



An den Grossen Rat

18.0408.01

GD/P180408

Basel, 18. April 2018

Regierungsratsbeschluss vom 17. April 2018

Ratschlag „Staatsbeitrag für aufsuchende Angebote „Home Treatment bei High Utilizer“ und „Home Treatment bei Übergangsbearbeitung nach stationärer Behandlung“ der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) von 2018 bis 2021

Inhalt

1. Begehren	3
2. Ausgangslage	3
3. Aufsuchende psychiatrische Angebote in anderen Kantonen	4
3.1 Aufsuchende psychiatrische Angebote im Kanton Thurgau	4
4. Modellprojekt 1: Home Treatment bei High Utilizern (HT-HU)	5
4.1 Situation Kanton Basel-Stadt	5
4.2 Zielgruppe und Angebotsstruktur	6
4.3 Ziel des Modellprojekts	7
4.4 Teamstruktur	7
5. Modellprojekt 2: Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung (HT-ÜBE)	7
5.1 Situation Kanton Basel-Stadt	8
5.2 Zielgruppe und Angebotsstruktur	8
5.3 Ziel des Modellprojekts	9
5.4 Teamstruktur	9
6. Abgrenzung zu anderen Anbietern	9
7. Einbezug der Krankenversicherer	10
8. Evaluation	10
9. Projektlaufzeit	10
10. Zwischenbericht	10
11. Finanzierung	11
11.1 Finanzierungsmodell HT-HU	11
11.2 Finanzierungsmodell HT-ÜBE	12
11.3 Finanzielle Auswirkungen	13
12. Erfüllung der Grundsätze gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsbeitragsgesetzes	14
12.1 Nachweis eines öffentlichen Interesses an den erbrachten Leistungen	14
12.2 Nachweis, dass die Leistungen ohne die Finanzhilfe nicht erbracht werden können	14
12.3 Eigenleistung und andere Finanzierungsmöglichkeiten	14
12.4 Gewährleistung einer sachgerechten und kostengünstigen Leistungserbringung	14
13. Formelle Prüfung	15
14. Antrag	15

1. Begehren

Mit diesem Ausgabenbericht beantragen wir Ihnen, den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) für den Zeitraum vom vierten Quartal 2018 bis einschliesslich dritten Quartal 2021 Ausgaben in Höhe von 4'171'120 Franken zu bewilligen. Die Ausgabe ist im Budget 2018 eingestellt. Als Rechtsgrundlage dienen das Staatsbeitragsgesetz vom 11. Dezember 2013 (SG 610.500), das Finanz- und Verwaltungskontrollgesetz vom 17. November 2003 (FVKG [SG 610.200]) sowie das Gesundheitsgesetz vom 21. September 2011 (SG 300.100). Bei den Beiträgen an die UPK handelt es sich um eine nicht indexierte Finanzhilfe gemäss § 3 des Staatsbeitragsgesetzes.

2. Ausgangslage

Im Leitfaden zur Psychiatrieplanung Schweiz der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)¹ werden die Kantone explizit aufgefordert, eine integrierte psychiatrische Versorgung anzubieten und insgesamt mehr aufsuchende und ambulante Angebote aufzubauen. Die GDK empfiehlt, neue Behandlungsmethoden zuerst im Rahmen von Modellprojekten zu starten, um sie danach bei guter Beweislage in ein Regelversorgungsangebot umzuwandeln. Insbesondere aufsuchende psychiatrische Angebote können helfen, den Umgang mit einer psychischen Erkrankung zu Hause in der gewohnten Umgebung – mit Angehörigen, Freunden, Arbeitgebern, Ämtern usw. – so zu lernen, dass

- weniger stationäre Eintritte notwendig sind bzw.
- eine frühere Entlassung angestrebt werden kann,
- eine grössere Entlastung der Angehörigen entsteht,
- Arbeitsstellen wenn immer möglich behalten werden können.

Im Laufe der Jahre hat sich ausserhalb der psychiatrischen Kliniken ein vielfältiges Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfsangebot für Menschen mit psychiatrischen Problemen entwickelt. Dies hält der Bundesrat in einem Bericht zur Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz² fest. Der Bericht zeigt aber auch, dass insbesondere bei der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen im ambulant-institutionellen und intermediären Setting noch Entwicklungsbedarf besteht. Unter „intermediären Angebotsstrukturen“ werden verschiedene Behandlungsangebote zusammengefasst, die die Lücke zwischen der 24-Stunden-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde bei nieder gelassenen Ärzten schliessen. Dazu gehören multiprofessionelle Institutsambulanzen, Tageskliniken und aufsuchende Behandlungsangebote wie mobile Equipen und das Home Treatment (HT)³.

Die beiden folgenden aufsuchenden psychiatrischen Angebote nehmen diese Überlegungen auf und verfolgen als innovative Home Treatment-Modellprojekte die integrierte psychiatrische Versorgung im Kanton Basel-Stadt durch die UPK:

- **Home Treatment bei High Utilizern (HT-HU);**
- **Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung (HT-ÜBE).**

Zentraler Bestandteil von HT ist ein multiprofessionelles Behandlungsteam, das den psychiatrisch-behandlungsbedürftigen Patienten in seiner gewohnten Umgebung versorgt. Bei den beiden Modellprojekten handelt es sich um international anerkannte evidenzbasierte Therapieformen, die vielfach untersucht wurden und ihre klinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität bewiesen haben. Die finanzielle Effizienz rührt vor allem daher, dass kostenintensive stationäre Aufenthalte vermieden bzw. verkürzt werden können. Die finanzielle Unterstützung für aufsuchende Angebote

¹ Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2008), Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“. Bern: GDK.

² Bundesamt für Gesundheit (2016) Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Bern: BAG.

³ Bundesamt für Gesundheit (2016) Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz - Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Bern: BAG.

durch den Kanton Basel-Stadt ist wegen der fehlenden Abdeckung der intensiven ambulanten Betreuung durch die Krankenkassenleistungen und als Anschubfinanzierung zwingend notwendig.

Die beiden aufsuchenden Angebote entsprechen den strategischen Zielen der UPK, die darauf ausgerichtet sind, entstigmatisierend zu wirken und den Patientinnen/Patienten passgenaue Behandlungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen.

