den Vorteil haben, nicht an den Wohnort gebunden und von Mobilität abhängig zu sein.

- Wohnortnahe intermediäre Angebote, möglicherweise auch angegliedert an die Heime, hier ist die Finanzierung zu klären.
- Spezifische, auf bestimmte Störungen ausgerichtete spezielle Angebote (z. B. Module für Angsterkrankungen, Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen) an einem alterspsychiatrischen Zentrum, teilweise auch stationär.

4.3 Abhängigkeitserkrankungen im Alter

Bei Abhängigkeitserkrankungen ist zu unterscheiden zwischen «Early Onset» und «Late Onset». Während es bei «Late Onset» zwar einer vermehrten Sensibilisierung bedarf und Konzepte weitgehend aus dem Bereich der Alterspsychiatrie übernommen und innerhalb der bewährten Strukturen umgesetzt werden können (Hausarztsprechstunde, Gruppentherapien, Einzeltherapien in Praxen, Mitbehandlung in den Pflegeheimen etc.), stellt sich die Situation für langjährig Erkrankte («Early Onset») und speziell bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen anders dar. Hier ergibt sich das den Abhängigkeitserkrankungen inhärente Problem, dass es bei «Early Onset» und langjährigem Gebrauch schädigender Substanzen zu derart schwerwiegenden körperlichen, kognitiven und psychischen Folgen kommt, dass die Betroffenen stark «vorgealtert» sind, oft um zehn bis 20 Jahre und diese dann in alterspsychiatrischen Heimen und Einrichtungen versorgt werden. Konzeptuelle Überlegungen, wie diese Gruppe optimalerweise behandelt und versorgt werden soll, erfolgt im *Fachkonzept Abhängigkeitserkrankungen 2022*.

Lösungsansätze

- Schaffung und Unterstützung angepasster Wohnformen (regional für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, d. h. in der GGR für alle zugänglich machen) für die Gruppe der schwer Folgegeschädigten, speziell für die Abhängigkeitserkrankten mit «illegalen» Substanzen.
- Sensibilisierung und Schulung von Hausärztinnen und Hausärzten, Spitex-Mitarbeitenden, niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
- Schaffung einer Fachstelle für Abhängigkeitserkrankungen im Alter, die an ein Alterspsychiatrisches Zentrum angegliedert sein sollte.

5 Konsequenzen für die Versorgung in der GGR aus Sicht der Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie

- Im Sinne der Prävention von psychischen Erkrankungen soll die psychische Gesundheit der älteren Menschen gefördert werden; insbesondere sollen Orte zur Begegnung und zur sozialen Teilhabe gepflegt und bedarfsgerecht erweitert werden. Diese Orte sollen allen älteren Menschen niederschwellig zugänglich sein.
- Analog zur Erwachsenenpsychiatrie sollten auch in der Alterspsychiatrie die **Schnittstellen** zwischen ambulanten und stationären Angeboten besser gestaltet werden: Zuständigkeiten, Kooperationen und Anmeldewege sind im Rahmen von Leistungsaufträgen zu definieren.
- **Es braucht den Willen, umzudenken und ambulante Angebote auch zu finanzieren!** Ebenfalls wie in der Erwachsenenpsychiatrie bedarf es der Sicherstellung der **Finanzierung** von entsprechenden ambulanten, Home Treatment- und intermediären Angeboten (Akuttagesklinik).
- Projekte für verstärkte Bemühungen für **Ausbildung** von qualifiziertem Personal und zur Verbesserung der **Rahmenbedingungen** für Berufsgruppen, die im Altersbereich tätig sind, sollten gefördert werden.
- Nicht-stationäre Angebote sollen im Sinne der Forderung «ambulant und stationär» wie auch einer auf das Lebensumfeld zentrierten Behandlung gestärkt und ein möglichst **lückenloses Versorgungsangebot** von ambulant über intermediär zu stationär und wieder zurück etabliert werden. Dazu gehören die Vielfalt an ambulanten Praxen, der Aus- und Aufbau von Home Treatment-Teams (ambulante Krisenintervention) und ebenso neue tagesklinische Angebote.
- Psychotherapeutische **Angebote in spezifischen Bereichen**, z. B. Psychotherapie im Kontext von Alter und Verlusterfahrungen, sollen weiter ausgebaut bzw. von den psychiatrischen Institutionen gefördert werden.
- Für die optimale Versorgung von somatisch und psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten braucht es sowohl **ambulante wie auch stationäre Angebote, die interdisziplinär** geführt werden, inkl. Sozialarbeit.
- **Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie:** Die **Vernetzung zwischen somatischer und psychiatrischer bzw. psychosomatischer** Medizin ist im Sinne einer integrativen Versorgung weiter zu fördern. Für die Pflegeheime soll eine verpflichtende Empfehlung ausgesprochen werden.
- Es soll **eine Fachstelle für Abhängigkeitserkrankungen im Alter** (oder je eine im Kanton Basel-Landschaft und im Kanton Basel-Stadt) geschaffen werden.
- Das Gesamtangebot alterspsychiatrischer Versorgung sollte **kooperativ von den Kantonen und Alterspsychiatrischen Zentren** geplant und gestaltet werden.

