

Luxembourg, den 27. Juni 2005

Psychiatrie Luxembourg

Planungsstudie 2005

Bestandeserhebung und Empfehlungen

Prof. Dr. med Dipl. Psych. W. Rössler; Ursula Koch

Universität Zürich; Psychiatrische Universitätsklinik

Forschungsabteilung Public Mental Health

I) Zusammenfassung

Die Planungsstudie wurde im Auftrag des Gesundheitsministeriums des Grossherzogtums Luxemburg durchgeführt. Ziel der Studie war die Analyse der psychiatrischen Gesundheitsversorgung Luxemburgs, die Erörterung der bisherigen Schwierigkeiten im Transformationsprozess sowie die Ausarbeitung von Leitlinien und Empfehlungen für eine weitergehende Reform der Psychiatrie. Die Bestandesaufnahme wurde mithilfe quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden durchgeführt und um fachliches, gesundheitspolitisches und strukturelles Hintergrundwissen ergänzt.

Psychische Störungen sind *erstens* häufig (bis zu 50% der Bevölkerung leiden zumindest einmal in ihrem Leben an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen) und ziehen *zweitens* für viele Betroffene einschneidende individuelle und sozioökonomische Folgen nach sich. Auch die volkswirtschaftlichen Belastungen sind enorm. Die Notwendigkeit die psychiatrische Versorgung zu planen, gewann in den letzten Jahren deshalb zunehmend an Bedeutung. Dabei hat die Europäische Entwicklung der letzten Jahre gezeigt, dass die Versorgungsstandards sich zunehmend aneinander angeglichen haben. Diese Entwicklungen fanden zu Beginn des Jahres 2005 ihren besonderen Ausdruck in der „Europäischen Erklärung von Helsinki“, die einen Europäischen Aktionsplan für die psychische Gesundheit implementierte, zu dessen Umsetzung sich auch Luxemburg bekannt hat.

Die psychiatrische Versorgung des 451'600 Einwohner umfassenden Grossherzogtums Luxemburg kann in drei Regionen (Süden, Norden, Zentrum) aufgeteilt werden. Im Jahre 2004 teilten sich vier psychiatrische Fachabteilungen und eine psychiatrische Fachklinik die Zuständigkeit für die Vollversorgung psychiatrischer Patienten. Dafür standen insgesamt 485 Betten, d.h. 1.07 Betten pro 1000 Einwohner zur Verfügung. Von diesen entfielen 194 Betten (40%) auf kurz- und mittelfristige Behandlungen in Allgemeinkrankenhäusern, wovon sich 170 in offiziellen psychiatrischen Fachabteilungen befanden. Hinzu kamen 36 Akutbetten (7.4%) und 240 Betten (49.5%) zur langfristigen Behandlung der psychiatrischen Fachklinik CHNP. 15 Betten (3.1%) waren für die stationäre Versorgung von psychisch auffälligen Jugendlichen vorgesehen.

Gemäss dem Plan Hospitalier 2001 soll die Akutversorgung ab Mitte 2005 nur noch von den vier Allgemeinkrankenhäusern mit Fachabteilungen (Centre Hospitalier in Luxemburg Stadt, l'Hôpital Kirchberg, Centre Hospitalier Emile Mayrisch, Clinique St Louis) übernommen werden und die psychiatrische Fachklinik CHNP sich ausschliesslich auf rehabilitative Aufgaben beschränken. Für die Akutversorgung durch die Allgemeinkrankenhäuser sind dabei 180 Betten für Erwachsene vorgesehen, was einem Bettenschlüssel von 0.4 Betten auf 1000 Einwohner entspricht und damit unter dem von der WHO definierten Standard von 0.5 – 1,0 Bett / 1000 Einwohner bzw. unter dem europäischen Durchschnitt von 0,87 Betten liegt. Dabei ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass die definitorische Unschärfe, welche Betten in die Berechnungen der verschiedenen Länder einbezogen werden, die Vergleichbarkeit erschweren. Insgesamt ist aber in Luxemburg trotz eines gesamthaft hohen Bettenbestandes

(1.07 / 1000 Einwohner im Jahre 2004) bei der Akutversorgung ein Mangel an Betten zu konstatieren, der sich 2004 u.a. in einer grösseren Anzahl von Behandlungen in Allgemeinkrankenhäusern ohne psychiatrische Fachabteilungen widerspiegelt. Dies ist insofern von Bedeutung, da Luxemburg eine hohe Hospitalisationsrate von durchschnittlich 6500 Hospitalisationen/Jahr und eine hohe Zwangseinweisungsquote von 100/100000 Einwohnern verzeichnet. Dabei werden modernen Standards entsprechend bereits 80% der Behandlungen in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, wobei die Aufenthaltsdauern bei durchschnittlich 15 Tagen liegen und im europäischen Vergleich auch bereits beachtenswert kurz sind.

Es sind bauliche und personelle Unterschiede zwischen den einzelnen Allgemeinkrankenhäusern, insbesondere im Vergleich zum CHNP festzustellen. Die Allgemeinkrankenhäuser sind infrastrukturell in hervorragendem Zustand oder werden aktuell renoviert. Sie weisen dabei grundsätzlich genügend Fachpersonal auf. Eine Ausnahme bildet das Centre Hospitalier welches im Jahre 2004 in Hinblick auf die personellen und baulichen Standards die vergleichsweise schlechtesten infrastrukturellen Voraussetzungen bot. Personelle Unterschiede sind dabei v.a. auf das Personalbemessungsinstrument PRN zurückzuführen, welches auf den internen Erhebungen der einzelnen Krankenhäuser beruht.

Das CHNP weist im Gegensatz zu den Allgemeinkrankenhäusern infrastrukturelle Defizite zur angemessenen Versorgung der Patienten auf. Aus unterschiedlichen Gründen verzeichnet das CHNP eine personelle Unterversorgung, die v.a. das psychiatrische Pflegepersonal und die ärztliche Versorgung betrifft. Dabei sind insbesondere die ungenügenden Bedingungen zur somatischen Behandlung der Patienten durch den Mangel an allgemeinmedizinischen Ressourcen (2 Allgemeinärzte (50%) für 257 Patienten, fehlende internistische Abteilung) bei bekannt hoher somatischer Komorbidität psychiatrischer Patienten hervorzuheben.

Es sind auch Unterschiede im Behandlungsspektrum zwischen den verschiedenen Kliniken festzustellen. Die Allgemeinkliniken konzentrieren sich eher auf so genannt „leichtere Störungen“ wie Neurotische-, Belastungs- und Somatoforme Störungen, Affektive Störungen und zum Teil auf Persönlichkeits- oder Essstörungen. Der Schwerpunkt des CHNP liegt dagegen auf der Behandlung von psychotischen Störungen sowie Alkohol- und sonstigen Suchterkrankungen.

