








ZÜRCHER PSYCHIATRIE









Psychatriekonzept
Leitbild und Rahmenkonzept





Das vorliegende Konzept ist ein Gemeinschaftswerk, zu dem sehr viele Personen, Institutionen und psychiatrieinteressierte Organisationen beigetragen haben. Es dient als Leitbild für die zukünftige Entwicklung der Psychiatrie im Kanton Zürich und legt die konzeptuellen Rahmenbedingungen für die weitere Massnahmenplanung fest. Vor dem Hintergrund nationaler und internationaler Entwicklungstendenzen in der Psychiatrie wird eine Zustandsanalyse der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich vorgenommen. Es werden patientenorientierte Grundsätze formuliert, nach denen sich eine zukünftige Psychiatrie zu richten hat. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat das Psychiatriekonzept mit Beschluss vom 12. August 1998 genehmigt.



Arbeitsgruppe

Prof. Dr. D. Hell, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Vorsitz)

Dr. med. F. Agosti, Kantonale Ärztegesellschaft

Frau Dr. med. B. Ambühl, Kantonale Psychiatrische Klinik Rheinau

Dr. med. A. Andrae, Psychiatrische Poliklinik, Kantonsspital Winterthur

M. Brandenberger, Verein für Sozialpsychiatrie Zürich Oberland

Dr. med. R. Conne, Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie

Frau M. Eisenbarth, Leitung Pflegedienst, Psych.Klinik Hohenegg

Dr. med. U. Gabathuler, Kantonsarzt, Gesundheitsdirektion

Dr. med. Chr. Hess, Bezirksspital Affoltern

Dr. med. M. Lanz, Kantonale Psychiatrische Klinik Hard

Prof. Dr. A. Uchtenhagen, Sektor West und zentrale sozialpsychiatrische Dienste PUK

Frau F. de Vries, Gesundheitsdirektion

Dr. med. A. Wettstein, Stadtärztlicher Dienst

Frau M. Willi, Spitex Verband Kanton Zürich

Gast: Prof. Dr. J. Willi, Psychiatrische Poliklinik USZ

Sekretariat: Frau Y. Frei-Wälchli, Gesundheitsdirektion

Frau M. Milz, PUK

Vorwort

Im Meer des Wandels auf Kurs bleiben

Unser Gesundheitswesen wird bald ganz anders aussehen. Wenn es im Hinblick auf seine Qualität, seine Zugänglichkeit und seine Bezahlbarkeit eine Zukunft haben will, braucht es umfassende und tiefgreifende Reformen. Das gilt auch für den psychiatrischen Teil unserer Gesundheitsversorgung. Wohl erkennen und anerkennen viele diese Erfordernisse. Doch der Umgang mit ständigem Wandel erfordert mehr als nur aktualisiertes Wissen. Er verlangt von allen Mitwirkenden im Gesundheitswesen eine offenen Mentalität, die Wandel als Chance erachtet. Und es setzt eine umsichtige und realistische Wahrnehmung der Chancen und Grenzen voraus, die in der Person und Alltagswelt der psychisch Erkrankten vorzufinden sind.

Aus dieser Grundhaltung heraus entstanden die im Psychiatriekonzept wegweisenden zentralen Versorgungsgrundsätze.

1. Die sich an der lokalen Lebenswelt der Patientenschaft orientierende Ausgestaltung der psychiatrischen Angebote.
2. Die Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem.
3. Eine auf fachliche und menschliche Kontinuität hinzielende Betreuung.

Deshalb eröffnet das neue Leitbild nicht nur den von psychischen Krankheiten und Störungen betroffenen Menschen mit ihren Angehörigen erweiterte Lebensperspektiven. Es schafft auch für das medizinisch-therapeutische Personal in den verschiedensten Institutionen Ausgestaltungs- und Handlungsräume zugleich. Zudem nimmt es wichtige nationale und internationale Entwicklungstendenzen in Wissenschaft und Praxis auf und überträgt sie sinngemäss auf unsere Verhältnisse. Das Konzept bildet so ein Koordinatensystem für die zukünftige Entwicklung der Versorgungsstrukturen und die fortwährende Verbesserung der fachlich-konzeptionellen Arbeit. Und nicht zuletzt unterstützt es die verschiedensten Gruppen von Mitwirkenden dabei, auch in schwierigen und unübersichtlichen Zeiten einen gültigen gemeinsamen Kurs einzuhalten.

Zum Schluss möchte ich allen an diesem Werk beteiligten Personen meinen grossen Dank aussprechen. Insbesondere gilt das für die Arbeitsgruppe unter der Leitung von Herrn Professor Daniel Hell. Auf sie alle werde ich bei der Realisierung des Konzeptes wieder gerne zählen.



Verena Diener, Regierungsrätin

Inhaltsverzeichnis:

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe	2
Vorwort	3
Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	7
1. Einleitung	14
1.1 Entwicklung des Konzeptes	14
1.2 Aufbau und Ziel des Konzeptes	15
2. Grundlagen und internationale Entwicklungstendenzen	17
2.1 Veränderungen in der institutionellen Versorgungsstruktur	17
2.2 Differenzierung und Spezialisierung der psychiatrischen Untersuchungs- und Behandlungsangebote	21
2.2.1 Allgemeine Erwachsenentherapie	21
Erster Baustein: ambulante Psychiatrie	22
Zweiter Baustein: teilstationäre Behandlung, sowie betreute Wohn- und Arbeitsformen	24
Dritter Baustein: stationäre Behandlung	27
2.2.2 Spezielle Erwachsenenpsychiatrie	31
2.2.2.1 Gerontopsychiatrie	31
2.2.2.2 Suchtbereich	33
2.2.2.3 Spezielle Psychosomatik inkl. Liaison- und Konsiliarpsychiatrie und spezielle Psychotherapie	34
2.2.2.4 Forensische und Massnahmenpsychiatrie	34
2.3 Ausweitung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten	35
2.4 Zunahme der Behandlungsfälle und Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen	37
2.5 Einfluss der Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen	39
2.6 Möglichkeiten der psychiatrischen Prävention	40
3. Entwicklung der Psychiatrie in der Schweiz	43
4. Die Psychiatrie im Kanton Zürich:	
Entwicklung, Ist-Zustand und Mängel	46
4.1 Schrittweise Regionalisierung	46
4.2 Weitere Entwicklung zum Ist-Zustand	47
4.3 Mängel in der Versorgung	48
4.4 Gegenwärtiger Stand und Mängel der psychiatrischen Prävention	50
4.4.1 Primärprävention	51
4.4.2 Sekundärprävention	52
4.4.3 Tertiärprävention	52

5. Zielsetzungen und Grundsätze	54
5.1 Allgemeine Leitsätze und Menschenbild	55
5.2 Besondere Zielvorstellungen für das Psychiatriekonzept	57
5.2.1 Stufenmodell psychiatrischer Hilfeleistungen	59
5.2.2 Zielvorstellungen der sektororientierten Versorgung	60
5.3 Notwendige Angebote der psychiatrischen Versorgung	61
5.3.1 Instanzen und Aufgaben der Primärversorgung	61
5.3.2 Angebote der institutionellen Grundversorgung	62
5.3.3 Spezialangebote	63
5.3.4 Schnittstellen zwischen Primärversorgung und institutioneller Grund- bzw. Spezialversorgung	64
5.4 Weitere Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich	65
6. Zukunftsperspektiven und planerische Entwicklungen	68
6.1 Versorgungsrelevante Faktoren	68
6.2 Zukunftsszenarien	70
6.3 Planerische Entwicklungen der institutionellen Grundversorgung	72
6.3.1 Partielle Integration der Psychiatrie ins somatische Spital	73
6.3.2 Auf die Siedlungsstruktur ausgerichtete Entwicklungsvarianten	76
6.3.3 Organisationsprinzipien des Sektors	78
6.4 Planerische Überlegungen zur weiteren Spezialisierung in der Psychiatrie	80
6.4.1 Spezialisierung im Bereich der Primärversorgung	82
6.4.2 Spezialisierung im Bereich der Grundversorgung	83
6.4.2.1 Zur Gerontopsychiatrie	83
6.4.2.2 Zum Suchtbereich	84
6.4.3 Spezielle Psychiatrie	85
6.4.3.1 Spezielle Psychosomatik inkl. Liaison- und Konsiliarpsychiatrie und spezielle Psychotherapie	85
6.4.3.2 Forensische und Massnahmenpsychiatrie	86
6.4.3.3 Neuropsychiatrie	87
6.4.3.4 Psychischkranke geistig Behinderte	88
6.5 Planerische Überlegungen zu spezifischen Problemstellungen	89
6.5.1 Psychiatrie und Migration	89
6.5.2 Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie	92
6.6 Modellversuche	94
6.7 Koordination und Kontrolle der verschiedenen Angebote	94
6.7.1 Koordination	95
6.7.2 Aufsicht	96

7. Lehre, Forschung und Ausbildung	97
7.1 Lehre und Forschung	97
7.2 Aus-, Weiter- und Fortbildung	99
8. Qualitätssicherung	101
8.1 Grundsätzliche Überlegungen	101
8.2 Dimensionen der Qualitätsbestimmung	101
8.3 Interne und externe Qualitätssicherung	102
8.4 Erarbeiten von Qualitätsrichtlinien	103
9. Finanzierung	105
9.1 Aktuelles Finanzierungssystem	105
9.2 Finanzierungsgrundsätze	106
10. Allgemeine Folgerungen für die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich	107
Anhang	
Anhang I: Mitglieder der Subgruppen	110
Anhang II: Institutionen, die zum Konzeptentwurf Stellung bezogen	112
Anhang III: Berücksichtigte Dokumente und Konzepte aus dem Kt. Zürich	113
Anhang IV: Einrichtungen der Erwachsenen- und Jugendhilfe, die Sekundärprävention leisten	114
Literaturverzeichnis	115
Abbildungen	
Abb. 1 Einteilung psychiatrischer und ergänzender Angebote	58
Abb. 2 Die Psychiatrieregionen und ihre stationären Einrichtungen	74
Abb. 3 Sektoreinteilung Region Zürich	75
Abb. 4 Vernetzung der institutionellen Angebote im Sektormodell	81

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das vorliegende Konzept ist ein Gemeinschaftswerk, zu dem sehr viele Personen, Institutionen und psychiatrieinteressierte Organisationen beigetragen haben. Es entstand im Auftrag und unter Mitwirkung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Es dient als Leitbild für die zukünftige Psychiatrieentwicklung im Kanton Zürich und legt die konzeptuellen Rahmenbedingungen für die weitere Massnahmenplanung fest.

Das vorliegende Psychiatriekonzept umfasst die gesamte Erwachsenenpsychiatrie. Neben eigentlichen Versorgungsfragen werden auch Lehre und Forschung, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Qualitätssicherung, Finanzierung und Schnittstellenprobleme zur Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt.

Als Grundlage wird dem eigentlichen Konzept eine ausführliche Darstellung der internationalen und lokalen Entwicklungslinien der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten vorangestellt. Zudem wird der Ist-Zustand der Zürcher Psychiatrie analysiert. Anschliessend werden patientenzentrierte Grundsätze hergeleitet, nach denen sich eine zukünftige Psychiatrie zu richten hat. Im zweiten Teil werden Versorgungskonzepte entwickelt, die im Kanton Zürich in den nächsten 5 bis 10 Jahren realisierbar erscheinen.

Grundlagen und Grundsätze

Das Konzept basiert auf einem Menschenbild, das den einzelnen Menschen grundsätzlich als unverwechselbare und einmalige Persönlichkeit – einbezogen in ein soziales Umfeld – sieht. Daraus leitet sich ab, dass der Schutz, die Erhaltung und die Förderung des einzelnen Menschen als Person oberste Priorität in der Behandlung psychisch kranker Menschen hat. Bei Menschen, die an einer fortschreitenden und die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigenden psychiatrischen Krankheit leiden, muss das Ziel sein, dazu beizutragen, dass sie ihre Selbständigkeit solange wie möglich behalten und dass sie bei eingetretener Entscheidungsunfähigkeit die ihnen angemessene und in ihrem mutmasslichen Willen stehende Hilfe bekommen.

Das Konzept basiert ferner auf den modernen Versorgungsgrundsätzen einer «gemeindenahen Psychiatrie» und bevorzugt eine Betreuung, die für Betroffene leicht erreichbar, d.h. wohnortnahe gelegen ist und soweit wie möglich ambulant oder sogar zu Hause erfolgt. Gleichzeitig soll der Grundsatz verwirklicht werden, dass die Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungsnetz eingebettet wird und der psychiatrische Patient in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht dem körperlich Kranken gleichgestellt wird.

Im einzelnen liegen dem Konzept folgende Leitsätze zugrunde:

1. Die psychiatrischen Angebote sollen patientenorientiert sein, d.h. sie sollen so ausgestaltet sein, dass die einzelnen Betroffenen ihren Bedürfnissen gemäss behandelt werden können. Die zur Verfügung stehenden Mittel, auch wenn sie in Zukunft beschränkt sein sollten, sind so ein-

zusetzen, dass neben den Patientinnen und Patienten mit häufigen und gut behandelbaren psychischen Krankheiten auch Schwerkranken und Langzeitpatienten adäquat behandelt und palliative Massnahmen getroffen werden können.

2. Grundlage der Behandlung soll eine mitmenschlich tragende Beziehung zwischen Betreuenden und Betreuten sein. Die psychiatrischen Institutionen haben den Auftrag, neben einer möglichst hohen fachlichen Kompetenz auch Infrastrukturen bereitzustellen, die Mitmenschlichkeit und Kontinuität in der Behandlung erleichtern.

3. Die therapeutischen Angebote sollen im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe» die vorhandenen Ressourcen von Patientinnen und Patienten beachten und ihre Fähigkeiten stärken, damit die Betroffenen ihre Identität, ihre Würde und ihr Selbstvertrauen möglichst bewahren oder wiedererlangen können. Die Patientinnen und Patienten sollen nicht nur soweit wie möglich informiert werden, sondern auch aktiv in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

Die Psychiatrie versteht sich nach dem vorliegenden Konzept als ein Spezialfach der Medizin. Sie beschäftigt sich mit psychischen Störungen, die bereits Krankheitswert haben oder ohne Vorsorgemassnahmen mit grosser Wahrscheinlichkeit zu krankhaften Störungen führen würden. Solche psychischen Störungen mit Krankheitswert stellen z.B. Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen (wie Schizophrenien), Suchterkrankungen und schwere Persönlichkeitsstörungen dar. Um diesen Patientengruppen gerecht zu werden, genügt es nicht, ausschliesslich medizinisch-naturwissenschaftliche Verfahren anzuwenden. Deshalb sucht die Psychiatrie in integrativer Weise auch andere Zugänge fruchtbar anzuwenden und bemüht sich nach einem biopsychosozialen Modell um ein Verständnis der Kranken in biologischer, psychologischer und soziologischer Hinsicht. Es bestehen deshalb von der Psychiatrie her offene Grenzen zu den körpermedizinischen Fächern (insbesondere zur Neurologie und Inneren Medizin), zu Pädagogik, Erwachsenenbildung und Sozialwissenschaften und zur Psychologie (sowie weiteren Fächern wie Philosophie und Theologie). Diese Spannweite macht es nötig, dass die Psychiatrie mit anderen Disziplinen besonders eng zusammenarbeitet. Für die Versorgung psychisch schwerer Kranker ist neben der Zusammenarbeit mit Angehörigen vor allem die enge Koordination und Kooperation mit sozialen und sozialpädagogischen Einrichtungen und Institutionen sowie mit vor- und nachbehandelnden Therapeutinnen und Therapeuten von vordringlicher Bedeutung.

Prinzipien der psychiatrischen Versorgung

Eine adäquate psychiatrische Versorgung umfasst heute:

1. Die Primärversorgung
2. Die institutionelle Grundversorgung (für besonders schwere oder sozial behindernde Erkrankungen)
3. Spezialisierte Angebote (für gezielte Interventionen bei umschriebenen Problemstellungen)

Die **Primärversorgung** erfolgt durch Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutinnen und Psycho-

therapeuten und Spitex-Dienste. Diese übernehmen je nach Ausbildung und Kompetenz verschiedene Aufgaben. Die Primärversorger können von den hilfesuchenden Patientinnen und Patienten frei gewählt werden. Wünschbar ist aber, dass sich auch innerhalb der Primärversorgung vermehrt Formen einer regelmässigen Zusammenarbeit entwickeln. Mögliche Modelle dazu sind Gruppenpraxen, Balint- oder Fallbesprechungsgruppen, Konsiliarvereinbarungen.

Die **institutionelle Grundversorgung** gliedert sich in ambulante (Ambulatorien, mobile Equipen), teilstationäre (Tages- und Nachtkliniken) und stationäre Angebote (Kriseninterventions- und Akutstationen, Rehabilitationsstationen). Diese haben einen eindeutigen medizinischen Behandlungsauftrag und unterstehen einer ärztlichen Leitung. Die allgemeine Grundversorgung wird durch ausserklinische Rehabilitations- und Betreuungsangebote (geschützte Werkstätten, verschiedene betreute Wohnformen und Freizeitangebote) ergänzt, die nicht dem Kernbereich der Psychiatrie zuzurechnen sind und in der Regel auch nicht unter ärztlicher Leitung stehen, aber bei aller fachlichen und organisatorischen Selbständigkeit in einem weiter gefassten Verständnis zur Psychiatrie gehören.

Bei der Verwirklichung der institutionellen Grundversorgung gilt das Prinzip, dass stationäre Hilfen so wenig wie möglich und – wenn nötig – so kurz wie möglich eingesetzt werden. Auch teilstationäre Angebote sollen erst in zweiter Linie zur Anwendung kommen, wenn ambulante Betreuungen nicht mehr möglich sind oder keinen gleichartigen Erfolg versprechen. Daraus ergibt sich eine Stufenleiter verschiedener Hilfsangebote, die im Bereich der institutionellen psychiatrischen Grundversorgung von ambulanten über (hauptsächlich kurzfristige) stationäre Angebote bis zu Langzeitbetreuungen in Wohnheimen reichen.

Die aufgeführten Einrichtungen, insbesondere aber die Institutionen mit medizinischem Behandlungsauftrag, bilden ein Behandlungsnetz und sind miteinander in einem überschaubaren Bevölkerungsgebiet (einem sogenannten Sektor von optimalerweise 50'000 bis 100'000 Personen) miteinander organisatorisch zu verbinden. Nur spezielle Aufgaben, die die institutionelle Grundversorgung nicht zu erfüllen imstande ist, sollen regional oder in seltenen Fällen auch kantonal zur Verfügung stehen.

Vor und nach jeder institutionellen psychiatrischen Versorgung sollen aber die Möglichkeiten der Laien- und Selbsthilfe in der Gemeinde und die Angebote der Primärversorgung von Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeuten und Spitex-Dienste genutzt werden.

Die **spezialisierten Angebote** stellen besondere Dienstleistungen (wie z.B. psychosomatische und verhaltensmedizinische Zentren, Psychotherapiestationen, Spezialstationen für Dualpatienten, für Affektkranke oder für Massnahmen- und forensische Patienten) dar. Sie bedürfen einer eigenständigen, nicht sektorisierten Entwicklung. Besonders verpflichtet zum Betreiben solcher Spezialstationen und Spezialsprechstunden sind universitäre Einrichtungen, insbesondere die

Psychiatrische Universitätsklinik und die Psychiatrische Poliklinik am USZ. Aber auch andere psychiatrische Institutionen mit regionalem Auftrag haben im Rahmen ihrer Versorgungspflichten gezielte therapeutische Interventionen für besondere Problemstellungen anzubieten. Auch Primärversorger können spezielle Aufgaben, besonders im Rahmen spezialisierter Psychotherapien oder als Gutachter, übernehmen.

Die Schnittstellen zwischen Primärversorgung, institutioneller Grundversorgung und Spezialangeboten sind besonders zu regeln. Die Schnittstellen innerhalb der institutionellen Grundversorgung werden durch das Sektormodell organisatorisch vernetzt.

Hinsichtlich der institutionellen Versorgungsstruktur drängt sich für den Kanton Zürich aufgrund der dargelegten Überlegungen eine geographische und organisatorische Dreigliederung auf:

- Der **Sektor** als kleinste Versorgungseinheit für möglichst alle Aufgaben der institutionellen Grundversorgung
- Die **Region** als übergeordnete Einheit zur institutionellen Bewältigung besonders komplexer oder subspezialisierter Problemstellungen
- Der **Kanton** als grösste vorgegebene Organisationseinheit für stärker spezialisierte Aufgaben (etwa im Bereiche der forensischen Psychiatrie oder speziellen Psychosomatik), die sich auf regionaler Ebene nicht lösen lassen

Planerische Entwicklung der institutionellen Grundversorgung

Das Konzept sieht vor, dass die heute erreichte Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung in Zukunft durch eine Sektorisierung, d.h. eine Aufteilung grösserer Regionen in überschaubare Bereiche von 50'000 - 100'000 Einwohnern mit einem vernetzten Angebot psychiatrischer Hilfeleistungen, ergänzt wird – unter möglichst weitgehender Annäherung an die körpermedizinische Versorgung. Dies bedingt, dass jedem Sektor ein vollständiges Behandlungsnetz aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten zur Verfügung steht. In Übereinstimmung mit dieser Zielsetzung ist die Integration stationärer psychiatrischer Angebote in somatische Spitäler zu fördern.

Die Konzeptualisierung der psychiatrischen Versorgung in den einzelnen Regionen und Sektoren des Kantons Zürich hat die lokalen Verhältnisse zu berücksichtigen. Nach fundierten Untersuchungen ist die psychiatrische Grundversorgung in ausgeprägtem Masse von sozialen und medizinischen Charakteristika der betroffenen Bevölkerungsteile abhängig. Was deshalb für einen ländlichen oder kleinstädtischen Sektor richtig sein mag, kann für ein grosstädtisches Ballungszentrum deplaziert sein. Konsequenterweise sind im Kanton Zürich im Sinne einer rollenden Planung verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten für die einzelnen Sektoren und Regionen offenzuhalten. Grundsätzlich werden vier Varianten vorgeschlagen, wobei die ersten zwei die Hauptvarianten darstellen.

I. Variante:

Die stationäre Behandlung (für Akut- und Intermediärbetreuungen) wird von einer psychiatrischen Regionsklinik übernommen, wobei sich mindestens in grossen Regionen die Aufteilung dieser Kliniken – mit entsprechender Zuteilung der stationären Teilbereiche zu zwei oder mehr Sektoren – aufdrängt. Die ambulanten und teilstationären Angebote werden je nach demographischer Situation der Sektoren geographisch verteilt und organisatorisch in den Sektor eingebunden.

II. Variante:

Die stationäre Behandlung wird vollumfänglich von einem Allgemeinspital, etwa von einem Zentrums- oder Stadtspital, übernommen. Diese Lösung bedingt, dass mehrere psychiatrische Stationen in ein somatisches Spital integriert werden und möglichst ein freistehendes Haus mit Umschwung auf dem Spitalareal zur Verfügung steht. Auch hier kann je nach den geographischen Bedingungen des Sektors ein Teil der ambulanten und teilstationären Psychiatrie an das stationäre Zentrum angegliedert werden.

III. Variante:

Ein Teil der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung wird an einem somatischen Schwerpunktspital lokalisiert, während für den verbleibenden Teil die psychiatrische Regionsklinik zur Verfügung steht. Bei einer solchen Lösung hat der dem Sektor zur Verfügung gestellte Teil der psychiatrischen Regionsklinik unter Leitung der/des ärztlichen Sektorverantwortlichen zu stehen, um die sektororientierte medizinische Gesamtversorgung zu gewährleisten.

IV. Variante:

In einem sehr kleinen Sektor mit eher ländlicher oder kleinstädtischer Bevölkerung (mit intaktem sozialen Netz) könnte eine einzige psychiatrische Station an einem somatischen Spital für die stationäre Versorgung genügen, wenn für besondere Problemstellungen eine psychiatrische Regionsklinik zur Verfügung steht. Auch diese Lösung würde bedingen, dass ein Teil der Regionsklinik unter der Verantwortung der Sektorleitung steht. Was die ambulanten und teilstationären Angebote betrifft, so wäre in einem kleinen Versorgungsgebiet eine weitgehende Integration dieser Angebote in das betreffende somatische Spital vorstellbar.

Unabhängig von der Wahl der vorgegebenen Varianten ist längerfristig vorzusehen, dass möglichst in jedem Sektor, mindestens aber in jeder Region, die Möglichkeit zur psychiatrischen Krisenintervention mit 4 - 10 Betten an einem somatischen Spital besteht.

In den Sektoren und Regionen ist die Anzahl der stationären und teilstationären Behandlungsplätze in der Akut- Rehabilitations- und Langzeitpsychiatrie von der Grösse und der Bevölkerungsstruktur des Sektors abhängig zu machen. Durch den zusätzlichen Aufbau subsidiär arbeitender mobiler Equipen, die unselbständige psychisch kranke Patientinnen und Patienten zu Hause behandeln, sowie durch den Ausbau der ambulanten Angebote und den Einbezug der Spitex

kann die Zahl der nötigen stationären und teilstationären Behandlungsplätze reduziert werden. Dadurch wird die psychiatrische Grundversorgung in einem Sektor besser, aber nicht unbedingt kostengünstiger.

Das sektororientierte Versorgungskonzept benötigt eine angemessene Koordination durch ein handlungsfähiges Leitungsorgan. Daneben sollte unbedingt auf der Ebene des Sektors ein Kontaktorgan mit der Bevölkerung eingerichtet werden, worin Patientinnen und Patienten, Angehörige, Ärzteschaft, Sozialdienste und Behörden vertreten sein sollen. Dadurch können die auf Regionsebene bereits bestehenden Psychiatriekommissionen sinnvoll ergänzt werden.

Planerische Entwicklung der spezialisierten Psychiatrieversorgung

Zur Vermeidung belastender Zuweisungen und Umplazierungen ist die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie auf verschiedenen Ebenen auszubauen. Im Sinne einer patientenfreundlichen Versorgung ist es zweckmässig, wenn niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater vermehrt in Hausarztpraxen – sei es als Teammitglieder, sei es mit regelmässigen Konsilien und Supervisionen – einbezogen werden. Im Bereich der Gerontopsychiatrie ist eine spezialisierte Konsiliar- und Liaisongerontopsychiatrie nicht nur an somatischen Spitälern auszubauen, sondern ebenso in Alters-, Pflege- und Krankenheimen sowie bei ambulant tätigen Betreuungsorganisationen (wie der Spitex). Auch für nichtbetagte Patientinnen und Patienten in somatischen Spitälern bedarf es einer Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, wenn psychiatrische Problemstellungen auftreten. Alle diese Dienste sind auch deshalb zu fördern, weil die psychiatrischen Einrichtungen möglichst nur subsidiär zum Einsatz kommen sollen.

Für die Zukunft ist eine weitere Spezialisierung der Psychiatrie zu erwarten. Schon heute fehlen aber spezialisierte institutionelle Angebote besonders in folgenden Bereichen:

Ambulante und stationäre Erwachsenenpsychiatrie:

- spezielle psychosomatische und verhaltensmedizinische Sprechstunden
- Psychotherapiestationen, Kriseninterventionsstationen, Spezialstationen für Angst- und Zwangskranke, für psychisch kranke Drogenabhängige

Forensische und Massnahmenpsychiatrie:

- ein forensisch-psychiatrisches Zentrum mit adäquaten therapeutischen und sozialpädagogischen Ressourcen, das den Aufbau von gefängnispsychiatrischen Abteilungen ergänzen kann
- der Ausbau des psychiatrisch-psychologischen Dienstes der Justizdirektion

Neuropsychiatrie und geistig Behinderte:

- ein Neurorehabilitationskonzept unter Einschluss der neuropsychiatrischen Versorgung
- eine spezialisierte psychiatrische Beratung und Behandlung von geistig Behinderten, die psychisch krank sind.

Auch in der institutionellen Grundversorgung gilt es, spezifische Bedürfnisse von Patientengruppen wahrzunehmen, insbesondere solche, die mit dem Geschlecht, dem Lebensalter, dem kulturellen Hintergrund, dem körperlichen Gesundheitszustand oder mit Suchterkrankung zusammenhängen. Im Bereich der Gerontopsychiatrie fehlen in verschiedenen Kantonsteilen wohnortsnahe Ambulatorien und Tageskliniken sowie auch spezielle gerontopsychiatrische Akutstationen. Im bereits besser ausgebauten Suchtbereich sind einzelne ländliche Gebiete bezüglich Beratungs- und Behandlungsstellen unterversorgt.

Ferner fehlen im Gesamtbereich der Psychiatrie Spezialangebote für Frauen (mit Kindern) und für Menschen aus anderen Sprach- und Kulturregionen. Erforderlich sind Rückzugsmöglichkeiten für Frauen im stationären Behandlungsbereich sowie stationäre Behandlungsplätze für Frauen mit Säuglingen und für Alleinerziehende mit Kindern. Angesichts der besonderen Schwierigkeiten in der Betreuung von Angehörigen fremder Kulturen ist eine Informationsstelle und eine ethnopsychiatrische Beratungsstelle im Kanton dringend erwünscht.

Die junge Disziplin der Familienpsychiatrie ist im Kanton in enger Verknüpfung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu fördern und auszubauen. Um die Durchführung von Modellversuchen auch aus der Praxis der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen und aus der Selbsthilfe heraus zu ermöglichen, sollen besondere Mittel zur Verfügung gestellt werden – nach eingehender Prüfung eingegebener Projekte durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Gesundheitsdirektion.

Ein möglichst freier und direkter Zugang zu den verschiedenen therapeutischen Einrichtungen im Kanton ist auch zur Verbesserung der Prävention psychischer Störungen von grosser Bedeutung. Massnahmen zur Krankheitsverhütung bzw. zur Vorbeugung von invalidisierenden Krankheitsentwicklungen sind umso nötiger, je mehr Menschen von sozialer Desintegration und Arbeitslosigkeit betroffen sind.

1. Einleitung

Unmittelbarer Anlass zur Schaffung eines neuen Psychatriekonzeptes für den Kanton Zürich war die Überweisung des Postulats Kaltenrieder durch den Zürcher Kantonsrat im Juli 1993. Der Regierungsrat hat das Postulat zur Prüfung entgegengenommen. In der Folge hat die Gesundheitsdirektion eine Arbeitsgruppe beauftragt, ein Psychatriekonzept zu erarbeiten, das eine breit abgestützte Entwicklung der psychiatrischen Behandlung und Betreuung im Kanton Zürich gewährleisten soll.

Der Auftrag erfolgte zu einem Zeitpunkt, als grössere Renovations- und Erneuerungsarbeiten an bestehenden psychiatrischen Kliniken zur Diskussion standen und der Öffentlichkeit gleichzeitig in- und ausländische Reformbestrebungen in der psychiatrischen Versorgung besser bekannt wurden.

1.1 Entwicklung des Konzeptes

Die von der Gesundheitsdirektion im März 1994 eingesetzte Arbeitsgruppe setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der institutionellen Psychiatrie und Medizin, der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie, der Ärztesgesellschaft, der Spitex-Organisation, der privaten sozialpsychiatrischen Trägervereine, des Pflegedienstes und der Gesundheitsdirektion zusammen.

Die Arbeitsgruppe setzte sich zum Ziel,

- die internationale psychiatrische Entwicklung transparent zu machen;
- Leitlinien herauszuarbeiten, die einer modernen psychiatrischen Versorgung zugrunde gelegt werden können;
- Impulse für die zukünftige Entwicklung und für anstehende Reformen zu geben.

Aufgrund dieser Ziele wurde bis im Herbst 1994 ein erster Konzeptentwurf erarbeitet. Dieser Konzeptentwurf wurde möglichst allen an der Psychiatrie interessierten Kreisen zur Verfügung gestellt und an einer Tagung am 11.11.1994 mit rund 150 Vertreterinnen und Vertretern der verschiedensten Institutionen und Organisationen ausführlich diskutiert. Es ergab sich eine weitgehende Zustimmung zu den Hauptpunkten des Konzeptentwurfs, insbesondere zu der darin vertretenen Grundhaltung bzw. dem Menschenbild und zu den Versorgungsgrundsätzen einer «gemeindenahen Psychiatrie», die durch spezialisierte Angebote zu ergänzen ist.

Bereits an der Tagung vom 11.11.94 wurden im Plenum und in Arbeitsgruppen verschiedene Vorschläge, die das Konzept ergänzen können, gemacht. Zudem wurden in der Folge von verschiedenen Institutionen und Organisationen schriftliche Ergänzungs- und Abänderungsvorschläge zum Konzeptentwurf eingebracht (vgl. Anhang II, S. 112).

Um die eingebrachten Anregungen zu prüfen und weiter auszuarbeiten, wurde die Arbeitsgruppe «Kantonales Psychatriekonzept» durch Zuziehung weiterer Personen in Subgruppen ergänzt

(siehe Anhang I, S. 110/111). Auf diese Weise wurde der Konzeptentwurf in vielen Punkten ergänzt und nochmals gründlich überarbeitet. Das nun vorliegende Konzept darf als Gemeinschaftswerk bezeichnet werden, das den verschiedensten Gesichtspunkten Rechnung trägt. Trotzdem verfiert es klare Leitlinien, die der Psychiatrieentwicklung im Kanton Zürich eine transparente Grundlage zu geben vermögen. Das vorliegende Psychiatriekonzept umfasst die gesamte Erwachsenenpsychiatrie.

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht ein Teil oder Untergebiet der allgemeinen Psychiatrie, sondern ein gleichwertiges Nachbargebiet mit eigenem Versorgungsauftrag, Facharztcurriculum, Fachverband sowie Lehrstuhl ist und über eine eigene konzeptuell verankerte kantonale Planung verfügt, werden im vorliegenden Psychiatrieleitbild nur die Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie ausführlicher behandelt.

Auch ausgeklammert wurde der Aspekt der Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung in ausserordentlichen Lagen wie Katastrophen und kriegerischen Ereignissen. Es ist vorgesehen, im Rahmen des koordinierten Sanitätsdienstes in ausserordentlichen Lagen (KoSaL) die entsprechenden Aufgaben wie Akutbehandlung von psychischen Angst- und Schreckensreaktionen sowie frühzeitiger Beginn von notwendigen Behandlungen zur psychischen Bewältigung ausserordentlicher Ereignisse aufzuarbeiten.

Das vorliegende Konzept behandelt vor allem jene Bereiche detaillierter, in denen für den Kanton Planungsbedarf besteht. Konsequenterweise nimmt die institutionelle Psychiatrie einen relativ grossen Raum ein. Das Konzept vertritt aber die Grundhaltung, dass die institutionelle Psychiatrie immer subsidiär ist und die Primärversorgung (durch Hausärztinnen und Hausärzte, praktizierende Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie private und kommunale Spitex-Dienste) Vorrang hat. Das Konzept anerkennt die Wichtigkeit der ausserklinischen Rehabilitations- und Betreuungsangebote wie geschützte Werkstätten, betreute Wohnformen und Freizeitangebote.

1.2. Aufbau und Ziel des Konzeptes

Im einzelnen versucht das vorliegende Konzept die bisherigen Entwicklungslinien der Psychiatrie – sowohl auf internationaler wie nationaler und kantonaler Ebene – zusammenzufassen und patientenorientierte Grundsätze sowie konzeptionelle Rahmenbedingungen, nach denen sich eine zukünftige Psychiatrie zu richten hat, zu erarbeiten. Dabei wird auf die gewachsene Struktur der kantonalzürcherischen Psychiatrie Rücksicht genommen. Die Konzeptvorstellungen richten sich jedoch nicht primär nach den bestehenden Institutionen, sondern die zur Verfügung stehenden Einrichtungen sollen vielmehr in die neu entwickelten zukunftsgerichteten und patientenorientierten Versorgungsstrukturen eingebettet werden (was Umnutzungen nicht ausschliesst).

Zum Rahmenkonzept gehören auch Erwägungen zur Prävention, zur Aus-, Weiter- und Fortbildung, zu Lehre und Forschung, zu Qualitätssicherung und Finanzierung psychiatrischer Angebote.

Das vorliegende Leitbild und die erarbeiteten konzeptionellen Rahmenbedingungen sollen es ermöglichen, dass die Zürcher Psychiatrie des nächsten Jahrzehnts detaillierter geplant werden kann. Es ist vorgesehen, dass die Arbeitsgruppe in einem ergänzenden zweiten Teil auch Bedarf, Massnahmen und deren Realisierungsmöglichkeiten im Rahmen der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel aufzeigt. Ein Massnahmenplan für die nächsten 10 bis 15 Jahre soll die Prioritäten und die schrittweise Realisierung festlegen.

Das vorliegende Konzept stützt sich nicht nur auf eine breite Vernehmlassung unter psychiatrieeingeweihten Kreisen und Psychiatriebetroffenen ab, sondern basiert auch auf einer umfangreichen wissenschaftlichen Literatur (siehe Anhang). Es ist in allgemeinverständlicher Sprache gefasst und richtet sich an alle interessierten Bevölkerungsteile, insbesondere auch an Patientinnen und Patienten, Angehörige, psychiatrisches Fachpersonal und politisch verantwortliche Stellen.

2. Grundlagen und internationale Entwicklungstendenzen

Die Psychiatrie hat sich in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten in vielen Bereichen grundlegend verändert und weiterentwickelt. Unter den verschiedenen beobachtbaren Entwicklungslinien ist die Umwälzung in der institutionellen Grundversorgung psychisch schwerer und oft chronisch Kranker am bekanntesten geworden. Aber auch andere, noch wenig bekannte Entwicklungen haben die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten nachhaltig verändert. So:

- Die rasch fortschreitende Differenzierung und Spezialisierung der psychiatrischen Untersuchungs- und Behandlungsangebote
- Die damit einhergehende Ausweitung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten
- Die Zunahme der Behandlungsfälle
- Der Einfluss der Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen

Im folgenden sollen die wichtigsten Entwicklungslinien kurz dargestellt werden.

2.1 Veränderungen in der institutionellen Versorgungsstruktur (Übergang von der institutionellen zur gemeindenahen Versorgung)

In den letzten drei Jahrzehnten haben die meisten entwickelten Länder ihre nationalen Versorgungssysteme für Psychischkranke und Behinderte einer intensiven Reform unterzogen. Ausgangspunkt dieser Reformbewegungen waren erschütternde Berichte über teilweise unhaltbare Bedingungen in psychiatrischen Grosskliniken. Besonders kritisiert wurde zu Recht,

- dass erstens die Krankenhausversorgung hauptsächlich von grossen, gemeindefern gelegenen und vorwiegend aus dem vorigen Jahrhundert stammenden Krankenhäusern getragen werde,
- dass zweitens die ambulante Versorgung in qualitativer und quantitativer Hinsicht mangelhaft sei und
- dass drittens die psychiatrische Versorgung aus der allgemeinen Gesundheitsversorgung ausgegliedert ist.

Diese Defizite der psychiatrischen Versorgung haben historische Wurzeln. Bei Errichtung der meisten psychiatrischen Grosskrankenhäuser im Verlaufe des 19. Jh. herrschte die Grundeinstellung vor, die betroffenen Kranken müssten zu ihrer Heilung fernab der städtischen Ballungsgebiete «an stillen Orten und in der Natur» untergebracht sein. Diese Einstellung trug im 20. Jh. zur geographischen und medizinisch-wissenschaftlichen Isolation der Psychiatrie bei und erleichterte es auch, dass die im letzten Jahrhundert mit erheblichem Aufwand gebauten psychiatrischen Anstalten schon in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts den Anforderungen nicht mehr genügten – auch weil sie im Zusammenhang mit einem rapiden Bevölkerungswachstum und dem Übergang von der Grossfamilie zur Ein-Generationen-Familie, die nicht mehr so tragfähig war, überfordert wurden. Der Stand der psychiatrischen Versorgung, die im letzten Jahrhundert wohl noch über dem Lebensstandard der Bevölkerung lag, sank im 20. Jahrhundert ständig ab. Geographisch isoliert, vom Fortschritt der modernen Medizin mindestens teilweise abgekoppelt, von den

Behörden und der Öffentlichkeit zunehmend vergessen, verschlechterte sich die Versorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern soweit, dass vielerorts die Lebensbedingungen in den sogenannten Heil- und Pflegeanstalten unzumutbar wurden – ganz zu schweigen von der Tötung vieler Zehntausender im Deutschland des Nationalsozialismus und dem Hungertod Hunderttausender in Frankreich während des Zweiten Weltkrieges.

In der Nachkriegszeit hat sich die Situation grundlegend verändert. Seit Mitte der 50er Jahre liess sich international eine Gegenbewegung beobachten, die, im Gegensatz zu den älteren Psychiatrievorstellungen, als oberstes Ziel hatte,

- die Psychischkranken in die medizinischen und sozialen Strukturen zu integrieren und
- sie nur so kurz wie unbedingt nötig aus Familie und Arbeit herauszunehmen.

Frühe Beispiele einer solchen Reformpolitik sind der mental health act in England von 1959 und der Kennedy-Plan in den USA von 1963. Im europäischen Umfeld sind es insbesondere die Psychiatrieenquete der Bundesrepublik Deutschland von 1975, die Psychiatriereform in Frankreich in den 70er Jahren sowie das Gesetz No.180 in Italien von 1978.