3. Aufsuchende psychiatrische Angebote in anderen Kantonen

In anderen Kantonen wie z.B. Luzern, Zürich, Thurgau und Aargau wurden aufsuchende psychiatrische Angebote seit einigen Jahren im Rahmen von Forschungsstudien und Modellprojekten – mit Finanzierungsunterstützung der jeweiligen Kantone – aufgebaut und unterdessen auch in der Regelversorgung (u.a. Kanton Thurgau, Kanton Zürich) verankert. Der Anhang 1 „Praxisbeispiele für aufsuchende Behandlung in der Schweiz“ gibt eine Auswahl über bestehende Angebote wieder. Die beiden Modellprojekte „Poststationäre Übergangsbehandlung“ (PSÜB) und das „Intensive Case Management“ (ICM) im Kanton Thurgau sind ähnlich ausgerichtet wie die beiden geplanten Basler Modellprojekte HT-HU und HT-ÜBE und werden nachfolgend näher beschrieben.

3.1 Aufsuchende psychiatrische Angebote im Kanton Thurgau

Der Regierungsrat des Kantons Thurgau genehmigte Mitte 2010 im Rahmen der Zukunftsorientierten Psychiatrie-Entwicklung (ZUPE) drei Modellprojekte mit den Psychiatrischen Diensten Thurgau (PDT). Die dreijährigen Modellprojekte an der Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Psychiatrie umfassen:

- das Abklärungs- und Aufnahmезentrum (AAZ);
- das Intensive Case Management (ICM) und
- die Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB).

Die ZUPE-Modellprojekte wurden im Mai 2014 als gemeindenahе Versorgung in den Leistungsauftrag der Spital Thurgau AG aufgenommen. Die Dauer der kantonalen Beiträge wurde dabei bis zum 31. Dezember 2017 festgelegt. Um die Modellprojekte im Kanton Thurgau zu realisieren, wurde im September 2011 im ersten Schritt das AAZ eingeführt. Das AAZ fungiert vor einer stationären Behandlung als niederschwellige Triagestelle mit der Aufgabe, eine passgenaue und bedarfsgerechte ambulante oder stationäre Behandlung einzuleiten, um mögliche Fehlallokationen zu vermeiden. Das ICM und die PSÜB zielen nach einer stationären Behandlung auf eine je nach Indikation und Bedarf langfristige oder kurzfristige ambulant-aufsuchende Behandlung ab, die zur (Re-) Stabilisierung von Patientinnen/Patienten in ihrem häuslichen Umfeld dient. Nach rund einem Betriebsjahr zeigte sich, dass dank der Niederschwelligkeit des AAZ (inklusive Sorgentelefon und kostenloser Angehörigenberatung) 15% mehr Patientinnen/Patienten im Kanton Thurgau erreicht werden konnten. Bei den entlassenen Patientinnen/Patienten der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurden 14% mit einer PSÜB nachbehandelt. Dadurch waren frühere Entlassungen aus dem stationären Bereich möglich und die Verweildauer reduzierte sich. Die Ergebnisse der ersten Betriebsjahre zeigen eine positive Entwicklung der vereinbarten Leistungsziele. In der Projektbeschreibung war ein Kostendeckungsgrad durch Versicherungsbeiträge von 55% angestrebt. Der erreichte Kostendeckungsgrad lag im Jahr 2013 bei 45% und im Jahr 2016 bei durchschnittlich 57%. Mit der ZUPE konnte die vorgesehene Reduktion von 16 Spitalistenplätzen bis zum 1. Januar 2016 erreicht werden. Im Weiteren verbesserte sich mit den ZUPE-Modellprojekten insgesamt die psychiatrische Versorgungsqualität im Kanton Thurgau. Alle drei Modellprojekte werden von allen Akteuren als wichtige und unbestrittene psychiatrische Angebote erachtet und entsprechend auch genutzt. Die kantonalen Beiträge für die ZUPE-Angebote beliefen sich jährlich auf 1.5 Mio. Franken.

4. Modellprojekt 1: Home Treatment bei High Utilizern (HT-HU)

In der Versorgungsforschung werden Personen, die medizinische Leistungen stark in Anspruch nehmen, wahlweise als High Utilizer, Heavy User, Frequent Repeater oder Patienten mit starker Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgungsleistungen genannt. Die High Utilizer (HU) sind eine vergleichsweise kleine Gruppe von Patientinnen/Patienten, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil der für die medizinische Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen konsumieren. Für den Bereich Psychiatrie wird geschätzt, dass 10-30% aller Patientinnen/Patienten HUs sind, die 50-80% der Ressourcen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen⁴. Unter dem herrschenden Kostendruck im Gesundheitssystem gerät diese Patientengruppe in den Fokus des Interesses, da ihre stationären Behandlungen einen unverhältnismässig hohen Anteil der insgesamt für psychiatrische Behandlungen aufgewendeten direkten Kosten aufweisen.

Rund 8% in der Schweiz jemals psychiatrisch Erkrankten hatten eine deutlich überdurchschnittliche Ressourcennutzung⁵. Bei diesen HUs finden sich neben akzentuierten klinischen Problemen auch Hinweise auf ausgeprägte berufliche und soziale Schwierigkeiten (Erwerbslosigkeit, fehlende Partnerschaft, Probleme im familiären Beziehungsumfeld usw.). Dies legt nahe, dass die häufigen Rehospitalisierungen bei den HUs nicht immer nur aufgrund von psychiatrischen Indikationen erfolgen, sondern z.T. auch soziale Gründe verantwortlich sind⁶.

Bei psychiatrischen Patienten mit häufigen und schnellen Rehospitalisierungen besteht sowohl aus Sicht der Versorgungsforschung als auch aus gesundheitsökonomischer Sicht das grösste Optimierungspotenzial. Insbesondere bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass die verschiedenen Möglichkeiten der Nachbetreuung zu wenig genutzt wurden und die verschiedenen Versorgungsangebote nicht optimal zusammenwirken. Entsprechend muss HU ein anderes Behandlungskonzept als den Non-High Utilizer (NHU) angeboten werden.

In diesem Spannungsfeld ist der zentrale Ansatzpunkt für eine effizientere und auch den Patienten adäquatere Versorgung die stärkere Vernetzung von allen verschiedenen Versorgungsangeboten (integrierte Versorgung). Eine solche Flexibilität und Koordination von verschiedenen Versorgungsangeboten im Verlauf einer längeren Behandlung kann nur bei Kontinuität der verantwortlichen therapeutischen Bezugsperson erreicht werden. Mit einer abgestimmten Fallführung wird einerseits für die Patientinnen/Patienten eine optimale Versorgungskette gewährleistet und andererseits langfristig ökonomische Vorteile erbracht. Um diese Punkte aufzugreifen, bietet sich das Modellprojekt HT-HU an.