Es hat seit 2003 ein starker Ausbau an tagesklinischen Plätzen stattgefunden. Aktuell stehen dabei 54 Plätze zur Verfügung. Eine weitere Tagesklinik im Centre Hospitalier Emile Mayrisch ist auf Beginn 2006 geplant. Die Tageskliniken sind entsprechend den Empfehlungen von 1992 organisatorisch und rechtlich an die jeweiligen Allgemeinspitäler angebunden. Ausser der Tagesklinik im CHL, entspricht das Angebot der übrigen Tageskliniken dem europäischen Standard. Die Tagesklinik des CHL weist anders als ursprünglich geplant Beschränkungen in Infrastruktur, Angebot und Betreuungskapazität auf.

Im Sozialpsychiatrischen Bereich wurden insgesamt elf Institutionen (ohne Kinder- und Jugendbereich) unterschiedlicher Grösse ermittelt. Dazu gehören sechs Beratungsstellen, eine Koordinations- und Informationsstelle, zwei Tageszentren und ein Kontaktzentrum sowie Einrichtungen der Caritas. Die Einrichtungen decken tendenziell eher das Zentrum Luxemburgs ab, eine Unterversorgung des Nordens ist festzustellen.

Der ambulante Bereich wird durch 56 Psychiater (5 davon Kinder- und Jugendpsychiater) abgedeckt, was einer Rate von 0.124 Psychiatern pro 1000 Einwohner entspricht. Luxemburg weist in Bezug auf die ambulante Versorgung eine hohe Dichte an Psychiatern auf, die weit über dem internationalen Durchschnitt liegt. Es ist jedoch hervorzuheben, dass ein Teil davon in Doppelfunktion auch als Belegärzte in den Allgemeinkliniken tätig sind. Was die Geschlechts- und Altersverteilung betrifft, so spiegelt die Verteilung der Klientel in etwa die luxemburgische Gesamtbevölkerung wider (davon je 20% Kinder- und Jugendliche und über 65-jährige). Es ist jedoch wiederum eine ungleiche regionale Verteilung mit der Konzentration fast aller Psychiater auf die städtischen Räume ersichtlich.

Im Rahmen sozialpsychiatrischer Eingliederungshilfen wurden im Jahre 2004 111 Plätze in Wohneinrichtungen vorgehalten, die von betreutem Einzelwohnen bis zu Wohnheimen reichten. Zudem standen 236 Arbeitsplätze in therapeutischen Werkstätten zur beruflichen Wiedereingliederung oder als Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke zur Verfügung. Der komplementäre Bereich weist trotz einem beachtenswerten Ausbau in den letzten Jahren verschiedene Defizite auf:

Die Wohnplätze entsprechen mit einer Rate von 0.25 Plätzen pro 1000 Einwohner nicht den Richtlinien der WHO, die von einer Minimalausstattung von 0.3 - 0.5 Wohnplätzen pro 1.000 Einwohner allein für die langfristige Pflege chronisch Kranker ausgehen. Darüber hinaus ist ein Mangel an Personal und an diversifizierten, den verschiedenen Behandlungsphasen angepassten Wohnstrukturen zu konstatieren. Es fehlen dabei insbesondere dezentralisierte vollzeitbetreute Einrichtungen, so genannte ‚Foyers médicalisés‘, wie sie im Plan Hospitalier 2001 vorgesehen sind. Der ungedeckte Bedarf an diversifizierten Wohnplätzen wird durch die überproportionale und nicht angemessene Betreuung chronisch Kranker in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe und in Familienpensionen sowie einer grossen Anzahl Langzeitpatienten im CHNP widergespiegelt.

Die therapeutischen Werkstätten sind grundsätzlich in tadellosem Zustand und decken in ihrer regionalen Verteilung ganz Luxemburg ab. Sie befinden sich jedoch selten in unmittelbarer Nähe zu betreuten Wohneinrichtungen und werden ihrer Aufgabe der beruflichen Rehabilitation nur bedingt gerecht. Es fehlen mehrheitlich konkrete Ansätze zur Integration auf dem freien Arbeitsmarkt, wie z.B. Angebote des „Supported Employment“. Die Werkstätten müssen daher eher als parallele Angebote zum primären Arbeitsmarkt betrachtet werden, die den unterschiedlichen Behandlungsphasen bzw. Krankheitsspektren der Patienten nur bedingt gerecht werden.

Die Auswertungen der Fokusinterviews - welche die persönlichen Meinungen der Leistungserbringer widerspiegeln - zeigen ebenfalls das Bestehen grosser Disparitäten zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen bei gleichzeitig starkem Veränderungsdruck (struktureller Wandel, veränderte Versorgungs- und Behandlungsparadigmen, knappe ökonomische Ressourcen etc.) auf. Es wurde dabei auf die insgesamt gute, infrastrukturell zum Teil hervorragende, aber historisch überholte Dominanz stationärer Versorgung und eine offensichtlich ungenügende ausserstationäre Versorgung hingewiesen. Diese kann nebst der grundlegenden Deckung des Basisbedarfes v.a. infolge Ressourcenmangels nicht mit den wachsenden Bedürfnissen, sprich Nutzungsverschiebungen Schritt halten.

Aus Perspektive von Angebot und Bedarf sticht die Diskrepanz zwischen schweren Störungen, wie Schizophrenie und anderen – meist leichteren – Störungen heraus. Eine bestimmte Kerngruppe, von vornehmlich schwer chronisch Erkrankten scheint häufig fehlplatziert und im Rahmen des Umstrukturierungsprozess zunehmend durch die Maschen des Systems zu fallen. Des Weiteren wurde auf eine Unterversorgung von besonders vulnerablen Gruppen (z.B. Kinder und Jugendliche, Ausländer) hingewiesen und ein Mangel an diagnosespezifischen Angeboten (z.B. für Persönlichkeitsstörungen) konstatiert. Diese Diskrepanz verdeutlicht, nicht nur die notwendige Verbesserung der Aufgabenteilung zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssystem sondern auch die ausserordentliche Bedeutung des quantitativen und qualitativen Ausbaus von ausserstationären und von diagnosespezifischen Angeboten.

Die Gründe für die träge Umsetzung der Psychiatriereform werden vornehmlich in den drei Ebenen Politik, Struktur des Gesundheitssystems und Leistungserbringer gesehen. Während die Psychiatrie in der politischen Agenda der letzten Jahre anscheinend eine eher marginale Rolle gespielt hat, so scheinen auf struktureller Ebene organisationelle und finanzierungstechnische Probleme die Umsetzung möglicher Reformen behindert zu haben. Nicht zuletzt wurden Schwierigkeiten auf eine ausgeprägte Interessenpolitik und mangelnde Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer zurückgeführt.