Wesentliche Gemeinsamkeiten dieser Reformkonzepte waren:

- Reduktion der psychiatrischen Grosskrankenhäuser, z.T. systematische Dezentralisierung der stationären Psychiatrie durch Schaffung psychiatrischer Abteilungen an Krankenhäusern für körperlich Kranke
- Ausbau der ambulanten und teilstationären Behandlungsmöglichkeiten in Ergänzung zur stationären Behandlung und zur Reduktion des Langzeitbereichs psychiatrischer Kliniken
- Abbau von Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlungen
- Schaffung von umschriebenen Versorgungsbereichen begrenzten Ausmasses (sog. Sektoren)

Die Umsetzung der neuen Konzepte erfolgte in unterschiedlichem Ausmass und mit unterschiedlichen Folgen. Psychiatrische Grosskrankenhäuser sind in erheblichem Masse reduziert und modernisiert worden. Am deutlichsten nahm die Zahl der Krankenhäuser mit über 1'000 Betten in Italien und Grossbritannien ab. Auch in der Bundesrepublik Deutschland ist dieser Prozess weit vorangeschritten. Während in der BRD anfangs der 70er Jahre noch 68 Krankenhäuser über durchschnittlich 1'200 Betten verfügten, gab es 1990 nur noch 13 psychiatrische Krankenhäuser mit über 1'000 Betten. Nur selten kam es allerdings zur völligen Aufhebung psychiatrischer Kliniken, mit Ausnahme der staatlich verfügten Schliessungen in Italien. In Grossbritannien wurden im vorbildlich evaluierten Taps-Project zwei Grosskrankenhäuser geschlossen und gegen 700 Langzeitpatienten mit Erfolg in Wohngruppen untergebracht. Dazu standen aber mehr Investitionen (bei gleichbleibenden Betriebsmitteln) zur Verfügung, als für die bisherige Betreuung in den Kliniken eingesetzt worden war.

In verschiedenen Ländern wurden psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für die Akutbehandlung Psychischkranker geschaffen. Allerdings stieg bisher erst in Dänemark der

prozentuale Anteil der Psychatriebetten, die in Allgemeinspitälern untergebracht sind, über 20% an. In der Bundesrepublik Deutschland (ohne neue Länder) betrug dieser Prozentsatz 1990 ca. 12%. Damit konnten aber immerhin 50% der psychiatrisch akut Erkrankten in solchen Spezialabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden.

Der Ausbau der ambulanten und halbstationären Behandlungsmöglichkeiten machte in allen europäischen Ländern grosse Fortschritte. In Italien konnte allerdings die Kommunalisierung der Psychiatrie im Norden besser durchgesetzt werden als im Süden. Doch der Ausbau ambulanter und halbstationärer Dienste erfolgte auch dort oft nur zögernd. In den meisten Ländern führte der Ausbau der ambulanten und teilstationären Hilfsangebote zwar zu einer drastischen Reduktion im Langzeitbereich psychiatrischer Kliniken, nicht aber zu einer Reduktion der stationären Akutbehandlungen. So führte der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems mit vielen komplementären Diensten in Mannheim im Zeitraum 1974 bis 1980 zwar zu einem Anstieg um 162% der Inanspruchnahme ambulanter Dienste, war aber von einem ebenso kontinuierlichen 43%igen Anstieg der jährlichen Inanspruchnahme der stationären Akuteinrichtungen begleitet. Diese Zahlenverhältnisse weisen darauf hin, dass durch ein besseres Behandlungsangebot auch vorher nicht abgedeckte Bedürfnisse sichtbar werden und dass der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems die stationäre Psychiatrie zwar verändert und günstig beeinflusst, aber nicht aufhebt. Die Gesamtzahl der psychiatrischen Betten hat zwar in den letzten Jahrzehnten durch den Abbau des Langzeitbereichs in allen Ländern stark abgenommen, beträgt aber in den meisten europäischen Ländern immer noch deutlich über ein Bett pro 1'000 Einwohner. Einzig Italien und Österreich liegen darunter. Dabei ist erwähnenswert, dass die Zahl an psychiatrischen Betten selbst in den fortschrittlichsten Departementen Norditaliens Ende der 80iger Jahre nur geringfügig niedriger war als in der Region Zürich.

Die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung trug darüber hinaus in den letzten Jahrzehnten auch zu einer relativen Abnahme von Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlungen bei. Alle europäischen Länder führten gesetzliche Regelungen ein, die die zwangsweise stationäre Behandlung betreffen. Darin wird meistens aber auch der Rechtsanspruch der Patientinnen und Patienten auf Behandlung betont.

Generell kann festgehalten werden, dass sich im Laufe der Reformen, unterstützt durch eine breite Anwendung von psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Methoden einerseits und von einer wirtschaftlichen Hochkonjunktur und einem rehabilitationsfreundlichen Arbeitsmarkt andererseits, sich die psychiatrische Versorgung ganz erheblich verbesserte. Das Verhältnis stationärer und ambulanter Behandlungen kehrte sich zugunsten letzterer um. Die Lebensbedingungen für Patientinnen und Patienten innerhalb und ausserhalb der Kliniken verbesserten sich an den meisten Orten. Allerdings sind auch unerwünschte Folgeerscheinungen nicht zu verschweigen, insbesondere wenn Reformen im Sinne des Abbaus von Klinikbetten allzu rasch und ohne angemessene Vorbereitung ambulanter und halbstationärer Strukturen vonstatten gingen. Zum Teil wurde die nötige Verantwortung für die psychisch Schwerkranken nicht mehr über-

nommen oder unqualifizierten oder sogar ausbeuterischen Privatversorgern überlassen. In den letzten Jahren ist auch das Schicksal obdachloser Psychischkranker in den USA, England und andernorts zum tragischen Politikum geworden. Kritisch gilt es festzuhalten, dass die moderne Kommune vielerorts keine tragende Gemeinschaft ist, die Psychischkranke aufzufangen bereit wäre. Die Realität der Gemeinde ist oft ganz anders als sozialpsychiatrisch erwünscht. Gerade in Rezessionszeiten oder bei Bestehen einer sogenannten Sockelarbeitslosigkeit fehlen Psychischkranken nicht nur geeignete Arbeitsplätze, sondern es fehlt ihnen immer häufiger auch ein eigenes Zuhause. Ein Drittel der mindestens 1,5 Million Obdachlosen in den USA leiden an einer schweren psychiatrischen Erkrankung. Nach amerikanischen Statistiken sollen heute ebensoviele Psychischkranke in Gefängnissen wie in psychiatrischen Kliniken leben. In Grossbritannien wird der Anteil der psychisch Kranken unter den 1-2 Millionen Obdachlosen ebenfalls auf 30 bis 50% geschätzt, darunter sind 10 bis 25% Frauen.

Von Obdachlosigkeit am stärksten betroffen sind häufig jüngere Patientinnen und Patienten, die infolge einer neu aufgetretenen, aber ungünstig verlaufenden Psychose oder einer anderen schweren psychischen Erkrankung von ihren Familien nicht mehr durchgetragen werden können, aber keinen Anschluss an andere Personen oder Gruppen finden. Diese Patientinnen und Patienten werden heutzutage – ausser in akuten Krisen mit Selbst- und Fremdgefährdung – meist nicht mehr gegen ihren Willen in ein Behandlungssystem gezwungen, sind aber andererseits auch oft nicht in der Lage, für sich selber längerfristig adäquate Hilfe zu finden. Sie laufen Gefahr, zwischen die auf Notfälle spezialisierten Kliniken und die auf Eigenverantwortung basierenden ambulanten oder teilstationären Institutionen zu fallen. Diese Gefahr erscheint nach angelsächsischen Untersuchungen umso ausgeprägter, je grösser und anonym der Gemeinwesen ist, in dem sie leben. Ihre Problematik wird häufig noch dadurch vergrössert, dass sie in ihrem Elend oft zu Drogen und Alkohol greifen.

In dieser Situation erscheint es besonders wichtig, gefährdeten Psychischkranken einerseits ein soziales Netz anzubieten und ihnen andererseits eine kontinuierliche Behandlung zu ermöglichen. Wie zahlreiche Untersuchungen zeigen konnten, ist der Behandlungserfolg bei Psychischkranken nicht nur von den zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden abhängig, sondern ganz wesentlich davon, inwieweit es gelingt, das Behandlungsangebot benutzerfreundlich zu gestalten und leicht erreichbar zu machen. Die Behandlungsakzeptanz verschlechtert sich drastisch, wenn Psychischkranke ohne institutionsübergreifende Zusammenarbeit von der einen zur andern Einrichtung – etwa von der Klinik in ein Ambulatorium – zu wechseln haben, oder wenn es im Rahmen ihrer Behandlung an personeller Kontinuität mangelt. Aus diesem Grunde ist die Vernetzung psychiatrischer Angebote für die günstige Prognose schwerer Psychischkranker mitentscheidend.

Für den psychiatrischen Kernbereich psychotischer und anderer schwerer psychiatrischer Erkrankungen mit oft ungünstiger Prognose hat sich international das sogenannte Sektorkonzept durchgesetzt. Darunter wird einerseits die Aufteilung grösserer Versorgungsgebiete (z.B. Depar-

temente, Regionen, Kantone) in kleinere überschaubare Bereiche (sog. Sektoren) und andererseits die organisatorische Zusammenfassung der verschiedenen psychiatrischen Betreuungsangebote (ambulante, teilstationäre, stationäre) unter derselben ärztlichen Leitung verstanden.

Als Vorteile dieses Sektormodells im Kernbereich der Psychiatrie sind anzuführen:

- grössere Gemeinde- resp. Familiennähe
- grössere Betreuungskontinuität
- erleichterte Zusammenarbeit mit Angehörigen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, anderen Personen und Institutionen
- verbesserte Integration ins medizinische und soziale Versorgungssystem

Im einzelnen wurde das Grundmodell einer sektoriellen Versorgung jeweils den örtlichen Bedürfnissen angepasst. In Europa sind v.a. Frankreich, England, Italien, weite Teile von Deutschland, Holland und die skandinavischen Länder sowie weitere Staaten bezüglich der psychiatrischen Versorgung sektoriert. Dabei schwankt die Grösse der Sektoren zwischen den einzelnen Ländern erheblich. Die kleinsten Sektoren mit ca. 50'000 Einwohnern finden sich in Norwegen und Schweden. In Italien, Finnland und Dänemark umfassen die meisten Sektoren ca. 100'000 Einwohner, in Deutschland und Holland variiert die Sektorengösse stark und geht bis 300'000 Einwohner. Die besten Erfahrungen sind jedoch mit kleineren Sektoren gemacht worden.

2.2 Differenzierung und Spezialisierung der psychiatrischen Untersuchungs- und Behandlungsangebote

Parallel zur vermehrten Integration der Psychiatrie ins medizinische Versorgungsnetz entwickelten sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend differenziertere und spezialisiertere Hilfestellungen für Psychischkranke. Dabei wurde in der Psychiatrie eine Entwicklung nachvollzogen, die in der somatischen Medizin schon früher eingesetzt hatte. Wie in der körperorientierten Medizin die Verkürzung der Hospitalisationszeiten und die Umplazierung von längerfristig Pflegebedürftigen aus dem Spitalbereich in Pflege- und Krankenhäuser die Spezialisierung und den weiteren Behandlungsfortschritt eher unterstützt haben dürften, gab auch in der Psychiatrie die Entlastung von stationären Langzeitaufgaben Raum zu Neuentwicklungen und Spezialisierungen. Vorbedingung dazu war und ist jedoch die Verbesserung der räumlichen und personellen Infrastruktur der lange Zeit vernachlässigten psychiatrischen Institutionen sowie die vermehrte Individualisierung der Behandlung.

2.2.1 Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie

Im folgenden soll die Entwicklung psychiatrischer Behandlungs- und Betreuungsinstrumente der letzten zwei bis drei Jahrzehnte zuerst hinsichtlich der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und dann hinsichtlich bestimmter Spezialbereiche dargestellt werden. In der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie haben sich verschiedene Bausteine der Versorgung herauskristallisiert, die eine Darstellung nach dem Baukastenprinzip empfehlenswert machen.

Erster Baustein: ambulante Psychiatrie

An der Basis der psychiatrischen Versorgung steht die ambulante Psychiatrie. Ihre Ausgestaltung erwies sich in den letzten Jahrzehnten im internationalen Vergleich als besonders stark von der Finanzierungs- bzw. von der Versicherungsart im Gesundheitswesen abhängig. Während in staatlich organisierten Gesundheitsdiensten – wie vor allem in England – die ambulant tätigen psychiatrischen Consultants zur Unterstützung der Allgemeinärzte eingesetzt wurden, übernahmen in Ländern mit privaten Versicherungsträgern die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater in wachsendem Ausmasse einen Teil der Primärversorgung in psychiatrischer Hinsicht. Dazu trug bei, dass sich die Psychiaterdichte rasch vergrösserte (etwa in der BRD innert 15 Jahren verdreifachte). Die international stark voneinander abweichenden Versicherungs- und Finanzierungssysteme trugen auch zur Entwicklung verschiedener Modelle in der Primär- und Grundversorgung bei. So erleichterte ein staatlich gelenktes Versicherungssystem den Aufbau sektorisierter Dienste und einer flächen-deckenden Versorgung mit psychiatrischen Ambulatorien. Dadurch konnten Versuche, Psychischkranke mit mobilen Teams zuhause zu versorgen, mit weniger Widerstand realisiert werden. So gelang es in London und Birmingham – wie schon früher in Wales, Sydney und Wisconsin – mit aufsuchender psychiatrischer Hilfe einen erheblichen Teil von psychisch schwerer Kranken in Krisensituationen ausschliesslich ambulant bzw. zuhause zu behandeln.

Andererseits führte die Zunahme von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern in den Staaten mit privaten Versicherungssystemen dazu, dass vorher unterversorgte schwerkranke Patientinnen und Patienten vermehrt freiwillig ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen (was einen Teil der aufsuchenden Hilfe ersetzte). Da aber im allgemeinen die ambulante ärztliche Hilfe für psychisch schwerer Kranke nur beschränkt sein kann, da diese zusätzliche Hilfeleistungen im Wohnbereich, bei der Arbeitssuche und in der Freizeitgestaltung benötigen, wurde in den 80er Jahren von einer Bundesdeutschen Expertenkommission vorgeschlagen, für jeweils ca. 100'000 Einwohner einen sogenannten «gemeindepsychiatrischen Verbund» aufzubauen. Dieser Verbund sollte es erlauben, in Zusammenarbeit mit frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiatern sowohl einen ambulanten Dienst, wie auch eine Kontaktstelle (mit Beratungs- und Freizeitangeboten) und eine Tagesstätte mit langfristigen Beschäftigungsprogrammen anzubieten.

Eine andere Form eines privat organisierten ambulanten Zentrums, nämlich die Gruppenpraxis, die aus Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten, somatischen Spezialistinnen und Spezialisten und Psychiaterinnen und Psychiatern gebildet wird, fand im deutschen Sprachraum bisher noch wenig Verbreitung, obwohl erste Erfahrungen aus England und den USA vielversprechend sind. Diese Organisationsform erleichtert:

- die Delegation psychiatrischer Aufgaben an Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte unter Beratung durch Psychiaterinnen und Psychiater (sog. Liaisonpsychiatrie)
- die spezialärztliche Abklärung in der Allgemeinpraxis (sog. Konsiliarpsychiatrie)
- die Durchführung fachärztlicher psychiatrischer Behandlungen im Rahmen der medizinischen Praxis (sog. Shifted-Out Modell)

Diese Organisationsform kann auch die Erreichbarkeit psychiatrischer Hilfe im Sinne einer wohnortsnahe Versorgung fördern und zur Lösung von notfallpsychiatrischen Versorgungsproblemen beitragen. Sie führt zu einer besseren Erfassung und zu einer bedeutend grösseren Behandlungsrate psychiatrischer Erkrankungen. So vergrösserte sich in Manchester nach Einführung dieses Versorgungsmodells die Zahl der direkt und indirekt behandelten psychiatrischen Patientinnen und Patienten um das dreifache, wobei nicht nur Depressionen und Angsterkrankungen vermehrt erkannt und behandelt wurden, sondern sich auch die Zahl der behandelten Schizophreniekranken verdoppelte. In Zukunft könnten solche Zusammenschlüsse verschiedener Spezialistinnen und Spezialisten auch in privatwirtschaftlichen Systemen (Managed care, HMO etc.) eine Chance haben, wenn bei solchen Angeboten neben kurzfristigen auch langfristige Kosten-Nutzen-Analysen Anwendung fänden.

Psychiatrische Einzelpraxen oder Zusammenschlüsse mehrerer Psychiaterinnen und Psychiater in Gruppenpraxen, allenfalls mit Psychologinnen und Psychologen zusammen, bewährten sich in Kontinentaleuropa vor allem für behandlungsmotivierte Patientinnen und Patienten z.B. mit ängstlichen, depressiven, zwanghaften oder anderen vergleichbaren Störungen sowie mit subjektiv belastenden Persönlichkeitsproblemen. Schwerpunkte der Behandlung in psychiatrischen Einzel- und Gruppenpraxen blieben:

- psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung
- Familienberatung und -therapie
- Pharmakotherapie
- Abklärungen und Gutachten
- Beratungen, sowie Konsilien

Die in allen Ländern beobachtbare Konzentration der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater auf städtische Ballungszentren ging interessanterweise mit der Tendenz einher, dass sich besonders in grösseren Städten die ambulante Psychiatrie weiter spezialisierte. Dies könnte damit zusammenhängen, dass eine verbesserte Basisversorgung durch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater vermehrt auf Bevölkerungsteile aufmerksam werden liess, die ohne spezialisierte institutionelle Angebote nicht adäquat behandelt werden können. Zum Aufbau zusätzlicher institutioneller Angebote im ambulanten Bereich trug auch bei, dass eine gute Aus- und Weiterbildung der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater nur an psychiatrischen Zentren möglich ist. In den letzten Jahren wurden verschiedene institutionelle Spezialangebote im ambulanten Bereich geschaffen. Dazu eine Auswahl:

- Lithiumambulanzen und Sprechstunden für therapieresistente Depressionen
- Spezialeinrichtungen für Schlafstörungen
- Sexualmedizinische Sprechstunde
- Zentren für Verhaltenstherapie
- ambulante psychosomatische Sprechstunde
- ambulante Ergotherapien

Neben solchen Spezialsprechstunden und ambulanten Behandlungsangeboten, die bisher auf grössere Städte bzw. Universitätsinstitutionen beschränkt blieben, fanden vor allem sozialpsychiatrische Ambulatorien weite Verbreitung. Ihr Aufgabenspektrum reicht von diagnostischen Abklärungen, Beratungen, Vor- und Nachsorge, Hausbesuchen und Kriseninterventionen bis hin zur Gruppentherapie, zur Zusammenarbeit mit Angehörigen, Koordination von Selbsthilfegruppen, sowie der Beratung anderer Institutionen. Je nach den lokalen Umständen entwickelten sich sozialpsychiatrische Ambulatorien entweder angeschlossen an psychiatrische Kliniken, in Verbindung mit Allgemeinspitälern (hauptsächlich solchen mit psychiatrischen Betten) oder losgelöst von anderen medizinischen Versorgungsstrukturen in Stadtzentren oder Ballungsgebieten. In den meisten Ländern führte die Entwicklung der ambulanten Psychiatrie schergewichtig zu einem Zweibein-System, indem die Primärversorgung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und die speziellen sozialpsychiatrischen Aufgaben subsidiär von sozialpsychiatrischen Ambulatorien übernommen wurden.

Zweiter Baustein: teilstationäre Behandlung, sowie betreute Wohn- und Arbeitsformen

In den letzten Jahrzehnten ist der Anteil der teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten in allen Ländern Europas und Nordamerikas stetig angewachsen. Dabei hat sich rasch gezeigt, dass ganz unterschiedliche teilstationäre Angebote z.B. für Patientinnen und Patienten in sozialen Krisen, für schwerer Erkrankte im Rekonvaleszenzstadium oder für Langzeitbehinderte nötig sind. Diese Erfahrungen haben innert kurzer Zeit zu einer ausgeprägten Ausfächerung der sozialpsychiatrischen Einrichtungen geführt. Im folgenden wird die Entwicklung sozialpsychiatrischer Tagesalternativen zur Hospitalisation und die Ausbreitung speziell betreuter Wohn- und Arbeitseinrichtungen getrennt dargestellt.

Tageskliniken und Tageszentren

Traditionell wird eine Abgrenzung zwischen Tageskliniken (day hospitals) und Tageszentren (day care centers) gemacht. Die ersteren sollten aktivere Behandlungsformen (inkl. Medikation, Psycho- und Soziotherapie) anbieten, die letzteren waren mehr zur sozialen Unterstützung der Patienten oder zur Entlastung der Familien gedacht.

Die Unterscheidung zwischen Behandlung (Tagesklinik) und Unterstützung (Tageszentrum) hat sich in der Praxis aber als schwieriger erwiesen als in der Theorie. Bei Evaluationen der beiden Formen in England, wo 1980 bereits 100 Tageskliniken und 800 Tageszentren bestanden, zeigten sich keine so fundamentalen Unterschiede, wie vom theoretischen Ansatz her hätten erwartet werden müssen. Trotz vieler Überschneidungen der beiden Modelle dürfte die Aufteilung in eine kürzer dauernde, untersuchungs- und behandlungsorientierte Hilfestellung (Tagesklinik) und einer länger anhaltende supportive und stabilitätsorientierte Hilfestellung (Tageszentren) insbesondere dort hilfreich sein, wo beide Angebote nebeneinander realisiert werden können. Während die Tagesklinik von einem interdisziplinären Behandlungsteam mit ärztlicher und pflegerischer Beteiligung geführt werden muss, werden immer mehr Tageszentren auch durch Betreuer mit sozialpädagogischer Ausrichtung betrieben.

Vielfältige Studien aus verschiedenen Ländern haben belegt, dass Tageskliniken in einem substantiellen, aber von Studie zu Studie schwankenden Prozentsatz Vollhospitalisationen vermeiden lassen. Wenn Notfallpatienten mit Suizidalität und Fremdgefährdung nicht ausgeschlossen werden, bleibt aber nach den bisher vorliegenden Befunden die Hälfte der in Tageskliniken und mit Methoden der Sozialpsychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten in akuten Krisen auf stationäre Behandlung angewiesen. Dieser Prozentsatz dürfte sich eher vergrössern, wenn die Suchtproblematik von Psychischkranken weiter zunimmt. Für die meisten untersuchten Patientinnen und Patienten brachte die teilstationäre Behandlung nach den vorliegenden Untersuchungen die gleiche Besserung von Krankheitssymptomen wie die vollstationäre Behandlung, während die sozialen Auswirkungen der tagesklinischen Behandlung eher günstiger als diejenige der Spitalbehandlung waren. Die Wahrscheinlichkeit weiterer Hospitalisationen wurde durch die tagesklinische Behandlung reduziert. Viele Betroffene und ihre Angehörigen bevorzugten diese teilstationäre Behandlungsform. Alle diese Aussagen basieren aber auf Vergleichen teilstationärer Interventionen mit traditionell und oft kustodial geführten Klinikstationen, die keine Spezialisierung aufweisen.

Im Einzelnen haben sich verschiedene Organisationsformen für Tageskliniken entwickelt:

- Die sogenannte verbundene Tagesklinik, die an eine psychiatrische Krankenhauseinrichtung gekoppelt, aber in eigenen Räumen untergebracht ist.
- Die sogenannte integrierte Tagesklinik, die einzelne Patientinnen und Patienten oder Patientengruppen im stationären Therapiebereich tagesklinisch behandelt.
- Die sogenannte unabhängige Tagesklinik, die weder lokal noch organisatorisch an eine psychiatrische Klinik gebunden ist.

In der Vergangenheit hat sich erwiesen, dass die verbundene Tagesklinik dem Anspruch eines Bindeglieds zwischen der ambulanten und stationären Behandlung am ehesten gerecht wird, während sich die unabhängige Tagesklinik oft am freiesten entfalten kann und weniger stigmatisiert ist.

Betreute Wohnformen

Während Tageskliniken und Tageszentren in den meisten westlichen Industrienationen inklusive dem Pionierland England trotz ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit und einem guten Kosten-Nutzenverhältnis noch nicht im erforderlichen Ausmass aufgebaut worden sind, haben sich die sogenannten «betreuten Wohnformen» überall viel schneller und flächendeckend ausgebreitet. Ein Grund mag darin liegen, dass Patientinnen und Patienten schwerlich ohne «Dach über dem Kopf» aus überfüllten Grosskliniken entlassen werden konnten, aber viel leichter ohne Arbeit oder Beschäftigungs- bzw. Freizeitangeboten. Deshalb ist dem Wort «Betreuung» und auch den baulichen und gemeinschaftlichen Verhältnissen, in denen Wohnraum angeboten wird, grosse Bedeutung beizumessen. Insbesondere in den USA, aber auch in Deutschland, ist in der Zwischenzeit Kritik an privaten Hostels oder Wohnheimen laut geworden. Oft werden dort den Patientinnen und Patienten für die zur Verfügung stehenden Fürsorgegelder völlig unzureichende

und menschenunwürdige Unterkünfte angeboten, die die Verhältnisse in den früheren Kliniken an Armseligkeit und Mangel an Anregung überbieten. (In der Schweiz haben neben einer behutsameren Entlassungspolitik gemeinnützige Organisationen wie sozialpsychiatrische Vereine dazu beigetragen, dass ähnliche Auswüchse weitgehend vermieden werden konnten). Um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten, empfiehlt eine Expertenkommission der Deutschen Bundesregierung (zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutische-psycho-somatischen Bereich von 1988) den Wohnheimen, dass sie Möglichkeiten zur langfristigen beschützenden Beschäftigung zur Verfügung stellen, oder mindestens solche durch Kooperation mit einer Werkstatt für Behinderte sicherstellen. Zwar wird in Wohnheimen und analogen Einrichtungen die rehabilitative Zielsetzung in den Bereichen Arbeit und Freizeit immer eingegrenzt sein, doch sollen die Wohnheime personell so eingerichtet sein, dass sie eine anregende Betreuung ermöglichen. Um dieses Ziel wenigstens für stärker behinderte Patientengruppen zu erreichen, hat sich die Entwicklung von verschiedenen Formen betreuten Wohnens bewährt:

- Wohnheime für schwerer behinderte Bewohnerinnen und Bewohner mit erheblichem Unterstützungsbedarf wegen erhöhter Rückfallneigung oder starken Verhaltensstörungen. (Diese Einrichtungen bedürfen eines ähnlichen Mitarbeiterstabes wie Langzeitstationen im psychiatrischen Krankenhaus.)
- Wohnheime für stabilisierte, aber sozial behinderte Patientinnen und Patienten.
- Betreute Wohngruppen oder betreute Wohngemeinschaften.
- Autonome Wohngruppen mit nur sporadischen Kontakten zu psychiatrischen Diensten
- ständige autonome Wohngruppe in Selbsthilfeform, eventuell gestützt durch Laienhelferinnen und -helfer.
- eine spezielle Betreuungsform stellt das sogenannte Übergangswohnheim dar, das Rehabilitationsaufgaben übernimmt, um die kurz- oder mittelfristige Wiedereingliederung psychisch Behinderter zu erreichen. Die Aufenthaltsdauer in solchen Übergangsheimen ist in der Regel auf etwa 2 Jahre beschränkt. Obligatorisch für Übergangsheime sind ein beschützendes Wohnmilieu und Freizeitangebote. Vielerorts haben Übergangswohnheime die Funktion von Nachtkliniken übernommen bzw. solche ersetzt.

Betreute Arbeitsformen

Im Gegensatz zum betreuten Wohnen konnten bisher Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation – oder mindestens zur adäquaten Beschäftigung oder Anregung schwerer psychisch Kranker – wie oben angedeutet in den meisten Ländern noch nicht im gewünschten Masse durchgesetzt werden. Um die ursprünglichen Hoffnungen in die Gemeindepsychiatrie zu erfüllen, sind in den meisten Ländern noch erhebliche Anstrengungen nötig. So sind auf teilstationärer Basis Alternativen zu den früher in Grosskliniken vorhandenen landwirtschaftlichen Betrieben, Ateliers und Beschäftigungstherapien zu fordern, wenn verhindert werden soll, dass überwunden geglaubte Zustände völliger Apathie und Abkapselung unter den gefährdeten Psychischkranken wieder zunehmen. Modellhaft wurden besonders in Deutschland, Skandinavien und in der Schweiz vielfältige rehabilitative Einrichtungen geschaffen. Dazu gehören:

- Arbeitstraining für Behinderte als berufsfördernde Massnahme
- berufsbildende Ausbildung und Umschulungsmassnahmen
- Integrationsarbeitsplätze (z.T. in der freien Wirtschaft)
- Firmen für psychisch Behinderte
- geschützte Werkstätten

Alle diese modellhaften Einrichtungen litten in den letzten rezessionsgeplagten Jahren in den westlichen Industrienationen zunehmend unter Auftrags- und Beschäftigungsempfängen. Vor allem haben sich die Möglichkeiten, psychisch Behinderte unter behinderungsgerechten Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu beschäftigen, konjunkturbedingt wesentlich reduziert. In den letzten Jahren sind deshalb Firmen für psychisch Behinderte entstanden, deren Ziel es ist, Arbeitslosen mit psychischen Behinderungen Dauerarbeitsplätze – weitestgehend nach den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes – zu bieten. Dabei werden die Arbeitsanforderungen z.T. individuell gestuft angeboten, der Arbeitsrahmen überschaubar gemacht und besonders auf verlässliche personale Beziehungen für die behinderten Arbeitnehmer geachtet. Das Leistungsspektrum der Selbsthilfefirmen reicht von Fahrradreparaturen, Tischlereiarbeiten, der Herstellung und Reparatur elektronischer Artikel, dem Verlags- und Versandbuchhandel über Dienstleistungsangebote im Büro- und Verwaltungsbereich bis zu qualifizierten Metallarbeiten. In der Bundesrepublik Deutschland, wo bisher am meisten solche Firmen entstanden sind, können aber erst einige hundert Psychischkranke auf diese Weise beschäftigt werden. Die Subventionvorgaben in der Schweiz sind solchen Vorhaben eher hinderlich.

Dritter Baustein: stationäre Behandlung

Im stationären Bereich wurde in den westlichen Industrienationen weitgehend die frühere Geschlechtertrennung zugunsten einer problemorientierten Stationsführung aufgegeben. Wachssäle mit einer grossen Zahl von engstehenden, leicht kontrollierbaren Betten wurden vielerorts durch Ein- oder Mehrbettzimmer ersetzt. Die kustodiale und patriarchale Klinikführung wurde tendenziell von einer mehr partizipativen abgelöst, wobei mancherorts Versuche mit einer therapeutischen Gemeinschaft gewagt wurden. Neuerdings werden vielerorts – auch von Non-profit-Organisationen – dienstleistungsorientierte Managementmodelle, wie sie zuvor in der Privatwirtschaft Verbreitung gefunden haben, eingesetzt.

Da immerhin gegen 10% der Bevölkerung in den meisten Ländern mindestens einmal im Leben psychiatrisch hospitalisiert werden und da es sich dabei um ganz unterschiedliche Problemstellungen handelt, die von suizidalen Krisen über schizophren-psychotische Episoden bis zu dementiellen Verwirrungszuständen reichen, überrascht es nicht, dass ganz unterschiedliche stationäre Betreuungsangebote entwickelt wurden. Aus der Vielfalt verschiedenartiger Modellversuche haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten einige Grundmuster herauskristallisiert, die im Folgenden kurz zur Darstellung kommen.

Psychiatrische Notfall- und Triagestation

Insbesondere im deutschen Sprachgebiet wurde in den 70er und 80er Jahren versucht, an größeren psychiatrischen Krankenhäusern spezielle Bettenstationen zu schaffen, die dazu dienen sollten, neu eintretende Patientinnen und Patienten differentialdiagnostisch zu beurteilen und nach einer Notfallbehandlung innert weniger Tage eventuell wieder zu entlassen oder auf andere Akut- oder Rehabilitationsstationen des gleichen Spitals zu verlegen. Diese Notfall- und Triagestationen haben sich im grossen und ganzen wenig bewährt, weil sie dazu beigetragen haben, dass die Behandlungskontinuität auch innerhalb des stationären Bereichs durchbrochen wird. Demgegenüber haben sich ambulante Notfall- und Triagebereiche, die ohne eigene Betten an Allgemeinspitälern oder psychiatrischen Zentren eingerichtet worden sind, als vorteilhafter erwiesen. Sie dienen gleichzeitig der Notfallversorgung und als Vermittlungsort für geeignete Behandlungseinrichtungen und können mit konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten verbunden werden.

Kriseninterventionszentrum

Zur Akutbehandlung von hauptsächlich nichtpsychotischen Suizidpatienten und von Angstkranken (mit bedrohlich erlebten psychovegetativen Symptomen) hat sich die Krisenintervention in meist kleineren und offen geführten Bettenstationen (4-12 Betten) bewährt. Dadurch können Zwangseinweisungen vermieden werden, ohne dass das Gefährdungsrisiko für die betroffenen Menschen erhöht wurde.

In Europa wurde das erste stationäre Kriseninterventionszentrum 1971 in Amsterdam gegründet. Obwohl in Deutschland der Bundestag 1975 die Einrichtung solcher Kriseninterventionszentren als Bestandteil der psychiatrischen Regelversorgung beschlossen hat, bestehen auch in der BRD bisher nur wenige solcher Angebote. (In den USA arbeiten analoge Dienste bis heute sogar prinzipiell nur ambulant). Sieben der zehn bekannten stationären Kriseninterventionszentren in Deutschland, Holland und der Schweiz sind an somatische Spitäler angegliedert. Die Behandlungsdauer ist in der Regel auf wenige Tage beschränkt (Empfehlung der Psychiatrie-Enquete der BRD: 4 Tage). In der Regel wird eine ambulante Nachbehandlung eingerichtet. Bis zu einem Viertel der Patientinnen und Patienten benötigt eine stationäre Nachbehandlung in einer psychiatrischen Akutstation oder Psychotherapiestation.

Psychiatrische Akutstation

In allen westlichen Industrienationen hat die stationäre psychiatrische Versorgung in den letzten Jahrzehnten in wesentlichem und noch zunehmendem Masse auf psychiatrischen Akutstationen basiert. Diese Einrichtungen haben sich insbesondere für mehrtägige bis mehrmonatige Behandlungen von psychotischen Erkrankungen, schweren Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie für die Akutbehandlungen von psychiatrischen Suchtfolgen durchgesetzt. Insgesamt sind – unabhängig davon, ob psychiatrische Akutstationen an psychiatrischen Kliniken oder an Allgemeinspitälern untergebracht sind – folgende Entwicklungstendenzen beobachtbar:

Tendenz zu Abteilungen mit kleinerer Bettenzahl: Wurde vor zwei Jahrzehnten für Akutstationen planerisch noch mit 28 Betten gerechnet, so gilt heute eine Bettenzahl von 20 Betten schon als sehr hoch. Wünschenswerter ist eine Bettenzahl von 14 bis 16.

Tendenz zur individualisierten Betreuung und zur wohnlichen Raumgestaltung: Vielfältige Untersuchungen haben bestätigt, was die psychiatrische Alltagserfahrung schon lange lehrte: Wachsäle oder Vielbettzimmer tragen für psychotische Patienten zur Überstimulation bei, was oft höher dosierte Beruhigungsmittel (Neuroleptika) nötig macht. Gerade hochpsychotische Patienten bedürfen entlastender Rückzugsmöglichkeiten und bei entsprechender Gefährdung eine Einzelbetreuung in möglichst entspannender Atmosphäre. Zum Standard einer psychiatrischen Akutstation gehören deshalb heute Einzel- oder Zweibettzimmer und – neben Stations- und Arztzimmer – möglichst helle und freundliche Aufenthaltsräume sowie geeignete Beschäftigungsbereiche, wo gebesserte oder anpassungsfähige Psychischkranke aktiv und gezielt behandelt werden können.

Tendenz zur offeneren Abteilungsführung: Um unnötige Freiheitseinschränkungen möglichst zu vermeiden, wurde in den letzten Jahren versucht, Akutstationen in enger überwachte Intensivbereiche und offener zugängliche Allgemeinbereiche zu unterteilen. Insbesondere in England ging man sogar dazu über, die meisten Akutstationen offen zu führen. Dieses Open-door-System setzt allerdings eine grössere Personalbesetzung voraus. Eine mittlere Variante besteht in der sogenannten Teilöffnung, indem die Türöffnung von der Patientenzusammensetzung und der Betreuungssituation abhängig gemacht wird. Aber selbst wenn die Abteilungstür geschlossen bleibt, werden heute an den meisten Orten eine Mehrzahl der betroffenen Akutpatientinnen und -patienten auf Verlangen die Station zu Spaziergängen und anderen Ausgängen verlassen können.

Tendenz zur Integration verschiedener therapeutischer Ansätze: Die stationäre Akutbehandlung schloss in den letzten Jahren je nach Klinik in unterschiedlicher Art und Weise medizinische, soziotherapeutische und psychotherapeutische Bereiche ein. Dabei erwies sich der Standort der psychiatrischen Akutstation als nicht unwesentlich. Wurden Akutstationen an Allgemeinspitälern realisiert, brachte dieser Standort hauptsächlich Vorteile hinsichtlich der Integration ins medizinische System. Blieben die Akutstationen an den bestehenden, aber meist stark renovierten psychiatrischen Kliniken lokalisiert, so wurde dadurch die Integration in ein spezielles psychiatrisch-psychosoziales Behandlungssystem (mit Arbeits-, Ergo, Physio- und Musiktherapie, sowie milieuorientierter Freizeitgestaltung) erleichtert. Optimale Bedingungen für eine sowohl medizinische wie psycho- und soziotherapeutische Integration wurden erreicht, wenn ein psychiatrisches Zentrum mit 100-200 Betten auf dem Areal oder in unmittelbarer Nähe eines Allgemeinspitals errichtet werden konnte. Dadurch konnte oft auch die Bewegungsfreiheit der ja meist nicht bettlägerigen psychiatrischen Akutpatientinnen und -patienten besser gewahrt werden, als auf einer isolierten Bettenstation im Rahmen eines Allgemeinspitals.

Psychiatrische Spezialstation

Um die stationäre Akutbehandlung weiter zu differenzieren, wurde mancherorts versucht, spezielle Angebote für diagnostisch definierte Patientengruppen zu entwickeln, z.B. Spezialstationen für Depressive, Angst- und Zwangskranke, Suchtkranke, rehabilitationsbedürftige Schizophrenie- kranke sowie psychischkranke Drogenpatientinnen und -patienten (mit einer Doppel- bzw. Dual- diagnose wie etwa Polytoxikomanie und Schizophrenie). Alle diese Sonderangebote konnten sich bisher nur in grösseren Zentren, insbesondere an Uni-versitätsinsituten, die über einen grossen Patientenzustrom verfügen, entfalten. Der Vorteil dieser Spezialstationen hat sich im Angebot spezifischer Therapieprogramme (wie etwa gestuft angewandter Verhaltenstechniken) erwiesen.

Für Patientinnen und Patienten mit konfliktbedingten Störungen, insbesondere mit schweren neurotischen Problemen, Essstörungen und anderen psychosomatischen Erkrankungen wurden nach amerikanischen Vorbildern auch in Kontinentaleuropa Psychotherapiestationen eingerichtet. Obwohl Psychotherapie in allen psychiatrischen Krankenstationen Anwendung finden sollte, wurden unter dem Begriff «Psychotherapiestation» spezielle Stationsmilieus nach psychodyna- mischen Konzepten gestaltet.

Eine ganz andere Art von Spezialstationen stellen die Privatstationen dar. Im Rahmen der ver- besserten Einrichtungen der psychiatrischen Krankenhäuser und im Rahmen der Durchsetzung des Postulats von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit sank international die Zahl privater Sana- torien und Nervenkliniken in den letzten Jahrzehnten deutlich. Eine Ausnahme machen ausge- rechnet jene Staaten, die die Betten in den psychiatrischen Allgemeinkliniken am stärksten abge- baut haben, nämlich Italien, USA und Grossbritannien. Hier wurde für reichere Bevölkerungs- gruppen aufrechterhalten und zum Teil weiter ausgebaut, was für ärmere Schichten als unsozial eingeschätzt wurde. Im übrigen zeichnen sich Privatstationen heute weniger durch neue Versor- gungskonzepte als durch einen höheren Betreuungsgrad und eine bessere Infrastruktur aus.

Als Ergänzung zu den Akutstationen mit kurzer Aufenthaltsdauer setzte sich in den meisten Län- dern der Aufbau von Rehabilitationsstationen mit mittelfristiger Behandlungsdauer (mehrere Monate bis wenige Jahre) durch. Dieser Stationstyp bietet hauptsächlich milieutherapeutische Hilfe für subakute oder schwerer chronifizierte Patientinnen und Patienten. Ziel der Rehabilitati- onsstationen ist in der Regel, schwerer Kranke so weit zu stabilisieren, dass sie mit ambulanter oder teilstationärer Hilfe allein leben können.

Auf die spezielle Versorgung von Alterskranken, Suchtkranken und psychischkranken Straftäte- rinnen und -tätern wird weiter unten gesondert eingegangen.