4.1 Situation Kanton Basel-Stadt

Die in den UPK laufende Studie zu „Versorgung und Präferenzen von HUs in den UPK“ verfolgt das Ziel, soziodemografische und psychosoziale Merkmale von HU gegenüber NHU zu vergleichen sowie wichtige Gründe für stationäre Wiederaufnahme aus Sicht der Patientinnen/Patienten zu erfassen. Dies berücksichtigt die personenzentrierte Perspektive und die systemzentrierte Perspektive. Jede fünfte Aufnahme auf eine allgemein-psychiatrische Abteilung der UPK (entspricht 18,2% der Aufnahmen in einem Zeitraum von sechs Monaten) ist ein HU. Diese Patientenklientel hatte in den letzten 2,5 Jahren mindestens 180 Tage in den UPK verbracht und/oder war in diesem Zeitraum mindestens drei Mal stationär in Behandlung. Von denjenigen Patientinnen/Patienten, die erstmalig auf eine allgemein-psychiatrische Abteilung der UPK aufgenommen werden (Erstbehandelte), entwickeln sich in den darauffolgenden Jahren rund 8% zu HUs. Diejenigen, die sich zu HUs entwickeln, weisen zu 36% (vgl. 20% Non-High Utilizer NHU) eine primäre Suchterkrankung, zu 29% (vgl. 17% NHU) eine psychotische Störung (v.a. Schizophrenie), zu

⁴ Kent S, Fogarty M, Yellowlees P.: A review of studies of heavy users of psychiatric services; Psychiatr Serv. 1995; 46 1247-1253. zit in: Roick C, Heider D, Kilian R et al. Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Psychiatrische Praxis 2002; 29: 343–349.

⁵ Frick U, Frick H.: Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie „Heavy User“; Obsan Dossier 5 2008. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

⁶ Lay B, Lauber C, Stohler R et al. Utilisation of inpatient psychiatric services by people with illicit substance abuse in Switzerland. Swiss Med Wkly 2006; 136: 338–345.

17% (vgl. 31% NHU) eine affektive Störung sowie zu 9% (vgl. 7% NHU) eine primäre Persönlichkeitsstörung auf. Die HUs sind weniger häufig erwerbstätig, haben häufig eine IV-Rente (rund 50%) oder sind arbeitslos (rund 25%) und erfahren häufiger eine therapeutische Isolation. Der Anteil an Männern und Frauen ist in etwa gleich (50%) und das durchschnittliche Alter beträgt bei diesen Patienten 40 Jahre.

4.2 Zielgruppe und Angebotsstruktur

Die Zielgruppe für das Modell HT-HU sind 18- bis 63-jährige HUs mit einer psychotischen Erkrankung, einer schweren bipolaren oder depressiven Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung mit oder ohne komorbiden Drogenkonsum (Hauptdiagnose ICD-10: F2–F6⁷). Patientinnen/Patienten mit einer primären Suchtdiagnose oder einer im Vordergrund stehenden Demenz oder anderen Alterserkrankung gehören nicht zur Zielgruppe des Modells, da die Versorgungsstrukturen hier andere sind. Des Weiteren müssen die Patientinnen/Patienten im Kanton Basel-Stadt wohnen und über genügend Deutschkenntnisse verfügen, um Informationen zu verstehen und Gespräche führen zu können. Bezogen auf die ausgewerteten Daten von 2013–2016 entsprechen 16% (absolute Zahl = 575) der stationär behandelten erwachsenen Personen diesen Einschlusskriterien.

Das Home Treatment bei HU setzt unmittelbar nach einer stationären Entlassung an und ermöglicht eine langfristige, zeitlich potenziell unbegrenzte ambulant-aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld zur (Re-)Stabilisierung von solchen Patientinnen/Patienten, die in den letzten 30 Monaten mehr als 180 Behandlungstage oder mehr als drei Aufnahmen vor Beginn der HT-HU Behandlung aufweisen. Die Rekrutierung erfolgt schrittweise, bis die maximale Zahl von 60 betreuten Patientinnen/Patienten erreicht ist. Die Schwerpunkte des Angebots sind die Stabilisierung der psychisch Erkrankten im gewohnten Umfeld mittels aufsuchender Behandlung, Rehabilitation und Unterstützung in der alltäglichen Lebensgestaltung (Treatment, Rehabilitation, Support) in hoher Kontaktfrequenz. Insbesondere die aktive Vernetzung und Koordination der verschiedenen Akteure und Leistungserbringer im Umfeld dieser Patientinnen/Patienten sind von entscheidender Bedeutung. Darüber hinaus werden separate Leistungs- und Qualitätsziele wie die Reduktion der Häufigkeit und Dauer der stationären Behandlung in verschiedensten Organisationen durch regelmässige Betreuung, Besserung der Compliance, Abnahme der Fürsorgerischen Unterbringung (FU) und höhere Autonomie der Patientinnen/Patienten vereinbart. Wo der stationäre Aufenthalt nicht vermieden werden kann, besteht durch die enge Zusammenarbeit zwischen den Stationen der UPK und des HT-HU Teams die Möglichkeit, die stationären Aufenthalte zu verkürzen, da frühzeitig Austrittsoptionen mit erhöhter Betreuung im Vergleich zu anderen ambulanten Angeboten möglich sind.

⁷ F2 = Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F3 = Affektive Störungen; F4 = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Tabelle 1: Übersicht über die Einschlusskriterien, Merkmale und Leistungen beim HT-HU

Einschlusskriterien	Merkmale	Leistungen
• Patienten ab 18 Jahren • Wohnhaft im Kanton Basel-Stadt • Hauptdiagnose ICD-10: F2–F6 • Gute Deutschkenntnisse, um Informationen zu verstehen und Gespräche zu führen	• Aufsuchendes Angebot • Kontakthäufigkeit in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Patienten • Zeitlich potenziell unbegrenzt • Einbezug des sozialen Umfeldes • Nutzung der Ressourcen der Patientinnen/Patienten • Multiprofessionelles Team	• Beziehungsarbeit im Rahmen von Hausbesuchen • Vernetzung mit Familie, Arbeitgeber, Beistand, Fachstellen, Institutionen etc. • Unterstützung, Beratung und Anleitung im Umgang mit sozialen Problemen z.B. in den Bereichen Wohnen, Arbeiten, Finanzen • Erarbeitung und Einübung einer angepassten und gesundheitsförderlichen Tagesstruktur • Abstimmung/Koordination notwendiger therapeutischer, pflegerischer und ergänzender Massnahmen • Beratung/Bewältigungsmöglichkeiten von komplexen Krankheitssituationen • Interventionen zur psychischen Entlastung im Alltag