Es wurde von allen Seiten der Wunsch nach einer konkreten Erarbeitung von Versorgungsleitlinien und eindeutigen Versorgungsaufträgen geäußert. Dabei sollen klare Vorgaben von zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeiten zur Sicherung der Umsetzung getätigt werden. Die Erarbeitung von Strategien um ein ausreichendes Arbeitskräfteangebot im medizinischen und psychosozialen Bereich zu schaffen wurde dabei als unerlässlich betrachtet (z.B. Orientierung an der Psych-PV im stationären Bereich; Kabinettsbeschluss zur Schaffung neuer Stellen im ausserstationären Bereich).

Einer der Schwerpunkte der Fokusinterviews stellte zudem die Diskussion von Zukunftsszenarien der psychiatrischen Versorgungslandschaft dar. In erster Linie ging es aber darum, klare Übergangsbestimmungen zu definieren, die eine schrittweise und geordnete Verantwortungsübernahme der Vollversorgung seitens der Krankenhäuser sichern. Dabei wurde die Notwendigkeit einer Steuerungs- und Kontrollgruppe zur Bewältigung des aktuell anstehenden Change Managements deutlich.

Die Empfehlungen weisen den vorangegangenen Ausführungen entsprechend auf einen quantitativen und qualitativen Ausbau der Allgemeinkrankenhäusern mit klaren Einzugsgebieten hin (z.B. Bildung einer weiteren psychiatrischen Abteilung und von Schwerpunktzentren). Dabei sollen u.a. bestehende tagesklinische und klientenspezifische Angebote ausgebaut werden (z.B. Tagesklinik CHL, Jugendpsychiatrie Hôpital Kirchberg).

Im Kern der Überlegungen steht jedoch die Umstrukturierung des CHNP zu fünf nationalen Fachzentren: Zentrum für Prävention, Früherkennung und –rehabilitation; Zentrum für Sozial- und Gemeindepsychiatrie; Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, Zentrum für Gerontopsychiatrie und Zentrum für Forensik.

Ein besonderes Augenmerk wird zudem auf einen quantitativen und qualitativen Ausbau des ausserstationären Bereiches gelegt. Dieser soll an die neusten versorgungspolitischen Standards angepasst werden.

Die Reformumsetzung soll von einem wissenschaftlichen Beirat, einem externen Berater wie mit einem, dem Beirat zugeordneten Reform-Manager, begleitet sowie durch ein Bündel verschiedener Qualitätssicherungsmassnahmen sichergestellt werden.

II) Empfehlungen

zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Grossherzogtum Luxemburg

1 Ausgangslage

1.1

Die in der Planungsstudie Luxemburg 1992 abgegebenen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung sind in ihren Grundzügen umgesetzt worden. Dies gilt speziell für den Neuaufbau dreier psychiatrischer Abteilungen an verschiedenen Allgemeinspitälern des Landes. Die neu eröffneten Abteilungen zeugen von einem öffentlichen Gesinnungswandel gegenüber psychisch Kranken. Die neuen, sehr gut ausgestatteten Abteilungen verdeutlichen auch den politischen Willen, Psychiatrie als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu akzeptieren. Ein Gesamtplan zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung ist jedoch nicht klar erkennbar. * (siehe Originalbericht u.a. Kap. 5 und 6 / Tabelle Vergleich 1992 und 2004).

1.2

Es sind wesentliche Entwicklungsschritte nicht vollzogen worden. Dies betrifft im Speziellen das CHNP, dem trotz erheblichen Bettenabbaus der Übergang in die 1992 vorgeschlagenen Rehabilitationsstrukturen nicht gelungen ist und im Kern seine ursprünglichen Aufgaben, z.B. die Betreuung von Langzeitpatienten weiterführt. Die Gründe hierfür sind vielfältig, nicht zuletzt lassen die 1992er Empfehlungen einen Mangel an konkreten Umsetzungsvorschlägen vermissen. * (vgl. u.a. Kap. 6).

1.3

Die noch bestehenden Mängel der stationären Versorgung sind nicht zuletzt daran zu bemessen, dass bis heute ein beträchtlicher Teil der akut psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern ohne spezialisierte psychiatrische Abteilungen behandelt wird. *(vgl. u.a. Kap. 5 und 6).

1.4

Der Ausbau des ausserstationären Bereichs ist nicht entsprechend den Erfordernissen vorangetrieben worden *(siehe u.a. Kap. 5.5 / 5.6 und Kap. 6).

1.5

Das Sozialversicherungsrecht ist nicht optimal auf die Bedürfnisse psychisch Kranker und auf die psychiatrische Versorgung abgestimmt (Siehe u.a. Kap. 4.6 -4.8). Beispielsweise können ambulant behandelte chronisch psychisch Kranke, die über Jahre hinweg auf Medikamente angewiesen sind, in der Regel nicht den Selbstbehalt von 20% bei teuren psychiatrischen Medikamenten aufbringen.

1.6

Der „Plan Hospitalier“ sollte zum 1.1. 2005 in Kraft treten. Die Umsetzung hinsichtlich der Psychiatrie hat sich aus verschiedenen Gründen verzögert *(siehe u.a. Kap. 1 und Kap. 6.3)

2 Versorgungsleitlinien

2.1

Das Grossherzogtum Luxemburg bietet günstige ökonomische Voraussetzungen für eine angemessene und den Europäischen Standards angegliche Versorgung psychisch Kranker (vgl. 4.4). Die jetzt vorgelegten Empfehlungen sind den neueren Entwicklungen auf dem Gebiet der Versorgung psychisch Kranker angepasst. Die Empfehlungen dieses Berichts erfolgen vor dem Hintergrund der gegenwärtigen sozio-demographischen Rahmenbedingungen. Die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen

sind regelmässig den diesbezüglichen Veränderungen anzupassen. Diese ergeben sich zum Beispiel aus Veränderungen der Bevölkerungszahl oder Bevölkerungsstruktur *(vgl. Kap. 4.2ff), die wesentlich Einfluss nehmen auf das Ausmass und die Art der altersspezifischen psychiatrischen Morbidität. Andere Einflussfaktoren sind detailliert in Kap. 4 dargelegt.

2.2

Heute wird der Individualität und der Entscheidungsfreiheit des einzelnen Patienten zunehmend mehr Beachtung geschenkt. Dies beinhaltet auch, dass jegliche Massnahmen mit den geringst möglichen Einschränkungen für die Betroffenen verbunden sein sollen. Auch soll ihnen ein Leben so normal wie möglich, d.h. den Lebensbedingungen der Allgemeinbevölkerung angepasst, ermöglicht werden.

Die jetzigen Empfehlungen berücksichtigen auch, dass die medizinische Teildisziplin „Psychiatrie“ im letzten Jahrzehnt wesentliche Therapiefortschritte zu verzeichnen hat. Die „Psychiatrie“ hat sich dabei von einer pflegenden zu einer therapeutischen Disziplin entwickelt * (vgl. Kap. 3.2).