Einheitsstation

Insbesondere in ländlichen Gebieten sowie in kleineren Standardversorgungsgebieten wurde ver- sucht, auf eine Aufteilung der Aufgaben auf verschiedene Stationstypen zu verzichten und statt dessen eine Einheitslösung zu verwirklichen. Konsequenterweise hat eine Einheitsstation unab-

hängig von Diagnose, Grad der Verwirrtheit oder der Erregung und Regression alle Patientinnen und Patienten aufzunehmen und bis zur Entlassung zu betreuen. Die Herausforderung einer solchen Einheitslösung liegt darin, dass es zu einem bunten Gemisch von Patientinnen und Patienten mit ganz verschiedenen Ansprüchen kommt, so dass akut erregte Schizophrene neben still leidenden Depressiven oder Deliriumtremens-Kranke neben Angst- und Anorexiepatienten leben müssen. So schwierig die Betreuungsaufgabe mit wechselnden Graden der Zuwendung für Patientinnen und Patienten in verschiedenen Kranken- resp. Heilungsstadien auch ist, so ergeben sich nicht zu unterschätzende Vorteile dieser Stationsführung hinsichtlich Behandlungskontinuität und milieutherapeutischer Beteiligung betroffener Kranker (z.B. durch vikariierende Hilfe zwischen den verschiedenen handicapierten Krankengruppen). Ein solcher Stationstypus dürfte sich aber nur im Rahmen sozialpsychiatrisch geprägter Grundversorgung durchsetzen und für Patientinnen und Patienten, die nicht der Kerngruppe der Psychiatrie angehören – wie Depressive und Zwangskranke – , schwerer zu akzeptieren sein.

Medizinisch-psychiatrische Einheiten (Medical Psychiatric Units)

In den USA wurden in den 80er Jahren an somatischen Spitälern eine Reihe von sogenannten Med-Psych-Units, eine Mischung von medizinischer und psychiatrischer Station, eröffnet. Diese Stationen mit ca. 12-20 Betten wurden für Patientinnen und Patienten gebildet, die psychiatrisch zu krank waren, um auf normalen medizinischen Stationen behandelt zu werden, aber auch medizinisch zu krank, um auf einer konventionellen psychiatrischen Akutstation betreut zu werden, oder die von einer engen Zusammenarbeit von internistischen und psychiatrischen Spezialistinnen und Spezialisten profitierten. Im Zusammenhang mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und der damit einhergehenden Polymorbidität sowie mit der Ausbreitung von psychiatrischen Erkrankungen, die wie Sucht- und Essstörungen häufig mit körperlichen Komplikationen einhergehen, dürfte die kombinierte medizinisch-psychiatrische Behandlung in Zukunft über den amerikanischen Kontinent hinaus an Bedeutung gewinnen. Med-Psych-Units sind anspruchsvolle Stationen, die eines sowohl medizinisch wie psychiatrisch ausgebildeten Pflegepersonals bedürfen. Sie stehen in den USA meist unter gemeinsamer Leitung eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin und eines Mediziners bzw. einer Medizinerin.

2.2.2 Spezielle Erwachsenenpsychiatrie

Als Spezialbereiche der Erwachsenenpsychiatrie haben sich besonders entwickelt:

- die Gerontopsychiatrie
- der Suchtbereich
- die Psychosomatik inkl. Liaison- und Konsiliarpsychiatrie und spezielle Psychotherapie
- Forensische Psychiatrie

2.2.2.1 Gerontopsychiatrie

Die Gerontopsychiatrie ist heute auf dem besten Wege zu einem eigenständigen Fachgebiet wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu werden. Es entstanden in den letzten Jahrzehnten sowohl spezifische, auf die Altenpopulation ausgerichtete Untersuchungsmittel (beispielsweise für die

Beurteilung von dementiellen oder depressiven Zustandsbildern) wie vor allem altersentsprechende Behandlungsansätze (z.B. hinsichtlich der Auswahl und Dosierung von Psychopharmaka oder der altersspezifischen Beratung und Psychotherapie bei Verlustsituation). Heute spricht deshalb vieles für eine möglichst weitgehende fachliche Trennung von der Erwachsenenpsychiatrie, immer vorausgesetzt, dass sich diese im Rahmen einer regionalen Dachorganisation abspielt.

Kontrovers wird demgegenüber die Frage diskutiert, inwieweit die Gerontopsychiatrie als eigenes Fach von der somatischen Geriatrie abgegrenzt oder inwieweit sie in die somatische Geriatrie integriert werden sollte. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Gerontopsychiatrie hauptsächlich mit psychischen Erkrankungen (wie Depression und Altersparanoid) beschäftigt, die spezialisiertes psychiatrisches Fachwissen voraussetzen. In jedem Falle ist eine enge Kooperation von gerontopsychiatrischen und somatischen Expertinnen bzw. Experten oder eine altersorientierte medizinisch-psychiatrische Spezialisierung von Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegepersonen zu fordern, weil ein wichtiges Charakteristikum der Alterspsychiatrie oft gerade die Polymorbidität, d.h. das nebeneinander Bestehen von körperlichen und psychischen Problemen, ist. Beides wurde aber bisher nur an wenigen Zentren in der Welt verwirklicht. In England, wo 1989 die old age psychiatry eine staatlich anerkannte Spezialität wurde, arbeiten die meisten der 300 gerontopsychiatrischen Spezialisten gemeindeorientiert sehr eng mit somatischen Ärztinnen und Ärzten zusammen. Trotzdem besteht auch hier eine organisatorische Trennung zwischen der somatischen Geriatrie und der Gerontopsychiatrie (mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten). Diese organisatorische Abgrenzung, die je eine unterschiedliche Spezialisierung für somatische und psychiatrische Probleme erleichtert, erscheint in praxi so lange nicht von Nachteil, als die somatische und die psychiatrische Behandlung für die oft multimorbiden Alterskranken nach den gleichen Grundsätzen erfolgt. International haben sich in den letzten Jahren dabei folgende Prinzipien durchgesetzt:

- Alterskranke Menschen sind so lange als möglich zuhause zu betreuen. Eine Schlüsselrolle nimmt dabei der Hausarzt bzw. die Hausärztin ein. Subsidiär werden gerontopsychiatrische, geriatriische und andere Spezialisten zugezogen.
- Wenn ambulante Hilfestellungen nicht ausreichen, sind zuerst teilstationäre Angebote zu prüfen (zur Abklärung, Krisenintervention, Rehabilitation und Entlastung der Angehörigen). Damit die Tagesheime und die speziellen gerontopsychiatrischen Tageskliniken Krankenhausaufenthalte und Heimeinweisungen soweit wie möglich vermeiden können, sind sie möglichst wohnortnahe und dezentral einzurichten.
- Bei leichteren Behinderungen und für die Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit kommt den Gemeindepflegediensten eine besondere Rolle zu. Um gerontopsychiatrische Alterskranke möglichst optimal zu betreuen, bedürfen Gemeindepflegende und Gemeindepflegende neben ihrer somatischen Ausbildung einer gerontopsychiatrischen Zusatzausbildung.

- Langfristig pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, die an einer körperlich begründbaren Demenz leiden und auch bei Entlastung durch Tagesstätten nicht mehr zuhause betreut werden können, sind in erster Linie in Kranken- bzw. Altersheimen unterzubringen.

Entsprechend ist eine gerontopsychiatrisch konsiliarische Betreuung für diese Einrichtungen eine wichtige Aufgabe, um die Betreuungsqualität der entsprechenden betagten Psychischkranken zu gewährleisten. Nur ambulant nicht behandelbare psychiatrisch Erkrankte sind längerfristig in speziellen gerontopsychiatrischen Stationen zu betreuen, nämlich v.a. Patientinnen und Patienten mit schweren funktionellen Psychosen, mit schweren Verhaltensstörungen, mit therapieresistenten Depressionen, mit dekompenzierten Suchtproblemen sowie Demenzkranke mit hauptsächlich wahnhaften oder halluzinatorischen Symptomen. (Hinzu kommen die seit dem mittleren Erwachsenenalter wegen schwersten chronischen Psychosen, Suchtproblemen, Sexualverbrechen oder durch juristische Massnahmen langfristig versorgte Straftäterinnen bzw. -täter, die in psychiatrischen Einrichtungen alt geworden sind und im Alter nicht mehr resozialisiert werden können.)

Akut erkrankte Alterspatientinnen und -patienten mit schweren psychiatrischen Störungen, die einer stationären Behandlung bedürfen, sind wenn immer möglich auf speziell für ältere Menschen eingerichtete psychiatrischen Akutstationen zu betreuen.

2.2.2.2 Suchtbereich

Die Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Leiden. Sie gehen im Langzeitverlauf mit hoher Mortalität und schweren sozialen Schädigungen einher. Die psychischen Folgezustände und Folgekrankheiten einer sporadischen oder regelmässigen Einnahme von Suchtmitteln reichen von psychischen Ausnahmezuständen bei akuter Intoxikation über das Zustandekommen einer schweren psychischen Abhängigkeit, Ausbildung von suchtbedingten Persönlichkeitsveränderungen und schweren psychosozialen Verwahrlosungserscheinungen bis zu eigentlichen Psychosen im Rahmen eines plötzlichen Entzugs oder einer chronischen Vergiftung. Für alle diese Zustände sind spezielle Behandlungsverfahren entstanden, deren Anwendung psychiatrisches Fachwissen und oftmals die Infrastruktur einer psychiatrischen Abteilung voraussetzen. Neben vielfältigen psychiatrischen Hilfsangeboten haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten noch weit mehr nichtmedizinische Hilfsangebote entwickelt. Der enorme Anstieg des Drogenproblems seit den 70er Jahren überforderte in allen westlichen Industrienationen rasch die zur Verfügung stehenden psychiatrischen Institutionen. Viele Aufgaben wurden in der Folge von Nichtmedizinerinnen bzw. von Nichtmedizinerinnen oder von multidisziplinären Teams übernommen, insbesondere die langfristige Aufgabe der Entwöhnung im Sinne einer Lebensschulung (nach erfolgtem körperlichen Entzug) und der sozialen Wiedereingliederung. Innerhalb der Psychiatrie haben sich für die Abklärung, für die Behandlung und das Management Suchtkranker spezialisierte Dienste, Krankenstationen und Krankenhäuser entwickelt. Sie sind unter anderem zuständig für Triagefunktionen, Prüfung neuer Behandlungsansätze, Weiterbildung nichtspezialisierter Ärztinnen bzw. Ärzte und anderer Berufsgruppen sowie für spezifische Forschungsaufgaben.

Besondere Aufmerksamkeit und spezielle Vorkehrungen verlangen Patientengruppen mit multiplen Problemstellungen (z.B. suchtmittelabhängige Psychischkranke, die HIV-positiv oder bereits aidskrank sind). Sie laufen Gefahr, keine für sie zuständige Institution zu finden.

Ähnliche Entwicklungstendenzen wie für die modernen Rauschmittel- und Medikamentenabhängigkeiten haben sich schon früher in der Behandlung von Alkoholkranken ergeben. Hier setzten sich in der letzten Zeit auch in Kontinentaleuropa anstelle der früher gewohnten halb- oder ganzjährigen stationären Entwöhnungsbehandlung vermehrt kurz- und mittelfristige Klinikaufenthalte, oder wenn die Entgiftung stationär erfolgt ist, sogar ganz ambulante Entwöhnungsbehandlungen durch. Diese Entwicklung wurde durch eine Reihe von Untersuchungen unterstützt, die zeigten, dass der Verlauf einer Alkoholkrankung in vielen Fällen nicht wesentlich von der Dauer einer stationären Behandlung beeinflusst wird. Vielmehr ergaben sich einige Hinweise, dass vor allem eine kontinuierliche Nachbetreuung den Verlauf positiv beeinflusst.

2.2.2.3 Spezielle Psychosomatik inkl. Liaison- und Konsiliarpsychiatrie und spezielle Psychotherapie

Eine in den psychiatrischen und allgemeinen Krankenhäusern Bayerns durchgeführte Analyse der Daten von rund 27'000 Krankenkassenpatientinnen bzw. -patienten mit psychiatrischen Diagnosen des Jahres 1983 zeigte, dass 51% dieser Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern nichtpsychiatrischer Disziplinen behandelt worden waren. Eine grosse Zahl internationaler Studien kam ebenfalls zu grossen Raten (im Durchschnitt 32%) von in Allgemeinspitälern hospitalisierten Kranken mit psychiatrischen Diagnosen. Diese Resultate belegen in aller Deutlichkeit die Bedeutung von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten an Allgemeinspitälern, welche die Aufgabe haben, die somatischen Ärztinnen und Ärzte sowie das Krankenpflegepersonal in psychiatrischer Hinsicht zu beraten. Ein Teil der in Allgemeinspitälern hospitalisierten Kranken mit psychiatrischen Diagnosen leidet an sogenannten psychosomatischen Beschwerden. Für diese meist psychovegetativ sich äussernden Probleme (Herzjagen, Atemnot, Durchfall und Darmbeschwerden aus funktionellen Gründen oder chronische Schmerzsyndrome und Essstörungen) hat sich besonders in Deutschland in der Mitte dieses Jahrhunderts eine tiefenpsychologisch orientierte psychosomatische Medizin entwickelt. Neuerdings werden zur Behandlung dieser Patientengruppe vermehrt verhaltensmedizinische Ansätze eingesetzt. Ferner haben sich im ambulanten Bereich für solche psychosomatischen Probleme Spezialsprechstunden für Sexualstörungen, Essstörungen, chronische Schmerzsyndrome und posttraumatische Stresssyndrome bewährt (siehe auch unter ambulante Psychiatrie).

2.2.2.4 Forensische und Massnahmenpsychiatrie

In verschiedenen Ländern, vor allem in Deutschland, Frankreich, Holland, England sowie in den skandinavischen Ländern, erfuhr die forensische Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten bezüglich Unterbringung und Behandlung psychischkranker Straftäterinnen und -täter eine zunehmende institutionelle Ausdifferenzierung. Auch auf der Ebene gesetzlicher Regelungen wurden zuneh-

ment bessere Voraussetzungen geschaffen, um die gesetzliche Unterbringung psychischkranker Straftäter bzw. -täterinnen nach Gesichtspunkten der Resozialisierung auszurichten. In der Bundesrepublik wurden in den 60er und 70er Jahren gezielt gesetzliche Grundlagen zum Massnahmenvollzug geschaffen. Damit war die Basis gegeben, um besondere Institutionen für psychisch-krankte Straftäter bzw. -täterinnen auszubauen und konzeptuell auszudifferenzieren. Heute existieren in den meisten Bundesländern sog. Massnahmezentren, welche meist für die gesamte Einwohnerschaft zuständig sind. Vorbildlich ist z.B. die Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina in Hessen. Sie verfügt über ein diversifiziertes Behandlungsangebot und ein differenziertes Stufenkonzept mit z.B. einer Sozialtherapiestation für dissoziale Schwergeschädigte, eine Psychotikerstation, ein hochgesichertes Haus für extrem aggressive Triebtäter, eine Psychotherapiestation für Sexualstraftäter. Auch Österreich und insbesondere Holland haben in den letzten 10 bis 20 Jahren ein differenziertes Angebot für Massnahmepatientinnen bzw. -patienten aufgebaut. In Holland stehen heute etwa 600 Plätze in 8 grösseren Zentren, welche über das ganze Land verteilt sind, zur Verfügung. Jedes dieser Zentren weist eine gewisse Spezialisierung auf und ist schwerpunktmässig für bestimmte Klienten des Massnahmenvollzugs (z.B. für minderintelligente Täterinnen und Täter, für Psychotikerinnen und Psychotiker, für Süchtige etc.) zuständig. Im Gegensatz zu unseren Nachbarländern kennt die Schweiz bisher keine konzeptuell klar geregelte und finanziell systematisch unterstützte Massnahmenpsychiatrie (vergl. auch S. 86).

Abschliessende Bemerkung: In diesem Kapitel wurde versucht, die zunehmende psychiatrische Spezialisierung nach einem Baukastenprinzip in ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote sowie bezüglich einzelner besonderer Spezialbereiche darzustellen. Diese isolierte Darstellung könnte den Eindruck erwecken, dass sich die einzelnen Angebote unabhängig voneinander entwickelt haben. Gerade die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen aber in aller Deutlichkeit, dass die psychiatrische Spezialisierung und Diversifikation in einem Gesamtzusammenhang zu beurteilen ist und die einzelnen Angebote sich gegenseitig in qualitativer und quantitativer Hinsicht beeinflussen. Um diesen funktionalen Zusammenhängen Rechnung zu tragen, wurden vielerorts regionale oder sektorisierte Verbundlösungen geschaffen, die eine Koordinations- und Integrationsaufgabe zu übernehmen haben.

2.3 Ausweitung und Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten

Im Zusammenhang mit der Ausdifferenzierung und Spezialisierung der institutionellen Angebote sowie dank vielfältiger Forschungsanstrengungen und verbesserter Integration der Psychiatrie ins medizinische Behandlungssystem konnten in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten wesentliche Behandlungsfortschritte erreicht werden. Die therapeutischen Möglichkeiten, die zur Behandlung psychiatrischer Störungen zur Verfügung stehen, wurden zahlreicher, spezifischer und effektiver. Für die meisten Standardbehandlungen psychiatrischer Störungen liegen heute eine Vielzahl kontrollierter Untersuchungen vor. Dieser empirische Ansatz lässt die psychiatrischen Therapien mit den in der somatischen Medizin vorhandenen Behandlungsweisen besser vergleichen. Dabei zeigt es sich, dass die Erfolgsraten für die Behandlung der meisten schwereren psychiatrischen Erkrankungen (wie Schizophrenien, manisch-depressive Erkrankungen, Depressio-

nen oder Zwangserkrankungen) zum Teil durchaus vergleichbar mit den Therapieresultaten somatischer Erkrankungen sind. Im einzelnen ergaben sich folgende Fortschritte:

bezüglich neurotischer Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen:

Fortschritte in der dynamisch orientierten Psychotherapie haben dazu geführt, dass heute auch komplexere Problemstellungen wie z.B. posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, spezifische Persönlichkeitsstörungen (wie der Borderline-Typus) und psychosomatische Erkrankungen besser behandelt werden können.

bezüglich Depressionen:

Eine neue Klasse von Antidepressiva, welche in den späten 80er Jahren die immer strenger werdenden Zulassungsprüfungen der meisten Länder bestanden hat, trug zu einer nebenwirkungsfreieren Behandlungsweise der Depressionen bei. Ein Medikament aus dieser Gruppe errang insbesondere in den USA so grosse Publizität, dass es auch zu einer nicht unproblematischen Anwendung bei nur leicht depressiven Menschen kam (zur Leistungssteigerung). Daneben wurden neue depressionsspezifische Psychotherapien entwickelt. Vor allem die sogenannte kognitive Therapie und die interpersonale Psychotherapie zeigen – neben anderen kurztherapeutischen Verfahren – in leichteren bis mittelschweren Depressionen eine gut evaluierte Wirksamkeit. Darüber hinaus vermögen diese Psychotherapieformen zu einem bestimmten Grad depressionsprophylaktisch zu wirken.

bezüglich Angst- und Zwangsstörungen:

In pharmakologischer Hinsicht können Panikattacken und Zwangserkrankungen mit bestimmten, z.T. neu entwickelten Antidepressiva in über 70% der Fälle deutlich gebessert werden. Zudem hat ein neuer verhaltenstherapeutischer Zugang in den meisten Fällen eine ausgezeichnete Wirkung auf Angststörungen sowie Zwangserkrankungen. Mittel- und langfristig können 50% bis 60% der Panikpatientinnen bzw. Panikpatienten mit verhaltenstherapeutischen Methoden weitgehende Angstreduktion erreichen.

bezüglich manisch-depressiver Erkrankungen:

Personen mit manisch-depressiven Erkrankungen leiden an zyklischen Stimmungsschwankungen, die zwischen Hochs (Manien) und Tiefs (Depressionen) abwechseln. Kontrollierte Studien haben in den letzten Jahrzehnten gezeigt, dass unter einer Lithiumbehandlung das Auftreten einer neuen Erkrankungsphase 28 mal weniger wahrscheinlich ist als ohne diese prophylaktische Medikation. Ferner wurden ähnlich wirksame Alternativen zu Lithium gefunden, insbesondere Carbamazepin und Valproat. Diese Medikamente erwiesen sich z.T. auch in Fällen wirksam, wo Lithium bisher versagte.

bezüglich psychotischer Episoden, vor allem Schizophrenien:

Die in den 50er Jahren eingeführte Behandlung mit antipsychotisch wirksamen Substanzen (sog. Neuroleptika) konnte zwar in etwa 2/3 der Fälle Halluzinationen und Wahngedanken beseitigen,

ging aber insbesondere in höheren Langzeitdosierungen mit gravierenden neuroleptischen Nebenwirkungen einher. Schon ein Ende der 60er Jahre in der Schweiz entwickeltes atypisches Neuroleptikum (Clozapin) zeigte zwar kaum neurologische Nebenwirkungen, führte aber häufiger als andere Neuroleptika zu Blutbildveränderungen und wurde deshalb in den USA lange nicht zugelassen, bis sich zeigte, dass dieses Medikament für jeden dritten an schizophreniekranken Patienten bzw. Patientinnen, der auf andere Medikamente nicht anspricht, hilfreich ist und die lebensgefährlichen Blutveränderungen durch häufige Blutbildkontrollen praktisch immer vermeidbar sind. In den letzten Jahren wurden zudem weitere Präparate mit einem ähnlichen Wirkungsprofil wie Clozapin, aber bisher ohne dessen schwere Nebenwirkungen, entdeckt.

In der Behandlung ungünstig verlaufender psychotischer Störungen hat insbesondere der Rehabilitationsbereich dank verschiedener gut evaluierter Interventionsprogramme an Bedeutung gewonnen. So wurden spezielle Programme ausgearbeitet, um z.B. Fertigkeiten der Kommunikation, der Freizeitgestaltung, des selbständigen Wohnens, der Nahrungszubereitung, der Körperpflege, aber auch das selbständige Umgehen mit Krankheitssymptomen und der eigenen Medikation zu verbessern.

Besonders eindruckliche Erfolge ergaben die in den letzten Jahrzehnten speziell entwickelten Verfahren zur therapeutischen Zusammenarbeit mit Angehörigen von Schizophreniekranken, indem die Rückfallrate der gefährdetsten Schizophreniekranken durch Information, Unterstützung und therapeutischen Einbezug der Angehörigen von ca. 50% pro Jahr auf ca. 10% bis 30% gesenkt werden konnte.

bezüglich Suchtkrankheiten:

Kontrollierte Studien zeigen, dass neu entwickelte Therapiesettings und Therapieverfahren Suchtkrankheiten erfolgreich zu behandeln vermögen. Dazu gehören psychotherapeutische (z.B. verhaltenstherapeutische, systemische u.a.), milieutherapeutische und pharmakologische Verfahren. Letztere werden in der Behandlung lebensbedrohlicher oder psychotischer Zustände sowie in der Substitutionsbehandlung eingesetzt.

2.4 Zunahme der Behandlungsfälle und Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen

In den meisten Ländern haben die psychiatrischen Behandlungen am stärksten im ambulanten Bereich, immer noch deutlich im teilstationären Bereich und weniger ausgeprägt im stationären Bereich zugenommen. Dabei ist die Behandlungsdauer pro Erkrankungsepisode insbesondere im stationären Bereich wesentlich verkürzt worden.

In den USA stieg die Rate der wegen psychischen Störungen in Mental Health Service behandelten Personen von 1% im Jahre 1955 auf 6% im Jahre 1980 an. 1987 wurden in den USA immerhin knapp 1% der Bevölkerung stationär behandelt (in England ca. 0,6%). In Zürich wurde in den letzten Jahren durch systematische Feldforschung festgestellt, dass immerhin 17% der

dreissigjährigen Bevölkerung bereits einmal wegen depressiver Störungen professionelle Hilfe (meist bei einem Psychiater bzw. einer Psychiaterin) in Anspruch genommen hatten.

Die Häufigkeit seelischer Erkrankungen hat mindestens in einzelnen Altersgruppen deutlich zugenommen. So ist bei Jugendlichen ein Anstieg von Suchtkrankheiten und von Magersucht festzustellen. Auch der wachsende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung hat zu einer echten Zunahme psychischer Erkrankungen geführt. So steigt z.B. das Risiko, an einer dementiellen Erkrankung zu leiden, ab dem 65. Altersjahr (von 2% - 3%) kontinuierlich an (bis auf 25% der über 85-Jährigen). Daneben erscheint ein Teil der über die Jahre messbaren Zunahme von psychiatrischen Behandlungsfällen durch verschiedene Faktoren bedingt, wie veränderte Krankheitsdefinitionen, verbesserte Akzeptanz psychiatrischer Erkrankungen, vermehrte sowie verbesserte psychiatrische Behandlungsangebote.

Noch immer erhält aber ein ganz erheblicher Teil gerade auch psychisch schwerer Erkrankter keine adäquate psychiatrische Hilfe. So hat eine kürzlich veröffentlichte, gross angelegte amerikanische Studie aufgezeigt, dass mehr als 60% der Menschen, die einmal in ihrem Leben an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, nie professionelle Hilfe erhalten haben. Selbst die Gruppe der besonders stark und mehrfach betroffenen Patientinnen und Patienten ist nur in knapp der Hälfte der Fälle einmal im Leben in psychiatrischer Behandlung gestanden. Nach einer kürzlich veröffentlichten multizentrischen WHO-Studie wird bei Personen mit psychischen Störungen, die einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin aufsuchen, die psychiatrische Problematik in der Hälfte der Fälle nicht erkannt bzw. teilweise mit unspezifischen Behandlungsmethoden (inkl. unnötigen somatischen Hospitalisationen) behandelt.

Aufgrund vielfältigster Feldstudien kann heute davon ausgegangen werden, dass

- mindestens 20% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres unter objektivierbaren, wenn auch z.T. nur kurzfristigen psychischen Störungen leidet,
- etwa 1/5 davon ausgeprägte Störungen entwickelt,
- etwa 1% der Bevölkerung jährlich erstmalig psychisch erkrankt,
- etwa 2% - 3% an einem gegebenen Stichtag eine psychische Störung erheblichen Ausmasses aufweist und fachspezifische Hilfen benötigt.

Ordnet man diese in Repräsentativuntersuchungen erhobenen psychischen Störungen diagnostischen Gruppen zu, so können in der Erwachsenenbevölkerung im Laufe eines Jahres folgende Häufigkeiten erwartet werden:

- | | |
|--|----------------|
| • konfliktbedingte, persönlichkeitsbezogene und psychosomatische Störungen | 9,0% bis 11,0% |
| • Suchterkrankungen (3/4 Alkoholabhängige) | 4,0% |
| • Demenzen | 3,0% bis 5,0% |
| • Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis | 1,5% bis 2,0% |
| • Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis | 0,6% bis 1,0% |

Im übrigen ist der Stellenwert psychischer Erkrankungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung auch daran zu ermesen, dass

- ca. 15% der Hausarztbesuche wegen einer psychiatrischen Erkrankung erfolgen, wobei nachgewiesen wurde, dass Patienten mit psychiatrischen Problemstellungen Allgemeinärztinnen und -ärzte mehr frequentieren als andere Personen. So machen etwa 2/3 der hausärztlich nicht erkannten depressiven Patientinnen und Patienten mehr als 6 Hausarztbesuche im Jahr wegen körperlichen Beschwerden;
- etwa 30% der Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern psychische Störungen als Erst- oder Zweitdiagnose aufweisen;
- psychische Erkrankung zu den häufigsten Gründen für eine vorzeitige Berentung gehört.

Wenn jedes Jahr mindestens 20% der Bevölkerung an einer psychiatrischen Störung leiden (nach der allerneuesten amerikanischen Grossstudie sogar 30%), so ist diese Erkrankungsrate vergleichbar mit der Häufigkeit von Herz-Kreislaufstörungen (20%). Angsterkrankungen, Depressionen und Essstörungen finden sich häufiger bei Frauen, Suchterkrankung häufiger bei Männern – allerdings mit einer Tendenz zur Angleichung der Geschlechter.

Die Häufigkeit psychiatrischer Störungen ist neben Geschlecht und Alter auch vom sozio-ökonomischen Status abhängig. Höhere soziale Schichten haben deutlich tiefere psychiatrische Erkrankungsraten, ebenso tendenzmässig ländliche gegenüber städtischen Gebieten, wobei sich in Städten relativ mehr Psychischkranke mit komplexeren psychischen Problemen finden, während auf dem Lande eher «reine» und damit mittels Primärversorgung leichter zu behandelnde Störungen vorkommen. Ferner zeigte sich in vielen Repräsentativuntersuchungen, dass neu erschlossene und wachsende Wohngebiete, die oft ausserhalb von Stadtkernen liegen, eine relativ gesunde Population anziehen, während in schrumpfenden (Stadt) Gebieten sich verhältnismässig mehr Personen mit multiplen psychiatrischen Störungen finden. Solche Migrationszusammenhänge sind für die Planung von psychiatrischen Diensten von vorrangiger Bedeutung. So kann beispielsweise ein neues Wohngebiet (wie im Modellprojekt Birminghamshire in England) weitgehend mit einem ambulanten Dienst und nur wenigen Betten am Bezirksspital auskommen, während umgekehrt die Innercity von London mit ganz anderen Versorgungsproblemen konfrontiert ist und zu deren Lösung eine relativ starke stationäre Psychiatrie benötigt. Der oft grosse Unterschied in der Bettenzahl der 191 Distrikte Englands wurde besonders sorgfältig von Jarman analysiert. Dabei ergab sich, dass die bis zu fünffache Differenz an psychiatrischen Betten pro 10'000 Einwohner in den verschiedenen Distrikten sich hauptsächlich durch den Gesundheitszustand (insbesondere Körpererkrankungen und Drogenmissbrauch) und die soziale Charakterisierung der Bevölkerung (wie Einzelhaushalte, Scheidungs- oder Witwenstand, Einkommen und Kriminalitätsrate) erklärt.

2.5 Einfluss der Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen

Es ist das Verdienst von Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen, in den letzten Jahrzehnten

vor allem die negative Seite der psychiatrischen Versorgung (und manchmal auch der psychiatrischen Lehre) offengelegt und auf Missbräuche der Psychiatrie aufmerksam gemacht zu haben. Unter den psychiatriebetroffenen Kritikern lehnt ein harter Kern die Psychiatrie vollständig ab und vertritt die Haltung, die Psychiatrie lasse sich nicht reformieren. Alle Reformen würden nur ein krankes System zementieren bzw. am Leben erhalten. Ein anderer Teil arbeitet mit psychiatrischen Vertretern zusammen, um Missstände in der Psychiatrie zu beseitigen und den Einfluss der Benützerinnen und Benützer auf die psychiatrische Versorgung zu vergrößern.

Die «Überlebensbewegung ehemaliger Psychiatriepatienten» wurde im Westen in den früheren 70er Jahren in einer Atmosphäre aktiv, die auch die Bürgerrechtsbewegung, die Frauenbewegung und den Antirassismus hervorbrachte. Die Bewegung hat sich in den letzten 20 Jahren verändert. Sie ist von einer kleinen und oft puristischen Bewegung zu einer grösseren, diversifizierten und pragmatischer orientierten Bewegung geworden, welche zu einem Teil Selbsthilfealternativen (wie das Weglaufhaus in Berlin) betreibt, zum anderen Teil das Gesundheitssystem vor allem in praktischen Aktionen zu verändern sucht.

Daneben stellen Benützerorganisationen auch Vereinigungen dar, in denen Psychiatriebetroffene ihre Erfahrungen austauschen und allenfalls ein neues Verständnis ihrer Ausnahmestände erarbeiten können. Alle diese Aktivitäten sind nicht ohne Einfluss auf die Psychiatrie geblieben, welche früher allzuoft auf die Mitarbeit und die Beiträge von Betroffenen verzichtet hat.

Wie sich bisher nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Psychiatriepatientinnen und -patienten organisiert hat, ist auch nur eine Minderheit der Angehörigen von Psychischkranken organisatorisch zusammengeschlossen. Diese Minderheit ist aber im Wachsen begriffen. Die Angehörigenorganisationen vertreten oft Standpunkte, die jenen der autonomen Benützer entgegenstehen, obwohl Angehörige ebenfalls stark von der Psychiatrie betroffen sind, wenn auch auf andere Weise als Patientinnen und Patienten. Angehörigenorganisationen setzen sich in der Regel für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ein, betreiben manchmal sogar eigene teilstationäre Einrichtungen, machen Öffentlichkeitsarbeit und sind insbesondere in den USA und in England zu einer wichtigen Lobby für die Anliegen der psychiatrischen Kranken geworden. In der Schweiz versucht die Pro Mente Sana die schwierige Aufgabe zu lösen, Patientenrechte wie Angehörigenanliegen gemeinsam zu vertreten. Daneben ist vor allem die Vereinigung der Angehörigen Schizophreniekranker/Psychischkranker öffentlich hervorgetreten.

2.6 Möglichkeiten der psychiatrischen Prävention

Die bisherige Darstellung der psychiatrischen Entwicklungslinien wurde ganz auf die Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen ausgerichtet. Es gilt aber ebenso danach zu trachten, ein erstmaliges Auftreten einer Erkrankung überhaupt zu vermeiden (Primärprävention) oder, wenn eine Erkrankung bereits aufgetreten ist, ihr Wiederauftreten zu verhindern (Sekundärprävention) oder die invalidisierende Chronifizierung und weitere ungünstige

Spätfolgen zu verhüten (Tertiärprävention). Sekundär- und Tertiärprävention überschneiden sich weitgehend mit therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen.

Insbesondere bezüglich primärer Prävention kann zwischen spezifischen und unspezifischen Präventionsmassnahmen unterschieden werden. Spezifische präventive Interventionen richten sich auf die Verhinderung ganz bestimmter Formen psychischer Störungen (z.B. auf Stoffwechselstörungen, die psychische Beeinträchtigungen hervorrufen können, oder auf die Verhinderung frühkindlicher traumatischer Trennungserfahrungen als Prävention depressiver Erkrankungen). Spezifische Prävention setzt gesichertes Wissen über die Entstehungsbedingungen einer Störung voraus. Da dieses Wissen für psychische Störungen bisher nur in geringem Masse vorhanden ist, sind die Möglichkeiten spezifischer präventiver Massnahmen begrenzt. Unspezifische Prävention hingegen zielt auf allgemeine Risiken einer möglichen psychischen Störung und versucht beispielsweise durch die Vermittlung sozialer Kompetenzen oder durch eine allgemeine Verbesserung der psychosozialen Lebensbedingungen zur psychischen Gesundheit beizutragen.

Bei der Förderung der psychischen Gesundheit lassen sich zwei Zielrichtungen unterscheiden:

a) Abbau von Belastungsfaktoren, b) Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen.

a) Belastungsfaktoren können sowohl im einzelnen Mensch liegen (Vulnerabilitäten wie z.B. erhöhte Verletzbarkeit durch soziale Verlustängste) als auch in der sozialen Umwelt (z.B. Arbeitsstress, ungünstige Wohnbedingungen). Eine besondere Bedeutung bzw. ein besonderes Gefährdungspotential für das Auftreten psychischer Störungen kommt sog. kritischen Lebensereignissen wie z.B. Verlust des Partners bzw. der Partnerin, Wohnortswechsel, Verlust des Arbeitsplatzes oder Geburt eines Kindes zu, die das psychische Gleichgewicht eines Menschen beeinträchtigen können.

b) Gegen psychische Erkrankungen schützende Ressourcen können im einzelnen Menschen (persönliche Ressourcen) als auch in seiner sozialen Umwelt liegen. Ressourcen der sozialen Umwelt sind beispielsweise tragende soziale Beziehungen bzw. soziale Netze, die einerseits helfen, mit psychischen Belastungen fertig zu werden und andererseits durch die Befriedigung der menschlichen Bedürfnisse nach sozialer Nähe, Sicherheit und Eingebundensein direkt zur psychischen Gesundheit beitragen. Als protektive persönliche Ressourcen von Menschen gelten: kognitive und soziale Kompetenzen, Fähigkeiten zur Stressbewältigung, Selbstvertrauen bzw. Selbstwertgefühl sowie die Überzeugung, auch schwierige Lebenssituationen meistern zu können.

Für die Sekundärprävention besonders wichtig sind eine gute Information über Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Benutzbarkeit innert nützlicher Frist und ohne bürokratische Schwellen.

Ziel tertiärpräventiver Anstrengungen ist es, psychisch Kranken und Behinderten ein Leben zu ermöglichen, in welchem sich persönliche Unabhängigkeit und subjektive Lebensqualität einer-

seits, soziale Kontakte und Bindungen andererseits möglichst so realisieren lassen wie bei gesunden Menschen auch. Eigentliche Wiedereingliederungshilfen umfassen Elemente der medizinischen, der beruflichen und der sozialen Rehabilitation. Medizinisch-psychiatrische Rehabilitationsmassnahmen sind vor allem therapeutische Hilfen zur Minimierung auffälliger Symptome, mutlosen Rückzugs oder anderer selbstschädigenden Verhaltensweisen. Massnahmen der beruflichen Rehabilitation sind Eignungsabklärungen und gezielte Trainingsprogramme für das Wiederaufnehmen einer beruflichen Tätigkeit, während die soziale Rehabilitation vor allem in Unterbringung in einer geeigneten Wohnform, Schaffung von Freizeitkontakten, Entfaltung persönlicher Interessen und Aktivitäten unter Nutzung von kulturellen Angeboten etc. besteht.

Der präventive Charakter dieser Eingliederungsmassnahmen zeigt sich in einer besseren Resistenz gegen resigniertes Verharren oder Rückzug in Kliniken, aber auch gegen Formen der sozialen Abkapselung, Vereinsamung und Verwahrlosung ausserhalb von Institutionen.

3. Entwicklung der Psychiatrie in der Schweiz

Die Schweizer Psychiatrie hat sich in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten im Rahmen der internationalen Psychiatrieentwicklung bewegt – teils eher etwas nachhinkend, teils durchaus im Vorfeld der psychiatrischen Reformbewegung. Die Schweizer Psychiatrie zeichnete sich auch in der zweiten Hälfte des 20. Jh. im Vergleich zu anderen Ländern vor allem durch ihre Vielfältigkeit aus. Der staatspolitische Föderalismus erleichterte das Nebeneinander verschiedener Modelle und Ansätze, so dass die Schweizer Psychiatrieszene etwas von einem «bunten Fleckenteppich» hat, was sowohl ihre Stärke wie ihre Schwäche ausmachen dürfte.

Föderalistisch geprägte Entwicklungsunterschiede

Durch die Gliederung der Schweiz in viele kleinere und wenige grössere Kantone war die Psychiatrie hierzulande – etwa im Gegensatz zu Italien, Deutschland oder gar den USA – immer etwas näher bei der Bevölkerung angesiedelt. Dadurch entstanden in der Schweiz auch nur ausnahmsweise Grosskliniken mit über 1'000 Betten (wie die Rheinau im Kanton Zürich), die dann in den letzten Jahrzehnten wieder mühsam abgebaut werden mussten (im Falle der Rheinau auf heute 411 Betten). Konsequenterweise erwies sich aber auch das Modell einer stationär ausgerichteten Psychiatrie in der Schweiz nicht so ausgeprägt reformbedürftig wie in den Nachbarstaaten, was wiederum die Entwicklung einer vernetzten gemeindeorientierten Psychiatrie eher verlangsamte. Das Fehlen revolutionärer Kehrtwendungen liess die Schweizer Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten etwas weniger im Brennpunkt stehen als etwa die Italienische, doch wäre es verfehlt, daraus abzuleiten, die Schweizer Psychiatrie hätte sich in den letzten Jahrzehnten nicht tiefgreifend verändert. Die Veränderung erfolgte aber kontinuierlich und schrittweise, wobei sich bezüglich Entwicklungstempo und Entwicklungsweise auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Sprachregionen ergaben. So wurde die Sektorsierung – d.h. die Schaffung kleinerer Versorgungsgebiete mit vernetzter ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung – zuerst im Welschland, insbesondere in der Waadt und in Genf, und dann im Tessin realisiert, während in der deutschen Schweiz noch heute manche Versorgungsgebiete keine gemeindenahere sektorierte Betreuung kennen.

Dieses unterschiedliche Entwicklungstempo erklärt sich zur Hauptsache damit, dass die französische Psychiatrie bereits in den 60er und 70er Jahren nach dem schulemachenden Vorbild des XIII. Arrondissement von Paris durchgehend sektorsiert wurde (zudem entstammt der Begriff Sektor (= secteur) der französischen Sprache). Auch die italienische Psychiatrie hat sich unter dem Einfluss von Franco Basaglia diesem Versorgungsmodell früh angeschlossen, wobei dort eine stärkere antiklinische Haltung hinzukam.

Demgegenüber begann sich in der deutschsprachigen Schweiz – parallel zu einer vergleichsweise späteren Entwicklung in Deutschland und Österreich – der Sektorsierungsgedanke erst in den letzten Jahren richtig durchzusetzen. In der deutschen Schweiz wurden nur das Oberwallis (mit Brig als Psychiatriezentrum) und Schaffhausen bereits in den 80er Jahren durchgehend nach ei-

nem Sektormodell reorganisiert. Im Kanton Bern wurde zwar ebenfalls Mitte der 80er Jahre eine grundlegende Neuversorgung des Kantons vorbereitet und wurden richtungsweisend dezentrale psychiatrische Stützpunkte (z.B. in Interlaken, Thun, Burgdorf, Langenthal) in Verbindung mit Bezirksspitalern geschaffen. Diese Stützpunkte basierten aber im stationären Bereich noch immer weitgehend auf den zentral gelegenen grösseren psychiatrischen Kliniken des Kantons Bern, auch wenn in den letzten Jahren einzelne psychiatrische Betten (resp. in Burgdorf sogar eine psychiatrische Station) an den Bezirksspitalern hinzukamen.

