

Offene Psychiatrie



Prof. Dr. Undine Lang
Wilhelm Klein Strasse 37
Klinikdirektorin der Klinik für Erwachsene und Privatklinik
Professorin an der Universität Basel
UPK Basel

Gliederung

Ausgangslage

Strukturelle Veränderungen

Interaktionelle Veränderungen/Herausforderungen

Auswirkungen 10 Jahre offene Psychiatrie

Zwang in der Psychiatrie

Öffnung und Empowerment. Peers. Kompetenzzentren und kollaborative Versorgung. Abbau Zwangsmassnahmen. Abbau Diskriminierung. Hometreatment. Zugang zu Ressourcen.

WPA, Lancet Psychiatry 2017

Daten und Fakten zur Akutbehandlung auf geschlossenen Abteilungen in der Psychiatrie

Patienten erhalten keine leitlinienbasierte Therapie [Wang, Berglund Kessler, 2000]

Keine randomisierten kontrollierten Studien über Unterbringungspraxis und Gesetzgebung sowie durchgeführten Zwangsmassnahmen [Muralidharan S & Fenton M. 2006, Cocrane Rev]

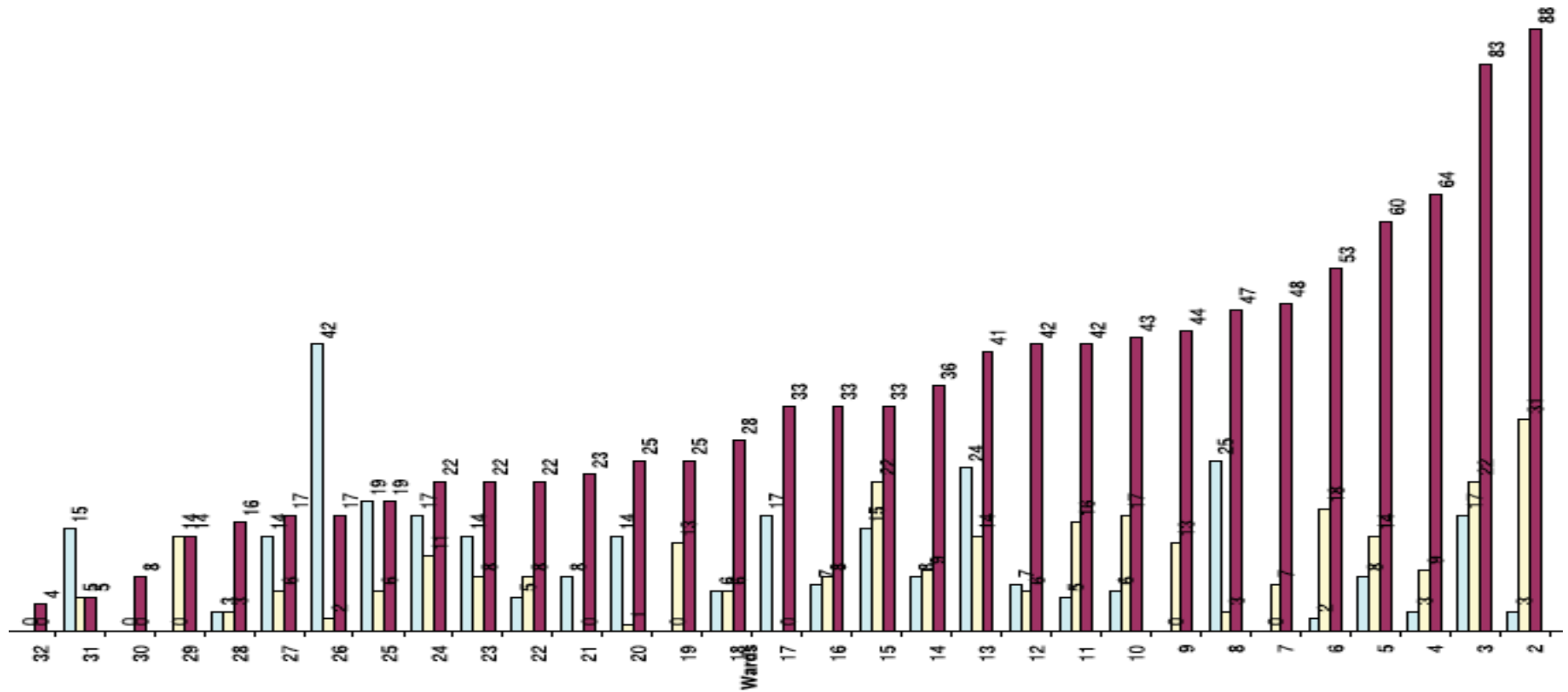
Keine Behandlung internistischer Begleiterkrankungen [Leucht et al. 2010]

Keine Relation zwischen rechtlichem und faktischen Unterbringungsstatus [Rittmannsberger et al. 2004]

Zwangsmassnahmen bei bis zu 66%/ körperliche Übergriffe bei 2% der Patienten bei 8% verbal [Steinert et al. 1991, 2007]

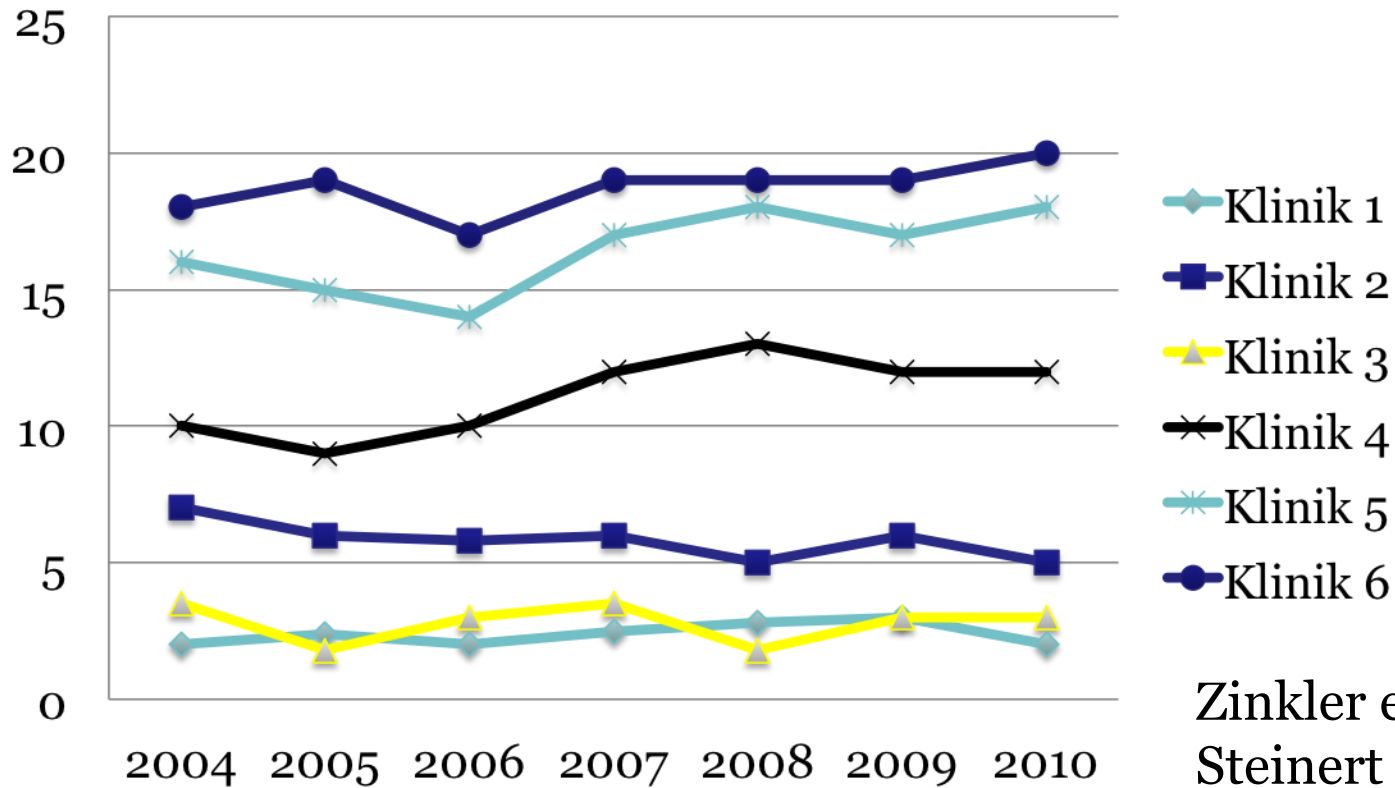
Wenig Einfluss auf Entweichungen [Gill et al. 2021, Aust NZJ Psych]

Wie wirkt sich die fehlende Datenlage aus?