2.3

Besondere Bedeutung wird in diesem Zusammenhang die 2005 von den Gesundheitsministern der EU unterzeichneten „Deklaration von Helsinki“, die auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung gerichtet ist, gewinnen (vgl. Kap. 3.2). Im Zentrum der Deklaration steht u.a.:

- Die gezielte Unterstützung von Menschen in vulnerablen Lebensphasen.
- Besondere Aufmerksamkeit für Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen und deren Bedürfnissen sowie ihre langfristige Betreuung in einer Palette verschiedener Settings und sie vor Missbrauch und Vernachlässigung, schützen.
- Präventive Massnahmen insbesondere auch für Personen mit besonderen Risiken, und
- die Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung.

3 Reformumsetzung

3.1

Die jetzt nachfolgende Phase der Reformumsetzung sollte von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet werden, der mindestens jährlich der Regierung über die erzielten Fortschritte bzw. über wesentliche Gründe, die die Umsetzung behindern, berichtet. Der Beirat sollte aus den verantwortlichen Ärzten der Psychiatrischen Abteilungen, des (zu restrukturierenden) CHNPs, verantwortlichen Vertretern ausserstationärer Strukturen insbesondere des Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereiches und Verantwortlichen der beteiligten Ministerien sowie der verschiedenen Sozialleistungsträger bestehen. Für die Moderation des Beirates sollte ein externer Berater eingebunden werden.

Insbesondere sollten:

- klare Vorgaben der zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen erarbeitet,
- Arbeitsgruppen zur Massnahmenumsetzung gebildet werden, die kontinuierlich dem Beirat über die Umsetzungsschritte berichten, und
- Versorgungsaufträge eindeutig formuliert und gegebenenfalls in Vertragsform zwischen den Leistungserbringern gebracht werden.

3.2

Dem Beirat sollte ein vollzeitlich beschäftigter „Reform-Manager“ zur Seite gestellt werden, der die einzelnen, vom Beirat zu erarbeitenden Schritte vorplant, koordiniert und überwacht. Der Reform-Manager berichtet dem Beirat.

3.3

Es sollte eine Arbeitsgruppe (unter substanzieller Beteiligung der verschiedenen Ministerien) beauftragt werden, eine Stärken-Schwächen-Analyse des gegenwärtigen Sozialleistungsrechts und Finanzierungssystems soweit es psychisch Kranke betrifft, durchzuführen. Besondere Beachtung sollte in diesem Zusammenhang die Frage finden, ob nach dem CHNP auch die extrahospitalen Einrichtungen und Dienste zukünftig aus dem Verantwortungsbereich des Staatsbudgets entlassen und in andere Finanzierungsstrukturen (z.B. Pflegeversicherung) überführt werden.

3.4

Psychiatrische Reformen sind kein Prozess, der verordnet werden kann. Es ist angeraten, Diskussionsforen durchzuführen, die es engagierten professionellen Helfern wie auch betroffenen Personen erlauben, ihre Ansichten und Meinungen in den Diskussionsprozess einzubringen. Der Reform-Manger sollte diese Prozesse initiieren, moderieren und über deren Ergebnisse dem Beirat Bericht erstatten.

3.5

Die Voraussetzungen für Qualitätssicherungsmassnahmen der psychiatrischen Versorgung sind zu schaffen. Der Reformprozess bietet auch die Chance, auf allen psychiatrischen Versorgungsebenen Behandlungs- und Betreuungsstandards einzuführen. Dabei steht nicht die Kontrolle der einzelnen Einrichtungen und Dienste im Vordergrund sondern die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsprozesse der jeweiligen Institution.

3.6

In den Kliniken ist das Augenmerk besonders auf die kritischen Elemente des Behandlungsprozesses zu richten beginnend mit der Aufnahme über die Behandlungsvereinbarungen mit den Patienten bis zu deren Austritt. Der Umgang mit Risikosituationen, einschliesslich Zwangsmassnahmen, ist zu regeln und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Behandlung soll so weit wie möglich auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgen. Dies beinhaltet die Einführung klinischer Leitlinien.

3.7

Sinngemäss sind diese Qualitätssicherungsmassnahmen auch auf die anderen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen anzuwenden. Dies betrifft damit alle ambulanten Institutionen wie auch den gesamten extrahospitalen Wohn- und Arbeitsbereich.

3.8

Für die Qualitätssicherungsmassnahmen sind ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Grössere Institutionen benötigen in der Regel einen fest angestellten Qualitätsbeauftragten. Für grössere Institutionen ist auch das Instrument des Audit einzuführen, d.h. eine Qualitätsbeurteilung vor Ort durch externe Experten nach vorgegebenen Regeln.

3.9

Längerfristig sollte eine Akkreditierung der Institutionen stattfinden.

4 Spezielle Empfehlungen zum stationären Versorgungsbereich

4.1 Gesetzliche Regelungen

Die Zwangseinweisungsrate in Luxemburg ist im Europäischen Vergleich hoch. Die anstehende Überarbeitung des Unterbringungsgesetzes sollte sich an den Europäischen Standards orientieren. Insbesondere sollte die Einweisung auf einem (fach-)ärztlichen Urteil basieren und die Überprüfung der Einweisung gegebenenfalls durch einen Richter erfolgen. Alle psychiatrischen Abteilungen müssen in die Lage versetzt werden, zwangseingewiesene Patientinnen und Patienten aufzunehmen * (vgl. u.a. Kap. 3.4 und 4.8)

4.2 Ambulante Zwangsmassnahmen

Ein geringer Teil vorwiegend krankheitsuneinsichtiger Patienten ist durch ein besonders hohes Rückfallrisiko gekennzeichnet. Diese Patientengruppe konsumiert bis zu 50% der stationären Kapazitäten. Es ist zu überlegen, ob für diese Patientengruppen unter streng definierten Rahmenbedingungen auch ambulante Zwangsmassnahmen vorzusehen sind, die den Betroffenen ein menschenwürdiges Leben ausserhalb des Krankenhauses ermöglichen sollen.

4.3 Personal

Die Psychiatrie hat sich zu einer differenzierten Behandlungsdiziplin entwickelt. Neben der medizinisch-psychiatrischen Behandlungskompetenz braucht es verschiedenartige Berufsgruppen, um das Spektrum erforderlicher Kompetenzen abzudecken. Dies betrifft neben Psychologen und psychiatrischen Pflegefachpersonen v.a. Ergo-, Arbeits-, Musik- und Physiotherapeuten. Das gegenwärtige in Luxemburg gebräuchliche Personalbemessungssystem „PRN“ ist v.a. im Hinblick auf die erforderliche Multidisziplinarität den Anforderungen nicht hinreichend angepasst. Es ist dringend zu empfehlen, dieses Personalbemessungssystem mit der in Deutschland gebräuchlichen PsychPV oder der Kanadischen Version des PRN auf seine Funktionalität für die Personalausstattung in der Psychiatrie zu vergleichen * (vgl. 3.4.1.2 und Kap. 6).