- Regelmässige **Vernetzungsforen** mit den Leistungserbringern etwa zwei bis vier Mal jährlich dienen der Optimierung und sollten entsprechend vorgeschrieben und vergütet werden.
- Wie auch in anderen Teilen der Psychiatrie ist das **Gewinnen und Halten** qualifizierten Personals eine wichtige Massnahme; insbesondere Projekte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der beteiligten Berufsgruppen sowie verstärkte Ausbildungsinitiativen wie neue Aus- und Weiterbildungsgänge und Qualitätszirkel.
- Es bedarf der Lobbyarbeit in verschiedenen Gremien in Bezug auf **Tarifgestaltung** (beim Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt und der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft für Projektfinanzierung, bei Curaviva, Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP) und Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie (SGAP) in Bezug auf Verhandlungen mit Krankenversicherern).
- **Neue Wohnformen** für psychisch kranke ältere Menschen sollten geschaffen werden [vgl. Generationenhaus Neubad im Kanton Basel-Stadt (Generationenhaus Neubad, 2021)].
- **Die KESB und Beistände** sollten als weitere Player ins Boot genommen werden, da häufig keine Angehörigen vorhanden sind. Die Fallführende Sozialarbeit ist hierzu ein Lösungsansatz. Wünschenswert ist die Rekrutierung und Schulung von Berufsbeiständen speziell für die Gruppe älterer Personen.
- **Begleitung und Unterstützung von Angehörigen** psychisch erkrankter Menschen z. B. durch den Wirrgarten im Kanton Basel-Stadt, das Schweizerische Rote Kreuz Baselland (SRK BL), das Alzheimer beider Basel (ALZBB), Selbsthilfegruppen. Diese sollen ausgebaut werden und psychoedukative Elemente anbieten. Des Weiteren sollen Angehörige zu ärztlichen Terminen miteingeladen werden.
- Siehe ausserdem Tabelle A.3 im Anhang in Kapitel **7.4 Bestehende und fehlende Angebote in der Alterspsychiatrie** (S. 34).

6 Literatur

Bundesamt für Gesundheit und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2019). Demenz in der Schweiz: Eine Übersicht der Ergebnisse der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019.

Commission technique PLAISIR. Méthode PLAISIR (2021). <http://www.ctplaisir.ch/ct-methode.html> (abgerufen am 15.12.2021).

Clerc, M.-T. und von Gunten, A. (2015). Alterspsychiatrie: Medizinische und therapeutische Versorgung in Alters- und Pflegeinstitutionen. CURAVIVA Schweiz.

Generationenhaus Neubad (2021). <https://www.generationenhaus-neubad.ch/> (abgerufen am 15.12.2021).

Kessler E.-M. und Peters M. (2017). Neue Therapieformen. In Fortmeier, S., Himmelsbach, I., Kessler, E.-M., Lindner, R., Peters, M., Riehl-Emde, A. und von der Stein, B. (Hrsg.). Psychotherapie im Alter, Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 7-16.

Maior, G. (2014). Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Postgraduale Studiengänge in Psychotherapie (PSP) (2021). Modulbasierte einjährige Weiterbildung Psychotherapie im Alter. <https://psp-basel.ch/index.php/studiengaenge/psychotherapie-im-alter> (abgerufen am 14.12.2021).