4.3 Ziel des Modellprojekts

1. Schaffung eines patientenorientierten, integrierten und kosteneffizienten Behandlungsangebots für Patienten/Patientinnen mit hoher Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leitungen;
2. Verbesserung in der Bewältigung des Alltags, Verbesserung der psychosozialen Funktionen, hohe subjektiv empfundene Lebensqualität für die Patientinnen/Patienten, sowie der Aufbau einer konstanten Beziehung zu Betreuungspersonen;
3. Steigerung der Patientenzufriedenheit um 10% verglichen mit den Abteilungen des „Zentrums für Psychotische Erkrankungen“ an den UPK;
4. Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte um mindestens 30% und deren kumulierte Aufenthaltsdauer von rund 20%, sowie die Reduktion der fürsorgerischen Unterbringung (FU) von 20% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von HUs, welche die Einschlusskriterien für das HT-HU auch erfüllen aber nicht teilnehmen möchten);
5. Monetäre Einsparungen für die Kostenträger durch die Reduktion der stationären Pflegetage um 30% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von HUs, welche die Einschlusskriterien für das HT-HU auch erfüllen aber nicht teilnehmen möchten).

4.4 Teamstruktur

Das HT-HU arbeitet mit einem multiprofessionellen Team bestehend aus Pflegenden (300 Stellenprozent Fachpersonen Pflege Psychiatrie), einem Sozialarbeiter (50%), einem psychiatrischen Facharzt (Oberarzt, 30%) und dem Sekretariat (30%). Das Team kann etwa 45 bis maximal 60 Patientinnen/Patienten betreuen.

5. Modellprojekt 2: Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung (HT-ÜBE)

Unter Übergangsbehandlung wird eine gezielte und zeitlich begrenzte Behandlung bei Austritt aus dem stationären in den ambulanten Rahmen durch ein multiprofessionelles Team verstanden. Typischerweise umfasst diese Art des systematischen Austrittsmanagements zwei Aufgabengebiete: direkte patientenbezogene Aufgaben (wie beispielsweise Beratung) sowie indirekte Aufgaben (z.B. die Koordination und Kommunikation mit anderen Diensten). Durch die Übergangsbehandlung entsteht eine Brücke zwischen stationärem und ambulantem Setting, welches den Patientinnen/Patienten sowie deren Angehörigen zu Hause hilft, besser im Alltag zu Recht zu kommen und zudem die ambulante Nachbehandlung gewährleistet.

5.1 Situation Kanton Basel-Stadt

In den UPK sind den Behandlungsteams die schwierigen Übergangszeiten nach Hause bekannt. Es wird versucht, vor jedem Austritt die Nachfolgetermine bei den ambulanten Nachbetreuern sicher zu stellen und aufzugleisen. Ob diese Nachfolgetermine dann wirklich wahrgenommen werden, ist leider unbekannt. Zum einen wird den stationären Teams diese Zeit nicht vergütet und zum anderen fehlt es den stationären Teams an Zeit, um die Patientinnen/Patienten nach Hause zu begleiten und dort zu überprüfen, wie sie in den eigenen vier Wänden mit ihrer schweren psychischen Erkrankung umgehen können. Da dieses Angebot nicht auf eine spezifische Patientenpopulation ausgerichtet ist, sondern im Rahmen der Installierung fortlaufend anhand der Patientenpräferenz, resp. der Teameinschätzung angewendet wird, sind keine Fallzahlen bekannt. Die Erfahrung aus dem Kanton Thurgau zeigt jedoch auf, dass das Angebot rege genutzt wurde. Jede(r) zehnte Patientin/Patient profitierte von diesem Übergangsangebot und es zeigte sich innerhalb kurzer Zeit, dass die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichten. Im Kanton Thurgau haben rund 14% aller psychiatrischen Entlassungen jährlich die Übergangsbehandlung genutzt. Bei rund 2040 Entlassungen jährlich in den UPK ergibt dies 286 Entlassungen mit anschliessender HT-ÜBE. Nicht bekannt ist in diesem Zusammenhang, ob beispielsweise Patientinnen/Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder in einer bestimmten Altersgruppe dieses Angebot besonders häufig in Anspruch nehmen. Diese Lücke kann durch die Begleitevaluation des Modellprojektes HT-ÜBE geschlossen werden.

5.2 Zielgruppe und Angebotsstruktur

Bei dem angestrebten Modellprojekt HT-ÜBE handelt sich um eine auf drei Monate befristete ambulant aufsuchende Behandlung. Dieses aufsuchende Angebot erfolgt nach einer stationären Behandlung, da in dieser Phase die Patientinnen/Patienten besonders gefährdet sind, ihre weiterführende Behandlung nicht anzugehen, häufig die regelmässige Medikamenteneinnahme vernachlässigt wird oder die Patientinnen/Patienten es sich nicht zutrauen, wieder im Berufsleben Fuss zu fassen. Suizidalität ist in diesen ersten Wochen nach Austritt ebenfalls eine Gefahr, da der strukturierte Tagesablauf einer Behandlung nicht mehr zur Verfügung steht.

Das Modellprojekt HT-ÜBE greift diese Ansätze auf, da die Pflegefachpersonen noch während der stationären Behandlung die Patientinnen/Patienten übernehmen und diese nach ihrem Austritt zu Hause aufsuchen. Sie stellen den sofortigen Kontakt zum Hausarzt, zu einem Ambulatorium, niedergelassenen Psychiatern oder weiteren Institutionen sicher. Die Kontaktaufnahme und Kooperation mit den Angehörigen und die Vernetzung oder neue Installierung anderer involvierter Stellen ist eine wesentliche Aufgabe. Nach spätestens drei Monaten muss die Behandlung abgeschlossen und an andere ambulante Stellen übergeben werden. Durch diese Vorgabe ist auch sichergestellt, dass das Team für die nächsten Patientinnen/Patienten aufnahmefähig bleibt. Geplant ist, dass im vierten Quartal 2018 rund 68 Patientinnen/Patienten am Modellprojekt teilnehmen, im Jahr 2019 bereits 300 Patientinnen/ Patienten und bis zum Modellprojektende 390 Patientinnen/Patienten durch das HT-ÜBE Team unterstützt werden.