Integrationsbestrebungen in der Schweiz

Die Integration der stationären Psychiatrie in die Allgemeinspitäler ist in der Schweiz vor allem in Brig und Luzern (teilweise auch in Schaffhausen) fortgeschritten. Dabei wurden je nach Integrationsweise unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Als optimal erwies sich die Zuweisung eines grösseren Gebäudekomplexes des Allgemeinspitals an die Psychiatrie in Luzern. Dadurch konnten am Allgemeinspital verschiedene spezialisierte psychiatrische Stationen mit entsprechender therapeutischer Infrastruktur eingerichtet werden. Bei aller Integration ins Allgemeinspital konnte damit der Psychiatrie der notwendige autonome Spielraum (inkl. Grünfläche) gewährt werden – mit demzufolge geringerem Anpassungsdruck von Seiten ruhebedürftiger somatischer Kranker. (Diese Integration wurde vom Luzerner Stimmvolk kürzlich mit der Zusage eines Grosskredits für einen psychiatrischen Neubau auf dem Areal des Kantonsspitals honoriert.)

Am ungünstigsten hat sich die Zuweisung einer isolierten Station im obersten Stockwerk am Kantonsspital Schaffhausen auf die psychiatrische Betreuung ausgewirkt, da die betroffenen Patientinnen und Patienten dadurch bedeutend stärker eingeschränkt wurden, als sie es an der parallel dazu geführten psychiatrischen Klinik Schaffhausen sind.

In gewissem Widerspruch zu den Integrationsbestrebungen zeigte sich auch in der Schweiz, dass psychosozial (und nicht biologisch) ausgerichtete Modellversuche oft ausserhalb von medizinischen Strukturen schneller und leichter verwirklichtbar sind. So wurde das Pilotprojekt «Soteria Bern» – ein betreuungsorientiertes Intensivangebot zur Behandlung akut schizophrener Patientinnen und Patienten (mit möglichst wenig Medikamenten) – in einem freistehenden Haus in der Stadt Bern realisiert. Auch viele andere sozialpsychiatrische Einrichtungen entwickelten sich in einer gewissen Unabhängigkeit von der medizinischen Allgemeinversorgung (und damit vom medizinischen Versorgungsmodell), viele übrigens aus psychiatrischen Kliniken heraus, die bereits traditionellerweise das somatische Krankheitskonzept um psychologische und soziale Elemente erweitert hatten.

Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in der Schweiz war die Einführung der Invalidenversicherung im Jahre 1959. Erst dank dieser die Krankenkasse ergänzenden Finanzierungsmöglichkeit wurde vielerorts der Aufbau komplementärer Angebote ermöglicht und konnten es sich die meisten behinderten Psychischkranken leisten, ausserhalb der Klinik zu leben.

Die kleineren und überschaubareren Verhältnisse der Schweiz begünstigten im übrigen individuellere Lösungen, die den lokalen Verhältnissen angepasst sind. Hingegen erschwerten sie eine Spezialisierung, die z.T. in anderen Ländern im Bereich der Gerontopsychiatrie, der Psychosomatik (inkl. Verhaltensmedizin und Liaison- und Konsiliarpsychiatrie) sowie in der forensischen Medizin weiter fortgeschritten ist. Einzig im Suchtbereich entwickelt sich in der Schweiz, und hier besonders im Kanton Zürich, aufgrund der Problemlage frühzeitig unterschiedliche und diversifizierte Angebote.

4. Die Psychiatrie im Kanton Zürich: Entwicklung, Ist-Zustand und Mängel

Ausgangspunkt für die Entwicklung der institutionellen Psychiatrie im Kanton Zürich in den letzten drei Jahrzehnten war ein Gutachten des Kollegiums der Psychiatrischen Chefärzte von 1972. Dieses zeichnete die Grundlagen für die Krankenhausplanungen der Gesundheitsdirektion von 1978 und 1991 vor.

4.1 Schrittweise Regionalisierung

Während bis Anfang der 70er Jahre die institutionelle staatliche psychiatrische Versorgung hauptsächlich auf den beiden Kliniken Rheinau (mit Schwerpunkt Chronischkranke) und Burgölzli (mit Schwerpunkt Akutkranke) basiert hatte, wurde 1972 als wichtigste Neuerung die Einführung von Versorgungsregionen mit je eigenem Versorgungsnetz empfohlen. Gleichzeitig wurden die Ausbaubedürfnisse bezüglich zusätzlicher Regionskliniken, ambulanter und sozialpsychiatrischer Dienste sowie der gerontopsychiatrischen Versorgung mit aller Deutlichkeit dargestellt. In der Folge versuchte die Psychiatrieplanung der Gesundheitsdirektion die Bedürfnisse für eine zweckmässige dezentrale Versorgung genau abzuklären. Sie stellte den Grundsatz auf, dass das Kantonsgebiet in Psychiatrieregionen aufzuteilen sei und in jeder Region ein differenziertes Angebot an ambulanten, halbstationären und stationären Einrichtungen anzubieten sei. Dabei wurde den grossen Kliniken der einzelnen Regionen als sogenannte Stammkliniken die Zuständigkeit für die Organisation und den Ausbau der für die Region erforderlichen Einrichtungen zugewiesen. Mit Inbetriebnahme der neu gebauten kantonalen Klinik Hard in Embrach im Jahre 1977 und der nach und nach erfolgten Eingliederung der privaten Kliniken Schlössli Oetwil und Sanatorium Kilchberg in die Regionsversorgung standen ab 1991 fünf Psychiatrieregionen zur Verfügung, nämlich:

Region Zürich

Stammklinik:	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich und Sozialpsychiatrischer Dienst
Überregionale Einrichtungen:	Psychiatrische Klinik Hohenegg, Psychiatrische Poliklinik und Psychotherapiestation USZ
Private Einrichtungen:	Klinik am Zürichberg und Gerontopsychiatrisches Krankenhaus Sonnhalde

Region Winterthur

Stammklinik:	Psychiatrische Klinik Rheinau mit teilstationären und ambulanten Einrichtungen in Winterthur
Überregionale Einrichtungen:	Psychiatrische Poliklinik und Psychotherapiestation KSW, Gerontopsychiatrisches Krankenhaus Wülflingen

Region Oberland

Stammklinik: Psychiatrische Klinik Schlössli und Psychiatriezentrum Wetzikon
Private Einrichtungen: Gerontopsychiatrisches Krankenhaus Bergheim

Region Unterland

Stammklinik: Psychiatrische Klinik Hard und Sozialpsychiatrischer Dienst
in Embrach und Zürich

Region Horgen

Stammklinik: Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg
und deren Ambulatorium

(Die ausserkantonale Klinik Littenheid nimmt ebenfalls Funktionen in der kantonalen Versorgung wahr.)

Der Grundgedanke der Regionalisierung konnte aber solange nicht wie gewünscht in die Praxis umgesetzt werden, als die einzelnen Regionen für ihre Aufgaben noch nicht vollständig eingerichtet waren. Im stationären Bereich waren die Betten im Kanton ungleich verteilt (zuviel in der Region Winterthur, zuwenig in der Region Zürich), im ambulanten und halbstationären Bereich fehlte ein vollständiges dezentrales Netz. So mussten in der Region Zürich knapp die Hälfte der angemeldeten Patientinnen bzw. Patienten in andere auswärtige Kliniken umgeleitet werden, da an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zu wenig Betten vorhanden waren, um die bis 1991 über eine halbe Million Einwohner zählende Region Zürich stationär zu versorgen. Aus diesem Grunde wurde die Behandlung in der Region Zürich – und als Folge der Umleitungspolitik auch in anderen Regionen – stationär vielfach unterbrochen, so dass ein schwer kranker Patient bzw. Patientin während dem Behandlungsverlauf mehrere Institutionen kennenlernen und sich immer wieder an neue Verhältnisse anpassen musste. Solange aber die Regionalisierung nicht funktionierte, war auch nicht daran zu denken, ein Versorgungssystem zu realisieren, das eine gemeindenahe Psychiatrie mit einer Klinikbasis verbindet.

Erst die Verkleinerung der Psychiatrieregion Zürich auf 320'000 Einwohner mit einer konsekutiven Anpassung der anderen Psychiatrieregionen ab 1993 sowie eine starke Steigerung der Aufnahmezahlen an den einzelnen psychiatrischen Kliniken bei gleichzeitig nochmaliger Verkürzung der Hospitalisationszeiten ermöglichte es, dass die einzelnen Zürcher Psychiatrieregionen heute vermehrt für ihre eigenen Patientinnen und Patienten aufzukommen vermögen. Eine grössere Zahl (knapp 100) von Langzeitpatientinnen bzw. -patienten ist immer noch in ausserkantonalen Kliniken untergebracht.

4.2 Weitere Entwicklung zum Ist-Zustand

Die grössere Aufnahmekapazität der psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich wurde wie anderswo hauptsächlich durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer und durch die Verlegung von Langzeitpatientinnen bzw. -patienten in Wohnheime, Wohngruppen sowie Pflegeheime ermög-

licht. Dank den frei werdenden Kapazitäten konnten einerseits vermehrt Akutstationen eingerichtet werden und andererseits spezialisierte Stationen, insbesondere für den Rehabilitationsbereich sowie für Suchtkranke, aufgebaut werden. Trotz weiterer Zunahme der psychiatrisch hospitalisierten Personen – besonders auch in den letzten 12 Jahren – und der grösseren Belastung mit Notfallproblemen auf Akutstationen wurde die stationäre Betreuung insgesamt immer offener (bis zur teiloffenen Führung der Akutstationen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ab 1993).

Im Bereich der speziellen Psychiatrie wurden in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten wesentliche Fortschritte erzielt: Hierzu zählt der Aufbau von Psychotherapiestationen an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich, an der Psychiatrischen Poliklinik Winterthur und an der Psychiatrischen Klinik Hohenegg. Eine weitere an der Klinik Schlössli in Oetwil wurde vorübergehend geschlossen. Dazu zählen aber auch der Ausbau spezieller psychosomatischer Behandlungsangebote an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich inkl. sexualmedizinische Sprechstunde sowie das Kriseninterventionszentrum in Zürich (mit privater Trägerschaft).

Den grössten Aufschwung erfuhren die sozialpsychiatrischen Einrichtungen, die als Ergänzungen und zum Teil als Ersatz für stationäre Versorgungsstrukturen dienen, ferner die gerontopsychiatrischen Einrichtungen und die speziellen Hilfsangebote für Suchtkranke.

Die dargestellte Entwicklung im institutionellen Versorgungsbereich wäre ohne tiefgreifende Veränderungen in der Primärversorgung nicht möglich gewesen. Im Kanton Zürich überwiegt heute zahlenmässig die Primärversorgung bei weitem die institutionelle Grundversorgung. Das heisst, dass in hausärztlichen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen sowie in Spitex-Diensten mehr Berufstätige deutlich mehr Patientinnen und Patienten betreuen als in der institutionellen Grundversorgung. Die meisten von den Primärversorgern (sowie von den psychiatrischen Polikliniken) behandelten Patientinnen und Patienten bedürfen keiner zusätzlichen staatlichen Institution, so dass für sie die Frage der Regionalisierung bzw. Sektorsierung unerheblich ist. Anders verhält es sich für Patientinnen und Patienten der Primärversorger, welche auch institutioneller Hilfe bedürfen, da hier von beiden Seiten der Schnittstelle patientenorientierte Zusammenarbeit gefordert ist.

4.3 Mängel in der Versorgung

Trotz der aufgeführten Fortschritte stellte die Zürcher Krankenhausplanung 1991 zu Recht fest: «Nicht jede Psychiatrieregion ist mit einem vollständigen Angebot an ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen ausgestattet. In der psychiatrischen Versorgung fehlen Tages- und Nachtkliniken, in der psychogeriatrischen Versorgung fehlen ambulante Einrichtungen, psychogeriatrische Tageskliniken, Aufnahmestationen (Assessment-Units) und Rehabilitationsstationen.»

Und: «Es fehlt an der Koordination zwischen den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen sowie zwischen den fachpsychiatrischen und nichtfachpsychiatrischen Einrichtungen»

Weitere Mängel in der Grundversorgung sind:

(Die folgende Auflistung ist nicht nach Prioritäten geordnet.)

- Der Mangel an psychiatrischen Akutbetten führt dazu, dass in allen kantonalen Kliniken immer wieder – und mit zunehmender Tendenz – Notbetten eingerichtet werden müssen. Dadurch können wiedereintretende Patientinnen und Patienten allzuoft nicht wie gewünscht auf die ihnen von früher her bekannte Krankenstation aufgenommen werden. Andere müssen in auswärtige Kliniken umgeleitet werden. Für eine gute stationäre Versorgungsqualität ist jedoch eine gesicherte Aufnahmekapazität Voraussetzung.
- Bisher ist die stationäre Versorgung noch zu stark auf (zum Teil abgelegene) psychiatrische Kliniken konzentriert geblieben. Zwar werden psychisch Kranke mit meist geringeren Verhaltensproblemen auch auf somatischen Abteilungen betreut, doch verfügt im Kanton Zürich bisher noch kein somatisches Spital über eine psychiatrische Station. Im Notfallbereich, wo sich psychiatrische und somatische Problemstellungen (bei Suizidversuchen, Gewaltopfern, nach schweren Unfällen etc.) oft überlagern, ist die Schaffung von Kriseninterventionsstationen ins besondere an Spitälern mit ausgebautem Notfalldienst, in erster Linie am UniversitätsSpital Zürich und am Kantonsspital Winterthur, ein dringliches Erfordernis. Auch eigentliche konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienste sind bisher erst vereinzelt, vor allem am UniversitätsSpital Zürich und am Kantonsspital Winterthur, eingerichtet worden, obwohl in somatischen Spitälern mit einem erheblichen Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem psychiatrischen Leiden zu rechnen ist – nach einer schriftlichen Umfrage der Konzeptgruppe unter den Zürcher Spitälern in mindestens 8% der Fälle.
- In allen Zürcher Psychiatrieregionen fehlen weiterhin teilstationäre Einrichtungen – trotz bedeutender Fortschritte in der komplementären Versorgung während der letzten Jahrzehnte. Für die Zukunft ist wegen weiter anhaltender Verkürzung der psychiatrischen Hospitalisationszeiten und wirtschaftlich anhaltender «Sockelarbeitslosigkeit» ein noch grösserer Bedarf an solchen Einrichtungen sowie an geschützten Arbeits- und Beschäftigungsplätzen zu erwarten.
- Obwohl in der Primärversorgung die Anzahl der psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzte in den letzten Jahrzehnten stark angestiegen ist, werden die behandelbaren psychiatrischen Erkrankungen (wie Depressionen und Angststörungen) oft noch ungenügend erfasst und behandelt. Dieser Mangel ist einerseits durch die unzureichende Integration der Psychiatrie ins medizinische System begründet, andererseits durch die z.T. noch ungenügenden Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebote für Hausärztinnen und Hausärzte. Beide Faktoren tragen auch dabei, dass die indirekte Betreuung der Alten- und Krankenhäuser und der Alters- und Spitexorganisationen noch ungenügend ist und die Information der Bevölkerung und insbesondere der Laienhelferinnen und -helfer bezüglich psychiatrischer Hilfestellungen noch unzureichend ist.

Mängel hinsichtlich spezialisierter Psychiatrieangebote sind:

(wiederum ist die Auflistung nicht nach Prioritäten geordnet)

- Das insgesamt noch allzu spärliche Angebot gerontopsychiatrischer Einrichtungen insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich, die noch nicht durchgehende Trennung psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten in Aufnahmestationen sowie die mangelhafte Sektorsierung und Integration der Gerontopsychiatrie in die medizinischen und sozialen Versorgungsstrukturen
- Versorgungslücken bei Suchtkranken, z.B. bezüglich jugendlicher Drogenabhängigen, Frauen (speziell mit Kindern), Kokainkonsumentinnen und -konsumenten, Drogenabhängigen aus anderen Sprach- und Kulturregionen, ferner bezüglich der Früherfassung und Frühbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen sowie spezialisierten Alkoholberatungs- und Behandlungsstellen in unterversorgten ländlichen Gebieten
- Das Fehlen eines spezialisierten Betreuungs- und Behandlungskonzeptes für psychischkranke Straftäterinnen und -täter und ein damit einhergehender Mangel spezialisierter Versorgungsangebote im Bereich der forensischen Psychiatrie
- Der Mangel an Spezialsprechstunden zur Behandlung spezifischer psychogener Störungen insbesondere zur Behandlung der immer häufiger werdenden Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas), Angststörungen (Panikattacken, Phobien), psychogenen Schmerzstörungen, sexuellen Funktionsstörungen und posttraumatischem Stresssyndrom (Opfer von Gewalt und Vergewaltigung). Für alle diese Störungen sind in den letzten Jahren spezielle Therapiemethoden entwickelt worden. Zumindest die überregionalen, ambulanten Einrichtungen sollten über die Möglichkeit verfügen, diese Behandlungen anzubieten, darin Erfahrungen zu sammeln und niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater in diesen Methoden auszubilden.
Zudem sollten, zunächst an den grossen Spitalzentren, verhaltensmedizinische Angebote gemacht werden (z.B. Rehabilitation von Herzinfarktpatientinnen bzw. -patienten, Entspannungsübungen zur Stressreduktion usw.).
- Das Fehlen an speziellen stationären Betreuungsmöglichkeiten für psychischkranke Frauen,
- das Fehlen an kulturell angepassten Betreuungsformen für psychischkranke Menschen von ethnischen Minderheiten,
- das Fehlen an Spezialstationen für Affekt-, Angst- und Zwangskranke sowie psychischkranke Drogenabhängige.

4.4 Gegenwärtiger Stand und Mängel der psychiatrischen Prävention

(Eine Übersicht über präventive Möglichkeiten in der Psychiatrie und die Definition der Begriffe Primär-, Sekundär und Tertiärprävention findet sich auf Seite 40f)

4.4.1 Primärprävention

Im Kanton Zürich existiert einzig im Bereich der Suchtprävention ein Organisationskonzept für die Primärprävention von psychiatrischen Erkrankungen. Eine wichtige präventive Bedeutung kommt auch dem Bereich der Kleinkindberatung zu, welcher ebenfalls systematisch aufgebaute regionale Strukturen kennt.

Aus mehrfachen Gründen hat die Prävention von Suchterkrankungen für die psychiatrische Prävention einen hohen Stellenwert:

- a) Suchtunspezifische Massnahmen im Bereich der Suchtprävention (Abbau von Belastungsfaktoren, Stärkung von Ressourcen) leisten zur Prävention der meisten psychiatrischen Erkrankungen einen Beitrag.
- b) Süchte machen einen hohen Anteil an der Inzidenz und Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen aus.
- c) Suchterkrankungen treten oft zusammen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen auf (Komorbiditäten, Dualdiagnosen).

Das 1994 veröffentlichte Konzept für regionale Suchtpräventionsstellen sieht ein Netz von 8 regionalen Suchtpräventionsstellen vor, welche ihre Leistungen im Kanton flächendeckend verteilen. Pro 45'000 Einwohner wurde ein Bedarf von einer zu 100% angestellten Fachperson errechnet, so dass im Vollausbau 26 Planstellen benötigt werden. Anfangs 1994 bestanden 8 Suchtpräventionsstellen, einzig in den Bezirken Bülach und Affoltern fehlten die Stellen noch. Die regionalen Suchtpräventionsstellen leisten Bildungsarbeit (Volksschulen, Mittel- und Berufsschulen), Elternarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und gemeindenahe Arbeit. Sie richten sich auf die Stützung vorhandener Ressourcen aus und versuchen am Individuum wie auch an den gesellschaftlichen Strukturen anzusetzen.

Die regionalen Suchtpräventionsstellen werden unterstützt durch 10 spezialisierte, kantonsweit arbeitende Fachstellen (z.B. Blaues Kreuz, Suchtpräventionsstelle am Pestalozzianum und an Berufsschulen).

Schliesslich ist zu erwähnen, dass jede richtig verstandene psychologische, pädagogische und soziale Beratungsarbeit immer auch primärpräventive Anteile enthält. Das dichte Netz der psychiatrisch / psychotherapeutischen und psychologischen Privatpraxen, der psychosozialen Beratungsstellen sowie die Schulpsychologischen Dienste leisten – so gesehen – einen erheblichen Anteil an Präventionsarbeit.

Geht man davon aus, dass viele psychiatrische Krankheiten – zumindest teilweise – ätiologische Wurzeln in der Störung der psychosozialen Umwelt des Kleinkindes haben, so kann der Präventionsbeitrag der Kleinkindberatungsstellen, welche in den Jugendsekretariaten aller Bezirke integriert sind, nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Aufgaben der Kleinkindberatung werden

dort wahrgenommen in der Mütter-, der Erziehungs- und der Gemeinwesenberatung. Ergänzend zu den Angeboten der Kleinkindberatung sind die diversen Angebote der Elternbildung als präventiv wertvolle Einrichtung zu nennen.

4.4.2 Sekundärprävention

Die Einrichtungen der Erwachsenen- und Jugendhilfe, die Sekundärprävention leisten, finden sich im Anhang IV aufgeführt.

Der grösste Teil der Sekundärprävention wird personenbezogen geleistet im Sinne von Kriseninterventionen und individueller psychischer und sozialer Hilfe. Ansätze, die mehr das soziale Umfeld einbeziehen, sind z.B. in den diversen Selbsthilfegruppen und der Gruppenarbeit mit Angehörigen enthalten.

Strukturelle Ansätze im Bereich der Sekundärprävention sind wenig ausgebildet. Als erste Beiträge dazu könnten vielleicht die Arbeiten des «Gleichstellungsbüros» sowie der kantonalen Arbeitsgemeinschaft für Ausländerfragen aufgeführt werden.

4.4.3 Tertiärprävention

Tertiärpräventive Aufgaben werden hauptsächlich durch therapeutische Angebote erfüllt. Neben ambulanten und (teil)stationären Institutionen haben sich in diesem Bereich überdurchschnittlich viele privatpraktizierende Psychiaterinnen und Psychiater sowie nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten engagiert. Ungleich ist allerdings die regionale Verteilung der Angebote, sowohl im privaten wie im staatlich institutionellen Bereich.

Spezielle Wiedereingliederungsprogramme bestehen vor allem für Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Psychosen, mit Suchtkrankheiten, mit psychosomatischen Leiden sowie mit psychischen Alterserkrankungen. Patientinnen und Patienten mit schizophrenen oder anderen psychotischen Erkrankungen können in Tageskliniken und Nachtkliniken eine gezielte Förderung vor allem ihrer sozialen Fähigkeiten und ihrer selbständigen Lebensführung ausserhalb einer Klinik erfahren. Der Berufsförderungskurs in Zürich führt zweimal jährlich ein mehrmonatiges Programm zur beruflichen Abklärung und Wiedereingliederung für Psychiatriepatientinnen bzw. -patienten durch, in enger Verbindung mit den Organen der Invalidenversicherung. Eine Palette geschützter Wohnmöglichkeiten, Patientenclubs sowie eine Anzahl von Beschäftigungs- und Arbeitsprogrammen sind eine weitere unentbehrliche Hilfe geworden.

Für Suchtkranke, insbesondere in der ersten Lebenshälfte, gibt es ebenfalls eine Reihe von Wiedereingliederungshilfen, von betreuten Wohngemeinschaften über Einsatz- und Beschäftigungsprogramme bis zu schulischem Nachhilfeunterricht und Nachbetreuungsorganisationen für stationär Behandelte. Eine grosse Zahl von Ärztinnen und Ärzten engagiert sich, zum Teil in Verbindung mit Einrichtungen der Drogenhilfe, für methadonunterstützte Behandlungen, die für die Wiedereingliederung Heroinabhängiger einen hohen Stellenwert erhalten haben.

Psychogeriatrische Dienste erfüllen unter anderem auch rehabilitative Funktionen mit dem Ziel, psychisch kranke Alterspatienten in ihrer angestammten Umgebung belassen zu können oder dorthin zurückkehren zu lassen. Dies geschieht unter anderem durch gezielte Orientierungstrainings, Angehörigenberatung, ambulante und nachgehende Langzeitbetreuung etc. Andere wesentliche Hilfen sind Mahlzeitendienste, Angebot von Alarmsystemen für Alleinstehende, Gemeindepflege und Einsatz freiwilliger Helfer und Helferinnen.

Für psychotherapiefähige und -bedürftige Patientinnen und Patienten mit drohenden oder vorhandenen Chronifizierungsschäden gibt es wenige spezielle Psychotherapiestationen, die auf Wiedergewinnung von Beschwerdefreiheit und Funktionsfähigkeit im Alltag ausgerichtet sind. Hier können in der Regel depressive, persönlichkeitsgestörte und andere Kranke aufgenommen werden. Für psychosomatische Patientinnen und Patienten mit starker Somatisierungstendenz hingegen gibt es keine ausreichenden Angebote.

In struktureller Hinsicht sind vermehrte Massnahmen erforderlich, um psychischen Störungen als Auswirkung von Arbeitslosigkeit vorzubeugen, um der Ausgliederung psychisch Gefährdeter aus dem Arbeitsmarkt zuvorzukommen und andere Formen gesellschaftlicher Integration zu fördern.

Zur Förderung der geistigen Gesundheit (mental health) sind pädagogische und aufklärerische Massnahmen zu unterstützen, die vor allem im lokalen und regionalen Umfeld eine Marginalisierung von Menschen erschweren, die Toleranz im Zusammenleben, aber auch die aktive Anteilnahme am Schicksal anderer verbessern. Professionelle Unterstützung muss von Fachleuten und von den regionalen Präventionsstellen erwartet werden.

5. Zielsetzungen und Grundsätze

Trotz der Psychiatriereformen der letzten Jahrzehnte hat die Psychiatrie auch im Kanton Zürich immer noch einen Nachholbedarf. Die Realisierung einer humanen Psychiatrie stösst nun aber in der heute veränderten Wirtschaftssituation auf einen gesteigerten Sparappell. Umso wichtiger sind eine genaue Betrachtung, Vergleiche und Kosten-Nutzen-Analysen der psychiatrischen Angebote, um für die vorhandenen Mittel in Zukunft möglichst optimale Hilfestellungen auswählen und anbieten zu können. Es wäre aber verhängnisvoll, wenn Kosten-Nutzen-Rechnungen nur kurzfristig angestellt würden, weil erwiesenermassen gewisse teurere Hilfsangebote schliesslich mittel- und langfristig bessere (und billigere) Ergebnisse liefern als kurzfristig sparsam erscheinende Varianten. Im übrigen sind viele Investitionen in die Psychiatrie – im Vergleich zu anderen Beiträgen im Gesundheits- und Sozialbereich – im Grunde nur Nachinvestitionen in ein vernachlässigtes Gebiet und stellen einen Ausgabenausgleich, gleichsam Kostennormalisierung, dar.

Leider tragen heute immer noch viele Mythen und Missverständnisse zur Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen bei und begrenzen damit indirekt den Zugang zu den benötigten Hilfestellungen ganz erheblich. Es verwundert nicht, dass sich Menschen, die sich wegen psychiatrischer Probleme als zweitklassig oder gar als Aussenseiter erleben müssen, in der Folge gesellschaftlich zurückziehen. Oder sie suchen nach medizinischen und nichtmedizinischen Hilfen, die weniger stigmatisierend sind, aber sich schliesslich als inadäquat und wenig hilfreich herausstellen. Dadurch vergrössert sich letztlich nicht nur die finanzielle und soziale Belastung der Gesellschaft, sondern vor allem das Leid der betroffenen Menschen.

Um den Bedürfnissen betroffener Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, forderte die Weltgesundheitsbehörde (WHO) bereits 1950:

- die Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht,
- die gemeindenahere Integration der psychiatrischen Versorgung in das bestehende allgemeine Gesundheitssystem,
- den Aufbau einer bedarfs- und bedürfnisgerechten psychiatrischen Versorgung (wobei allen Behandlungsbedürftigen von den Erfolgsaussichten und vom Kostenaufwand her die günstigste Therapie ohne Barriere zugänglich sein müsse).

Das von der WHO geforderte Prinzip des gleichen Rechts für körperlich und psychisch Kranke schliesst auch den gleichen Anspruch auf Informationen ein, sowohl bezüglich Behandlungsangeboten wie bezüglich lokal noch fehlender, aber grundsätzlich vorhandener Behandlungsmöglichkeiten. Nur so kann eine interessierte Öffentlichkeit dahingehend Druck ausüben, dass besser wirksame, besser akzeptable und besser zugängliche Lösungen in der psychiatrischen Versorgung gefunden werden. Grundsätzlich gilt: Psychiatrie ist Sache von allen. Jeder kann mithelfen, dass Patientinnen und Patienten besser betreut und behandelt werden, insbesondere aber

professionelle Experten verschiedener psychiatrischer Berufsrichtungen, Betroffene (sog. Benutzer) und Angehörige.

5.1 Allgemeine Leitsätze und Menschenbild

Das vorliegende Konzept basiert auf einem Menschenbild, das den einzelnen Menschen – im Sinne des Person-Begriffs – als unverwechselbar und einzigartig betrachtet. Der einzelne Mensch wird zwar durch verschiedenste Faktoren beeinflusst: Genetische Disposition, Biographie und Umwelt bilden und prägen seinen Charakter. Das Verständnis all dieser Einflussfaktoren reicht aber nicht aus, die Empfindungen und Handlungen eines einzelnen Menschen in jedem Fall vorzusagen oder gar vorzubestimmen. Der Mensch ist als Person mehr als «der Stoff, aus dem er gemacht ist». Somit ist er auch nicht auf ein Bündel von Einflussfaktoren zu reduzieren.

Als Lebewesen, das bewusst empfinden und überlegt handeln kann, ist der Mensch grundsätzlich zu freien Entscheidungen und zur Übernahme von Verantwortung befähigt. Damit der Mensch aber aufgrund seiner biologischen Voraussetzungen zum sprachbegabten und sich selber bewussten Wesen wird, benötigt er die Gemeinschaft mit anderen Menschen, insbesondere mit Eltern oder Personen, die als Elternersatz dienen, aber auch einer kulturbildenden grösseren Gemeinschaft.

Ein solches Menschenbild setzt erstens voraus, dass der Schutz, die Erhaltung und die Förderung des einzelnen Menschen als Person oberste Priorität in der Behandlung psychisch kranker Menschen hat. Es verweist zweitens auf die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung im menschlichen Leben und räumt deshalb der zwischenmenschlichen Begegnung in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen eine Vorrangstellung ein.

Bei Annahme dieser beiden Grundbedingungen sind alle weiteren Behandlungsweisen – seien sie biologischer, psychologischer oder sozialer Art – so anzuwenden, dass sie den persönlichen Entscheidungsspielraum der betroffenen Menschen, der durch psychiatrisches Leiden eingegrenzt sein kann, möglichst vergrössern. Das heisst nichts anderes, als dass die therapeutischen Massnahmen wenn immer möglich den Betroffenen auch als «Hilfe zur Selbsthilfe» dienen sollen. Bei Menschen, die an einer fortschreitenden und die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigenden Krankheit leiden, muss das Ziel sein, dazu beizutragen, dass sie ihre Selbständigkeit so lange wie möglich behalten und dass sie bei eingetretener Entscheidungsunfähigkeit die ihnen angemessene und in ihrem mutmasslichen Willen stehende Hilfe bekommen.

Weil jeder Mensch einzigartig und nicht auf eine bestimmte Norm festlegbar ist – so sehr er sich auch nach sozialen Gegebenheiten richten mag – , aber gleichzeitig der Mensch seine besondere personale Entscheidungsfähigkeit infolge einer psychiatrischen Erkrankung verlieren kann, ergibt sich in der Psychiatrie die besondere Problematik festzulegen, wann ein Mensch nicht mehr als entscheidungsfähig einzuschätzen ist und es damit gerechtfertigt wird, ohne sein Einverständnis,

d.h. ohne ein sonst grundsätzlich zu forderndes Auftragsverhältnis, zu handeln. Diese Entscheidung mag z.B. im Falle einer fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung im Alter leichter sein als bei einer funktionellen psychotischen Veränderung eines jüngeren Menschen. In jedem Fall gilt es aber, im Sinne eines personalen Menschenverständnisses zu handeln und unter persönlichem therapeutischen Einsatz zu versuchen, soweit möglich eine zwischenmenschliche Beziehung zu gewinnen und Zwangseingriffe auf Situationen und Verläufe mit Selbst- und Fremdgefährdung zu beschränken.

Eine Psychiatrie, die den Menschen als Person wahrnimmt, setzt sich nicht zum Ziel, den Menschen besser angepasst und zum Objekt einer funktionierenden Gesellschaft zu machen. Sie geht aber davon aus, dass alle therapeutischen Handlungen, die den Menschen von krankhaften Leiden und Behinderungen, wenn auch nur teilweise, befreien und seinen persönlichen Entscheidungsraum vergrößern, für die Gemeinschaft langfristig und insgesamt von Vorteil sind.

Ein Menschenbild, das die Person als unverwechselbar und einzigartig wahrnimmt, macht es unmöglich, dass psychisches Leiden immer und von vornherein als «etwas zu Behandelndes» betrachtet wird, da viele Menschen ihrem Leiden einen persönlichen Sinn geben und darin eine Herausforderung oder eine Aufgabe sehen. Die Psychiatrie hat sich deshalb vordringlich mit psychischen Leiden zu befassen, die für die betroffenen Menschen als unerträglich oder sinnlos empfunden werden oder aus prophylaktischen Überlegungen heraus zu einem Behandlungsauftrag führen.

Auf dem Hintergrund eines solchen Menschenverständnisses und in Anbetracht der früher aufgezeigten psychiatrischen und sozialen Entwicklung lassen sich für die psychiatrische Versorgung folgende Leitsätze formulieren:

- Die psychiatrischen Angebote sollen patientenorientiert sein, d.h. sie sollen so ausgestaltet sein, dass der einzelne Betroffene seinem Anliegen gemäss behandelt werden kann. Dabei sollen psychiatrische Einrichtungen auch besonderen Bedürfnissen gerecht werden, insbesondere solchen, die mit dem Geschlecht, dem Lebensalter, dem kulturellen Hintergrund oder dem körperlichen Gesundheitszustand zusammenhängen. Die zur Verfügung stehenden Mittel sind so einzusetzen, dass neben den häufigen und gut behandelbaren psychisch Kranken auch Schwer- und Langzeitkranke adäquat behandelt und palliative Massnahmen getroffen werden können.
- Grundlage der Behandlung soll, wenn immer möglich, eine mitmenschlich tragende Beziehung zwischen Betreuenden und Patientinnen und Patienten sein. Die Psychiatrie, insbesondere deren Institutionen, hat den Auftrag, neben einer möglichst hohen fachlichen Kompetenz auf Infrastrukturen hinzuarbeiten, die Mitmenschlichkeit und Kontinuität in der Behandlung erleichtern.
- Die therapeutischen Angebote sollen im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe» die vorhandenen Ressourcen von Patientinnen und Patienten beachten und die vorhandenen Fähigkeiten möglichst

stärken, damit die Betroffenen ihre Identität, ihre Würde und ihr Selbstvertrauen bewahren oder wiedererlangen können. Die Patientinnen und Patienten sollen nicht nur soweit wie möglich informiert werden, sondern auch aktiv in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

- Das therapeutische Angebot soll möglichst leicht erreichbar sein. Notfalleinrichtungen sollen rund um die Uhr zur Verfügung stehen.
- Angesichts der zunehmenden Spezialisierung in der Psychiatrie sollen die verschiedenen an der Behandlung und Betreuung beteiligten Personen und Institutionen mit dem Einverständnis des Patienten bzw. der Patientin gegenseitig Kontakt suchen, sich gegenseitig informieren und ihre Bemühungen koordinieren.
- Das in der Gemeinde vorhandene Potential an sozialer Unterstützung, an Hilfe und Pflege, an Freizeitangeboten und Arbeitsmöglichkeiten soll vorrangig, vor der Errichtung spezieller Institutionen, genutzt werden. Patienten und Angehörige sollen in psychiatrischen Gremien angemessen vertreten sein.
- Die Patientenrechte sind im Sinne der Europäischen Menschenrechtskonvention auszugestalten und sollen Regelungen über Informationspflichten bezüglich Diagnostik und Therapie, Einsichtnahme in die eigenen Akten, Minimalisierung von Zwangsmaßnahmen, Rekursmöglichkeiten an unabhängige richterliche Instanzen enthalten.

5.2 Besondere Zielvorstellungen für das Psychiatriekonzept

Die zukünftige Entwicklung soll durch ein psychiatrisches Konzept nicht eingeeignet, sondern geöffnet werden. Methodenvielfalt verbessert in der Regel die medizinische Versorgung. Auch ein Wettbewerb unter verschiedenen Angeboten ist soweit erwünscht, als dadurch nicht eine Zerstückelung der Krankenversorgung erfolgt. Um dem Postulat einer offenen und rollenden Planung zu entsprechen, will deshalb das vorliegende Psychiatriekonzept vielmehr Möglichkeiten aufzeigen und Richtungen weisen.

Als Grundprinzip wird von der Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem ausgegangen.

Psychiatrische Einrichtungen haben vor allem Aufgaben zu übernehmen, die die Selbst- und Laienhilfe, die privatärztlichen Angebote, die Angebote der privaten Trägerschaften und die spitalexternen Dienste ergänzen und unterstützen, oder Aufgaben, die von diesen nicht wahrgenommen werden können. Dies erfordert ein ständiges Interesse aller Beteiligten an einer konstruktiven Zusammenarbeit.

Einteilung psychiatrischer und ergänzender Angebote (Stufenmodell)

Abb. 1

1. Ebene	Selbst- und Laienhilfe in der Gemeinde, professionelle Angebote (wie Seelsorge, Sozialdienst)
2. Ebene	Primärversorgung* durch Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Spitex-Organisationen

INSTITUTIONELLE GRUNDVERSORGUNG

(allgemeine Psychiatrie gemäss Sektorisierungs-, resp. Regionalisierungsmodell)

INSTITUTIONELLE SPEZIALANGEBOTE

(nicht sektorisierte, bzw. überregionale Angebote)

3. Ebene	Ambulante Behandlung Sozialpsychiatrische Ambulatorien inkl. mobile Equipen	Poliklinische Zentren für Psychotherapie und Verhaltensmedizin
4. Ebene	Intensive Akutbehandlung (inkl. akute Rezidive bei Chronischkranken) Akutstationen, Kriseninterventionsprogramme (z. B. Tageszentren)	Psychotherapiestationen, Kriseninterventionsstationen an Notfallzentren, weitere Spezialstationen (z. B. für psychisch kranke Drogenabhängige, Affektkranke)
5. Ebene	Intensive Intermediärbehandlung Rehabilitationsstationen, Nachtkliniken, Tageskliniken, ausserklinische Angebote der beruflichen und sozialen Rehabilitation	Forensische Psychiatrie
6. Ebene	Langzeitbetreuung und -behandlung Tageszentren, geschützte Werkstätten, Wohngruppen, Wohnheime, Abteilungen und Heime für psychiatrische Langzeitpflege etc.	
parallel zu Ebene 3 - 6	Gesonderte Angebote für - Alterspsychiatrie - Suchtpsychiatrie	

*) Subsidiär übernehmen auch Institutionen Aufgaben der Primärversorgung (Erläuterungen siehe Rahmenkonzept S.59)

5.2.1 Stufenmodell psychiatrischer Hilfeleistungen

Um sowohl den Prinzipien der Gemeindenähe und der Betreuungskonstanz gerecht zu werden als auch die gesonderten Entwicklungen von Spezialangeboten (für bestimmte Krankengruppen) zu ermöglichen, wird die institutionelle psychiatrische Versorgung im folgenden in einen Bereich der «institutionellen Grundversorgung» und einen Bereich der «institutionellen Spezialangebote» unterteilt. Die «institutionelle Grundversorgung» soll gemeindeorientiert organisiert sein, d.h. dass die psychiatrische Behandlung in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen auch zuhause (z.B. Übergangspflege) oder ambulant (bzw. unter Einbezug der Spitex) zu erfolgen hat und teilstationäre oder stationäre Hilfe – ähnlich dem System der Gemeinde- und Bezirksspitäler – auf lokaler Ebene anzubieten sind. Die «institutionellen Spezialangebote» sollen sich demgegenüber vermehrt auf medizinische Zentren konzentrieren, die z.T. universitär gegeben, z.T. regional oder überregional entwickelbar sind. Die Einzelheiten dieser Einteilung werden in Abb. 1 (S. 58) wiedergegeben. Dabei gilt das Prinzip, dass stationäre Hilfen so wenig wie möglich und – wenn nötig – so kurz wie möglich eingesetzt werden, und auch teilstationäre Angebote erst in zweiter Linie zur Anwendung kommen, wenn ambulante Betreuungen nicht mehr möglich sind oder keinen gleichartigen Erfolg erzielen. Daraus ergibt sich eine Stufenleiter verschiedener Hilfsangebote, die im Bereich der Grundversorgung von der Selbst- und Laienhilfe über ambulante und (hauptsächlich kurzfristige) stationäre Angebote bis zu Langzeitbetreuungen in Wohnheimen und geschützten Werkstätten reichen. Dieses Konzept einer gestuften und integrierten psychiatrischen Grundversorgung soll aber keinesfalls ausschliessen, dass im Einzelfall je nach Bedürfnislage betroffener Patientinnen und Patienten einzelne Stufen übersprungen werden können. Auch entspricht es dem Rehabilitations- und Resozialisationsanliegen dieses Konzeptes, dass betroffene Patientinnen und Patienten von einer höheren bzw. intensiveren Betreuungsstufe wieder auf eine tiefere bzw. betreuungsärmere Stufe zurücksteigen können oder schliesslich nur noch private oder überhaupt keine Hilfeleistung mehr bekommen.