4.4 Fort- und Weiterbildung

Der Fort- und Weiterbildungsbedarf in der Psychiatrie ist enorm hoch. Dies hat v.a. mit der dynamischen Entwicklung dieses Faches zu tun. Die gesetzlichen Voraussetzungen für

Fortund Weiterbildung sind gegeben. Diese Gegebenheiten sollten mehr als gegenwärtig genutzt werden.

Als beziehungsorientiertes Fach braucht es darüber hinaus auch kontinuierliche Supervisionsangebote für die Mitarbeiter. Den Verantwortlichen ist anzuraten, die entsprechenden finanziellen Mittel hierfür einzuplanen *(vgl. Kap. 5).

4.5 Ausländische Mitarbeiter

Das psychiatrische Berufsfeld ist gegenwärtig durch eine grosse Zahl ausländischer Arbeitnehmer geprägt. Wenn auch in einer Zeit, in der Europa zusammenwächst, die Nationalitätenfrage in den Hintergrund tritt, ist ein Stärkung des luxemburgischen Personals in der Psychiatrie als kommunikativer Disziplin grundsätzlich und langfristig unabdingbar (vgl. Kap. 6).

5 Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrische Abteilungen

5.1 Allgemeinpsychiatrie

5.1.1

Die Krankenhaushäufigkeit, d.h. die Zahl der pro 1000 Einwohner stationär behandelte Patienten ist hoch und die Verweildauer in stationärer Behandlung kurz. Dies hat vermutlich mit dem Belegarztsystem zu tun, das eine hohe Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Behandlung ermöglicht. Da die Verweilzeiten in stationärer Behandlung mit durchschnittlich 15 Tagen nicht wesentlich zu verkürzen sind, zeichnet sich ab, dass nach Schliessung der Akutbetten im CHNP die Zahl der in den Abteilungen vorgehaltenen Akutbetten auch im Europäischen Vergleich - knapp bemessen sind. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass die Planungsstudie 1992 eine Abteilungsgrösse von 55 Betten vorgesehen hatte anstelle der jetzt vorgehaltenen circa 45 Betten pro Abteilung (die Reduktion erfolgte zugunsten des Aufbaus von Tageskliniken) *(vgl. Kap. 3.4 und 5.2).

5.1.2

Es ist zu prüfen, ob gegebenenfalls eine weitere Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus zu eröffnen ist. Diese Empfehlung erfolgt vor dem Hintergrund, dass bereits jetzt eine grössere Zahl psychisch Kranker in Allgemeinkrankenhäusern ohne spezialisierte Abteilungen behandelt wird (vgl. 5.2). Den Krankenkassen sei dann im Hinblick angeraten, entsprechende leistungsrechtliche Massnahmen zu ergreifen, um nur noch Behandlungen in spezialisierten Abteilungen mit qualifiziertem Personal finanziell abzugelten.

5.1.3

Auslandbehandlungen sollten zukünftig so weit wie möglich verhindert werden, da das Grossherzogtum infrastrukturell und ökonomisch in der Lage ist, zukünftig eine qualitative gute stationäre Vollversorgung im Lande selbst anzubieten (vgl. Kap. 4.4).

5.1.4

Die stationäre Vollversorgung aller Bürger als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung bietet auch die Möglichkeit die Stigmatisierung psychisch Kranker weiter abzubauen *(vgl. Kap. 3.2).

5.1.5

Den Abteilungen ist ein definiertes Versorgungsgebiet verantwortlich zuzuweisen, das sie verpflichtet alle stationär behandlungsbedürftigen Patienten dieses Gebietes zu behandeln. Den Patienten bleibt hingegen die freie Krankenhauswahl erhalten, sofern entsprechende Bettenkapazitäten in anderen Krankenhäusern bestehen.

5.1.6

Die Abteilungen sind gefordert, eine Vollversorgung im Bereich der Akutversorgung (mit Ausnahme extrem selbst- oder fremdgefährlicher Patienten) zu betreiben. Insbesondere ist nicht anzuraten, Patienten nur kurz anzubehandeln, um sie dann in den (neu zu schaffenden) Rehabilitationsbereich des CHNP zu verlegen. Einzelne Behandlungsepisoden sind unter dem Aspekt der Kontinuität der Versorgung, die auch personale Kontinuität beinhaltet, an einer Behandlungsinstitution abzuschliessen.

5.1.7

Zwei psychiatrische Abteilungen sind inzwischen mit Tageskliniken ausgestattet, die vorwiegend in der Nachsorge rehabilitativ tätig sind. Dies gilt nicht für die Tagesklinik am CHL. Die Tagesklinik am CHL führt vorwiegend ambulante Spezialbehandlungen ausgewählter Patientengruppen durch (vgl. u.a. Kap. 5.3). Für das CHL ist deshalb die Schaffung einer neuen Tagesklinik erforderlich, die die entsprechenden Nachsorgefunktionen orientiert an den tagesklinischen Standards übernimmt. Die vierte Tagesklinik steht vor der Eröffnung.

5.1.8

Um dem zu erwartenden Aufnahmepressure weiter zu reduzieren, sind akuttagesklinische Angebote im Rahmen der bestehenden Strukturen zu schaffen. Nach neueren Untersuchungen ist es möglich, 20-30% der gegenwärtig stationär behandelten Patienten tagesklinisch zu behandeln.

5.1.9

Die Spezialisierung in der Psychiatrie ist soweit fortgeschritten, dass zukünftig nicht alle Abteilungen alle Therapien anbieten können. Ohne dass ein Auftrag explizit formuliert worden wäre, hat sich in einigen Abteilungen bereits eine gewisse Spezialisierung entwickelt (vgl. u.a. Kap. 5.2 und 6.4):

- Im Centre Hospitalier Emile Mayrisch hat sich so bereits ein Schwerpunkt für die Akutbehandlung im Bereich der Alkoholabhängigkeit entwickelt.
- Im CHL ist die Behandlung von Frauen mit postpartalen Erkrankungen in Gang gekommen. Diese Entwicklung ist weiter zu fördern.
- Das Hôpital Kirchberg Erwähnung hat sich zu einem Zentrum für Jugendpsychiatrie (s.u.) entwickelt.

Auch für die anderen Abteilungen ist eine gewisse Spezialisierung zu empfehlen:

- Beispielsweise sollte eine Abteilung (z.B. die Clinique St. Louis) ein nationales Kompetenzzentrum zur Durchführung von Elektrokrampftherapien entwickeln. Hierzu bedarf es einer engen Kooperation mit einer anästhesiologischen Abteilung.

5.1.10

Die Grundversorgung hat Vorrang vor der spezialisierten Versorgung.

5.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gesondert kommentiert werden soll die jugendpsychiatrische Abteilung am Hôpital Kirchberg, die angesichts der Grössenordnung kinder- und jugendpsychiatrischer Problems Ausserordentliches leistet. Dies bezieht sich vorwiegend auf die im Vergleich mit anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen kurzen Verweildauern in stationärer Behandlung, die eher den Charakter von Kriseninterventionen haben * (vgl. u.a. Kap. 5.6.1).