Die Zielgruppe für das Modell HT-ÜBE sind Patientinnen/Patienten ab 18 Jahre, die im Kanton Basel-Stadt wohnen und über genügend Deutschkenntnisse verfügen, um Informationen zu verstehen und Gespräche führen zu können.

Tabelle 2: Übersicht über die Einschlusskriterien, Merkmale und Leistungen beim HT-ÜBE

Einschlusskriterien	Merkmale	Leistungen
• Patienten ab 18 Jahren • Wohnhaft im Kanton Basel-Stadt • Gute Deutschkenntnisse, um Informationen zu verstehen und Gespräche zu führen	• Aufsuchendes Angebot • Kontakthäufigkeit in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Patienten • Zeitlich begrenzt auf max. 3 Monate • Einbezug des sozialen Umfeldes • Nutzung der Ressourcen der Patientinnen/Patienten	• Beziehungsarbeit im Rahmen von Hausbesuchen • Vernetzung mit Familie Arbeitgeber, Beistand, Fachstellen, Institutionen etc. • Unterstützung, Beratung und Anleitung im Umgang mit sozialen Problemen z.B. in den Bereichen Wohnen, Arbeiten, Finanzen • Erarbeitung und Einübung einer angepassten und gesundheitsförderlichen Tagesstruktur

5.3 Ziel des Modellprojekts

1. Entlastung der Angehörigen und Verbesserung der Angehörigenzufriedenheit durch Koordination des Überganges durch eine zuständige Fachperson sowie Beratung/Weitervermittlung bei Fragen während des Übergangs vom stationären Rahmen ins ambulante Setting;
2. Entwicklung von standardisierten Übergangsprozessen von stationär zu ambulant;
3. Sicherstellung der Versorgungskontinuität vom stationären in das ambulante Setting;
4. Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte um mindestens 30% und deren kumulierte Aufenthaltsdauer von rund 20%, sowie Reduktion von FUs von 20% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von HUs, welche die Einschlusskriterien für das HT-ÜBE auch erfüllen aber nicht teilnehmen möchten);
5. Monetäre Einsparungen für die Kostenträger durch die Reduktion der stationären Pflegetage um 40% (verglichen auf Fallebene mit der Gruppe von Patientinnen/Patienten, welche das Angebot abgelehnt haben);
6. Entwicklung und Anwendung einer qualitativen Befragung zur Zufriedenheit und Entlastung der Angehörigen und Patientinnen/Patienten.

5.4 Teamstruktur

Das HT-ÜBE-Team besteht aus Pflegenden (im ersten Projektjahr 400 Stellenprozent; ab dem zweiten Projektjahr bis zum Abschluss 600 Stellenprozent), Sozialarbeit (50%), Oberarzt (30%) und Sekretariat (30%). Eine 100% Stelle kann 15 Patientinnen/Patienten gleichzeitig betreuen. Bei beiden Modellprojekten können die Synergien in den Teams genutzt werden (z.B. gemeinsames Sekretariat). Die Vergrößerung des Teams nach dem ersten Jahr wird aufgrund von Erfahrungen aus dem Kanton Thurgau vorgenommen, wo die Nachfrage rasch anstieg und nicht mehr gedeckt werden konnte.

6. Abgrenzung zu anderen Anbietern

Aufsuchende Angebote erbringen auch andere Institutionen oder Fachpersonen, wie z.B. die Spitex, freiberufliche Pflegefachpersonen, Psychiater und Psychologen in eigener Praxis sowie Hausärzte. Die hauptsächlichen Unterschiede der anderen Institutionen zu den beiden Versorgungsangeboten der aufsuchenden Teams der UPK sind, dass die Fachgruppen der UPK multiprofessionell aufgestellt sind. Sie können daher eine breitere Palette an Interventionen aus einer Hand tätigen. Die hohe psychiatrische Fachkompetenz aller involvierten Berufsgruppen ermöglicht eine individualisierte und passgenaue Behandlung, sowohl in medizinischen als auch in pflegerischen und sozialarbeiterischen Fragestellungen. Darüber hinaus sind die beiden aufsuchenden Teams bei möglichen Kriseninterventionen mit den stationären Behandlungsangeboten der UPK verbunden. So können sie die Patientinnen/Patienten bei sich anbahnenden schweren Krisen, welche nicht mehr im ambulanten Rahmen aufgefangen werden können, schnell stationär behandeln lassen, sie aber auch zeitnah auf den Abteilungen besuchen und sie so rasch wie möglich wieder nach Hause begleiten – ganz im Sinne der integrierten Versorgung. Die Beglei-

tung durch die Fachgruppen beginnt bereits bei der ersten ambulanten Vorstellung in den UPK oder während eines stationären Aufenthalts durch eine erste Kontaktaufnahme und kann über eventuelle Wiedereintritte hinweg kontinuierlich angeboten werden. Mit bestehenden Institutionen im Kanton Basel-Stadt werden die aufsuchenden Fachgruppen zusammenarbeiten. Die Erfahrung in anderen Kantonen hat gezeigt, dass es sinnvoll ist, mit klaren Aufträgen und gemeinsamen Sitzungen am runden Tisch die einzelnen Verantwortlichkeiten zu klären. Keinesfalls sollen Patientinnen/Patienten aus bestehenden Behandlungssettings herausgenommen werden.

Die UPK sind bereits aktiv geworden und haben mit einer Kick-off Veranstaltung an der Sitzung der Psychiatriekommission Basel Anfang 2018 beide Modellprojekte einem grossen Fachkreis vorgestellt. Weitere Termine mit potenziell involvierten Institutionen sind aufgelegt. Die ersten Gespräche dienen vorrangig die beiden Projektmodelle vorzustellen, eventuelle Fragen zu beantworten, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und eventuelle Ängste abzubauen.

7. Einbezug der Krankenversicherer

Die Patientinnen/Patienten, welche während den Jahren 2013-2016 in den UPK in stationärer Behandlung waren und von den beiden Modellprojekten hätten profitieren können, waren mehrheitlich bei der Vivao Sympany Basel (rund 25%), bei der Groupe Mutuel Assurance Martigny (8.5%), bei der Assura Bern (8.4%) und bei der SWICA Gesundheitsorganisation Basel (7%) versichert. Diese Krankenversicherer sind daher wichtige Gesprächspartner. Die Gespräche bezwecken, dass sich die Krankenversicherer über die gesetzliche Finanzierung hinaus an den beiden Modellprojekten finanziell beteiligen. Die UPK planen bereits in diesem Jahr die Gespräche mit den Krankenversicherern aufzunehmen.