Das Stufenmodell psychiatrischer Hilfeleistungen eignet sich besonders dazu, nach dem Subsidiaritätsprinzip eine Reihenfolge der psychiatrischen Hilfeleistungen festzulegen. Dabei sind – wie bereits angedeutet – hinsichtlich der Vernetzung und geographischen Verteilung der verschiedenen Dienstleistungen drei verschiedene Organisationsebenen für die institutionelle Versorgung zu unterscheiden:

- der Sektor als kleinste Versorgungseinheit
- die Region als übergeordnete Einheit und
- der Kanton als grösste vorgegebene Organisationseinheit.

Der **Sektor** soll zukünftig für die Grundversorgung verantwortlich sein, d.h. ein möglichst patienten- und gemeindeorientiertes Basisangebot an institutionellen Hilfeleistungen zur Verfügung stellen. Die Sektoren umfassen idealerweise in Abhängigkeit von der Siedlungsstruktur zwischen 50'000 und 100'000 Einwohner und sollen möglichst in Übereinstimmung mit anderen Grenzen der medizinischen und sozialen Strukturen stehen.

Die **Region** soll für Angebote zuständig sein, die in den Sektoren nicht dezentralisiert eingerichtet werden können. Dazu gehören hauptsächlich Dienstleistungen zur Bewältigung besonders komplexer oder schwieriger Problemstellungen (wie spezialisierte Rehabilitationsbehandlungen, besondere Angebote für Alters- und Suchtkranke).

Der **Kanton** soll mit überregionalen Diensten hauptsächlich stärker spezialisierte Aufgaben übernehmen, die sich auf regionaler Ebene nicht lösen lassen. Dazu gehören etwa Aufgaben im Bereiche der forensischen und Massnahmenpsychiatrie oder der speziellen Psychosomatik.

5.2.2 Zielvorstellungen der sektororientierten Versorgung

Die sektororientierte Vernetzung ist mit einer Reihe von Zielvorstellungen verbunden:

- Jeder Sektor hat die Verpflichtung, die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung sowie die Wieder-eingliederung betroffener Patienten und Patientinnen aus dem Einzugsbereich zu übernehmen. Damit soll für jede Person, die die Hilfe von psychiatrischen Diensten benötigt, die Verantwortlichkeit definiert sein. Während für die Sektordienste die Verpflichtung besteht, einem psychisch Kranken, der behandelt werden will, auch die adäquate Hilfe zu geben, soll für die betroffenen Personen im Sinne der freien Arzt- und Therapeutenwahl die Möglichkeit bestehen, sich auch ausserhalb einer bestimmten Sektorversorgung behandeln zu lassen.
- Durch die Verbesserung der Betreuungskonstanz soll es vor allem bei rezidivierend- oder chronischkranken Patientinnen und Patienten zu einem geringeren «Schwund» in der Nachbetreuung kommen.
- Die Kooperation mit Einrichtungen der medizinischen und sozialen Grundversorgung soll einfacher, die Integration der Psychiatrie leichter möglich werden.
- Die Bedürfnisse der psychiatrischen Patientinnen und Patienten sollen lokal besser erkannt und befriedigt werden.
- Der Auftrag an die einzelnen Einrichtungen soll von den Bedürfnissen der Betroffenen hergenauer definiert werden können.
- In ökonomischer Hinsicht soll sich die koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Diensten kostensparend auswirken.
- Die Evaluation der einzelnen Einrichtungen soll erleichtert, allfällige Korrekturen sollen rascher möglich werden.
- Durch die Gemeindenähe der psychiatrischen Einrichtungen soll eine vermehrte Auseinandersetzung der Therapeutinnen und Therapeuten mit dem unmittelbaren Lebensfeld der Betroffenen erleichtert werden. Als grobes Mass für Gemeindenähe gilt die Erreichbarkeit der jeweili-

gen Versorgungseinrichtungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb einer halben bis höchstens einer Stunde.

Der Sektor fördert ferner die Schaffung und Führung sogenannter niederschwelliger Hilfsangebote, auch wenn diese aus konzeptuellen Überlegungen heraus nicht in die institutionellen Vernetzungen eingebunden werden.

5.3 Notwendige Angebote der psychiatrischen Versorgung

Eine adäquate psychiatrische Versorgung umfasst heute (vgl. Abb. 1, S. 58):

1. Die Primärversorgung (im Sinne einer Anlaufstelle und der nicht institutionellen Grundversorgung)
2. Die institutionelle Grundversorgung (für besonders schwere, komplexe oder sozial behindernde Erkrankungen)
3. Spezialisierte Angebote (für gezielte Interventionen bei umschriebenen Problemstellungen)

Im folgenden werden die Erfordernisse dieser drei Versorgungsbereiche kurz zusammengefasst.

5.3.1 Instanzen und Aufgaben der Primärversorgung

Primärversorger sind diejenigen Instanzen, welche für psychisch Kranke die erste professionelle Anlaufstelle sind und deren Tätigkeit in Zukunft durch das kantonale Gesundheitsgesetz (Zulassung) und durch das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz KVG (Bezahlung) geregelt wird.

Erstes Kriterium für die Aussicht auf einen guten Behandlungserfolg bei psychischen Erkrankungen ist ein individuelles Vertrauensverhältnis zwischen Patientin bzw. Patient und behandelnder Person. Deshalb ist die Wahlfreiheit oberstes Gebot. Zweites Kriterium für die erfolgreiche Behandlung eines bestimmten psychisch Kranken ist die Eignung der behandelnden Person bezüglich Ausbildung, Erfahrung, Infrastruktur etc. Deshalb ist trotz einer gewissen Konkurrenzsituation unter den Primärversorgern zum Wohl von Patientinnen und Patienten eine kollegiale Zusammenarbeit unabdingbar.

Instanzen der Primärversorgung:

- **Hausärztinnen und Hausärzte** sind häufig die erste Anlaufstelle für vielfältige Erkrankungen, weil Patientinnen und Patient diese schon kennen und diese umgekehrt die Kranken, deren Familie und deren soziale Situation bereits kennen. Oft wenden sich Patientinnen und Patienten an Hausärztinnen bzw. Hausärzte mit körperlichen Symptomen, bei welchen ursächlich oder als Folge eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vorliegt.
- **Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie** (in diesem Konzept meist Psychiaterinnen/Psychiater genannt) sind ausgebildet für die Abklärung und Behandlung von allen psychischen Störungen und Erkrankungen, seien sie mehr biologisch, psy-

chologisch oder sozial bedingt. Entsprechend wenden sie medikamentöse, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Methoden an, bei Bedarf in Kombination. Sie organisieren in Zusammenarbeit mit den Ärztesellschaften einen psychiatrischen Notfalldienst, der regional organisiert wird und die ganze Kantonsfläche abdecken sollte. Sie sind Konsiliarärztinnen und -ärzte für die übrigen Primärversorger und teilweise auch für Grundversorger.

- **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** (in Zukunft mit Praxisbewilligung) sind spezialisiert für Erkrankungen, die mit psychologischen Mitteln abgeklärt und behandelt werden können. Die einen haben eine vertiefte Ausbildung in einer Methode, andere sind in verschiedenen Methoden ausgebildet. Einige sind zusätzlich spezialisiert z.B. in Testpsychologie oder Neuropsychologie.
- **Spitexdienste** sind niederschwellige Anlaufstellen auch für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen und Erkrankungen. Gemeindegewestern und Hauspflegerinnen sind gelegentlich die einzigen von Kranken akzeptierten Betreuungspersonen. Deshalb brauchen sie vermehrt fachliche Unterstützung. Sie haben oft auch weiterweisende Funktion.

Spezialaufgaben der Primärversorgung:

- Suchtbehandlung: alle Primärversorger betreuen und behandeln Suchtpatientinnen und -patienten. Sie motivieren auch für Entzüge und weiterführende Behandlungen.
- Gerontopsychiatrie: Alle Primärversorger sind an der Gerontopsychiatrie beteiligt, wobei die interdisziplinäre Zusammenarbeit wegen häufiger Mehrfacherkrankungen im Alter besonders wichtig ist.
- Begutachtungen und Massnahmenpsychiatrie: Hauptsächlich niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater machen Gutachten für Versicherungen, Gerichte und Behörden. Therapien im ambulanten Massnahmenvollzug werden von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt.

5.3.2 Angebote der institutionellen Grundversorgung

Die Voraussetzungen einer adäquaten institutionellen Grundversorgung umfassen folgende Elemente:

- Ambulatorien und Polikliniken zur Abklärung, Behandlung und Langzeitbetreuung. Sie sollen verkehrstechnisch gut erreichbar sein und im Bedarfsfall die Möglichkeit haben, stationäre oder halbstationäre Einweisungen vorzunehmen sowie geschützte Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten zu vermitteln.
- Psychiatrische Krankenstationen für Regionseinwohner mit verschiedenen Abteilungstypen, die auf unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse ausgerichtet sind. Dazu gehören neben dem

Akut- und Rehabilitationsbereich auch kleinere Kriseninterventionsstationen und Möglichkeiten zur stationären Langzeitbetreuung für Schwerstkranke.

- Tageskliniken zur Krisenüberbrückung, Behandlung und Rehabilitation bei sozial behindernden Problemstellungen, die ohne erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung einhergehen.
- Nachtkliniken mit Behandlungs- und Betreuungsangebot, insbesondere auch zur Verkürzung oder zur Vermeidung psychiatrischer Hospitalisationen.
- Einrichtungen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit. Dazu gehören Tageszentren, geschützte Werkstätten, verschiedene Wohnformen mit unterschiedlicher Betreuungsintensität.
- Konsiliarische und Liaisonpsychiatrie zur Unterstützung anderer medizinischer Dienste und weiterer Institutionen, die sich mit Psychischkranken befassen (unter anderem somatische Spitäler, Spitex-Organisationen, Heime etc., einschliesslich Leitungs- und Teambberatung).
- Gerontopsychiatrischer (= psychogeriatrischer) Dienst mit ambulanten, halbstationären und stationären Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten, sowie Angeboten zur Angehörigenberatung, konsiliarischen Beratung von Alters- und Pflegeheimen sowie Heim- und Hausärztinnen bzw. -ärzten etc.
- Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige einerseits, jüngere Drogenabhängige andererseits, ausreichend vernetzt mit anderen Hilfsangeboten zur Befürsorgung, Überlebenshilfe sowie stationärer Krisenüberbrückung, Entgiftung und Langzeitbehandlung.

Diese Angebote sind möglichst im Rahmen eines Sektors miteinander zu vernetzen. Sie sind durch ausserklinische Beratungs-, Rehabilitations- und Betreuungsangebote zu ergänzen. Dazu gehören interdisziplinär geführte Hilfsangebote, die z.B. in Krisensituationen schnell und niederschwellig aufgesucht werden können, sowie Begegnungs- und Beratungsangebote von Selbsthilfeorganisationen. Während die psychiatrischen Behandlungsangebote eine staatliche Aufgabe darstellen, sind die flankierenden Angebote (wie geschützte Wohnformen und Arbeits-/Beschäftigungseinrichtungen) keine staatliche Aufgabe, sondern sollen durch privatrechtliche Trägerchaften oder durch die Gemeinden betrieben.

5.3.3 Spezialangebote

Neben der Primärversorgung und der institutionellen Grundversorgung bedürfen spezialisierte Dienstleistungen (wie z.B. psychosomatische und verhaltensmedizinische Zentren, Psychotherapiestationen, Spezialstationen für Dualpatientinnen bzw. -patienten, für Affektkranke oder für Massnahmen- und forensische Patientinnen und Patienten) einer eigenständigen, nicht sektori-

sierten Entwicklung. Besonders verpflichtet zum Betreiben solcher Spezialsprechstunden und Spezialstationen sind universitäre Einrichtungen (d.h. die Psychiatrische Universitätsklinik und die Psychiatrische Poliklinik am USZ). Aber auch andere psychiatrische Institutionen mit regionalem Auftrag haben im Rahmen ihrer Versorgungspflichten gezielte therapeutische Interventionen für besondere Problemstellungen anzubieten.

Die Verbindung von Sektoraufgaben und Spezialaufgaben ist im Rahmen der Regionen bzw. des Gesamtkantons zu regeln.

Gleichzeitig gilt es auch, den multikulturellen Entwicklungen in unserer Gesellschaft gerecht zu werden. Unterschiedliche ethnische und sprachliche Bevölkerungsteile, unterschiedliche Altersgruppen, Frauen (mit und ohne Kinder) sowie verschiedene soziokulturelle Gruppierungen (etwa solche mit mehr traditionsorientierter oder mehr alternativer Ausrichtung) verlangen immer stärker nach einem spezifischen Verständnis ihrer Problematik und nach einer ihren Umständen angepassten spezialisierten Behandlung (vgl. auch «Psychiatrie und Migration» sowie «Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie»). Im stationären Bereich sollten kleine Spezialangebote geschaffen werden, wo Frauen und Männer mit kleinen Kindern aufgenommen werden können, ferner geschützte Bereiche, die Frauen vorbehalten bleiben, um sich dort auf Wunsch zurückziehen zu können. Auch im ambulanten Bereich sind geschützte Räume für Frauen (z.B. Frauentreffpunkte für Psychiatrieerfahrene) zu schaffen, ferner betreute Wohnmöglichkeiten für alleinerziehende Elternteile mit ihren Kindern. Ganz allgemein ist es für Frauen besonders wichtig, zu einer guten ambulanten Behandlung zu kommen, da die sozioökonomische Situation vieler Frauen für die Erhaltung der psychischen Gesundheit ungünstig ist.

5.3.4 Schnittstellen zwischen Primärversorgung und institutioneller Grund – bzw. Spezialversorgung

Die Schnittstellen innerhalb der institutionellen Grundversorgung werden durch das Sektormodell organisatorisch vernetzt. Die Schnittstellen innerhalb der Primärversorgung sowie zwischen Primär- und Grund- bzw. Spezialversorgung lassen sich dagegen nicht in ein Organisationsmodell einbinden, dabei den gleichen Kranken eine Vielzahl von Institutionen und mehrere betreuende Personen und Instanzen betroffen sein können. Wohl bieten Psychiatriekommissionen, Sektorkommissionen, patientenbezogene Behandlungskonferenzen und allenfalls Quartierkränzchen ein geeignetes Forum für persönliche Kontakte. Aber im Einzelfall ist es nötig, dass die behandelnden und betreuenden Personen – mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten – miteinander aus eigener Initiative den Kontakt suchen, um sich gegenseitig zu informieren und ihre Bemühungen aufeinander abzustimmen. Diesem Mehraufwand dürften Einsparungen durch Vermeiden von Doppelspurigkeiten gegenüber stehen.

Besondere Aufmerksamkeit ist der Organisation der Nachbehandlung bei Klinikentlassung und der Zusammenarbeit zwischen institutioneller Psychiatrie und Primärversorgung zu schenken. So

sind bei der Entlassungsplanung die vor- und nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte möglichst frühzeitig einzubeziehen.

Wünschbar ist, dass sich auch innerhalb der Primärversorgung vermehrt Formen einer regelmässigen Zusammenarbeit entwickeln. Mögliche Modelle sind Gruppenpraxen, Balint- oder Fallbesprechungsgruppen, Konsiliarvereinbarungen.

5.4 Weitere Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich

Bei der Planung sollte von Behandlungskonzepten ausgegangen werden. Daraus herzuleiten sind die Standorte und Raumbedürfnisse. In der Sektorversorgung sind Grosskliniken zugunsten neuer kleiner bis mittelgrosser Angebote zu reduzieren. Betten der Akutpsychiatrie sollten aber nicht einfach in leerwerdende Betten der somatischen Spitäler verlegt werden, sondern es sind beim Aufbau neuer psychiatrischer Stationen an somatischen Spitälern mindestens so gute und funktionale Einrichtungen wie an psychiatrischen Kliniken zu schaffen. Sonst geht die Entstigmatisierung des Behandlungsortes mit einer Verschlechterung der Behandlungssituation einher, was längerfristig zur neuerlichen Stigmatisierung des neuen Behandlungsplatzes führen muss (siehe hierzu S. 73 f).

Das Konzept eines gestuften und integrierten psychiatrischen Versorgungssystems geht davon aus, dass klinische und gemeindepsychiatrische Versorgung in einer ausgesprochen komplementären Wechselbeziehung zueinander stehen. Die Schwächung des einen Anteils führt zwangsläufig zur Überforderung des andern, was Qualitätseinbussen zur Folge hat. Vorwiegend ideologisch orientierte Konzepte dürfen keine Zukunftschancen haben. Notwendig erscheint heute vielmehr eine Fortführung der Psychiatriereform, welche sich vermehrt auf empirische Untersuchungen abstützt. Aussagen über den Bettenbedarf in der psychiatrischen Versorgung sind beispielsweise nicht unabhängig von den lokalen Gegebenheiten der Zusammensetzung der Bevölkerung (hinsichtlich Krankheitshäufigkeit und Sozialkriterien) zu machen. Konsequenterweise können sich auch im Kanton Zürich zwischen den Regionen erheblich verschiedene Notwendigkeiten ergeben.

Eine qualifizierte Behandlung setzt nicht nur eine gute Organisation und innerhalb der psychiatrischen Grundversorgung eine optimale Vernetzung voraus, sondern hauptsächlich eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten. Wichtig sind partnerschaftliches Denken und Teamarbeit.

Dabei gilt es auch anzuerkennen, dass es im menschlichen Leben vielfältige Auslöser für kleinere und grössere Krisen gibt (Krisen verstehen wir hier als schmerzliche und beeinträchtigende Belastung), die nicht notwendigerweise zu psychischen Störungen führen müssen, wenn rechtzeitig Bewältigungsstrategien und Selbsthilfekräfte unterstützt werden. Interdisziplinär geführte, niederschwellige Hilfsangebote im «Vorfeld der Psychiatrie» sollen verhindern, dass aus Krisen

neurotische oder gar psychotische Entwicklungen werden, die zu psychischen Erkrankungen mit all ihren negativen Folgen für die Betroffenen und ihr Umfeld führen.

Die Behandlung der Psychischkranken soll soweit möglich (Ausnahme: Fürsorglicher Freiheitsentzug und Notfälle mit drohender Gefahr) nach dem Grundsatz der Freiwilligkeit erfolgen. Je leichter erreichbar, je akzeptabler und je erfolgreicher psychiatrische Versorgungsangebote sind, desto kleiner dürfte auch die Zahl der notwendigen Zwangsmassnahmen werden.

Die Psychiatrie soll keine polizeilichen Ordnungsfunktionen übernehmen. Trotzdem hat die Psychiatrie als Fachgebiet der Medizin eine besonders heikle Aufgabe an der Schnittstelle zwischen Individualrechten und Gemeinschaftsaufgaben zu erfüllen. Die Psychiatrie ist primär dem einzelnen Menschen als unverwechselbare Person verpflichtet. Sie kann diese Aufgabe in vielen Fällen nur mit Unterstützung der Gemeinschaft wahrnehmen, wie auch der einzelne Mensch von Geburt an auf eine ihn tragende Gemeinschaft von Personen angewiesen ist.

Gerade bei der Behandlung von psychisch Schwerkranken ergeben sich zwischen den einzelnen und der Gemeinschaft oftmals widersprechende Erwartungen an die Psychiatrie. Die Psychiatrie kann viele dieser widersprüchlichen Erwartungen nicht erfüllen und ist manchmal auch nicht in der Lage, eine vermittelnde Lösung anzubieten. Das Problem spitzt sich zu, wenn sich zerstörerische (am häufigsten selbstgefährdende) Kräfte durchsetzen und gleichzeitig keine Hilfe akzeptiert wird. Darum ist für die Psychiatrie das Problem der «Behandlung wider Willen» gegeben. Mit dem Gesagten bleibt die Selbstverantwortung von Patientinnen und Patienten – mit dem Recht, eine Hilfe zu verweigern – erstrangiges Prinzip. Es wird aber in Beziehung gesetzt zur Verantwortung der Helfer, Menschen z.B. in psychotischen Krisen oder bei dementiellen Prozessen nicht einfach der Selbst- oder Fremdzerstörung zu überlassen. Sie hat im Interesse des einzelnen und der Gemeinschaft, sowie unter dem Schutz der gegebenen Rechtsmittel, in einer möglichst klein zu haltenden Zahl der Fälle die nötige Betreuung und Behandlung notfalls auch gegen den Willen der Betroffenen zu leisten, wenn eine nicht anders abwendbare Selbst- oder Fremdgefährdung infolge einer psychiatrischen Erkrankung auftritt.

Um Missbrauch zu vermeiden, bedarf es in diesen Fällen eines in seiner Anwendung definierten Instrumentariums und dessen Kontrolle durch eine unabhängige richterliche Instanz. Zu diesem Instrumentarium gehört der medizinisch definierte Teil des Fürsorglichen Freiheitsentzugs (FFE) sowie die Möglichkeit der Einleitung von wirksamen antipsychotischen oder entgiftenden Behandlungen. Immer wieder ergeben sich gerade in der Anwendung des FFE missverständliche Konflikte. Sie sind zum Teil in der Tatsache begründet, dass zur Anwendung des FFE, der nach dem Gesetz weit über medizinische Tatbestände hinausgeht, heute weitgehend nur die geschlossen geführten psychiatrischen Kliniken zur Verfügung stehen. Diese sind aber im Interesse der Kranken wie auch der Gemeinschaft nicht oder jedenfalls nicht ständig die geeignete Institution, um den FFE durchzuführen. Sie sind dies schon allein deshalb nicht, weil ihnen als Akutkliniken viele sonderpädagogische Elemente fehlen. Darüber hinaus laufen die psychiatrischen

Kliniken bei Anwendung von hauptsächlich sozial begründeten FFEs Gefahr, ihre Behandlungsverpflichtungen gegenüber der Mehrzahl der behandlungswilligen Patientinnen und Patienten zu vernachlässigen und deren Freiheiten unnötigerweise einzugrenzen. Ferner werden mit der vermehrten Durchführung von fürsorglichen Freiheitsentziehungen in psychiatrischen Kliniken verständliche und zum Teil berechtigte Ängste wach, dass der FFE in den psychiatrischen Kliniken mit der Behandlung mit Medikamenten oder anderen wirksamen psychiatrischen Methoden verbunden wird. Deshalb ist gerade zum heutigen Zeitpunkt zu wünschen, dass der FFE aus sozialen Gründen und der FFE aus medizinischen Gründen schwerpunktmässig getrennt werden.

Der FFE stellt einen gemeinschaftlich und damit rechtlich zu begründenden Eingriff in die Freiheit des einzelnen dar und kann nicht einseitig von der Psychiatrie durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage von geschlossen geführten oder mindestens gut strukturierten und stark betreuten Heimen als Alternative zu psychiatrischen Kliniken. Solche mehr sozialpädagogisch und pflegerisch ausgerichteten Institutionen, die keiner ärztlichen Leitung, aber eines psychiatrischen Konsiliararztdienstes bedürfen, fehlen in der Schweiz weitgehend und im Kanton Zürich vollständig, obwohl sie bei entsprechender Ausrüstung eine im einzelnen zu überprüfende Ergänzung darstellen können.

Die bestehenden Rechtsgrundlagen sind insbesondere im Bereich der gesetzlichen Regelung der Zwangsmassnahmen auf Gesetzes- und Verordnungsstufe zu ergänzen, da die gültigen Gesetze die Zwangsbehandlung von nicht urteilsfähigen Patientinnen und Patienten nach Auffassung des Bundesgerichtes nur für Notfälle rechtsgenügend regeln.

Es ist neu im Rahmen des Gesundheitsgesetzes festzulegen, unter welchen Voraussetzungen im Rahmen der fürsorglichen Freiheitsentziehung und strafrechtlicher Massnahmen medizinische Behandlung oder physischer Zwang in anderer Form gegen den Willen der Betroffenen angeordnet werden können, sofern sie durch den Einweisungsgrund gerechtfertigt sind und nicht weiter gehen, als notwendig ist, um eine schwere Gesundheitsgefährdung für psychisch Kranke oder eine schwere Gefahr für Dritte abzuwenden. Zwangsbehandlung von psychisch Kranken ausserhalb des fürsorglichen Freiheitsentzugs soll nur möglich sein zur Abwendung einer unmittelbaren und schweren Gesundheitsgefährdung im Rahmen der Nothilfepflicht.

Auf Verordnungsstufe ist das Rechtsmittelverfahren zu regeln gegen die Zwangsmassnahmen sowie andere Beschränkungen (z.B. von Aussenkontakten, Urlaubsgewährung).

Psychiatrische Einrichtungen sollen verpflichtet sein, bei der Erarbeitung und Überprüfung von Therapiezielen die psychisch Kranken einzubeziehen, aber auch die Stellungnahme und Belastung der nahen Angehörigen, die mit betroffenen Personen in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben oder am Einweisungsverfahren wesentlich beteiligt waren, zu berücksichtigen.

6. Zukunftsperspektiven und planerische Entwicklungen

Neben der dargestellten geschichtlichen Entwicklung und den zukunftsgerichteten Zielvorstellungen beeinflussen weitere Faktoren die zukünftige Psychiatrie im Kanton Zürich. Dazu gehören nicht voraussehbare medizinische Entdeckungen, gesellschaftliche und wirtschaftliche Veränderungen inkl. Wertewandel, rechtliche Gesetzesanpassungen und taxpolitische Entwicklungen sowie Systemveränderungen im Gesundheitswesen. Im folgenden sollen einige dieser versorgungsrelevanten Faktoren herausgegriffen und ihr zukünftig möglicher Einfluss auf die psychiatrische Versorgung dargestellt werden, bevor Zukunftsszenarien der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich entworfen werden.

6.1 Versorgungsrelevante Faktoren

Demographische Entwicklung:

Die Bevölkerungsentwicklung wird die Grössenordnung der zu erwartenden Patientenzahlen massgeblich beeinflussen. Im Vordergrund stehen heute die Folgen verlängerter Lebenserwartung sowie die Zunahme der Bevölkerungsmobilität. Infolge der zahlenmässigen Zunahme Betagter steigt auch die Zahl typischer psychiatrischer Alterserkrankungen, insbesondere der Hirnkrankheiten und der mit Mehrfacherkrankungen verbunden psychischen Störungen. Steigende Zuwanderung aus anderen Sprach- und Kulturbereichen, aber auch die erhöhte Mobilität der einheimischen Bevölkerung erfordern Anpassungen mannigfacher Art gerade im psychiatrischen Bereich und erhöhen die Zahl typischer Anpassungsstörungen.

Gesellschaftlicher Wandel:

Laufende Veränderungen in der Arbeitswelt, im Freizeitbereich, im sozialen und familiären Beziehungsbereich etc. führen bei einem zunehmenden Anteil der Bevölkerung zu Überforderungsreaktionen mit entsprechenden psychischen und psychosomatischen Störungen. Zu den fassbarsten Veränderungen gehören die Zunahme von Ehescheidungen und deren Folgen, die Zunahme von Arbeitslosigkeit und die Zunahme von Migration mit einem steigenden Bevölkerungsanteil von nichtassimilierten Flüchtlingen und Asylbewerbern. Direkte oder indirekte Folgen sind Zunahme von Anpassungsstörungen, Suchtkrankheiten, Essstörungen, Suizidversuchen, schweren Persönlichkeitsstörungen, Gewaltphänomenen usw.

Neue Krankheiten:

Das Auftreten neuer Infektionskrankheiten wie AIDS oder die Zunahme neuer Zivilisationskrankheiten wie Hirnschäden durch Verkehrs- und Sportunfälle etc. schaffen neue Versorgungsbedürfnisse. Demgegenüber spielt gegenwärtig das Verschwinden bisheriger Krankheitsbilder eine untergeordnete Rolle.

Neue Behandlungsmethoden:

Die Entwicklung neuer psychopharmakologischer, psychotherapeutischer oder soziotherapeutischer Therapieverfahren vermag Behandlungsdauer und Notwendigkeit einer stationären Be-

handlung wesentlich zu beeinflussen. Bereits die kompetente Anwendung heute bestehender psychiatrischer Therapieverfahren hat die Rehospitalisationsrate und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Depressionen, Angststörungen und Psychosen deutlich verändert.

Veränderungen der rechtlichen Situation:

Der Ausbau von Patientenrechten und der Rechtssprechung hat im Bereich der fürsorglichen Freiheitsentziehung (FFE) die Häufigkeit und Dauer von Zwangshospitalisationen bereits merklich beeinflusst. Diese Entwicklung setzt sich gegenwärtig insbesondere im Bereich psychotischer Erkrankungen (ohne dementielle Störungen) fort. Es ist aber, etwa im Bereich der Suchtkrankheiten, eine Trendwende vorstellbar, wenn Verwahrlosungserscheinungen infolge Nichtbehandlung ein zunehmend kritisches Ausmass annehmen.

Ausmass privater Dienstleistungen und staatliche Qualitätskontrolle:

Die zukünftige Ärztedichte, die Zahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Aktivitäten von privatrechtlich organisierten Vereinen sozialpsychiatrischer und anderer Art, der Ausbau der Spitex-Organisationen und der kommunalen Infrastruktur für Unterstützungsbedürftige sowie die Anzahl und Funktion privater Spitäler, Heime und Tagesstätten werden massgeblich den Umfang des staatlichen Versorgungsauftrages beeinflussen. Je bedeutender der private Sektor, desto mehr wird sich der Staat auf die Sicherung der Grundversorgung im Sinne der Subsidiarität sowie auf Kontrollmassnahmen zur Wahrung der Betreuungsqualität konzentrieren.

Der Staat kann die Kontrolle über die Unterbringungs- und Lebensqualität von psychisch Kranken und Behinderten in privaten Institutionen nicht aus der Hand geben. Personen, deren Bewegungsfreiheit aus fürsorglichen Gründen eingeschränkt worden ist (wie z.B. bei Psychosekranken in den psychiatrischen Kliniken und Spitalabteilungen und bei verwirrten Patientinnen und Patienten in den Alters- und Pflegeheimen), haben Anspruch auf staatliche Kontrolle des Minimalstandards durch ein geeignetes Instrumentarium. Dasselbe gilt für Personen, die zwar in offenen Abteilungen und Heimen wohnen, aber wegen ihrer psychischen Behinderung ihre Interessen nicht selber wahren können.

Allgemeine Wirtschaftslage:

Die der staatlichen Psychiatrie zur Verfügung stehenden Mittel unterliegen der allgemeinen Budgetpolitik in Abhängigkeit von den Staatseinnahmen. Das Fehlen einer einflussreichen Lobby, das Nachhinken der Psychiatrie hinter der Körpermedizin bezüglich Mittelzuteilung sowie der ausgesprochene Grundversorgungscharakter der institutionellen Psychiatrie begrenzen allerdings die Sparmöglichkeiten bei Konjunkturrückschlägen, wenn nicht einschneidende Versorgungsmängel in Kauf genommen werden sollen.

Taxpolitik und Versicherungsleistungen:

Die Festsetzung der Behandlungstaxen und die Sicherstellung ausreichender Versicherungsleistungen (Kranken- und Invaliden- bzw. Rentenversicherung) bestimmen massgeblich den Spiel-

raum für Weiterentwicklung und Aufrechterhaltung einer funktionellen psychiatrischen Versorgung. Ungenügende Kostendeckung kann zu einem Leistungsabbau führen, der nicht aufgrund verminderter Versorgungsbedürfnisse, sondern aufgrund mangelhafter Abgeltungen von Leistungen erfolgt.

Personal:

Für die Formung und praktische Umsetzung einer zeitgemässen Psychiatrie ist hauptsächlich das Fachpersonal der Ärzte, Pflege, Therapie, Administration und Ökonomie zuständig. Seine Gewinnung, Erhaltung und Förderung stellt deshalb an die Personalpolitik hohe Anforderungen. Gestaltung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen, Salärpolitik und Mitwirkungsmöglichkeiten sind sowohl in Zeiten der Hochkonjunktur, wo die Rekrutierung zum Problem wird, wie auch in Zeiten wirtschaftlicher Rezession massgebende Faktoren. Eine transparente und mitarbeiterfreundliche Personalpolitik kann diesen wirtschaftsgegebenen Einflüssen in positivem Sinne begegnen.

6.2 Zukunftsszenarien

Verschiedene der dargestellten Faktoren sprechen kurz- und mittelfristig für eine Zunahme der privaten und institutionellen psychiatrischen Versorgungsbedürfnisse, nämlich insbesondere:

- Die zunehmende Alterung der Bevölkerung
- Die zunehmende Suchtproblematik mit der damit einhergehenden grösseren psychiatrischen Morbidität
- Die wachsende Therapiewilligkeit der Bevölkerung (auch hinsichtlich spezialisierter psychiatrischer Behandlungsmethoden)
- Andauernde Arbeitslosigkeit, von welcher psychiatrische Patientinnen und Patienten besonders betroffen sind
- Zunehmende Migration mit Häufung von entwurzelten, nicht akkulturierten Patientinnen und Patienten, mit denen auch die sprachliche Verständigung besondere Probleme bildet

Zudem hat die psychiatrische Versorgung einen ausgewiesenen Nachhol- bzw. Normalisierungsbedarf. Die erklärte Zielsetzung, die psychiatrische Versorgung vermehrt in die medizinischen und die sozialen Strukturen einzubeziehen, dürfte ebenfalls dazu beitragen, dass in Zukunft v.a. noch mehr ambulante und teilstationäre Therapien durchgeführt werden. Zwar dürfte auch die vielfach anvisierte Begrenzung der Kostensteigerung im Gesundheitswesen auf das Wachstum der psychiatrischen Versorgung Einfluss haben, doch sind im institutionellen Bereich der Psychiatrie heute im Kanton Zürich mit Ausnahme des stationären Langzeitbereichs an Kliniken keine Überkapazitäten abzubauen, sondern vielmehr Unterversorgungen quantitativ und qualitativ zu verbessern. Finanzielle Überlegungen unterstützen jedoch die Förderung einer Vernetzung psychiatrischer Angebote in überschaubaren Distrikten bzw. Sektoren. Sie tragen ferner zu vermehrtem Wettbewerb unter den psychiatrischen Angeboten und zur Vermeidung einer übertrie-

benen Mengenausweitung bei. Es ist davon auszugehen, dass die Selbsthilfe und Laienhilfe an Bedeutung gewinnen wird. Auch dürften (und sollten) die Benutzer psychiatrischer Angebote (und ihre Angehörigen) grösseren Einfluss auf die Gestaltung der Angebote bekommen, sei es indirekt über grössere Auswahlmöglichkeiten in einem möglicherweise zukünftig stärker marktorientierten Versorgungssystem oder sei es durch direkten Einbezug in psychiatrische Kommissionen und Gremien. Die Integrationsbewegung der Psychiatrie wird wohl auch den Einfluss niedergelassener Ärztinnen und Ärzte auf die institutionellen Versorgungsstrukturen anwachsen lassen. Ähnliches dürfte für die psychotherapeutische Behandlung in Institutionen durch Psychologinnen und Psychologen gelten. Damit ist in einem Zukunftsszenario davon auszugehen, dass sich die Zusammenarbeit verschiedener Gruppen verdichten wird und dass die psychiatrischen Institutionen diesen Einflüssen Rechnung tragen müssen, indem sie geeignete Kommunikations- und Entscheidungskanäle zur Verfügung stellen.

Die heutige Entwicklungstendenz lässt vermuten, dass die ambulante Versorgung von Psychischkranken in Zukunft so weit wie nur immer möglich von in eigener Praxis tätigen Fach- und Allgemeinärztinnen bzw. -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen wird. In Zukunft werden wohl noch weitere Berufsgruppen die ambulante therapeutische Versorgung mittragen, so familien- und psychotherapeutisch ausgebildete Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, sowie Ergotherapeutinnen bzw. Ergotherapeuten und Pflegepersonal mit Zusatzausbildung. Gerade angesichts der aufgezeigten Entwicklungslinien (wachsende Bedürfnislage für psychiatrische Behandlungen bei gleichzeitigem Spardruck) wird sich der staatliche Versorgungsauftrag im Sinne der Subsidiarität auf Krankheitszustände und Kranke beschränken müssen, die trotz des privaten Angebotes unzureichend versorgt werden. Als notwendig anerkannte private Angebote sind, soweit eine private Abgeltung der Leistungen nicht möglich oder angezeigt ist, mit einer einfach zu handhabenden Finanzierung zu unterstützen.

Um eine patientengerechte Zusammenarbeit zu gewährleisten, wird die Sicherung einer Behandlungskontinuität über institutionelle Zuständigkeitsgrenzen hinweg noch an Bedeutung gewinnen. In diesem Zusammenhang wird die Schnittstelle zwischen den primärversorgenden Ärztinnen bzw. Ärzten und Therapeutinnen bzw. Therapeuten einerseits und den Institutionen der Grundversorgung sowie der speziellen Psychiatrie andererseits besonders zu regeln sein. Einerseits sollten Patientinnen und Patienten zusammen mit den behandelnden Fachleuten möglichst frei wählen können, welche Betreuungsform ihrem gegenwärtigen Bedürfnis am meisten entgegenkommt. Andernteils muss verhindert werden, dass bestimmte Betreuungsformen unnötig gebraucht bzw. fehlgenutzt werden. Dieses diffizile Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage dürfte im Sinne der Patientinnen und Patienten und der sie tragenden Gesellschaft am besten gefunden werden, wenn die psychiatrische Versorgung möglichst vor Ort, möglichst überschaubar und möglichst einsehbar erfolgt und nur Spezialbereiche an regionale und überregionale Zentren delegiert werden.

6.3 Planerische Entwicklungen der institutionellen Grundversorgung

Entsprechend sieht das Konzept vor, dass die heute erreichte Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung in Zukunft durch eine Sektorisierung, d.h. eine Aufteilung grösserer Regionen in überschaubare Bereiche von 50'000 bis 100'000 Einwohner mit einem vernetzten Angebot psychiatrischer Hilfeleistungen, ergänzt wird. Auf regionaler Ebene sollten in Zukunft spezialisierte Dienstleistungen nur noch bei besonders komplexen Problemen oder schwierigen Patientinnen und Patienten (neue Langzeitpatientinnen/-patienten, besonders aufwendige Rehabilitationsbehandlungen, Spezialstationen) institutionell angeboten werden müssen.

Mit anderen Worten sollten die Sektoren als kleinste psychiatrische Versorgungseinheit im Kanton in der Lage sein, sämtliche allgemeinpsychiatrischen Grundversorgungsleistungen ihres Gebietes vollumfänglich, d.h. ambulant, teilstationär und stationär, zu erbringen. Die Grösse der Sektoren sollte idealerweise in der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 50'000 und 100'000 Einwohner, in der Gerontopsychiatrie zwischen 20'000 und 30'000 Einwohner umfassen. In praxi sind aber mindestens vorübergehend auch Sektoren von mehr als 100'000 Einwohner im Kanton Zürich als Fortschritt zu betrachten. Die heutigen Regionen (vgl. Abb. 2, S. 74) umfassen Versorgungsgebiete, die zwischen 160'000 bis 340'000 Einwohner umfassen. Demzufolge ist in einem ersten Schritt eine Unterteilung der bevölkerungsreichen Zürcher Psychiatrieregionen in Sektoren mit 80'000 bis 170'000 Einwohnern bereits als Erfolg zu werten (vgl. Abb. 3, S. 75), weil sich die Sektorisierung nicht nur mit einer Aufteilung der Region begnügen kann, sondern zu fordern ist, dass in jedem Sektor, d.h. in jedem Regionsteil, die entsprechenden ambulanten, teilstationären und stationären Angebote mit durchgehenden Betreuungsmöglichkeiten vorhanden sein müssen.

Dadurch ergeben sich insbesondere für die (teil)stationären Bereiche erhebliche Realisierungsprobleme, die ohne Neuinvestitionen nur ansatzweise zu lösen sind. Im teilstationären Bereich fehlen in den meisten Regionen, wie in der Mängelliste (Seite 48f) aufgeführt, viele Behandlungsplätze, so dass in allen Regionen zusätzliche Tages- und Nachtambulanzplätze geschaffen werden müssen, um eine vollständige Sektorisierung zu erreichen.

Im stationären Bereich müsste entweder ein Teil der Akut- und Rehabilitationsstationen von den bestehenden psychiatrischen Regionskliniken an somatischen Spitäler verlegt werden, oder es müssten die psychiatrischen Regionskliniken mindestens zweigeteilt werden, um eine sektorielle Zuständigkeit innerhalb des stationären Bereichs zu erreichen. Die letztgenannte Lösung wird seit kurzem an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und an der Psychiatrischen Klinik Hard in Embrach praktiziert. Diese kostenneutrale und pragmatische Lösung hat allerdings gegenüber der Verlagerung von Psychiatriebereichen in Regional- und Schwerpunktspitäler, die dezentral (bzw. im entsprechenden Sektor) gelegen sind, den Nachteil, dass die stationäre psychiatrische Hilfe nur für einen Teil der betroffenen Bevölkerung gleich leicht erreichbar ist (– für jene, die im Sektor, in dem auch die Regionsklinik gelegen ist, wohnen.)