5.2.1

Die jugendpsychiatrische Abteilung leidet unter unzulänglichen Nachsorgestrukturen insbesondere im Heimbereich für schwer psychisch erkrankte Jugendliche, insbesondere mit Verhaltensauffälligkeiten. Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen, weil diese Art stationärer Krisenhilfen nur funktionieren kann in einem dichten Netz mitbetreuender Institutionen.

5.2.2

An die jugendpsychiatrische Abteilung in Hôpital Kirchberg ist eine Tagesklinik für 2006 geplant.

5.2.3

Die an die pediatriische Abteilung des CHL angebundene Tagesklinik für psychisch kranke Kinder, ist mit 6 Plätzen noch ungenügend ausgestattet. Der weitere Ausbau ist geplant.

6 Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)

6.1 Umstrukturierung des CHNP

Das einstmals institutionell dominierende psychiatrische Versorgungsangebot Luxemburgs, das CHNP, hat in den vergangenen Jahren eine schwierige Entwicklung durchgemacht. Obwohl die Ausrichtung des CHNP auf Rehabilitationspsychiatrie seit Jahren vorgegeben war, verblieben dem CHNP fortdauernd akutenpsychiatrische Aufgaben, v.a. auch im Bereich der Zwangseinweisungen. Hinzu kommt, dass die verschiedenen Restrukturierungsvorschläge für die geplante Rehabilitationspsychiatrie sich nicht dem in einem Umwälzungsprozess befindlichen Fach als angepasst erwiesen haben. Insbesondere findet der Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Rehabilitation heutzutage deutlich mehr Beachtung als dies noch vor einem Jahrzehnt gegolten hat. In der Konsequenz bedeutet dies, dass heute deutlich weniger Betten als die gegenwärtig dafür eingeplanten 240 Betten, benötigt werden **(vgl. u.a. Kap. 6)*.

Das CHNP soll zukünftig in fünf nationale Fachzentren gegliedert werden, die je aus einem stationären Kern, einem tagesklinischen und einem ambulanten Angebot bestehen. Nachfolgend werden nur die Rahmenbedingungen umrissen, wobei die Details in Arbeitsgruppen genauer festzulegen sind.

1. Zentrum Früherkennung, Prävention, Frührehabilitation

Während die Psychiatrie über lange Jahre sich auf die Versorgung chronisch psychisch Kranker konzentriert hat, gewinnen heute Früherkennung, Prävention, Frührehabilitation wesentlich mehr Beachtung. Dies entspricht auch dem Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit 2005 – 2010.

- Das Zentrum soll im Rahmen der Prävention langfristige Aufklärungs- und Interventionsprogramme entwickeln z.B. im Hinblick auf psychische Gesundheitsprobleme in der Ausbildung und am Arbeitsplatz oder am Übergang von und in verschiedene Risiko behaftete Lebensphasen.

- Im Hinblick auf Suizidprävention soll hier beispielhaft das so genannte „Nürnberger Bündnis“ genannt werden, das sich unter Einbezug verschiedener gesellschaftlicher Kräfte und Institutionen die Verringerung der Suizidhäufigkeit zum Ziel gesetzt hat. Im ärztlichen Bereich ist hier insbesondere auf eine enge Vernetzung der „Spezialisten“ mit den Grundversorgern, also den Hausärzten zu achten. Dieses Programm wird gegenwärtig in verschiedenen Europäischen Ländern implementiert.

- Psychisch Kranke, insbesondere Schizophreniekranken sind im besonderen Mass von Ausgrenzung und Diskriminierung bedroht. Weltweit haben sich unter dem Patronat der Weltvereinigung der Psychiater Fachleute und Betroffene zusammen geschlossen, um mit entsprechenden Projekten (z.B. Aufklärung in Schulen oder verbesserung der Zusammenarbeit von Psychiatrie und Polize) dieser Stigmatisierung entgegen zu wirken. Das Zentrum sollte ebenfalls in diesen Bereichen tätig werden.
- Im Hinblick auf Früherkennung und Frührehabilitation fokussiert das Zentrum auf die Identifikation von für bestimmte psychische Probleme anfällige Risikogruppen. Eine der viel versprechendsten Entwicklungen in diesem Bereich ist die Frühidentifikation Schizophreniekranker, bei denen zwischen drei und fünf Jahre zwischen Erkrankungs- und Behandlungsbeginn liegen. Für diesen Bereich bedarf es hoch spezialisierter Kenntnisse für die Diagnosestellung und Behandlung. Diagnostik und Behandlung findet überwiegend ambulant statt. Ein solches Netz von Diensten wird gegenwärtig in England flächendeckend aufgebaut..
- Für einen Teil der Betroffenen sind jedoch intensive stationäre Massnahmen zur Frührehabilitation erforderlich in einem besonders ruhigen und akzeptierenden Klima (1 Rehabilitationsstation).
- Darüber hinaus benötigen die betroffenen Personen oft jahrelange sorgfältige ambulante Begleitung bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

2. Zentrum für Sozial- und Gemeindepsychiatrie

Für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen bedarf es über die medizinisch-psychiatrische Behandlung hinaus Hilfen im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich, die detailliert im Abschnitt „ausserstationäre Strukturen“ behandelt werden. Das Zentrum für Sozial- und Gemeindepsychiatrie soll zu diesen „üblichen“ ausserstationären Strukturen ergänzende Angebote in verschiedenen neu zu errichtenden Diensten machen:

- (1) Das betrifft zum einen die Gruppe der besonders schwer psychisch Kranken, die auf 24stündige Betreuung und Behandlung angewiesen sind. Eine beträchtliche Zahl dieser Patienten ist bis heute im CHNP fehlplaziert. Nach Schätzungen von Mitarbeitern betrifft dies bis zu 50% der gegenwärtig im CHNP befindlichen Patienten (vgl. u.a. Kap. 5.2.4 und Kap. 6).
 - Für diese Patienten sind entsprechende Rehabilitationsstationen vorzusehen. Ziel der mittelfristigen stationären Rehabilitationsbehandlung ist die weitest mögliche Selbst-ständigkeit der Betroffenen.
 - Nach Abschluss der stationären Rehabilitationsbehandlung benötigen aber viele der Betroffenen weiterhin eine 24stündige Betreuung. Diese Betreuung kann in dezentralisierten Foyers Medicalisés sicher gestellt werden, die deshalb dringend und vorrangig unter der Verantwortung des Zentrums für Sozial- und Gemeindepsychiatrie aufzubauen sind.