8. Evaluation

Für die Auswertung werden alle Patientinnen/Patienten des HT-HU respektive HT-ÜBE eingeschlossen. Diese werden einerseits im Vorher-Nachher-Design verglichen, andererseits werden sie mit denjenigen verglichen, die die Einschlusskriterien erfüllt haben und angefragt wurden, aber die Teilnahme an eines der Modellprojekten abgelehnt haben (kontemporäre Vergleichsgruppe der ablehnenden Patienten).

Die Begleitevaluation wird durch die UPK durchgeführt und finanziell getragen. Dem Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (GD) werden die Auswertungen zur Verfügung gestellt. Das Reporting erfolgt halbjährlich in schriftlicher Form und kann auf Wunsch durch mündliche Berichterstattung ergänzt werden. In Übereinkunft mit den UPK werden die beiden Modellprojekte nicht im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie unter kontrollierten Bedingungen implementiert, da dies die Modellprojektkosten wesentlich erhöhen würden.

9. Projektlaufzeit

Insgesamt beträgt die Projektlaufzeit für beide Modelle drei Jahre ab Beginn der Angebote. Beide Projekte sollen im vierten Quartal 2018 beginnen und im dritten Quartal 2021 abgeschlossen werden. Der Projektstart beider Modelle wurde bewusst auf das vierte Quartal 2018 gelegt, damit den UPK ausreichend Zeit für die Rekrutierung/Zusammenstellung der Teams zur Verfügung steht und alle weiteren Projektvorarbeiten abgeschlossen werden können.

10. Zwischenbericht

Der Regierungsrat und der Grosse Rat werden zwei Jahre nach Projektbeginn in Form eines Zwischenberichts über den Projektstand informiert. Dannzumal sollten auch erste Erkenntnisse

vorliegen, um abschätzen zu können, ob das Projekt am Ende der Projektphase in den Normalbetrieb überführt und ins ordentliche Budget aufgenommen werden sollte.

11. Finanzierung

Die Finanzierung der zwei Modellprojekte soll über die ambulanten KVG-Leistungen mit Abrechnung nach TARMED (Leistungen der Krankenversicherer) einerseits und über kantonale Beiträge in Form einer Finanzhilfe andererseits finanziert werden. Die Finanzhilfe beläuft sich im vierten Quartal 2018 auf 308'677 Franken. Im Jahr 2019 werden 1'293'084 Franken sowie im Jahr 2020 1'468'205 Franken veranschlagt. Vom ersten bis dritten Quartal 2021 werden die Modellprojekte mit 1'101'154 Franken finanziert. Über eine Laufzeit von drei Jahren beträgt die Finanzierung beider Modellprojekte 4'171'120 Franken. Der Kostendeckungsgrad beider Projekte liegt mit Hilfe der TARMED Einnahmen bei rund 39% und entspricht dem Deckungsgrad im Kanton Thurgau, mit Beginn der drei Modellprojekte. Durch die angestrebte Reduktion der Pflagestage können voraussichtlich die Modellprojekte zusammen eine Einsparung zwischen 20-30% erzielen.

Die nachfolgend aufgeführten Berechnungen der TARMED Leistungen beruhen auf den für das Jahr 2018 gültigen TARMED Tarifstrukturen.

Tabelle 3: Übersicht der jährlichen Finanzierung

Modellprojekt	Finanzhilfe 2018-2021
High Utilizer	
4. Quartal 2018	139'745
2019	558'981
2020	558'981
1.- 3. Quartal 2021	419'236
Gesamtbetrag	Fr. 1'676'943
Übergangsbehandlung	
4. Quartal 2018	168'932
2019	734'103
2020	909'224
1.-3. Quartal 2021	681'918
Gesamtbetrag	Fr. 2'494'177
Total über beide Projekte	Fr. 4'171'120

11.1 Finanzierungsmodell HT-HU

Die Berechnung der Finanzierungen sind unter Berücksichtigung der Teamstruktur und der verrechenbaren TARMED Leistungen⁸, in den nachfolgenden Tabellen 4 und 5 dargestellt. Die Vollkosten für die Inbetriebnahme von HT-HU bei durchschnittlich 52 Patientinnen/Patienten belaufen sich auf 2'694'600 Franken. Beim Abzug der ambulanten TARMED Einnahmen in Höhe von 1'017'657 Franken verbleiben Kosten in Höhe von 1'676'943 Franken, welche durch den Kanton Basel-Stadt abzudecken sind. Pro Patient betragen die jährlichen Kosten 17'109 Franken, wobei aktuell lediglich 6'461 Franken über TARMED-Einnahmen generiert werden können. Neben den Sach- und Infrastrukturkosten (u.a. Leistungsabrechnung, Räumlichkeiten, Aus- und Weiterbildung) betragen die Lohnkosten im Verhältnis zu den Gesamtkosten rund 62%. Dieser Anteil ist der multiprofessionellen Zusammensetzung des psychiatrischen Teams geschuldet, das sich aus

⁸ Verrechenbare TARMED Leistungen umfassen: Konsultationen/Gespräche, telefonische Konsultationen/Gespräche, Leistung in Abwesenheit des Patienten und die Wegentschädigung (nur Arzt). Taxpunktwert 2018=0,91 Franken).

Pflegefachpersonen-Psychiatrie, Sozialarbeitern und psychiatrischen Fachärzten zusammensetzt.