6.3.1 Partielle Integration der Psychiatrie ins somatische Spital

Die erstgenannte Lösung, nämlich die Integration stationärer psychiatrischer Angebote ins somatische Spital, erscheint heute wegen Überkapazitäten in der somatischen Medizin leichter realisierbar, als dies noch vor wenigen Jahren möglich schien. So sehr diese Variante unter bestimmten Umständen zu favorisieren ist, so ist dabei doch folgendes zu bedenken: Soll die Psychiatrie, die bisher an psychiatrischen Kliniken lokalisiert war, in den somatischen Spitälern integriert werden, bedarf es grosszügiger Raumverhältnisse. Somatische Betten können nicht einfach in psychiatrische umgewandelt werden, weil eine stationäre psychiatrische Behandlung ein bestimmtes Milieu voraussetzt, das nicht zuletzt von der Raumgestaltung beeinflusst wird. Im allgemeinen wird bei der Bettenumwandlung von einer somatischen in eine psychiatrische Station von einem Raumbedarfsverhältnis von 3 zu 1 auszugehen sein, da psychiatrische Stationen neben Ein- und Zweibettzimmern auch noch Therapieräume, Aufenthaltsräume, Behandlungs- und Besprechungszimmer etc. benötigen. Ferner dürfen die psychiatrischen Stationen nicht medizinisch steril wirken, sondern sollen wohnlich ausgestaltet sein. Die Möglichkeiten zu gemeinsamen Nutzungen verschiedener Dienstleistungen mit den somatischen Stationen halten sich in Grenzen und beschränken sich auf die medizinische Grundversorgung der Patientinnen und Patienten. Die meisten paramedizinischen Dienste wie Physio-, Ergotherapie und Sozialdienst haben sich derart stark auf die Bedürfnisse der Psychiatriepatientinnen und -patienten auszurichten, dass eine gleichzeitige Betreuung mit chirurgisch oder medizinisch Hospitalisierten kaum rationell ist. Optimalerweise sollte zur Unterbringung der für die Sektorversorgung notwendigen Psychiatriestationen ein ganzes Gebäude zur Verfügung stehen, möglichst mit einem Umschwung, welcher auch Aussenaktivitäten zulässt. Isolierte Zuteilungen psychiatrischer Betten an einzelne somatische Abteilungen oder die Schaffung einzelner isolierter psychiatrischer Bettenstationen an einem somatischen Spital (ohne adäquate therapeutische Infrastruktur) können die stationären Versorgungsbedürfnisse eines Sektors nicht abdecken. Besonders ungünstig für Psychiatriestationen sind hochgelegene Stockwerke eines Allgemeinspitals oder enge Nachbarschaftsbeziehungen zu Abteilungen, die besonderer Ruhe bedürfen oder anders einengend wirken.

Wenn nicht ganze Spitalteile zur Verfügung stehen, wie beispielsweise bei Neubauprojekten, ist auch die Verwendung von (Teilen von) Personalhäusern zur Führung psychiatrischer Stationen zu prüfen. Es ist aber auch in diesem Fall davon auszugehen, dass zur Befriedigung der psychiatrischen Bedürfnisse umfassende Renovationsarbeiten nötig sind. (Auf die Einrichtung von Kriseninterventionsplätzen an somatischen Spitälern wird noch weiter unten eingegangen. Diese haben einen andern Versorgungsauftrag als psychiatrische Akut- und Rehabilitationsbereiche.)

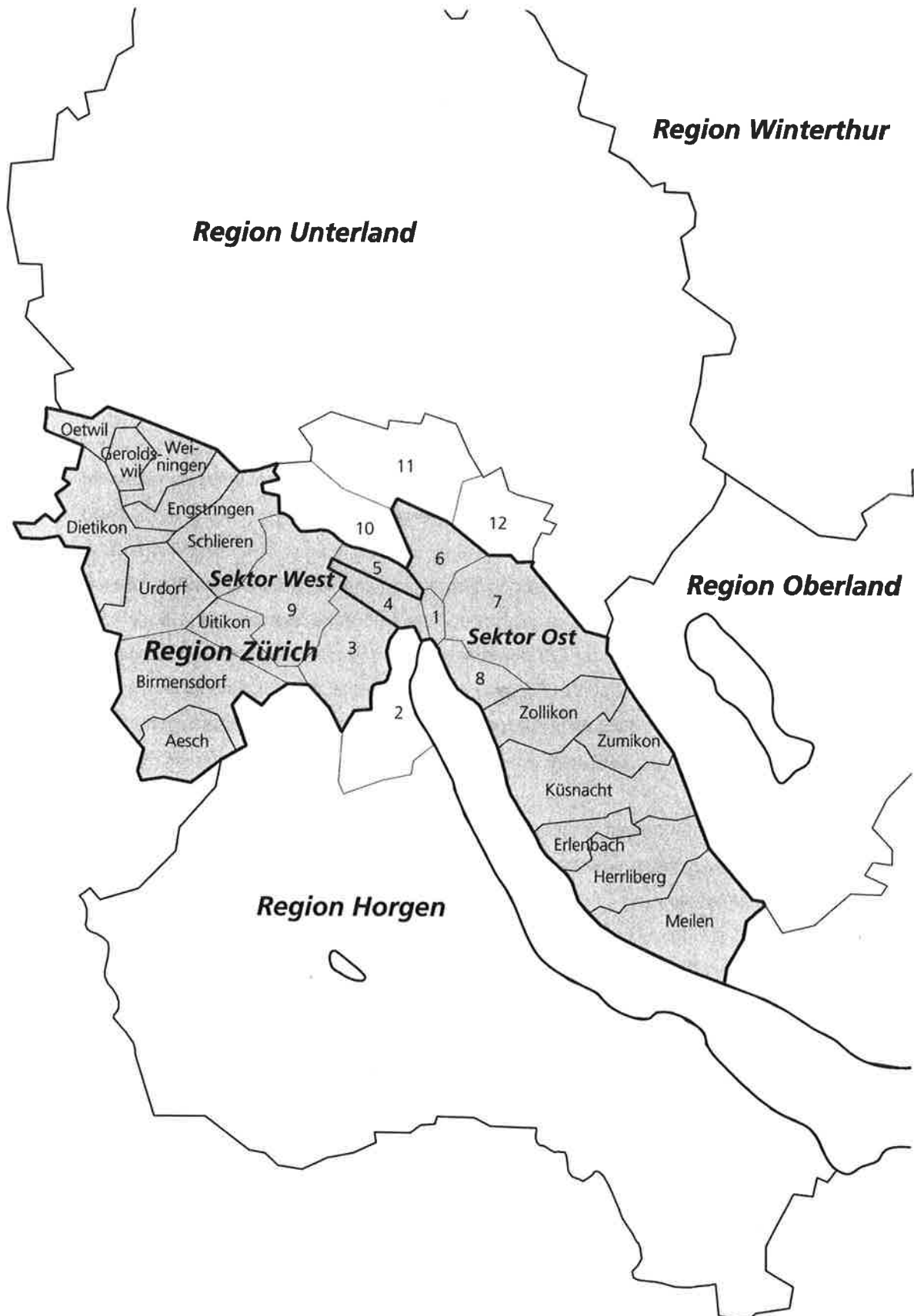
Die Psychiatrieregionen und ihre stationären Einrichtungen

Abb. 2



Sektoreneinteilung Region Zürich

Abb. 3



6.3.2 Auf die Siedlungsstruktur ausgerichtete Entwicklungsvarianten

Was nun die Ausgestaltung und die Organisation der zukünftigen Sektoren betrifft, so ist die Arbeitsgruppe der Auffassung, dass sich der Kanton Zürich verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten offen halten sollte. Bekanntlich unterscheiden sich die einzelnen Regionen des Kantons in geographischer und demographischer Hinsicht stark voneinander. Was für einen ländlichen oder kleinstädtischen Sektor richtig sein mag, kann für ein grossstädtisches Ballungszentrum deplaziert sein. Wie auf Seite 26 aufgeführt, ist nach fundierten Untersuchungen die psychiatrische Versorgung eines Sektors in ausgeprägtem Masse von sozialen und medizinischen Charakteristika der betroffenen Bevölkerung abhängig zu machen. Deshalb ist für den Kanton Zürich die Möglichkeit einer föderalistischen Entwicklungsvielfalt der psychiatrischen Versorgung im Rahmen des gegebenen Leitbildes offenzuhalten.

Mit Rücksicht auf die Gegebenheiten eines bestimmten Sektors sind folgende vier Varianten denkbar, wobei die ersten zwei die Hauptvarianten darstellen.

I. Variante:

Die stationäre Behandlung (für die sogenannte Short and Medium Term Care) wird von einem Teil der bestehenden psychiatrischen Regionskliniken übernommen.

Eine solche Lösung kann sich besonders dort aufdrängen, wo eine psychiatrische Klinik, wie z.B. die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, nicht nur innerhalb eines Versorgungssektors (nämlich in diesem Falle inmitten des Sektor Ost der Region Zürich) liegt, sondern auch in der unmittelbaren Nähe eines somatischen Spitals angesiedelt ist (im Beispiel der PUK sind es gleich mehrere Spitäler), so dass sich hier auch enge Kooperationsmöglichkeiten mit der somatischen Medizin eröffnen.

Die ambulanten und teilstationären Angebote sind bei dieser ersten Variante je nach der Demographie des Sektors dezentral zu verteilen oder können günstigenfalls lokal mit dem stationären Bereich verbunden werden.

Als Ergänzung dieser ersten Variante wäre im Sinne einer Subvariante auch denkbar, dass zusätzlich zu den bestehenden psychiatrischen Regionskliniken die stationäre Behandlung von einer psychiatrischen Klinik, welche bisher noch keinen Regionsauftrag hatte, übernommen wird. Damit ergäbe sich eine zusätzliche Psychiatrieregion im Kanton Zürich. Diese Subvariante wäre für die Psychiatrische Klinik Hohenegg anwendbar. Mit ihrer Lage am rechten Zürichseeufer, in der Nähe des somatischen Spitals Männedorf, könnte die Hohenegg in die sektoriell organisierte Kantonsversorgung eingebunden werden. Sie könnte eine Region in der Grösse von max. 100'000 Einwohner übernehmen (was gleichzeitig einem Sektor entsprechen würde). Ein Teil der Klinik bliebe für Spezialaufgaben (z.B. Psychotherapiestation) erhalten. Diese Variante wäre mit einer Neueinteilung der Regionen verbunden, was Vorteile mit sich bringen könnte.

II. Variante:

Hier wird die stationäre Behandlung vollumfänglich von einem somatischen Spital, etwa von einem Zentral- oder Schwerpunktspital, übernommen. Diese Lösung bedingt, dass mehrere psychiatrische Stationen in einem somatischen Spital integriert werden. Auch hier kann je nach den geographischen Bedingungen des Sektors ein Teil der ambulanten und teilstationären Psychiatrie an das stationäre Zentrum angegliedert werden.

Diese zweite Variante wäre ev. in grösseren Sektoren mit städtischer Bevölkerung wie Winterthur und im Sektor West der Region Zürich zu realisieren. Dazu müssten aber in Winterthur oder am Triemli bzw. Limmattalspital freistehende Häuser für psychiatrische Bedürfnisse zweckmässig umgebaut werden können.

III. Variante:

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass ein mittelgrosser Sektor einen Teil der stationären Akut- und Rehabilitationsbehandlung an einem somatischen Schwerpunkt- oder Zentralspital lokalisiert und sich für den andern Teil auf die regional zur Verfügung stehende psychiatrische Klinik abstützt. Bei einer solchen Lösung müsste der dem Sektor zur Verfügung gestellte Teil der psychiatrischen Regionsklinik unter Leitung des ärztlichen Sektorverantwortlichen stehen, um die sektororientierte Gesamtversorgung zu gewährleisten. Ein solche Lösung wäre mit einer gewissen Gefahr der Zweiklassen- bzw. Zweibettenpsychiatrie verbunden und hätte wahrscheinlich auch zur Folge, dass der ärztliche Verantwortungsbereich im Sektor nicht mit dem Verantwortungsbereich der Administration übereinstimmen würde.

Diese dritte Variante müsste besonders kritisch geprüft werden, wäre aber beispielsweise für Bülach (bzw. einen Sektor der Region Unterland), für Wetzikon (bzw. einen Teil des Oberlandes) und ebenfalls für Winterthur zu prüfen.

Bei dieser dritten Variante ist die ambulante und teilstationäre Versorgung nicht so einfach mit dem stationären Bereich zu verbinden, so dass synergistische Lösungen weniger in Frage kommen. Eine dezentrale Verteilung der verschiedenen psychiatrischen Dienste könnte sich aber aus demographischen Gründen aufdrängen.

IV. Variante:

Die vierte Variante setzt eine besonders gute Integration der Psychiatrie in die Gemeinde und auch ein relativ intaktes soziales Netz voraus. Sie könnte in erster Linie für einen kleinen Sektor mit eher ländlicher oder kleinstädtischer Bevölkerung praktikabel sein. Ein solch überblickbares Bevölkerungsgebiet vermag allenfalls mit einer einzigen psychiatrischen Station oder sogar mit einer gemischten psychiatrisch-medizinischen Station an einem Bezirks-, Kreis- oder Regionalspital auszukommen, wenn für besondere Problemstellungen (sehr aufwendige oder stark selbst- oder fremdgefährliche Patienten) eine psychiatrische Regionsklinik zur Verfügung steht. Auch diese Lösung würde bedingen, dass ein Teil der Regionsklinik unter der Verantwortung des Sek-

torleiters steht. Was die ambulanten und teilstationären Angebote betrifft, so wäre in einem kleinen Versorgungsgebiet eine weitgehende Integration ins betreffende somatische Spital vorstellbar.

Diese vierte Variante könnte etwa im Knonaueramt verwirklicht werden, wo die Integration der Psychiatrie am Bezirksspital Affoltern schon erfreulich weit fortgeschritten ist.

Unabhängig von der Wahl der vorgegebenen Varianten ist längerfristig vorzusehen, dass möglichst in jedem Sektor, mindestens aber in jeder Region die Möglichkeit zur psychiatrischen Krisenintervention mit 4 - 10 Betten an einem somatischen Spital besteht. Am UniversitätsSpital Zürich und im Kantonsspital Winterthur sollte die Schaffung spezialisierter Kriseninterventionsstationen schon bereits kurz- bis mittelfristig erfolgen.

Die Anzahl der stationären und teilstationären Behandlungsplätze in der Akut-, Rehabilitations- und Langzeitpsychiatrie ist von der Grösse, der Bevölkerungsstruktur und der Morbiditätsstruktur des Sektors abhängig zu machen. Durch den zusätzlichen Aufbau subsidiär arbeitender mobiler Equipen, die psychisch Kranke (analog der Übergangspflege) zuhause behandeln und betreuen, sowie durch den Ausbau der ambulanten Angebote kann die Zahl der nötigen stationären und teilstationären Behandlungsplätze etwas reduziert werden, ohne dass dadurch allerdings notwendigerweise die psychiatrische Grundversorgung in einem Sektor kostengünstiger würde. Mobile Equipen setzen sich aus einem multidisziplinären Team von Ärztinnen bzw. Ärzten, Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern, Pflegepersonen und eventuell andern Therapeutinnen und Therapeuten zusammen. Eine Betreuung zuhause durch mobile Equipen ist insbesondere bei schwerer Psychischkranken und in Krisensituationen zeit- und kostenaufwendig, wird aber von Betroffenen oft gewünscht und kann auch Zwangsmassnahmen vermeiden helfen. Mittel- und langfristig sollte in jedem Sektor ein solcher mobiler Dienst zur Verfügung stehen, wobei die Organisation der mobilen Equipen mindestens teilweise synergistisch aus Sektormitarbeiterinnen und Sektormitarbeitern des Ambulatoriums und der (teil)stationären Dienste erfolgen kann. Je nach lokalen Voraussetzungen ist auch der Einbezug von Spitexdiensten bzw. eine Delegation bestimmter mobiler Psychiatrieaufgaben an Spitexdienste zu prüfen. Mittelfristig soll jede Spitexregion über mindestens eine Person mit Psychiatriekompetenz verfügen.

6.3.3 Organisationsprinzipien des Sektors

Die sektororientierte Versorgung stellt ein koordiniertes Verbundsystem dar, das – nicht unähnlich regionalisierten Verbundsystemen im öffentlichen Verkehr – die Bewältigung komplexer werdender Aufgaben in der Psychiatrieversorgung zum Ziel hat.

Erste Aufgabe beim Aufbau einer sektororientierten Versorgung ist die klare Abgrenzung von subregionalen Zuständigkeiten (im Rahmen der grösseren Psychiatrieregionen), um damit die Voraussetzungen zu schaffen, dass alle Spitäler, Übergangseinrichtungen, Ambulatorien, ärztliche Praxen, Sozialdienste, Hilfsvereine, Angehörigen- und Patientenorganisationen usw. einer

bestimmten Gegend an einer klar erkenn- und definierbaren gemeinsamen Aufgabe arbeiten und dabei allmählich zu einem vernetzten Ganzen mit kontinuierlichen Arbeits- und Vertrauensbeziehungen zusammenwachsen.

Das sektororientierte Versorgungskonzept benötigt eine angemessene Koordination mittels eines für das Ganze zuständigen und handlungsfähigen Leitungsorgans (vgl. Abb 4 S. 81). Wie dieses Problem im einzelnen gelöst wird, kann von Ort zu Ort – je nach lokalen Gegebenheiten – verschieden sein. Wichtig ist, dass Aufgabenkreis und Zuständigkeiten institutionsübergreifend, d.h. patienten- und bevölkerungszentriert, statt wie bisher üblich nur institutionszentriert definiert werden. Des weiteren muss das Leitungsorgan über die nötigen institutionsübergreifenden Kompetenzen verfügen, um Überlappungen und kostentreibende Verdoppelungen psychiatrischer Angebote im Sektor sowie einen kontraproduktiven Verteilungskampf zwischen einzelnen Diensten auf dem Rücken von Patientinnen und Patienten und der Gemeinschaft zu vermeiden und eine bedarfsgerechte, flexible Verlagerung von Personal und Mittel über Institutionsgrenzen hinweg, etwa ins spitalexterne Feld, zu ermöglichen.

Neben einem kleinen Leitungsorgan sollte mittelfristig auf der Ebene des Sektors ein Koordinationsorgan mit der Bevölkerung in Form einer sogenannten Sektorkommission eingerichtet werden. Während sich das verantwortliche Leitungsorgan auf die Leitung der Institutionen beschränkt, sollten in der Sektorkommission möglichst alle Beteiligten mit Einschluss der Betroffenen selber, so z.B. Patientinnen und Patienten, Angehörige, Ärztesgesellschaft, Sozialdienste und Behörden vertreten sein. Dadurch könnten die vor kurzem auf Regionsebene eingeführten Psychiatriekommissionen sinnvoll ergänzt werden.

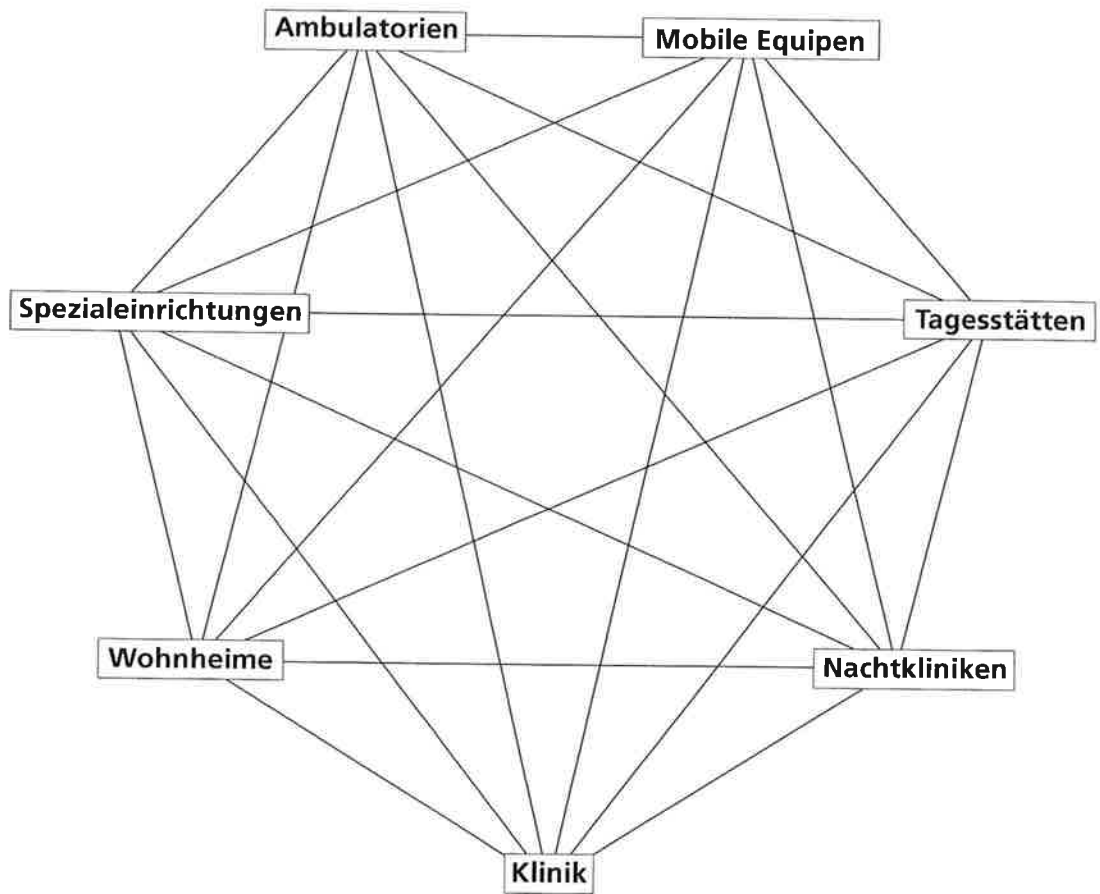
6.4 Planerische Überlegungen zur weiteren Spezialisierung in der Psychiatrie

Eine bessere Integration und Koordination der psychiatrischen Grundversorgung in einem patienten- und gemeindeorientierten Verbundsystem bedeutet nicht, dass die Zukunft der psychiatrischen Behandlung nur den Generalisten gehört, die einem holistischen Behandlungskonzept verpflichtet sind und sich vermittelnd und kontinuierlich für die Betreuung im Kernbereich der Psychiatrie einsetzen. Es ist im Gegenteil ebenso mit einer weiteren Spezialisierung, ja Subspezialisierung der Psychiatrie zu rechnen – selbst im Bereich der Grundversorgung. Die Prognose einer zunehmenden Spezialisierung leitet sich von mehreren Annahmen ab:

- Die gesellschaftliche Entwicklung führt zu einer starken Ausweitung und Diversifikation der medizinisch-psychiatrischen Bedürfnisse. Unterschiedliche ethnische und sprachliche Bevölkerungsteile, unterschiedliche Altersgruppen (Adoleszenten, Menschen im mittleren Alter, ältere Menschen) sowie verschiedene soziokulturelle Gruppierungen (etwa solche mit mehr traditionsorientierter oder mehr alternativer Ausrichtung) verlangen immer stärker nach einem spezifischen Verständnis ihrer Problematik und nach einer ihren Umständen angepassten Behandlung.
- Die stärkere Konsumorientiertheit grosser Teile der Gesellschaft begünstigt ebenfalls die Tendenz zu neuen spezialisierten Behandlungsverfahren, die raschere, leichter erreichbare und spezifischere Therapieerfolge versprechen.
- Der rasch voranschreitende medizinisch-psychiatrische Fortschritt macht zunehmend spezialisierte Kenntnisse für biologische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlungen erforderlich, so dass sich auf Seiten der ärztlichen Therapeutinnen/Therapeuten ein Spezialisierungsdruck ergibt.
- Auch die zunehmend grösseren Qualitätsansprüche und die damit einhergehende Qualitätskontrolle medizinischer Angebote unterstützt die Spezialisierungstendenz.
- Schliesslich trägt auch die zunehmende Verbreitung therapeutischer Aus- und Weiterbildungen für nichtmedizinische Berufsgruppen dazu bei, dass sich die Psychiatrie auf Dienstleistungen spezialisiert, die spezifische psychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen verlangen.

Vernetzung der institutionellen Angebote im Sektormodell

Abb. 4



6.4.1 Spezialisierung im Bereich der Primärversorgung

Die Primärversorgung der Bevölkerung erfolgt in medizinischer Hinsicht hauptsächlich durch niedergelassene Allgemeinärztinnen bzw. -ärzte sowie allgemeinmedizinisch tätige Internistinnen und Internisten. Ca. 15% der Hausarztpatientinnen/-patienten sind psychisch krank und werden vorübergehend oder dauernd von Hausärzten behandelt. Die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind im Bereich der Primärversorgung eigentliche Spezialisten. Sie werden aber nach bisheriger Praxis nicht nur über Zuweisungen durch Allgemeinärztinnen/-ärzte konsultiert, sondern sind in den letzten Jahrzehnten immer häufiger direkt von Patientinnen und Patienten aufgesucht worden. Nichtärztliche Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten mit Praxisbewilligung haben seit der Zulassung zur selbständigen Behandlung von Psychischkranken im Jahre 1992 im Kanton Zürich noch weiter an Bedeutung gewonnen und dürften in Zukunft zahlenmässig noch stark zunehmen.

Aufgrund der heute bestehenden Mängel in der Primärversorgung Psychischkranker (siehe Seite 49f) sowie aufgrund einer anhaltend steigenden Behandlungswilligkeit ist davon auszugehen, dass die ambulante Behandlungsrate Psychischkranker weiter ansteigen wird. Es ist jedoch offen, ob die gewünschten Behandlungen hauptsächlich tiefenpsychologisch ausgerichtet sein werden, oder ob sie sich aufgrund einer veränderten Bedürfnislage vermehrt auf aktuelle Beschwerden und Probleme ausrichten und neue problemspezifische Behandlungsmethoden umfassen werden. Solche zunehmend spezialisierten Behandlungsweisen dürften in Zukunft vor allem Krankheiten wie Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und sexuelle Funktionsstörungen sowie Probleme wie transkulturell bedingte Identitätsverunsicherung, Trennungsfolgen, emotionale und soziale Vereinsamung, psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit etc. betreffen.

In jedem Fall kann von einem Nachholbedarf an psychotherapeutischen und hauptsächlich kurzpsychotherapeutischen Behandlungen ausgegangen werden. Bei Verwendung adäquater und evaluierter Therapiemethoden können dadurch mittel- und langfristig eher Kosten gespart werden.

Eine vermehrte Subspezialisierung im Bereich der Primärversorgung kann auch im Sinne einer spezialisierten Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie durch neue Versorgungsmodelle gefördert werden. Solange viele psychische Erkrankungen von Hausärzten nicht oder zu spät erkannt werden und bei manchen psychisch Kranken Hemmschwellen vorhanden sind, eine Psychiaterin/einen Psychiater aufzusuchen, ist es im Sinne einer patientenfreundlichen Versorgung zweckmässig, wenn Psychiaterinnen/Psychiater vermehrt in Praxen von Hausärztinnen bzw. -ärzten und von andern Behandlungsteams einbezogen werden. Sie können z.B. in Gruppenpraxen und Ambulatorien als Teammitglieder integriert werden oder als regelmässige Konsiliarärzte bzw. -ärztinnen und Supervisoren zur Verfügung stehen. Sie können auch in Spitexzentren Sprechstunden abhalten für Klientinnen und Klienten, die ohnehin dort gesehen werden sind und eine psychiatrische Beurteilung und eventuell Behandlung benötigen.

In anderer Hinsicht kann eine Verbesserung der Primärversorgung auch erreicht werden, wenn niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater einen flächendeckenden psychiatrischen Notfalldienst aufbauen. Dies ist in Zukunft für alle Zürcher Psychiatrieregionen zu fordern.

6.4.2 Spezialisierung im Bereich der Grundversorgung

Die Erwachsenenpsychiatrie hat sich bisher bezüglich der institutionellen Grundversorgung vor allem in gerontopsychiatrischer Hinsicht und im Suchtbereich spezialisiert. Beide Spezialgebiete sind nicht völlig aus der sektorisierten Versorgung herauszulösen, bedürfen aber im Rahmen eines sektorbezogenen psychiatrischen Verbundsystems einer eigenständigen Entwicklung.

6.4.2.1 Zur Gerontopsychiatrie

Die gerontopsychiatrische Spezialisierung hat im Kanton Zürich im Vergleich zu den West-schweizer Kantonen, aber auch zu andern europäischen Ländern einen Rückstand wettzumachen. Entsprechend ist schon in der Zürcher Krankenhausplanung im Jahre 1991 festgehalten worden, dass noch 7 weitere dezentral gelegene psychiatrische Tageskliniken mit insgesamt 90 Behandlungsplätzen fehlen und dass in den Regionen Horgen und Winterthur ein psychogeriatrischer Beratungsdienst einzurichten ist und in den übrigen Regionen die bestehenden Dienste stufenweise auszubauen sind. Bei konsequenter Sektorisierung sind darüber hinaus längerfristig weitere gerontopsychiatrische Zentren zu schaffen. Im stationären Bereich sind in einzelnen psychiatrischen Kliniken des Kantons noch altersspezifische Spezialabteilungen aufzubauen, mit dem Schwergewicht auf Abklärungs- (assessment unit) und Rehabilitationsabteilungen.

In der Region Zürich wird ab 1996 im Hegibach ein spezialisiertes gerontopsychiatrisches Zentrum mit integriertem ambulante, teilstationärem und stationärem Angebot zur Verfügung stehen. Die Platzverhältnisse im Hegibach werden die Versorgung des Ostsektors der Region Zürich in gerontopsychiatrischer Hinsicht ermöglichen. Eine analoge Einrichtung für den Westsektor Zürich – und für Sektoren anderer Regionen – ist jedoch notwendig.

Die für alte Menschen besonders wichtige Integration der psychiatrischen Versorgung in die bestehenden sozialen und medizinischen Strukturen macht die Entwicklung einer subspezialisierten Konsiliar- und Liaisongerontopsychiatrie besonders nötig. Die Konsiliar- und Liaisongerontopsychiatrie ist nicht nur für die somatischen Spitäler bedeutungsvoll, sondern dient ebenso der grossen Anzahl von Alters-, Pflege- und Krankenheimen sowie den ambulant tätigen Betreuungsorganisationen wie der Spitex. An dieser Stelle sei nochmals hervorgehoben, dass besondere alterspsychiatrische Angebote innerhalb der gesamtmedizinischen Versorgung nur soweit einzurichten sind, wie die Befriedigung spezieller Bedürfnisse durch andere Träger nicht genügen. Für viele Problemstellungen in der Hausarztmedizin, im Spitexbereich sowie in Alters- und Pflegeheimen reicht aber eine gute konsiliarische Beratung und eine adäquate liaisonpsychiatrische Unterstützung der Betreuungsteams aus, insbesondere wenn gleichzeitig auch Standards für eine adäquate psychiatrische Betreuung in Heimen und im Spitexbereich festgelegt werden.

Spezielle Bedürfnisse, die durch stationäre gerontopsychiatrische Stationen abzudecken sind, bestehen in drei Bereichen:

1. im Bereich Assessment (interdisziplinäre Abklärung der multidimensionalen psychogeriatrischen Symptome von Patientinnen und Patienten), 2. im Bereich Rehabilitation (Wiedereingliederungsbemühungen, unterstützt durch pharmako-, milieu- und verhaltenstherapeutische Ansätze mit dem Ziel, die Patientinnen und Patienten wieder in ihrem bisherigen Betreuungsnetz zuhause oder in einer kommunalen Altersinstitution langfristig betreuen zu können) und 3. im geringeren Masse im Bereich der Langzeitunterbringung (von dauernd sehr stark verhaltensgestörten geronto-psychiatrischen Patientinnen und Patienten, wobei jedoch Kranke, die demenzbedingt weglaufgefährdet sind oder einfache demenzbedingte Verhaltensstörungen zeigen, nach entsprechendem Assessment und Rehabilitation in die kommunalen Einrichtungen verlegt werden sollten). Auch chronisch Psychosekranken mit stabilen Residualzuständen sollten insbesondere bei Zunahme von rein pflegerischen und weniger verhaltenstherapeutischen Bemühungen in die entsprechenden kommunalen Einrichtungen (Krankenhäuser) verlegt werden können.

6.4.2.2 Zum Suchtbereich

Im Suchtbereich hat bereits eine Subspezialisierung mit einer Aufteilung in Spezialisten für Alkoholkrankheiten und illegale Drogen eingesetzt. Dabei kommt den Fachärztinnen bzw. -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen dieser Subspezialisierungen wiederum nur eine ganz spezifische Aufgabenstellung zu. Denn: Suchtgefährdung, Suchtentstehung und Suchtkrankheiten bilden einen Bereich, der eng mit der Lebensweise und mit Lebensumständen von Menschen verbunden ist, so dass der überdurchschnittlich hohen Suchtbereitschaft in unserer Bevölkerung nicht in erster Linie durch psychiatrische Massnahmen begegnet werden kann. Auch die Behandlung von Suchtpatientinnen und -patienten geht über den Aufgabenbereich der Psychiatrie hinaus. Die spezifischen Aufgaben, die Psychiaterinnen bzw. Psychiatern und psychiatrischen Institutionen zukommen, sind insbesondere sekundär- und tertiärpräventive Anliegen, d.h. rechtzeitige Erkennung und Behandlung, Verhinderung von Chronifizierung und Rückfallsprophylaxe. Im Bereich der Therapie ist die Psychiatrie insbesondere zuständig für die Behandlung psychischer Störungen, die zu Suchtentwicklungen führen, sowie für die Behandlung akuter und chronischer psychischer Störungen als Folgezustände von Suchtmittelkonsum und Suchtentwicklung. Dazu sind im stationären Bereich einerseits spezielle Entzugsstationen sowie andererseits Spezialstationen für die zahlenmässig zunehmenden Patientinnen und Patienten, die gleichzeitig an einer psychiatrischen Erkrankung und an einer Abhängigkeit leiden, erforderlich. Ein besonderer therapeutischer Zugang ist auch für die zunehmende Zahl von Drogenabhängigen nötig, die durch HIV-Infektionen an psychischen Störungen leiden.

Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten für Suchtgefährdete sowie für Suchtkranke sind im Kanton Zürich verhältnismässig gut ausgebaut. Trotzdem gilt es noch die Lücken im Versorgungssystem zu schliessen, die in der Mängelliste (siehe Seite 48) aufgeführt sind.

6.4.3 Spezielle Psychiatrie

6.4.3.1 Spezielle Psychosomatik inkl. Liaison- und Konsiliarpsychiatrie und spezielle Psychotherapie

Der Begriff «spezielle Psychotherapie» könnte dazu verführen, die Bedeutung von institutionellen Spezialangeboten ausserhalb des Kernbereichs der Psychiatrie, der mittels sektorsierter und regionaler Grundversorgung abgedeckt wird, zu unterschätzen. Je bessere Behandlungsmethoden für Angststörungen, Depressionen, Zwangserkrankungen, Essstörungen und andere psychosomatische Erkrankungen sowie Krisen im Rahmen von Persönlichkeitsentwicklungen gefunden werden, desto grösser wird die Notwendigkeit, solche Therapieverfahren an spezialisierten Zentren zu unterrichten und für speziell komplexe Fälle auch spezielle Therapieangebote zu machen. Für solche Spezialangebote kann es jedoch genügen, sie in überregionalen Lösungen, insbesondere an Universitätsinstituten, zur Verfügung zu stellen. Insbesondere ist dabei zu denken an Spezialsprechstunden zur Behandlung spezifischer psychogener Störungen. Diesbezüglich besteht im Kanton Zürich ein eindeutiger Rückstand gegenüber anderen westlichen Ländern. Das Ambulatorium der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich ist personell so auszustatten, dass es sowohl neue psychotherapeutische Behandlungsverfahren erproben wie auch angehende Psychiaterinnen und Psychiater in evaluierten und anerkannten Methoden ausbilden kann.

Zudem sind spezielle psychosomatische verhaltensmedizinische Sprechstunden an einzelnen somatischen Spitälern einzurichten. Sie haben das Ziel, notwendige Veränderungen der Lebensgewohnheiten sowie den Umgang mit den Folgen somatischer Störungen zu unterstützen. Dazu gehört die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten nach Herzinfarkt, Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Rückenbeschwerden (gemeinsam mit der Physiotherapie), Kurse und Gruppen für Stressbewältigung, Entspannungstraining, Arbeitstraining, Atemtherapie, Schmerzbewältigung usw. Wichtig ist aber auch die psychologische Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach schweren operativen Eingriffen insbesondere in der Transplantationschirurgie. Aufgabe der Liaisonpsychiatrie wäre es u.a., Pflegepersonal für die speziellen Aufgaben auszubilden. Zurzeit können wegen personeller Kapazitätsgrenzen etwa an der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich dringliche Aufgaben der Therapie nur in sehr beschränktem Umfang übernommen werden. An höchster Dringlichkeit stehen Spezialsprechstunden an der Medizinischen Poliklinik, Gynäkologischen und Geburtshilflichen Klinik, am Departement Chirurgie und an der Rheumatologischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich. In zweiter Dringlichkeit sollte eine verhaltensmedizinische Tagesklinik an der psychiatrischen Universitätspoliklinik geschaffen werden unter interdisziplinärer psychiatrischinternistischer Leitung.

Ferner sind die bestehenden speziellen Psychotherapiestationen an der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Zürich, an der Psychiatrischen Poliklinik Winterthur und an der Klinik Hohenegg fortzuführen und bei Bedarf eine bis zwei weitere Psychotherapiestationen an Allgemeinspitälern oder psychiatrischen Kliniken nach neuen Konzeptionen zweckvoll einzurichten.

Wie bereits für die Primärversorgung ausgeführt, darf es auch im Spitalbereich nicht Ziel sein, alle psychiatrischen Störungen durch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie behandeln zu wollen. Hingegen bedarf es zur Erkennung und zur adäquaten Therapie betroffener Psychischkranker an den somatischen Spitälern einer fachspezifischen Beratung und Unterstützung im Sinne der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Solche Dienste sollten an allen somatischen Spitälern zur Verfügung stehen, wobei auch niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater diese Aufgaben übernehmen können. An grösseren Zentren sind selbständige konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienste einzurichten, wenn diese Dienstleistungen nicht von psychiatrischen Polikliniken und Stationen dieser Spitäler übernommen werden können.

6.4.3.2 Forensische und Massnahmenpsychiatrie

Besonders vordringlich ist die Spezialisierung in der forensischen Psychiatrie zu fördern. Nicht nur sind die aktuellen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in diesem Bereich im Kanton Zürich ungenügend, sondern es ist auch ein Mangel an spezialisierten Behandlungsmöglichkeiten für psychischkranke Straftäter zu beseitigen.

Kurz- und mittelfristig ist die Klinik Rheinau in ihrem traditionell entstandenen Versorgungsauftrag, psychischkranke Gewalttätige und Straffällige psychiatrisch zu behandeln, mit adäquaten Mitteln zu unterstützen. Gleichzeitig ist zu fordern, dass entsprechend den Vorentwürfen zur Strafrechtsrevision ab sofort nur stationäre Massnahmen für Patientinnen und Patienten, welche voll und ganz vom heute üblichen klinisch-psychiatrischen Rahmen profitieren, gerichtlich empfohlen werden. Darunter fallen vorab die meisten schizophreniekranken Massnahmepatientinnen und -patienten. Mit dazu gehören auch die selteneren Massnahmepatientinnen und -patienten mit klaren affektpsychotischen und neurotischen Störungen. Hingegen fallen alle diejenigen von Massnahmen Betroffenen heraus, welche wegen hoher Gefährlichkeit oder komplexer antisozialer Persönlichkeitsstörungen Hochsicherung und kriminal- und sozialtherapeutischer Mittel bedürfen, welche die Psychiatrie nicht zur Verfügung stellen kann. Als Konsequenz ist eine restriktive klinische Eingangskontrolle angemeldeter Massnahmefälle zu empfehlen sowie die systematische Anpassung der Empfehlungspraxis forensisch-psychiatrischer Gutachter. Massnahmefälle, welche keine klinisch-psychiatrische Behandlungsindikation ausweisen können, werden dem Strafvollzug und seinem variantenreichen sozialtherapeutischen Angeboten überlassen. Die Justiz wäre damit vermehrt gedrängt, die Implikationen des strafrechtlichen Massnahmedenkens in eigener Regie prozedural und institutionell auszugestalten.

Die Konzeptgruppe vertritt ferner die Auffassung, dass zur längerfristigen Problemlösung in der forensischen Psychiatrie umgehend nach einem zentralisiertintegrierten Modell der forensisch-psychiatrischen Behandlung gesucht werden muss. Ein solches Modell müsste in einem Verbundsystem, z.B. auf Konkordatebene, realisiert werden. Ziel wäre es, in verschiedenen psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz (z.B. in der Rheinau, in Münsingen, St. Urban und Wil) nach Problemschwerpunkten definierte, unterschiedliche, in sich möglichst homogene forensisch-psychiatrische Stationen zu führen. So wäre es möglich, den einschlägigen therapeutischen

und sozialpädagogischen Wissens- und Erfahrungsstand in solchen Subzentren zu vertiefen. Beispielsweise könnte sich ein solches Subzentrum auf gefährliche Schizophreniekranken spezialisieren, ein zweites auf behandelbare antisoziale Persönlichkeitsstörungen, ein drittes auf junge multimorbide Massnahmepatientinnen bzw. -patienten etc. Es ist aber nicht zu verschweigen, dass eine solche Lösung sehr teuer ist. Um in engen Verhältnissen einigermaßen humane und doch ausbruchsichere Bedingungen zu gewährleisten, bedarf es eines enormen Personalschlüssels und äusserst günstiger räumlicher Verhältnisse. Darüber hinaus wäre es wohl angebracht, eine verbundzentrale akademische Leitungs- und Forschungsstelle, eventuell gekoppelt mit einem Lehrstuhl an einer Universität, zu schaffen, um ein solches Zentrum in seiner Entwicklung zu unterstützen.