Husum 2010

Zwangsmassnahmen in Deutschland



Zinkler et al. 2010
Steinert et al. 2007

Warum haben geschlossene Akutstationen ein Problem?

Anstieg Gewalt bei Konzentration von Patient:innen, von denen aggressives und gewalttätiges Verhalten befürchtet wird [Lion et al. 1976, Gebhardt und Radtke 2003]

Korrelationen zwischen Überbetten und Gewaltereignissen [Lion et al. Lanza et al. 1994, Palmsternia et al. 1991]

Bevormundung durch Personal, rigide Stationsregeln [Lewis und Kohl 1962, Muller 1962, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999a, Papadopoulos et al. 2012]

Bedrohliche, unruhige Stationsatmosphäre, keine Privatsphäre [Lewis und Kohl 1962, Muller 1962, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999]

Langeweile, Stigma, mangelhaftes therapeutisches Angebot [Lewis und Kohl 1962, Muller 1962, Meyer et al. 1967, Mc Indoe 1986, Falkowski et al. 1990, Short 1995, Andoh 1999, Meehan et al. 1999, Bowers et al. 1999, Gill et al. 2021]

Zusammenhang zwischen reglementierenden Interaktionen von Pflorgeteam und aggressiven Übergriffen [Roper und Anderson 1991, Hewison 1995, Finnema et al. 1996, Muir-Cochrane und Harrison 1996, Whittington und Wykes 1996, Morrison 1989, 1994]

Kliniken ohne geschlossene Stationen weisen weder mehr Suizide noch mehr Entweichungen auf, die Behandlungsdauer ist länger und es werden effektiv mehr Patienten medikamentös behandelt

	Hospitals with locked wards (n=271 128)	Hospitals without locked wards (n=78 446)	p value
Self-endangering behaviour during treatment			
Self-injuring behaviour	2285 (0.9%)	673 (0.9%)	0.854
Suicide attempt	1283 (0.5%)	384 (0.5%)	0.890
Suicide	138 (0.1%)	47 (0.1%)	0.416
Absconding			
Patient returned	3256 (1.2%)	1145 (1.5%)	<0.0001
Patient not returned	1857 (0.7%)	465 (0.6%)	0.001

	Hospitals with locked wards (n=271 128)	Hospitals without locked wards (n=78 446)	p value
Psychopharmacological treatment			
Antipsychotics	134 070 (49.4%)	43 309 (55.2%)	<0.0001
Antidepressants	113 411 (41.8%)	38 845 (49.5%)	<0.0001
Benzodiazepines	81 725 (30.1%)	23 815 (30.4%)	0.090
Mood stabilisers	15 553 (5.7%)	4 846 (6.2%)	<0.0001
None	43 402 (16.0%)	8 219 (10.5%)	<0.0001
Treatment duration (days)	26.0 (31.2)	29.2 (33.0)	<0.0001

Huber et al. Lancet Psych. 2016

Prinzip offene Tür: wie werden Zwangsmassnahmen reduziert?

Die Vermeidung von Crowding [Bak et al. 2012, 2014, Perspect Psych Care, van der Schaaf et al. Br J Psych]

Therapeutische Angebote [Blaesi et al. 2015, Jungfer et al. 2014]

Teamreflexion und Nahbarkeit [Bak et al. 2012, 2014, Perspect Psych Care, Boumans et al. 2012, J Psych Ment Health Nurs, Papadopoulos et al. 2012, Acta Psych Scand]

Erhalt der Privatsphäre und Bewegungsspielraum [Bak et al. 2012, 2014, Perspect Psych Care, Boumans et al. 2012, J Psych Ment Health Nurs, Papadopoulos et al. 2012, Acta Psych Scand]

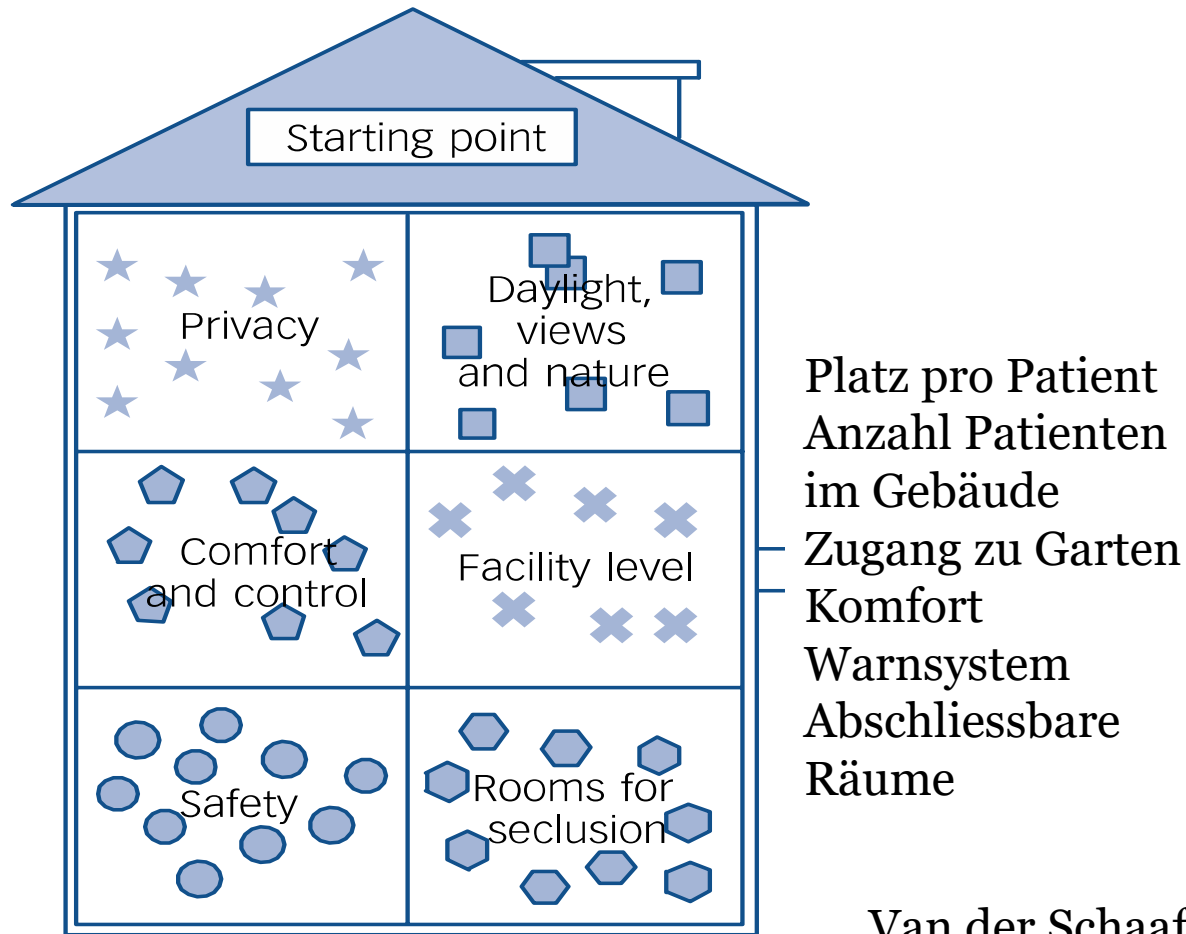
Gute Stationsatmosphäre [Blaesi et al. 2015, Jungfer et al. 2014, Bak et al. 2012, 2014, Perspect Psych Care, Boumans et al. 2012, J Psych Ment Health Nurs, Papadopoulos et al. 2012, Acta Psych Scand]