Tabelle 4: Kostenaufstellung Modellprojekt HT-HU

Kostenbudget	Q4/2018	Q4/2018	2019	2019	2020	2020	Q1-3/2021	Q1-3/2021
High Utilizer	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD
Vollezeitstellen	4.1		4.1		4.1		4.1	
Anzahl Patienten	13.1		52.5		52.5		39.4	
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF		CHF	
Lohnaufwand inkl. Sozialleistungen	140'344	87'341	561'375	349'363	561'375	349'363	421'031	262'022
Sach- und Infrastrukturkosten	84'206	52'404	336'825	209'618	336'825	209'617	252'619	157'214
Total Kosten	224'550	139'745	898'200	558'981	898'200	558'981	673'650	419'236
Tarmed Einnahmen	84'805		339'219		339'219		254'414	

Tabelle 5: Kostenaufstellung pro Patient

Kostenbudget	Pro Patient	Pro Patient	Pro Patient	Pro Patient	Pro Patient	Pro Patient	Pro Patient	Pro Patient
High Utilizer	Q4/2018	Q4/2018	2019	2019	2020	2020	Q1-3/2021	Q1-3/2021
	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD
Vollezeitstellen	4.1		4.1		4.1		4.1	
Anzahl Patienten	13.1		52.5		52.5		39.4	
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF		CHF	
Lohnaufwand inkl. Sozialleistungen	2'673	1'664	10'693	6'655	10'693	6'655	8'020	4'991
Sach- und Infrastrukturkosten	1'604	998	6'416	3'992	6'416	3'992	4'811	2'994
Total Kosten	4'277	2'662	17'109	10'647	17'109	10'647	12'831	7'985
Tarmed Einnahmen	1'615		6'461		6'461		4'846	

11.2 Finanzierungsmodell HT-ÜBE

Die Tabellen 6 und 7 geben eine Übersicht über das Finanzierungsmodell HT-ÜBE, welches in den Jahren 2019 und 2020 einen steigenden Kantonsbeitrag vorsieht. Die Steigerung ist begründet durch die anwachsende Patientenzahl von Eingangs rund 67 Patientinnen/Patienten auf 390 bis ins Jahr 2021. Die Berechnung der Finanzierung ist unter Berücksichtigung der Teamstruktur und der verrechenbaren TARMED Leistungen (pro Taxpunkt = 0,91 Franken) vorgenommen worden. Die Vollkosten für die Inbetriebnahme von HT-ÜBE sich auf 4'126'871 Franken. Dem gegenüber stehen TARMED Einnahmen von 1'632'694 Franken. Beim Abzug der ambulanten Einnahmen von den Vollkosten verbleiben Kosten in Höhe von 2'494'177 Franken, welche durch den Kanton Basel-Stadt abzudecken sind.

Tabelle 6: Kostenaufstellung Modellprojekt HT-ÜBE

Kostenbudget	Q4/2018	Q4/2018	2019	2019	2020	2020	Q1-3/2021	Q1-3/2021
Übergangsbehandlung	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD
Vollezeitstellen	5.1		7.1		7.1		7.1	
Anzahl Patienten	67.5		300.0		390.0		390.0	
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF		CHF	
Lohnaufwand inkl. Sozialleistungen	172'314	105'583	753'197	458'814	945'019	568'265	708'764	426'199
Sach- und Infrastrukturkosten	103'389	63'349	451'918	275'289	567'011	340'959	425'259	255'719
Total Kosten	275'703	168'932	1'205'115	734'103	1'512'030	909'224	1'134'023	681'918
Tarmed Einnahmen	106'771		471'013		602'806		452'105	

Tabelle 7: Kostenaufstellung pro Patient

Kostenbudget	Pro Patient Q4/2018	Pro Patient Q4/2018	Pro Patient 2019	Pro Patient 2019	Pro Patient 2020	Pro Patient 2020	Pro Patient Q1-3/2021	Pro Patient Q1-3/2021
Übergangsbehandlung	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD	Total	Anteil GD
Vollezeitstellen	5.1		7.1		7.1		7.1	
Anzahl Patienten	67.5		300.0		390.0		390.0	
	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF		CHF	
Lohnaufwand inkl. Sozialleistungen	638	391	2'520	1'537	2'423	1'457	1'817	876
Sach- und Infrastrukturkosten	383	235	1'513	923	1'454	874	1'091	526
Total Kosten	1'021	626	4'033	2'460	3'877	2'331	2'908	1'402
Tarmed Einnahmen	395		1'573		1'546		1'159	

11.3 Finanzielle Auswirkungen

Aufgrund der gemachten Annahmen der UPK, dass eine Reduktion der Anzahl Pflgetage um rund 50% bei den HU und der ÜBE möglich sein sollte, ist mit folgenden Einsparungen auf Seiten des Kantons Basel-Stadt wie aber auch für die Krankenversicherer zu rechnen:

Tabelle 8: Prognostizierte Reduktion der Pflgetage im Endausbau der beiden Projekte

	Entlastung brutto	Mehrkosten*	Entlastung netto
Reduktion der Pflgetage bei High Utilizern	50%		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer p.a. (180 Tage per 2 Jahre)	90		
Tarif 2016 / CHF	710.00		
Anteil Kanton 56% / CHF	397.60		
Anteil Versicherer 44% / CHF	312.40		
Ersparnis Kanton bei 52 Patienten p.a. / CHF	-930'384.00	559'000.00	-371'384.00
Ersparnis Versicherer bei 52 Patienten p.a. / CHF	-731'016.00	339'000.00	-392'016.00
Reduktion der Pflgetage bei Übergangsbehandlung	50%		
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer Erw. Psychiatrie / Tage	26.9		
Tarif 2016 / CHF	710.00		
Anteil Kanton 56% / CHF	397.60		
Anteil Versicherer 44% / CHF	312.40		
Ersparnis Kanton bei 390 Patienten p.a. / CHF	-2'085'610.00	909'000.00	-1'176'610.00
Ersparnis Versicherer bei 390 Patienten p.a. / CHF	-1'638'694.00	603'000.00	-1'035'694.00
Gesamtersparnis aus beiden Projekten Kanton p.a. / CHF	-3'015'994.00	1'468'000.00	-1'547'994.00
Gesamtersparnis aus beiden Projekten Versicherer p.a. / CHF	-2'369'710.00	942'000.00	-1'427'710.00

* Mehrkosten Versicherer: Tarmed; Mehrkosten Kanton: Zweckgebundenes Betriebsergebnis (ZBE)

Aufgrund der Planzahlen der UPK ist für das GD Budget 2018 mit einer Entlastung von rund 450'000 Franken und für die Finanzplanung des Jahres 2019 mit einer Entlastung von rund 1'200'000 Franken zu rechnen.

Bei den in der Tabelle 8 prognostizierten Entlastungen, welche durch die Reduktion der Anzahl Pflgetage entstehen sollten, ist unbedingt zu berücksichtigen, dass es sich um Annahmen der

UPK handelt, diese Zahlen jedoch mit Unsicherheiten, wie z.B. die notwendige Anzahl eingeschlossener Patienten im Projekt oder die Gewinnung des notwendigen Personals, behaftet sind. Des Weiteren beziehen sich die Zahlen auf den Endausbau der beiden Projekte, welcher erst im dritten Jahr – also im Jahr 2021 auf das 4. Quartal hochgerechnet – zu erwarten sein wird.