(2) Die andere zu betreuende Patientengruppe betrifft die psychisch Kranken, die zu einem selbstständigen Leben bei entsprechender ambulanter Unterstützung in der Lage sind. Ein solches ambulantes Angebot macht der SPAD (Soins Psychiatriques à Domicile). Betreutes Einzelwohnen hat sich in den vergangenen Jahren zu einem wichtigen und bei den Betroffenen ausserordentlich beliebten Betreuungsinstrument entwickelt, das den Betreuten ein grösstmögliches Mass an Autonomie erlaubt. Dieser Dienst ist deshalb nachhaltig auszubauen.

(3) Über die therapeutischen Werkstätten hinaus (s.u.) bedarf es im beruflichen Bereich solcher Dienste, die die Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt fördern. International sind diese Angebote unter dem Begriff „supported employment“ bekannt geworden.

Das vorrangige Ziel dieses neu aufzubauenden Dienstes als Teil des Zentrums für Sozial- und Gemeindepsychiatrie ist die Integration in den Arbeitsmarkt ohne vorgängige Trainingsmassnahmen. Die betroffenen Personen werden direkt am Arbeitsplatz betreut und geschult. Aber auch die Arbeitgeber erhalten entsprechende Hilfe und Unterstützung. Darüber hinaus sollte die auf berufliche Integration gerichteten Dienste des Zentrums für Sozial- und Gemeindepsychiatrie eine enge Kooperation mit den Werkstätten für psychisch Behinderte suchen, um sie in ihren Bemühungen um Vermittlung ihrer Klienten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen. Gesetzliche Anreize für die Arbeitgeber erleichtern den Integrationsprozess deutlich.

(4) Zuletzt fällt einem ebenfalls neu aufzubauenden Dienst des Zentrums für Sozial- und Gemeindepsychiatrie die Aufgabe zu, für die integrationsschwachen ausländischen Mitbürger spezifische Angebote zu entwickeln. Da diese Gruppe von einer beträchtlichen Grösse ist (siehe Kap. 4) wird das Zentrum einen Gutteil der Aktivitäten in das Case Management, also in der Koordination der vorhandenen Angebote legen. Art und Umdieses Problemfeldes sind noch näher zu bestimmen.

3. Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Für die Personen mit Abhängigkeitserkrankungen bestehen zahlreiche Angebote, die teilweise neu auszurichten und zu koordinieren sind (vgl. Kap. 5.2.4):

(1) Die Neuausrichtung der Angebote betrifft v.a. die Schwerpunktsetzung im ambulanten und teilstationären Bereich.

Die klassische Abfolge der primären Entgiftung im stationären Rahmen und die nachfolgende stationäre Entwöhnungsphase ist teilweise abgelöst worden durch ambulante oder tagesklinische Entgiftung mit nachfolgender Integration in bestehende Lebensbezüge. Insbesondere im Bereich der illegalen Drogen hat sich anstelle der Abstinenzbehandlung die Substitutionsbehandlung als Alternative etabliert. Vor diesem Hintergrund sind die bestehenden stationären Angebote des CHNP zu restrukturieren:

- Es sind entsprechende tagesklinische und ambulante Angebote aus den vorhandenen Ressourcen zu bilden.
- Dort wo stationäre Entgiftung erforderlich ist, soll dies durch die psychiatrische Abteilung am Centre Hospitalier Emil Mayrisch

erfolgen, wo sich bereits ein Schwerpunkt für die Akutbehandlung v.a. im Bereich der Alkoholabhängigkeit entwickelt hat.

(2) Neben den schweren psychischen Erkrankungen wie die Schizophrenie sind es vorrangig Abhängigkeitserkrankte, die stigmatisiert werden. Abhängigkeitserkrankte gelten als willensschwach, ihre Erkrankung als selbstverschuldet. Viele der Betroffenen suchen deshalb Hilfe in der somatischen Medizin und nicht in den entsprechend spezialisierten Einrichtungen. Hierauf müssen sich die Spezialeinrichtungen einrichten.

- Insbesondere muss der Kontakt und die Zusammenarbeit mit den Ärzten für Allgemeinmedizin und den praktischen Ärzten hergestellt werden
- Entsprechende ambulante Beratungsangebote sind an der Schnittstelle zur somatischen Medizin aufzubauen.
- Integration in Beruf und Gesellschaft sind auch für Abhängigkeitserkrankte vorrangige rehabilitative Ziele. Halbjährliche und längere Entwöhnungsbehandlungen ausserhalb des gewohnten Lebensfeldes sind nicht mehr zeitgemäss.

4. Zentrum für Alterspsychiatrie

Die Alterspsychiatrie hat sich vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in den letzten Jahren zu einem der wichtigsten Teilgebiete der Psychiatrie entwickelt.

- (1) Diagnostik und Behandlung sind erheblich weiterentwickelt worden. Das heisst dass sich die Alterspsychiatrie von einer pflegenden zu einer therapeutischen Disziplin weiter entwickelt hat. An diese Entwicklung sind die institutionellen Strukturen anzupassen.
- (2) Ambulante Angebote ergänzt durch (teil-)stationäre Angebote zur Diagnostik und Behandlungseinleitung sind zu schaffen, insbesondere nach Zuweisung durch niedergelassene Ärzte.

5. Zentrum für Forensik

Psychisch kranke Straftäter sind eine häufig vernachlässigte Gruppe im Rahmen psychiatrischer Versorgungsreformen **(vgl. u.a. Kap. 5.2.3 und Kap. 6.2.)*

Das CHNP verfügt bereits über einen forensischen Dienst, der ein Grundversorgungsangebot für die Justiz machen kann **(vgl. Kap. 5.6.2.)*. Dieser Dienst ist weiter auszubauen. Insbesondere ist diesem Dienst eine Hochsicherheitsstation zur 24stündigen Vollbetreuung anzugliedern, die die Behandlung extrem gefährlicher psychisch Kranker, die die Versorgungsmöglichkeiten der psychiatrischen Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus oder der Gefängnisse übersteigen, erlaubt. Hierfür ist eine gesonderte Personalbemessung erforderlich.

6.2 Allgemeine Empfehlungen für das CHNP

6.2.1

Die unsichere Zukunft hat bei vielen Beteiligten im CHNP zu Verunsicherung und Resignation geführt **(vgl. u.a. 6.3.2.1)*. Eine der wesentlichsten Aufgaben im Zusammenhang mit der Neuausrichtung des CHNP wird es sein, die Mitarbeiter für die zukünftigen Aufgaben zu motivieren, um das grosse Potential an Humanressourcen zu nutzen. Es ist zu erwägen, ob in den Restrukturierungsprozess ein externer Berater eingebunden werden soll.

6.2.2

Darüber hinaus werden spezifische Weiter- und Fortbildungsmassnahmen für die Mitarbeiter des CHNP erforderlich, um sie auf ihre zukünftigen Aufgaben optimal vorzubereiten. Die entsprechenden finanziellen Mittel sind hierfür bereit zu stellen.

6.2.3

Da für viele der neu zu errichtenden Angebote kein entsprechendes Know How in Luxemburg selbst vorhanden ist, müssen vorübergehend entsprechende Experten für Schulungszwecke verpflichtet werden.