Einbezug von Patienten [Bak et al. 2012, 2014, Perspect Psych Care, Boumans et al. 2012, J Psych Ment Health Nurs, Papadopoulos et al. 2012, Acta Psych Scand]

Übersicht Lang et al. 2016, Psych Prax; Lang et al. 2017, R&P

Räumliche Auslöser auf Zwang

Normalität vor Sicherheit



Van der Schaaf et al. 2013

Psychiatrische Versorgungskliniken in der Schweiz, die in den letzten Jahren (teil) geöffnet haben

Privatklinik Meiringen

Clinica Psychiatrica Cantonale in Mendrisio

Sanatorium Kilchberg,

Integrierte Psychiatrie Winterthur

Psychiatriezentrum Münsingen

Hopital du Valais

PUK Zürich

Psychiatrie Baselland

Universitätspsychiatrie in Genf

Psychiatrischen Dienste Aargau AG (Königsfelden)

Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR)

Bevölkerungsbefragung zur Psychiatrie in Basel

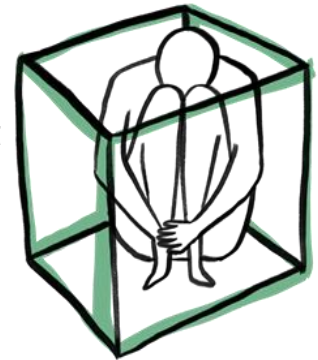
Die Basler Bevölkerung lehnt Zwangsbehandlungen ab,
besonders wenn sie Betroffene kennen

Die Psychiatrie wird als therapeutisch wahrgenommen

Wenn sie therapeutisch wirken, werden Zwangsmassnahmen als sinnvoll erachtet

Wenn Menschen auf einer offenen Kriseninterventionsstation behandelt werden,

Statt in einem geschlossenen Spital werden sie weniger stigmatisiert



Die Stigmatisierung hängt davon ab

Wen wir behandeln

Wo wir behandeln

Wie wir behandeln

Ob wir behandeln

Sowislo et al. 2016, Eur Arch Psych Clin Neurosci,

Sowislo et al. 2017 Sci Rep,

Steiger et al. 2022, Front Psych

Huber et al., 2023, Fortschr Neurol Psych

Steiger et al. 2022, Sci Rep

Steiger et al. 2023, Int J Env Res Pub Health

Gliederung

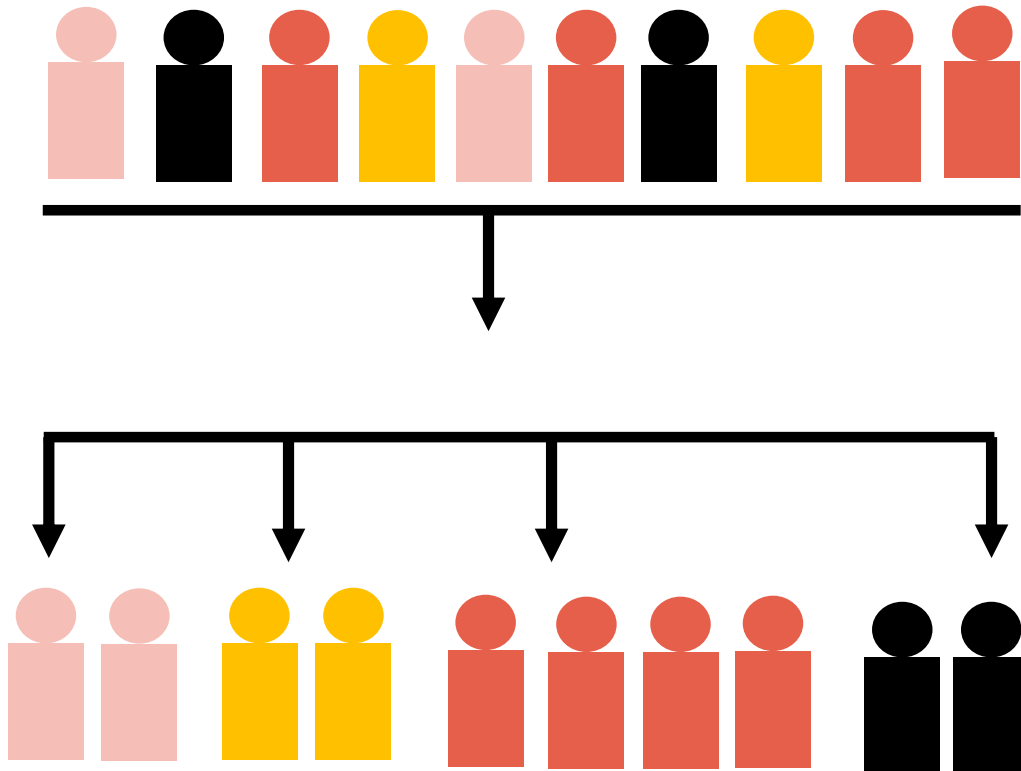
Ausgangslage

Strukturelle Veränderungen

Interaktionelle Veränderungen/Herausforderungen

Auswirkungen 10 Jahre offene Psychiatrie

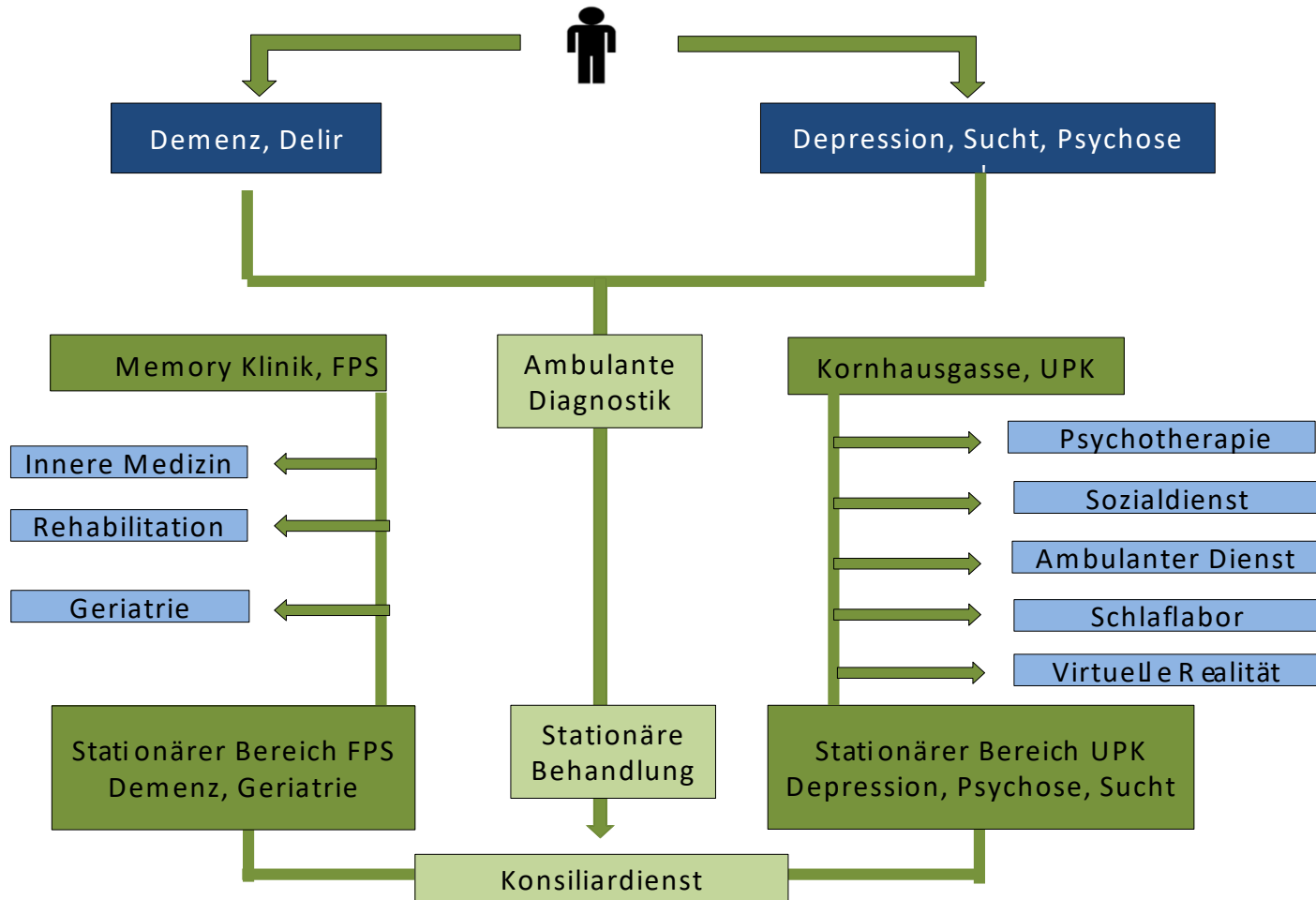
Das Basler Trackmodell als offenes Behandlungsmodell in der Psychiatrie