Sollte sich eine solche Konkordatslösung, z.B. aus föderalistischen oder ökonomischen Gründen, nicht bald verwirklichen lassen, wären drei sich ergänzende Alternativen zu prüfen:

1. Der Ausbau der bestehenden «Psychiatrisch-psychologischen Dienste» der Justizdirektion in den Gefängnissen, damit in den Strafanstalten vermehrt regelmässige psychotherapeutische Besprechungen und sorgfältig kontrollierte medikamentöse Behandlungen durchgeführt werden können.
2. Der Auf- und Ausbau von gefängnispsychiatrischen Abteilungen. Wenn suizidale Krisen, schizophrene Rezidive oder Entzugsleiden die Möglichkeiten der gefängnispsychiatrischen Dienste überschreiten, sollte die Überbrückungsbehandlung nicht in den psychiatrischen Kliniken mit ihren mangelhaft ausbruchsicheren Abteilungen erfolgen, sondern in gefängnisinternen Spitalabteilungen, wie sie konkret für Regensdorf geplant sind und in anderen grösseren Strafanstalten auch möglich wären.
3. Der Aufbau eines forensisch-psychiatrischen Zentrums, vorerst ohne Konkordatslösung. Als dritte Alternative wäre ein Alleingang des Kantons Zürich durch Schaffung eines forensisch-psychiatrischen Zentrums in der Klinik Rheinau zu prüfen, wobei anderen Kantonen gegen entsprechende Rechnungstellung Behandlungsangebote gemacht werden könnten, um ein genügend grosses und ausreichend differenziertes Forensisch-Psychiatrisches Zentrum (mit mindestens 50 Betten) in der Klinik Rheinau entstehen lassen zu können. Ein solches Zentrum wäre auch als Lehrkrankenhaus für forensische Psychiatrie einzusetzen und könnte der akademischen Forschung dienen.

6.4.3.3 Neuropsychiatrie

Für Menschen mit einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns fehlen nach der medizinischen Akutversorgung Rehabilitationsplätze. In ausgewählten somatischen Spitalern sind daher Rehabilitationsstationen auszuscheiden. Für Patienten mit bleibenden Schäden sind Plätze in Spezial-einrichtungen auszuscheiden, wobei den Bedürfnissen jüngerer Patienten Rechnung zu tragen ist. Zur Neurorehabilitation ist ein separates Konzept in Bearbeitung.

In ähnlicher Weise sind auch Spezialeinrichtungen für Aidskranke mit schweren psychiatrischen Folgeschäden zu prüfen.

6.4.3.4 Psychischkranke geistig Behinderte

Geistig Behinderte sind nicht als krank zu betrachten. Damit sie ihr Leben entsprechend ihren Möglichkeiten entfalten können, brauchen sie einen geschützten Lebensraum mit Herausforderungen, die ihren Fähigkeiten angepasst sind, sowie eine ständige Förderung und Begleitung. Dabei liegt das Schwergewicht auf heilpädagogischen Elementen. Die Psychiatrie wird erst zuständig, wenn geistig Behinderte zusätzlich psychisch erkranken, sich selbst oder andere gefährden.

Psychiatrische Behandlung geistig Behinderter:

Bei der Betreuung geistig Behinderter ist ein gemeindenahes Stufenmodell mit grösstmöglicher Betreuungskontinuität anzustreben, das die Betroffenen unterstützt und entlastet. Erste Priorität hat die Prävention, damit eine stationäre Behandlung möglichst entfällt. Zugrunde gelegt wird das Sektormodell der Psychiatrieregionen des Kantons Zürich.

Den im folgenden dargestellten Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte geistig Behinderte liegt ein Stufenmodell zugrunde, wie es im vorliegenden Konzept für die psychiatrische Versorgung ganz grundsätzlich gefordert wird (vgl. Seite 59 f).

a) Wohnheim:

Wohnheime, in denen geistig Behinderte leben, erhalten auf Wunsch Unterstützung durch Fachleute aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie dem sozialen und Heilpädagogikbereich. Bezüglich der psychiatrischen Versorgung spielen konsiliar- und liaisonpsychiatrische Angebote eine besonders bedeutsame Rolle.

Vermehrt sollten niedergelassene Psychiater und Psychiaterinnen für regelmässige Konsiliardienste und allenfalls Supervisionen in Wohnheimen gewonnen werden. Nebst der kontinuierlichen psychiatrischen Betreuung ist dabei auch eine psychiatrische Kompetenzerweiterung des Heimteams anzustreben, die an Einzelfällen anhand von Fallvorstellungen lernen und in der Supervision problematische Situationen analysieren und aufarbeiten können.

b) Mobile Equipen:

Bei Problemen in Familien oder in Wohnheimen kann eine mobile multiprofessionelle Equipe angefordert werden, die von einem psychiatrischen Stützpunkt oder einer psychiatrischen Klinik bzw. einem Spital aus fachgerechte psychiatrische Unterstützung anbietet. Die mobile Equipe hat den Vorteil, Problemsituationen am Ort des Geschehens (z.B. in der Familie, in der geistig Behinderte leben) zu analysieren und entsprechende Unterstützung anzubieten. Nach Möglichkeit sollten psychisch erkrankte geistig Behinderte dort behandelt werden, wo sie wohnen und unter Einbezug ihres natürlichen und relevanten Umfeldes.

c) Tagesklinik/Nachtklinik/Werkstätte:

Teilstationäre Betreuungen stellen eine Möglichkeit dar, stationäre Betreuungen zu vermeiden oder zu verkürzen. Sie sind insbesondere angebracht, wenn ambulante bzw. konsiliarische Hilfestellungen nicht mehr ausreichen. Sie können auch zur Beratung und Prävention hilfreich sein.

d) Stationäre Krisenintervention:

Bei akuten psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere bei Selbst- oder Fremdgefährdung, sollten geistig behinderte psychisch Kranke stationär behandelt werden können. Besonders geeignet dazu wären kleine Spezialeinheiten mit 5 bis 6 Plätzen, wo – unter Einbezug der Familie oder der vorbetreuenden Personen – diagnostische Abklärungen getroffen und eine geeignete Wahl der Medikation gefunden werden könnte. Stationäre Aufenthalte sollten auch einmal zur Ferientlastung für Heime und Familie und zu Beobachtungsaufenthalten genützt werden können. Grundsätzlich sind stationäre Kriseninterventionen aber auf psychiatrische Notfallsituationen zu beschränken. Sie sollten zeitlich befristet sein und nicht als Triage zur Umplazierung in Überforderungssituationen dienen.

Beim dargestellten Stufenmodell ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Versorgungsangeboten besonders wichtig. Ebenso bedarf es einer Spezialausbildung von Psychiaterinnen und Psychiatern für die Arbeit mit geistig Behinderten. Dazu fehlen derzeit noch die entsprechenden Ausbildungsplätze und Weiter- bzw. Fortbildungsangebote.

Es ist anzustreben, dass jede Institution, die geistig Behinderte beherbergt, mit psychiatrischen Krisensituationen umzugehen lernt und sich bemüht, ein besseres Verständnis für psychische Problemstellungen bei geistig Behinderten zu erwerben.

Um Umplazierungen von geistig Behinderten während psychiatrischer Erkrankungen entgegenzuwirken, sollten die Heime des Kantons Zürich, die geistig Behinderte beherbergen, wenn möglich, entsprechende Plätze zur Intensivbetreuung zur Verfügung stellen. Dazu benötigen sie die Möglichkeit zu flexibler Personalplanung mit erhöhter Präsenz in Zeiten, wo geistig Behinderte psychisch erkranken. Es wäre vorstellbar, dass durch kantonale Auflagen jedes entsprechende Heim veranlasst wird, solche Intensivplätze zu schaffen und einen psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst zu sichern.

6.5 Planerische Überlegungen zu spezifischen Problemstellungen

6.5.1 Psychiatrie und Migration

Situationsanalyse

Ausländische Menschen sind als Patientinnen und Patienten an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals gegenüber ihrem Bevölkerungsanteil übervertreten und machen einen Drittel aus. Im Vordergrund stehen zahlenmässig Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter aus den traditio-

nellen Rekrutierungsgebieten am Mittelmeer. Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Menschen auf der Flucht aus Drittweltländern sind weniger zahlreich. Hingegen macht die Behandlung von Migrantinnen und Migranten in den externen sozialpsychiatrischen Diensten der PUK etwa einen Fünftel der Klientel aus, was ungefähr dem prozentualen Anteil der ausländischen Bevölkerung entspricht. Deutlich übervertreten sind die ausländischen Patientinnen und Patienten jedoch im Drogenbereich, insbesondere jene der zweiten Generation.

Die Betreuung von Migrantinnen und Migranten in den sozialpsychiatrischen Diensten der PUK (ohne Drogenbereich und Gerontopsychiatrie) lässt sich im Vergleich mit den übrigen Patientinnen und Patienten folgendermassen charakterisieren: Sie melden sich viel häufiger selbst an, ihre Behandlung wird aber überdurchschnittlich häufig abgebrochen oder nach einer Konsultation bereits «abgeschlossen». Sie sind um ein Mehrfaches häufiger verheiratet, haben in der Regel die Niederlassung C oder (deutlich seltener) nur eine Aufenthaltsbewilligung B oder sind Asylsuchende. 1993 wurden im sozialpsychiatrischen Dienst der PUK 35 Patientinnen und Patienten angemeldet, welche überhaupt kein deutsch sprachen.

Weit überdurchschnittlich häufig wurde in den sozialpsychiatrischen Diensten der PUK eine Diagnose aus dem psychotischen Formenkreis (ICD-10) gestellt; psychosomatische Patientinnen und Patienten sind in den sozialpsychiatrischen Diensten der PUK hingegen seltener als in der Psychiatrischen Poliklinik, wo diese dominieren. Im ambulanten sozialpsychiatrischen Bereich werden vor allem schwer psychisch erkrankte Migrantinnen und Migranten behandelt, welche die Möglichkeit von Beratungsstellen und ambulanter Psychiaterinnen und Psychiater überfordern. Massnahmen, welche solch schwierige Therapien unterstützen würden, sind weitgehend inexistent. Insbesondere fehlen migrationsspezifische Supervisionsangebote, bezahlte Übersetzungsdienste resp. der Bezug von interkulturellen Übersetzerinnen und Übersetzern (die Behandlung ist nämlich eher aus interkulturellen denn aus sprachlichen Gründen schwierig). Die Fremdsprachenkompetenzen einiger weniger therapeutischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen unvermeidlich zu deren «Spezialisierung». Vor allem die psychosoziale Betreuung von Migrantinnen und Migranten aus aussereuropäischen Ländern ist enorm schwierig. Zudem ist die Finanzierungsfrage der Übersetzertätigkeit ein ungelöstes Problem.

Rehabilitationsversuche scheitern sehr häufig an fehlenden Möglichkeiten für Umschulung und an fehlenden Arbeitsstellen für körperlich leichte, unqualifizierte Arbeit. Rentenanträge mit erheblichem gutachterlichem Aufwand sind die Folge.

Erschwerend ist ausserdem die Tatsache, dass Migrantinnen und Migranten kaum je in die diversen halbstationären sozialpsychiatrischen Angebote wie Tagesklinik, Nachtklinik, Tageszentrum, Berufsförderungskurs und psychogeriatrische Dienste integriert werden. Ihre Betreuung stützt sich vielmehr auf ambulante Therapien und soziale Dienste ausserhalb der psychiatrischen Institutionen. Dementsprechend schwierig und belastend ist ihre Betreuung. Schwierig sind aus den

genannten sprachlichen und kulturellen Gründen Überweisungen an niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater oder delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Im ambulanten Sektor gibt es bereits einige Angebote für Migrantinnen und Migranten (ethnospezifische Beratungsstellen, z.T. speziell für Frauen, Projektgruppen, die die Arbeit von Mediatoren anbieten, Schulungsangebote zur Heranziehung von Multiplikatoren für Gesundheits-erziehung etc.). Ebenso bieten wahrscheinlich bedeutend mehr Personen mit speziellen sprachlichen und kulturellen Kenntnissen als angenommen Psychotherapien an. Jedoch ist die Vernetzung und das gegenseitige Wissen voneinander ungenügend. Für Italiener und Italienerinnen sind im Laufe der Zeit einige gut funktionierende Angebote gewachsen; fast nichts existiert z.B. aber für die zahlreich vertretenen muslimischen sowie albanischsprachigen Migrantinnen und Migranten aus Kosovo. Entsprechend ist es nur selten möglich, für diese Menschen eine psychiatrische oder psychotherapeutische Betreuung in der Muttersprache zu finden. Hier wäre also innovatives, flexibles sozialpsychiatrisches Denken besonders gefragt. Die Kooperation von staatlichen Stellen mit den Betreuungsstrukturen für Migrantinnen und Migranten muss konzeptionell verankert und in gemeindepsychiatrischen Ansätzen mitgedacht werden. Wo immer möglich, ist es deshalb sinnvoll, systemisch zu arbeiten (Umfeld, Familie einbeziehen) und die Patientinnen und Patienten so gegebenenfalls auch via Hausbesuche und Spitex/mobile Equipen zu betreuen.

Auch somatisch ausgerichtete Kliniken und teils Hausärztinnen und Hausärzte stützen sich oft auf die Dienste von ambulanten psychiatrischen Institutionen ab, wenn es mit Migrantinnen und Migranten besondere (oft als «psychosomatisch» etikettierte) Probleme gibt. Auf allen Stufen der ärztlichen Versorgung besteht jedoch ein grosses Defizit an Ausbildung in migrationsspezifischen und interkulturellen Belangen. Ebenso fehlt es vor allem an qualitativer Forschungstätigkeit.

An somatischen Kliniken wird das Problem zwar wahrgenommen, doch bestehen noch keine klaren Vorstellungen darüber, wie diese Kliniken mit eigenen Mitteln die speziellen Probleme von Migrantinnen und Migranten besser erfassen können. Auch ist noch ungelöst, wie bereits bestehende Angebote von kultureller Übersetzung (z.B. Beratungsstellen, Mediatoren) besser wahrgenommen und genutzt werden könnten.

Aus dieser Analyse des Ist-Zustandes sind zur Lösung migrationsbedingter Problemstellungen in der Psychiatrie folgende Postulate abzuleiten:

- Es gehört zur Kultur jeder psychiatrischen Institution, den Migrationsfragen Rechnung zu tragen. Damit diese Aufgabe besser erfüllt werden kann, brauchen psychiatrische Stellen eine adäquate Informations- und Beratungsmöglichkeit.
- Deshalb ist die Bildung einer Informationsstelle und eines ethnopsychiatrischen Beratungsdienstes im Kanton Zürich nötig.

Die Informationsstelle, die als Anlaufstelle für z.B. medizinische, kulturelle, soziale Fragen zu Thema Migration dienen soll, könnte ev. an ein bestehendes Hilfswerk angegliedert werden. Der ethnopsychiatrische Beratungsdienst könnte ev. aus personellen Ressourcen von stationären und ambulanten psychiatrischen Institutionen gebildet werden.

Dem ethnopsychiatrischen Dienst kämen folgende Aufgaben zu:

Allgemeine Aufgaben:

- Bestandesaufnahmen über bestehende Angebote und Defizite, Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildung und Ausbildung von Personen, die im medizinischen und sozialen Sektor tätig sind
- Zusammenarbeit mit somatischen Kliniken, die eigene Lösungsansätze zur Betreuung von Migrantinnen und Migranten haben bzw. suchen

Patientenbezogene Aufgaben:

- Konsiliartätigkeit und Supervisionsangebote an psychiatrisch und somatisch orientierte Kliniken, fallbezogene Fortbildung
- Konsiliartätigkeit, Zusammenarbeit und fallbezogene Supervision für Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung
- Vermittlung von Therapieplätzen
- Betreuung und Therapie von besonders komplexen Fällen
- Bildung einer mobilen Equipe unter Zuhilfenahme von systemischen Ansätzen (u.a. Familientherapie, Hausbesuche)
- Bildung von Supervisionsgruppen, gegenseitige Supervision («Intervision») zusammen mit anderen interessierten Therapeutinnen und Therapeuten

6.5.2 Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Grundsätzliches

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht ein Teil- oder Untergebiet der allgemeinen Psychiatrie, sondern ein gleichwertiges, für sich selbst zuständiges Nachbargebiet mit eigenem Versorgungsauftrag, Facharztcurriculum, Fachverband, Lehrstuhl und konzeptuell verankerter kantonaler Planungsstrategie. Das vorliegende Psychiatriekonzept beinhaltet deshalb kein kinder- und jugendpsychiatrisches Konzept. Es berücksichtigt aber alle Bereiche, wo sich Zusammenarbeits- und Abgrenzungsfragen zwischen den Gebieten besonders stellen. Im Zentrum steht die kooperative Versorgungs- und Kompetenzregelung in der stationären Behandlung jugendlicher Patientinnen und Patienten an der Schwelle zur Mündigkeit, während entsprechende Schnittstellen der Primärversorgung, der fachärztlichen und institutionellen Ambulanz sowie der teilstationären Angebote keiner besonderen konzeptuellen Regelung bedürfen. Ein eigenes Kapitel kommt der sogenannten Familienpsychiatrie zu, welche systematischer interdisziplinär zu pflegen ist. In der Versorgung jugendlicher Drogenabhängiger soll die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der multiprofessionellen Problemstellungen einbezogen werden, ohne aber spezifische institutionelle Angebote beispielsweise im stationären Bereich leisten zu müssen.

Zuständigkeit nach Alter und Diagnose

Die disziplinäre Zuständigkeit wechselt grundsätzlich wie im Zivil- und Strafrecht mit dem abgeschlossenen 18. Altersjahr, richtet sich aber im Einzelfall flexibel nach Kriterien von Reifegrad, Diagnose, Krankheitsverlauf, Versorgungsangeboten und Behandlungskontinuität und nicht starr nach dem chronologischen Alter. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie soll ihre besondere Kompetenz in typisch fachspezifischen Diagnosebereichen auch weit über die Volljährigkeit hinaus behalten (z.B. kindlicher Autismus) und beispielsweise in heim- oder liaisonpsychiatrischer Betreuung ausüben können. Rekurrende oder chronifizierende jugendpsychiatrische Frühmanifestationen der funktionellen Psychosen (schizophrene und affektive Psychosen) hingegen sollen zur langfristigen Rehabilitation u.U. schon früh der Erwachsenenpsychiatrie überantwortet werden können.

Kooperative stationäre Behandlungsstrategie bei Jugendlichen

Gesamtkantonal zentrale jugendpsychiatrische Behandlungseinheit sind die Stationen des kinder- und jugendpsychiatrischen Zentrums (KJPZ) in Zürich mit zweimal 9 Betten. Fälle mit hochakuter selbst- und fremdgefährlicher Psychopathologie bedürfen aber u.U. einer kooperativen Interventionsstrategie mit Intensivpflegeabteilungen psychiatrischer Kliniken. Angestrebt wird ein interdisziplinärer Verbund der Universitätskliniken (Stationen KJPZ und PUK in Zürich) als Grundlage eines standardisierten Vorgehens in akutpsychiatrischen Sondersituationen Jugendlicher. Bei Aufnahmeunfähigkeit der PUK soll die Klinik der Herkunftsregion nächste Wahl sein. Sogenannte Adoleszentenstationen der Erwachsenenpsychiatrie zur mittel- und längerfristigen altersgerechten Behandlung Jungerwachsener unter Einschluss älterer Jugendlicher sollten integriert oder konsiliarisch die Fachkompetenz der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigen und ausbildungsorientierten Austausch pflegen.

In der poststationären Behandlungskette ist ein dezentrales Platzangebot in Jugendheimen ein unerlässliches Element, welches auch von erwachsenenpsychiatrischen Kliniken im Falle junger Patientinnen und Patienten systematischer genutzt werden soll. Von der im Heimwesen zuständigen zivil- resp. strafrechtlichen sowie privaten Jugendhilfe ist dabei ein konsequenter Einbezug der Jugendpsychiatrie und ein dem Sektorgedanken verpflichtetes Verbundsystem zu wünschen. Generell ist zudem am Eintritt zur Mündigkeit eine behandlungsadäquate harmonischere Handhabung der gesetzlichen Finanzierung und Zuständigkeit anzustreben, um abrupte Prozederenumstellungen am 18. Geburtstag zu vermeiden (z.B. Kostenträgerschaft bei Platzierung).

Familienpsychiatrie

Die junge Disziplin der Familienpsychiatrie ist im Kanton Zürich in enger Verknüpfung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu fördern und auszubauen. Eine systematische Integration der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist vor allem im stationären Behandlungssetting sinnvoll, wenn Kinder hospitalisierter psychisch Kranker präventive und therapeutische Hilfe erfahren sollen. Psychiatrische Kliniken sollten dazu ein kinder- und jugendpsychiatrisches fachärztliches Angebot fest installieren, als Teilzeitmitarbeit oder liaisonpsychiatrisch. Auch in der Ambulanz ist unter

diesem Gesichtspunkt ein interdisziplinäres Zusammenwirken anzustreben. Wünschenswert ist ferner, dass einzelne Kliniken die Aufnahme erkrankter Mütter mit ihren Säuglingen ermöglichen (z.B. postpartale Depression). Umgekehrt wird es Aufgabe der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sein, zur Behandlungsoptimierung ein erkranktes Kind allenfalls zusammen mit einem Elternteil hospitalisieren zu können.

6.6 Modellversuche

Die Psychiatrie lebt von innovativen Entwicklungen und Anpassungen an neuartige Problemstellungen. Es ist davon auszugehen, dass es zum Selbstverständnis jeder psychiatrischen Einrichtung gehört, bereits im Rahmen der gegebenen personellen und finanziellen Möglichkeiten stetig nach Verbesserung ihrer Angebote zu suchen. Darüber hinaus sollten aber auch spezielle Modellversuche möglich sein.

Um für die Durchführung von solchen Modellversuchen, die die Bereitstellung zusätzlicher Mittel bedingen, nicht ausschliesslich auf die Initiative und Ressourcen von Lehre und Forschung angewiesen zu sein, werden kantonale Mittel bereitgestellt für «Modellversuche im Rahmen des Psychiatriekonzepts». Damit sollen auch Modellversuche aus der Praxis der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen und aus der Selbsthilfe heraus entstehen können.

Der Entscheid über die Freigabe der Mittel und die Sicherstellung der regelmässigen Evaluation der Modellversuche werden einer durch die Gesundheitsdirektion eingesetzten interdisziplinären Arbeitsgruppe übertragen. Sie erarbeitet die dazu notwendigen Reglemente (Eingabeformalitäten, Evaluationskriterien, Befristung und Vorgehen für allfällige Anschlussfinanzierung etc.).

Die Modellversuche helfen mit, eine zeitgemässe Entwicklung der psychiatrischen Versorgung und des Psychiatriekonzeptes für den Kanton Zürich zu gewährleisten. Sie unterstützen das Beschreiten neuer, auch unkonventioneller Wege und fördern die Integration andernorts erprobter Angebote (z.B. Soteria).

Eingabeberechtigt sind private und öffentliche Organisationen. Bei regionalen Projekten ist die Stellungnahme der regionalen Psychiatriekommission einzuholen. Überregionale Projekte sind dieser zur Kenntnis zu bringen.

6.7 Koordination und Kontrolle der verschiedenen Angebote

Die verschiedenen Aufgaben der Primärversorgung, der institutionellen Grundversorgung und der Versorgung mit spezialisierten Angeboten sind je auf kantonaler, regionaler und Sektorebene miteinander zu koordinieren sowie zentral zu kontrollieren.

6.7.1 Koordination

1. Zur Koordination auf Sektorebene: Ziel der Sektorisierung ist unter anderem die organisatorische Verbindung der verschiedenen Angebote der institutionellen Grundversorgung unter einheitlicher Leitung. Zur Vernetzung der institutionellen Grundversorgung mit der Primärversorgung und mit weiteren privaten Angeboten wird mittelfristig die Einführung von Sektorkommissionen vorgeschlagen, sofern die regionalen Psychiatriekommissionen diese Aufgaben nicht erfüllen können.

2. Zur Koordination auf Regionsebene: Bis sich die Sektororganisation in den verschiedenen Regionen weiter etabliert hat, werden die Psychiatrieregionen besonders umfassende Koordinationsaufgaben zu übernehmen haben. Aber auch nach erfolgreicher Etablierung von Sektororganisationen werden auf Regionsebene besondere Bedürfnisse der Koordination – insbesondere hinsichtlich der Vernetzung von Grund- und Spezialversorgung im institutionalisierten wie privaten Bereich – bestehen bleiben.

In jeder psychiatrischen Versorgungsregion des Kantons Zürich hat deshalb eine Regionale Psychiatriekommission zu bestehen. Die Aufgabe an diese Kommission umfasst:

- fortlaufende Wertung und Abstimmung des psychiatrischen Dienstleistungsangebotes (Gesundheits-, Sozial- und Fürsorgebereich) im Hinblick auf Zweckmässigkeit, Zusammenarbeit und allfällige Versorgungsmängel
- periodische Berichterstattung über Entwicklungen, Aktivitäten und allfällige Antragsstellung an die zuständigen Aufsichtsorgane
- Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Förderung des Verständnisses für die Bedürfnisse psychisch Kranker und Behinderter und für Anliegen der Psychiatrie durch Stimulation und Unterstützung entsprechender Vorhaben in der Region sowie durch eigene Verlautbarungen
- Koordination mit der Tätigkeit der anderen Regionalen Psychiatriekommissionen

Die Regionalen Psychiatriekommissionen nehmen diese Aufgabe wahr durch geeigneten Informationsaustausch, Kontakte in- und ausserhalb der Region, Initiativen zur Verbesserung der Zusammenarbeit und Weiterbildung sowie Abklärung von festgestellten Mängeln. Sie haben weder Kontroll- noch Leitungsfunktion. Sie organisieren ihre Koordination selbständig. Die Zusammensetzung der Regionalen Psychiatriekommissionen umfasst Vertreterinnen und Vertreter der psychiatrischen Institutionen, der Ärzteschaft, der Spitex, der Pflegenden, der Sozialhilfe, der Patienten- und Angehörigenorganisationen sowie weiterer direkt betroffener Kreise.

Zur Erfüllung der Aufgaben besitzen die Regionalen Psychiatriekommissionen folgende Kompetenzen:

- Ernennung der Kommissionsmitglieder und Wahl des/der Vorsitzenden unter Vorbehalt der Genehmigung durch die Gesundheitsdirektion

- Gestaltung der eigenen Tätigkeit im Rahmen des generellen Auftrages
- Recht auf die für die Erfüllung des Auftrages notwendigen Informationsbeschaffung

3. Zur Koordination auf Kantonebene: Die Koordination auf kantonaler Ebene wird durch die Gesundheitsdirektion geregelt. Die Vertreter der institutionellen psychiatrischen Versorgung haben ihre eigene Organisationsstruktur (z.B. Zürcher Kollegium Psychiatrischer Chefärzte).

6.7.2 Aufsicht

Solange sich die bestehenden gesetzlichen Grundlagen sowohl auf Bundes- wie Kantons- und Gemeindeebene nicht wesentlich ändern, bleibt die Aufsicht je nach Inhalt des Problems verschieden und lässt sich kaum vereinheitlichen. Im Bereich des Gesundheitswesens soll die Gesundheitsdirektion im Sinne einer Entflechtung von Leitung und Aufsicht diese Funktion soweit möglich trennen und eine kantonale Aufsichtskommission mit klar definierten Aufgaben benennen.

7. Lehre, Forschung und Ausbildung

7.1 Lehre und Forschung

Lehre und Forschung sind für eine ständige Fortentwicklung und Vertiefung der Psychiatrie unabdingbar. Sie sollen, wie in den Grundsätzen des vorliegenden Leitbildes festgehalten, den einzelnen Kranken verpflichtet sein und nach ethischen Grundprinzipien erfolgen.

Die Forschungsvorhaben haben mit den Patientenrechten übereinzustimmen und nicht nur den gesetzlichen Vorlagen zu entsprechen, sondern auch die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der Schweizerischen Stiftung der Pro Mente Sana zu berücksichtigen. Sie sind durch speziell eingesetzte Ethikkommissionen zu überprüfen.

Im Rahmen dieser ethischen Grundprinzipien soll die Freiheit der Forschung im universitären Bereich uneingeschränkt sein. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die psychiatrische Lehre und Forschung in vielschichtiger Weise entwickeln kann. Da die seelischen Erkrankungen eine ausgesprochen grosse Komplexität aufweisen, ist auch dem Prinzip der Interdisziplinarität Rechnung zu tragen. Eine reduktionistische Begrenzung auf eine bestimmte Sichtweise, sei sie etwa biologischer oder psychologischer Art, ist zu vermeiden.

Gleichzeitig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der medizinischen Wissenschaften, aber auch besonders zwischen Medizin und Nachbardisziplinen (wie Psychologie, Soziologie), zu fördern. Ferner sind interdisziplinäre Ausbildungen, an denen verschiedene Berufsgruppen teilnehmen können, zu unterstützen. Ansätze dazu bestehen bereits im Rahmen der Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie und im Pilotkurs für Geriatrie (inkl. Psychogeriatrie). Solche interdisziplinären Ausbildungsgänge bedürfen einer speziellen berufsgruppenübergreifenden Finanzierungsform.

Je wichtiger die praktische Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Behandlung und Prävention psychischer Erkrankungen ist, umso mehr gilt es auch, eine gemeinsame Grundhaltung in der Psychiatrie zu finden und die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bei Forschungsaufgaben zu fördern. Durch gemeinsame Lehrveranstaltungen für medizinische und paramedizinische bzw. pflegerische Berufsgruppen kann die Identitätsbildung in der Psychiatrie gestärkt werden, ohne dass auf mehrdimensionale Forschungs- und Lehransätze verzichtet werden müsste. Zur Integration der verschiedenen Ansätze dient ein umfassendes bio-psycho-soziales Konzept psychischer Störungen. Im Rahmen dieses Grundkonzeptes finden gesonderte Aus-, Weiter- und Fortbildungen für biologische, psychologische oder soziologische Spezialistinnen und Spezialisten innerhalb der Psychiatrie ebenso Platz wie entsprechend spezialisierte Forschungsanstrengungen.

Grundsätzlich sind möglichst viele psychiatrische Einrichtungen im Kanton an der Lehre und Forschung zu beteiligen, um die psychiatrische Praxis auch über solche dezentralen Forschungs- und Lehranstrengungen auf dem aktuellen Stand zu halten.

Eine besondere Rolle kommt den universitären psychiatrischen Einrichtungen (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Psychiatrische Poliklinik USZ) zu. Sie haben in Lehre und Forschung Zentrumsfunktionen. Dazu erhalten sie von der Erziehungsdirektion des Kantons besondere Forschungs- und Lehrmittel zur Verfügung gestellt. Diese Mittel sollen neben klinischer und Grundlagenforschung auch eine stetige Evaluation der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich erlauben.

Ziel der universitären Forschung ist nach dem Leitbild der Universität eine qualitativ hochstehende Forschung von internationalem Niveau.

Neben Grundlagenforschung, Erforschung von Krankheitsursachen und Krankheitsverläufen, Evaluierung von Behandlungsmethoden etc. ist es auch nötig, das Krankheitsverhalten und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Menschen in ihren jeweiligen Lebenssituationen zu erforschen.

So ist z.B. der Einfluss der sozioökonomischen Situation von Frauen (und von Männern) auf das psychische Befinden, bzw. auf die Möglichkeit, sich von einer psychischen Erkrankung zu erholen, zu berücksichtigen. Ferner sind Mehrbelastungen von alleinerziehenden alleinstehenden Frauen (oder Männern) zu beachten.

Als weiteres Beispiel soll die Förderung des psychiatrischen Pflegebereiches in der universitären Lehre und Forschung angeführt werden. Dabei sollen Lehre und Forschung kohärent mit dem aktuell gebräuchlichen, phänomenologisch ausgerichteten Modell der Pflege sein. Dieses integrierte Modell behandelt gesundheits-, krankheits- oder krisenbezogene Pflegeprobleme und Bedürfnisse psychosozialer und geistiger Art gleichbedeutend mit solchen biologischer Art. Lehre und Forschung in der Pflege beziehen sich demzufolge auf die gesamte Krankheitserfahrung (Zustand und Befinden) eines Menschen, auf seine Reaktion darauf und auf seinen Umgang damit innerhalb seines sozialen und materiellen Umfeldes.

Es ist wünschenswert, dass die Berufsangehörigen selbst für Pflegeforschung ausgebildet werden und diese selbst betreiben, denn nur Fachleute haben den theoretischen und praktischen Sachverstand und nur ihnen sind die Fragen- und Problemstellungen bekannt, die die Grundlagen zu relevanter Pflegeforschung bilden. Es ist zu erwarten, dass mit der Einführung einer höheren beruflichen Bildung und Forschung in der Pflege eine Erweiterung der bestehenden beruflichen (und interdisziplinären) Kultur einhergeht.

Neben der universitären Lehre basiert die Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedensten in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen auf besonderen Fachschulen und spezialisierten Ausbildungsgängen (vgl. unten). Im Sinne der Heranbildung einer gemeinsamen interdisziplinären Grundhaltung und gemeinsamer Basiskompetenzen in der Psychiatrie ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen universitären und nichtuniversitären Lehrangeboten zu fördern (z.B. durch Austausch von Lehrkräften oder gemeinsame schulübergreifende Veranstaltungen).

7.2 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Wie in Kapitel 5.1. ausgeführt, basiert das Psychatriekonzept auf einem Menschenbild, das jeden Menschen als einzigartig betrachtet. Daraus ergeben sich Konsequenzen, einerseits für Ausbildungsstandards, Weiterbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten, andererseits für Personalschlüssel und Finanzierung.

Konsequenzen für das Pflegepersonal:

Die neuen Ausbildungsbestimmungen (NAB) für Pflegeberufe (SRK 1.1.92) schreiben eine Verlängerung der Ausbildungszeit von zwei auf drei Jahre bzw. von drei auf vier Jahre vor. Inhaltlich verlangen die neuen Richtlinien, dass vermehrt Pflegegeneralisten ausgebildet werden. Nach wie vor sind jedoch für eine qualitativ hochwertige Pflege psychisch Kranker spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten erforderlich. Deshalb muss in allen Pflege-Grundausbildungen und namentlich in den Zusatzausbildungen zur Gesundheitspflege (Spitex) dem Bereich Psychiatrie genügend Gewicht beigemessen werden. Zusätzlich sind in der Weiter- und Fortbildung des Pflegepersonals, aber auch interdisziplinär, im ambulanten und im stationären Bereich, genügend Angebote zur Vertiefung des Psychiatriefachwissens zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sollten Supervisionen und «Balintgruppen» die Fachkompetenz auch ausserhalb des eigentlichen psychiatrischen Fachgebietes sichern (z.B. Spitex, Altersheime, u.a.).

Konsequenzen für die Hausärztinnen und Hausärzte:

In der psychiatrischen Primärversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte geht es um zwei Aufgabenkreise:

- Die psychosoziale Versorgung, d.h. allgemein psychologische Tätigkeit wie Gesprächsführung, psychologische Beratung (auch von Angehörigen, Behörden) etc.
- Die psychiatrische Versorgung wie Abklärung, Diagnosestellung und Behandlung psychischer Krankheiten, Krisenintervention, Erst- und Nachbehandlung von Psychosen, Suicidversuchen etc.

Um die psychiatrische und psychosoziale Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte zu verbessern, sollten die (z.T. vorhandenen) Aus- und Weiterbildungsangebote mehr Gewicht erhalten als bisher. An den somatischen Kliniken sollte der Status der psychiatrischen Liaisonärzte und deren Funktion in der Weiterbildung der Assistenzärzte und -ärztinnen eingeführt oder – so vorhanden – aufgewertet werden. Im Rahmen der Fortbildung sollte die psychiatrische und psychosoziale Kompetenz vertieft werden. Sie umfasst nicht nur das Wissen um und die Wahrnehmung von Beziehungsproblemen zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient, sondern auch praktische Fertigkeiten beim Lösen solcher Probleme. Neben bereits bestehenden Fortbildungsangeboten kann die Fortbildung mit (video)-band-dokumentierten Fallbesprechungen und/oder Balintgruppen sowie gemeinsamen Besprechungen mit Pflegenden und Sozialengagierten ergänzt werden.

Konsequenzen für die Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie:

Für die fachärztliche Tätigkeit in der psychiatrischen Praxis nehmen die ambulanten Dienste neben den psychiatrischen Kliniken eine besondere Aufgabe wahr. Die Weiterbildungsprogramme für den Facharzttitel FMH Psychiatrie und Psychotherapie werden zur Zeit überholt und ausgeweitet. Die wichtigsten Neuerungen betreffen: Die Verlängerung der Weiterbildungszeit von fünf auf sechs Jahre, die Erhöhung der geforderten Supervisionen von 100 auf 300 Stunden, die Vertiefung der Ausbildung in einer psychotherapeutischen Methode sowie das Facharztexamen. Assistenzärztinnen und -ärzte sowie das Kader der Weiterbildungsinstitutionen werden konsequenterweise einen wesentlich grösseren zeitlichen Aufwand als bisher für die Weiterbildung erbringen müssen, was nicht ohne finanzielle Auswirkungen bleiben kann.

Konsequenzen für die selbständige Tätigkeit von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen:

In zunehmendem Masse beteiligen sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der Betreuung und Behandlung psychisch kranker Menschen. Daraus folgt, dass die Zusammenarbeit der Pflegenden und der Ärzteschaft mit den Psychotherapeuten an Bedeutung gewinnt. Gleichzeitig ist die praxisorientierte Aus- und Weiterbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu fördern. Sollte die Erlaubnis zur psychologischen Behandlung von psychisch Kranken im Kanton Zürich wie vorgesehen an eine mehrjährige Berufsarbeit in einer psychiatrischen Institution geknüpft werden, so wären vorgängig auch entsprechende Weiterbildungsstellen in diesen Institutionen zu schaffen.

Konsequenzen für die Fachleute der beruflichen und sozialen Rehabilitation und Langzeitbetreuung:

Die Trägerorganisationen sind aufgefordert, sich für eine der Aufgabe entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildung ihres Fachpersonals zu engagieren und interdisziplinäre Möglichkeiten zu nutzen.

Grundsätzlich ist jede psychiatrische Institution angehalten, sich an der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen zu beteiligen. Die entsprechenden Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepte haben auch Elemente der Qualitätssicherung zu enthalten. Für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Pflegenden ausserhalb spezialisierter psychiatrischer Einrichtungen sind psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste mit einzubeziehen.

Ferner sollten aktuelle psychiatrische Erkenntnisse auch in die Aus- und Weiterbildung von nicht-psychiatrischen Berufsgruppen, die häufig Kontakt mit Erkrankten haben (z.B. Mitglieder von Gesundheits- und Vormundschaftsbehörden, Polizeibeamte, Spitex-Personal, Fürsorgedienste etc.), einfließen.

8. Qualitätssicherung und patientenzentrierte Versorgung

8.1 Grundsätzliche Überlegungen

Der Begriff Qualitätssicherung bezeichnet die Gesamtheit von aufeinander abgestimmten Massnahmen zur Qualitätsdefinition (Leitbilder, Standards etc.), zur Qualitätsüberprüfung und Qualitätsmessung und zur Qualitätsbeeinflussung.

Qualitätssicherung liegt im Interesse aller Beteiligten. Sie dient einer humanen, zeitgemässen und wirksamen Behandlung der Patientinnen und Patienten. Qualitätssicherungssysteme, die in der Industrie oder der somatischen Medizin entwickelt worden sind, sind aber nur mit Vorbehalt auf die psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen zu übertragen. Therapeutisches und pflegerisches Handeln ist ein hochkomplexes, schwer in bewertbare Schritte zerlegbares Ganzes. Die Psychiatrie kann eine heilsame Wirkung nur in einem Raum entfalten, in dem gesellschaftlichen Faktoren, die Stress, Angst und Leiden hervorrufen, vorübergehend etwas entgegengesetzt wird. Will die Psychiatrie ihrem Menschenbild gemäss arbeiten, muss sie Spielräume haben, in denen Kreativität, Selbstbestimmung und Selbstbesinnung Platz haben.

Orientierung am Leitbild und Menschenbild

Qualitätssicherung in der Psychiatrie orientiert sich an den im **Leitbild** formulierten Grundsätzen: an patientenorientierten Angeboten, bedürfnisgerechten Einrichtungen, angemessenen Mitteln zur Behandlung aller Krankheitsschweregrade, tragenden mitmenschlichen Beziehungen als Behandlungsgrundlage, hoher Fachkompetenz, Respektierung der personalen Würde und Autonomie, guter Erreichbarkeit des Angebotes, Einbezug der Angehörigen, menschenrechtskonformer Reglementierung der Patientenrechte. Denn Qualitätssicherung ist ein normatives Unterfangen und bedingt klare Vorstellungen über das zugrundeliegende Menschenbild, über die Auffassung von Krankheit und Gesundheit, über die angewandten Therapieansätze und über das angestrebte Niveau der sozialen Integration.

8.2 Dimensionen der Qualitätsbestimmung

Qualität wird üblicherweise in die drei Dimensionen Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität unterteilt.

Strukturqualität beinhaltet die personelle, bauliche, organisatorische, finanzielle und technische Ausstattung der psychiatrischen Institutionen. Kernstück ist die Qualifikation des Personals. Rekrutierung, Aus-, Weiter- und Fortbildung und laufende Qualifizierung (z.B. über Supervision) müssen gewährleistet sein.