7.6.2.4

Die Infrastrukturen des CHNP sind auf die zukünftigen Aufgaben auszurichten. Insbesondere wird das so genannte „Building“ diesen Aufgaben nicht mehr gerecht. Es ist auch zum Sinnbild für die Vernachlässigung der Psychiatrie im Gesundheitswesen geworden. Der Abriss dieses Gebäudes ist zu empfehlen. Stattdessen sollten den zukünftigen dezentralen Aufgaben besser angepasste Gebäude errichtet werden **(vgl. u.a. Kap. 5.2.3.1, 5.2.6 und Kap. 6)*.

7 Spezielle Empfehlungen zum ambulanten Versorgungsbereich

7.1 Ambulante Versorgung durch Neuropsychiater

Neuropsychiater erfüllen in der ambulanten Versorgung wesentliche Behandlungsaufgaben, wobei die Struktur der Praxen niedergelassener Neuropsychiater die Betreuung chronisch Kranker mit multiplen, die psychiatrische Behandlung übersteigenden Bedürfnissen, nur beschränkt erlaubt.

Die grosse Zahl leichter psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung erlaubt nicht die Behandlung dieser Personen ausschliesslich in spezialisierten Einrichtungen. Erste Anlaufstelle sind in aller Regel die Hausärzte. Niedergelassene Neuropsychiater sind gefordert, die Hausärzte in Diagnostik und Behandlung in erster Linie zu beraten und erst in zweiter Linie diese Behandlungen selbst durchzuführen.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die Praxen der Neuropsychiater regional sehr ungleich, mit einer Konzentration auf städtische Gebiete, verteilt sind. Es sollten Anreize gesetzt werden, die Niederlassung von Neuropsychiater im ländlichen Raum, insbesondere im nördlichen Landesteil zu fördern **(vgl. u.a. Kap. 5.4.3/5.4.4, 5.8)*.

7.2 Sozialpsychiatrische Zentren

Die Gruppe chronisch psychisch Kranker wird gegenwärtig in sozialpsychiatrischen Zentren behandelt, die neben der ambulanten Betreuung zumeist auch entsprechend betreute Wohnmöglichkeiten und Angebote zur Tagesstrukturierung vorhalten. Diese sozialpsychiatrischen Zentren sind personell mangelhaft ausgestattet. Es bedarf ausserordentlicher Anstrengungen, die über die Regelzuteilung von Personal, wie sie gegenwärtig erfolgt, hinausgeht. Es ist zu empfehlen, dass mittels eines Kabinettsbeschlusses in einem ersten Schritt eine signifikante Zahl neuer Stellen ausserhalb der regulären Stellenzuteilung geschaffen werden. Der weitere Ausbau ist dem Bedarf kontinuierlich anzupassen **(vgl. Kap. 5.4.2/5.4.4; Kap. 5.8 und Kap. 6)*.

Ein entsprechendes Zentrum für die sozialpsychiatrische Versorgung des nördlichen Landesteils fehlt. Nach Bedarfsprüfung ist solches Sozialpsychiatrisches Zentrum dort vorrangig aufzubauen.

Die sozialpsychiatrischen Zentren sind gefordert, sich insbesondere mit dem nationalen Fachzentrum für Sozial- und Gemeindepsychiatrie des CHNP abzustimmen.

7.3 Psychiatrisches Behandlungszentrum für spezielle Patientengruppen

Schizophreniekranken machen den überwiegenden Teil der schwerst und chronisch Kranken aus. Häufig vergessen werden in diesem Zusammenhang andere Patientengruppen, wie z.B. Zwangs- und Angstkranke, Patienten mit Borderlinestörungen oder auch Patienten mit Essstörungen, die beträchtliche Behinderungen entwickeln können **(vgl. u.a. Kap. 6.2 und 6.4).*

Ein Behandlungszentrum für diese Patienten mit einem differenzierten Behandlungsangebot existiert bereits am CHL (unter der Bezeichnung „Tagesklinik“). Dieses Zentrum ist personell weiter zu stärken, um zukünftig als nationales Fachzentrum zur Behandlung spezieller Patientengruppen wirken zu können. Die Bezeichnung dieses Zentrums sollte entsprechend seinen Aufgaben erfolgen.

8 Ausserstationäre Strukturen

8.1

Der durch das CHNP eingeleitete Prozess der Enthospitalisierung war und ist auch durch einen beträchtlichen Mangel an ausserstationäre Strukturen im Wohn-, Arbeits- und Freizeit/Tagestrukturierungsbereich gekennzeichnet. Die Enthospitalisierung hat für einige der betroffenen psychisch Kranken (z.B. die in Familienpensionen leben) eine deutliche Verschlechterung ihrer Lebenssituation mit sich gebracht (vgl. Kap. 6).

Familienpensionen sind keine Alternative zu betreuten Wohnformen. Der betreute Wohnbereich für psychisch Kranke ist mit grossem Vorrang auszubauen. Wenn auch in den vergangenen 10 Jahren ein wesentlicher Ausbau bereits in die Wege geleitet wurde, fehlt nach wie vor ein beträchtlicher Teil der erforderlichen Plätze des betreuten Wohnens. Eine Verdreifachung der betreuten Wohnplätze ist anzustreben. Die Zielgrösse liegt bei circa 350 Wohnheimplätzen. Dabei ist darauf zu achten, dass eine entsprechende Differenzierung des Angebots vom betreuten Einzelwohnen bis zum 24stündig betreuten Wohnen vorhanden ist **(vgl. u.a. Kap. 3.2., 5.5.3, 5.8 und Kap. 6)*

8.2

Im beruflichen Rehabilitationsbereich stellen die Werkstätten fast das ausschliessliche Angebot dar. Der Standard der Werkstätten ist sehr gut. Gleichwohl gibt es wenig Fluktuation bei den dort Beschäftigten mit der Folge eines chronischen Mangels an Werkstattplätzen.

Die Werkstätten sollten zukünftig ihre Aufmerksamkeit deutlich mehr auf die Vermittlung der von ihnen betreuten Personen in den allgemeinen Arbeitsmarkt richten **(vgl. Kap. 5.5.3 und 5.8).*

8.2.1

Die berufliche Integration ist für viele der Betroffenen ein zentrales Element. Neuere berufliche Rehabilitationsangebote (wie das oben beschriebene „Supported Employment“) sind deshalb nachdrücklich zu fördern.

8.3

Auch im Bereich des Personals ausserstationärer Einrichtungen besteht ein erheblicher Mangel an Fort- und Weiterbildung sowie an Supervision. Auch hier sind die entsprechenden finanziellen Mittel bereit zu stellen bzw. die vorhandenen Möglichkeiten vermehrt als bisher zu nutzen* *(Kap. 5.4.2.3, 5.5.1.2, 5.5.2.2 und Kap. 6)*