- Diagnosenspezifische Tracks
- Modulare Psychotherapie
- Evidenzbasierung
- Krisenmanagement
- Behandlung beim Experten
- Verlegungen reduziert
- Assessment professionalisiert
- Team-Supervisionen
- Einzelbetreuungen
- Reduktion Isolationsräume (18/4)
- Peers, Behandlungsbeirat, Ethik, Beschwerdemanagement

Trackmodell Alterspsychiatrie

Kooperationsmodell Felix Platter Spital/Universitäre Psychiatrische Kliniken (seit Herbst 2016)



Trackkonzept Borderline Persönlichkeitsstörung

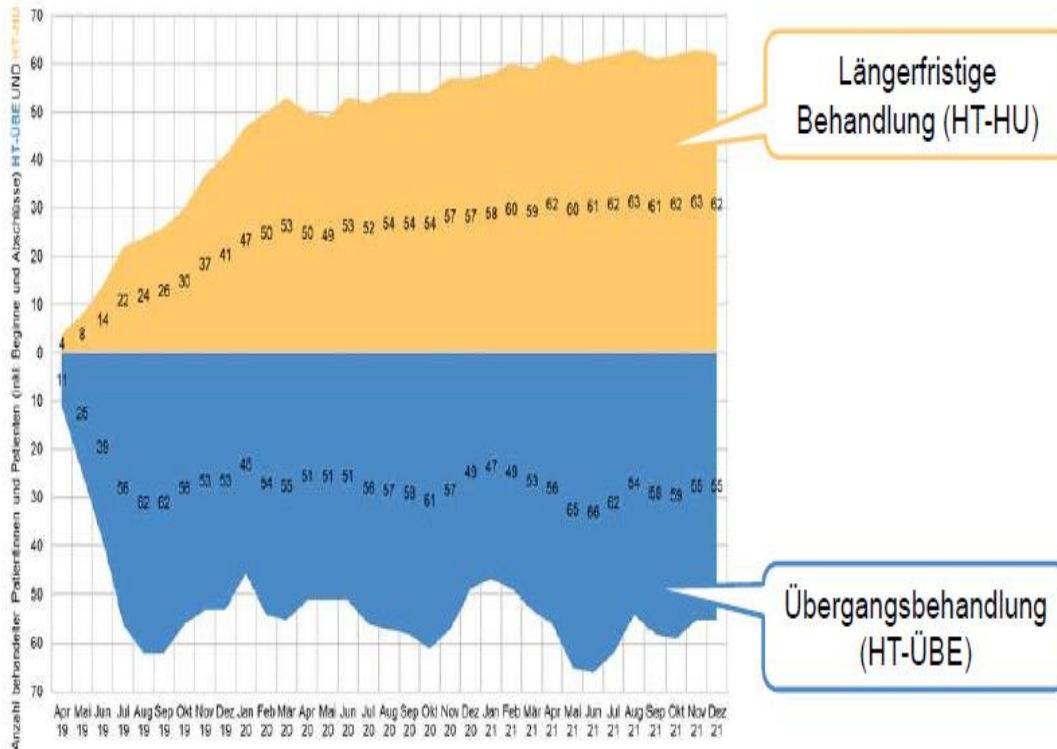
Die Versorgung von 50% der suizidalen Krisen erfolgt auf einer offenen Kriseninterventionsstation im Universitätsspital
Dieses Vorgehen reduziert Zwangsmassnahmen bei diesem Klientel um 85%, selbstschädigendes Verhalten auf die Hälfte, Wiedereintritte und Retraumatisierungen reduzieren sich
Die Rehospitalisierungsrate wird um das 7-fache reduziert
Unterbringungen gegen den Willen der PatientInnen verringern sich um 70%

Deshalb hat die SGPPN 2018 in den Behandlungsleitlinien dieses Vorgehen als Standard definiert

Steinert et al. 2008, Berrino et al. 2011, Euler et al. 2018

Einführung des Hometreatment

Behandelte Patient*innen nach Monat



Reduktion der Wiederaufnahmeraten um 60%

Reduktion der FU um 95%

Höhere Patientenzufriedenheit

Zufriedenheit der Angehörigen

Zufriedenheit der Zuweiser

Gliederung

Ausgangslage

Strukturelle Veränderungen

Interaktionelle Veränderungen/Herausforderungen

Auswirkungen 10 Jahre offene Psychiatrie

Nihil Nocere: Hohe Korrelation zwischen Zwangsmaßnahmen und PTSD Risiko

Table 5 Correlations between the scales and other instruments (N = 100).

	VAS scale Global burden	PTSD screening	Patient satisfaction	Intrusion	Impact of Event Scale (IES-R)		IES-R total
					Avoidance	Hyper-arousal	
Humiliation	0.83***	0.58***	-0.35***	0.05	0.02	-0.1	-0.08
Phys. adv. Effects	0.35***	0.31**	-0.32**	0.04	0.09	0.06	0.08
Separation	0.54***	0.47***	-0.18	-0.08	0	-0.09	-0.07
Neg. environment	0.36***	0.40***	-0.28**	-0.05	0.02	0.06	0.06
Fear	0.30**	0.46***	-0.03	0.19	0.08	-0.03	-0.01
Coercion	0.58***	0.49***	-0.27**	0.05	0.01	0.05	0.04
Total scale	0.79***	0.64***	-0.38***	0.04	0.04	-0.05	-0.03

*** p < .001 ** p < .01 * p < .05

Bergk et al. 2010, BMC Psychiatry

Zwangsmassnahmen verschlechtern die therapeutische Beziehung und diese wiederum das längerfristige Outcome