Für eine bedarfsorientierte Planung sind regelmässige Analysen (z.B. der soziodemographischen Basisdaten der Versorgungsregion) notwendig.

Prozessqualität umfasst die Gesamtheit der Tätigkeiten im Rahmen des individuellen und interdisziplinären Behandlungs- und Pflegeprozesses, d.h. Art und Umfang diagnostischer Massnahmen, Gestaltung von Entscheidungsprozessen, Therapie-, Pflege- und Rehabilitationsplanung, Durchführung und Koordination einzelner therapeutischer, pflegerischer und rehabilitativer Massnahmen, Gestaltung des therapeutischen Milieus und eine adäquate Dokumentation. Zur Prozessqualität gehören ausserdem Art und Ausmass der Zusammenarbeit (Kommunikation, Koordination) in interdisziplinären Teams, zwischen verschiedenen Institutionen (ambulant, teilstationär, stationär), Art und Ausmass des Einbezugs der Angehörigen, die Beachtung von ethischen Richtlinien und Normen aus dem Bereich des Persönlichkeits- und Datenschutzes. Team- und Fallsupervision sind u.a. bereits existierende Formen der Qualitätssicherung. Mit der Einführung von sog. Qualitätszirkeln kann die Problemfindung, Delegation von Verantwortung und Partizipation institutionalisiert werden.

Ergebnisqualität: Zur Ergebnisqualität gehören die Veränderungen des psychopathologischen Zustandsbildes, der sozialen Kompetenz, der Selbständigkeit, der Lebensqualität und der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen.

Während der Grad der sozialen Integration (Wohnen, Arbeit, Freizeit) einer Erfassung relativ gut zugänglich erscheint, ist die Ermittlung von Faktoren wie psychische Integration, Autonomie, Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit sowie subjektives Wohlbefinden viel schwieriger.

In Zukunft sollen vermehrt Nachuntersuchungen, die heute noch wenig angewandt werden, Hinweise auf Krankheits- oder Heilungsverläufe liefern. Es ist zu empfehlen, dass Fragebögen, die Aufschluss über Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität liefern können, routinemässig am Ende jeder Behandlung von Patientinnen und Patienten ausgefüllt werden.

Bei der Ermittlung der verschiedenen Qualitätsdimensionen ist in der Psychiatrie besonders zu berücksichtigen:

- In einem therapeutischen und pflegerischen Prozess sind Struktur, Prozess und Ergebnis stets zirkulär aufeinander bezogen und beeinflussen sich gegenseitig.
- Die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten lassen sich durch eine Einheitstherapie nicht befriedigen. Erst eine Vielfalt ausgewiesener Behandlungsangebote ermöglicht den Patientinnen und Patienten eine gewisse Wahlmöglichkeit. Entsprechende Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten führen dann von einer eher angebotsgesteuerten zu einer nachfragegesteuerten Behandlungskultur.

8.3 Interne und externe Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Psychiatrie umfasst prinzipiell alle Aspekte psychiatrischen Handelns: von der Diagnostik über die Indikationsstellung bis zur Behandlung und Pflege bzw. der Nach-

sorge, einschliesslich der finanziellen, institutionellen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Die Anstrengungen zur Qualitätssicherung sollen auf konzeptuellen und methodischen Grundlagen, die wissenschaftlicher Forschung zugänglich sind, basieren. Bisherige Erfahrungen mit Qualitätssicherungsprogrammen im In- und Ausland sind einzubeziehen.

Interne Qualitätssicherung

Für die einzelne Institution ist die interne Qualitätssicherung vorrangig. Die Institutionsleitung ernannt eine(n) Beauftragte(n) oder ein beauftragtes Gremium zur Entwicklung eines Qualitätsplanes und stellt die personellen und infrastrukturellen Anforderungen sicher, ohne aber die Inhalte des Standards über die Köpfe der Beteiligten hinweg festzusetzen. Um ein gelebtes Qualitätsbewusstsein aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu erreichen, gilt es, eine Qualitätskultur zu pflegen, die sämtliche Hierarchieebenen umfasst und die den Eigenheiten der betreffenden Einrichtung Rechnung trägt.

Externe Qualitätssicherung

Externe Qualitätssicherung setzt einheitliche Erfassungsinstrumente voraus, mit denen ähnliche Institutionen im Hinblick auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verglichen werden können. Zusätzlich bedarf es einer umfassenden Versorgungsforschung, die die Qualität des Versorgungsnetzes in einem Einzugsgebiet überprüft. Die Ergebnisse aus dieser Versorgungsforschung geben Antworten auf Fragen wie: Welche Versorgungseinheiten ermöglichen eine patientenorientierte Behandlung? Welche Einrichtungen sind dysfunktional? Wo gibt es Versorgungslücken?

Ein wichtiges Gefäss für eine bedürfnisorientierte Versorgungsdiskussion sind die Psychiatriekommissionen. Auch für die externe Qualitätssicherung ist der Einbezug der Betroffenen auf allen Ebenen unabdingbar.

8.4 Erarbeiten von Qualitätsrichtlinien

Qualität wird oftmals je nach den beteiligten Interessengruppen (Behörden, Kostenträger, Leistungserbringer, Leistungsnehmer) unterschiedlich definiert und gewichtet. Deshalb sind zunächst die unterschiedlichen, oft schwer zu vereinenden Interessen der Betroffenen offenzulegen. Konsensuskonferenzen können dazu beitragen, zwischen den beteiligten Parteien Qualitätsindikatoren und -standards auszuhandeln.

Schwachstellen in der Behandlung und in den strukturellen Rahmenbedingungen werden durch routinemässige Rückmeldungen (Vergleich von Ist- und Sollwerten) festgestellt und korrigiert.

Die Richtlinien der externen Qualitätssicherung sollen aber die ärztliche und pflegerische Behandlungsfreiheit nicht so weit einschränken, dass sie nivellierend auf die Arbeitsqualität wirken oder gar durch vermehrten administrativen Aufwand den direkten therapeutischen Kontakt mit Patientinnen und Patienten einschränken.

In Zukunft ist die Basisdokumentation (ärztliche Krankengeschichte, Pflegeplanung) vermehrt zu systematisieren. Dazu sind aber noch zeitgemässe Dokumentationssysteme in der Psychiatrie aufzubauen und Datenschutzfragen zu klären.

Institutionsübergreifende Aufgaben der Durchführung der Qualitätssicherung

Behörden und Kostenträger haben die für die interne und externe Qualitätssicherung notwendigen Mittel zuzusprechen. Qualitätssicherung ist mindestens anfänglich nicht kostenneutral. Sie kann deshalb nicht mit einem gleichzeitigen Sparauftrag gekoppelt werden.

Organisatorisch sind zwar die Leistungserbringer (gemäss Leistungsauftrag) für die Qualitätssicherung zuständig. Die einzelnen Institutionen benötigen dazu aber Hilfe von einer unabhängigen zentralen Stelle, die logistische, organisatorische und wissenschaftliche Unterstützung bietet. Dazu gehören: Allgemeine Beratungen und Empfehlungen zur Durchführung der Qualitätssicherung, Organisationsaufgaben wie Einberufung von Konsensuskonferenzen, Bereitstellung von vergleichenden Statistiken, Klarlegung der Minimalanforderungen an jede psychiatrische Institution zur Durchführung der Qualitätssicherung. Nötig sind Konsensuskonferenzen zur Erstellung von Behandlungs- und Pflegerichtlinien sowie das Festlegen von Minimalstandards für die Personalschlüssel usw.

Abschliessend ist festzuhalten:

- Qualitätssicherung findet im Spannungsfeld zwischen Eigeninitiative (Individuum/-Abteilung/-Institution) und fremdgegebenen Vorgaben statt. Um eine auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Qualitätssicherung zu erhalten, dürfen nicht nur hochformalisierte, zentralisierte und vereinheitlichte Ansätze zur Anwendung kommen, sondern es sind ebenso dynamische, dezentralisierte Ansätze zu fördern.
- Der Datenschutz hat Vorrang vor jedem Erkenntniszuwachs im Bereich der Qualitätssicherung. Die rechtsstaatlichen Mittel müssen ausgeschöpft und Missbräuche streng geahndet werden.
- Ökologische Grundsätze bedingen einen schonenden Umgang mit materiellen und persönlichen Ressourcen auch im Bereich der Qualitätssicherung. Anstelle von unökologischen Monokulturen sind vernetztes Denken, Selbstorganisation und institutionelle «Artenvielfalt» sinnvoll.
- Die Qualitätssicherung stellt einen dynamischen Prozess dar. Sie bedarf ständiger Reflexion und Überprüfung. Qualität ist Suchen und Entwickeln.

9. Finanzierung

9.1 Aktuelles Finanzierungssystem

Die Finanzierung psychiatrischer Leistungen orientiert sich heute an einem dichten Netz von Vorgaben, das im praktischen Alltag erhebliche Brüche, Unregelmässigkeiten und Lücken aufweist. Bisher ist die Finanzierung nicht final, d.h. nach Behandlungszielen, ausgerichtet, so dass in keinem Fall die Frage lautet: Handelt es sich hier um ein adäquates Hilfsangebot, das zu finanzieren ist? Im Gegenteil müssen immer eine Reihe administrativer Fragen geklärt werden, wie: Welchen Status haben die Leistungsempfänger aktuell (akutkrank, langzeitkrank, behindert)? Wer resp. wo wird die Leistung erbracht (ambulant versus stationär, ärztlich versus nichtärztlich)? Welche gesetzlichen Grundlagen sind zu beachten (KVG, UVG, IVG)? Wer bezahlt (Bund/Kanton/Gemeinden/Privat direkt oder indirekt über KK/Rentenversicherung/Ergänzungsleistungen/Zusatzleistungen)?

Im Bereich der institutionell erbrachten Leistungen sind für die Leistungsempfänger zwei Übergänge von entscheidender Bedeutung. Der erste Übergang vom Akut- zum Langzeitstatus, in der Regel nach 60 Tagen, bringt für die Betroffenen einen erheblichen Selbstbehalt mit sich. Der zweite Übergang nach 360 Tagen betrifft den Wechsel von der Krankenkasse zur Invalidenversicherung, d.h. die Einschätzung als Behinderter.

Diese und andere Abgrenzungen wirken immer direkt auf die individuelle Behandlungssituation, sind administrativ sehr aufwendig und haben letztlich kaum Auswirkungen auf die real anfallenden Kosten. Sie verschieben häufig lediglich die Zahlungspflicht von der einen zur anderen Stelle.

Im Akutbereich sind primär Krankenkasse und Kanton für die anfallenden Kosten zuständig, im Langzeitbereich zusätzlich die Leistungsempfänger über den höheren Selbstbehalt. Im (nichtärztlichen) Rehabilitationsbereich und im Bereich der Langzeitbegleitung (betreute Wohnmöglichkeiten, geschützte Arbeitsplätze) bezahlen der Bund (kollektive Leistungen gem. IVG 73/74, IV-Eingliederung gem. IVG 27) und eventuell subsidiär der Kanton (gemäss Heimbeitragsgesetz). Zur Abgrenzung von der Sozialhilfe ist für die Bundesbeiträge das Vorhandensein einer Invalidität zwingende Voraussetzung. Wenn Zusatzleistungen in die Finanzierung mit einbezogen werden, sind daran Bund, Kanton und Gemeinden beteiligt.

Diese Vielfalt, die auch für Insider oft kaum durchschaubar ist, wird den Gegebenheiten der Psychiatrie und ihrer Patientinnen und Patienten nicht gerecht. Sie wirkt auch der Realisierung des Sektorgedankens entgegen. Deshalb sind zu fordern:

- *eine bessere Koordination unter den Sozialversicherungen und mit der Sozialhilfe (in Richtung einer finalen statt kausalen Betrachtungsweise);*
- *eine Koordination der Zahlungspflichten ausserhalb der Leistungserbringer, etwa auf regionaler oder kantonaler Ebene, z.B. durch Schaffung von Zweckverbänden (wie bei den somatischen Spitälern).*

9.2 Finanzierungsgrundsätze

Leistungsauftrag

Für die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich wird ein umfassender Leistungsauftrag erstellt. Dieser garantiert, ausgehend von den gewachsenen, funktionierenden Strukturen, die künftige psychiatrische Versorgung im stationären, halbstationären und ambulanten Bereich in ärztlich und nichtärztlich geleiteten Einrichtungen. Als Planungsgrundsatz gilt die Schaffung von kleinen, relativ autonomen, lebensfähigen Einheiten, welche in die sogenannten Psychiatrieregionen eingebunden sind.

Finanzierungssysteme

Für psychiatrische Leistungen gelten grundsätzlich die gleichen Finanzierungssysteme wie für Angebote im somatischen Bereich. Ergänzende Finanzierungen sind u.a. vorzusehen für Patientinnen und Patienten, die aus Gründen der Invalidität, Fürsorge oder des Strafrechts in den psychiatrischen Institutionen untergebracht sind.

Globalbudget

Die Zuteilung finanzieller Mittel soll alle in psychiatrischen Institutionen erbrachten Leistungen berücksichtigen. Aufgaben im Grenzbereich Gesundheit, Behinderung, Fürsorge und Justiz sind nach den Regeln allgemeiner wirtschaftlicher (staatlicher) Leistungen abzugelten. Verbindliche Leistungsaufträge dürfen nicht mit der Globalbudgetierung durch Angebotsrationierung unterlaufen werden. Die Vorgabe eines geschlossenen Gesamtbudgets darf nicht dazu führen, dass der Staat alle Gesundheitsleistungen selber erbringt. Er soll auch private Institutionen mit der Erfüllung von Aufgaben im Rahmen der psychiatrischen Versorgung beauftragen. Der Staat gewährleistet die dafür notwendigen Mittel.

Finanzierungsumfang

Neben dem von KVG garantierten 50%igen Kostenausgleich in der allg. Abteilung sind die übrigen Tarife grundsätzlich so zu gestalten, dass die Leistungskosten zu 100% gedeckt werden. Dies gilt insbesondere für ambulante und halbstationäre Angebote. Die Leistungspflicht einzelner Kostenträger bei Bund, Kanton und Gemeinde ist verbindlich festzulegen.

10. Allgemeine Folgerungen für die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich

Qualität und Standards der Behandlung:

Berücksichtigung der Würde und der persönlichen Verhältnisse der Betroffenen. Qualitätsansprüche betreffen Eignung, Kenntnisstand und interdisziplinäre Zusammenarbeit der therapeutisch Tätigen im staatlichen wie im privaten Bereich. Dabei ist die fachliche Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen auch von einer adäquaten Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie von stetigen Forschungsbemühungen um verbesserte Kenntnisse und Interventionsmöglichkeiten abhängig zu machen. Im Sinne der Qualitätssicherung sind generelle und spezielle Standards zu formulieren und periodisch zu überprüfen im Lichte eigener und fremder Erfahrungen. In Institutionen sind Grösse der Behandlungseinheiten, Raumangebot, Personalschlüssel, weitere für die Gestaltung des therapeutischen Milieus und der Patientenbehandlung im einzelnen wichtige Elemente.

Präventive Massnahmen:

Ein möglichst freier und direkter Zugang zu den therapeutischen Einrichtungen verbessert auch die Prävention psychischer Störungen. Massnahmen zur Krankheitsverhütung bzw. zur Vorbeugung von invalidisierenden Krankheitsentwicklungen sind umso nötiger, je mehr Menschen von sozialer Desintegration und Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Sicherung der Patientenrechte:

Die bestehenden Rechtsgrundlagen werden, wo nötig, geklärt und ausgebaut. Dabei ist im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen auch der Belastung und den Bedürfnissen des Umfeldes Rechnung zu tragen sowie sicherzustellen, dass Vernachlässigung von Patientinnen und Patienten nicht ebenso gravierende Zustände hervorruft wie ungerechtfertigte Zwangsregimes. Versorgungsauftrag und Ausgestaltung der Patientenrechte müssen grundsätzlich kompatibel sein.

Sicherung der Grundversorgung:

Aufgrund des gesetzlich verankerten Versorgungsauftrages ist die Grundversorgung durch ausreichende Mittel sicherzustellen. Dies schliesst ein, dass Krankheitsfälle innert nützlicher Frist mit zeitgemässen Methoden untersucht und behandelt werden können. Dies hat nach individuellen Bedürfnissen und unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit ambulant, teilstationär oder stationär zu erfolgen. Der Kanton legt die entsprechenden Leistungsaufträge für seine psychiatrischen Einrichtungen fest, stattet diese angemessen aus und sorgt für genügende Leistungsabgeltung. Mittel- und langfristige Planung, insbesondere im (teil)stationären Bereich, unterstützen die Sicherung und Kontinuität der Grundversorgung. Die Führung sozialpsychiatrischer Einrichtungen in den Bereichen soziale/berufliche Eingliederung und Langzeitbegleitung und -betreuung wird in der Regel mit einem Leistungsauftrag und gesicherter Finanzierung privaten gemeinnützigen Organisationen übertragen.

Regionale und sektorielle Organisation der Grundversorgung:

Die Grundversorgung wird weiterhin im Rahmen psychiatrischer Versorgungsregionen organisiert. In jeder Region sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Rahmen einer Organisationsstruktur geregelt. Dem Sektorisierungsprinzip ist soweit wie möglich Rechnung zu tragen. Auf Besonderheiten der einzelnen Regionen (Bedürfnislage, gewachsene Strukturen etc.) wird Rücksicht genommen.

Das regionale Prinzip wird durch eine angemessene überregionale Organisation einzelner Versorgungsaufgaben ergänzt. Beispiele sind private/halbstaatliche Kliniken mit überregionaler Aufgabe, stationäre und ambulante Betreuung spezieller Patientengruppen wie psychisch kranke Straffällige, Suchtkranke mit zusätzlichen körperlichen und/oder psychischen Leiden, psychosomatische Patientinnen und Patienten, psychisch kranke geistig Behinderte etc. Besondere Angebote, die an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst sind, sind auch für Frauen mit Säuglingen, für Alleinerziehende mit Kindern sowie für ethnische oder kulturelle Minderheiten zu schaffen.

Flexible Anpassung an wechselnde Bedürfnisse:

Die geschilderten Einflussfaktoren und ihr Zusammenspiel vermögen die Versorgungslage und -anforderungen im Laufe der Jahre zu ändern. Eine Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der vorgenommenen Prioritäten, der organisatorischen Strukturen, der Wirksamkeit von Behandlungen und der Angemessenheit von Betreuungen sowie der zweckmässigen patientenbezogenen Zusammenarbeit drängen sich deshalb auf. Diesem Ziel dient die Entwicklung eines geeigneten Evaluationssystems. Sowohl Planung wie flexible Anpassung der Versorgung beziehen alle Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote ein.

Periodische Überprüfung von Konzept und Planung:

Grundsätzliches Konzept und konkrete Planung bedürfen einer periodischen Überprüfung im Lichte der dokumentierten Erfahrung, der internationalen Entwicklung und allenfalls festgestellter Mängel. Das Zürcher Kollegium Psychiatrischer Chefärzte und die Arbeitsgruppe für ein Psychiatriekonzept beteiligen sich an dieser Aufgabe. Im übrigen bezeichnet die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Verfahren und Zuständigkeit. Regionale Psychiatriekommissionen beobachten insbesondere das Funktionieren und die Zusammenarbeit der in der Versorgung tätigen Institutionen, stellen diesbezügliche Mängel fest und formulieren Anträge und Empfehlungen.

Weitere Forderungen:

Da der grösste Teil der Arbeit im Gesundheitswesen von Frauen geleistet wird, ihr Anteil innerhalb der Kaderstellen aber unverhältnismässig gering ist, soll bei der Besetzung einer Kaderstelle – bei gleicher Qualifikation – einer Frau der Vorzug gegeben werden. Jeder Betrieb arbeitet darüber hinaus darauf hin, ungefähr die Hälfte der Kaderstellen mit Frauen zu besetzen.

Um eine «benutzerfreundlichere Psychiatrie» erreichen zu können, ist eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit nötig. Sie hat im Sinne des leitbildartig vorgegebenen Psychiatriekonzeptes

- die Transparenz innerhalb der psychiatrischen Dienste zu fördern,
- die psychiatrischen Angebote für die Bevölkerung einsehbar zu machen,
- die Selbst- und Laienhilfe zu unterstützen,
- die Primärprävention zu fördern und
- die soziale Integration der Psychischkranken zu verbessern.

Die Verordnung über die Organisation der Krankenhäuser ist den Bedürfnissen der Psychiatrie anzupassen.

Anhang I: Mitglieder der Subgruppen

Die Arbeitsgruppe wurde in Subgruppen durch Einbezug folgender Personen unterstützt:

Herrn Chr. Abderhalden	Lehrer für Krankenpflege, Pflegeexperte
Herr U. Abt	Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich
Frau Dr. H. Blancpain	Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie (ZGP)
Frau M. Brühlmann	Vertreterin Schweiz. Berufsverb. der Krankenschwestern und -pfleger (SBK)
Herr Dr.T.Brühlmann	Psychiatrische Klinik Hohenegg
Frau Ch. Bula	Schule für Gesundheits- und Krankenpflege (PUK)
Herr R. Chapmann	Sozialpsychiatrischer Dienst PUK
Frau Dr. J. Dambacher	Schweizerische Epilepsieklinik
Frau V. Diserens	Vereinigung Angehöriger Schizophreniekranker (VASK)
Herr J. Egli	Lebensräume für Menschen mit geist. Behinderung und schwierigem Verhalten
Frau B. Epprecht	Stiftung für Behinderte Urdorf
Frau lic.phil.G.Epprecht	Kantonale Psychiatrische Klinik Rheinau
Frau J. Fritschi-Cornaz	Aufsichtskommission PUK
Frau Chr. Gäumann	Beratungsstelle für Jugendliche Winterthur
Herr Dr. A. Genswein	Gesellschaft für Allgemeinmedizin Zürich (GAZ)
Herr Dr.lic.iur. J.Gross	Stiftungsrat Sanatorium Kilchberg und Pro Mente Sana
Frau R. Allebes Gundelfinger	Elternnotruf
Herr lic.phil. St. Hartmann	Martin-Stiftung
Frau lic.phil. B. Hochweber	Kantonale Psychiatrische Klinik Hard
Herr Prof. R. Hornung	Psychologisches Institut der Universität Zürich
Frau Dr. Jorisch	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ZGKJP)
Frau Dr. S. Käppeli	Pflegeforschung USZ
Herr Dr. H.G. Kopp	Psychiatrische Poliklinik USZ
Herr Dr. R. Krek	Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie (ZGP)
Herr M. Neidhart	Jugendsekretär, Winterthur
Herr Dr. M. Peltenburg	Allgemeinarzt
Frau lic.phil. G. Ryffel	Pro Infirmis
Herr Dr. phil. S. Rom	Psychotherapeut
Herr Dr. U. Ruckstuhl	Pro Mente Sana
Herr Dr. A. Ruhoff	Ärztzentrale
Herr Dr. G. Schmidt	Psychiatrische Klinik Schlössli
Frau Dr. H. Schriber-Meier	Aufsichtskommission PUK
Frau L. Sigg	Vertreterin Spitex Verband Kanton Zürich
Herr lic.phil. R. Stähli	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
Herr Prof. H.Ch.Steinhausen	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Herr I. Talew	Erziehungsdirektion, Jugendamt

Herr K. Trösch	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Frau C. von Waldkirch	Amtsvormundschaft der Stadt Zürich
Frau A. Wojak	Kantonale Psychiatrische Klinik Rheinau, Wohnheim
Frau lic.phil. A. von Wyl	Psychologisches Institut der Universität Zürich
Frau Dr. R. Weiss	Drop-in Zürich
Herr Prof. J. Willi	Psychiatrische Poliklinik USZ
Frau M. Wohnlich	Projekt Nachgeburtsdepression

Die Arbeitsgruppe hat auch vielen weiteren Personen zu danken, die spontan oder auf Anfrage Stellung bezogen haben.

Anhang II: Institutionen, die zum Konzeptentwurf Stellung bezogen

Folgende Institutionen, Verbände und Personengruppen haben zum Konzeptentwurf zusätzlich schriftlich Stellung bezogen und damit zur vorliegenden Endfassung beigetragen:

Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie

Arbeitsgruppe Frau und Psychiatrie

Verein «Irre am Werk»

Verein Sozialpsychiatrie Zürcher Oberland

Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger,

Sektion Zürich/Glarus/Schaffhausen

Martin Stiftung Erlenbach

Zürcher Ärztesgesellschaft

Heimverband Schweiz, Sektion Zürich

Pro Mente Sana

Psychiatrische Klinik Hohenegg

Psychiatrische Klinik Schlössli

Psychiatriezentrum Hard

Psychiatrisches Zentrum Wetzikon

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid

Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Regionale Psychiatriekommission Zürich

Fachstellenkonferenz im Kanton Zürich für Alkohol und andere Suchtprobleme

Lebensräume für Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten, Zürich

Anhang III: Berücksichtigte Dokumente und Konzepte aus dem Kt. Zürich

Das Konzept basiert ferner auf der Kenntnis folgender Dokumente und Konzepte, die im Kanton Zürich hinsichtlich psychiatrischer Versorgungsfragen erarbeitet worden sind:

- 1992, Abteilung Planung der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (Entwurf)
- Zürcher Krankenhausplanung 1991, Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich
- Kenndaten der Zürcher Spitäler 1992, Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich
- Spitalexterne Krankenpflege und Gesundheitspflege im Kanton Zürich, Spitex 1980
- Planung der psychiatrischen Krankenhäuser und der ambulanten und halbambulanten psychiatrischen Untersuchung und Behandlung der Bevölkerung des Kantons Zürich, Gutachten des Kollegiums Psychiatrischer Chefärzte von 1972 sowie
- Grundlagenpapier zur psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich, Kollegium Psychiatrischer Chefärzte 1994
- Die Psychiatrie von morgen im Kanton Zürich, Tagungsbericht Pro Mente Sana 1993
- Positionspapier des Ausschusses der Kantonalen Kommission für Drogenfragen, 1993
- Lagebericht und Gesamtkonzept für Massnahmen im Bereich des Suchtmittelkonsums der Kantonalen Kommission für Drogenfragen 1992
- Organisationsmodelle für ein wirksames öffentliches Gesundheitswesen, Direktionen des Gesundheitswesens und der Fürsorge des Kantons Zürich 1994
- Projekt «Lebensräume für Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten», Schweizerischer Verband von Werken für Behinderte SVWB, 1995
- Patientenrechtverordnung des Kantons Zürich, 1991
- Verordnung über die kantonalen Krankenhäuser des Kantons Zürich 1989, sowie
- Jahresberichte und Positionspapiere verschiedener Organisationen und Institutionen

Anhang IV: Einrichtungen der Erwachsenen- und Jugendhilfe, die Sekundärprävention leisten

- Einrichtungen im Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe:
- Kleinkinder/Frühbereich, Väter- und Mütterberatung
- Anlaufstellen wie Schlupfhaus, Sorgentelefon etc.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen
- Jugendsekretariate
- Jugendberatungsstellen
- Drop-Ins
- Jugendseelsorge
- Einrichtungen des begleiteten Wohnens / soziotherapeutische Wgs
- Therapeutische Wohngemeinschaften
- Arbeitsintegrationsprojekte
- Spitex
- Jugendanwaltschaft
- Erziehungsheime etc.
- Einrichtungen der Erwachsenenhilfe:
- psychiatrisch/psychotherapeutische Privatpraxen
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Psychiatrische Polikliniken
- Beratungs- und Therapiestellen für Erwachsene
(z.B. Offene Tür ZH Oberland, Team Selbsthilfe Zürich, Offene Tür Zürich etc.)
- Selbsthilfegruppen und Organisationen, die mithelfen, diese Gruppen zu gründen
(z.B. Offene Tür ZH Oberland, Team Selbsthilfe Zürich, Offene Tür Zürich etc.)
- Beratungsstellen für bestimmte Zielgruppen (Pro Infirmis)
- Beratungsstellen für geschlechtsspezifische Probleme
- Beratungsstelle für herkunftsspezifische Probleme
- Kirchliche Beratungsstellen
- Spitex
- Privatärztinnen bzw. -ärzte
- Personalfürsorgeeinrichtungen und Beratungsstellen der Privatwirtschaft
- Sozialdienste
- Sozialberatungsstellen für Erwachsene, Fürsorgeämter

Einrichtungen für alte Menschen:

- Seniorenzentren
- Pro Senectute
- Beratungsstellen für das Alter
- Ernährungs- / Diätberatungsstellen
- Alterswohngemeinschaften
- Spitex

Literaturverzeichnis

- ANDREASEN N.** (1991): Assessment issues and the Cost of Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17; 475-481
- BALTES P.B., MITTELSTRASS J.** (1992): *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*, New York, Berlin, Walter de Gruyter
- BENNETT D.H., FREEMAN H.L.:** *Community Psychiatry*, Churchill Livingstone 1991
- BOECKER F. (1993):** Versorgung psychisch Kranker in somatischen Abteilungen. *Krankenhauspsychiatrie, Sonderheft 4*; 9-12
- BROWN Ph.:** *The Transfer of Care – Psychiatric Deinstitutionalization and its Aftermath*, Routledge & Kegan Paul 1985
- BURNS T. et al:** A Controlled Trial of Home-Based Acute Psychiatric Services; *Br J Psychiatry* 1993, 163, 55-61
- CIOMPI L.** (1988): Gedanken zu einer patienten- statt institutionszentrierten psychiatrischen Versorgungsstruktur. *Schweizerische Ärztezeitung*, 32; 1305-1312
- CIOMPI L.** (1993): Grundsätze einer modernen patientenzentrierten psychiatrischen Versorgung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 74; 302-30
- CIOMPI L.** (1993): Das Pilotprojekt «Soteria Bern» zur Behandlung akut Schizophrener. *Nervenarzt*, 64; 440-450
- CLIFFORD P. et al** (1991): Planning for community care. Long-stay populations of hospitals schedule for rundown or closure. *Br J Psychiatry*, 158; 190-196
- COPELAND J.R.M. et al** (Eds) (1994): *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, Chichester - New York - Toronto - Singapore, John Wiley & Sons
- COUNCIL ON LONG RANGE PLANNING DEVELOPMENT** (1990): *The Future of Psychiatry*, 264; 2542-2548
- CURTIS JL., et al** (1992): Effect of Case Management on Rehospitalization and Utilization of Ambulatory Care Services. *Hospital and Community Psychiatry*, 43; 895-899
- DE SALVIA D. et al** (1993): Recent Trends in Mental Health Services in Italy: An Analysis of National and Local Data. *Can J Psychiatry*, 38; 195-202
- DEAN C. et al** (1993): Comparison of Community based service with Hospital Based Service for People with Acute, Severe Psychiatric Illness. *BMJ*, 307; 473-476
- DEAN C., FREEMAN H.:** *Community Mental Health Care – International Perspectives on Making it Happen*, Gaskell; Royal College of Psychiatrists 1993
- DENING T.** (1992): Community Psychiatry of Old Age: A UK Perspective, 7; 757-766
- DOBLER-MIKOLA A., ZIMMER HÖFLER D., KORBEL R., UCHTENHAGEN A.** (1991): HIV-risk and social integration in groups of drug addicts. In: Loimer N, Schmid R, Springer A (eds): *Drug addiction and AIDS*. Springer, Wien, pp 272-285
- ERNST K.**(1986): Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardei, 57; 494-501
- ERNST K.:** Zielgruppenorientierte Versorgung von psychiatrischen Patienten; *Krankenhauspsychiatrie Sonderheft 4*, 1993, 6-8
- FALLOON I.R.H., FADDEN G.:** *Integrated Mental Health Care*; Cambridge University Press 1993

- FENTON F.R. et al** (1982): A Comparative Trial of Home and Hospital Psychiatric Treatment: Financial Costs. *Can J Psychiatry*, 27; 177-187
- FINK P.J., TASMAN A.**(1992): Stigma and Mental Illness; American Psychiatric Press, Inc.
- GAVIN A., MAREE T.**: Smart versus dumb treatment; services for mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 1994, 7; 181-185
- GOLDBERG D.**(1991): Cost-Effectiveness.. A Review *Schizophr Bull*, 3; 453-459
- GOLDBERG D., HUXLEY P.**: Common Mental Disorders – A Bio-Social Model; Tavistock/Routledge 1992
- HAEFNER H., AN DER HEIDEN W.** (1991): Methodology of Evaluative Studies in the Mental Health Field in: Freeman H., Henderson J., *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. London, Glaskell
- HAEFNER H. et al** (1986): Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener; *Nervenarzt*, 57; 214-226
- HASELBECK H. et al** (1987): *Psychiatrie in Hannover*; Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- HEIDEN AN DER W. et al** (1989): Die Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Versorgung, ein Modell zur Evaluation extramuraler Dienste. Berlin/Heidelberg/New York, Springer
- HELD T.**: *Forum der Psychiatrie, Psychiatrische Familienpflege*, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1989
- HELL D. (1993)**: Klinische Psychiatrie – woher? wohin? *Schweizerische Ärztezeitung*; 74; 503-509
- HIRSCH S.R.**: *Psychiatric Beds and Ressources; Factors influencing Bed Use and Service Planing*; Royal College of Psychiatrists 1988
- HOULT J. et al** (1983): Psychiatric Hospital Versus Community Treatment: The Result of a Randomised Trial. *Aust and N Z J Psychiatry*, 17; 160-167
- HOULT J.** (1993): Comprehensive Services for the Mentally Ill. *Current Opinion in Psychiatry*, 6; 238-245
- HUNT B.J., HENNINGS AJ.** (1991): *Mentally Ill People in the Community*. Health Studies Unit, University of Sussex
- ISAAC M.**(1992): Innovations in Mental Health Care Delivery; *Br J Psychiatry*, 160, 589-597
- JAKUBASCHK J. et al** (1992): Differences between longstay and short-stay inpatients and estimation of length of stay. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28; 84-90
- JACKSON G. et al** (1993): A New Community Mental Health Team Based in Primary Care; A Description of the Service and its Effect on Service Use in the First Year. *Br J Psychiatry*, 162; 375-384
- JUDD F.K. et al**: *Handbook of studies on general hospital psychiatry*, Elsevier 1991
- KEMPKER K., LEHMANN P.**: *Statt Psychiatrie*, Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag Berlin 1993
- KESSLER R.C. et al** (1994): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R – Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51; 8-19
- KNAPP M. et al** (1990): The TAPS project, 3. Predicting the costs of closing psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry*, 157; 661-670
- KRUEGER H.**: *Arbeitskonzepte für eine gemeindenaher Psychiatrie*; Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1990

- KULENKAMPF C., PICARD W.:** Die Psychiatrie-Enquête in internationaler Sicht – Tagungsbericht, Rheinland-Verlag 1979
- KUNZE H.** (1977): Komplementäre Dienste und Heime. *Nervenarzt*, 48; 541-547
- LAMB R.** (1993): Lessons Learned from Deinstitutionalization in the US. *Br J Psychiatry*, 162; 587-592
- LAWRENCE R.E. et al** (1991): Community Care: Does It Reduce the Need for Psychiatric Beds? A Comparison of Two Different Styles of Service in Three Hospitals. *Br J Psychiatry*, 159; 334-340
- LEFF J.** (1993): The TAPS Projekt: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. *Br J of Psychiatry*, Suppl Number 19
- LEWIN R., SHARFSTEIN S.S.** (1990): Managed Care and the Discharge Dilemma. *Psychiatry*, 53; 116-121
- MANDERSCHIED R. et al:** Congruence of Service Utilization Estimates From the Epidemiologic Catchment Area Projekt and Other Sources; *Arch Gen Psychiatry* 1993, Vol. 50, 108-114
- MARKS I.** (1992): Innovations in Mental Health Care Delivery. *Br J Psychiatry*, 160; 589-597
- MATT M.:** Rehabilitation and care of the mentally ill; *Current Opinion in Psychiatry* 1994, 7:202-206
- MC Guire T.G.** (1991): Measuring the Economic Costs of Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17; 375-388
- MERSON St. et al** (1992): Early Intervention in Psychiatric Emergencies: A Controlled Clinical Trial. *The Lancet*, 339; 1311-1314
- MOSHER L.R., BURTI L.:** Psychiatrie in der Gemeinde; Psychiatrie-Verlag 1992
- MUELLER C.:** Psychiatrische Institutionen – ihre Möglichkeiten und Grenzen; Springer-Verlag 1981
- MUELLER C.** (1989): Wandlungen der psychiatrischen Institutionen. *Psychiatrie der Gegenwart*, 9; 339-368
- MUIJEN M. et al** (1992): The Daily Living Programme, Preliminary Comparison of Community Versus Hospital-Based Treatment for the Seriously Mentally Ill Facing Emergency Admission. *Br J Psychiatry*, 160; 379-384
- NARROX W. et al:** Use of Services by Persons With Mental and Addictive Disorders; *Arch Gen Psychiatry* 1993, Vol. 50, 95-107
- NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL** (1993): Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses; *Am J Psychiatry*, 150:10, 1447-1465
- OESTERREICH K.**, (1993): Gerontopsychiatrie, München, Quintessenz-Verl.-GmbH.
- OLFSON M.** (1991): General Hospitals and the Severely Mentally Ill. Changing Patterns of Diagnosis. *Am J Psychiatry*, 148; 727-732
- OLGIATI M., DOBLER-MIKOLA A., UCHTENHAGEN A.** (1994): Die methadonunterstützte Behandlung um Kanton Zürich. In: Ladewig D (Hrsg) Drogen und Alkoholsymposium, Basel, 1./2.September 1992. *Drogen und Alkohol* Nr. 7, ISPA-Press, Lausanne, S. 73-103
- POERKSEN N.** (1993): Versorgung von Suchtkranken. *Krankenhauspsychiatrie*, Sonderheft 4; 13-18
- PRO MENTE SANA** (1993): PMS Aktuell 1/93

- PRO MENTE SANA** (1993) Tagungsrückblick GDI: Die Psychiatrie von morgen im Kanton Zürich
- REGIER D. et al:** The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System; Arch Gen Psychiatry 1993, Vol. 50, 85-94
- RICE D.P. et al** (1992): The Economic Burden of Mental Illness. Hospital and Community Psychiatry, 43; 1227-1231
- ROESSLER W. et al:** Soziale Rehabilitation Schizophrener. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1993
- ROSEN A.** (1992): Community Psychiatry Services: will they endure? Current Opinion in Psychiatry, 5; 257-265
- SALIT S.R., MARCOS L.R.** (1991): Have General Hospitals Become Chronic Care Institutions for the Mentally Ill? Am J Psychiatry, 148; 892-897
- SANITAETSDEPARTEMENT DES KANTONS BASEL-STADT:** Psychiatriekonzept – Leitbild für die Psychiatriereform im Kanton Basel-Stadt 1990
- SARTORIUS N. et al** (1993): An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Arch Gen Psychiatry, 50; 819-824
- SCHNYDER U., SAUVANT J.-D.:** Krisenintervention in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber 1993
- SHEPHERD G.** (1992): The Management of Schizophrenia in the Community: What Services do we need? The Primary Care of Schizophrenia; A Conference organised by Research and Development for Psychiatry and the Department of Health and chaired by the Royal College of General Practitioners. London.
- SHEPHARD G.** (1992): Rehabilitation and Care of the Long-term Mentally Ill; Current Opinion in Psychiatry, 5; 266-272
- SCHMIDT-MICHEL P.O.** (1993): Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf. Krankenhauspsychiatrie Sonderheft 4; 19-21
- STEIN L.I., TEST M.A.** (1980): Alternative to Mental Hospital Treatment. Arch Gen Psychiatry, 37; 392-397
- STRATHDEE G., THORNICROFT G.** (1993): The Principles of Setting Up Mental Health Services in the Community, in: Principles of Social Psychiatry, Oxford, 473-490
- TAPS** (Team for Assessment of Psychiatric Services) (1900): Better out than in? North East Thames Regional Health Authority, London
- THORNICROFT G. et al:** Measuring Mental Health Needs, Gaskell; Royal College of Psychiatrists 1992
- UCHTENHAGEN A.** (1989): (o.N.) Methadonbericht – Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. Zweite Auflage, Eidg. Betäubungsmittelkommission, Subkommission Drogenfragen, Bundesamt für Gesundheitswesen (Hrsg)
- UCHTENHAGEN A.** (o.N.) (1992): Lagebericht und Gesamtkonzept für Massnahmen in Bereich des Suchtmittelkonsums. Im Auftrag der kantonalen Kommission für Drogenfragen, Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (Hrsg)
- UESTUEN T.B., GATER R.** (1994): Integrating Mental Health into primary Care. Current Opinion in Psychiatry, 7; 173-180

- WACKER H.R. et al** (1992): Identification of Cases of Anxiety Disorders and Affective Disorders in the Community according to ICD.10 and DSM-III-R by using The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2; 91-100
- WEISBROD B.A. et al** (1980): Alternative to Mental Hospital Treatment; II. Economic Benefit-Cost Analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 37; 400-405
- WIERSMA et al** (1991)in: Freeman H., Henderson J., Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill. London, Gas-kell, 68-79
- WING J.K.** (1992): Epidemiologically Based Needs Assessment, DHA-Project: Research Program, Report 6, Mental Illness, Provisional Version, NHS Management Executive, London
- WOLFERSDORF M. et al** (1988): Depressionsstationen – Eine Uebersicht zum heutigen Stand, 15; 134-141
- YAGER J.:** The Future of Psychiatry as a Medical Specialty, American Psychiatric Press, Inc. 1989