Q-System AG (2021). RAI System. <https://www.qsys.ch/de/rainh/raisystem> (abgerufen am 15.12.2021).

Stoppe, G. (2011). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. In Fuchs, C., Kurth, B.-M. und Scriba P.C. (Hrsg.). Report Versorgungsforschung (Band 3), Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Schweizer Berufsverband für Pflegepersonal Sektion Bern (2020). Jahresbericht 2020, https://www.sbk-be.ch/fileadmin/2_Dokumente/Jahresbericht/SBK_Bern_Jahresbericht_2020.pdf (abgerufen am 02.03.2022).

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2019). Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. Swiss Academies Communications, 14(2).

SwissDRG AG (2019). Vorgaben zur Erfassung des HoNOS 65+ für die Tarifstruktur TARPSY: Skala, Glossar und Ratingkonventionen.

7 Anhang

7.1 Abgrenzung und Schnittstellen zu anderen Bereichen

Name	Beratung	Spezifische Angebote
abilia basel	X	Beratung und Wohnangebote bei nicht primär demenzbedingter kognitiver Beeinträchtigung
Alterspolitik Basel-Stadt / Leitlinien Basel 55+ / Vision «Gut und gemeinsam älter werden im Kanton Basel-Stadt» / Forum 55 +		
Basler Ombudsstelle für Altersfragen und Spitex	X	
Benevol Basel-Stadt	X	Beratung und Unterstützung für Freiwilligeneinsätze
Curaviva Basel-Stadt	X	Abfrage freier Heimplätze der angeschlossenen Pflegeheime
Fachstelle Alter (Riehen)	X	
Fundus Basel, Verein für soziokulturelle Altersarbeit		Insbesondere für Institutionen Netzwerkangebot/Info-Drehscheibe
Gerontolog. Beratungsstelle Memory Clinic Basel	X	
GGG Wegweiser/Infostelle Älterwerden	X	
Graue Panther Nordwestschweiz		Gemeinsames Engagement für ein Thema oder gemeinsame Freizeitaktivität
Heilsarmee	X (Sozialberatung)	Wohnen u. a. m.
HEKS AltuM (Alter und Migration beider Basel)	X	Kurse, Infoveranstaltungen, ab 55 Jahren
hopp-la		generationenverbindende Bewegungs- und Gesundheitsförderung
KBB Koordinationsstelle Fahrten für mobilitätseingeschränkte Personen beider Basel		Vergünstigte Taxifahrten
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Gesundheitsversorgung, Abteilung Langzeitpflege	X	Pflegeberatung
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Medizinische Dienste Basel-Stadt, Abteilung Prävention	X	Gesundheitsförderung bspw. Café Bâlace oder Dialogue, Bewegungstreff Basel
Pro Senectute beider Basel	X	
Schweizerisches Rotes Kreuz	X	Fahr-, Besuchs- und Begleitsdienst, Unterstützung für pflegende Angehörige
Stiftung Basler Wirrgarten	X (auch mobil!)	Tagstätte, Wandergruppe, Angehörigenseminare, Tanz u. a. m.
Stiftung Rheinleben	X	Tagstruktur 65+
Verein 55+ - Basler Seniorenkonferenz		

Verein ambulante psychiatrische Pflege Basel-Stadt/Basel-Landschaft vapp.ch		Hilfe zum Auffinden ambulanter psychiatrischer Pflege
Verein Beratungsnetz Basel Tram-dem		Begleitung in Tram und Bus zu Terminen

Tabelle A.1 Abgrenzung und Schnittstellen zu anderen Bereichen im Kanton Basel-Stadt