Verlust von
Autonomie

Verschlechterung
therapeutische
Beziehung

Verschlechterung
Outcome und
Compliance

Theodoridou et al. 2012

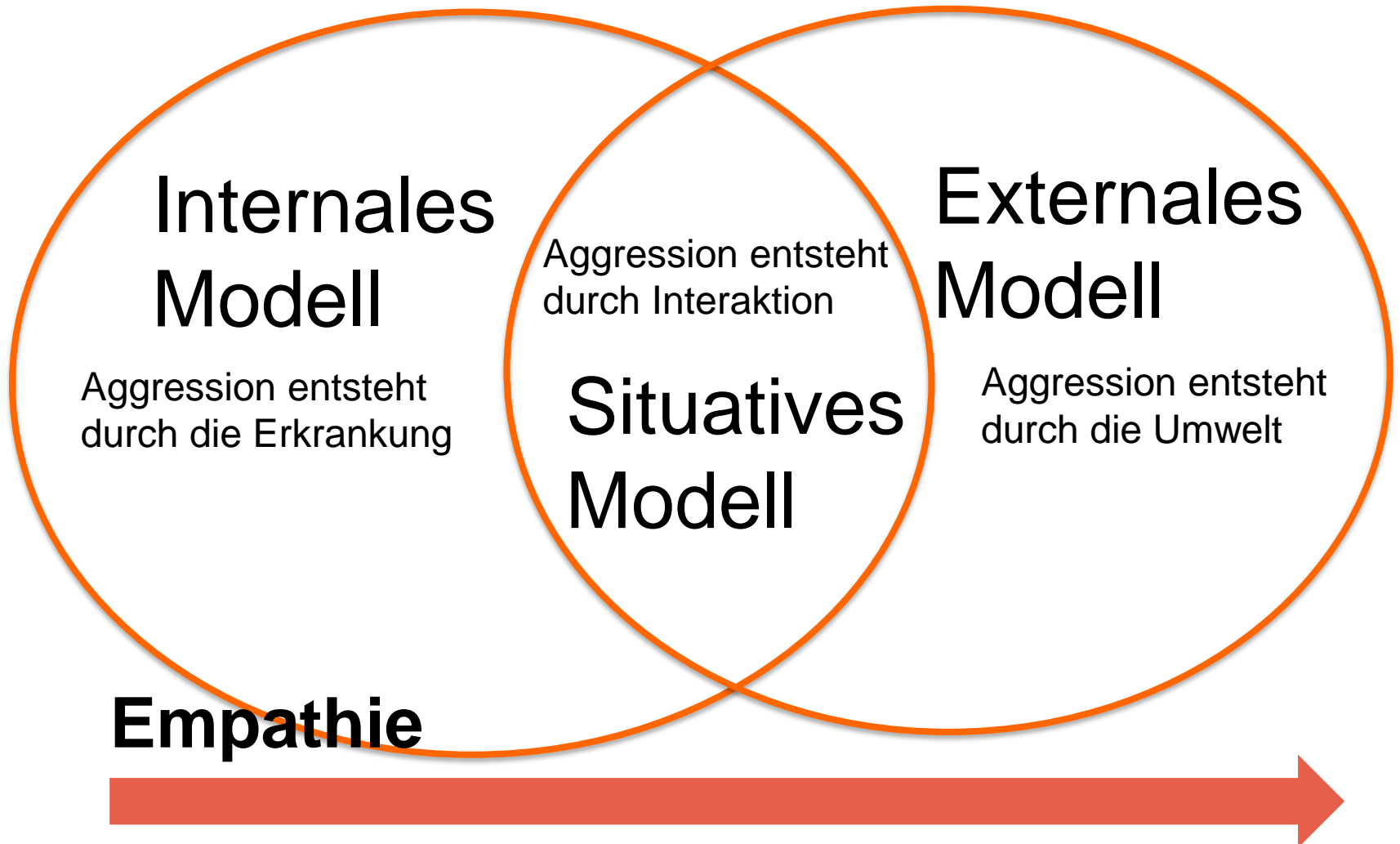
Cookson et al. 2012

Psych Res

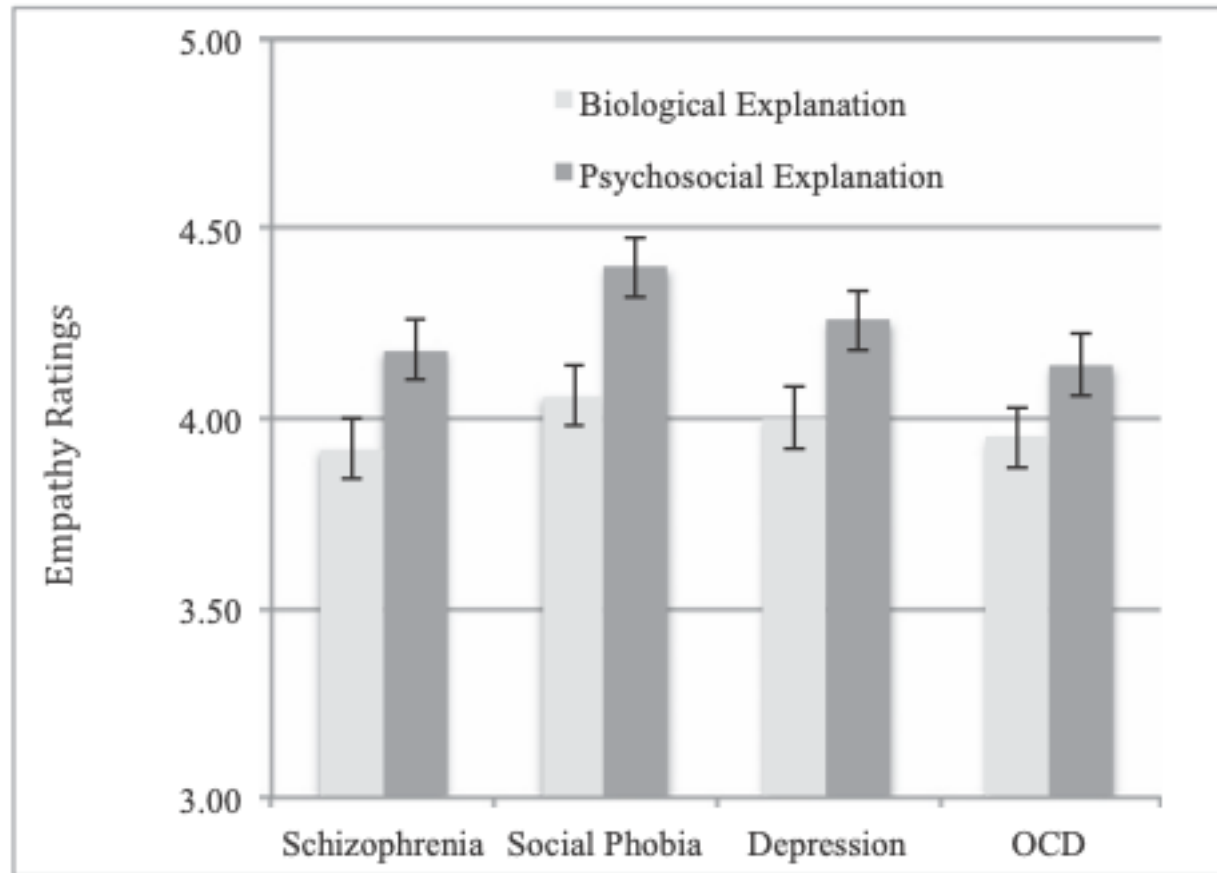
Day et al. 2005,
JAMA

40 Prozent der schizophrenen Patient:innen dekompensieren auch unter NL schon ein Jahr nach der Krankenhausbehandlung versus 65 Prozent der nicht oder diskontinuierlich behandelten Patienten.

Wie erklärt sich ein Team die Ursache von Eskalation und Aggression?



Wenn psychische Erkrankungen psychosozial verstanden werden sind Therapeut:innen empathischer



Lebowitz¹, Woo-kyoung Ahn, PNAS 2014

Anlässe für Frustration und Eskalation auf geschlossenen Stationen

geschlossene Stationstür, richterliche Anhörung

Atmosphäre, Umgang

Verweigerung von Wünschen, Durchsetzung Stationsregeln

Applikation von Zwangsmaßnahmen, Aufforderung zu Aktivitäten

subjektive Hoffnungslosigkeit, Ungerechtigkeiten, resignative Einstellungen

Nebenwirkungen von Medikamenten

Duxbury et al. 2006, Ilkiw-Lavalle und Grenyer 2003, Abderhalden et al. 2006, Richter 1999, Whittington & Richter 2006, Abderhalden et al. 2006

Teufelskreis zwischen Gewalt und Gegengewalt: je mehr Kontrolle desto mehr Gewalt

Personal Kontrolle

Tür zu: Ausgänge regeln
Aufstehzeiten
Therapieeteiligung
Medikamenteneinnahme
Besuchszeiten, Fernsehzeiten
Freizeitgestaltung
Kleidung, Rückzug
Hygiene
Kein Zugang zu Küche,
Sport, Psychotherapie,
Rauchen, Telefon etc.
Hohe Präsenz, kleine Räume