12. Erfüllung der Grundsätze gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsbeitragsgesetzes

Gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsbeitragsgesetzes müssen für die Gewährung einer Finanzhilfe folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

12.1 Nachweis eines öffentlichen Interesses an den erbrachten Leistungen

Bei psychiatrischen Patienten mit häufigen und schnellen Wiedereintritten besteht sowohl aus Sicht der Versorgungsforschung als auch aus gesundheitsökonomischer Sicht das grösste Optimierungspotenzial. Insbesondere bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass die verschiedenen Möglichkeiten der Nachbetreuung zu wenig genutzt werden und die verschiedenen Versorgungsangebote nicht optimal zusammenwirken. Mit den zwei Home Treatment Modellprojekten schaffen die UPK ein Versorgungsangebot an der Schnittstelle „ambulant vor stationär“ für eine Patientengruppe, für die bisher kein passgenaues Versorgungsangebot bestand und die daher häufig und/oder lange den stationären Rahmen in Anspruch nimmt.

12.2 Nachweis, dass die Leistungen ohne die Finanzhilfe nicht erbracht werden können

Die aufsuchenden/intermediären Angebote und mit ihnen die beiden Modellprojekte sind in der Schweiz noch wenig etabliert, da diese im Schweizer Finanzierungssystem nicht adäquat abgebildet werden und die gesetzliche Grundlage für deren Finanzierung fehlt. Modellprojekte sind deshalb immer auf Spezialfinanzierungen von kantonaler Seite angewiesen. Die finanzielle Unterstützung für aufsuchende/intermediäre Angebote durch den Kanton Basel-Stadt ist aufgrund des fragmentierten Gesundheitsfinanzierungssystems und der damit mehrheitlich fehlenden Abdeckung durch die Krankenversicherungsleistungen über TARMED von hoher Priorität und unerlässlich.

12.3 Eigenleistung und andere Finanzierungsmöglichkeiten

Um über die gesetzliche Finanzierung hinaus weitere Finanzierungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen, werden die UPK noch in diesem Jahr Gespräche mit den folgenden Krankenversicherern aufnehmen: Vivao Sympany Basel, Groupe Mutuel Assurance Martigny, Assura Bern und SWICA Gesundheitsorganisation Basel. Gemäss den Erfahrungen aus anderen Kantonen konnte das Interesse der Krankenversicherer an diesen Modellprojekten gewonnen werden, nach einem positiven Bescheid der Kantone. Des Weiteren wird die Begleitevaluation als Eigenleistung durch die UPK durchgeführt und finanziell getragen.

12.4 Gewährleistung einer sachgerechten und kostengünstigen Leistungserbringung

Zur Überprüfung der sachgerechten und kostengünstigen Leistungserbringung hat das GD die Finanzierung im Kanton Thurgau betrachtet und ist zum Schluss gekommen, dass die aufgeführten Leistungen angemessen sind. Ein Vergleich mit anderen Kantonen, die ähnliche Modellprojekte durchgeführt haben, war nicht möglich, da die Projekte eine andere Zielsetzung aufweisen. Schätzungsweise liegen die Modellprojektkosten aber in einer ähnlichen Grössenordnung wie im Kanton Basel-Stadt.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Voraussetzungen zur Gewährung einer Finanzhilfe gemäss § 3 Abs. 2 des Staatsbeitragsgesetzes vorliegend erfüllt sind.

13. Formelle Prüfung

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ausgabenbericht gemäss § 8 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz) vom 14. März 2012 überprüft.

14. Antrag

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat die Annahme der nachstehenden Beschlussentwurfes.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilagen

- Entwurf Grossratsbeschluss
- Anhang 1 - Praxisbeispiele für aufsuchende Behandlungen in der Schweiz

Grossratsbeschluss

Staatsbeitrag für aufsuchende Angebote „Home Treatment bei High Utilizer“ und „Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung“ der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) von 2018 bis 2021

(vom [Datum eingeben])

Der Grosse Rat des Kantons Basel Stadt, nach Einsichtnahme in den Ausgabenbericht des Regierungsrates Nr. [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben] und nach dem mündlichen Antrag der [Kommission eingeben] vom [Datum eingeben], beschliesst:

1. Für die beiden aufsuchenden Angebote „Home Treatment bei High Utilizer“ und „Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung“ der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel werden für den Zeitraum vom vierten Quartal 2018 bis einschliesslich dritten Quartal 2021 Ausgaben von Fr. 4'171'120 bewilligt.

Dieser Beschluss ist zu publizieren. Er unterliegt dem Referendum.

Anhang 1: Praxisbeispiele für aufsuchende Behandlungen in der Schweiz

Institution	Kontakt	Bemerkung
<i>PDT Münsterlingen</i>	Dr. biol. hum. Ralf Gebhardt, MBA Leiter Ambulante Erwachsenenpsychiatrie Schützenstrasse 15 CH-8570 Weinfelden Tel.: +41 71 686 47 69 ralf-peter.gebhardt@stgag.ch	<i>Für das Projekt aus dem Thurgau, das den hierbeschriebenen zwei Modellprojekten der UPK am Nächsten kommt</i>
<i>LUPS Luzern</i>	Dr. med. Karel Kraan Chefarzt Ambulante Dienste Luzerner Psychiatrie Löwengraben 20 6004 Luzern Tel.: 058 856 48 36 karel.kraan@lups.ch	<i>Für das älteste Projekt, das auch mit einer Studie gewissenhaft begleitet wurde</i>
<i>PUK Zürich</i>	PD Dr. med. Matthias Jäger Leitender Arzt Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen Lenggstrasse 31, Postfach 1931 8032 Zürich Tel.: 044 384 26 37 matthias.jaeger@puk.zh.ch	<i>Für das neueste Projekt, das die ganze Akutbehandlung ersetzt und mit einer Tagespauschale bezahlt wird</i>
<i>Aargau und neu ipw Winterthur</i>	Prof. Dr. med. Urs Hepp Ärztlicher Direktor Wieshofstrasse 102 Postfach 144 CH-8408 Winterthur Tel.: 052 224 33 80 Urs.Hepp@ipw.zh.ch	<i>Für Projekte aus dem Aargau und jetzt neu der ipw Winterthur</i>