Name	Beratung	Spezifische Angebote
Baselbieter Ombudsstelle für Altersfragen und Spitex	X	
Benevol Baselland	X	Beratung und Unterstützung für Freiwilligeneinsätze
Curaviva Baselland	X	Liste der Alters- und Pflegeheime in Baselland
Graue Panther Nordwestschweiz		Gemeinsames Engagement für ein Thema oder gemeinsame Freizeitaktivität
HEKS AltuM (Alter und Migration beider Basel)		Kurse, Infoveranstaltungen, ab 55 Jahren
hopp-la		generationenverbindende Bewegungs- und Gesundheitsförderung
KBB Koordinationsstelle Fahrten für mobilitätseingeschränkte Personen beider Basel		Vergünstigte Taxifahrten
Pro Senectute beider Basel	X	Bewegung, Bildung, Kultur, Geselligkeit
Schweizerisches Rotes Kreuz	X	Fahr-, Besuchs- und Begleitedienst, Unterstützung für pflegende Angehörige
seniorenrhythmik.ch		Verein Erwachsenen- und Seniorenrhythmik nach Dalcroze
Verein Beratungsnetz Basel Tram-dem		Begleitung für Bewohner des unteren Kantonsteiles im ÖV bspw. zu Terminen
Verein ambulante psychiatrische Pflege Basel-Stadt/Basel-Landschaft vapp.ch		Hilfe zum Auffinden ambulanter psychiatrischer Pflege
Versorgungsregion Kanton Basel-Landschaft	X	

Tabelle A.2 Abgrenzung und Schnittstellen zu anderen Bereichen im Kanton Basel-Landschaft

Ferner gibt es in beiden Kantonen Angebote der Kirchen und weiterer Glaubensgemeinschaften.

7.2 Zahlen und Daten Demographie GGR

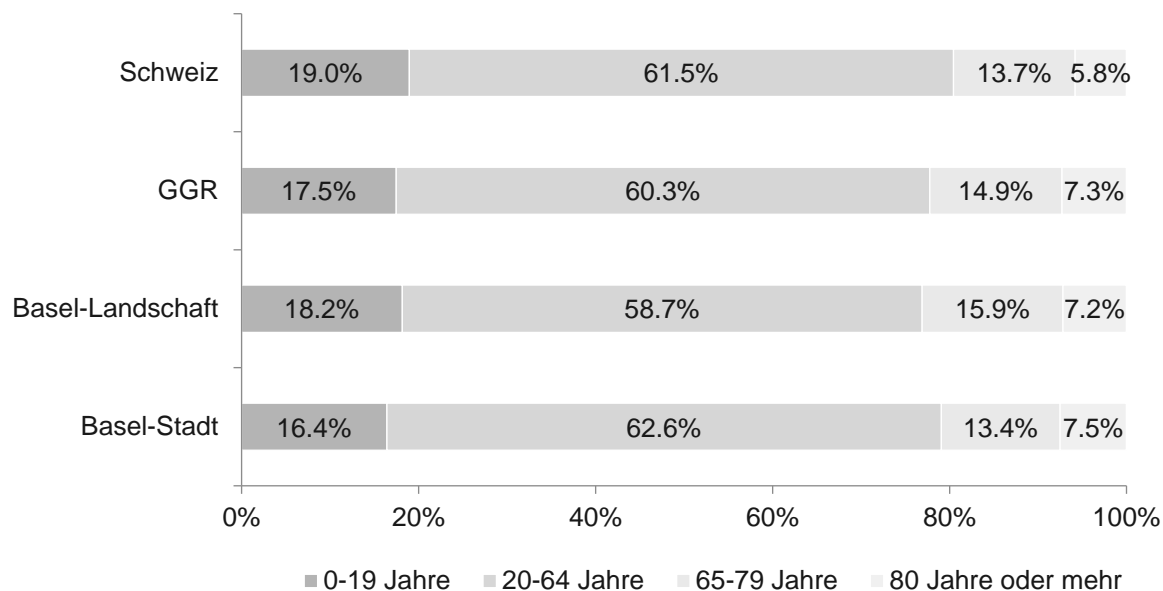


Abbildung A.1 Prozentuale Aufteilung der Bevölkerung auf Altersgruppen, Datenjahr 2019 (Eigene Berechnungen basierend auf Daten zur Bevölkerungsentwicklung vom Bundesamt für Statistik [BFS], 2020)

7.3 Langzeitpflege

Wie im stationären Bereich im Rahmen des TARPSY⁷ (nebst Daten vom BFS) ist auch das Instrument «Health of the Nation Outcome Scales» (HoNOS) im Rahmen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) eine hinzugekommene Aufgabe (SwissDRG AG, 2019). In den Pflegeheimen oder auch bei Spitexdiensten ist der Ressourcenbedarf der höher qualifizierten Fachpersonen für die Erledigung der Arbeiten in Bezug auf die Vergütung erbrachter Leistungen⁸ vergleichsweise hoch. Die Anbieter der Systeme RAI und PLAISIR (siehe Fussnote 8) behaupten mit ihren Produkten nicht nur Hilfe für die Abrechnungspraxis zu bieten, sondern auch einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung zu leisten, valide Instrumente zur Ermittlung des Pflegebedarfs oder für die Personalplanung bereitzustellen und anderes mehr. Problematisch in diesem Kontext sind:

- a) Die umso schlechtere Qualität der erhobenen Daten, je komplexer die Datenerhebung ist und je weniger sinnvoll diese von den Datenlieferern erlebt wird.
- b) Ein sich mit der Datenlieferung vor dem Hintergrund möglichst guter Vergütung resp. ökonomischer Sichtweise Auseinandersetzen müssen, was von Menschen in helfenden Berufen

⁷ TARPSY bildet die Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie laut DRG ab. DRG steht für Diagnosis-Related Groups, einem Abrechnungssystem für stationäre Krankenhausbehandlungen.

⁸ Bewohnerinnen und Bewohner-Einstufungs- und -Abrechnungssystem (BESA); für die Deutschschweiz und das Tessin im Wesentlichen RAI-Nursing Home (RAI-NH) resp. RAI-Home-Care (RAI-HC) (Q-Sys AG., 2021), in der Romandie im Wesentlichen *Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis* (PLAISIR) (Commission technique PLAISIR, 2021).

mit ihren Persönlichkeitsmerkmalen oft eher ungut erlebt wird und die Qualität der Arbeit von Gesundheitsfachpersonen eher nicht fördert (Maio, 2014).

- c) Die gemessen an den Prävalenzraten ungenügende Abbildungsmöglichkeit für psychische Probleme gegenüber den körperlichen in genannten Instrumenten (Clerc und von Gunten, 2015). Beispiele sind u. a. Angststörungen oder die für die Pflegenden zeit- und nervenraubenden Interaktionsprobleme (bspw. bei Persönlichkeitsstörungen), oft auf keiner Diagnoseliste zu finden, aber meist mit viel Leiden auf Seiten der Betroffenen wie auch deren Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartnern verbunden.

Lösungsansatz

Die innovative Nordwestschweiz könnte Pionierin punkto Kulturwandel in der Gesundheitspolitik sein, indem versucht wird, in der öffentlichen und politischen Diskussion wieder einen echten Diskurs über die Vor- und Nachteile der Ökonomisierung des Gesundheitswesens vor dem Hintergrund der unter Grundsätzlichem eingangs erwähnten Werte, einen sozialen Wandel anzustossen. Hilfreich kann dabei eine Orientierung am «Triple-Aim-Konzept» sein, welches eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Patientenerfahrung bei der Versorgung und eine Senkung der Gesundheitskosten pro Kopf beinhaltet (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2019).

7.4 Bestehende und fehlende Angebote in der Alterspsychiatrie

Name	BS / BL	Bestehendes ausreichendes Angebot	Bestehendes ungenügend ausgebautes Angebot	Fehlendes Angebot
Delirunit UAFF	BS und BL	X		
Geschützte stationäre Alterspsychiatrie UAFF	BS	X		
Offene alterspsychiatrische Abteilung für Menschen mit kognitiven Störungen UAFF	BS			X
Memory Clinic Basel UAFF	BS und BL	X		
UPK Memory Clinic	BS	X		
UPK Alterspsychiatrie stationärer Bereich (alles ausser Delir und Demenz)	BS	X		
UPK Ambulanz für ältere Menschen mit seelischen Erkrankungen	BS		X	
Alterspsychiatrisches Angebot für Menschen mit schweren somatischen Komorbiditäten	BS		X	
Tagesklinisches Angebot für Menschen mit seelischen Erkrankungen und/oder kognitiven Störungen	BS			X
Alterspsychiatrisch-psychotherapeutische Spezialpraxen	BS		X	
Psychiatrie-Spitex	BS		X	
Kurzaufenthalter-Betten in Pflegeheimen	BS		X	
Schulungsangebot für Mitwirkende in der Versorgung von alterspsychiatrischen Patientinnen und Patienten	BS		X	
Aufsuchender Konsiliar- und Liaisondienst in Pflegeheimen	BS		X	
Suchtberatungsstellen für Sucht im höheren Lebensalter	BS		X	Schaffung einer Fachstelle und von angepassten Wohnformen
Home-Treatment Dienste	BS		X	
Ambulantes Angebot angegliedert an die Spezialzentren	BS		X	
Intermediäre Angebote in Pflegeheimen	BS		Tarife verhandeln, damit das Angebot resp. der Eigenanteil für alle tragbar ist	
Angehörigenbegleitung	BS		Angebote wohnortnah und durch Kooperationen ausbauen	
Alterspsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst der PBL für Pflegeheime BL	BL		Personeller Ausbau für Versor-	