Angst

**Patientin/Patient:
Frustration: Wut:
Rebellion**

Rauchen im Zimmer
Zündeln
Zerstören von
Gegenständen
Bedrohung
Aggressive Übergriffe
Selbstverletzung

Angst

Lang, 2012

Reduktion der Struktur auf Akutstationen

freier Zugang zu Essen und Getränken Fernsehgerät im Raucherraum:
Reduktion der Aggressivität und des Bedarfes an Tranquilizern (Alexander 2006)

Eine geringe emotionale Verfügbarkeit des Personals und wenig
therapeutisches Engagement intensiviert Trotzreaktionen gegen Regeln
(Alexander 2006)

Zusammenhang zwischen reglementierenden Interaktionen von Pflege team mit
Patienten und aggressiven Übergriffen [Roper und Anderson 1991, Hewison 1995, Finnema et al.
1996, Muir-Cochrane und Harrison 1996, Whittington und Wykes 1996, Lanza 1988, Nijman et al. 1997]

aggressives Verhalten bei Patienten als Reaktion auf restriktives Setting [Lanza
1988, Nijman et al. 1997]

Zusammenhang zwischen Erzwingung von Regeln und darauffolgenden
Übergriffen von Patienten [Morrison 1989, 1994]

erhöhte Konfliktbereitschaft beim Pflege team bei autoritärer Atmosphäre [Watkins
1979, Lutzen 1990]

Was ändert sich durch eine offene Psychiatrie in der Beziehung?

Alle Patient:innen
haben Ausgang

Hilfestellung
Angebote statt Verbote

Mit dem Patienten reden
und nicht über ihn
Einbezug

Reflexion und Relativierung
über Wirksamkeit

Anwalt
des Patienten

Besseres Assessment
Kennen der Situation

Behandeln statt Verwahren

Vertrauen statt Sicherheit
Weniger Angst,
Kontrolle, weniger Verbote

Mehr Vertrauen
Entdramatisierung

Individuelle Lösungen

Weniger ist mehr

Gliederung

Ausgangslage

Strukturelle Veränderungen

Interaktionelle Veränderungen/Herausforderungen

Auswirkungen 10 Jahre offene Psychiatrie

Effekte des Trackmodells: Klinisches Outcome im Benchmark

Stationsatmosphäre positiver, Entlassungen gegen ärztlichen Rat reduziert, Verlegungen reduziert

(Blaesi et al. 2015, Lo et al. 2018, Jungfer et al. 2015)

Halbierung der Rekursrate (Arnold et al. 2019)

Deeskalation verbessert (Fröhlich et al. 2018)

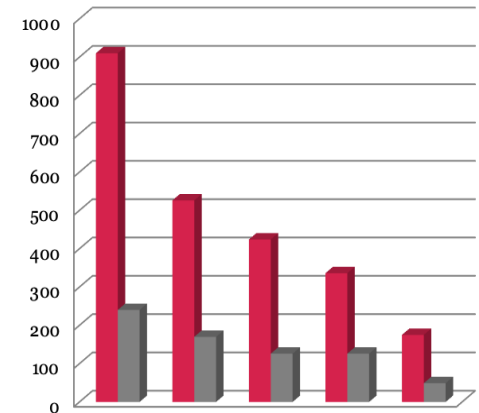
Vorhersage von Aggression verbessert (Stepanow et al. 2019)

Zwangsmassnahmen reduziert

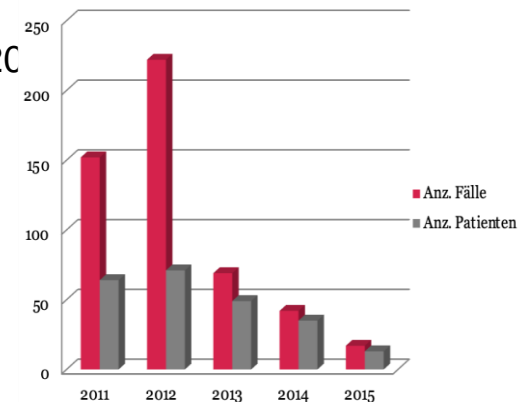
(Hochstrasser et al. 2018, Kowalinski et al. 2019, Blaesi et al. 2015, Lo et al. 2015, Jungfer et al. 2015)

Kommunikation ist offener (Steinauer et al. 2017, 2020)

Isolationen 2011-2015



Zwangsmedikationen 2011-2015

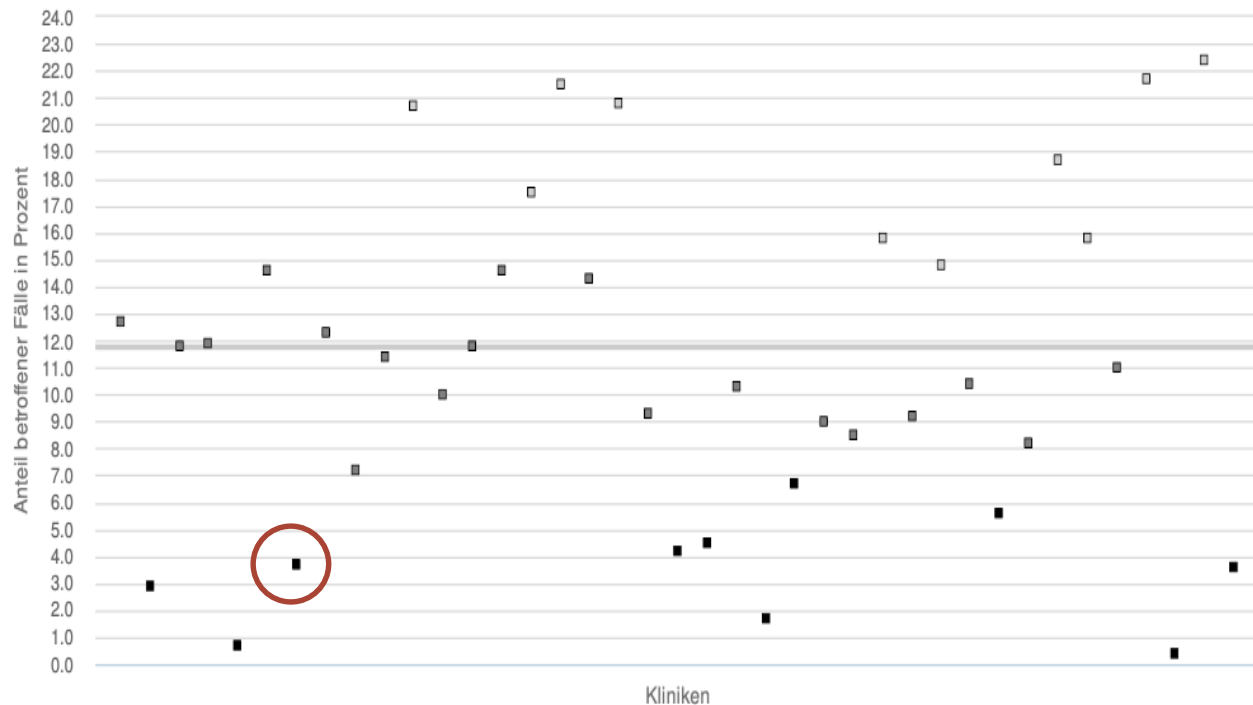


Zwangsmassnahmen in der Schweiz: die UPK hat im Vergleich zum Benchmark nur etwa halb so viele Zwangsmassnahmen aufzuweisen (2021)

Grafik 3: Freiheitsbeschränkende Massnahmen EFM

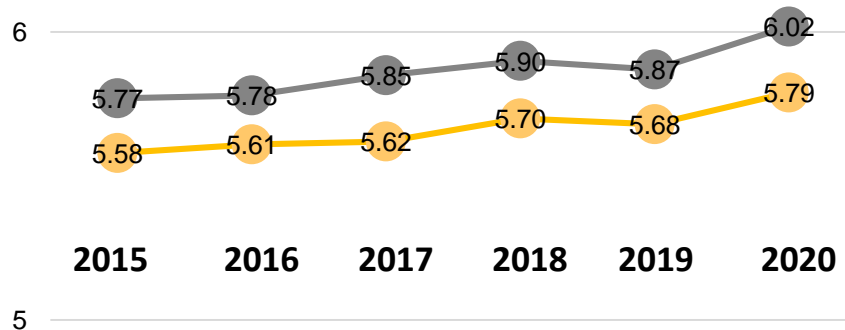
ANQ-Kommentar zum dargestellten Vergleich (Grafik 3)

Diese Grafik zeigt die Klinikergebnisse für den Anteil betroffener Fälle (Fälle mit mindestens einer freiheitsbeschränkenden Massnahme) ohne Risikobereinigung vom 01.01.2021 – 31.12.2021. Es werden nur diejenigen Kliniken aufgeführt, welche im Erhebungszeitraum mindestens eine freiheitsbeschränkende Massnahme durchgeführt haben.