Name	BS / BL	Bestehendes ausreichendes Angebot	Bestehendes ungenügend ausgebautes Angebot	Fehlendes Angebot
			gung aller Pflegeheime erforderlich	
Ambulante Abklärung und Behandlung Schwerpunkt Alterspsychiatrie PBL, Standorte Liestal und Binningen	BL		Personeller Ausbau für Versorgung erforderlich	
Ambulanter Dienst für in der Hausarztpraxis, Schwerpunkt Alterspsychiatrie PBL	BL		nur punktuell möglich, personeller Ausbau für Versorgung erforderlich	
Psychotherapeutische Gruppenangebote für Menschen über 60 Jahre in der Ambulanz, in den Versorgungsregionen und den Pflegeheimen (in Zusammenarbeit mit anderen Anspruchsgruppen)	BL			X
Psychiatrisches und psychotherapeutisches Angebot für betagte, kognitiv beeinträchtigte Menschen zu Hause oder in Institutionen.	BL			X
Alterspsychiatrisches Übergangsangebot (Passerelle)	BL			X
Home Treatment für Menschen über 65 Jahre bzw. «vorgealterte» Patientinnen und Patienten	BL			X
Alterspsychiatrisches integriertes Angebot zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen	BL			X
Ambulante Spezialsprechstunden, z. B. Gedächtnissprechstunde, spezifische Angehörigengruppe	BL		nur punktuell möglich, personeller Ausbau erforderlich	
Intermediäres alterspsychiatrisches Angebot	BL		Punktuell vorhanden Tagesklinik zu planen, ggf. Angebote in Pflegeheimen ansiedeln (Kostenfrage)	
Psychotherapeutisches Angebot (stationär/ambulant) Persönlichkeitsstörungen im Alter			nur punktuell möglich, personeller Ausbau erforderlich	X
Stationäres Angebot für Psychotherapie	BL	X		
Stationäres Angebot Verhaltensstörungen bei Demenz Behandlung unkomplizierter Delirien	BL		Personeller Ausbau für Versorgung erforderlich Versorgung komplexer Delirien im UAFP	

Name	BS / BL	Bestehendes ausreichendes Angebot	Bestehendes ungenügend ausgebautes Angebot	Fehlendes Angebot
Stationäres Angebot zur Behandlung sämtlicher psychiatrischer Diagnosen PBL	BL	X	Vorhanden, Spezifizierung erforderlich	
Stationäres Angebot zur Behandlung komplex-psychiatrischer/somatischer, vorgealterter Patientinnen und Patienten	BL		nur punktuell möglich, personeller Ausbau erforderlich	
Alterspsychiatrische Langzeitbetten in Pflegeheimen	BL		Im Pflegeheim Schlossacker vorhanden, Angebot auszubauen	
Stationäre wie ambulante somatisch-psychiatrische Doppelbetreuung	BL		nur punktuell möglich, personeller Ausbau erforderlich	
Umfassende Frühdiagnostik bei Verdacht auf Hirnleistungsstörung, inkl. innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie und Radiologie bzw. Interdisziplinäre Memory Clinic	BL		Punktuell möglich, personeller Ausbau für Abklärung erforderlich bzw. definierte Kooperation mit Geriatrie BL und UAFP	
Alternative Behandlungsmethoden/Komplementärmedizin			nur punktuell möglich, personeller Ausbau erforderlich	
Weiterbildungs- und Supervisionsangebot für die Institutionen (Spitex, Pflegeheime, Sozialdienst etc.) in Fragen Behandlung und Betreuung von Betagten	BL		Ggf. Kooperation mit BS	X

Tabelle A.3 Bestehende und fehlende Angebote in der Alterspsychiatrie, ohne Anspruch auf Vollständigkeit