Effekte des Trackmodells: Klinisches Outcome im Benchmark

Anstieg der Patientenzufriedenheit in der Klinik für Erwachsene und Privatklinik insgesamt



● Ich würde diese Klinik weiterempfehlen.
(n=486/447/419/467/549/548)

● Ich war insgesamt mit dem Aufenthalt in der Klinik...
(n=488/455/424/467/551/548)

4

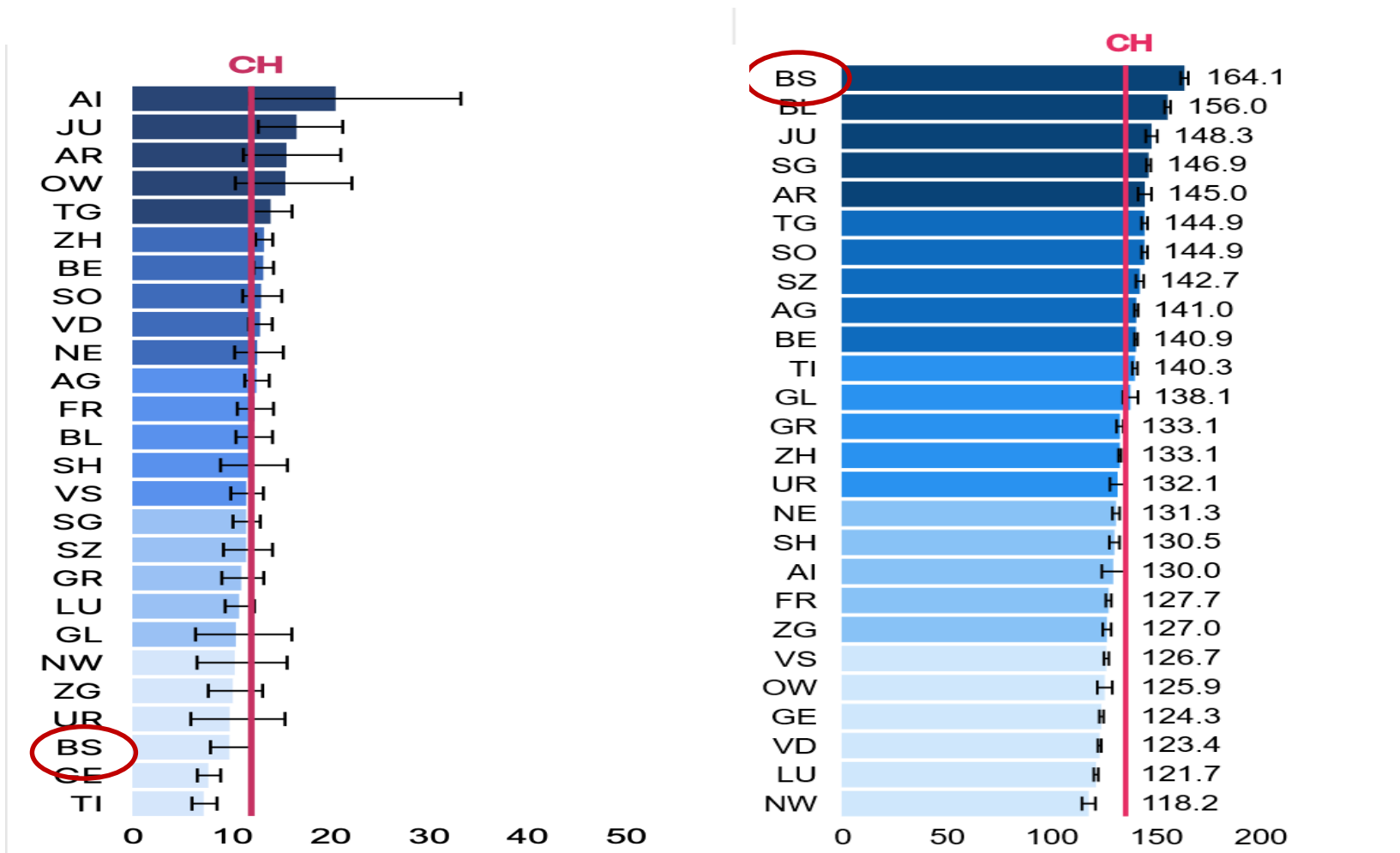
Partizipation Zusammenarbeit mit dem Behandler Behandlung

in der Klinik für Erwachsene und Privatklinik angestiegen

Die **Klinik für Erwachsene** ist 2020 über dem Durchschnitt der Schwerpunktversorger und Grundversorger (ausser Infrastruktur)

Die **Privatklinik** ist 2019 an Platz 1 aller 16 Schweizer gebenchmarkten Kliniken (ausser Infrastruktur)

Sehr niedrige Suizidrate in Basel Stadt und gleichzeitig hohe Inanspruchnahme von Behandlung: gute Stellung der Psychiatrie (OBSAN 2021)



Reduktion der geschlossenen Betten und Isolationsräume

01/2010 Ausgangssituation:	45.6% geschlossene Betten (16 Iso-Räume)
08/2011 Öffnung von S2 und U3	32.4% geschlossene Betten (8 Iso-Räume)
12/2013 Öffnung P1	22.3% geschlossene Betten (7 Isoräume)
06/2014 Öffnung U2	15.4% geschlossene Betten (7 Isoräume)
09/2015 Öffnung S4	8.5% geschlossene Betten (6 Isoräume)

Bessere Stationsatmosphäre: erste Phase des Türöffnungsprojektes in Basel

Das Team erlebt erhöhte Sicherheit

	Geschlossen (G)	Neu geöffnet (N)	Offen (O)	Signifikanz	Post Hoc
Alter [#]	37.3 ± 10.6	43.1 ± 15.5	44.5 ± 11.8	.182	
Geschlecht ^{###}				.831	
Männlich	12 (52.2%)	7 (53.8%)	7 (43.8%)		
Weiblich	11 (47.8%)	6 (46.2%)	9 (56.3%)		
EssenCES Gesamtscore	31.8 ± 6.2	44.6 ± 7.1	37.5 ± 7.5	< .001	N > G = O
Sicherheitserleben ^a	6.4 ± 3.9	14.6 ± 3.6	10.7 ± 5.6	< .001	N > G = O
Therapeutischer Halt ^d	16.0 ± 2.1	15.4 ± 3.2	17.3 ± 1.4	.244	
Patientenzusammenhalt ^c	9.9 ± 3.2	14.6 ± 1.9	9.5 ± 3.5	< .001	N > G = O

Blaesi et al. Psych Prax 2013

Reduktion von Zwangsmassnahmen und Entlassungen gegen ärztlichen Rat: zweite Phase des Türöffnungsprojektes in Basel

	2012				2016			
Rechtlicher Behandlungsstatus				<0.001				<0.001
- freiwilliger Eintritt	79 (63.7%)	97 (95.1%)	73 (91,3%)		38 (69.1%)	38 (86.4%)	50 (96.2%)	
- unfreiwilliger Eintritt	45 (36.3%)	5 (4.9%)	7 (8.8%)		16 (29.1%)	5 (11.4%)	0 (0.0%)	
Verweildauer (Tage)	18.6 (12.0)	23.6 (23.1)	47.0 (47.7)	<0.001	15.2 (17.0)	20.1 (16.7)	30.7 (26.3)	0.001
Entlassungsmodus				0.128				0.034
- auf Initiative des Behandelnden	14 (11.2%)	5 (5.0%)	8 (10.0%)		17 (30.9%)	29 (65.9%)	24 (46.2%)	
- auf Initiative des Patienten (gegen Ansicht des Behandelnden)	36 (28.8%)	22 (22.0%)	14 (17.5%)		11 (20.0%)	2 (4.5%)	6 (11.5%)	
<u>Patienten die von einer Isolation und/oder Zwangsmedikation betroffen waren</u>	24 (18.5%)	2 (1.9%)	3 (3.7%)	<0.001	8 (14.5%)	0 (0.0%)	1 (1.9%)	0.003

Lo et al. 2016, Psych Prax

Bessere Stationsatmosphäre: zweite Phase des Türöffnungsprojektes in Basel

Das Team erlebt erhöhte Sicherheit

	Immer offen (C/S1)	Alt geöffnet (S2/U3)	Neu geöffnet (U2/S4)
Sicherheitserleben 2012	10.7 (5.8)	14.6 (3.8)	6.4 (3.9)
2016	12.3 (3.4)	14.3 (3.3)	10.0 (3.5)
Therapeutischer Halt 2012	17.3 (1.4)	15.4 (3.2)	16.0 (2.1)
2016	17.1 (1.5)	16.6 (1.7)	16.9 (2.3)
Patientenzusammenhalt 2012	9.5 (3.5)	14.3 (2.4)	9.9 (3.2)
2016	9.6 (2.3)	14.6 (1.9)	10.3 (2.2)
EssenCES Gesamtscore 2012	37.5 (7.5)	44.6 (7.1)	31.8 (6.2)
2016	38.8 (4.3)	42.2 (6.0)	37.0 (5.4)

Lo et al. 2018, Blaesl et al. 2013

Effekte des Trackmodells: Klinisches Outcome im Benchmark

Inanspruchnahme von Behandlung durch die Wohnbevölkerung in Basel Stadt schweizweit am höchsten

Anzahl der stationären **Suizide** liegt in den letzten 4 Jahren ca. zehnfach unter dem internationalen und deutschen Schnitt (Schneider et al. 2018, Ruff et al. 2018)

Zwangsmassnahmen als Qualitätsmerkmal im gesamtschweizerischen Benchmark der ANQ liegen in der UPK bei 7%, was halb so hoch ist wie der schweizweite Schnitt (14%)

Zuweiserbenchmark bei der „Angemessenheit der durchgeführten Leistungen“ und „Behandlungsqualität“ **UPK die beste Klinik** mit >95%, >90 % positiven Antworten

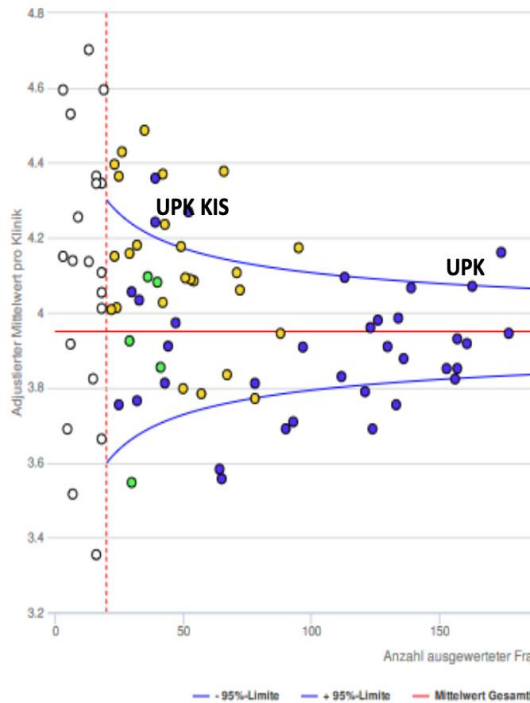
Durch das Trackmodell in der Versorgung steht die UPK im Benchmark der psychiatrischen Kliniken sehr gut da

Grafik 1: Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?

1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort

ANQ-Kommentar zum dargestellten Vergleich (Grafik 1)

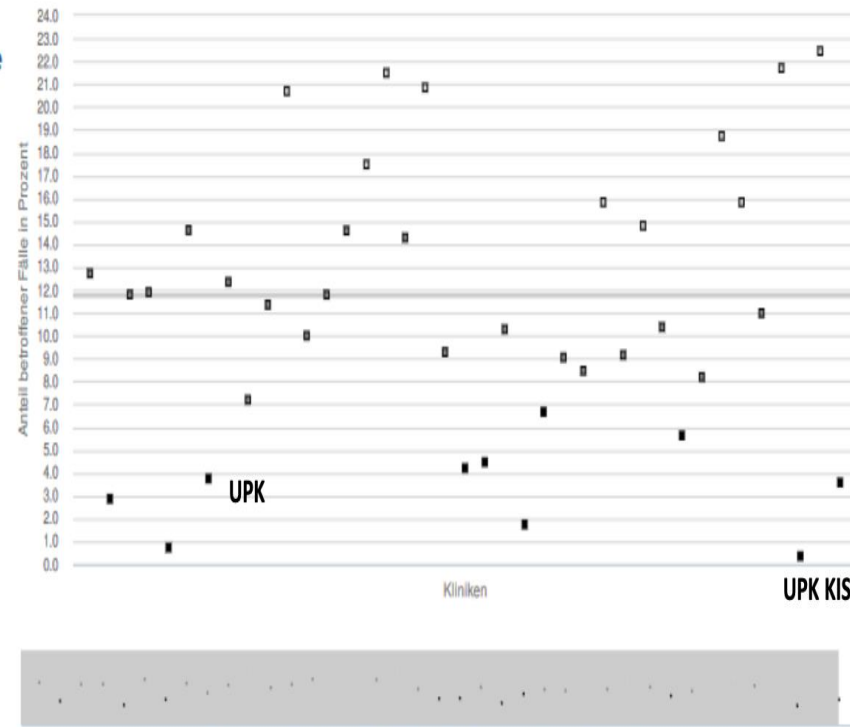
In der Grafik 1 sind die Ergebnisse betreffend der Frage: „Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?“ dargestellt. Von einer verbalen 5er-Skala wurden die Antworten in Nummernwerte umgewandelt: 1 = negativste Antwort, 5 = positivste Antwort, und ein Gesamtmittelwert berechnet (rote horizontale Linie). Der Mittelwert des Gesamtkollektivs ist 3.95. (siehe auch generelle Grafikbeschreibung)



Grafik 3: Freiheitsbeschränkende Massnahmen EFM

ANQ-Kommentar zum dargestellten Vergleich (Grafik 3)

Diese Grafik zeigt die Klinikergebnisse für den Anteil betroffener Fälle (Fälle mit mindestens einer freiheitsbeschränkenden Massnahme) ohne Risikobereinigung vom 01.01.2021 – 31.12.2021. Es werden nur diejenigen Kliniken aufgeführt, welche im Erhebungszeitraum mindestens eine freiheitsbeschränkende Massnahme durchgeführt haben. Gesamthaft konnten 65'891 stationäre Behandlungen in 39 (von 44) Kliniken der Akut- und Grundversorgung ausgewertet werden.



Zur Vergrösserung in den grauen Balken klicken und von links nach rechts einen Bereich markieren

Stärkung der Psychotherapie, mehr Patient:inneneinbezug, Gute Zusammenarbeit mit Unispital in Basel, Universitäre Altersmedizin Felix Platter, Polizei, FU Behörde und Amtsärzt:innen

Prof. Dr. Undine Lang

Klinikdirektorin der Klinik für Erwachsene und Privatklinik

Professorin für Psychiatrie und Psychotherapie Universität Basel

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

undine.lang@upk.ch



UPK Basel

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel

Telefon +41 61 325 51 11, Fax +41 61 325 55 12

info@upk.ch, www.upk.ch

 **Universität
Basel**

UPK **Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel**