

Inhaltsverzeichnis

- I Danksagung und Hinweise
- II Psychatriekonzept Thurgau
- III Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012
- IV Projektbericht Psychiatrieplanung 2012

Danksagung und Hinweise

Es freut uns, Ihnen einen Zusammenzug der wesentlichen Planungsgrundlagen der psychiatrischen Versorgung des Kantons Thurgau vorlegen zu dürfen. Das Psychiatriekonzept 2004, den Vorprojekt- und Projektbericht zur Psychiatrieplanung 2012 fassen wir in einem Sammelband zusammen. Die Inhaltsverzeichnisse sind den drei Berichten jeweils einzeln voran gestellt. Die wesentlichen Fakten dieser Arbeiten sind in den Versorgungs- und Strukturbericht der Thurgauer Spitalplanung 2012 eingeflossen und im Internet publiziert: http://www.gesundheitsamt.tg.ch/xml_61/internet/de/application/d11729/f2073.cfm. Die interessierte Öffentlichkeit, aber auch Fachpersonen finden in dem vorliegenden Sammelband eine detaillierte Zusammenstellung der psychiatrischen Ist- und Sollversorgung im Kanton Thurgau. Der Band kann in gedruckter Form oder als PDF beim Gesundheitsamt des Kantons Thurgau unter dem Stichwort „Bericht Psychiatrieplanung“ angefordert werden (gesundheitsamt@tg.ch). An dieser Stelle möchten wir uns bei den Mitgliedern der Psychiatriekommission aber auch bei den weiteren beteiligten Expertinnen und Experten herzlichst für die engagierte Mitarbeit während der letzten Jahre bedanken.

Vorwort

Das Schlagwort „ambulant vor stationär“ wurde auch im Kanton Thurgau gerne verwendet, wenn es um die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung ging. Dass psychische Krisen nicht immer stationär behandelt werden müssen, war bereits klar, als 1981 nach der Zustimmung durch das Volk die Psychiatrische Klinik Münsterlingen modernisiert und ausgebaut wurde. Bereits damals wurde mit dem parallelen Aufbau der Externen Psychiatrischen Dienste in diese Richtung gedacht und geplant. Was auch schon damals eine Thurgauische Besonderheit war, war das einvernehmliche Neben- und Miteinander privater und öffentlicher Kliniken in Münsterlingen, Littenheid und Aadorf.

Dreissig Jahre später sind nun auch die gesetzlichen, gesundheitspolitischen und planerischen Voraussetzungen geschaffen, um das Haupt-Hemmnis für „ambulant vor stationär“ zu überwinden: Die einseitige finanzielle Subventionierung stationärer Behandlung durch die öffentliche Hand. Die Entscheidung, ambulant zu behandeln, kann heute endlich nach fachlichen, sozialen und familiären Kriterien entschieden werden – indem die Fragen beantwortet werden: „Braucht der Patient rund um die Uhr fachliche Hilfe?“, „Wie wird am besten gewährleistet, dass der Patient in die Gesellschaft integriert bleibt?“ und „Wie ist der Familie des Patienten am besten geholfen?“

Doch was sich so einfach anhört, war und ist ein langwieriger politischer Prozess, der viele Stunden an Verhandlungen erforderte. Hier eine kurze Auflistung der wichtigsten Meilensteine:

- 1981 Neubauten Münsterlingen, erstes Psychiatriekonzept, Berufung der Psychiatriekommission
- 2000 Psychiatrische Klinik Münsterlingen mit drei Externen Psychiatrischen Diensten und Kinder- und Jugendpsychiatrischem Dienst wird Teil der Spital Thurgau AG und erhält, wie die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid, einen Leistungsauftrag vom Kanton

- 2004 Zweites Psychiatriekonzept, erarbeitet von VertreterInnen verschiedener Leistungsanbieter und der Psychiatriekommission.
- 2009 Vorprojekt zur „Psychiatrieplanung 2012“: Das zweite Psychiatriekonzept wird aktualisiert, die Linien der weiteren Entwicklung werden skizziert
- 2010 „Psychiatrieplanung 2012“: Mit den Leistungsanbietern im Bereich der psychiatrischen Grundversorgung werden konkrete Ziele bezüglich der Mengen an vollstationären, tagesklinischen und ambulanten Leistungen vereinbart. Eine massvolle Ambulantisierung wird eingeleitet. Sozialpsychiatrische (Komplex-) Leistungen werden definiert und von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen abgegrenzt

Mit der vorliegenden Planung wird sich der Kanton Thurgau bald zu den Vorreitern moderner psychiatrischer Versorgung zählen können, in der sich Planung und Finanzierung der Angebote nicht mehr um Institutionen, sondern um Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen organisieren werden. Zu tun bleibt nun, dass die Leistungsanbieter die Chancen nutzen, die Hilfen an die Bedürfnisse der Betroffenen anpassen und darüber einen Dialog mit den Betroffenen und deren Netzwerk führen.

Dr. rer. nat. Ulrike Borst
Fachpsychologin
Projektleitungsassistentin

Dr. med. Mathias Wenger
Kantonsarzt
Projektleiter

Psychiatriekonzept Thurgau

Ziele für die Entwicklung
Bericht zur aktuellen Situation
und Anträge der Psychiatriekommission

Juni 2004

Verabschiedet vom
Regierungsrat mit
RRB 229
am 06.04.05

Redaktion: Dr. Ulrike Borst
Leiterin Unternehmensentwicklung
Psychiatrische Dienste Thurgau
Postfach 154
8596 Münsterlingen
ulrike.borst@stgag.ch

Bemerkung zum Sprachgebrauch: Wenn von 'Patienten', 'Ärzten' usw. die Rede ist, sind selbstverständlich immer auch 'Patientinnen', 'Ärztinnen' usw. gemeint

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung und Entwicklungsplan	5
2	Einleitung	19
2.1	Auftrag	19
2.2	Gesetzliche Grundlagen	20
2.3	Bisherige Konzepte zur Entwicklung psychischer Gesundheit und psychiatrischer Versorgung im Thurgau	20
2.4	Aufbau- und Ablauforganisation des Projekts	21
2.5	Sammlung von Daten und Informationen	22
3	Grundlagen und Ziele	23
3.1	Grundsätze	23
3.2	Zum Stellenwert der Psychotherapie in der Psychiatrie	24
3.3	Demographische Entwicklung im Thurgau	24
3.4	Epidemiologie psychischer Störungen	25
3.5	Inanspruchnahme psychiatrischer Dienstleistungen	26
3.6	Nationale und internationale Entwicklungen	27
3.7	Struktur der psychiatrischen Versorgung: Anhaltszahlen	28
3.8	Übergeordnete Ziele für die Entwicklung im Thurgau	29
4	Aktuelle Situation	31
4.1	Gesundheitsförderung und Prävention	31
4.2	Erwachsenenpsychiatrie	35
4.3	Psychiatrische Rehabilitation	45
4.4	Alterspsychiatrie	53
4.5	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie	59
4.6	Substanzabhängigkeit	66
4.7	Psychosomatik und psychosoziale Medizin	76
4.8	Forensische Psychiatrie	80
4.9	Ausbildung und Forschung	85
5	Empfohlene Massnahmen	87
5.1	Gesundheitsförderung und Prävention	87
5.2	Erwachsenenpsychiatrie	91
5.3	Psychiatrische Rehabilitation	94
5.4	Alterspsychiatrie	96
5.5	Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie	97
5.6	Substanzabhängigkeit	99
5.7	Psychosomatik und psychosoziale Medizin	100
5.8	Forensische Psychiatrie	101
5.9	Ausbildung und Forschung	101
6	Verwendetes Material	103
7	Anhang	105
7.1	Fallbeispiele	105
7.2	Befragung der Interessengruppen: Hauptergebnisse (Lücken und Anliegen)	108

Zusammenfassung und Entwicklungsplan

Mit Protokoll vom 12. November 2002 erteilte der Regierungsrat einen '**Auftrag an die Psychiatriekommission zur Erarbeitung eines neuen Psychiatriekonzepts**'. Als Anlass wird darin der Trend zu vermehrten ambulanten und stationären psychiatrischen Leistungen mit einer besorgniserregenden Kapazitätsüberschreitung der Institutionen genannt. Im folgenden sind die Aufträge und Fragen des Regierungsrats sowie die *Antworten und Lösungsvorschläge der Psychiatriekommission* im einzelnen aufgeführt.

1. Die Psychiatriekommission wird mit der Erarbeitung eines neuen Psychiatriekonzepts für den Kanton Thurgau beauftragt.

Ein neues Psychiatriekonzept wird dem Regierungsrat am 21. Juni 2004 vorgelegt. Es enthält übergeordnete Ziele für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Thurgau, eine Beschreibung und Analyse der aktuellen Situation sowie Empfehlungen von Massnahmen.

Die Psychiatriekommission beantragt, den Bericht entgegenzunehmen und der Öffentlichkeit vorzustellen. Im weiteren beantragt die Psychiatriekommission die Umsetzung der empfohlenen Massnahmen, wie sie im Entwicklungsplan unter 1.10. priorisiert sind.

Insbesondere sollen zu folgenden Fragen Antworten und Lösungsvorschläge erarbeitet werden:

Überprüfung des kantonalen Versorgungsauftrags im Bereich Psychiatrie;

Der Versorgungsauftrag von 1995 enthält den Grundsatz, dass die psychiatrische Versorgung des Kantons weitgehend autark erfolgen solle. Dieser Grundsatz gilt bis auf wenige Ausnahmen nach wie vor. Die Ausnahmen sind:

- *Längerfristige Therapien von Abhängigkeitserkrankungen, speziell Alkoholabhängigkeit, werden ausserkantonale durchgeführt (Forel-Klinik Ellikon), bzw. durch Verträge mit ausserkantonalen Einrichtungen geregelt (Lutzenberg, Wattwil).*
- *Vollstationäre Behandlungen von Kindern und zum Teil auch Jugendlichen erfolgen ausserkantonale (St. Gallen, Ganterschwil).*

Diese Ausnahmen sind sinnvoll, da die Fallzahlen in diesen Bereichen gering sind und ein eigenes Angebot im Kanton Thurgau bei stark schwankender Inanspruchnahme nicht wirtschaftlich wäre.

Folgende Änderungen im Versorgungsauftrag werden beantragt:

- *Anpassung der Spitalplanung an die Entwicklung der stationären Fallzahlen in den letzten Jahren*
- *Präzisierung des Rehabilitationsbegriffs in Übereinstimmung mit der Definition der WHO*
- *Der Satz "Er [der Kanton] führt bis auf weiteres die kantonalen Spitäler und Kliniken selber." (Grundsatz 5) ist zu streichen.*

Möglichkeit der vermehrten Prävention und Früherfassung von psychischen Störungen;

Der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherfassung wurde im vorliegenden Konzept besonderes Gewicht gegeben (vgl. Kapitel 4.1. und 5.1. und entsprechende Querverweise in den anderen Kapiteln). Durch Einbezug von Eltern, Lehrern und Beratungsstellen, durch Vernetzung der Leistungserbringer und durch verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen die Risiken für Neuerkrankung und Chronifizierung verringert werden. Alle empfohlenen Massnahmen sind diesem Grundsatz un-

tergeordnet. Zu beachten ist, dass die Massnahmen erst mittel- und längerfristig Wirkungen zeigen werden.

Alternativen zu stationären Behandlungen, wie Tagesstrukturen, ambulante Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten (sog. Vorschaltambulanz) etc;

Ziel des vorliegenden Konzepts und der empfohlenen Massnahmen ist, durch vorgeschaltete Hilfen die Zunahme der stationären psychiatrischen Behandlungen zu dämpfen. Eine enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer, insbesondere der beiden grossen Kliniken, ist dafür notwendig. Konkret ist ein Folgeauftrag erforderlich, um die empfohlenen Massnahmen mittels gemeinsamer Planung umzusetzen. Ein Plan für die Entwicklung in den nächsten drei bis fünf Jahren ('Entwicklungsplan') wird am Schluss dieser Zusammenfassung vorgeschlagen.

Ursache der häufigen Wiedereintritte und Vorschläge zu deren Vermeidung;

Die Ursachen für die häufigen Wiedereintritte sind vielfältig und in ihrer kausalen Bedeutung nicht zu beziffern. Soziologische Phänomene, Veränderungen der Epidemiologie und die speziellen Versorgungsstrukturen im Kanton sind in unterschiedlichen Anteilen mitverantwortlich. Auch müssen Wiedereintritte differenziert bewertet werden; für manche Personen ist ein Wiedereintritt sinnvoll, für andere hingegen ein Zeichen fehlender anderer Unterstützungsangebote. Eine differenzierte Betrachtungsweise muss durch regelmässige Evaluationen der Wiedereintritte, die dem Prozess von Gesundung und Wiedererkrankung nachgehen, gefördert werden. Die bisherigen Evaluationen zeigen jedoch, dass eine weitere Kürzung der Aufenthaltsdauern die Wiedereintritte noch häufiger machen würden. – Zur Vermeidung der Wiedereintritte wird eine Differenzierung der Optionen für Behandlung und Betreuung empfohlen.

Aufzeigen einer denkbaren gemeinsamen Strategie von Kanton und Leistungserbringern zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung;

Ein regelmässiger Austausch mit dem Departements-Chef sowie eine kontinuierliche Zusammenarbeit der Leistungserbringer wird empfohlen. Die gemeinsame Strategie soll nicht von Psychiatriekonzept zu Psychiatriekonzept, sondern kontinuierlich weiter entwickelt werden. Aus dem Konzept abgeleitete Massnahmen sollen in Form von Projekten oder Arbeitsaufträgen unter Einbezug der betroffenen Personen oder Organisationen geplant und umgesetzt, die Zusammenarbeit mit Kooperationsverträgen geregelt werden. Der Psychiatriekommission soll dabei eine steuernde Funktion zukommen.

Aufzeigen der finanziellen Auswirkungen und Finanzierungsmöglichkeiten eines neuen Psychiatriekonzeptes.

Ziel des Psychiatriekonzepts und der empfohlenen Massnahmen ist es, qualitativ hochstehende Angebote zu machen und die Kosten zu stabilisieren. Bei einzelnen Massnahmen wird es notwendig sein, dass der Kanton in Vorleistung tritt bzw. die Projektfinanzierung gemäss Projektantrag übernimmt. Bei manchen Massnahmen sind Modelltarife oder eine fix-duale Finanzierung gemeinsam mit den Krankenversicherern denkbar. - Durch die erwartete präventive Wirkung der Massnahmen und die frühere Rehabilitation sind aber mittel- und längerfristig wesentliche Kosteneinsparungen zu erwarten.

Evaluation der Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Kantonen;

Gemäss Grundsatz des Versorgungsauftrags von 1995 versorgt der Kanton Thurgau seine Einwohner im psychiatrischen Bereich weitestgehend autark. Bei starker Überbelegung der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen können Patienten aus dem Bezirk Diessenhofen jedoch weiterhin in das Psychiatriezentrum Breitenau in Schaffhausen eingewiesen werden. Im Sonderschul-Bereich sind ebenfalls häufig ausserkantonale Platzierungen nötig. - Die Verträge der Klinik Littenheid mit anderen Kantonen haben

andererseits zur Folge, dass eine erhebliche Anzahl von Einwohnern anderer Kantone im Thurgau behandelt werden.

Besonders im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sollen gezielt Untersuchungen und Projekte aus anderen Kantonen und auf gesamtschweizerischer Ebene berücksichtigt werden.

2. Für die periodische Überprüfung des Konzeptes und der daraus abgeleiteten Massnahmen sind relevante Kenndaten zu entwickeln, die über das Ende des Projektes hinaus als Basis für einen gemeinsamen Strategieprozess von Kanton und Leistungserbringern dienen können.

Ähnlich wie im vorliegenden Bericht die aktuelle Situation (Kapitel 4) mittels Leistungs- und medizinischen Daten beschrieben wurde, sollen auch in Zukunft solche Daten periodisch analysiert werden, um Trends zu erfassen und fachliche Entwicklungen zu steuern. Kostendaten der Leistungserbringer, des Kantons und der Krankenversicherer sollen ebenfalls herbeigezogen werden. Langfristig ist auch an gemeinsame Erhebungen zur Kundenperspektive zu denken.

Bisherige Entwicklung und allgemeine Lage der psychiatrischen Versorgung im Thurgau

Im Jahre 1981 wurde das vom Direktor der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, Dr. med. Karl Studer vorgelegte **'Konzept für die Psychiatrischen Dienste im Thurgau'** vom Regierungsrat genehmigt und schrittweise umgesetzt. Die *Psychiatriekommission* wurde beauftragt, die Verwirklichung des Konzeptes zu begleiten, die entsprechenden Massnahmen zu beantragen und die Erfahrungen auszuwerten.

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen wurde daraufhin durch Neubauten ergänzt und modernisiert, die Klinik in Littenheid in die psychiatrische Versorgung des Kantons einbezogen. Langzeitpatienten wurden organisatorisch von der Klinik getrennten Wohnheimen untergebracht, der Bettenbestand der Kliniken auf insgesamt 280 Betten (geplant: 350) für Thurgauer Patienten reduziert. Tages- und Nachtambulanz-Status für Patienten in den Kliniken wurde bedarfs- und bedürfnisgerecht etabliert, die Notwendigkeit einer separaten Tagesambulanz laufend geprüft. Vier externe psychiatrische Dienste in verschiedenen Regionen wurden eingerichtet. Der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst mit teilstationären und ambulanten Angeboten wurde aufgebaut. - Die wiederholt beantragte Errichtung einer Tagesambulanz wurde nicht realisiert.

Die seit mehreren Jahren stark gestiegene Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe stellt im Thurgau ein grosses Problem dar, da die Zahl der vom Kanton mitfinanzierten Behandlungsplätze in den letzten Jahren nicht zugenommen hat. Die gemäss Spitalliste vorgesehenen 269 Betten für allgemeinversicherte Thurgauer Patienten sind in den letzten Jahren konstant zu etwa 110% ausgelastet, während eine durchschnittliche Belegung von 95% allgemein als anzustreben gilt. Zudem fehlen etliche ambulante und ergänzende Angebote, die sich in anderen Versorgungsregionen als äusserst wichtig zur Verringerung der Hospitalisationsraten erwiesen haben. Die Qualität der stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Thurgau ist dagegen bemerkenswert hoch und weit über die Grenzen des Kantons hinaus bekannt.

Mit der steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen steht der Kanton Thurgau nicht allein da. Psychiatrische Krankheiten sind überall weit verbreitet. Innerhalb eines Jahres machen 20 bis 25% der Bevölkerung zumindest eine psychiatrische Erkrankung durch, die meist dank sozialer und hausärztlicher Unterstützung bewältigt werden kann. Bei 5 bis 10% der Bevölkerung besteht allerdings ein Bedarf nach psychiatrischer Behandlung. Bei einem Teil führen langfristige, schwere und sozial behindernde Erkrankungen zu einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Nur ein geringer, aber stetig steigender Teil der Behandlungsbedürftigen sucht aktiv psychiatrische Behandlung auf, der grösste Teil wird nach wie vor im Allgemeinspital oder in der hausärztlichen Praxis gesehen. Die Schwelle, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, ist aber gesunken, da sie weniger stigmatisierend ist als früher. Auch ist wahrscheinlich, dass gesellschaftliche Veränderungen (steigende Anforderungen am Arbeitsplatz, Migration und zurückgehende Tragfähigkeit der Familien) zur steigenden Inanspruchnahme beitragen.

Der vorliegende Bericht zeigt für den Kanton Thurgau, in welchen Bereichen ein weiterer Ausbau, in welchen eine bessere Vernetzung der Angebote notwendig ist. Er erhebt den Anspruch, die aktuelle Lage nicht nur aus Sicht der beteiligten Institutionen zu beurteilen. Denn aus der steigenden Nachfrage nach Leistungen der heute bestehenden Institutionen kann nicht geschlossen werden, dass psychisch kranke Menschen genau diese Leistungen am nötigsten brauchen. Es erschien wichtig, auch folgende andere Daten und Meinungen einzuholen: demographische und epidemiologische Daten, Daten aus nationalen Statistiken und Erhebungen, Leistungsdaten und medizinische Statistik der Leistungserbringer, Kostendaten der Krankenversicherer, Daten und Informationen aus der Fachliteratur, Daten aus einer eigenen schriftlichen Befragung von 370 Organisationen und Einzelpersonen sowie Daten aus Interviews.

Zusammengefasst stellen sich die aktuelle Situation und die zu empfehlenden Massnahmen folgendermassen dar:

1.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte haben zu einer erhöhten Vulnerabilität der Menschen geführt. Die Ottawa-Charta und zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen geben zu Ursachen und Lösungsansätzen Auskunft und sollten in der Konzipierung von Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung unbedingt berücksichtigt werden. Im Bereich psychischer Gesundheit besteht im Kanton Thurgau dagegen kein eigentliches Konzept für Gesundheitsförderung und Prävention.

Empfohlene Massnahmen

- In der **Gesundheitsförderung** werden besondere Schwerpunkte bei der Unterstützung von Familien, bei Erziehung, Bildung, Ernährung, Bewegung und Entspannung gesetzt.
- Durch **Informationskampagnen** zu den verschiedenen Aspekten der psychischen Gesundheit wird zur Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der Bevölkerung beitragen. Dabei werden Fachleute und Personen, die in kontinuierlichem Kontakt zu Risikogruppen stehen, in ihrer Multiplikatorenfunktion genutzt.
- Die **bestehenden Unterstützungsangebote** für Menschen in krisenhaften Lebenssituationen werden erfasst, vernetzt und – falls lückenhaft – ergänzt.
- Dem **Altersleitbild** wird durch den Kanton, die Gemeinden und die Institutionen Nachdruck verschafft und die Umsetzung beschleunigt. Ein konkreter Auftrag des Kantons an die Gemeinden könnte diese Bemühungen unterstützen.
- Die **Angehörigenarbeit** wird gefördert, die bestehenden Angebote vernetzt und für die Angehörigenberatung ein Konzept erarbeitet. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Kindern psychisch erkrankter Eltern.
- Die **Selbsthilfe** wird durch einen verbindlichen Leistungsauftrag, verbunden mit entsprechender finanzieller Unterstützung, an den Träger des Teams Selbsthilfe TG unterstützt.
- Die **Freiwilligenhilfe** wird vom Kanton organisatorisch und finanziell unterstützt. Sie kann zur Entlastung der professionellen Dienste und zudem zur Verbesserung der Lebensqualität der hilfesuchenden Menschen führen.
- Der **Suchtprävention** wird grösseres Gewicht gegeben (vgl. Kap. 1.6. und 5.6.).
- Das Thema der **Suizidprävention** wird durch die beiden Kliniken Münsterlingen und Littenheid, die Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (TGPP) und die Hausarztvereinigung aufgegriffen. Entsprechende Weiterbildungen für Hausärzte und andere Fachpersonen, die mit Risikogruppen in Kontakt sind, werden angeboten. Das nationale Projekt Ypsilon wird dabei berücksichtigt.

- Ein **Kinder- und Jugendgesetz** kann unterstützend und wegweisend wirken bei der Erarbeitung von Lösungsstrategien für immer komplexere Problemstellungen.

1.2 Erwachsenenpsychiatrie

Eine Steigerung der Leistungsmengen im stationären wie im ambulanten Bereich ist zu verzeichnen. Die Gründe sind unklar; zunehmende Erkrankungsraten, eine erhöhte Bereitschaft der Bevölkerung, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, sowie fehlende soziale Unterstützung könnten einzeln oder in Kombination, und je nach Störungsbild in unterschiedlichem Ausmass, Ursachen für dieses Phänomen sein. Die Mengenausweitung im psychiatrischen Bereich könnte sich allerdings, so weit sie auf einer "richtigeren" Zuordnung der Patienten beruht, auch in einer Reduktion der Leistungen im somatischen Bereich niederschlagen.

Ungenügende ambulante Notfall- und Spezialversorgung, fehlende Strukturen (Tagesklinik, Angebote zur Berufsförderung, Angebote aufsuchender Betreuung) und die vorläufig noch ungenügende interinstitutionelle Zusammenarbeit führen zu einer Kettenreaktion, die das Ende der Kette, die psychiatrischen Kliniken, besonders stark belasten. Klinikeinweisungen erfolgen so häufig überstürzt resp. verfrüht und entbehren nicht selten einer für die Klinikbehandlung erfolgsversprechenden Indikationsstellung. Hospitalisierte Patienten können andererseits häufig nur schwer und mit Verzögerung wieder entlassen werden, da die ambulanten Versorgungsstrukturen mengenmässig und von der Art des Angebots (differenziert / multiprofessionell / mobil oder gemeindenah) nicht ausreichen. Könnten leichter Erkrankte eine gezielte und kompetente ambulante Behandlung finden, und schwer erkrankte Patienten länger in ihrem angestammten Umfeld betreut werden, würde daraus ein Entlastungseffekt für die Kliniken resultieren. Die aktuellen Finanzierungsmodelle begünstigen jedoch die stationären Behandlungen.

Empfohlene Massnahmen

- Die **notfallpsychiatrischen Leistungen** der vier externen psychiatrischen Dienste (EPD) und der niedergelassenen Spezialärzte werden verbessert, um vorzeitige Klinikbehandlungen zu verhindern. Die Vernetzung der EPD mit den niedergelassenen Fachärzten wird verbessert. Diese Massnahmen sollten auf einem erweiterten kantonalen Leistungsauftrag basieren und unter der gemeinsamen Federführung von PKM und PKL konkretisiert werden.
- Die vier EPD bieten **Fachsprechstunden** für Patienten mit Ess- und Borderlinestörungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Migrationsproblemen an. Ziele sind die frühzeitige Diagnostik und störungsspezifische Therapie sowie die Verhinderung unnötiger Chronifizierung und Invalidisierung. Dies erfordert eine Erweiterung des Leistungsauftrags und eine Stellenanpassung bei den EPD resp. den verantwortlichen Kliniken.
- Mindestens eine **Tagesklinik** für Erwachsene (evtl. ergänzt durch tagesklinische Plätze für Alterspatienten, vgl. 1.4.) wird eingerichtet, um die Hospitalisationsraten zu verringern. Eine gemeinsame Trägerschaft durch die beiden Kliniken sollte geprüft werden.
- Die **Anmelde- und Eintrittsverfahren** sowie die Qualität der **Triage** an den psychiatrischen Kliniken Münsterlingen und Littenheid wurden bereits verbessert; diese Massnahmen werden evaluiert und weiter verbessert. Die bisher gültigen Aufnahme- resp. Ablehnungskriterien werden überprüft und vereinheitlicht. Die Bettenbewirtschaftung wird durch engere Kooperation der Kliniken optimiert. Die Vernetzung mit den vier EPD und den beiden Kantonsspitalern wird verstärkt.
- Die stationäre **Spezialversorgung** wird durch gegenseitige Abstimmung der Kliniken optimiert.

1.3 Psychiatrische Rehabilitation

Bei längerdauernder Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung setzen rehabilitative Massnahmen zu spät ein, da häufig erst Invalidität vorliegen muss, bevor solche Massnahmen eingeleitet werden können. Ausserdem finden Menschen mit psychischen Schwierigkeiten wegen einer Verschärfung der Arbeitsmarktsituation immer seltener eine Stelle nach der Ausbildung oder nach einer beruflichen Massnahme. – Obwohl die Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) erste Früchte trägt, ist die Koordination der Träger und Angebote psychiatrischer Rehabilitation noch mangelhaft.

Geschützte Werkstätten und Eingliederungsstätten sind voll belegt. Arbeitsplatzwahlmöglichkeiten sind dadurch eingeschränkt, und Menschen mit psychischen Schwierigkeiten können so mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten, Problemen und Bedürfnissen nicht optimal gefördert werden. Konzepte für eine Entinstitutionalisierung liegen noch kaum vor.

Im Bereich des betreuten Wohnens und im Heimbereich sind die Angebote zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt. Dadurch kommt es zu vielen Fehlplatzierungen.

Empfohlene Massnahmen

- **Zusätzliche Beschäftigungs- und Ausbildungsplätze** für Menschen mit psychischen Problemen werden geschaffen, wenn nicht mehr Arbeitsplätze im ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellt werden können.
- **Firmen**, die erwerbsbeeinträchtigte Menschen beschäftigen, werden finanziell und mittels Arbeitsassistenten unterstützt.
- **Firmen im 2. und 3. Sektor** sollen gezielt angesiedelt und gefördert werden, um dem Abbau von Stellen für angelernte Arbeitskräfte zu begegnen. Sollte dies nicht gelingen, müsste ein ergänzender, teilsubventionierter Arbeitsmarkt (Sozialfirmen) ermöglicht werden.
- **Beschäftigungsprogramme für Jugendliche** sollen ausreichend zur Verfügung stehen; damit soll ein Beitrag zur Prävention von psychischen Störungen und Substanzabhängigkeit geleistet werden.
- **Konzepte zum Absenzen- bzw. Anwesenheits-Management** für Arbeitnehmende in der offenen Wirtschaft werden entwickelt, um nach längeren Arbeitsunterbrüchen Chronifizierung und Invalidität zu vermeiden.
- **Bedürfnisgerechte Wohnformen**, insbesondere das betreute Einzelwohnen, sollen gefördert werden.

1.4 Alterspsychiatrie

Die Kapazität für Demenzabklärungen reicht momentan aus, muss jedoch laufend an die demographische Entwicklung angepasst werden. Die *Versorgung* demenzkranker Menschen dagegen ist noch unzureichend. Hier sind flexible Konzepte gefordert, die das jeweilige Krankheitsstadium und die damit verbundenen individuellen Bedürfnisse des Betroffenen und seiner Angehörigen berücksichtigen. Zur Zeit fehlen in vielen Fällen noch die passenden Angebote zwischen ambulanter haus- oder fachärztlicher Behandlung und vollstationärer Betreuung in Pflegeheimen. Das Platzangebot der Memory Klinik Münsterlingen reicht noch nicht aus, und für viele Kantoneinwohner ist der Weg nach Münsterlingen zu weit. Wünschenswert wären dezentrale teilstationäre Betreuungsangebote und auch die Betreuung zuhause durch mobile Teams.

Der psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst reicht derzeit mengenmässig nicht aus, um Altersheime, Pflegeheime, Spitex und teilweise Hausärzte bei der Betreuung und Behandlung psychisch kranker alter Menschen zu unterstützen.

Empfohlene Massnahmen

- Die zukünftige **Planung** im Bereich der Alterspsychiatrie orientiert sich an den demographischen Daten mit der zu erwartenden Zunahme von psychiatrischen Alterpatienten.
- Das **Alterskonzept Thurgau** (Oktober 1999) mit seinen Grundsätzen zur Versorgung im Alter wird weiter umgesetzt und evt. ergänzt durch ein Konzept zur Versorgung Demenzkranker im Kanton Thurgau (in Zusammenarbeit mit Spitex, Heimen und Alzheimervereinigung).
- Für die **Betreuung von schwerer Demenzkranken**, zur Entlastung ihrer Angehörigen und zur Vermeidung von stationären Aufnahmen werden spezialisierte Tagesheime bzw. Tagesplätze in Heimen eingerichtet. Hier ist vor allem auf eine aktivierende Pflege und eine entsprechende Fort- und Weiterbildung zu achten. Auf das bestehende Konzept der Memory Klinik Münsterlingen und auf die Angebote der beiden psychiatrischen Kliniken, beim Aufbau eines solchen Angebots zu beraten, sollte zurückgegriffen werden.
- Für die **Behandlung von psychiatrischen Alterspatienten und von leichter Demenzkranken** werden Tagesklinikplätze eingerichtet, die das bereits vorhandene Angebot der Memory Klinik in Münsterlingen ergänzen. Eine Vernetzung mit einer noch einzurichtenden allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik (vgl. 1.2.) in einem ersten Schritt wäre möglich. Entsprechende Konzepte bestehender Einrichtungen sind auf ihre Umsetzbarkeit im Thurgau zu prüfen.
- Der alterspsychiatrische interdisziplinäre **Konsiliardienst für Hausärzte** und der **Konsiliar- und Liaisondienst für Heime und die Spitex** durch spezialisierte Psychiater und Pflegefachfrauen ist ebenfalls auszubauen.

1.5 Kinder- und Jugend-Psychiatrie und –Psychotherapie

Die grosse Zahl der Anmeldungen von Kindern und Jugendlichen sowohl im niedergelassenen wie im KJPD-Bereich führt zu mehrwöchigen bis mehrmonatigen Wartezeiten. Hierdurch kommt es zu einer Zuspitzung der Probleme oder zu Sekundärschäden, die Chronifizierungen und letztlich höhere Kosten verursachen. Zusätzlich zu diesem permanenten Druck muss vor allem der KJPD noch jederzeit Kapazitäten für Notfälle bereithalten.

Besondere Problemgruppen:

- Bei zunehmendem und immer früher beginnendem Konsum von Cannabis, exzessivem Alkoholkonsum (sog. „binge-drinking“) und dem Missbrauch anderer Drogen (vgl. Kap. 4.6.) zeigt sich schweizweit und auch im Thurgau eine Tendenz zu ebenfalls früher auftretenden klinischen Komplikationen bei Risikopopulationen. Die Gruppe der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen kann als besonders anfällig für zusätzliche Drogenkomplikationen gelten. Hier besteht ein langfristiger gesundheitspolitischer Handlungsbedarf.
- Der hohe Betreuungsaufwand für geistig behinderte psychisch Kranke, insbesondere bei zusätzlichen körperlichen Behinderungen oder hochgradig erregten Kindern und Jugendlichen, kann durch die Kliniken nur begrenzt geleistet werden. Die nötige Kooperation mit anderen Einrichtungen ist in Ansätzen bereits durch eine Arbeitsgruppe begonnen worden.
- Die Zahl der psychisch kranken jugendlichen Sexual- und Gewaltstraftäter nimmt schweizweit wie im Thurgau stetig zu. Die Kooperation mit Heimeinrichtungen, Pflegeeltern und Sozialbehörden ist verbesserungswürdig.

Empfohlene Massnahmen

- **Ausbau der Kapazität des Ambulatoriums** mit folgenden Schwerpunkten: vermehrte Vernetzungsarbeit, Aufbau von Case Management, Ausbau von Home-Treatment, Aufbau einer kantonalen Fachstelle zur Frage des Kinderschutzes und zur Beratung der Vormundschaftsbehörden.
- **Vermehrte Zulassung** von Kinder- und Jugendpsychiatern und verbesserte Niederlassungsbedingungen von nichtärztlichen PsychotherapeutInnen.
- Aufbau von **Spezialsprechstunden** zur Betreuung junger Familien (bei Bedarf in Zusammenarbeit / Liaison mit der KKJ).
- **Mutter-Kind-Behandlungen** im stationären, teilstationären oder ambulanten Rahmen (in Zusammenarbeit / Liaison mit der PKM, der PKL und den EPD).
- Versorgung von **Kindern psychisch kranker Eltern** (in Zusammenarbeit mit der PKM, der PKL, den EPD und der KKJ).
- **Kooperationsverträge**
 - zwischen PKL und PKM, mit exakter Schnittstellendefinition zur Behandlung von Jugendlichen mit polytoxikomanem Drogengebrauch und Substanzmittelabhängigkeit.
 - zwischen Ambulatorium, den EPD und den Stationen der PKM (FP, frühe Psychosen) und PKL (Jugendpsychiatrie) zur Behandlung und Begleitforschung bei Psychose-Ersterkrankungen im Alter von 14 bis 24 Jahren.
 - zum Aufbau von stationären heilpädagogisch/psychiatrischen Betreuungsplätzen für geistig behinderte, psychisch schwer erkrankte Jugendliche mit Fremd- und Selbstaggression.
 - zwischen KJPD, PKL-Jugendpsychiatrie und Jugendheimrichtungen im Bereich der Kinder- und Jugendforensik (Glaubhaftigkeitsgutachten, strafrechtliche Gutachten, ambulante und stationäre Therapieangebote für Opfer und Täter). In diesem Bereich Prävention durch Vorträge, Beratungstätigkeit in der Institution und interdisziplinäre Weiterbildungsangebote für in den Institutionen tätige Mitarbeiter.
- Aufbau eines **Dachverbandes** zwischen KJPD und PKL–Jugendpsychiatrie zur Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildung FMH, Kategorie A.
- Aufbau von **Konfliktforen** in den Gemeinden zur interdisziplinären Vernetzung und zur Einführung eines Case Managements.

1.6 Substanzabhängigkeit

In der *ambulanten Suchtberatung und –therapie* kann der Kanton Thurgau auf ein grosses und differenziertes Angebot zurückgreifen. Suchtfachstellen, EPD, Selbsthilfegruppen sowie viele engagierte Hausärzte decken einen wichtigen Teil der Bedürfnisse ab. Der Prävention wird bei Kindern und Jugendlichen in den Schulen und Vereinen des Kantons Thurgau ein breiter Raum gegeben. - Es fehlen jedoch spezifische Angebote für ältere Menschen und Menschen mit schlechten Deutschkenntnissen. Eine integrierte ärztlich / psychotherapeutisch / sozialarbeiterische Betreuung findet fast ausschliesslich in den EPD statt. Darüber hinaus besteht der Bedarf nach vermehrtem Case Management, um die verschiedenen Hilfsangebote besser zu vernetzen.

In der *stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit* sind keine Ressourcen für die steigenden Patientenaufnahmen vorhanden. Dies führt zu Fehlplatzierungen, verfrühten Entlassungen, Rückfällen und Wiederaufnahmen. Für medikamenten- / alkoholabhängige ältere Menschen bestehen zu wenig Behandlungsangebote. Den arbeitslosen Suchtpatienten muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In der *stationären Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen* geht die Zahl der Heroinabhängigen zurück, Patienten mit anderen Konsummustern nehmen zu (Haschisch, Amphetamine). Stationäre Behandlungsmöglichkeiten sind in den Kliniken des Thurgau gegeben, Langzeittherapien in ausserklinischen Einrichtungen dagegen werden seltener und sind schwerer finanzierbar.

Empfohlene Massnahmen

- Die **Fortbildung** der mit Suchtproblemen konfrontierten Medizinalpersonen und Sozialarbeiter im Bereich Prävention und Früherfassung von Substanzabhängigkeiten wird intensiviert.
- Die **Kooperation** von Behörden, Versicherungen, Arbeitsvermittlungen, medizinischen und sozialen Institutionen wird allgemein und im Einzelfall („Case Management“) verbessert.

1.7 Psychosomatik und psychosoziale Medizin

Auf Grund der starken Auslastung der EPD kann der Ausbau der Dienstleistungen für die somatischen Spitäler und der Spezialsprechstunden nicht schnell genug vorangetrieben werden.

Eine voll- und teilstationäre Klinikbehandlung psychosomatischer Problemstellungen wird häufig erst dann in den beiden psychiatrischen Kliniken Littenheid und Münsterlingen durchgeführt, wenn die somatischen Spitäler keine Besserung der Symptomatik mehr erreichen, die Patienten sich aber noch zu krank fühlen, um sich wieder in ihre Lebensumwelt integrieren zu können. Die Schwelle, in eine psychiatrische Klinik einzutreten, ist für die Patienten auf Grund der Stigmatisierung psychiatrischer Patienten sehr hoch, die Behandlungserwartungen dementsprechend negativ.

Zur Prävention zunehmender psychosozialer Probleme bei chronischen Schmerzpatienten müsste eine frühzeitige, fachlich qualifizierte Betreuung auf dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Problemverständnisses organisiert werden. Eine Schlüsselstelle in diesem Ablauf kommt den Hausärzten und den primär versorgenden Spezialärzten zu.

Fremdsprachenfähige Therapeuten fehlen weitgehend.

Empfohlene Massnahmen

- Die **EPD** intensivieren ihre Dienstleistungen für die somatischen Spitäler, bieten Spezialsprechstunden an (vgl. 1.2.) und werden zu Ausbildungsstätten für den Fähigkeitsausweis 'Psychosomatische und psychosoziale Medizin'.
- Der **Bereich Psychotherapie der PKM** führt die Zusatzbezeichnung 'Psychosomatik', sobald die Leitenden ÄrztInnen den Fähigkeitsausweis 'Psychosomatische und psychosoziale Medizin' erworben haben; die Stationen dieses Bereichs passen ihr therapeutisches Angebot an die Bedingungen der entsprechenden Fachgesellschaft an und bieten später Ausbildungsplätze für den Fähigkeitsausweis 'Psychosomatische und psychosoziale Medizin' an.
- Für die **Spitalärzte anderer Disziplinen** werden Weiterbildungsangebote in Gesprächsführung und in der Wahrnehmung psychosozialer Probleme gemacht.
- **Hausärzte und primär versorgende Spezialärzte** werden in psychologischen Mechanismen und einfachen Therapieansätzen geschult und wirken an der Prävention zunehmender psychosozialer Probleme bei chronischen Schmerzpatienten mit. Sie weisen rechtzeitig zur muskuloskelettalen Rehabilitation zu.
- **Multiprofessionelle Rehabilitationsteams** (vgl. 'spine unit' und 'pain unit') werden weitergeführt bzw. neu aufgebaut.
- Mit der **Caritas** und mit **fremdsprachenkundigen frei praktizierenden Psychiatern und Therapeuten** wird verstärkt zusammen gearbeitet.

1.8 Forensische Psychiatrie

Für die Bewältigung der forensisch-psychiatrischen Problemstellungen verbleibt immer weniger Kapazität, da die Steigerung der Aufnahmezahlen das Personal der psychiatrischen Kliniken und externen Dienste überaus stark belastet. Forensisch geschultes Personal zur Gutachtererstellung und zur fachlich kompetenten psychotherapeutischen Betreuung im stationären und ambulanten Bereich fehlt. So gibt es z.B. im Thurgau kein ambulantes Gruppenangebot für erwachsene Sexualstraftäter.

Empfohlene Massnahmen

- **Kooperationsvertrag** mit den Untersuchungsgefängnissen und dem Kantonalgefängnis zur Prävention von Suizidalität bei (Untersuchungs-) Häftlingen.
- **Gruppentherapeutische Angebote** im Rahmen des ambulanten Massnahmevollzugs, insbesondere für Sexualdelinquenten, werden eingerichtet.
- Kaderärzte mit forensischem Wissen bilden sich zu **psychiatrischen Sachverständigen** mit Fähigkeitsausweis 'Rechtspsychiatrie' weiter.

1.9 Ausbildung und Forschung

Aus-, Fort- und Weiterbildung entspricht einer dauernden Investition in die fachliche Entwicklung aller Mitarbeitenden und hat auch in Zukunft eine grosse Bedeutung. Der Einsatz in der Fort- und Weiterbildung externer Partner muss noch wesentlich verstärkt werden.

Empfohlene Massnahmen

- Der grossen Bedeutung der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeitende der psychiatrischen Institutionen wie auch für externe Partner muss in der **Budgetierung** für die psychiatrischen Institutionen Rechnung getragen werden.
- Das **Fortbildungsangebot** für Ärzte an den Spitälern, für Hausärzte und praktizierende Psychiater sowie allgemein für Institutionen, die sich mit psychisch Kranken befassen, wird ausgebaut (Schwerpunkte: Gesprächsführung; Diagnostik psychosozialer Störungen)

1.10 Entwicklungsplan

Im folgenden Entwicklungsplan sind die empfohlenen Massnahmen nach Dringlichkeit und Realisierbarkeit priorisiert. Werden die dringlichsten Massnahmen nicht realisiert, ist mit einer weiteren Zuspitzung der heute bereits prekären Lage in den psychiatrischen Kliniken zu rechnen. Andererseits wird die zügige Umsetzung der Massnahmen mittelfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung führen.

Massnahmen zur Verbesserung der Koordination und Vernetzung von Angeboten sind nicht als gesonderter Punkt aufgeführt. Bei einer Evaluation der getroffenen Massnahmen ist zu überprüfen, ob Koordination und Vernetzung sich hinreichend verbessert haben, oder ob es gesonderter Massnahmen bedarf.

empfohlene Massnahme	Kosten- folgen für	Dringlichkeit / Realisierbarkeit			zuständig
		Hoch / kurz- fristig	Mittel / mittel- fristig	lang- fristig	
Spitalplanung: an Entwicklungen anpassen					
Gesundheitsförderung / Prävention (1.1.)					
Gesundheitsförderung: <i>Schwerpunkte setzen</i>			●		Präv.Komm.
Informationskampagnen: <i>planen und durchführen</i>			●		Präv.Komm.
Unterstützungsangebote: <i>erfassen, vernetzen, ergänzen</i>		●			Präv.Komm.
Altersleitbild: <i>umsetzen</i>			●		Fachstelle GA
Angehörigenarbeit: <i>Konzept erstellen</i>			●		Kliniken, EPD, VASK
Selbsthilfe: <i>Leistungsauftrag an Team Selbsthilfe TG.</i>	Kt	●			Kanton, TeamSH
Freiwilligenhilfe: <i>unterstützen</i>	Kt	●			Kanton
Suchtprävention: <i>verstärken</i>		●			„Perspektive“
Suizidprävention: <i>nationales Projekt aufgreifen</i>			●		Kliniken, TGPP
Kinder- und Jugendgesetz				●	Kanton
Erwachsenenpsychiatrie (1.2.)					
notfallpsychiatr. Leistungen: <i>verbessern, vernetzen</i>	Kt	●			EPD, TGPP, Kanton
EPD- Fachsprechstunden: <i>einrichten</i>	Kt	●			Kliniken, Kanton
Tagesklinik für Erwachsene, evtl. Alterspatienten	Kt	●			Kliniken, Kanton
Anmelde- und Eintrittsverfahren, Triage: <i>verbessern</i>		●			Kliniken
Stationäre Spezialversorgung: <i>optimieren</i>		●			Kliniken
Psychiatrische Rehabilitation (1.3.)					
Zusätzliche Beschäftigungs-/ Ausbildungsplätze: <i>schaffen</i>	?	●			Kanton, Gemein- den, IV
Firmen: <i>unterstützen bei Beschäftigung Erwerbsbeein- trächtigter (finanzielle Anreize, Arbeitsassistenz)</i>	?	●			Kanton
Firmen im 2. und 3. Sektor: <i>fördern. Alternativ: teilsubven- tionierten Arbeitsmarkt (Sozialfirmen) fördern</i>	?	●			Kanton, Gemein- den
Beschäftigungsprogramme für Jugendliche: <i>ausreichend zur Verfügung stellen</i>	?	●			Kanton
Konzepte zum Absenzenmanagement: <i>entwickeln</i>		●			Arbeitgeber, KV, IV
Bedürfnisgerechte Wohnformen: <i>fördern</i>		●			EPD, IV, Kanton
Alterspsychiatrie (1.4.)					
Planung: <i>an demographischen Daten orientieren.</i>			●		Kanton

Alterskonzept Thurgau: <i>weiter umsetzen, evt. ergänzen durch Konzept zur Versorgung Demenzkranker</i>		●			Fachstelle, Spitetex, APH Alzheimervereinigung
Tagesheime bzw. Tagesplätze in Heimen (zur Betreuung von schwer Demenzkranken): <i>einrichten</i> .		●			Heime, Kliniken, Kanton
Tagesklinikplätze (zur Behandlung von psychiatrischen Alterspatienten und leicht Demenzkranken): <i>einrichten (vgl. 1.2.)</i> .	Kt	●			Kliniken, Kanton
interdisziplinären Konsiliardienst für Hausärzte und Konsiliar-/Liaisondienst für Heime u Spitetex: <i>auszubauen</i> .	Kt		●		Kliniken, EPD, Kanton
Kinder- u Jugend-Psychiatrie und –Psychotherapie (1.5.)					
Kapazität des Ambulatoriums: <i>erhöhen</i>	Kt	●			KJPD, Kanton
Zulassung <i>KuJPsychiater</i> , Niederlassungsbedingungen <i>nichtärztl Psychotherapeuten: verstärken / verbessern</i>			●		KAZ
Spezialsprechstunden zur <i>Betreuung junger Familien</i>		●			KJPD, KKJ
Mutter-Kind-Behandlungen (<i>stationär, teilstationär, ambulant</i>): <i>anbieten</i>	Kt		●		KJPD, Kliniken, EPD
Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: <i>verbessern</i>			●		KJPD, KKJ, Kliniken, EPD
Kooperationsverträge zu den Themen <i>Sucht, frühe Psychosen, geistig behinderte, Kinder- und Jugendforensik</i>			●		KJPD, Kliniken, Heime
Dachverband kinder- / jugendpsychiatr. Weiterbildung: <i>gründen</i>			●		KJPD, PKL
Konfliktforen in <i>Gemeinden (interdisziplinäre Vernetzung, Case Management): gründen</i>	Gemeinden		●		Gemeinden
Substanzabhängigkeit (1.6.)					
Fortbildung von <i>Medizinalpersonen und Sozialarbeitern im Bereich Prävention und Früherfassung: verstärken</i>		●			Round Table
Kooperation von <i>Behörden, Versicherungen, Arbeitsvermittlungen und sozialen Institutionen: verbessern, 'Case Management'</i>		●			Round Table
Psychosomatik / psychosoziale Medizin (1.7.)					
EPD - Dienstleistungen für die somatischen Spitäler: <i>intensivieren</i>	Kt		●		EPD, Spitäler, Kanton
Bereich Psychotherapie / <i>PKM: Ausbildung verbessern, Zusatzbezeichnung 'Psychosomatik' einführen</i>			●		PKM
Weiterbildungsangebote für <i>Spitalärzte anderer Disziplinen, Hausärzte und primär versorgende Spezialärzte</i>			●		Kliniken
Multiprofessionelle Rehabilitationsteams: <i>weiterführen bzw. neu aufbauen</i>			●		Kliniken, TKK, Spitäler
Zusammenarbeit mit <i>Caritas und fremdsprachenkundigen Psychiatern / Therapeuten: verstärken</i>			●		Kliniken, EPD
Forensische Psychiatrie (1.8.)					
Kooperationsvertrag <i>Untersuchungs- und Kantonalgefängnis zur Prävention von Suizidalität</i>			●		Kliniken, TGPP, Gefängnisse
Gruppentherapeutische Angebote im <i>ambulanten Massnahmenvollzug (bes. für Sexualdelinquenten): einrichten</i>	?		●		Forensik
<i>Weiterbildung zu psychiatrischen Sachverständigen</i>			●		Kliniken
Ausbildung und Forschung (1.9.)					
Aus-, Fort- und Weiterbildung für Mitarbeitende und externe Partner: <i>anbieten</i>			●		
Fortbildungsangebot für <i>Ärzte an den Spitälern, Hausärzte, praktizierende Psychiater und andere Institutionen: zielgerichtet ausbauen</i>					Kliniken

Liste der **dringlichsten Massnahmen**, um die zunehmende Überfüllung der Psychiatrischen Kliniken aufzufangen und dem Bedarf an psychiatrischen ambulanten Dienstleistungen Genüge zu tun:

1. Anpassung der Spitalplanung

Die Spitalplanung im Kanton Thurgau geht von einer Bettenzahl von 269 Betten in den Psychiatrischen Kliniken Münsterlingen, Littenheid und Aadorf aus.

Diese Betten sind in den vergangenen zwei Jahren meist zu über 110% belegt.

In der üblichen Spitalplanung erwartet man eine 95%ige Belegung. Diese würde einem Mehrbedarf von ca. 40 Betten entsprechen.

2. Einrichtung mindestens einer Tagesklinik

Um dem Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ und letztlich auch dem Willen, die Kliniken nicht mehr zu vergrössern, nachzukommen, müssen dringend ambulante und halbstationäre Einrichtungen bestehen, die diese Nachfrage bewältigen können.

International hat sich die Einrichtung von Vorschalt-Tageskliniken bewährt. Eine solche Tagesklinik sollte in einem bevölkerungsreichen Zentrum stehen, z. B. in Frauenfeld.

3. Kapazitätserhöhung in den ambulanten Diensten

Der Bedarf an ambulanter Betreuung zeigt sich ausgesprochen im KJPD, aber auch in den EPD. Hier drängt sich eine Erhöhung der Kapazität im Sinne einer personellen Verstärkung auf.

4. Massnahmenbündel für Arbeit und Beschäftigung

Um der zunehmenden Invalidisierung von psychisch Kranken vorzubeugen, müssen hier verschiedene Aktivitäten zugunsten von Arbeitsplatzert halt, Arbeitsabklärung, Rehabilitation und Wiedereingliederung geschaffen werden. Ein eigenes Projekt ist vorzusehen.

5. Psychiatrische Fortbildung

Um psychiatrische Behandlung und Rehabilitation möglichst bereits bei den Grundversorgern und Institutionen, die sich mit psychisch Kranken beschäftigen, zu erreichen, bedarf es der vermehrten Weiterbildung dieser Fachleute.

6. Förderung der Selbst- und Freiwilligenhilfe

Da nicht alle Aufgaben von Fachleuten und damit auf eine kostenintensive Art, sondern bereits im Familien-, Angehörigen- und Freundeskreis geschehen kann, muss die Selbst- und Freiwilligenhilfe gefördert werden. Dies kann zu einer Entlastung der Institutionen führen, insbesondere auch die Wiedereintritte reduzieren.

Neben diesen dringlichen Massnahmen soll auch der vorhergehende Massnahmenkatalog laufend überprüft werden und insbesondere auch die Massnahmen, die innerhalb der bestehenden Institutionen stattfinden müssen, realisiert werden.

Hier zeigt sich die **weitere Aufgabe der Psychiatriekommission, diesen Prozess zu begleiten.**

Einleitung

1.1 Auftrag

Mit Protokoll vom 12. November 2002 erteilte der Regierungsrat einen **'Auftrag an die Psychiatriekommission zur Erarbeitung eines neuen Psychiatriekonzepts'**. Als Anlass wird darin der Trend zu vermehrten ambulanten und stationären psychiatrischen Leistungen mit einer besorgniserregenden Kapazitätsüberschreitung der Institutionen genannt. Erwartet werden

- Analysen der Ursachen für die häufigen Wiedereintritte und Vorschläge zu deren Vermeidung,
- Vorschläge von Alternativen zur stationären Behandlung und für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung,
- Vorschläge für eine vermehrte Prävention und Früherfassung von psychischen Störungen,
- Prüfung der Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Kantonen,
- Überprüfung des kantonalen Versorgungsauftrags im Bereich Psychiatrie,
- Erarbeitung von Grundlagen für einen gemeinsamen Strategieprozess von Kanton und Leistungserbringern zu Gunsten einer optimalen psychiatrischen Versorgung, sowie
- Aufzeigen der finanziellen Auswirkungen und Finanzierungsmöglichkeiten eines neuen Psychiatriekonzepts.

Im **'Versorgungsauftrag für das Thurgauische Gesundheitswesen'** von 1995 ist die Entwicklung und der Umfang der Versorgung dargestellt, relevante Einflussfaktoren und deren Entwicklung aufgezeigt und die Entwicklung der zukünftigen Versorgung skizziert. Für den letztgenannten Punkt wurden folgende Grundsätze formuliert:

1. *Der Kanton trägt die Verantwortung für eine ausreichende, angemessene, finanziell und physisch für alle unter zumutbaren Bedingungen zugängliche, volkswirtschaftlich tragbare medizinische Versorgung.*
2. *Wir unterscheiden im somatischen Akutbereich die Versorgungstypen der Grundversorgung, der erweiterten Grundversorgung, der Zentralversorgung und der Spitzenmedizin. Zudem gibt es Psychiatrische Versorgung, Rehabilitation und den Langzeitbereich mit den Pflegeheimen. Im somatischen Akutbereich liegt das Schwergewicht der Versorgung im Kanton bei der Grundversorgung und der erweiterten Grundversorgung.*
3. *Die Versorgungsverantwortung des Kantons erstreckt sich auf die somatische und psychiatrische ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung, den Langzeitbereich mit den Pflegeheimen, die Spitex (Krankenpflege, Hauspflege, Haushilfe), die Prävention, die Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens, das Rettungswesen sowie die Gesundheitspolizei und das kantonale Labor. Die Versorgungsverantwortung umfasst für die Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons den grundversicherten Teil.*
4. *Möglichst viele Leistungen sollen innerhalb des Kantons angeboten werden, ohne das gesamte Angebot eines Segments durch den Kanton selbst zu erbringen. Die Versorgung der Kantonseinwohner und -einwohnerinnen mit Leistungen, die im Kanton nicht, nur ausnahmsweise oder nicht in genügendem Ausmass angeboten werden, stützt sich auf die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern ausserhalb des Kantons oder im benachbarten Ausland. Dabei stehen schon vorhandene Möglichkeiten von Zusammenarbeit im Vordergrund. Die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sowie private Einrichtungen sollen nicht gezielt durch subventionierte Leistungen der öffentlichen Hand konkurrenziert werden. Bei Bedarf, das heisst bei einer drohenden Unterversorgung der Bevölkerung, werden geeignete Rahmenbedingungen angeboten. (Ergänzung im Kommentar: Die psychiatrische Versorgung wird im Kanton autark in Zusammenarbeit mit der privaten Klinik Littenheid angeboten.)*
5. *Der Kanton bekennt sich zur Trennung von strategischen und operationellen Aufgaben. Er führt bis auf weiteres die kantonalen Spitäler und Kliniken selber.*
6. *Das Finanzierungssystem ist prospektiv, beruht auf Leistungsbezügen im Rahmen von Leistungsaufträgen und ist in diesem Sinne leistungsorientiert. Es basiert auf Sollkosten. Die leistungsbezogene Komponente soll verstärkt werden. Es sollen Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, zum Nutzen von Synergien und zum Bilden von Schwerpunkten gesetzt werden.*

7. *Die Strukturen der kantonalen Betriebe sollen die Autonomie und Selbstverantwortung sowie die Nutzung von Synergien und die Schwerpunktbildung fördern.*

Seit 1995 gab es neue Entwicklungen, die einige dieser Grundsätze revisionsbedürftig erscheinen lassen.

- zu 3.: Nach Bundesrecht ist der Kanton nun auch verpflichtet, einen Teil der Leistungsabgeltung für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten zu übernehmen.
- zu 5.: Dieser Grundsatz wurde mit der Gründung der Spital Thurgau AG zum Teil umgesetzt. Die Notwendigkeit für dieses Psychiatriekonzept ergibt sich aber aus der Tatsache, dass die strategische Führung im Rahmen einer kantonalen Psychiatriepolitik nach wie vor beim Kanton liegen muss.

Die Spitalliste als Instrument der Spitalplanung scheint den Entwicklungen der letzten Jahre nicht angepasst worden zu sein. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

1.2 Gesetzliche Grundlagen

Es sind zu berücksichtigen:

- Verfassung des Kantons Thurgau vom 16. März 1987
- Gesetz über das Gesundheitswesen des Kantons Thurgau (Gesundheitsgesetz) vom 16. Juni 1987
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994
- Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959

1.3 Bisherige Konzepte zur Entwicklung psychischer Gesundheit und psychiatrischer Versorgung im Thurgau

Im März 1981 wurde vom Direktor der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, Dr. med. Karl Studer, ein **'Konzept für die Psychiatrischen Dienste im Thurgau'** vorgelegt, das die folgenden zentralen Punkte enthielt:

- Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen sollte durch Neubauten ergänzt und modernisiert werden.
- Die Klinik in Littenheid sollte in die psychiatrische Versorgung des Kantons einbezogen werden.
- Langzeitpatienten sollten zunehmend in organisatorisch von der Klinik abzutrennenden Wohnheimen untergebracht werden.
- Der Bettenbestand sollte auf insgesamt 350 Betten für Thurgauer Patienten, das entspricht weniger als 2‰, reduziert werden.
- Tages- und Nachtlinik-Status für Patienten in den Kliniken sollte bedarfs- und bedürfnisgerecht etabliert werden, die Notwendigkeit einer separaten Tagesklinik laufend geprüft werden.
- Vier externe psychiatrische Dienste in verschiedenen Regionen sollten eingerichtet werden. (Dies wurde vor allem mit dem Mangel an niedergelassenen Fachärzten begründet.)
- Der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst mit teilstationären und ambulanten Angeboten sollte aufgebaut werden.

Der Regierungsrat genehmigte mit Beschluss vom 12. Mai 1981 das Konzept und ermächtigte das (damalige) Sanitäts- und Erziehungsdepartement, eine Expertenkommission mit dem Auftrag einzusetzen, die Verwirklichung des Konzepts zu begleiten, die entsprechenden Massnahmen zu beantragen und die Erfahrungen auszuwerten. In der Folge wurde die *Psychiatriekommission* als beratendes Gremium installiert. - Die Vorschläge des Konzept wurden in den nächsten Jahren weitgehend umgesetzt. Lediglich die wiederholten Anträge auf Errichtung einer Tagesklinik wurden nicht realisiert.

Am 03. September 1996 wählte der Regierungsrat eine *Kantonale Kommission für Prävention und Gesundheitsförderung* und beauftragte sie, ein umfassendes Konzept zur Prävention im Gesundheitswesen zu erarbeiten. Aus der Arbeit der Kommission entstand die Schrift **'Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Thurgau'**. Hierin wird die Umsetzung gesundheitsfördernder Massnahmen in Form von Projekten, die definierten Kriterien entsprechen sollen, vorgeschlagen. Als prioritäre Bereiche werden Volksschule, Jugendliche, Umwelt sowie Bewegung, Ernährung, Entspannung genannt.

1.4 Aufbau- und Ablauforganisation des Projekts

Die regierungsrätliche Psychiatriekommission, bestehend aus folgenden Mitgliedern

- Dr. Alfred Muggli, Kantonsarzt (Präsident)
- Dr. Karl Studer, Ärztlicher Direktor Psychiatrische Dienste Thurgau (Vorsitz)
- Dr. Markus Binswanger, Chefarzt Psychiatrische Klinik Littenheid
- Kurt Fischer, Leiter Geschützte Werkstatt Bruggli
- Dr. Brigitte Joos, FMH Psychiatrie und Psychotherapie
- Dr. Andreas Schneider, FMH Allgemeine Medizin
- Anneliese Zingg, Leiterin der städtischen Sozialdienste Frauenfeld
- Urs Zürcher, Leiter Wohnheime und Werkstätten
- Dr. Ulrich Zulauf, Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

setzte eine multiprofessionell zusammengesetzte Projektgruppe ein, um die Grundlagen dieses Berichts zu erarbeiten. Folgende Personen arbeiteten in Phase I in der Projektgruppe mit:

- Dr. Ulrike Borst, Leiterin Unternehmensentwicklung Psychiatrische Dienste TG (Projektleitung)
- Brigitta Engeli, cand. psych. (Projektassistentin)
- Dr. Oliver Bilke, Leitender Arzt Jugendpsychiatrie Klinik Littenheid (bis Januar 2004)
- Elsbeth Burgermeister, Bereichsleiterin Spitex Kreuzlingen
- Dr. Jörg Burmeister, Leitender Arzt Akutpsychiatrie und Chefarzt Stv. Klinik Littenheid (ab Januar 2004)
- Hans Jürg Fenner, Leiter Sozialamt Münchwilen
- Kurt Fischer, Leiter Geschützte Werkstatt Bruggli Romanshorn
- Silvia Gysel, Selbsthilfe-Förderung Schweiz
- lic. iur. Gebhard Heuberger, Geschäftsführer santésuisse SG-TG-GL (beratendes Mitglied)
- René Inauen, Sozialarbeiter EPD Frauenfeld
- Dr. Daniel Jud, FMH Psychiatrie und Psychotherapie Amriswil
- Dr. Herbert Leherr, Oberarzt Sucht Psychiatrische Dienste TG
- Dr. Christine Nussbaumer, Leitende Ärztin EPD Sirmach
- Dr. Roland Russi, FMH Allgemeine Medizin Weinfelden
- Dr. Beat Schmitter, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie Romanshorn

Diese Aufbauorganisation wurde gewählt, da an der Grundlagenarbeit Experten aus den Reihen der Leistungserbringer beteiligt sein sollten. Als Vertreter der Krankenversicherer konnte der Geschäftsführer der santésuisse Ostschweiz gewonnen werden, der sowohl die gut informierte Aussenperspektive einbringen konnte als auch die Ausgewogenheit der Interessen der Kostenträger gewährleistete.

In Phase I wurden übergeordnete Ziele für die psychische Gesundheit und die psychiatrische Versorgung im Kanton Thurgau formuliert. Die aktuelle Lage in diesem Bereich wurde an Hand relevanter Daten dargestellt und analysiert. (Die verwendeten Daten- und Informationsquellen sind unter 2.4. aufgeführt.) Die breit angelegte Befragung der wichtigsten Interessengruppen diente neben der Datenerhebung auch dazu, das Projekt bekannt zu machen und erste Kontakte zu wichtigen Partnern für die weitere Projektarbeit zu knüpfen. In einer Klausurtagung am 28. Oktober 2003 erarbeiteten Projektgruppe und Psychiatriekommission gemeinsam aus dem Zwischenbericht zur aktuellen Lage erste Lösungsideen. Dazu wurden weitere Fachpersonen hinzugezogen.

In Phase II wurden zunächst von der Projektgruppe Lösungsideen erarbeitet, die in einem weiteren Schritt von den Mitgliedern der Psychiatriekommission zu Empfehlungen (Kap. 5) verdichtet wurden. In einer Klausurtagung der Psychiatriekommission am 27. April 2004 wurden die Empfehlungen im Konsens verabschiedet.

1.5 Sammlung von Daten und Informationen

Dieser Bericht erhebt den Anspruch, die aktuelle Lage nicht ausschliesslich aus Sicht der beteiligten Institutionen zu beurteilen. Denn aus der steigenden Nachfrage nach Leistungen der heute bestehenden Institutionen kann nicht geschlossen werden, dass psychisch kranke Menschen genau diese Leistungen am nötigsten brauchen. Es erschien uns daher wichtig, auch andere Daten und Meinungen einzuholen.

- *Demographische Daten:* Zur Verfügung standen die Daten der Volkszählung vom 05. Dezember 2000 mit Prognosen für die Jahre bis 2010.¹
- *Epidemiologische Daten:* Da aus der Schweiz kaum epidemiologische Daten vorliegen, wurde auf grosse deutsche und amerikanische Studien zurückgegriffen. Die Quellenangaben sind als Fussnote den jeweiligen Textstellen angefügt.
- *Daten aus nationalen Statistiken und Erhebungen:* Verwendet wurde die IV-Statistik, Daten des Bundesamts für Statistik sowie Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.
- *Leistungsdaten der Leistungserbringer:* Die beiden psychiatrischen Kliniken, die vier externen psychiatrischen Dienste und der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst stellten Leistungsdaten zur Verfügung.
- *Medizinische Statistik der Leistungserbringer:* Die PKM stellte ihre umfangreichen Auswertungen zur Verfügung, die PKL Auswertungen nach Diagnosen.
- *Kostendaten der Krankenversicherer:* Die santésuisse SG-TG-GL steuerte Daten über die Kosten psychiatrischer Behandlungen im Kanton Thurgau bei.
- *Daten und Informationen aus der Fachliteratur:* Hier hat vor allem das Buch von Klaus Ernst (1998) 'Psychiatrische Versorgung heute' als Quelle gedient, neben vielen Artikeln aus Fachzeitschriften, die als Fussnote unter dem laufenden Text erscheinen. Aus der 'Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basellandschaft' von 2003 wurden Ergebnisse dortiger Erhebungen verwendet.
- *Daten aus schriftlicher Befragung:* Die Befragung der wichtigsten Interessengruppen erfolgte vom 10. bis zum 31. August 2003. Eine Liste der befragten Personen und Organisationen befindet sich im Anhang. Die Ergebnisse sind im Text jeweils unter der Überschrift 'Daten aus eigener Befragung' zusammengefasst.
- *Daten aus Interviews:* Einzelne Personen, die wichtige Interessengruppen vertreten und nicht Mitglied der Projektgruppe waren, wurden persönlich oder telefonisch interviewt. Diese Informationsquellen sind im Text explizit erwähnt.

¹ Herzlichen Dank an Herrn Dr. oec. Heinz Sulger Büel, Kantonsstatistiker, der die Daten aufbereitet hat.

Grundlagen und Ziele

1.6 Grundsätze

Wer sich konzeptionelle Gedanken über psychische Störungen und deren Prävention und Behandlung macht, hat eine Vorstellung davon, wie diese Störungen entstehen und wie sie sich auf die von ihnen betroffenen Menschen und deren Umgebung auswirken. Krankheitsverständnis und Menschenbild sollte von den am Konzept arbeitenden Personen geteilt und dem interessierten Umfeld mitgeteilt werden. Die folgenden Prämissen und Leitsätze sind Ausdruck eines weithin anerkannten biopsychosozialen Krankheitsverständnisses und Menschenbilds, das von den Kommissionsmitgliedern und Projektmitarbeitern geteilt wird.

Prämissen

- Jeder Mensch, auch der psychisch kranke, ist grundsätzlich in den meisten Phasen seiner Entwicklung fähig, freie Entscheidungen zu treffen und Verantwortung für sein Leben zu übernehmen. Grenzen bezüglich Entscheidungsunfähigkeit zieht das Gesetz.
- Jeder Mensch, auch der psychisch kranke, benötigt zur Erhaltung seiner Gesundheit konstante und tragende Kontakte mit anderen Menschen und möchte in der Gesellschaft integriert sein.
- Generell muss eine Zunahme von Belastungssituationen und daraus resultierenden psychischen Problemen in unserer Gesellschaft festgestellt werden. Ein Psychiatriekonzept sollte im Sinne einer ursächlichen Bearbeitung von Problemstellungen auch Aussagen zu präventiven Möglichkeiten beinhalten und sich nicht auf die Symptombekämpfung beschränken.

Leitsätze

- Der Kanton Thurgau will die Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und SeniorInnen verbessern und damit eine positive Entwicklung unserer Gesellschaft fördern.
- Hauptziele präventiver Massnahmen sind die Stärkung der persönlichen Belastbarkeit, die Förderung der Konfliktlösungsfähigkeit sowie die Unterstützung der Beziehungsfähigkeit und des Aufbaus von Beziehungsnetzen.
- Die Förderung psychischer Gesundheit und die psychiatrische Versorgung im Thurgau orientiert sich an sozialpsychiatrischen Grundsätzen sowie an wissenschaftlich fundierten Behandlungsansätzen.
Sozialpsychiatrie ist die Gesamtheit präventiver und therapeutischer Massnahmen, die es einem Individuum ermöglichen sollen, ein befriedigendes und nützliches Leben innerhalb seines sozialen Rahmens zu führen (WHO 1985).
- Die psychiatrische Versorgung orientiert sich an den Bedürfnissen der psychisch Kranken. Diese werden zu aktiver Mitwirkung an der Behandlung und an gesundheitsfördernden Massnahmen motiviert. Ihre Ressourcen sowie die Ressourcen des unmittelbaren Umfelds werden dabei berücksichtigt.
- Psychisch kranke Menschen sollen die notwendige Behandlung wann immer möglich ambulant, teilstationär oder zu Hause erhalten können.
- Eine Grundlage für eine gute psychiatrische Behandlung ist die konstante, tragende Beziehung zwischen Behandler oder Betreuer und Patient. Um diese zu ermöglichen, sind die Anbieter der Behandlung und Betreuung so im Kanton verteilt, dass den Patienten wohnortnah die wichtigsten Angebote zur Verfügung stehen.

Die Grundsätze aus dem Versorgungsauftrag für das Thurgauische Gesundheitswesen (vgl. Abschnitt 2.1) werden von diesen Prämissen und Leitsätzen nicht in Frage gestellt, sondern ergänzt. Während die Grundsätze des Versorgungsauftrags die Rolle des Kantons betreffen,

stellen die Prämissen und Leitsätze in diesem Stadium der Konzeptarbeit Absichtserklärungen dar. Daraus abgeleitete operationalisierte, überprüfbare Ziele folgen in Abschnitt 3.8.

1.7 Zum Stellenwert der Psychotherapie in der Psychiatrie

Die Psychotherapie wird in diesem Bericht nicht als gesondertes Kapitel behandelt, denn Psychotherapie ist integraler Bestandteil vieler psychiatrischer Behandlungen. Zudem sind Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz auch historisch bedingt sehr eng miteinander verbunden, was sich im Facharztstitel 'Psychiatrie und Psychotherapie' ausdrückt.

In Anlehnung an die gebräuchlichen Definitionen verstehen wir unter Psychotherapie einen interaktiven Prozess mit dem Ziel der Veränderung von Erleben und / oder Verhalten, unter Mitwirkung und im Auftrag des Patienten.

Verhalten und Erleben im Allgemeinen werden ebenso wie 'signs' und 'symptoms' einer psychischen Krankheit von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst und äussern sich in eben diesen Phänomenbereichen. So ist es zu erklären, dass Medikamente *auch* psychische und soziale, Psychotherapien *auch* körperliche, z.B. neurobiologische Wirkungen haben, und dass psychiatrische Behandlung idealerweise immer die Beachtung aller drei Phänomenbereiche beinhaltet.

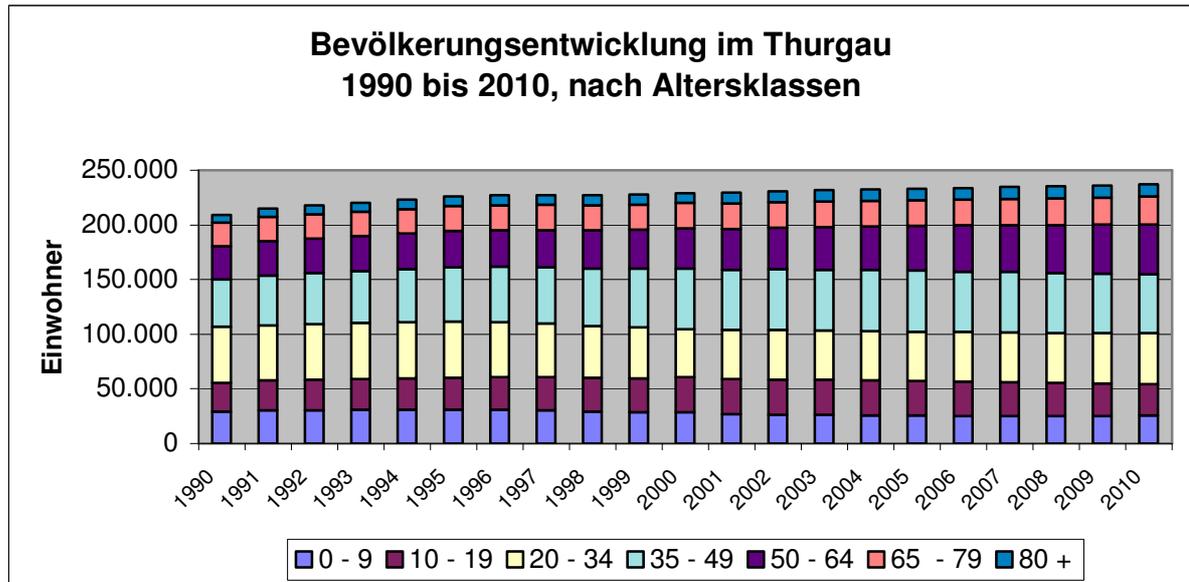
Psychodynamische, kognitiv-verhaltenstherapeutische, systemische und körperorientierte Verfahren müssen in Weiterbildungen erlernt werden. Die Professionalisierung gelingt nur unter Supervision und mit Selbsterfahrung. Solche Weiterbildungen werden zur Erlangung des Titels 'Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie' und 'Fachpsychologe für Klinische Psychologie bzw. Psychotherapie' verlangt. Andere Berufsgruppen können durch Psychotherapie-Ausbildung hohe Qualifikationen erreichen, ohne jedoch vergleichbare Zertifizierungen erhalten zu können.

Aber auch ausserhalb der Psychotherapie im engeren Sinne gibt es therapeutisch wirksame Begegnungen von Patienten und Professionellen. Im Zusammenhang mit psychiatrischen Behandlungen seien hier insbesondere die Sozio- und die Milieuthérapie genannt. Diese Therapien wirken über die Verbesserung alltags- und lebenspraktischer Fertigkeiten auch insgesamt heilend. – Sozialarbeiterische Hilfestellungen wirken therapeutisch über die Klärung oder Umgestaltung des sozialen Umfelds und der materiellen Verhältnisse. – Kreative Therapien (Bewegungs-, Gestaltungs-, Musiktherapien) wirken über eine Erweiterung und Integration der Sinneswahrnehmungen sowie über die Erweiterung der Ausdrucksmöglichkeiten.

Daraus folgt, dass die Abgrenzung zwischen psychotherapeutischen, sozialpsychiatrischen und pflegerischen Massnahmen oft schwierig ist, besonders, wenn es um längere Krankheitsbehandlungen geht. Fast immer steht die Qualität der therapeutischen Beziehung bei der psychischen Stabilisierung im Vordergrund, einzelne therapeutische Techniken im Hintergrund. Bei der Definition der Massnahmen, die wirksam sind, fällt der Umkehrschluss fast leichter: "Heilsam ist das, was zu psychischer Destabilisierung führt, wenn es wegfällt."

1.8 Demographische Entwicklung im Thurgau

Die Bevölkerung des Kantons Thurgau nimmt seit Jahren stetig und stärker als in den meisten anderen Kantonen zu. Die folgende Graphik zeigt die Entwicklung bis zur Volkszählung im Jahr 2000 sowie die Prognose bis 2010, unterteilt in Altersklassen von zehn bzw. 15 Jahren. Die Zahl der Kinder bis 9 Jahre ist seit 1995, die der 10- bis 19-Jährigen ab 2003, der jungen Erwachsenen bis 34 Jahre seit 1993 rückläufig. Die Zahl der Einwohner ab 50 Jahre hat in den vergangenen Jahren zugenommen und wird auch weiterhin zunehmen.



1.9 Epidemiologie psychischer Störungen

Jahresprävalenz: Gemäss grossen epidemiologischen Studien an repräsentativen Stichproben beträgt die Jahresprävalenz² der seelischen Störungen mit Krankheitswert bei erwachsenen Personen insgesamt 20 bis 25%. Etwa 18% als sind als 'leichter' bzw. behandlungsbedürftig durch den Allgemeinarzt einzustufen, 6% als 'schwerer' bzw. behandlungsbedürftig durch den Spezialarzt und 0.4% als 'schwer' bzw. psychiatrisch hospitalisierungsbedürftig (Dilling et al. 1984). Neuere Schweizer Daten³ bestätigen diese international erhobenen Zahlen und belegen den Nutzen von rechtzeitiger und adäquater Behandlung; Schweregrad, Komorbidität und Behandlungsbedarf sind umso höher, je früher der Krankheitsbeginn liegt und je länger die Störung unbehandelt bleibt. Die Geschlechter sind unterschiedlich betroffen: Etwa 18% der Männer und 28% der Frauen weisen seelische Störungen mit Krankheitswert auf. Die Morbidität der unteren Schichten ist höher als die der höheren Schichten. – Für den **Thurgau** mit 230'000 Einwohnern sind das 920 hospitalisierungsbedürftige, 13'800 schwerer und 41'400 leichter kranke Personen pro Jahr.

Zeitliche Schwankungen der Prävalenzraten lassen sich meist mit Formveränderungen der demographischen Alterspyramide oder auf migrationsbedingte Verschiebungen in der Verteilung der Sozialklassen zurückführen. Dies gilt nicht für die Suchterkrankungen, deren Prävalenzschwankungen anderen Ursachen unterliegen.

Subjektive psychische Belastung der Schweizer Bevölkerung: Gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung von 1997 (Rüesch & Manzoni 2003) berichten rund 33% der Männer und 37% der Frauen über psychische Beschwerden in den vergangenen vier Wochen. Psychische Probleme, die im Alltagsleben beeinträchtigen und schon länger als ein Jahr andauern, betreffen 2.4% der Frauen und 1.7% der Männer. Etwa 3% der Männer und 5% der Frauen sind wegen eines psychischen Problems bei einer Fachperson in Behandlung. Risikogruppen sind Männer über 50 (eingeschränkt bzw. nicht mehr arbeitsfähig auf Grund psychischer Probleme, aber seltener als Frauen professionelle Hilfe suchend) und junge Menschen zwischen 15 und 25 (besonders häufig Selbstbericht über psychische Probleme, Suizid als zweithäufigste Todesursache).

² Jahresprävalenz: Anteil der Personen an der Gesamtbevölkerung, die innerhalb eines Jahres während einer definierten, sozial ins Gewicht fallenden Zeitspanne an der betreffenden Krankheit gelitten haben.

³ Ajdaric & Graf 2003

Psychisch Kranke in der Primärversorgung: Inanspruchnahmestatistiken können epidemiologische Daten nicht ersetzen, da sie die nicht oder anderswo behandelten Patienten nicht erfassen. Da man aber beobachtet, dass Personen mit psychischen Störungen eine höhere Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen aufweisen, kann man davon ausgehen, dass 20 bis 30% der Patienten beim Allgemeinmediziner unter psychischen Störungen leiden. Allerdings geben die meisten dieser Patienten nicht ihre psychischen Probleme als Anlass des Hausarztbesuches an. Die psychischen Störungen werden daher in knapp der Hälfte der Fälle nicht diagnostiziert (Dilling et al. 1984). Die häufigsten Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis sind Depressionen, Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit (Goldberg & Lecrubier 1995). Diese Patienten frequentieren die hausärztliche Praxis überproportional; so nehmen etwa zwei Drittel der hausärztlich nicht erkannten depressiven Personen jährlich mehr als sechs Termine wegen körperlicher Beschwerden wahr.

Psychisch Kranke im Spital: Bei Spitalpatienten ist die Rate der psychiatrischen Erkrankungen erhöht (30 bis 50%). Besonders häufig kommen hier Demenzen, Alkoholabhängigkeit und akute Belastungsreaktionen vor. – Nach Schätzungen auf Basis der medizinischen Statistik des Bundesamt für Statistik wird etwa ein Viertel der Personen mit schwerer psychischer Erkrankung nicht in psychiatrischen Fachkliniken, sondern in anderen Spitälern behandelt.

Psychisch Kranke in den Sozialdiensten: Da die Quote psychischer Störungen bei Langzeitarbeitslosen mit 30 bis 40% gegenüber der Quote in der Gesamtbevölkerung deutlich erhöht ist und Arbeitslosigkeit gleichzeitig der Hauptgrund für Sozialhilfeabhängigkeit ist, erstaunt es nicht, dass die Sozialämter der Gemeinden bei etwa einem Drittel ihrer Klienten mit psychischen Störungen zu tun haben.

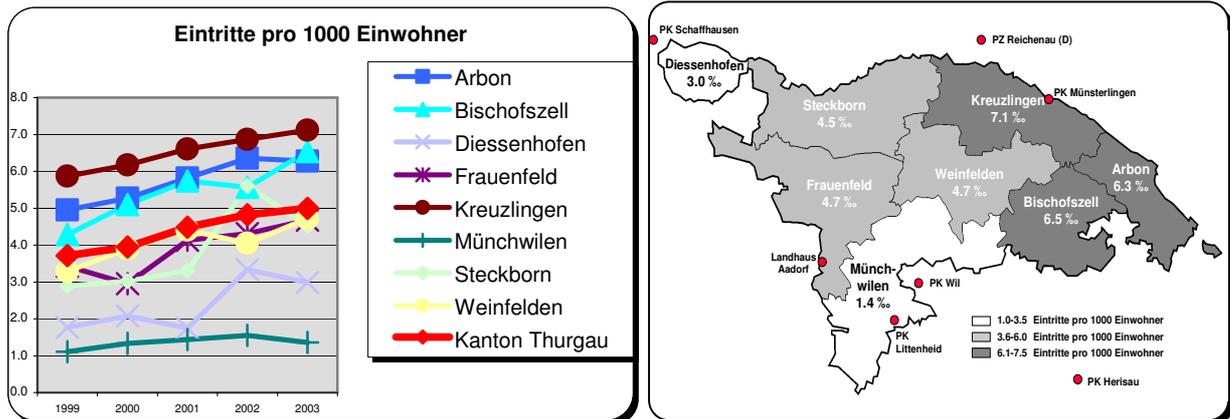
Chronisch psychisch Kranke: Epidemiologische Untersuchungen zu schweren chronischen Erkrankungen liegen nicht vor, da es hierzu noch keine einheitlichen diagnostischen Kriterien gibt. Von einer Prävalenz von 2 bis 3% der erwachsenen Bevölkerung ist auszugehen. Das wären im **Thurgau** 4600 bis 6900 Personen, für die ein spezieller Bedarf an psychiatrisch-rehabilitativen Leistungen besteht. Durch die Tatsache, dass im Thurgau viele Menschen mit Behinderungen betreut werden, die andere Heimatkantone haben, dürfte die Zahl aber noch deutlich höher sein. - Ein ungenauer Indikator für die Zugehörigkeit zu dieser Personengruppe ist der Bezug einer IV-Rente. Schweizweit sind dies 73'000 Personen (2002) bei ständig steigendem Anteil dieser Gruppe an allen IV-Berenteten. Die Rate der IV-Berentungen wegen einer psychischen Störung war 1997 in der Ostschweiz mit 5.8 pro 1000 Einwohnern weitaus niedriger als in anderen Landesteilen (Durchschnitt Schweiz: 8 von 1000 Personen).⁴

1.10 Inanspruchnahme psychiatrischer Dienstleistungen

Zusätzlich zum Bevölkerungswachstum im Thurgau nimmt die Anzahl der Klinikeintritte pro 1000 Einwohner (wie in der ganzen Schweiz) stetig zu. Folglich nehmen die Fallzahlen für die stationären Behandlungen im Thurgau zu.

Die folgenden Abbildungen zeigen die Entwicklung der regionalen Hospitalisationsquoten für die psychiatrische Klinik Münsterlingen:

⁴ IV-Statistik 1997, zitiert nach Rüesch, P. & Manzoni, P: Monitoring Psychische Gesundheit in der Schweiz. Mai 2003



Aus den Randbezirken des Kantons treten relativ wenig Patienten in die PKM ein. Diese so genannte Jarvis'-Regel (vgl. Ernst 1998) hat sich auch in anderen Regionen bestätigt und ist folgendermassen zu interpretieren: Die Hemmschwelle zur Einweisung steigt mit der Entfernung zur Klinik. Andererseits nimmt die durchschnittliche Verweildauer in der Klinik mit deren Entfernung vom Wohnsitz der Patienten zu. Das bedeutet, dass in Kliniknähe ein stärkerer 'Drehtüreffekt' zu verzeichnen ist.

Bezieht man die Eintritte Thurgauer Patienten in die Klinik Littenheid mit ein, ergibt sich für das Jahr 2001 folgendes Gesamtbild: Hohe Hospitalisationsraten weisen die Bezirke Kreuzlingen (7.56 Eintritte pro 1000 Einwohner), Bischofszell (7.02), Arbon (6.31) und Frauenfeld (6.29) auf. Weinfelden liegt mit einer Rate von 5.68 im Mittelfeld. Münchwilen (3.93), Steckborn (3.60) und Diessenhofen (2.85) liegen deutlich unterhalb des Medians. – Hier zeigt sich ein weiterer bekannter Effekt: In Städten ist die Hospitalisationsrate höher als in ländlichen Bezirken.

Die Steigerung der Hospitalisationsraten ist ähnlich den Entwicklungen, die auch im nationalen und internationalen Vergleich zu beobachten sind. Ob es sich hier um eine echte epidemiologisch Veränderung handelt, z.B. durch die Zunahme dementieller Erkrankungen bei erhöhter Lebenserwartung oder einen grösseren Anteil an Migranten in besonderen Belastungssituationen, oder um einen Ausdruck von immer weniger sozialer Unterstützung, ist offen. Von Bedeutung sind sicher auch Faktoren, die zu einer verbesserten Wahrnehmung psychischer Erkrankungen führen: Nachholbedarf der Psychiatrie angesichts früherer Unterversorgung, verbesserte Diagnostik in der Primärversorgung, höhere Akzeptanz für psychiatrische Hilfen.

Im ambulanten Bereich ist eine ähnliche Erhöhung der Behandlungsquoten zu verzeichnen.

1.11 Nationale und internationale Entwicklungen

Die folgenden Feststellungen bleiben hier ohne Belege, sind aber entweder durch zahlreiche Studien belegbar oder haben eine gewisse Augenschein-Validität.

- Die Verschlechterung der Wirtschaftslage könnte sowohl für die steigenden Berentungszahlen als auch für die steigende Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen mitverantwortlich sein.
- Nahezu weltweit finden seit den 60er-Jahren Veränderungen der institutionellen Versorgungsstruktur statt. Stichworte wie Enthospitalisierung und De-Institutionalisierung kennzeichnen diese Prozesse. Erfolgreich waren sie jedoch nur dort, wo parallel ambulante und komplementäre Strukturen aufgebaut wurden.
- Eine Differenzierung nach Bedarfsgruppen (Kinder und Jugendliche, Senioren, Substanzabhängige usw.) und Behandlungsmethoden hat stattgefunden. Damit ging eine zunehmende Spezialisierung einher.

- Insgesamt wurden die Behandlungsmöglichkeiten erweitert und verbessert.
- Eine Zunahme der Häufigkeit (Inzidenz und Prävalenz) psychiatrischer Erkrankungen in den letzten Jahren ist wahrscheinlich.
- Selbsthilfe- und Angehörigenorganisationen haben an Bedeutung gewonnen.
- Die Möglichkeiten der psychiatrischen Prävention haben sich verbessert.

1.12 Struktur der psychiatrischen Versorgung: Anhaltzahlen⁵

Niedergelassene Psychiater

Verglichen mit Richtwerten anderer Länder weist die Schweiz vor allem in den Stadtkantonen eine relativ hohe Psychiaterdichte auf. Im Landesdurchschnitt lag die Zahl 1998 etwa bei 1:6000 (Ernst 1998). Im Thurgau wären also 39 Fachärzte zu erwarten. – Paradox ist die Situation, dass Psychiater in der Schweiz eher langfristige Psychotherapien durchführen und damit leichtere Fälle behandeln als ihre Kollegen in anderen Ländern oder Spezialärzte anderer medizinischer Disziplinen (Ernst 1998, S. 63ff.). Gründe: Trennung von der Neurologie; Tarifstruktur verhindert sozialpsychiatrische Tätigkeit im multiprofessionellen Team. Sie haben darum auch wenig Kontakt zu den Kliniken, weisen seltener zu als die Hausärzte und übernehmen weniger Nachbetreuungen. – Der Bedarf für Behandlungen durch einen Psychiater müsste theoretisch noch höher sein; aber nur 10 bis 33% (Thurgau: 1'400 bis 4'600) der psychisch schwerer Kranken sind bereit, ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Angebot anzunehmen. Die Entfernungen zur Praxis, die drohende Stigmatisierung oder andere Faktoren können bei dieser geringen Inanspruchnahme eine Rolle spielen.

Niedergelassene Psychologen

Nicht-ärztliche Psychotherapeuten müssen eine hohe fachliche Qualifikation nachweisen, um die kantonale Bewilligung zur Berufsausübung zu erhalten, können ihre Leistungen aber nicht selbstständig im Rahmen der Grundversicherung abrechnen. Lediglich Zusatzversicherte haben unter Umständen in begrenztem Ausmass Zugang zur nicht-ärztlichen Psychotherapie.

Externe psychiatrische Dienste

Gemäss einer Faustregel müssen ambulante Dienste in weniger als 30 Minuten erreichbar sein, um in der erforderlichen Regelmässigkeit genutzt zu werden. Sie behandeln schwerer Kranke, die häufig wenig behandlungswillig sind; dazu arbeiten sie häufig in multiprofessionellen Teams und haben engen Kontakt zu den Kliniken. – Ambulante Behandlungen verhindern zwar die Chronifizierung nicht wirksamer als stationäre, aber die Lebensqualität der Patienten ist unter Umständen besser, die Wiedereingliederungschancen sind höher und die Gefahr der Vereinsamung geringer. Sie stellen häufig keine Alternative, aber eine Ergänzung zur Klinikbehandlung dar. – Anhaltzahlen zur personellen Besetzung gehen von einer ärztlichen Leitung, ansonsten aber von überwiegend nicht-ärztlichem Personal (Pfleger mit Zusatzausbildung, Sozialarbeiter, Psychologen) aus.⁶

Institutsambulanzen

Sie stehen unter gleicher Leitung wie die Klinik und gewährleisten personelle Konstanz in der Behandlung schwer psychisch Kranker.

Tageskliniken

Empfehlung der DGPPN (1997): 0.15 Plätze pro 1000 Einwohner, das wären im Thurgau 35 Plätze. Es gilt die gleiche Wegzeitgrenze von 30 Minuten wie für die Ambulatorien. – Die Erfahrungen zeigen, dass eine Tagesbehandlung häufig die vollstationäre Behandlung erset-

⁵ Anhaltzahlen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie siehe Kapitel 4.4.

⁶ Kauder, V. AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. 4. Aufl. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 2001

zen kann. Sie stellt dabei weniger einen Übergang zu vollends selbstständigem Leben dar, sondern eher einen Stützpunkt in wechselvollen Krankheitsverläufen (Ernst 1998, S. 66).

Tagesstätten

sind nicht-rehabilitativ, sondern bieten geschützte Beschäftigung. Vergleichswerte aus anderen mitteleuropäischen Ländern (! starkes Nord-Süd-Gefälle): 3 Plätze pro 1000 Einwohner für alle, auch geistig Behinderte. Das wären im Thurgau 690 Plätze.

Kliniken

Nach Häfner (1987)⁷ reichen bei guter ambulanter Versorgung 0.8 bis 1.4 Betten pro 1000 Einwohner. (Für über 64jährige hirnorganisch Erkrankte besteht allerdings ein zusätzlicher, aus demographischen Gründen noch zunehmender Bettenbedarf). Das wären im Thurgau 185 bis 323 psychiatrische Betten. Die Quote psychiatrischer Betten betrug im Jahr 2000 in der Schweiz im Mittel 1.3 pro 1000 Einwohner⁸. Im Kanton Zürich liegt die Quote selbst nach dem geplanten Bettenabbau um 300 Betten mit 1.29 (1600 Betten bei 1.24 Mio. Einwohnern) noch höher als die Bettenquote von 1.16 im Thurgau (bei 269 Betten gemäss Spitalliste auf 231'702 Einwohnern im Jahre 2003), und das bei einem wesentlich besseren Ausbau ambulanter und halbstationärer Angebote.

Heime

Für Menschen mit psychischen Behinderungen werden 277 Wohnheimplätze bereit gehalten. Die Bedarfsplanung des Thurgauischen Fürsorgeamts für 2004 weist einen höheren Bedarf nach, wurde jedoch kürzlich vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) abgelehnt. Andererseits fördert das BSV momentan Projekte zu neuen Betreuungskonzepten, die mit sehr kurzer Frist (bis November 2003) beantragt werden mussten.

1.13 Übergeordnete Ziele für die Entwicklung im Thurgau

Allgemeine Ziele	mögliche Massnahmen
Die an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen fördern durch präventive Massnahmen und geeignete Hilfsangebote die psychische Gesundheit der Bevölkerung im Thurgau. Das DFS übernimmt diesbezüglich gestaltende, steuernde und koordinierende Aufgaben.	Aktualisierung des kantonalen Versorgungsauftrags im Bereich Psychiatrie
Bezüglich der Finanzierung der Dienstleistungen werden einvernehmliche Lösungen zwischen öffentlicher Hand, Sozialversicherern und Leistungserbringern angestrebt.	Etablierung eines gemeinsamen Strategieprozesses von öffentlicher Hand und Leistungserbringern, später evt. mit Sozialversicherern
Über die Angebote und Prozesse der Leistungserbringer wird informiert, und diese werden koordiniert, um die Nutzung der Ressourcen zu verbessern.	Verbesserung der Information und Koordination; Darstellung der Behandlungspfade über verschiedene Leistungserbringer hinweg
Psychische Krankheiten werden in der öffentlichen Meinung als den körperlichen Krankheiten gleichrangig wahrgenommen und sind kein Anlass für Stigmatisierung.	Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Förderung psychischer Gesundheit und Entstigmatisierung psychischer Störungen
Präventive Massnahmen und Hilfsangebote fördern und fördern die Eigenverantwortung ihrer Empfänger.	Förderung der Mitarbeit Betroffener an Konzepten und ihrer Umsetzung

⁷ zitiert in Ernst, K.: Psychiatrische Versorgung heute. Stuttgart, Kohlhammer 1998

⁸ BfS aktuell statsanté 1/2002

Ziele für die Prävention	mögliche Massnahmen
Präventive Massnahmen zielen auf die Ermöglichung normaler Entwicklung und Problembewältigung für Menschen aller Altersstufen hin.	Früherfassung psychischer Probleme in Schulen und Familien, am Arbeitsplatz, in Heimen; Aufbau niederschwelliger Beratungsangebote
Psychiatisierung wird vermieden.	Förderung der Erziehungs- und Betreuungskompetenz von Eltern, Lehrern, Hausärzten und Altenpflegern; Aufbau von niederschwelligen Beratungsangeboten für Jugendliche
Familien und familienähnliche Beziehungen werden als im Wandel begriffen akzeptiert und in ihren Funktionen unterstützt.	Beratungsangebote und Ombudsstellen für Angehörige
Längere 'Psychiatriekarrieren' werden vermieden (Sekundärprävention).	Rückfallvermeidung durch Existenzsicherung und Aufbau tragfähiger Beziehungsnetze; bessere Rehabilitation von Migranten
Soziale Folgen psychischer Störungen oder Krankheiten werden möglichst gering gehalten (Tertiärprävention).	Soziale Integration durch Förderung der Partizipation an Ausbildung, Arbeit, selbstständigem Wohnen und Freizeit

Ziele für die Hilfe	mögliche Massnahmen
Stationäre, ambulante und ergänzende Angebote werden optimal eingesetzt. Auf fehlende Angebote wird hingewiesen, die Lücken werden im Rahmen von Folgeplanungen geschlossen.	Psychiatrieplanung und Folgeplanungen auf kantonaler Ebene
Die Hilfe zielt darauf ab, die Empfänger in ihrem sozialen und schulischen bzw. beruflichen Umfeld zu lassen oder sie wieder dorthin zu integrieren.	Bereitstellung gemeindenaher Angebote und aufsuchender Hilfen; regionale Organisation und Vernetzung von Behandlungszentren, Spezialisten und Grundversorgern
Ist eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich, so steht ein zweiter Arbeitsmarkt mit ausreichenden Kapazitäten zur Verfügung.	Bereitstellung von Hilfen zur Integration sowie eines ausreichenden Angebots im zweiten Arbeitsmarkt
Die Hilfsangebote werden koordiniert ("case management"). Doppeluntersuchungen und -behandlungen werden vermieden.	Aufbau eines Case Management; Professionalisierung der Sozialdienste; Aufbau einer transparenten, institutionenübergreifenden Hilfeplanung
Notwendige Hilfe wird ohne Wartezeit erbracht.	Schliessen von Lücken im Versorgungsnetz und Beseitigung von Unterkapazitäten
Die Empfänger der Hilfe und ihre Angehörigen werden in die Planung einbezogen.	Hilfeplanung unter Mitwirkung der Betroffenen und (falls sinnvoll) ihrer Angehörigen
Sämtliche Angebote werden hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit periodisch evaluiert.	Forderung, ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem einzuführen
Für bestimmte Problemgruppen werden Angebote anderer Kantone in die Versorgungsplanung einbezogen und genutzt.	Vereinbarungen mit Nachbarkantonen

Aktuelle Situation

1.14 Gesundheitsförderung und Prävention

1.14.1 Begriffe und Definitionen

Unter dem Titel '**Gesundheitsförderung**' hat die WHO ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm entwickelt und in der Ottawa-Charta von 1986 ein neues umfassendes Verständnis von Gesundheit formuliert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern, bzw. sie verändern können.“

Folgende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung sind in der Ottawa-Charta genannt:

- *Anwaltschaft für Gesundheit*: Anwaltschaftliche positive Beeinflussung von politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, biologischen sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren, um diese der Gesundheit zuträglich zu machen
- *Empowerment – befähigen und ermöglichen*: Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand sollen verringert werden, um alle Menschen zu befähigen, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Das beinhaltet Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, Zugang zu allen wesentlichen Informationen, Entfaltung von praktischen Fertigkeiten und die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit zu treffen. Empowerment geht davon aus, dass viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden sind oder möglich werden, sofern man Handlungsmöglichkeiten dafür schafft.
- *Vermitteln und vernetzen*: Gesundheitsförderung verlangt das koordinierende Zusammenwirken aller einflussnehmenden Bereiche und Verantwortlichen der Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor sowie in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden, Initiativen, der Industrie und den Medien.

Als prioritäre Handlungsfelder der Gesundheitsförderung gelten in der Ottawa-Charta:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesunder Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist Antonovskys⁹ **Salutogenese**-Konzept von grosser Bedeutung. Antonovskys Vergleichsuntersuchungen an Gesunden und Kranken haben ergeben, dass es entscheidende Unterschiede in deren 'Kohärenzgefühl' (sense of coherence) gibt. 'Coherence' bedeutet Zusammenhang und umfasst drei Qualitäten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

- Menschen, die Krankheiten oder Krisensituationen eher verstehen, d.h. ihre Situation einordnen und erklären können, sowie Zusammenhänge sehen, können Krankheit und Krisen besser verarbeiten (Verstehbarkeit).

⁹ Antonovsky, A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen (DGVT-Verlag) 1997

- Ein zweiter wichtiger Faktor zur Problembewältigung ist die Fähigkeit, Herausforderungen anzugehen (Handhabbarkeit).
- Der dritte Faktor ist, den krisenhaften Ereignissen einen Sinn und eine adäquate Bedeutung geben zu können (Bedeutsamkeit).

Prävention umfasst Massnahmen, die zum Ziel haben, Krankheit zu verhüten durch die Vermeidung von Risikofaktoren, sowie Massnahmen, die das Fortschreiten von Krankheit eindämmen und Krankheitsfolgen minimieren. Prävention richtet sich hauptsächlich an Risikogruppen. Wir unterscheiden

- *Primärprävention*: Mit geeigneten Massnahmen verhindern, dass psychische Krankheiten bzw. Störungen auftreten. Dazu gehört die Krankheitsverhütung, die Ausschaltung von ursächlichen Faktoren, die Erhöhung der Widerstandskraft von Individuen und die Veränderung von Umweltfaktoren.
- *Sekundärprävention*: Durch Früherkennung eine vorhandene Krankheit zum Stillstand bringen oder verzögern. Bearbeitung der Problemstellungen im ambulanten Setting.
- *Tertiärprävention*: Das Auftreten von Rückfällen und die Ausbildung chronischer Zustände verhindern, zum Beispiel durch geeignete Rehabilitationsmassnahmen bei psychischer Behinderung.

1.14.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklung

Folgende Problemstellungen sind zu verzeichnen: (s. auch Kapitel 3.6.):

- Die starke Konsumorientierung und der Wandel der Familienstrukturen haben zur Individualisierung und zur Abnahme der Fähigkeit, Konfliktsituationen zu bewältigen, geführt.
- Die schlechte Wirtschaftslage führt zu einer generellen Verunsicherung, Orientierungslosigkeit, Arbeitslosigkeit (siehe auch Kapitel 4.3.) und zur Zunahme von sozialen Unterschieden. Vermehrt ist die finanzielle Existenzsicherung in Frage gestellt.
- Der Zerfall der herkömmlichen Familienstrukturen und der sozialen Netze und die daraus resultierende Vereinsamung und Isolation sind bedeutende Risikofaktoren.
- Ein historischer Wandel der Krankheitsbilder hat stattgefunden. Das Spektrum hat sich von akuten und infektiösen Erkrankungen zu chronischen und psychosozialen Themen verschoben.
- Die durch die gesellschaftliche Entwicklung verursachten neuen Problemstellungen haben zur Folge, dass die Schule den Anforderungen mit dem herkömmlichen Schulsystem einerseits und den gängigen Konfliktlösungsstrategien andererseits nur noch teilweise gewachsen ist.
- Die Eltern nehmen ihre Verantwortung in der Konfliktbewältigung immer häufiger ungenügend wahr.
- Die Laienbehörden (Schulbehörde, Vormundschaftsbehörde) haben zum Teil eine ungenügende Schulung im Bezug auf ihre Aufgabe als Führungsverantwortliche bzw. 'Trouble-Shooter'. Formelle Kommunikations-Strukturen zwischen den Beteiligten (Behörden, Lehrerschaft, Hilfsangebote) sind nur vereinzelt oder gar nicht vorhanden.
- Das häufig im Thurgau vorkommende dörfliche Milieu hat grundsätzlich eine ausgezeichnete, dichte, informelle Kommunikationskultur, die aber bis anhin zu wenig für die Problemlösung genutzt wurde.
- Die hohe Mobilität der Bevölkerung fördert die „Anonymisierung“ der dörflichen Strukturen.
- Die Umweltstörungen (Strassenverkehrs- und Fluglärm, Ozonbelastung usw.) stellen eine Dauerbelastung dar, die die Vulnerabilität der Menschen erhöht.

Eine eigentliche Präventionsarbeit ist im Bereich der psychischen Problemstellungen bislang unbekannt.

1.14.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierungsgrundsätze

Auf nationaler Ebene wird zur Zeit eine '**Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz**' erarbeitet. Empfohlen werden folgende Massnahmen:

1. Nationale und internationale Koordination und Kooperation
2. Multisektorale Koordination und Kooperation

3. Wahrnehmung des Problems, kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten
4. Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung
5. Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit
6. Früherkennung von psychischen Krankheiten sowie Frühinterventionen
7. Förderung der Selbsthilfe, Freiwilligenhilfe sowie der Unterstützung von Angehörigen und Partizipation von Betroffenen
8. Qualitätsentwicklung der allgemein-medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote
9. Anpassung der Gesetzgebung
10. Nachwuchsförderung; Forschung und Entwicklung

Im Kanton Thurgau sind Gesundheitsförderung und Prävention explizit in den bereits erwähnten Konzepten '**Drogenkonzept Thurgau**' und '**Altersleitbild Thurgau**' erwähnt. Das durch die Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitete Grobkonzept '**Gesundheitsförderung und Prävention**' (2000?) ist eine recht umfassende Bestandesaufnahme der Situation im Kanton Thurgau.

Die Suchtfachstellen haben seit Erstellung des 'Drogenkonzept Thurgau' einen Präventionsauftrag, der ursprünglich spezifisch auf Prävention im Suchtbereich ausgerichtet war, in der Zwischenzeit aber ausgeweitet wurde. Die Fachstellen sind angesichts des erweiterten Auftrags umbenannt worden in 'Perspektive'.

Vorstösse auf kantonaler Ebene zur besseren Koordination der Kinder- und Jugendarbeit wurden bis anhin abgelehnt. Offen ist gegenwärtig die Diskussion um eine kantonale Gesetzgebung zur Regelung der ausserfamiliären Betreuung. Neu wird im Kanton Thurgau versucht, mit dem Einsatz von Schulleitungen den heutigen Anforderungen an die Schule besser gerecht zu werden.

Für den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie liegen bis anhin keine eigenen Konzepte vor, vor allem nicht für den Primärpräventionsbereich, und die Zunahme der Psychiatrie-Fälle wird in den vorliegenden Konzepten noch nicht als eigene Problemstellung wahrgenommen.

Sowohl das KVG als auch das Gesundheitsgesetz Kanton Thurgau erwähnen explizit die Möglichkeiten der Prävention bzw. der Gesundheitsvorsorge. - Die Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention ist grundsätzlich durch die Gemeinden und den Kanton je nach Bereich mit unterschiedlichen Schlüsseln geregelt. Das KVG und die IV erbringen vereinzelte Leistungen bei der Sekundär- und Tertiärprävention (Tageskliniken, Wohnheime u.ä.).

Einzelne Gemeinden formulieren in den Gemeindeleitbildern als Zielsetzungen eine gute Lebensqualität der EinwohnerInnen und daraus abgeleitet die Förderung von kommunalen Kommunikationsstrukturen und Integrationsmöglichkeiten.

1.14.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Angebote für Kinder und Jugendliche

Gesundheitsförderung und Primärprävention

- Die Suchtfachstellen des Kantons Thurgau bieten Dienstleistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an. Zum Teil sind Gesundheitsförderungskonzepte in Schulen vorhanden.
- Organisationen der Jugendarbeit (Vereine, Jugendtreffs usw.) können ebenfalls diesem Bereich zugeordnet werden. Ein flächendeckendes Konzept wurde 1994 durch die Kommission für Jugendfragen erarbeitet, allerdings in der Folge nicht realisiert.
- Im ganzen Kanton gibt es Mütter- und Väterberatungsstellen. In vereinzelten Regionen sind Elternvereinigungen aktiv.
- In Frauenfeld und Romanshorn wird Schulsozialarbeit angeboten.

- In einzelnen Schulen werden Projekte zur Gewaltprävention realisiert.
- Es existieren Gesprächsgruppen für Kinder geschiedener Eltern.

Sekundärprävention

Unter 4.5. ist die Situation der ambulanten und stationären Behandlung für Kinder und Jugendliche beschrieben. Im übrigen können zu diesem Bereich die nachfolgenden Organisationen als zugehörig bezeichnet werden:

- Heilpädagogische Früherziehung: Sie wird im ganzen Kanton flächendeckend angeboten. Die Finanzierung erfolgt über die IV.
- Ergotherapie: Die Angebote sind regional unterschiedlich. Die Finanzierung erfolgt über KK und IV.
- Logopädie: Sie wird im ganzen Kanton flächendeckend angeboten. Die Finanzierung erfolgt über die IV.
- Jugend- und Familienberatungsstellen: In grösseren Regionen werden Beratungsstellen angeboten. Die Finanzierung erfolgt durch die jeweiligen Gemeinden. Das Angebot ist nicht flächendeckend.
- Vormundschaftsbehörden / Amtsvormundschaften: Das Angebot wird durch die jeweiligen Gemeinden finanziert. Im ganzen Kanton wurden im Jahr 2001 102 Massnahmen gemäss ZGB 308 (Erziehungsbeistandschaften) geführt.
- Jugendanwaltschaft: Sie wird im ganzen Kanton flächendeckend angeboten. Die Finanzierung erfolgt über den Kanton.
- Im schulischen Bereich können die folgenden Organisationen zur Sekundärprävention gezählt werden: Schulpsychologen, Schulische Heilpädagogik, Schulinspektoren, Schulleiter
- Die Anzahl Abklärungen des PPD (Schulpsychologen) betragen 1999 2358 und 2002 2559.
- Die Anzahl Platzierungen in Sonderschulheimen betragen 1999 553 und 2002 606.
- Selbsthilfegruppen für Eltern im Bereich psychische Probleme

Tertiärprävention

(Vgl. Berufliche Rehabilitation und Wohnen, Kapitel 4.3.)

Angebote für Erwachsene

Primärprävention

Eine gezielte Primärprävention ist bis anhin nicht vorhanden. Einzige Ausnahme sind Projekte der Suchtfachstellen wie 'Top on job'.

Sekundärprävention

Zu diesem Bereich können die ambulanten Angebote gezählt werden (s. auch 4.2.) In Ergänzung dazu sind die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen zu erwähnen, bzw. Kurse, Gesprächsgruppen und Vorträge der EPD und der Kliniken. Für Teilproblemstellungen gibt es unterschiedliche Angebote wie: Prävita – Beratungsstelle bei sexuellem Missbrauch, Angebote für Migrantinnen, Alleinerziehende, Arbeitslose.

Tertiärprävention (Vgl. 4.2.)

Die Trialogseminare des EPD Münsterlingen sind ebenfalls diesem Bereich zuzuordnen.

Angebote für SeniorInnen

Primärprävention

Im Altersleitbild Kanton Thurgau sind verschiedene Vorschläge enthalten. Je nach Gemeinde werden Aktivitäten für SeniorInnen angeboten. Die Pro Senectute ist flächendeckend aktiv (Wandertage, Gesprächsgruppen usw.). Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für Angehörige und Betroffene sind ebenfalls den primärpräventiven Massnahmen zuzurechnen.

Sekundärprävention (Vgl. 4.4.)

Tertiärprävention (Vgl. 4.4.)

1.14.5 Problembereiche

- Die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte haben zu einer erhöhten Vulnerabilität der Menschen geführt.

- Die Forderungen der Ottawa-Charta sowie wissenschaftliche Ergebnisse zur Förderung von Gesundheit und Bewältigung von Krankheit werden in der Umsetzung von Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung bisher kaum berücksichtigt.
- Im Bereich psychische Gesundheit besteht im Kanton Thurgau kein eigentliches Konzept für Gesundheitsförderung und Prävention. Entsprechend unkoordiniert sind die Massnahmen.
- Die Finanzierung für Gesundheitsförderung und Prävention über das KVG oder die IV ist bis anhin kaum möglich. Gemeinden und Kanton teilen sich die Finanzierung der bisherigen Projekte.

Die Befragung der Interessengruppen hat im Bereich der Prävention besonders auf folgende Lücken hingewiesen:

- Beratungsstellen, die sich mit psychischer Gesundheit befassen, fehlen
- Informationsstelle / Präventionsstelle fehlt
- Massnahmen zur Arbeitsplatzhaltung und interinstitutionelle Zusammenarbeit sind verbesserungswürdig

1.15 Erwachsenenpsychiatrie

1.15.1 Begriffe und Definitionen

Aus versorgungs- und gesundheitspolitischer Sicht werden die institutionellen psychiatrischen Therapieangebote in Grund- und Spezialversorgung unterschieden. Psychiatrische Grund- und Spezialversorgung umfasst die Diagnostik, Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen aller Bevölkerungsgruppen und Diagnosen.

Die *institutionelle Grundversorgung* beinhaltet die Aufnahme und Behandlung akuter psychiatrischer Zustandsbilder während 24 Stunden an 365 Tagen im offenen und geschlossenen Rahmen. Sie soll Sicherheit und Schutz bei Fremd- und Selbstgefährdung sowie möglichst frühe intensive therapeutische Interventionen ermöglichen. Häufig ist der Milieuwechsel und die Entlastung der Umgebung wichtiger Interventionsbestandteil und entscheidende Voraussetzung für erfolversprechende Behandlung. Fürsorge und wirksame Behandlung kann teilweise vorerst nur gegen den Willen betroffener Patientinnen und Patienten erbracht werden. Der Aufnahmedruck und die Rotationszahlen sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Angesichts damit verbundener psychischer Belastung sowie ethischer Verantwortung sind die fachlichen und menschlichen Anforderungen an psychiatrische Fachpersonen inzwischen sehr gross. Vor diesem Hintergrund erfordert die Arbeit der psychiatrischen Akutversorgung regelmässige Unterstützung im Sinne der intensiven fachlichen Weiterbildung und kompetenten Supervision.

Die *institutionelle Spezialversorgung* ist gekennzeichnet von der Differenzierung und Spezialisierung des gesamten Fachgebietes. Ambulante und stationäre therapeutische Spezialangebote berücksichtigen immer gezielter einzelne Lebensphasen sowie Anforderungen in der Behandlung einzelner Krankheitsbilder. Für solche störungsspezifische therapeutische Angebote ist es wichtig, kompetentes Personal zu rekrutieren, weiterzubilden und neue wissenschaftliche Erkenntnisse frühzeitig zu integrieren. Dies gilt vor allem für die Therapie von Patientinnen und Patienten mit Borderline-, Ess-, Angst- und Zwangsstörungen sowie für Menschen mit Depression, Sucht und sogenannten Dualdiagnosen.

Überschneidungen ergeben sich mit folgenden anderen Bereichen:

- Psychiatrische Grund- und Spezialversorgung umfasst die Diagnostik, Behandlung und Betreuung in akuten Krisen und während chronischer Verläufe. Hier ergibt sich ein breiter Überlappungsbereich mit der psychiatrischen Rehabilitation.

- Überlappungen ergeben sich auch mit der somatischen Medizin: Psychische und somatische Krankheiten treten häufig gemeinsam auf. Im Falle der psychosomatischen Krankheiten ist eine Trennung kaum möglich. – Ausserdem sind es oft die Hausärzte, die als erste Professionelle mit psychischen Störungen in Kontakt kommen.
- Überlappungen gibt es ebenso mit den Einrichtungen des Sozialwesens, da psychische Krankheiten sehr stark vom sozialen Umfeld geprägt sind.

Der Zugang zur Erwachsenenpsychiatrie ist nicht selektiv. Ein Grossteil der Leistungen muss ohne Zugangskriterien und ohne Wartezeit erbracht werden.

1.15.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen

Die historische Entwicklung der psychiatrischen Kliniken in der Schweiz und im europäischen Ausland ist seit mehreren Jahrzehnten von einem Deinstitutionalisierungsprozess mit Bettenabbau sowie Ausgliederung von Langzeitpatienten geprägt. Dieser Entwicklung geht mit einer kontinuierlichen Zunahme von Eintritten mit immer akuterem und kürzeren Behandlungen einher. Diese Entwicklung in Richtung einer spezialisierten Akutversorgung scheint – zumindest bis heute - ungebrochen. Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie hat sich wissenschaftlich im Rahmen der Gesamtmedizin weiterentwickelt und immer wirksamere Therapiemethoden erarbeitet. Die damit verbundenen Fortschritte sind vergleichbar mit denjenigen anderer medizinischer Disziplinen. Neben der Verfeinerung der Diagnostik sind die Erweiterung und Differenzierung sowohl der psychiatrischen als vor allem auch der psychotherapeutischen Therapieverfahren zu erwähnen. Diese Entwicklungen sind unter anderem durch den Miteinbezug verschiedener neuer Berufsgruppen charakterisiert. Neben Ärzten und Pflegepersonal sind an der stationären Behandlung zunehmend auch Psychologen verschiedener therapeutischer Ausrichtungen sowie Spezialtherapeuten (Ergo-, Mal-, Gestaltungs-, Musik- sowie Tanz-, Bewegungs- und Physiotherapie) beteiligt. So konzipierte moderne multimodale Klinikbehandlung vollzieht sich fast ausschliesslich im Rahmen professioneller interdisziplinärer Teams. Diese haben dabei vielfältige bio-psycho-soziale Behandlungsansätze patientenorientiert zu integrieren. Dieser Ansatz ist anspruchsvoll und stellt grosse Anforderungen an die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch an die Vorgesetzten und Ausbilder. Aufgrund dieser Tatsache sowie damit verbundener hoher Kosten sollten Klinikbehandlungen grundsätzlich komplexen und schweren Krankheitsbildern vorbehalten bleiben.

Die vielerorts zu beobachtende stark steigende Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen kann durch folgende gesellschaftliche Entwicklungen erklärt werden:

- Entstigmatisierung psychischer Störungen
- Migration und damit zusammenhängende Probleme, die vermutlich die Zunahme somatoformer Schmerzstörungen erklären
- gestiegene psychische Belastungen durch Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Leistungsdruck (Technisierung der Arbeitswelt); starker Rückgang der 'Nischenarbeitsplätze'
- abnehmende soziale Unterstützung durch Familie und soziales Umfeld.

Trotz steigender Inanspruchnahme besteht die Forderung nach Kostendämpfung. Dadurch sind psychiatrische Einrichtungen immer stärker unter Druck, ihre Dienstleistungen möglichst mit kurzer Dauer, standardisierten Prozessen und überprüfbarem Ergebnis zu erbringen. Die sich entlang dieser Anforderungen entwickelnden evidenzbasierten Behandlungsmethoden sind aber nicht immer passend und ausreichend. Manche Patientengruppen, wie z.B. Migranten oder chronisch psychisch Kranke, drohen aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten herauszufallen und brauchen doch langfristige Hilfen.

1.15.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierungsgrundlagen

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen war bis Ende 1999 eine kantonale Klinik. Zwecks Entflechtung der verschiedenen Rollen des Kantons (Spitalplanung, Leistungseinkäufer, Leistungserbringer, Preisüberwacher) wurde die Spital Thurgau AG gegründet, die zum 1.1.2000 die Führung der vier kantonalen Spitäler übernahm. Steuernden Einfluss hat der Kanton nun noch über die Spitalliste und über den Rahmenvertrag mit der Spital Thurgau AG, in dem die zu erbringenden Leistungen und die Finanzierung festgelegt sind. Der Leistungsauftrag enthält keine Angaben über Mengen und Preise, sondern lediglich eine kurze Negativliste. – Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid ist eine private Klinik, deren Beteiligung an der psychiatrischen Versorgung im Thurgau durch einen Leistungsauftrag vertraglich geregelt ist. Laut Spitalliste stehen der Thurgauer Bevölkerung 70 Betten zur Verfügung. Seit 2001 wird diese Zahl in steigendem Ausmass überschritten (2003: durchschnittlich 88 Betten). Ein Schwerpunkt liegt in der störungsbezogenen stationären Psychotherapie sowie auf der Behandlung von Jugendlichen. Für die stationäre Jugendpsychiatrie leistet die Klinik die Vollversorgung. – Die Klinik Landhaus Aadorf hält laut Spitalliste 4 Betten für Thurgauer Patienten bereit.

Die meisten ambulanten und stationären Leistungen werden im KVG-Bereich erbracht. Die entsprechenden Tarife der Krankenversicherer kommen zur Anwendung. Die Problematik der Tarifverhandlungen, Schiedsgerichtsverfahren und Bundesgerichtsentscheide soll hier nicht weiter ausgeführt werden.

Die gegenwärtigen dualen Finanzierungsmodelle fördern eindeutig die vollstationären Behandlungen, während teilstationär und ambulant erbrachte sozialpsychiatrische Dienstleistungen nicht in kostendeckender Höhe vergütet werden. Die Kostenentwicklung auf Seiten der Krankenversicherer weist denn auch eine starke Zunahme vor allem der Kosten für stationäre psychiatrische Behandlungen auf (im Thurgau: von 22'229'204 CHF im Jahr 1998 auf 39'277'228 CHF im Jahr 2002; Angaben der santésuisse SG-TG-GL), während die Kosten für ambulante psychiatrische Leistungen der niedergelassenen Ärzte und der Kliniken im gleichen Zeitraum kaum zugenommen haben.

Die Finanzierung der Unterbringung in Heimen für psychisch Behinderte erfolgt durch das BSV und durch die Bewohner selbst. Als Steuerungs- und Koordinationsinstrument des Kantons traten zum 1.1.2001 Leistungsvereinbarungen zwischen Wohnheimen und dem Kanton Thurgau in Kraft. Bestandteil des Vertrags ist auch die Verpflichtung, im sogenannten Zielgruppenverbund mit anderen Partnern zu kooperieren. Im Rahmen der Umsetzung des Neuen Finanzausgleichs (NFA) ist mit Anpassungen im Bereich der Heimaufsicht und der Finanzierung zu rechnen, was Chancen für neue Finanzierungsmodelle und mehr Gestaltungsmöglichkeiten im Kanton bietet.

1.15.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Selbsthilfe und Bürgerhilfe

Ein erheblicher Teil psychisch kranker Menschen lebt auch im Thurgau bei den Angehörigen. Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, nicht-professionelle Besuchsdienste, Laienhelfer und Hilfsvereine bieten in gewissem Ausmass Unterstützung bei der Bewältigung daraus entstehender Belastungen. Deren Leistungen sind kaum zu beziffern, aber sehr wertvoll. Abgesehen von der Arbeit des 'Team Selbsthilfe' bleibt die fachliche Unterstützung von Angehörigen und von Gruppierungen der Selbst- und Bürgerhilfe im Kanton Thurgau der Initiative Einzelner überlassen. Einige wichtige Initiativen sind entstanden (z.B. der 'Triolog' und der Patiententreff, die vom EPD Münsterlingen organisiert und begleitet werden, oder die Gruppenangebote der Kliniken auch für Personen, deren psychisch kranke Angehörige aktuell nicht hospitalisiert sind).

Ambulante psychiatrische Versorgung – externe psychiatrische Dienste:

Die deutlichen Zuwachsraten bei den Konsultationen der Externen Psychiatrischen Dienste Thurgau zeigen ein gewachsenes Bedürfnis der Bevölkerung nach psychiatrischen Dienstleistungen. Die Zahl der Konsultationen hat zwischen 1999 und 2002 um fast 50% zugenommen. Die steigende Arbeitsbelastung wurde nur zum Teil durch Aufstockung beim Personal kompensiert, zusätzliche Stellen im Bereich Sozialarbeit wurden aber z.B. nicht geschaffen (ausser EPD Sirmach: gute Situation mit 150 Stellen%). Auch räumlich dürfte die Kapazitätsgrenze erreicht sein. Die Umsetzung der Maxime „ambulant vor stationär“ kann nur durch Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen gewährleistet werden. Im Vergleich zu Ambulanten Psychiatrischen Diensten in anderen vergleichbar strukturierten Kantonen liegen die EPD im Thurgau mit den Konsultationen pro Mitarbeiter an der Spitze und haben dabei noch deutlich mehr Gutachten und Konsilien erstellt als die zum Vergleich herangezogenen EPD.

Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen in den EPD

	1999		2000		2001		2002		2003	
	Sirmach	STGAG								
PatientInnen	429	1.933	446	2.208	475	2.515	461	2.901	430	2.895
Fälle		2.267		2.382		2.705		3.086		3.103
Konsultationen ¹	2.257	13.893	2.629	16.528	2.885	17.132	3.170	36.965	3.418	38.941
<i>davon Konsilien</i>		287		372		363		352		330
Gutachten ²	56	358	75	216	90	251	57	219	20	69
<i>davon Schwangerschaftsgutacht.³</i>	25	189	45	131	49	169	28	132	1	
<i>davon IV-Gutachten⁴</i>				85		82		41		18

¹seit 2002 neue Berechnungsgrundlage

²seit 2003 neue Berechnungsgrundlage

³seit 2003 nicht mehr aufgeführt

⁴erst seit 2000 aufgeführt

Ambulante psychiatrische Versorgung – andere Leistungserbringer:

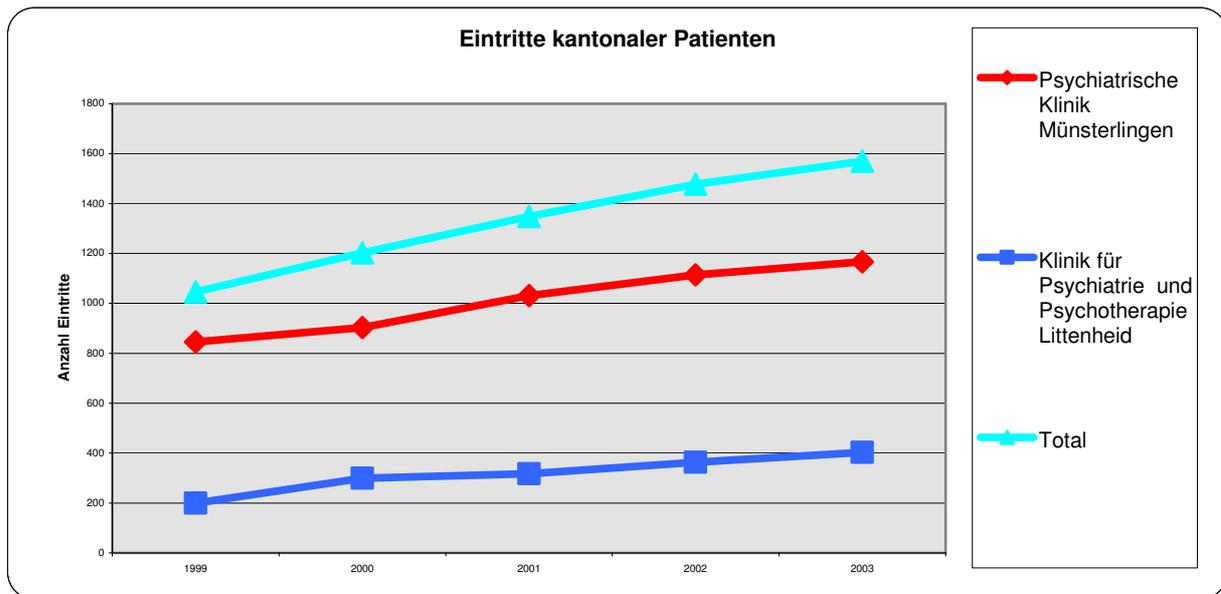
- *niedergelassene Psychiater:* Gegenwärtig etwa 30, davon einige mit Teilzeitpensen. Wartezeiten von mehreren Wochen.
- *niedergelassene Psychologen:* Es ist wenig darüber bekannt, ob von dieser Gruppierung ein substantieller Anteil an der Versorgung wahrgenommen wird. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen aus der Grundversicherung ist an die Delegation durch einen Facharzt gebunden, so dass vermutlich vorwiegend Zusatzversicherte und Selbstzahler die Dienstleistungen der Psychologen in Anspruch nehmen.
- *Institutsambulanzen:* Obwohl die drei ambulanten Dienste Münsterlingen, Romanshorn und Frauenfeld der gleichen ärztlichen Leitung unterstehen wie die psychiatrische Klinik Münsterlingen, entsprechen sie doch nicht ganz der Definition einer Institutsambulanz, da bei Entlassung aus stationärer Behandlung meist ein Therapeutenwechsel stattfindet. Allerdings erbringt ein erheblicher Teil des stationär arbeitenden Personals der Klinik auch ambulante Leistungen, um z.B. Wartezeiten vor Behandlungsbeginn im EPD zu überbrücken.
- *Spitex:* Die Spitexorganisationen und freien Spitex-Schwestern erbringen psychiatrische Leistungen, zu deren Menge noch keine aussagekräftigen Zahlen vorliegen.

Stationäre psychiatrische Versorgung - Psychiatrische Kliniken:

Sowohl Eintritte als auch Pflageage und Hospitalisationsraten pro 1000 Einwohner haben in den vergangenen Jahren zugenommen, wie die folgende Tabellen und Abbildungen zeigen. Dabei wurden von der PK Littenheid nur die Hospitalisationen Thurgauer Patienten einbezogen.

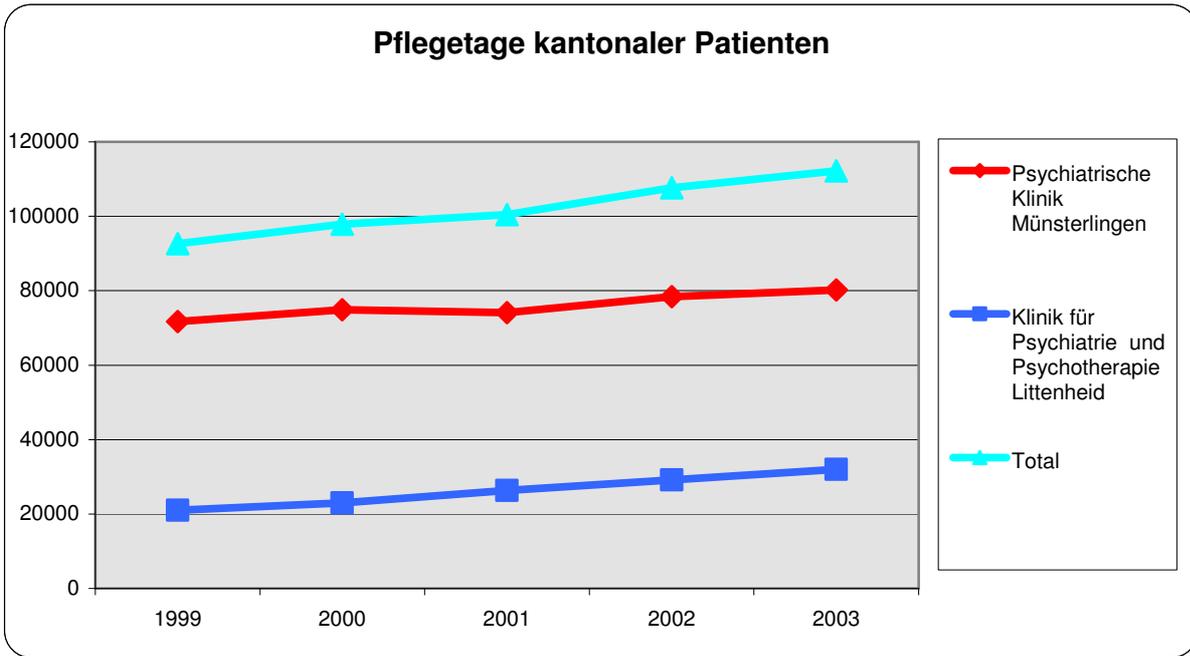
Eintritte

	1999	2000	2001	2002	2003
Psychiatrische Klinik Münsterlingen	846	903	1031	1114	1167
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid	200	300	317	363	403
Total	1046	1203	1348	1477	1570



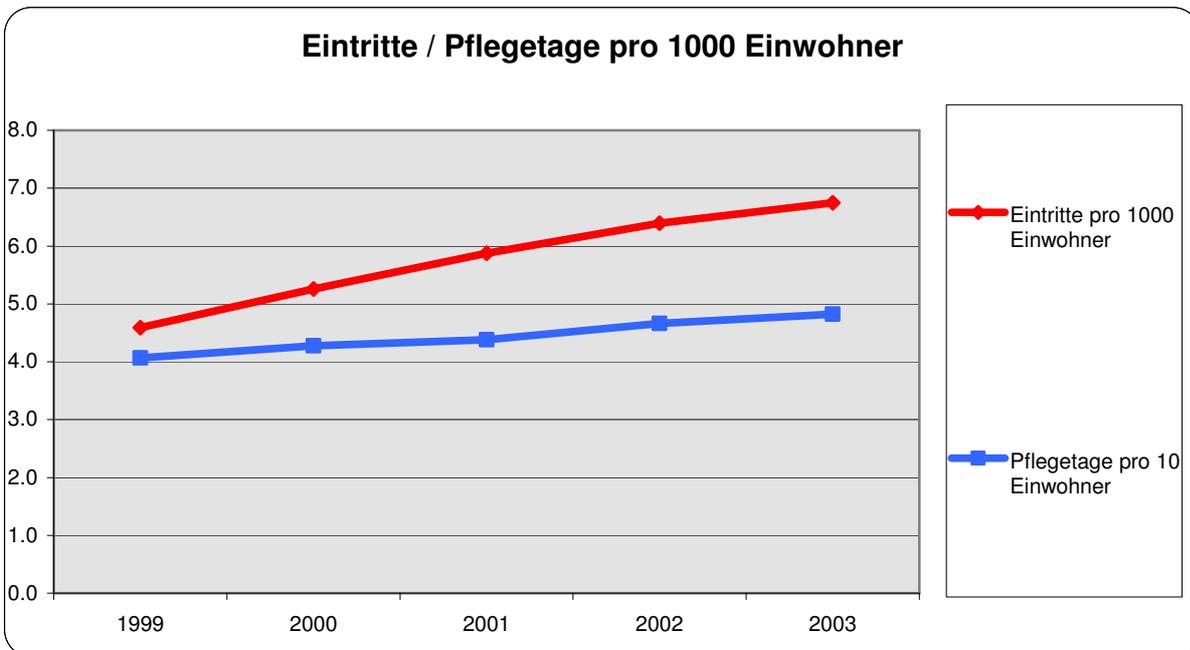
Pflegetage

	1999	2000	2001	2002	2003
Psychiatrische Klinik Münsterlingen ¹	71686	74843	74142	78421	80197
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid	20974	23017	26342	29206	32020
Total	92660	97860	100484	107627	112217



Eintritte und Pflegetage pro 1000

	1999	2000	2001	2002	2003
Einwohnerentwicklung Thurgau ²	227948	228814	229510	230991	232742
Eintritte pro 1000 Einwohner	4,6	5,3	5,9	6,4	6,7
Pflegetage pro 1000 Einwohner	406,5	427,7	437,8	465,9	482,2



Die Hospitalisationsrate entspricht etwa dem Durchschnitt (laut BfS-Statistik: Durchschnitt Schweiz 2001: 6.5), die standardisierte Pflegetagesumme dagegen ist mit 458.6 Tagen pro 1000 Einwohnern recht hoch (Durchschnitt Schweiz 2001: 377).

In der PK Münsterlingen hat die Zunahme der Pflageage bei bis ins Jahr 2002 gleichbleibender Bettenzahl zu einer Belegung von 100%, bei Miteinberechnung der Tagespatienten zu einer durchschnittlichen Belegung von 110% (2001 bis 2004) geführt. Zusätzliche Räumlichkeiten und damit auch zu belegende Betten wurden 2002 auf den neuen Stationen "Orbit" und "FP" eröffnet. Die Zahl der im Tagesklinikstatus geführten Patienten stieg stark an. Die Folge waren deutliche Überbelegungen in den Aufnahmestationen und Kapazitätsprobleme auch auf anderen Stationen. Diese führen zwar einerseits zu einem besseren Betriebsergebnis, andererseits stieg aber die Belastung für MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörige (z.B. durch dauernde Belegung von 4-Bettzimmern mit 6 Patienten) über das vertretbare Mass. Vereinzelt Beschwerden bei der Klinikleitung und bei der Ombudsstelle waren die Folge. - Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Median) in der PK Münsterlingen betrug 2001 34 Tage. Werden die Langzeitpatienten mit Aufenthaltsdauern >365 Tage ausgenommen, bleibt ein Durchschnittswert von 27 Tagen. Die Tendenz über die letzten Jahre ist sinkend.

Fazit: Als kurzfristige Strategie zur Deckung der gestiegenen Nachfrage wurde die Auslastung der Stationen erhöht, ein wachsender Teil der PatientInnen wurde als TagespatientInnen geführt. Diese beiden Strategien dürfen nicht weiter verfolgt werden, da personelle und räumliche Ressourcen bereits überstrapaziert sind. - Als mittelfristige Strategie wurden in der PKM zwei neue Stationen eröffnet. – Eine langfristige Strategie ist dringend erforderlich.

Hospitalisationen Thurgauer Patienten in anderen Kantonen

Die psychiatrische Versorgung der Thurgauer Bevölkerung wird weitestgehend innerkantonal gewährleistet. Die Anzahl Thurgauer Patienten mit ausserkantonalen Hospitalisationen ist in der folgenden Tabelle dargestellt:

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Anzahl Psychiatrie	5	19	30	21	42	23
Anzahl Psychosomatik	14	15	30	9	13	10
Gesamt	19	34	60	30	55	33

Hospitalisationen von PatientInnen anderer Kantone im Thurgau

Die im Kanton Thurgau behandelten ausserkantonalen Patienten werden überwiegend in der PK Littenheid behandelt. Im Kanton Zürich z.B. wurden 1999 2/3 aller ausserkantonalen psychiatrischen Pflageage (21'976) im Thurgau verrechnet. In der PK Münsterlingen ist die Zahl ausserkantonaler Patienten gering.

Eintritte ausserkantionaler Patienten

	1999	2000	2001	2002	2003
Psychiatrische Klinik Münsterlingen	49	61	74	72	46
% aller Eintritte	5,5%	6,3%	6,7%	6,1%	3,8%
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid ¹	106	192	199	239	270
Total	155	253	273	311	316

¹nur Grundversicherte

Stationäre psychiatrische Versorgung - Heime für psychisch Behinderte

Die Anzahl der Ein- und Austritte und die Belegungszahlen der einzelnen Heime sowie die Warteliste insgesamt werden zentral im Internet unter Federführung des Fürsorgeamtes

nachgeführt. Von den etwa 1000 Heimplätzen (alle Behinderungsarten) stehen etwa 277 Plätze für psychisch Behinderte zur Verfügung. Dem Wunsch vieler psychisch Behinderter nach betreutem Einzelwohnen dagegen konnte bislang häufig nicht nachgekommen werden, oder entsprechende Versuche scheitern, da mit den gesetzlichen Bestimmungen (IVG Art. 73 und 74) keine ausreichende Betreuung gewährleistet werden kann. Mit der Revision des IVG, insbesondere mit der neu geschaffenen individuell anpassbaren Assistenzentschädigung, werden in diesem Punkt Verbesserungen zu erwarten sein.

Tageskliniken

Im Kanton Thurgau gibt es keine Tagesklinik. Deshalb gibt es in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen eine wachsende Zahl an Pflegetagen von Tagespatienten: 5'061 (1999), 5'739 (2000), 7'247 (2001) und 6'668 (2002). Das entspricht einem Zuwachs in diesem Zeitraum von 32%. Betroffen sind vorwiegend PatientInnen, die aus dem Arbeitsmarkt herausgefallen sind. Sie nehmen die tagesstrukturierende Therapieangebote der Klinik wahr und weisen teilweise lange Aufenthaltsdauern auf. Als Konsequenz wurde bereits 1999 eine Tagesklinik im Raum Weinfelden oder Kreuzlingen geplant und konzipiert, die allerdings aus finanziellen Gründen bisher nicht realisiert werden konnte. - In der Klinik Littenheid stieg die Zahl der Pflegetage der Tagespatienten von 252 (1999), 155 (2000), 273 (2001) auf 410 (2002) und 1096 (2003), hat sich also in diesem Zeitraum mehr als vervierfacht.

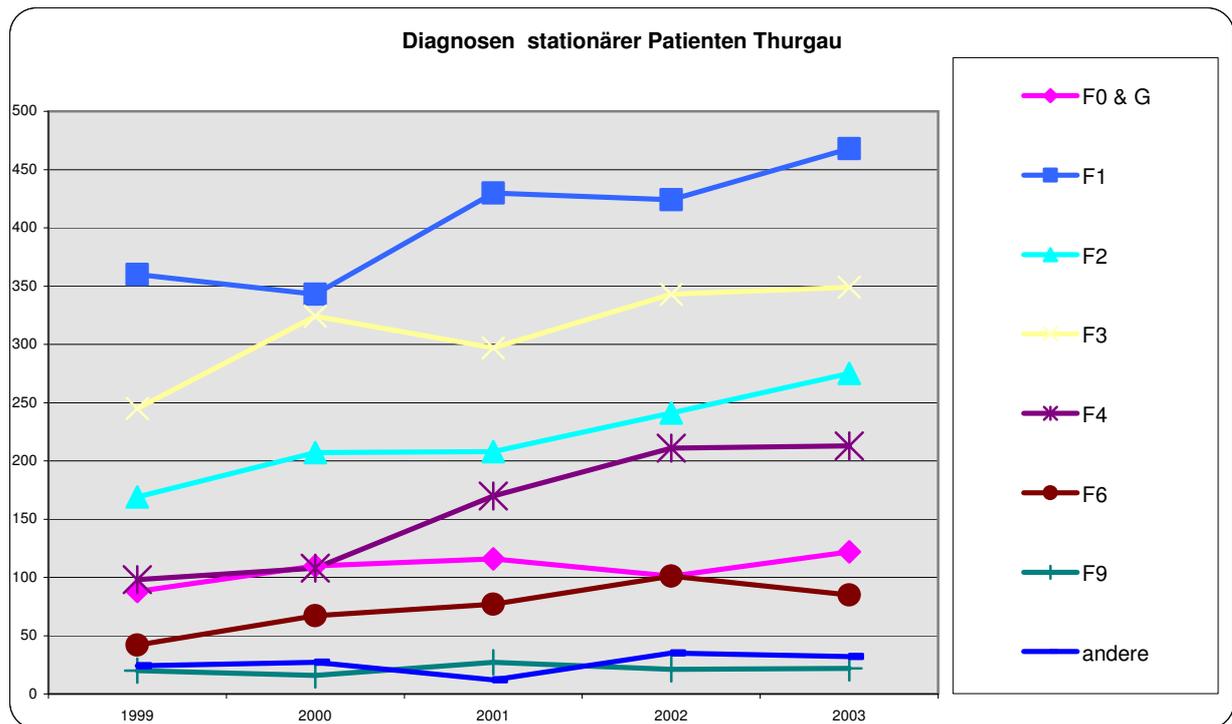
1.15.5 Trends und Problembereiche

Aus den Externen Psychiatrischen Diensten gemeldete Trends und Problembereiche

- steigender Bedarf an integrierter, multiprofessioneller sozialpsychiatrischer Behandlung. Durch die niedrigeren Tarife für nicht-ärztliche Leistungen können die Dienste aber nur kostendeckend arbeiten, wenn der Anteil der Ärzte am Personal hoch ist.
- zu wenig niedergelassene Psychiater und nicht-ärztliche Psychotherapeuten, an die PatientInnen weitergewiesen werden können
- steigender Bedarf an ambulanten Kriseninterventionen und Kurztherapien, aber keine Möglichkeiten zu Kriseninterventionen mit höherem Betreuungsaufwand bei PatientInnen, die nicht in die Klinik eintreten wollen
- keine teilstationären Einrichtungen
- wenig Beschäftigungsangebote für arbeitslose, psychisch kranke Menschen (Ausnahme: Ranunkel, ESRA)

Aus den Kliniken gemeldete Trends und Problembereiche

Aufschluss über die Gründe für die steigenden Leistungsmengen könnte unter anderem die Verteilung der Diagnosen sowie deren Entwicklung über die Jahre geben.



Die Diagnoseverteilung entspricht nicht ganz dem, was aus anderen Versorgungsregionen berichtet wird. Die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 Diagnosegruppe F1) und hier insbesondere die Störungen durch Alkohol stellen den grössten Anteil dar, während gemäss BfS-Statistik diese Gruppe in anderen Kliniken der Schweiz durchschnittlich 14% der Spitalaufenthalte bedingen, gegenüber 23.7% der Fälle auf Grund schizophrener Störungen (ICD-10 Diagnosegruppe: F2). Insbesondere in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen ist ein sehr hoher und über die Jahre steigender Anteil an Patienten der Diagnosegruppe F1 zu finden. Es handelt sich oft um Wiedereintritte.

Der Anstieg der Anzahl schizophrener Patienten ist vermutlich nicht auf eine steigende Erkrankungsrate zurückzuführen, da schizophrene Erkrankungen weltweit stabile Inzidenz- und Prävalenzraten aufweisen. Dies ist also entweder ein Hinweis auf das Fehlen anderer Angebote im Kanton oder auf eine gesunkene Schwelle für stationäre Behandlungen.

Weitere aus der medizinischen Statistik abgeleitete Trends (PK Münsterlingen):

- Gleichbleibende Zahl der unfreiwilligen Eintritte, steigende Zahl freiwilliger Eintritte
- Überproportionaler Anstieg des Frauenanteils, besonders der 41- bis 50jährigen und der >60jährigen Frauen
- Rückgang des Anteils 21- bis 30jähriger Männer
- Zunahme der PatientInnen mit Problemen durch Trennung oder Scheidung
- Leichter Rückgang des Ausländeranteils (gleichbleibend: Ex-Jugoslawien) auf derzeit 17.3% in der Klinik, 19.7% in den EPD, bei steigenden absoluten Zahlen; stark gestiegene Inanspruchnahme des Sozialdienstes durch diese Patientengruppe;
- Weitere überproportionale Zunahme der Störungen durch Alkohol
- Gleichbleibender Anteil von Ersteintritten und Wiedereintritten (je ca. 50%). Die Erhebung der Wiedereintrittsgründe zeigt wichtige Zusammenhänge mit fehlenden ambulanten und teilstationären Angeboten in der Region auf
- Zunahme an PatientInnen, deren Arbeitssituation als gefährdet bezeichnet wird.
- Gleichbleibend etwa 25% Austritte in den ersten Arbeitsmarkt, etwa 25% Austritte mit IV-Rente.
- Leicht steigende Zahl der Neuberentungen; derzeit 50 pro Jahr

In den Behandlungsbereichen beobachtbare Probleme (PK Münsterlingen, Klinik Littenheid):

- soziales Elend und psychische Störungen bedingen sich gegenseitig und sind kaum unabhängig voneinander zu beheben; Multimorbidität und multiple soziale Probleme (Arbeitsplatz-, Wohnungsverlust), erschweren die Wiedereingliederung
- fehlende teilstationäre und komplementäre Angebote im Kanton, trotz guter fachlicher Argumente (besseres Outcome, kürzere Behandlungsdauern) für teilstationäre Psychotherapie und integrierte ambulante Leistungen
- Zunahme an chronifizierenden Depressionen mit Invalidisierung; Zunahme an schweren Lebenskrisen im mittleren Lebensalter; Zunahme an Direktaufnahmen auf Psychotherapiestationen
- Zunahme der Nachfrage nach psychosomatischer Behandlung
- Zunahme der Nachfrage nach Behandlung chronischer Schmerzsyndrome, wobei die PDT hier am Ende einer langen Behandlungskette stehen und nach Scheitern vielfältiger Arbeitsrehabilitations-Bemühungen schwierige Berentungsverfahren initiieren und begleiten müssen
- Zunahme der schweren Persönlichkeitsstörungen; Adoleszente mit Entwicklungsstörungen, Lebenskrisen, Suchtentwicklung
- vermehrter Bedarf an sozialarbeiterischen Leistungen

Bereits getroffene Massnahmen (PK Münsterlingen):

- Der Bedarf an gemeinsamer Hospitalisation von psychisch kranken Frauen und ihren Kindern im Vorschulalter steigt. – Als Konsequenz haben zwei Stationen die Möglichkeiten geschaffen, Säuglinge und Kleinkinder mit aufzunehmen. Diese Aufgabe wurde bereits als fakultative Leistung in den Leistungsauftrag aufgenommen.
- Die Probleme psychiatrischer PatientInnen, nach Verlust des Arbeitsplatzes und Hospitalisation wieder Arbeit zu finden, führten zur Planung und Realisierung eines Internet-Cafés mit Jobbörse. und zum Aufbau eines arbeitsagogischen Angebots.
- Eine Lücke in der Versorgung von jungen Menschen, die an einer ersten Psychose erkrankt sind, führte zur Planung und Realisierung eines niederschweligen Angebots auf einer spezialisierten Station.

Bereits getroffene Massnahmen (Klinik Littenheid):

- Optimierung der Eintrittsplanung und Bettenbewirtschaftung durch Schaffung eines eigenständigen Aufnahmesekretariats, unterstützt durch moderne Software.
- Verbesserung der Triage durch spezielle geschulte Kaderärzte.
- Engere Kooperation mit psychiatrischen Partnerinstitutionen.
- Anpassung der therapeutischen Angebote mit vermehrter störungsspezifischer Behandlungsorganisation: spezialisierte Therapieprogramme für Patienten mit Borderlinestörungen, Essstörungen, Selbstverletzungstendenzen und Suchtentwicklungen in Lebenskrisen.
- Gemeinsamer Aufbau von homogenen ambulanten Gruppentherapieangeboten in Zusammenarbeit zwischen Klinik und Externem Psychiatrischen Dienst Sirmach.

Die **Befragung der Interessengruppen** hat auf folgende Lücken und Anliegen im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie hingewiesen:

- Tagesstrukturierende Angebote fehlen
- Eine Ausdehnung des ambulanten Netzes (Tagesklinik, mobile Equipen) zur Verhinderung stationärer Aufenthalte oder für einen optimalen stufenweisen Austritt aus der stationären Behandlung wird gewünscht.
- Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung sehen Probleme bei der adäquaten Betreuung in Krisen; sie wünschen sich feste Krisenplätze in Kliniken und differenzierte Angebote für Menschen mit Autismus.

- Innerhalb der Kliniken werden dringend mehr Einzelzimmer auf den Akutstationen benötigt

Zusammenfassung: Problembereiche

Eine Steigerung der Leistungsmengen im stationären wie im ambulanten Bereich ist zu verzeichnen. Die Gründe sind unklar; zunehmende Erkrankungsraten, eine erhöhte Bereitschaft der Bevölkerung, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, sowie fehlende soziale Unterstützung könnten einzeln oder in Kombination, und je nach Störungsbild in unterschiedlichem Ausmass, Ursachen für dieses Phänomen sein. Die Mengenausweitung im psychiatrischen Bereich könnte sich allerdings teilweise in einer Reduktion im somatischen Bereich niederschlagen.

Ungenügende ambulante Notfall- und Spezialversorgung, fehlende Strukturen (Tagesklinik, Angebote zur Berufsförderung, Angebote aufsuchender Betreuung) und die vorläufig noch mangelhafte interinstitutionelle Zusammenarbeit führen zu einer Kettenreaktion, die das Ende der Kette, die psychiatrischen Kliniken, besonders stark belasten. Klinikeinweisungen erfolgen so häufig überstürzt resp. verfrüht und entbehren nicht selten einer für die Klinikbehandlung erfolgsversprechenden Indikationsstellung. Hospitalisierte Patienten können andererseits häufig nur schwer und mit Verzögerung wieder entlassen werden, da die ambulanten Versorgungsstrukturen mengenmässig und von der Art des Angebots (differenziert / multiprofessionell / mobil oder gemeindenah) nicht ausreichen. Könnten leichter Erkrankte eine gezielte und kompetente ambulante Behandlung finden, und schwer erkrankte Patienten länger in ihrem angestammten Umfeld betreut werden, würde daraus ein Entlastungseffekt für die Kliniken resultieren. Die aktuellen Finanzierungsmodelle begünstigen jedoch die stationären Behandlungen.

1.16 Psychiatrische Rehabilitation

1.16.1 Begriffe und Definitionen

Massnahmen zur psychiatrischen Rehabilitation können grob vier verschiedenen Kategorien von Aktivitäten des täglichen Lebens zugeordnet werden: Arbeit, Wohnen, soziale Kontakte und Freizeit ("Rehabilitations-Achsen"). Rehabilitative Massnahmen dienen der Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung entsprechender Fähigkeiten. Ziel ist die Rückkehr des Rehabilitanden in sein angestammtes Lebensumfeld. Häufig ist aber auch das Erreichen von Teilzielen auf jeglichen Stufen autonomer und qualitätsvoller Lebensführung ein Rehabilitationserfolg.

Chronische psychische Krankheit und psychische Behinderung bedingen sich gegenseitig und betreffen ein und denselben Menschen. Die Definition des Bundesamts für Sozialversicherung (BSV) bildet den Zusammenhang gut ab: "Als psychische Behinderung gilt eine durch endogene oder exogene Faktoren verursachte chronifizierte emotionale oder kognitive (Wahrnehmungs-) Störung, die sich über längere Zeit oder dauernd manifestiert und sich beruflich oder sozial als zentraler Steuerungs- und Adaptationsdefekt (Schwäche der Steuerungs- oder Anpassungsfähigkeit) auswirkt." ¹⁰

Da psychische Behinderungen unter Stress schnell wieder in akute psychische Krankheiten umschlagen können, ist eine therapeutische Haltung psychisch Behinderten gegenüber zumindest zeitweise sehr wichtig. Kontinuierliche Verläufe sind eher selten; Krisen und Abbrüche gehören zum Krankheitsgeschehen, und das Versorgungssystem muss sich durch unbefristete Nachbetreuungen am Arbeitsplatz und in der Wohnung darauf einstellen. Psychiatrische Rehabilitation ist somit selten ein stetiger Prozess und immer auch ein Prozess der

¹⁰ Wegleitung über Invaliddität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, BSV, 1990

Krankheitsbewältigung. Umgekehrt muss psychiatrische Behandlung sehr oft auch sozial-psychiatrisch ausgerichtet sein, indem sie das soziale Umfeld berücksichtigt und die Rückkehr dorthin aktiv fördert.

Eine künstliche Unterscheidung von Behandlung und Rehabilitation beruht auf der Annahme, dass ein Krankheitsprozess irgendwann einmal zu Ende ist und einen stabilen Defekt hinterlässt, was bei psychischen Krankheiten klar nicht der Fall ist. Es ist aber Tatsache, dass Behandlungs- und Rehabilitationsmassnahmen bezüglich Kostenträgerschaft, politischer Zuständigkeit und Leistungserbringern strikt getrennt sind. Dies wirkt einer notwendigen engen Vernetzung der Massnahmen entgegen und stellt damit ein Hauptproblem dar.

1.16.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen

Arbeitsmarkt: Zunehmende Arbeitslosigkeit (im Thurgau: zwölf Stellensuchende auf eine offene Stelle) und Veränderungen des Arbeitsmarktes haben leistungsschwächere Arbeitnehmer besonders getroffen. Stellenabbau, Automatisierung, Differenzierung von Arbeitsplätzen und Effizienzsteigerungen haben zu einem Verlust an geeigneten Arbeitsplätzen für psychisch Kranke und Behinderte geführt. - Auch im Gesundheits- und Sozialwesen gehen die Entwicklungen in Richtung stärkerer Markt- und Ergebnisorientierung, was die Gefahr eines Leistungs-, Stellen- und Verdienstabbaus für chronische Patienten und schwerer Behinderte in sich birgt, da diese den Leistungserbringern geringere (finanziell und gesundheitlich) messbare Erfolge bescheren.

Berentungen und Erwerbsquote¹¹: So erstaunt es nicht, dass die Zahl der IV-Renten-Bezüger seit 1990 um durchschnittlich 4.4% pro Jahr (von 164'000 im Jahr 1990 auf 259'000 im Jahr 2002) gewachsen ist. Für Lohnersatz nach Unfall und Krankheit steigen die Kosten rasanter als die Gesundheitskosten. Noch 1991 kamen 23 Erwerbstätige für einen Menschen mit Behinderung auf. Heute liegt das Verhältnis bei 17:1. Und schon in einem Jahrzehnt werden voraussichtlich nur mehr zehn Erwerbstätige einen Menschen mit einer Behinderung finanzieren. Jedes Jahr kommen 30'000 IV-Rentenbezüger hinzu. Die Zahl arbeitsunfähiger Menschen nimmt nirgendwo so schnell zu wie in der Schweiz. Die Wahrscheinlichkeit, eine IV-Rente zu beziehen, hat zwischen 1992 und 2002 von 3.2% auf 4.9% (Thurgau: 4.1%) zugenommen.

In keinem anderen OECD-Land beruht die medizinisch begründete Erwerbsunfähigkeit so stark auf psychischen Ursachen wie hier zu Lande. 2002 waren etwa 73'000 der 220'000 (33%) in der Schweiz lebenden IV-Rentner psychisch krank. Auch bei Berentungen auf Grund invalidisierender Erkrankungen des Bewegungsapparats (z.B. chronischer Rückenschmerzen) müssen zu einem erheblichen Teil psychogene Faktoren angenommen werden. - Je nach Schweregrad und Dauer der Erkrankung ist die Erwerbsquote bei psychisch Kranken schweizweit nur 5 bis 40%. Da Erwerbstätigkeit den Krankheitsverlauf eher günstig beeinflusst, das heisst unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung kürzere Hospitalisationsdauern und längere Intervalle zwischen den Eintritten ermöglicht¹², ist diese niedrige Quote auch aus klinischer und gesundheitspolitischer Sicht bedenklich.

Angesichts der Tatsache, dass die IV für Taggelder (0.3 Mia Fr) und individuelle Massnahmen (1.4 Mia Fr) ungleich viel weniger Geld ausgibt als für Renten (5.5 Mia im Jahr 2002) und den 259'000 Renten im Jahre 2002 nur 13'000 berufliche Massnahmen gegenüberstehen, muss man sich fragen, ob nicht mit einer verstärkten finanziellen und fachlichen Investition in die berufliche Eingliederung eine Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen erreicht werden könnte.

¹¹ Zahlen aus IV-Statistik 2002

¹² vgl. Daten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Basel Land 1998-2002

Differenzierte Hilfen (Arbeit):

- Relativ neu und vielversprechend sind Bestrebungen, psychisch Kranke über Berufsförderungskurse und "supported employment" in Arbeitsplätze in der freien Wirtschaft zu integrieren. Arbeitgeber sind grundsätzlich zur Aufnahme leistungsschwächerer Menschen in ihren Betrieb bereit, jedoch erwarten sie klare und offene Informationen zu Einschränkungen und Leistungsfähigkeit der Arbeitssuchenden, möglichst nur eine Institution als Ansprechpartner, keine übermässige Administration und die Möglichkeit einer Beratung und/oder Nachbetreuung im Bedarfsfall.
- Auch Sozial- und Selbsthilfefirmen bieten eine gute Ergänzung zu geschützten Werkstätten und beruflichen Massnahmen.
- Allgemein ist festzustellen, dass sich gut funktionierende differenzierte Arbeitsangebote durch hohe Flexibilität bezüglich Höhe des Arbeitslohns, der Anforderungen, der zu leistenden Wochenarbeitszeit und des Umgangs mit Fehlzeiten auszeichnen und eine mittel- und langfristige Perspektive für ihre Nutzer bieten.
- Ein integriertes Vorgehen ist zu fordern. Rehabilitation, Krisenintervention und Psychotherapie müssen ineinander greifen. Kontinuität von Beziehungen, Konzepten und Finanzierung ist anzustreben.¹³

Im Thurgau sind die Arbeitsangebote des ersten Arbeitsmarktes für psychisch Kranke und Behinderte nicht im notwendigen Masse differenziert und flexibel. Ein kantonales Psychiatriekonzept kann zwar nichts an den Grundsätzen der Finanzierung durch BSV und IV ändern, kann aber die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) fördern. Unter diesem Titel sind Bestrebungen der IV, der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe^{14,15} im Gange, die es in ein Psychiatriekonzept zu integrieren gilt.

Differenzierte Hilfen (Wohnen): Wünschbar ist auch die flexiblere Gestaltung des betreuten Wohnens, mit autonomen Wohnformen und den individuellen Bedürfnissen angepasster Betreuungsintensität. Das Invalidenversicherungsgesetz (IVG) mit seiner Unterscheidung in Vollbetreuung nach Art. 73 und einer wesentlich geringeren Betreuungsintensität im begleiteten Wohnen nach Art. 74 fördert diese Flexibilität nicht. Der Neue Finanzausgleich (NFA) könnte hier in Zukunft für eine sinnvolle Entwicklung genutzt werden.

Differenzierte Hilfen (Betreuung): Erfahrungen aus anderen Versorgungsregionen zeigen, dass mit den flexiblen Dienstleistungen multiprofessionell zusammengesetzter gemeindepsychiatrischer Teams, die auch zu einem grossen Teil aufsuchende Betreuung leisten, Hospitalisationsraten und Gesamt-Hospitalisationsdauern der sogenannten "heavy user" stark gesenkt werden können, die Kranken und ihre Angehörigen an Lebensqualität gewinnen und medizinische Notfalldienste seltener in Anspruch genommen werden. - Die umfassende, kontinuierliche, koordinierte und interdisziplinäre Betreuung von Langzeitkranken ist im Thurgau noch wenig umgesetzt. Bei der gegenwärtigen Zusammensetzung der Externen Psychiatrischen Dienste mit ihrem hohen Anteil an psychotherapeutisch tätigen Ärzten und dem stark gestiegenen Anmeldedruck kann diese Arbeit nur zum Teil übernommen werden.

Lebensqualität: Lebensqualität ist dabei nicht nur vom äusserlichen Grad der sozialen Integration geprägt, sondern wird sehr individuell erlebt. Die für Lebensqualität zentralen Erlebens-Dimensionen können und müssen durch die Hilfen beeinflusst werden in Richtung mehr Autonomie, Kompetenz, Nützlichkeit, Perspektive und Stabilität (Baer et al. 2003)¹⁶. Unkoordinierte und konzeptlose institutionelle Angebote behindern diesen Prozess.

¹³ Cahn, T.: Strukturelle Probleme der Psychiatrischen Rehabilitation. Vortrag an der Arbeitstagung Rehabilitation und soziale Integration von chronisch psychisch kranken Menschen. Bern 2003

¹⁴ zum Stand im Thurgau: Birchmeier, J.: Wo steht das Pilotprojekt IIZ des Kantons Thurgau? Soziale Sicherheit 4/2002

¹⁵ Birchmeier, J., Zai, A.: Zusammen arbeiten und Geld sparen. Der Arbeitsmarkt 7/8_2003

¹⁶ Baer, N.: Diskriminiert. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003.

1.16.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierungssätze

Das **Invalidenversicherungsgesetz** regelt die Finanzierung der Leistungen zu Gunsten Behinderter. Ein gesetzlicher Auftrag zur Bereitstellung der entsprechenden Dienstleistungen besteht jedoch nicht. Folgende Unterscheidungen, die im Rahmen der psychiatrischen Rehabilitation überhaupt nicht sinnvoll sind, werden gemacht:

- berufliche versus sozialtherapeutische Massnahmen → Die Hürden bei den beruflichen Massnahmen sind so hoch, dass auf diesem Wege nur Wenigen der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben gelingt. Um den Grundsatz "Reha vor Rente" wirklich umsetzen zu können, müsste die Begleitung längerfristig und flexibler sein; Schwankungen und Rückfälle dürften nicht zur abrupten Beendigung der Massnahmen führen.
- Rente versus Taggeld → Berentung sollte Bildungsmassnahmen nicht ausschliessen, zumal da psychisch Kranke häufig bereits in jungen Jahren berentet werden.
- IV-Berechtigte versus (noch) Nicht-IV-Berechtigte → Hierdurch werden junge psychisch Kranke häufig zu früh invalidisiert, um einen Platz in einer beruflichen Massnahme oder geschützten Werkstätte zu bekommen. Durch Frührehabilitation, begleitet durch therapeutische Massnahmen, sollte jedoch der Rückweg aus der Invalidisierung offen gehalten werden.

Insgesamt fördert die Gesetzgebung also eine dichotome, defizitorientierte Sichtweise, die sich auch in einzelnen **Subventionierungsmechanismen** niederschlägt:

- Die Subventionierung der geschützten Werkstätten begünstigt die einfachsten Arbeitsangebote. Aus Sicht der psychisch Behinderten sind diese Angebote oft unattraktiv und den intellektuellen Fähigkeiten unangemessen, was zu frühzeitigen Abbrüchen führen kann.¹⁷ – Im Kanton Thurgau, vor allem im Oberthurgau, besteht dagegen ein relativ breites Angebot auch an anspruchsvollen Tätigkeiten.
- Die Subventionierung betreuten Wohnens geschieht nach Betreuungsaufwand in zwei Kategorien: Vollbetreuung oder vier Stunden Betreuung wöchentlich. Zwischenlösungen waren bis zur 4. IVG-Revision nicht vorgesehen, sind in Zukunft aber evtl. via Hilflosenentschädigung möglich.
- Das BSV verlangt eine Mindestgrösse von 12 betreuten Personen, damit Betriebsbeiträge ausgerichtet werden können.
- Dass sich IV-Berentung und berufliche Massnahmen – auch im Sinne von Bildung allgemeiner Art - bei längerer Berentungsdauer quasi ausschliessen, widerspricht der rehabilitativen Logik. Der Grundsatz 'Reha vor Rente' sollte ergänzt werden um den Grundsatz: 'Eingliederung und Bildung nach Rente'.
- Patienten mit mässigen Handicaps werden kaum erfasst. Für sie gibt es kaum Einrichtungen in der psychiatrischen Rehabilitation. Sie machen zahlenmässig aber einen Grossteil der Bedürftigen aus. Sie verlieren im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung ihre Stelle, sind aber nicht so krank, dass sie dauernd in einer Behinderteneinrichtung leben oder im geschützten Rahmen arbeiten müssten.

Die **Sparvorgaben** des Bundesrats und die Behindertenpolitik von Bund und Kantonen erschweren die sinnvolle Konzeptarbeit zur Zeit. Weitere Hindernisse sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten für Sozialhilfe (Kantone und Kommunen) und Invaliden- und Arbeitslosenversicherung (Bund); so ist es z.B. nicht im Interesse der Sozialhilfeträger, wenn der Anstieg der Neuberentungen gedämpft würde. Zielorientierte Modelle der Zusammenarbeit fehlen auf politischer und institutioneller Ebene. Statt eines echten Leistungsaustausches zirkuliert der betroffene, hilfesuschende Mensch zwischen den Systemen. – Die auf nationaler

¹⁷ Modestin, J., Lieb, M.: Leaving the sheltered workshop. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 5, 214-220 (2002)

Ebene operierende, mit dem Projekt 'Nationale Gesundheitspolitik Schweiz' assoziierte Kerngruppe 'Psychische Gesundheit' hat sich dieser Problematik angenommen.

Eine **übergreifende Planung** der Hilfen für Behinderte wird im Thurgau mittels des "Leitbild für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen im Kanton Thurgau" (März 1998), dem "Ergänzenden Bericht" (Mai 1998) und der "Überprüfung 2000" (April 2000) bereits in Grundzügen realisiert. Als Steuerungs- und Koordinationsinstrument traten zum 1.1.2001 Leistungsvereinbarungen zwischen Werkstätten, Wohnheimen und dem Kanton Thurgau in Kraft. Bestandteil des Vertrags ist auch die Verpflichtung, im sogenannten Zielgruppenverbund mit anderen Partnern zu kooperieren.

Versuche, **therapeutische und rehabilitative Massnahmen gesamthaft** – auch unter dem Kostenaspekt – zu evaluieren, fehlen im Thurgau noch. Ein gelungenes Beispiel für die Evaluation an Hand weniger Kennzahlen bieten sozialpsychiatrische Verbände in anderen Regionen (z.B. Dielentheis & Priebe 2002, Elgeti 2003).¹⁸

1.16.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Arbeit

Die Eingliederungschancen sind bei der heutig angespannten wirtschaftlichen Situation und der Lage auf dem Arbeitsmarkt gering. Im Januar 2004 gab es im Thurgau 4237 registrierte arbeitslose Menschen, wovon 492 stellensuchende Langzeitarbeitslose waren. Dazu kommen ca. 160 stellensuchende Menschen mit psychischen Schwierigkeiten. Bei im gleichen Zeitraum gemeldeten 362 offenen Stellen kommen also rund 12 Bewerber auf jede offene Stelle. Der Wettbewerb zwischen erwerbstätigen Stellensuchenden, stellenlosen Menschen, langzeitarbeitslosen Menschen und Menschen mit psychischen Schwierigkeiten ist gross. Diese Situation führt nebenbei auch zu einer allgemeinen Lohnreduzierung.

Statistischer Überblick über die Beschäftigungssituation im Kanton Thurgau

Arbeitsplätze Wirtschaft TG total	94'515 Beschäftigte (2001) in 11'525 Firmen
geschützte Arbeitsplätze TG	total 999, davon 560 für MPS*
davon IV-Förderplätze für Integration	ca. 200 (davon 160 bei Brüggli)
ALV-Fördermassnahmen für Integration	1'675 (Stiftung Zukunft, Verein Kompass u.a.)
Anzahl IV-Rentner TG	6'142 (4509 Ergänzungsleistungen)

*Menschen mit psych. Schwierigkeiten

	TG	SG	AI/AR	SH	GR	GL	ZH
Registrierte Arbeitslose, Januar 04	4237	8139	817	1491	2393	605	36280
Davon stellensuchende Langzeitarbeitslose	492	1145	107	194	149	72	6287
Stellensuchende MPS	160	---	---	---	---	---	---
Gemeldete offene Stellen, Januar 04	362	638	15	140	744	36	1403

¹⁸ Dielentheis, T.F., Priebe, S.: Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell. Eine Analyse über 23 Jahre. Psychiatrische Praxis 29, 186-193 (2002).
Elgeti, H.: Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen 1, 24-29 (2003)

Arbeitsmarktstrukturen im Thurgau

Struktur Arbeitsmarktes TG	des			1. Arbeitsmarkt															
	1. Arbeitsmarkt	Firmen 2001	Anzahl Beschäftigte	Offene Stellen Mai 2003	2. Arbeitsmarkt MPS	ABA	Amriswil	Bäretwilhof Eschenz	Besmerhus Kreuzlingen	Bruggli Romanshorn	Chraiehof Lommis	Kornh.zu Vogelsang Dussnang	Kompass Scherzungen	Männerh. Sonnenb. Weinfelden	Murghof Frauenfeld	Murg-Stiftung Littenheid	Schloss Herdern	Herdern	Stiftung Karthause littingen
Alle Branchen		11'525	94'515	374															
1. Sektor		14	127	24															
Land-/Forstwirtsch., Garten				24	●			●	●		●	●	●	●		●	●	●	●
Bergbau, Gew. v. Steinen/Erden		14	127																
2. Sektor		3'145	39'178	163															
Verarb. Gewerbe, Industrie		1'782	30'265	2	●	●		●	●			●	●		●	●	●	●	
H. Nahrungsm./Getränken/Tabak		203	3'363	3	●	●		●			●						●	●	●
H. Textilien und Bekleidung		69	993	3	●		●	●	●				●						
H. v. Lederwaren und Schuhen		9	119	1															
Be- und Verarbeitung von Holz		269	1'786	21	●	●	●	●					●	●		●	●	●	●
Papier, Verlag und Druck		135	1'715	5	●				●		●	●				●			
Chemische Industrie		39	1'513																
H. Gummi- und Kunststoffwaren		52	2'222	1	●										●				
H. sonst. nichtmet. Mineralien		58	1'337																
Metallbe- und -verarbeitung		429	5'052	70	●				●										
Maschinenbau /xMontagearbeiten		186	6'160		●	●			●				●		●	●	●	●	
H. el. Geräten, Feinmechanik		134	2'704		●				●										
Fahrzeugbau		48	1'501		●				●										
Sonst. verarbeitendes Gewerbe *		151	1'800	3	●			●	●		●	●			●				●
Ausrüsten / Verpacken / Mailing					●	●	●	●	●		●	●		●			●	●	●
Energie- und Wasserversorgung		27	337																
Baugewerbe/Malerei/Lackieren		1'336	8'576	54	●	●					●								●
*Kunsthandw. / Töpferei / Kerzen																			
3. Sektor		8'366	55'210	187															
Handel; Reparatur		2'539	14'399	14	●				●		●							●	
Gastgewerbe / Hauswirtschaft		885	4'786	80	●	●		●	●	●	●		●				●	●	●
Verkehr, Nachrichtenübermittl.		549	4'447	13	●				●										
Kredit- und Vers.gewerbe		264	2'138																
Immob.wesen, Informatik, F&E		1'943	8'273		●	●			●										
Öff. Verw., Landesverteidigung		296	2'986	2															
Unterrichtswesen		484	5'298	7															
Gesundheits- und Sozialwesen		607	9'879	10	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Sonst. öff. u. persönlichen DL		799	3'004	23															
Archit./Techniker/Ingenieure				22															
Büro				16	●				●						●				

Die vorangehende Tabelle zeigt, dass es in den Thurgauer Einrichtungen für Menschen mit psychischen Behinderungen eine relativ gute Abdeckung des ersten Arbeitsmarktes durch den zweiten Arbeitsmarkt gibt. Auch die Ausbildungsmöglichkeiten orientieren sich an den Erfordernissen des ersten Arbeitsmarktes:

Ausbildungsmöglichkeiten im Thurgau nach Wohn- und Werkstättenführer INSOS (IV)

INSTITUTION AUSBILDUNG	Amriswil	Eschenz	Kreuzlin-	Romanshorn	Lommis	Vogels.	Scherzungen	Sonnenb.	Frauenfeld	Littenheid	Her-	Itin-
	ABA	Bärbelihof	Besmerhuus- gen	Brüggli	Chraiehof	Kornhaus zu Dussnang	Kompass	Männerheim W.felden	Murghof	Murg-Stiftung	Schloss Herdern	Stiftung Kartause Itin- gen
Hauswirtschaftsmitarbeiter	●											
Hauswirtschaftlicher Angestellter						●						
Haushalt		●										
Hauswart		●		●					●			
Hauswartmitarbeiter				●								
Raumpflegermitarbeiter				●								
Koch				●								
Bäcker						●						
Käsereimitarbeiter												●
Gastronomie Allrounder				●								
Restaurationsangestellter	●			●								
Holzbearbeiter	●	●										●
Kombinierter Holzbearbeiter	●											
Schreiner						●						
Metallbearbeiter				●								
Industriemonteur				●								
Mechapraktiker				●								
Polymechaniker				●								
Kaufmann				●								
Techn. Kaufmann, Marketingplaner				●								
Verkäufer						●						
Detailhandelsangestellter						●						
Gärtnereiarbeiter	●											●
Textilnäher				●								
Handbuchbinder						●						
Industriegehilfe	●								●			
Lagermitarbeiter	●			●								
Logistikassistent				●								
Qualitätskontrolleur				●								
Drucktechnologe				●								
Druckausrüster				●								
Polygraf				●								
Electronic Publisher				●								
Informatik-Anwender SIZ				●								
PC/LAN-Supporter SIZ				●								
Web Publisher SIZ				●								
Office-Supporter				●								
CNC-Operator				●								
CNC-Programmierer				●								

Im Kanton Thurgau werden die Rehabilitations-Einrichtungen strikt nach Finanzierung durch BSV und SECO getrennt; in anderen Kantonen dagegen können sowohl Menschen mit Be-

hinderung als auch Menschen ohne Arbeit an Eingliederungsmassnahmen ein und derselben Einrichtung teilnehmen.

Für arbeitslos Gemeldete oder Ausgesteuerte bieten die Beschäftigungsprogramme der 'Stiftung Zukunft Thurgau', des 'Verein Kompass' und anderer Anbieter gezielte Weiterbildungen und Coaching bei der Stellensuche (zur Zeit 1'675 Massnahmen). Der Zugang zu diesen Angeboten ist über die Regionalen Arbeitsvermittlungsstellen und über die kommunalen Sozialämter. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden findet im Laufe des Programms oder im Anschluss daran eine neue Stelle. Die differentielle Wirksamkeit dieser Programme für Menschen mit psychischen Störungen ist noch nicht evaluiert.

Wohnen

Der Kanton Thurgau verfügt über 277 Heimplätze für psychische behinderte Personen. Genaue und aktuelle Angaben darüber, wie viele dieser Plätze von Thurgauern beansprucht werden, gibt es zur Zeit nicht. Der zusätzliche Bedarf für diese Zielgruppe und für den Zeitraum von 2004 bis 2007 wurde gegenüber dem BSV beantragt. In einem vorläufigen Entscheid wies das BSV die beantragten Plätze pauschal zurück unter Hinweis auf die Tatsache, dass der Kanton Thurgau im Verhältnis zu seiner Einwohnerzahl überdurchschnittlich viele Heimplätze für Behinderte ausweise.

Betreuung

Die Betreuung psychisch behinderter Personen findet ausser durch das Werkstätten- und Heimpersonal vorwiegend in Form psychiatrischer Behandlung bei niedergelassenen Fachärzten oder in den EPD statt. Personen, die in betreuten Wohngruppen leben, haben gemäss IVG Anspruch auf vier Stunden Betreuung pro Woche, sofern sie IV-Bezüger sind. Aufsuchende Betreuung wird durch die Gesundheitsschwestern der EPD und der Spitex geleistet.

1.16.5 Trends und Problembereiche

- Die Verschärfung der Arbeitsmarktsituation führt zu einer Unterversorgung mit Arbeitsplätzen für psychisch Behinderte. Immer häufiger finden Menschen mit psychischen Schwierigkeiten keine Stelle nach der Ausbildung oder nach der beruflichen Massnahme. Dabei entsteht die Gefahr, dass die erworbenen Fähigkeiten wenigstens teilweise wieder verloren gehen.
- Die geschützten Werkstätten und Eingliederungsstätten im Kanton Thurgau bieten eine breite Abdeckung des 2. Arbeitsmarktes im Verhältnis zu den Branchen des 1. Arbeitsmarktes, das Angebot der Berufsförderung ist ebenfalls breit. Die Wartelisten dieser Einrichtungen zeigen allerdings, dass keine Reserven bestehen. Arbeitsplatzwahlmöglichkeiten sind dadurch drastisch eingeschränkt. Die Betroffenen müssen sich also mit dem zufrieden geben, was gerade vorhanden ist, und können so nicht optimal gefördert werden.
- Die Enthospitalisierung hat vor allem zu einer erhöhten Institutionalisierung geführt, aber nicht zur Integration. Eingliederung nach Rente sowie die Ausbildung und Begleitung von psychisch Behinderten in der freien Wirtschaft sind nicht oder kaum verwirklicht. Es liegen noch kaum Konzepte für eine Entinstitutionalisierung vor.
- Es besteht zwar seit kurzer Zeit im Kanton TG eine Bedarfsplanung, die über www.sonet.ch zugänglich ist, jedoch fehlen qualitative und quantitative Angaben über die Bedürfnisse der unterschiedlichen Klientengruppen.
- Frührehabilitationen sind kaum zu verwirklichen. Je früher aber die Rehabilitation einsetzt, umso eher kann Chronifizierung vermieden werden. Gerade deshalb ist es wichtig, dass auch jungen Erkrankten sämtliche rehabilitativen Möglichkeiten unkompliziert offen stehen und nicht zuerst Invalidität vorliegen muss.
- Es gibt noch keine Angebote in der Region, die eine systematische und längerfristige Begleitung am Arbeitsplatz (Arbeitsassistentz, 'supported employment', Job Coaching)

gewährleisten. Auch die Berufsberater der kantonalen IV-Stelle haben keine Kapazität, um Menschen mit psychischen Behinderungen ausreichend zu begleiten.

- Im Bereich betreuten Wohnens und im Heimbereich sind die Angebote zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt. Dadurch kommt es zu vielen Fehlplatzierungen. Spezialisierte Institutionen, z.B. zur Betreuung von autistischen Patienten, und Nischenplätze fehlen.
- Die **Koordination** der Träger und Angebote psychiatrischer Rehabilitation ist mangelhaft. Die Trennung in verschiedene Zuständigkeiten und Kostenträger erschwert eine klientenorientierte Steuerung der Rehabilitationsprozesse nach fachlichen Gesichtspunkten.
- Es gibt **keine verbindliche Zusammenarbeit** zwischen Klinik, EPD, KJPD und rehabilitativen Institutionen. Therapeuten sind zu wenig in die Rehabilitation eingebunden. Ihr Wissen fließt zu wenig in den Rehabilitationsprozess ein.

Die Befragung der Interessengruppen hat auf folgende Lücken und Anliegen speziell im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation hingewiesen:

- Es wird bemängelt, dass die Zahl der differenzierten Arbeitsangebote nicht ausreicht.
- Ein immer grösserer Mangel an Arbeitsplätzen in der freien Wirtschaft wird festgestellt. Die Einführung eines Job-Coaching wird vorgeschlagen. Der Job-Coach soll als Ansprechpartner für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Verfügung stehen.
- Im Wohnbereich wird ein Mangel an betreuten Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen festgestellt.

1.17 Alterspsychiatrie

1.17.1 Begriffe und Definitionen

Höheres Lebensalter ist nicht per se mit einer höheren Rate psychiatrischer Erkrankungen verbunden. Bestimmte Krankheiten, wie etwa die dementiellen Erkrankungen, nehmen jedoch im Alter überproportional zu. Andere Erkrankungen, wie z.B. die Depressionen, manifestieren sich im Alter anders als in jüngeren Jahren.

Die Alterspsychiatrie ist einerseits ein Spezialgebiet der Psychiatrie, hat jedoch auch einen breiten Überlappungsbereich mit der allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung, da sie ebenso wie diese die Diagnostik, Therapie und Prävention sämtlicher psychiatrischer Erkrankungen umfasst. Zusätzlich sind hier die Erkenntnisse aus der Geriatrie, Gerontologie, Alterspsychiatrie und Alterspsychologie von Bedeutung, da neben den psychischen auch häufig somatische Störungen vorliegen und beides sich auf dem Boden der normalen Vorgänge beim Altern in besonderer Form manifestiert.

Von Betagten spricht man gewöhnlich bei einem Alter von 65 bis 79 Jahren, von Hochbetagten ab einem Alter von 80 Jahren. Gerontologie und Geriatrie definieren sich heute zwar weitgehend ab dem 60. Lebensjahr; zum Zwecke der besseren Vergleichbarkeit der Daten wurde in diesem Bericht aber die übliche Altersgrenze angenommen.

1.17.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen

Die **demographische Entwicklung** im Thurgau (vgl. Kapitel 3.2.) weist eine Zunahme der Betagten (65 bis 79 Jahre) um 7.47% von 21'794 im Jahre 1990 auf 23'421 im Jahr 2002 auf. Die Zahl der Hochbetagten (über 80 Jahre) hat im gleichen Zeitraum um 37.5% von 7'274 auf 10'004 zugenommen. Für das Jahr 2010 wird eine weitere Zunahme der Betagten um 8.4% auf 25'394, der Hochbetagten um 12.5% auf 11'258 prognostiziert. Diese neuesten Hochrechnungen übertreffen die Prognosen des Berichts zum Alterskonzept Thurgau aus dem Jahre 1998 noch. Hier war bereits von einer besonders starken Zunahme der Betagten

und Hochbetagten im Thurgau ausgegangen worden, da im Vergleich zur gesamten Schweiz der Anteil diese Altersgruppen 1998 noch unterdurchschnittlich war.

Die überproportionale Zunahme der Betagten und Hochbetagten führt zu einer starken Zunahme von Menschen mit **dementiellen Erkrankungen**, da sich deren Häufigkeit ab dem 65. Lebensjahr alle fünf Jahre verdoppelt. Geht man von einer mittleren Rate von 7.2% bei über 65jährigen aus¹⁹, sind das gegenwärtig (2002) im Thurgau etwa 2400 Menschen mit dementiellen Erkrankungen, 2010 werden es etwa 2640 sein. - Demente Patienten werden überwiegend von ihren Angehörigen, in zweiter Linie in Alters- und Pflegeheimen gepflegt. Die Versorgungsplanung muss sich also mit der Frage beschäftigen, wie Angehörige und Heimpersonal durch psychiatrische Fachkräfte unterstützt werden können, da insbesondere bei dementiellen Entwicklungen sehr häufig psychische Störungen auftreten. Andererseits sind immer weniger Kinder bzw. Schwiegenerkinder bereit, mit ihren Eltern / Schwiegereltern zusammenzuwohnen und diese bis zum Tode zu betreuen. Es ist vorauszusehen, dass die Betreuung immer häufiger professionell geleistet werden muss.

Aus fachlicher Sicht kann die frühzeitige Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen das Fortschreiten der Demenz verlangsamen. Zu Beginn der 80er Jahre forderte die WHO erstmals die Gründung ambulanter Zentren zur Diagnostik und Therapie von Hirnleistungsstörungen im Alter. In der Folge entstanden in der Schweiz die sogenannten **Memory Kliniken**. Memory Kliniken sind vor allem in den grösseren Städten zu finden, oft angegliedert an die Universitätskliniken. Die 1998 gegründete Memory Klinik in der Alterspsychiatrie Münsterlingen stellt ein Novum dar, weil sie sich in einem vorwiegend ländlichen und weitläufigen Einzugsgebiet befindet. Das Konzept der Memory Klinik Münsterlingen knüpft an die Konsensuskriterien zur Diagnostik und Therapie von Hirnleistungsstörungen im Alter (Demenzen) an, Richtlinien und Strategien zur Diagnostik werden mit den anderen Memory Kliniken im deutschsprachigen Raum koordiniert. - Hauptziel der Memory Kliniken ist die Früherfassung von Hirnleistungsstörungen im Alter. Dies ermöglicht z.B. reversible Ursachen zu erkennen und entsprechend zu therapieren. Handelt es sich um nicht reversible Ursachen, so kann auch hier rechtzeitig behandelt und der Betroffene und seine Familie beraten werden. Hierfür arbeiten in den Memory Kliniken Vertreter aus Medizin, Neuropsychologie, Sozialarbeit und Pflege eng zusammen. Durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit sowie Beratung und Schulung von Fachpersonal werden Bevölkerung und Zuweiser für das Thema der Demenzen sensibilisiert.

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen beträgt bei älteren Menschen zwar wie für andere Altersgruppen ebenfalls etwa 25%. Einer besondere Rolle kommt bei Betagten allerdings den **depressiven Störungen** zu: Bei vielen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz liegt die Komorbidität mit Depression bei 40 bis 50%. Bei älteren Spitalpatienten und Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen liegen die Prävalenzraten depressiver Störungen bei bis zu 50%, wobei sich die Krankheit häufig atypisch äussert und von somatischen Symptomen verdeckt wird.²⁰ Das Suizidrate nimmt mit steigendem Lebensalter besonders bei den Männern stark zu. - Dennoch wurde die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung betagter Menschen bisher vernachlässigt. Das wachsende Interesse und die zahlreichen Belege für die Wirksamkeit haben noch nicht zu einer flächendeckenden Verbesserung der Versorgung geführt. Noch ist auch die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienstleistungen bei vielen älteren Menschen hoch. Das wird sich in den nächsten Jahren ändern, wenn die Bevölkerungsgruppen mittleren Alters, die der Psychotherapie aufgeschlossen gegenüber stehen, in das entsprechende Alter kommen.

¹⁹ Bickel, H.: Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H. et al. (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Berlin, Springer 1999

²⁰ Höpflinger, F. & Hugentobler V.: Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Huber (Bern) 2003

Stark zunehmend sind **Suchterkrankungen** bei betagten und hochbetagten Menschen, was unter anderem durch die zunehmende Vereinsamung alter Menschen zu erklären ist. Auf die Bedürfnisse dieser speziellen Problemgruppe muss besonders eingegangen werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen alt gewordene **schwer und chronisch psychisch kranke Menschen**. Für sie ist eine psychiatrische Versorgung nötig, die in besonderem Masse auf Betreuungskonstanz bzw. lange Aufenthaltsdauern ausgelegt ist.

Die Angebote für Betagte mit psychischen Störungen haben sich in den letzten Jahren fachlich gut weiterentwickelt. An vielen Orten wurden **Memory Kliniken** gegründet. In verschiedenen Regionen in Deutschland sowie in Zürich und Basel wurden gute Erfahrungen mit anderweitig spezialisierten **alterspsychiatrischen Tageskliniken** gemacht. Wie aber bereits in Kapitel 4.1. erwähnt, ist die Wohnortnähe einer Tagesklinik für ihre Inanspruchnahme von grosser Bedeutung; für ältere Menschen spielt sie wegen deren eingeschränkter Mobilität eine noch grössere Rolle. Im Bereich des **Wohnens** gibt es gute Erfahrungen mit Hausgemeinschaften und Pflegewohnungen. **Alterspsychiatrische Dienste** in Lausanne, Zürich, Wil und Basel beinhalten eine komplette Versorgungslinie mit stationärer Akutbehandlung, Krisenintervention, Rehabilitation, Psychotherapie, Tagesklinik, Ambulatorium, Liaisondienst für Heime und Spitäler, aufsuchender Betreuung und Kooperation mit Hausärzten, Spitex und Sozialdiensten.

1.17.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierungsgrundsätze

Im Thurgau erschien im Oktober 1999 das "Alterskonzept Thurgau" mit einem Bericht über die aktuelle Versorgungslage. Zur Umsetzung des Konzepts wurde eine Fachkommission eingesetzt, die im Juli 2003 drei Massnahmen vorgeschlagen hat, die nun realisiert werden:

- Alterskonferenz Thurgau als Impuls- und Koordinationsgremium (Leitung: Regierungsrat Eberle)
- Koordinationsstelle Alter (Leitung: Herr David Kobel, Gesundheitsamt)
- Bildung eines Expertenpools.

Seit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes und der Krankenversicherungsverordnung sind die Einsätze der Spitex zeitlich limitiert und stärker reglementiert. In den Pflegeheimen wurden fünf Pflegestufen (BESA-Stufe 0 bis 4), für Langzeitpatienten in den Spitälern Pflieger Tarife eingeführt; die Akut-Spitalbedürftigkeit wird von den Krankenversicherern nach immer kürzeren Aufenthaltsdauern in Frage gestellt. – Insgesamt ist eine Entsolidarisierung der Pflegekosten und ein Trend zur Verrechnung nach dem Verursacherprinzip festzustellen. Für die Betagten und ihre ebenfalls oft betagten Angehörigen sind die Finanzierungssysteme ohne sachkundige Beratung kaum noch zu durchschauen.

Im Gegensatz etwa zu den Kantonen St. Gallen und Zürich kannte der Kanton Thurgau bis vor kurzem keine ausserordentlichen Ergänzungsleistungen (EL). Das führte dazu, dass Personen ohne Pensionskassenrente häufig ergänzend mit Sozialhilfeleistungen unterstützt werden mussten. Da mit den EL grundsätzlich das Existenzminimum gewährleistet sein sollte, war dies eine sehr unbefriedigende Situation. - Spezifisch für den Pflegeheimbereich hatte die Einführung der BESA Stufen dazu geführt, dass die BewohnerInnen mit EL pro Monat für persönliche Bedürfnisse nur 217.- zur Verfügung hatten. Diese Situation ist nun dank der "Motion Lohr" geändert worden.

1.17.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Die Mehrheit der psychisch kranken alten Menschen wird von den Hausärzten, der Spitex, den Alters- und Pflegeheimen und den Angehörigen betreut. In den Spitälern ist ein erheblicher Anteil der Patienten betagt oder hochbetagt, wovon wiederum ein Teil psychische Störungen aufweist. Psychische Störungen im Alter bleiben oft unerkannt.

Eine Erhebung (2002) bei 748 aus einer Medizinischen Klinik austretenden Patienten in Basel-Landschaft ergab einen Anteil von 52% betagten oder hochbetagten Patienten. 126 der über 65-jährigen Patienten hatten eine relevante psychische Störung (zu je etwa einem Drittel Depressionen und Demenzen), waren aber grösstenteils psychiatrisch nicht erfasst worden. Jüngere Patienten mit psychischen Störungen waren dagegen mit mehr als doppelt so hoher Wahrscheinlichkeit psychiatrisch erfasst. Sehr selten wurde der Spitalaufenthalt für den Beginn einer psychiatrischen Behandlung genutzt: Nur 7% der austretenden Patienten, wiederum eher jüngere Patienten, wurden psychiatrisch weiter behandelt. - Eine Erhebung (2002) in 21 Hausarztpraxen ergab einen Anteil von 46% über 65-Jährigen. Dagegen sind (1994) nur 5% der Patienten in psychiatrischen oder psychologischen Praxen älter als 65 Jahre. - 20 bis 35% der Bewohner in Altersheimen, 70 bis 80% in Pflegeheimen wiesen psychische Störungen, meist Demenzen oder Depressionen, auf. Nur etwa 10% der Heimbewohner wurden jedoch fachpsychiatrisch betreut, ein sehr geringer Anteil des Personals ist psychiatrisch ausgebildet. Der Einsatz von Psychopharmaka dagegen war sehr häufig; unruhige Patienten wurden oft mit Neuroleptika, seltener mit Antidepressiva behandelt.

Stationäre alterspsychiatrische Behandlung: Sowohl in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wie auch in der Psychiatrischen Klinik Littenheid gibt es alterspsychiatrische Abteilungen. In der PK Münsterlingen gibt es drei Stationen mit insgesamt 62 Betten, wovon eine psychotherapeutisch ausgerichtet ist (12 Betten), sowie die Memory Klinik mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten. In der PK Littenheid gibt es vier Stationen mit insgesamt 87 Betten, wobei ebenfalls eine eher psychotherapeutisch und für Menschen ab 50 Jahren ausgerichtet ist, zwei nehmen Akutpatienten auf und eine ist für die Rehabilitation zuständig. – Die Zahl der Betten ist zur Zeit ausreichend.

Psychiatrische Klinik Münsterlingen: Eintritte nach Altersgruppen

	bis 64jährig		insg.	65-79jährig		insg.	80jährig und älter		insg.	
	Frauen	Männer		Frauen	Männer		Frauen	Männer		
1998	308	477	785	46	26	72	21	19	40	897
1999	307	463	770	50	26	76	26	24	50	896
2000	310	492	802	62	45	107	33	24	57	966
2001	406	524	930	59	52	111	44	22	66	1107
2002	399	629	1028	63	38	101	37	23	60	1189
2003	462	557	1019	68	61	129	43	23	66	1214

Berücksichtigt sind alle Patientinnen und Patienten, die in den Jahren 1998 bis 2003 stationär in die Psychiatrische Klinik Münsterlingen aufgenommen wurden und die bei Eintritt das 65. Lebensjahr vollendet hatten.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid: Eintritte über 60jähriger

Jahr 2000: 106 (14.5% aller Eintritte)

Jahr 2001: 82 (10.5% aller Eintritte)

Jahr 2002: 105 (12.0% aller Eintritte)

Jahr 2003: 104 (11.4% aller Eintritte)

Der Anteil der Betagten und Hochbetagten ist also für beide Kliniken etwa gleichbleibend, die absoluten Zahlen sind jedoch steigend.

Teilstationäre alterspsychiatrische Behandlung

Im teilstationären Sektor ist zu unterscheiden zwischen Tageskliniken und Tagesheimen bzw. Tagesplätzen in Heimen. Tageskliniken haben einen therapeutischen Ansatz bei Menschen mit leichtem oder mittlerem Stadium der Demenz und bei anderen psychiatrischen Erkrankungen. Sie haben eine psychiatrisch / psychologische Leitung. Tagesheime oder Tagesplätze in Heimen bieten dagegen ein niederschwelliges, vorwiegend pflegerisches Betreuungs- und Beschäftigungsangebot zur Entlastung von Angehörigen Demenzkranker

mit mittlerem oder schwerem Stadium der Demenz und zur Förderung von Selbstständigkeit und sozialen Kontakten für die Benutzer.

Zur Zeit nutzen 35 Patienten an ein bis drei Tagen pro Woche das therapeutische Angebot der Memory Klinik für demente Patienten in Münsterlingen. Auch hier erfolgt die Zuweisung über den Hausarzt, der über regelmässige Zwischenberichte auf dem Laufenden gehalten wird. – Tagesplätze in Heimen werden mit unterschiedlichem Angebot vor allem für Demenzkranke in einzelnen APH geführt.

Ambulante alterspsychiatrische Behandlung / Konsiliar- und Liaisondienst:

Die vier Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) Sirmach, Münsterlingen, Romanshorn und Frauenfeld sowie die spezialisierten niedergelassenen Psychiater sind neben den Hausärzten hierfür zuständig. Der interdisziplinäre Liaisondienst für Heime und Spitäler ist von grosser Bedeutung, da hier viele Bewohner bzw. Patienten psychische Störungen aufweisen. Speziell vom EPD Frauenfeld wird eine Alzheimerberatung angeboten.

Nach internationalen Studien bedürfen etwa 10% der über 65jährigen ambulanter psychiatrische Behandlung, vor allem in Form aufsuchender Betreuung. - Die EPD im Thurgau betreuten im Jahr 2002 insgesamt 258 Betagte und Hochbetagte. Das entspricht 0.77% dieser Altersgruppe. Zahlen der niedergelassenen Psychiater liegen nicht vor.

Fallzahlen der EPD der Spital AG (über 65jährige Patienten)

- Jahr 1998: 147 (11.0% aller behandelten Fälle)
- Jahr 1999: 212 (14.7% aller behandelten Fälle)
- Jahr 2000: 249 (15.1% aller behandelten Fälle)
- Jahr 2001: 228 (12.6% aller behandelten Fälle)
- Jahr 2002: 240 (12.7% aller behandelten Fälle)

Psychiatrische Dienste: Eintritte nach Altersgruppen

	bis 64jährig		insg.	65-79jährig		insg.	80jährig und älter		insg.	insg.
	Frauen	Männer		Frauen	Männer		Frauen	Männer		
1998	689	502	1191	77	38	115	19	13	32	1338
1999	709	527	1236	104	46	150	38	24	62	1448
2000	773	621	1394	121	73	194	30	25	55	1643
2001	942	634	1576	105	69	174	44	10	54	1804
2002	923	726	1649	103	71	174	43	23	66	1889

Berücksichtigt sind alle Patientinnen und Patienten, bei denen in den Jahren 1998 bis 2002 eine ambulante Behandlung begonnen bzw. ein Konsilium durchgeführt oder ein Gutachten erstellt wurde und die bei Eintritt das 65. Lebensjahr vollendet hatten.

Fallzahlen des EPD Sirmach (über 65jährige Patienten)

- Jahr 2000: 24 (5.4% aller behandelten Pat.)
- Jahr 2001: 25 (6.0% aller behandelten Pat.)
- Jahr 2002: 18 (4.3% aller behandelten Pat.)

Im EPD Sirmach, welcher für die Bevölkerung des Hinterthurgaus zuständig ist, wurden somit prozentual eindeutig weniger alterspsychiatrische Patienten als in den anderen EPD behandelt. Über Gründe kann nur spekuliert werden; eventuell hat die ländliche Bevölkerung des Hinterthurgau mehr Mühe, mit der Psychiatrie in Kontakt zu kommen. – Der Anteil der Betagten und Hochbetagten variiert über die Jahre, ein stabiler Trend ist nicht zu erkennen. Wie

bei den stationären Behandlungen ist aber eine Zunahme der absoluten Zahlen zu verzeichnen.

Die *Memory-Klinik der PKM* (und seit kurzem auch die Klinik Littenheid) führen Demenzabklärungen ambulant durch. Die Zahl der ambulanten Abklärungen in der Memory Klinik hat sich von 1999 bis zum Jahr 2002 fast verdoppelt. Die zunehmende Früherkennung zeigt sich auch im veränderten Durchschnittsalter der Patienten: So sank das Durchschnittsalter von 70.35 im Jahr 98/99 auf 64.44 im Jahr 2002. Dieser Trend spiegelt den zunehmenden Bedarf an Abklärungsmöglichkeiten vor allem im neuropsychologischen Bereich, auch von Menschen im mittleren Erwachsenenalter wieder.

Alzheimer-Beratungsstelle und Alzheimervereinigung: 1994 wurde im EPD Frauenfeld die Alzheimer-Beratungsstelle gegründet, die seither von einer Gesundheitsschwester geführt wird. Sie bietet Betroffenen, Angehörigen und anderen Bezugspersonen Beratung und Unterstützung, sei es im EPD oder im Rahmen von Hausbesuchen. Ausserdem schult sie Pflegepersonen im Spitexbereich und in Alters- und Pflegeheimen im Umgang mit dementen Menschen. – Die Sektion Thurgau der Alzheimervereinigung wurde 1995 gegründet. Sie ist Auskunfts- und Informationsstelle, bietet Seminare für Angehörige an und vermittelt freiwillige Helfer zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Die freiwilligen Helfer erhalten Unterstützung durch Weiterbildungen und eine regelmässig stattfindende Erfahrungsaustauschgruppe. Zur Zeit bestehen im Kanton Thurgau vier von Mitgliedern geleitete Angehörigengruppen.

Alters- und Pflegeheime: Das 'Alterskonzept Thurgau' legt hierzu umfangreiches Datenmaterial und Planungsgrundlagen vor. Auf alterspsychiatrische Fragestellungen wird explizit nur mit der Nr. 25 der Massnahmen zur Umsetzung eingegangen; gefordert wird hierin die Definition spezieller Anforderungen an alterspsychiatrische Einrichtungen sowie die Sicherstellung eines Liaison-Dienstes der Psychiatrischen Kliniken und der EPD.

Ambulante Dienste / Spitex: Auch hierzu liefert das 'Alterskonzept Thurgau' Planungsgrundlagen. Psychiatrische Krankenpflege-Leistungen der Spitex sind allerdings durch mangelnde Abgrenzung zu Leistungen anderer Erbringer in ihrer Finanzierung durch die Krankenversicherer gefährdet. Ausserdem ist die zeitliche Limitierung auf 60 Stunden pro Quartal bei psychisch Kranken nicht sinnvoll.

Aktivierung und Prävention: Pro Senectute, Kirchengemeinden und Vereine stellen Angebote zur Verfügung und werden im 'Alterskonzept Thurgau' dazu angehalten, diese aufrechtzuerhalten bzw. zu verstärken.

Primärprävention

Die Pensionierung, der Verlust des Partners / der Partnerin, die Vereinsamung und körperliche Krankheiten können Lebenskrisen und psychische Erkrankungen auslösen (z.B. Depression, Suchterkrankung). Ebenso besteht die Gefahr, an einem Delir zu erkranken, wenn alte Menschen z.B. an Exsikkose leiden. Präventive Massnahmen der Spitex und freiwilliger HelferInnen, aber auch Aktivitäten, welche von der Pro Senectute organisiert werden, können hier Abhilfe leisten. - Durch Aufklärung der Bevölkerung können Ursachen z.B. der vaskulären Demenz vermindert werden.

Sekundärprävention

Ebenso braucht es eine Aufklärung über die Alzheimer-Demenz, damit möglichst früh Medikamente abgegeben werden können, um den Krankheitsverlauf hinauszuzögern. Durch Öffentlichkeitsarbeit kann das Verständnis in der Bevölkerung erhöht werden, so dass der Isolation pflegender Angehöriger entgegengewirkt wird.

Tertiärprävention

Oft möchten alte Menschen trotz ihrer psychischen Erkrankung weiterhin zuhause leben. Damit das möglich ist, braucht es vermehrte Betreuungsmöglichkeiten wie mobile Teams und teilstationäre Einrichtungen.

1.17.5 Trends und Problembereiche

Die Befragung der Interessengruppen hat auf folgende Lücken und Anliegen speziell im Bereich der Alterspsychiatrie hingewiesen:

- Betreuung durch mobile Equipen und Spitex soll ausgebaut werden
- tagesstrukturierende Angebote (Tagesplätze, Freizeitangebote) fehlen
- tagesklinisches Angebot fehlt
- Angebote der Memory Klinik und der Demenzabklärungen in der PKL sollen erweitert werden
- alterspsychiatrisches Zentrum mit umfassendem Angebot (Beratung, Betreuung, Entlastung, Begegnung) fehlt
- personelle Konstanz in der Betreuung wird als sehr wichtig empfunden
- interdisziplinäres Denken und Handeln muss verstärkt werden
- bessere Vernetzung der Angebote ist erforderlich

1.17.6 Zusammenfassung: Problembereiche

- Die Kapazität für **Demenzabklärungen** reicht momentan aus, muss jedoch laufend an die demographische Entwicklung angepasst werden.
- Die **Versorgung demenzkranker Menschen** erfordert flexible Konzepte, die das jeweilige Krankheitsstadium und die damit verbundenen individuellen Bedürfnisse des Betroffenen und seiner Angehörigen berücksichtigt. Zur Zeit fehlen in vielen Fällen noch die passenden Angebote zwischen ambulanter haus- oder fachärztlicher Behandlung und vollstationärer Betreuung in Pflegeheimen. Das Platzangebot der Memory Klinik Münsterlingen reicht noch nicht aus, und für viele Kantonseinwohner ist der Weg nach Münsterlingen zu weit. Wünschenswert wären dezentrale teilstationäre Betreuungsangebote und auch Betreuung zuhause durch mobile Teams.
- Das Thema **Früherkennung** wird weiter ausgebaut werden müssen. Ziel ist es, dementielle Prozesse früher zu erkennen, um damit die medizinischen, neuropsychologischen und milieutherapeutischen Massnahmen zu ermöglichen.
- Die Zusammenarbeit mit externen Diensten wie z.B. Spitex, Heimen und Alzheimervereinigung soll zum Aufbau eines **Gesamtkonzepts zur Versorgung Demenzkranker** im Kanton Thurgau führen.
- Der **psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst** reicht derzeit mengenmässig nicht aus, um Altersheime, Pflegeheime, Spitex und teilweise Hausärzte bei der Betreuung und Behandlung psychisch kranker alter Menschen zu unterstützen.
- Die **Gemeinden** müssen durch entsprechende Anreize und Kontrollen noch stärker veranlasst werden, die im Alterskonzept vorgesehenen Massnahmen umzusetzen.

1.18 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie

1.18.1 Begriffe und Definitionen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen, sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter und somit das gesamte Behandlungsspektrum für psychisch kranke und verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche und deren Familien.

Da die Patienten immer auch in teilweise ausgeprägter Weise von externen Systemen

(Schule, Lehrbetrieb etc.) abhängig sind, ist in der KJPP systemisches und vernetztes Denken unabdingbar.

Intensive Berührungspunkte und Reibungsflächen bestehen mit

- Kinderärzten
- Hausärzten
- Erwachsenenpsychiatern
- Erziehungsberatungsstellen
- Jugendanwaltschaften
- Opferhilfestellen
- Schulpsychologen
- Lehrern
- Sozialbehörden und Vormundschaftsbehörden

und anderen.

Die KJPP hat sich im Thurgau seit 1987 als eigenständige feste medizinische und interdisziplinär ausgerichtete Fachrichtung etabliert. Sie wird von niedergelassenen Ärzten, dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst und der Klinik Littenheid (Bereich Jugendpsychiatrie) gemeinsam getragen. Die Aktivitäten sind bei begrenzten Ressourcen vernetzt und aufeinander aufbauend.

1.18.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen 1993 bis 2003

Die Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter hat sich in den letzten Jahren in weltweiten epidemiologischen Studien als auffallend einheitlich erwiesen. Für die Schweiz kann man nach den grundlegenden Arbeiten im Kanton Zürich von etwa 23% verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen, etwa 10% therapiebedürftigen und ca. 5% dringend intensiv behandlungsbedürftigen jungen Menschen ausgehen. Interessanterweise gibt es bei den schweren Störungen kaum Stadt-Land-Unterschiede.

Ob sich wirklich eine Zunahme seelischen Leids bei jungen Menschen abzeichnet, ob soziale Tabuisierungen abgebaut wurden oder wie beabsichtigt die Schwellen der Institutionen niedriger geworden sind, ist praktisch und wissenschaftlich noch nicht entschieden. Tatsache ist aber die sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich deutlich steigende Zahl an Familien, die fachlichen Rat suchen.

Teile der Problematik sind auch zunehmender Druck auf Jugendliche im Leistungsbereich, die zunehmende Komplexität des Alltagslebens, Immigration kriegstraumatisierter Kinder, veränderte familiäre Strukturen und moderne (Kommunikations-)Medien. Auf diese Entwicklungen, die selbstverständlich auch den Thurgau betreffen, haben die zuständigen Institutionen in den letzten zehn Jahren in vielfältiger Weise reagiert.

Die Jahre 1993 bis 2003 sind durch verstärkte Aktivitäten aller an der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Berufsgruppen gekennzeichnet. Bei den meisten Projekten handelt es sich allerdings um die Sicherstellung der Basisversorgung, in den letzten Jahren konnten aber einzelne weiterführende Projekte entwickelt werden. Ausgehend von den Aktivitäten des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes sind einerseits die vier niedergelassenen Fachärzte gut in das Versorgungssystem eingebunden, andererseits konnte die Klinik Littenheid ab 1995 zunächst mit einer, mittlerweile mit drei Jugendstationen die Versorgung schwerst- und langfristig kranker Thurgauer Jugendlicher sichern. Die Hausärzte ihrerseits sind im Bereich der Früherkennung und auch der schnelleren Zuweisung an den Facharzt stärker in die Behandlungsketten eingebunden.

Ein personeller Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes auf eine annähernd adäquate Grösse sowie die personellen Erweiterungen in der Klinik Littenheid ermöglichten einzelne Spezialprojekte für besondere Problemgruppen wie z.B.

- die Mutter-Kind-Behandlung,
- die Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter,
- Home Treatment und
- Familiengruppentherapie für AnorexiepatientInnen.

Die einzelnen Institutionen und Niedergelassenen haben hierzu verschiedene Kooperationen mit anderen Facheinrichtungen oder Fachkollegen geschlossen, teilweise vertraglich, teilweise in offener Absprache.

Durch die Vernetzung der Aktivitäten im Netzwerk Kinder- und Jugendpsychiatrie Thurgau konnte zu Handen der Psychiatriekommission und damit des Regierungsrats die Situation mehrfach erläutert werden und auf die bekannten Schwachstellen bei speziellen Patientengruppen hingewiesen werden.

Im Bereich der psychisch kranken Jugendlichen konnte durch das Modell der Pflichtversorgung ein 24 Stunden tätiger jugendpsychiatrischer Notfalldienst in Littenheid etabliert und damit die Klinik Münsterlingen von Fehlzusweisungen jugendlicher Patienten entlastet werden.

1.18.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierunggrundlagen

Die Versorgung seelisch kranker Kinder und Jugendlicher wird von den Krankenkassen, der IV, dem Kanton selbst (bei längerdauernden stationären Behandlungen) und anderen Kostenträgern (Jugendanwaltschaft etc.) gesichert. Die jeweiligen Zuständigkeiten sind prinzipiell geregelt, allerdings müssen in komplexen Einzelfällen häufig organisatorische und finanzielle Fragen beantwortet werden.

Der KJPD Thurgau ist Teil der Spital Thurgau AG, die Klinik Littenheid hat einen Versorgungsvertrag mit dem Kanton Thurgau für die vollständige Betreuung jugendlicher Patienten zwischen 14 und 18 Jahren mit drei relativen Ausnahmen (schwere geistige Behinderung, primärer Drogenkonsum/Polytoxikomanie und ausschliessliche Dissozialität).

Leider zeigt sich auch in der KJPP ein Paradox des psychosozialen Gesundheitswesens: Die Kostenträger sind grundsätzlich primär an kurzen Therapiedauern interessiert, ein fachlicher Austausch zur Vermeidung von „Drehtüreffekten“ findet nicht statt, die Vertrauensärzte haben im überwiegenden Fall keine fachärztliche Kompetenz zur Verfügung. Diese Konstellation führt zu Verkürzung der Therapiedauern mit bekannter Rückfallerrhöhung auf der einen Seite. Auf der anderen Seite benötigen Kinder und Jugendliche mit schwersten seelischen Störungen häufig eine ausserfamiliäre Unterbringung. Heute kann nicht gelten, dass die Familie den einzigen und in jedem Fall besten Ort der Betreuung der Kinder darstellt.

Die dann zuständigen Gemeinden, respektive die Vormundschaftsbehörden, versuchen ihrerseits, eine möglichst lange Hospitalisierung zu erreichen, um dann das aus ihrer Sicht optimale Unterbringungsszenario zu gestalten.

Da im Thurgau weder kantonale Jugendbehörden noch ein case-management existieren, sind Kinder und Jugendliche in besonderer Weise diesen strukturellen Fragen ausgeliefert.

Eine kostentreibende Medizinalisierung psychosozialer Problemstellungen ist der politisch zu diskutierende Faktor hinter dieser Konstellation.

1.18.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Ambulante Versorgung

Im Thurgau haben sich seit 1985 bis ins Jahr 2003 vier vollzeitig tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie niedergelassen. Sie arbeiten intensiv mit nicht-

ärztlichen Psychotherapeutinnen zusammen. Da diese Fachärzte sich auf die Orte Kreuzlingen, Romanshorn und Frauenfeld verteilen, ist noch keine gleichmässige regionale Versorgung erreicht, weswegen die ambulanten Leistungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes bzw. des EPD Sirnach (in Kooperation mit der Klinik Littenheid für den Raum Hinterthurgau) genutzt werden müssen. An den Rändern des Kantons wohnende Patienten weichen auch auf Ärzte in anderen Kantonen aus.

Die Wartezeit der niedergelassenen Fachärzte stellt ein erhebliches Problem dar, da bei konstant hohem Andrang und erheblichem Anmeldedruck nicht nur von familiärer sondern auch von institutioneller Seite nicht alle Fälle optimal zeitnah betreut werden können. Eine Wartezeit von drei bis zwölf Monaten für eine Kindertherapie ist den Familien schwer zuzumuten und trägt ebenso wie vorzeitige Therapiebeendigungen und zu wenig intensive Behandlungen zur Chronifizierung bei.

Das Spannungsfeld zwischen ausschliesslicher orientierender Diagnostik und Abklärung (ohne weitere Behandlungsmöglichkeit) und eigentlich langfristig notwendigen Psychotherapien besteht weiterhin und nimmt kontinuierlich zu.

Diese Faktoren tragen auch zur Arbeitsüberlastung und zur „burn-out“-Gefahr bei, zumal, wenn fallbezogene Sozialarbeit mangels Ressourcen oder Zuständigkeiten nicht stattfindet oder keine teilstationären Plätze gefunden werden können. Dieser Aspekt macht den Kanton Thurgau nicht attraktiv für niederlassungswillige Kinder- und Jugendpsychiater sowie Psychotherapeuten.

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst betreut das gesamte Spektrum des ambulanten und teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Aufgabengebietes und ist im Sinne der Liaison- und Konsiliarpsychiatrie mit der Kinderabteilung des Spitals Münsterlingen eng verbunden.

Der KJPD ist eine Ausbildungsstelle der Kategorie B (FMH) und nimmt neben den Versorgungsaufgaben daher auch Weiterbildungs- und Fortbildungsaufgaben wahr. Ohne diese hochstehenden Angebote im Fort- und Weiterbildungsbereich wäre ein ärztlicher Nachwuchs bei allgemeinem Bewerbermangel nur schwer sicherzustellen.

Die Tagesklinik in Münsterlingen (Haus Winnicott und Haus Lutz) unter Leitung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes schliessen eine wichtige Versorgungslücke zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Während Überschneidungen zum stationären Bereich ausgesprochen selten sind, ermöglicht der tagesklinische Ansatz insbesondere bei Schulkindern die weiterbestehende soziale Integration.

Da KJPP zum ganz überwiegenden Teil ein ambulantes Fachgebiet ist, ist dem Ausbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes und der weiteren Ermöglichung von niedergelassenen Arztpraxen höchste Priorität zu schenken. Nur so sind Früherkennung und Frühintervention in sinnvoller Weise zu gestalten und es lassen sich spätere schwerwiegendere Störungen und langfristige Therapieverläufe verhindern oder abschwächen.

Die Niederschwelligkeit der Angebote ist ebenso weiter zu entwickeln, wie über Öffentlichkeitsarbeit der Bekanntheitsgrad kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen gesteigert werden sollte.

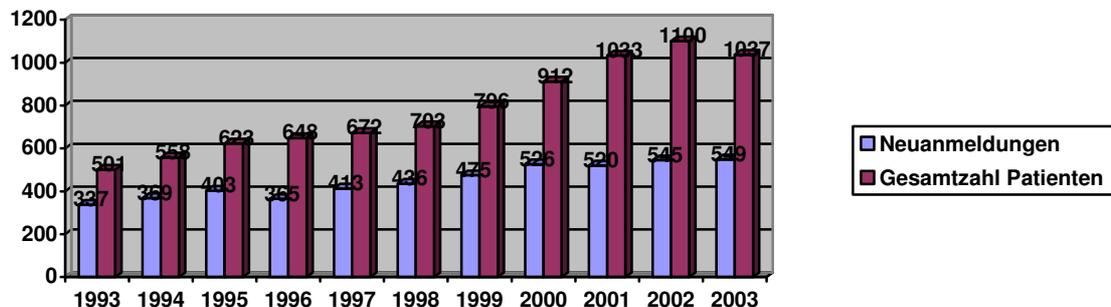
Die gute Kooperation mit den Schulen, den schulpseudologischen Diensten und vielen anderen Interessensgruppen ist hier von zentraler Bedeutung.

Konkrete Zukunftsprojekte und Spezialangebote sind in der Entwicklung:

- Home Treatment
- Mutter-Kind-Betreuung bei psychisch kranken Müttern/Vätern
- Psychiatrische Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern mit ihren Familien
- Liaisontätigkeit in Sonderschulheimen (im Aufbau)

- Erweiterung der teilstationären Angebote (August 2003)
- Familienpsychiatrie EPD/KJPD (im Aufbau)
- Sexualstraftäter-Gruppentherapie für lern-/leicht geistig Behinderte (ab Okt.03)
- Forensisches Angebot an Sonderschulheime (im Aufbau)

Tab.1: Anzahl der Neuvorstellungen und Gesamtzahl der Patienten des KJPD 1993-2003



Klinik Littenheid

Die Klinik Littenheid betreibt seit dem Jahr 2001 drei Jugendstationen, die das komplette Spektrum stationärer jugendpsychiatrischer Behandlung abdecken. Neben der bereits 1995 eröffneten Psychotherapiestation Haus Föhrenberg, bei der insbesondere langfristige Wahlaufenthalte dominieren, nehmen die beiden Akutstationen Linde H (geschlossen) sowie Linde G (offen) im Sinne einer Pflichtversorgung und einem 24-stündigen Notdienst jederzeit ärztlich oder behördlich zugewiesene Patienten im Alter zwischen 14 und 18 Jahren auf.

Der Thurgau gehört damit neben Schaffhausen, Schwyz, Zug, Uri (ebenfalls Klinik Littenheid) sowie neuerdings dem Kanton Bern (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern) zu den wenigen Kantonen, in denen jugendliche psychisch Kranke jederzeit Zugang zu einer stationären Fachbehandlung haben. Durch intensive Kooperation mit Partnerinstitutionen konnten auch die Versorgungsengpässe im Bereich der Drogen benutzenden Jugendlichen, der psychisch kranken jugendlichen Straftäter sowie der schwer lern- und geistig Behinderten zumindest für den Einzelfall gelöst werden.

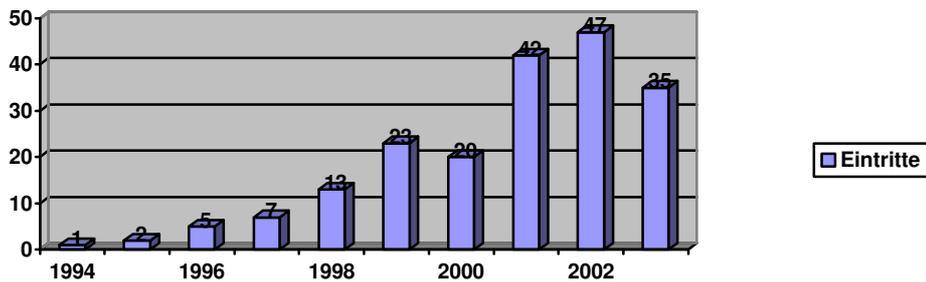
Der Bereich Jugendpsychiatrie ist als Weiterbildungsinstitution Typ C (2 Jahre) anerkannt.

Die Jugendpsychiatrie Littenheid bietet neben den Versorgungsleistungen umfangreiche Fort-, Weiter- und Ausbildungsaktivitäten sowie gutachterliche Dienstleistungen an.

Während in der Klinik für Kinder und Jugendliche des Kantonsspitals Münsterlingen durch die Liaisonpsychiatrie auch die Behandlung aufwändigerer Fälle bis zu einem Alter von 14 Jahren möglich ist, übernimmt die Klinik Littenheid ab dem Alter von 14 Jahren die komplette vollstationäre Versorgung dieser Altersgruppe. Die Zahl der Eintritte aller, auch ausserkantonaler Patienten, hat sich dabei deutlich gesteigert. Eine fachlich eigenständige kinderpsychiatrische Einheit besteht nicht, so dass sich in den nächsten Jahren bei einer Tendenz zur „Verjüngung“ der seelischen Probleme hier ein Handlungsbedarf entwickeln dürfte.

Spezielle Problemgruppen bedürfen prinzipiell einer intensiveren Behandlung. Insgesamt ist auch im stationären Bereich eine Verkomplizierung und Erschwerung der Problemsituationen sowohl im psychiatrischen als auch im psychosozialen Bereich festzustellen. Die Kooperation mit Vormundschaftsbehörden und weiterführenden Instanzen ist zwar im Einzelfall von hohem Engagement getragen, durch das Nichtvorhandensein von adäquat ausgestatteten Jugendsekretariaten ist aber eine langfristige Hospitalisierung von Thurgauer Jugendlichen teilweise die einzige Lösungsmöglichkeit.

Tab. 2 Eintrittszahlen Bereich Jugendpsychiatrie Klinik Littenheid 1998-2003 (nur Thurgauer Patienten)



Hausärzte und andere Grundversorger

Weiterhin stellen Haus- und Familienärzte sowie Internisten und partiell Kinderärzte den Grossteil der Erstkontakte zwischen psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und dem medizinischen Hilfesystem dar. Dabei gilt in etwa: Je fachfremder der Zuweiser, desto mehr Zuweisungen tätigt er. Durch gute regionale Kooperation und weitgehend vereinfachte Zugangswege sind hier insgesamt Fortschritte erzielt worden.

Weiterbildung und strukturierter kollegialer Austausch findet vor allem durch die regelmässigen Fortbildungen der Klinik Littenheid und des KJPD statt, könnten aber angesichts knapper zeitlicher Ressourcen aller Beteiligten noch besser gebündelt werden.

Selbstverständlich ist der Thurgau weit davon entfernt, ein optimales Netzwerk für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entwickelt zu haben, da es keine koordinierende oder fachliche Impulse gebende kantonale Kontaktstelle gibt. Der KJPD übernimmt diese Funktion weitgehend, ist aber selbst Teil des Versorgungssystems.

1.18.5 Trends und Problembereiche

Rasante Veränderungen und zunehmende Verunsicherung (Verlust von Werten und Traditionen, Auseinanderbrechen von Familien, leichtere Verfügbarkeit von Drogen etc) sowie eine angespannte ökonomische Situation konfrontieren Sozialbehörden, Schulen, Institutionen, private Leistungserbringer und auch Schulen mit immer komplexeren Fragestellungen und Versorgungsabläufen. Kostendämpfende Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne gleichzeitige Qualitätsverbesserungen bergen die Gefahr, dass Probleme verschoben, verdrängt oder nicht mehr wahrgenommene werden und weiter anwachsen.

Konkret bestehen zur Zeit folgende Problembereiche:

- **Wartezeiten:** Bei der grossen Menge der Anmeldungen sowohl im niedergelassenen wie im KJPD-Bereich besteht oft erheblicher medizinischer oder psychosozialer Druck bei Multi-Problem-Familien. Eine mehrwöchige bis mehrmonatige Wartezeit führt in vielen dieser Fälle dazu, dass Probleme weiter verkomplizieren und zusätzliche Sekundärschäden eintreten. Zusätzlich zu diesem permanenten Druck sollte vor allem der KJPD noch jederzeit Kapazitäten für Notfälle bereithalten. - Für stationäre Notaufnahmen bei schwersten Fällen besteht durch das Pflichtversorgungsangebot der Klinik Littenheid seit etwa 2001 keine Wartezeit mehr.
- **Drogen benutzende Kinder und Jugendliche:** Bei zunehmendem und immer früher beginnendem Konsum von Cannabis, exzessivem Alkoholkonsum (sog. „binge-drinking“) und dem Missbrauch anderer Drogen (vgl. Kap. 4.6.) zeigt sich schweizweit und auch im Thurgau eine Tendenz zu ebenfalls früher auftretenden klinischen Komplikationen bei Risikopopulationen. Die Gruppe der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen kann als besonders anfällig für zusätzliche Drogenkomplifikationen gelten. - Für die bereits auffällig gewordenen Jugendlichen, die im Sinne einer Polytoxi-

komanie und Szenezugehörigkeit erkrankt sind, bestehen Angebote der Klinik Littenheid in enger Kooperation mit der Klinik Münsterlingen. Der Anteil der Cannabis missbrauchenden jugendlichen Patienten im Patientengut der stationären Jugendlichen in Littenheid beträgt konstant zwischen 15 und 20%.

- **Geistig behinderte psychisch Kranke:** Der hohe Betreuungsaufwand für diese Untergruppe, insbesondere bei zusätzlich körperlich Behinderten oder hochgradig erregten Kindern und Jugendlichen, kann durch die Kliniken nur begrenzt geleistet werden. Meist bedeutet eine Klinikeinweisung eines geistig Behinderten in eine psychiatrische Institution vor allem im Notfall eine zusätzliche Traumatisierung. In diesem Feld ist eine besondere Kooperation von Nöten, die vom Kanton aus durch eine Arbeitsgruppe aufgegriffen worden ist.
- **Forensik:** Es besteht schweizweit wie im Thurgau eine stetig steigende Zunahme an psychisch kranken jugendlichen Sexual- und Gewaltstraftätern. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst leistet mit seiner Arbeitsgruppe zur Therapie von jugendlichen Sexualstraftätern seit Jahren modellhafte Arbeit, die auch von anderen Kantonen übernommen wird. Die Klinik Littenheid hat im Bereich Jugendpsychiatrie ein mehrstufiges Begutachtungs-, Diagnostik- und Therapieprogramm entwickelt, das es in enger Kooperation mit Jugendanwaltschaften und der Institution Platanenhof (St.Gallen) ermöglicht, im Rahmen eines geschlossenen oder offenen Settings diese Patientengruppe bis zu einer gewissen Gefährdung zu behandeln. Auch hier sind interkantonale Kooperationen in der Entwicklung. Die Zahl der forensischen Begutachtungen in Littenheid stieg von drei (2000) auf 28 pro Jahr (2002) bei steigender Tendenz 2003.

Die Befragung der Interessengruppen hat auf folgende Lücken und Anliegen speziell im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen:

- Die Gruppe der Jugendlichen wird im Quervergleich zu den übrigen Personengruppen als überdurchschnittlich problematisch bezeichnet. Mehrfach wird darauf hingewiesen in der Umfrage, dass im Kanton Thurgau keine einheitlichen, bez. flächendeckenden Beratungsangebote vorhanden sind. Es fehlt ein Netz von Jugendsekretariaten, wie es im Kanton Zürich vorhanden ist. Als Folge dazu fehlen Vernetzungen und klare Fallführungsstrukturen. Demzufolge sind die therapeutischen Angebote häufig isoliert oder zuwenig koordiniert und damit wenig erfolgreich. Es fehlt ein Kooperationsvertrag der Kinder und Jugendliche betreuenden Institutionen, insbesondere im Kinderschutzbereich. Die einzelnen Institutionen arbeiten vor sich hin, die Schnittstellenproblematik ist damit gross.
- Häufig genannt werden die Problemstellungen wie zunehmende Trennung der Eltern, soziale Stellung der Alleinerziehenden und Jugendarbeitslosigkeit. Als wichtig wird der Aufbau gesetzlicher Rahmenbedingungen (Gesetz für Kinder, Jugendliche und Familie) und die Realisierung von Beratungsangeboten auch im Sinne einer verbesserten interdisziplinären Arbeit und eines Case Managements angesehen.

1.18.6 Zukunftsfragen

Betrachtet man die Entwicklung der letzten 10 Jahre und die aktuellen soziologischen-soziodemografischen Entwicklungen, so lassen sich für die nahe Zukunft für den Thurgau folgende Risikoszenarien für psychisch kranke Kinder und Jugendliche darstellen:

- Weitere Destabilisierung der Familien und Entwicklung von neuen Familienmodellen
- Früherer und intensiverer Drogenkonsum, schnell wechselnde Konsummuster
- Zunehmende Bedeutung von sexuell und gewalttätig traumatisierten Kindern und Jugendlichen
- Zunahme an komplexen Mehrgenerationen-Multiproblem-Familien
- Kostensparmassnahmen ohne Kenntnis der negativen Langzeitwirkung chronischer seelischer Störungen

- Abbau von präventiven Massnahmen

Der Prävention, Früherkennung und Frühintervention im ambulanten, teilstationären und stationären Rahmen sowie dem Case Management durch nichtmedizinische Institutionen wird weitreichende Bedeutung zukommen.

1.19 Substanzabhängigkeit

1.19.1 Begriffe und Definitionen

Als Sucht sollte sinnvollerweise bezeichnet werden, was dem Süchtigen schadet. In diesem Bericht wird nicht auf alle Süchte, z. B. nicht auf die Nikotinabhängigkeit mit ihren schwerwiegenden körperlichen Suchtfolgen eingegangen, da Zigaretten im Gegensatz zu Alkohol und psychoaktiven Drogen nicht zu Rauschzuständen oder gravierenden psychischen Erkrankungen führen. Auch Suchtformen, die in den psychiatrischen Kliniken des Thurgau bisher zahlenmässig nicht ins Gewicht fallen, wurden in diesem Kapitel weggelassen, etwa die Arbeitssucht ('Workaholics'), Spielsucht, Kauf- oder Internetsucht und die Abhängigkeit von Koffein oder Abführmitteln. Ess- und Magersucht erscheinen unter dem Begriff 'Essstörungen' in den Kapiteln 4.2. und 4.7.

In den medizinischen Diagnosesystemen werden auch verschiedene Schweregrade einer Substanzabhängigkeit erfasst. Im europaweit gebräuchlichsten Diagnosesystem, dem ICD-10, wird der sogenannte 'schädliche Gebrauch' vom eigentlichen 'Abhängigkeitssyndrom' unterschieden. Der schädliche Gebrauch führt zu körperlichen oder psychischen Gesundheitsschäden. Beim Abhängigkeitssyndrom hat der Substanzkonsum Vorrang vor anderen Verhaltensweisen, die früher höher bewertet wurden. Ein starker, gelegentlich übermächtiger Wunsch, die betreffende Substanz zu konsumieren, ist ebenso charakteristisch wie die sogenannten Entzugssymptome beim Versuch, die Substanz nicht mehr oder in geringerem Umfang zu konsumieren. Allgemeinverbindliche Kriterien mit Mengenangaben existieren dabei nicht.

1.19.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen

Drogenmissbrauch und Alkoholismus sind in der Schweiz die häufigsten psychiatrischen Störungen bei Männern, bei den Frauen ist der Alkoholismus nach der Depression die zweithäufigste Diagnose. In Bezug auf die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken finden wir die Alkoholabhängigkeit bei Männern mit 27 Pflage tagen pro 1000 Einwohnern auf gleichem Niveau wie bei der Schizophrenie. Der Drogenmissbrauch steht bei Männern mit 20 Tagen an vierter Stelle. Bei den Frauen liegen Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch mit 10 respektive 8 Tagen an den Plätzen fünf und sieben²¹.

Rund 80% der Schweizer und Schweizerinnen trinken alkoholische Getränke im normalen Umfang, also risikoarm, fast 900'000 trinken keinen Alkohol. Immerhin sind aber 3% aller Erwachsenen (330'000) aktuell abhängig, etwa 5% der erwachsenen Bevölkerung (650'000) betreiben schädlichen Gebrauch von Alkohol. Die Lebenszeitprävalenz für eine Alkoholabhängigkeit beträgt 13%. Dagegen sind nur etwa 1% aller Menschen mit einer Alkoholproblematik in einer Entwöhnungsbehandlung, weitere 5% in anderen spezialisierten Massnahmen (Alkoholberatungsstelle, Selbsthilfegruppe). Nur bei etwa 20% kommt es zu einer Spontanremission. Etwa 70% der Patienten werden mehr oder minder regelmässig von ihrem Hausarzt gesehen. In der Hausarztpraxis kann von einem Anteil von etwa 20% Patienten mit einem Alkoholproblem (Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch) ausgegangen werden, in

²¹ Bundesamt für Statistik 1998

den Kliniken sind es mindestens 25%, in chirurgischen und internistischen Abteilungen eher 30 bis 50%. - In den letzten Jahren hat sich eine Steigerung im Bereich der behandlungsbedürftigen Patienten mit Alkoholproblemen gezeigt.

Die Spannweite bei den Angaben über Alkoholabhängigkeit im Alter ist gross. Bei den über 60-Jährigen liegt sie zwischen 2 und 10%, bei den über 75-jährigen Menschen zwischen 2 und 5%. In den Psychiatrischen Diensten Thurgau liegen die Zahlen der Suchterkrankten über 60 Jahren zwischen 2 und 3%.

Schweizweit stehen Einnahmen von etwa 500 Millionen Franken aus der Alkoholsteuer etwa 3 Milliarden Franken Kosten für alkoholbedingte Folgeschäden gegenüber.²²

Die Anzahl der Drogenabhängigen mit alleinigem Heroinkonsum oder kombiniertem Konsum mehrerer Substanzen ist in den Psychiatrischen Kliniken weiterhin rückläufig. Dies liegt nur zum Teil an der Ausweitung der Methadonverordnungen; diese sind in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. Vielleicht sind die veränderten Konsumgewohnheiten dafür mitverantwortlich. Die Anzahl der Heroinkonsumenten in der Schweiz nimmt konstant ab, Heroin wird zur 'Verliererdroge'. Der Konsum von Cannabis und Amphetaminen dagegen hat zugenommen. Der Kokainabkömmling 'Crack' scheint im Thurgau bisher noch keine grosse Rolle zu spielen. Schweizweit nimmt der Konsum von Zigaretten und Alkohol bei Jugendlichen zu, das Einstiegsalter sinkt. In den Kliniken werden gehäuft Jugendliche mit massivem Cannabiskonsum behandelt.

Die Hauptsubstanzen Alkohol, Heroin sowie seit einiger Zeit Cannabis überschatten in der Suchtbehandlung die Substanzgruppen Kokain, Stimulanzien (wie Amphetamine/Ecstasy), Halluzinogene und vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel. Diese Substanzen finden sich als alleiniges Suchtmittel bei psychiatrischen Patienten sehr selten, am ehesten noch als Abhängigkeit von Benzodiazepinen. Die vergleichsweise geringere Toxizität dieser Substanzen führt zu geringeren körperlichen Symptomen und weniger stark ausgeprägten sozial negativen Konsequenzen. Somit ist häufig ein jahrelanger Konsum möglich, ohne dass dies auffällt.

An der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen hat die Psychiatrie immer schon einen grossen Anteil gehabt. Gerade in der Schweiz gab es schon ab den fünfziger und sechziger Jahren ambulante Betreuungsangebote. Während der Bereich der Früherfassung durchaus im Rahmen der psychiatrischen Versorgung der Thurgauer Bevölkerung zu sehen ist, wird die Aufgabe der primären Prävention überwiegend von den Suchtfachstellen (neu: ‚Perspektive‘) wahrgenommen. Eine relevante stationäre Versorgungsstruktur im Drogenbereich, vor allem auch im Bereich der Patienten mit Doppeldiagnosen (Suchterkrankung und weitere komplexe psychiatrische Störung), existiert seit Beginn der 90er Jahre. Medikamentöse Behandlungsstrategien bei Suchterkrankungen gehen über die Methadonsubstituierung hinaus, in den nächsten Jahren ist mit weiteren Erkenntnissen über die biologischen Ursachen der Sucht und entsprechende Behandlungsstrategien zu rechnen. Die Umsetzung der Erkenntnisse der Suchtmedizin steckt im Thurgau noch in den Anfängen, so befindet sich das 'Forum Suchtmedizin Ostschweiz' (FOSUMOS) als Zusammenschluss der schwerpunktmässig im ambulanten und stationären Suchtbereich arbeitenden ÄrztInnen seit Sommer 2003 in der Aufbauphase.

Die gesellschaftliche Sicht der Abhängigkeitserkrankungen als psychische Krankheit, an Stelle moralisierender Zuschreibungen als Charakterschwäche, lässt vielfach weiter auf sich warten. Eine zunehmende Sensibilisierung auch der politischen Kreise zeigte sich bei der Ende August 2003 erfolgreich verlaufenen Abstimmung für ein Werbeverbot für Alkohol und Tabak im Kanton Thurgau.

²² sfa Schweizer Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme 2001

1.19.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierungsgrundlagen

Die Viersäulenpolitik des Bundesrates (Repression, Prävention, Therapie und Schadensverminderung) hat in den letzten Jahren im Bereich der sogenannten illegalen Drogen zur Einführung neuer Behandlungsmethoden geführt (Methadon- und kontrollierte Heroinabgabe), andere Themen wie z.B. die Legalisierung des Cannabiskonsums sind weiterhin umstritten.

Dieser differenzierten Suchtpolitik fühlt sich auch der Kanton Thurgau verpflichtet. Allerdings kam ein Heroinabgabeprogramm wegen der geringen Teilnehmerzahl nicht zu Stande.

Noch wenig diskutiert ist dagegen die Reformidee, das Betäubungsmittelgesetz zu einem umfassenden Suchtmittelgesetz auszubauen, unter das auch legale Substanzen wie Alkohol und Tabak fallen sollen.

Kantonale Grundlage für die Arbeit im Suchtbereich ist das 1998 erarbeitete **Handlungskonzept II**, welches die 'Ausrichtung und Organisation der Drogen- und Suchtarbeit im Kanton Thurgau 1999-2003' festlegt. Für die Jahre 2003 bis 2005 liegen neue Leistungsaufträge für die regionalen Zweckverbände im Bereich der Suchtprävention, Suchthilfe und - nach einer Neuorganisation ab dem Jahre 2004 - auch in der Gesundheitsförderung vor. Weiterhin Gültigkeit hat das 'Drogenkonzept TG' aus dem Jahre 1992 (Fortschreibung für die Jahre 2005 bis 2009 liegt vor), die 'Richtlinien des Kanton Thurgau für stationäre Einrichtungen in der Drogenhilfe' (1995), die Methadonrichtlinien des Kanton Thurgau (1993, überarbeitet 2003) sowie natürlich die gesetzlichen Bestimmungen des Bundes.

Für die Psychiatrische Klinik Münsterlingen besteht ein Leistungsauftrag für den Suchtmittelentzug und die Suchtrehabilitation im Bereich der legalen und der illegalen Drogen (Stationen C1 und C2, K3 und P3). In der psychiatrischen Klinik Littenheid werden ebenfalls in geringerem Umfang Entzugsbehandlungen legaler Drogen durchgeführt, eine kombinierte psychotherapeutische/suchtttherapeutische Station (Pünt Mitte) besteht.

Bei der Versorgung Thurgauer Patienten mit einer Alkoholproblematik sind auch ausserkantonale Einrichtungen in geringerem Umfang beteiligt. Die Psychosomatische Abteilung des Spitals Wattwil führt 3½ wöchige Alkoholtherapien mit bereits körperliche entzogenen Patienten durch. Die ärztlich geleitete Forelambulanz in Ellikon (Männer und Frauen) bzw. Turbental (nur Frauen) stellen Therapieplätze für alkoholabhängige Männer und Frauen zur Verfügung, die bereits entzogen sind. Dies gilt ebenso für die Therapieeinrichtung 'Mühlhof' in Tübach.

Langzeittherapieangebote für Drogenabhängige bestehen im Thurgau in den therapeutischen Wohngruppen 'Zehntenhof' in Illighausen und 'Brotegg' in Frauenfeld sowie ausserkantonale in näherer Umgebung in der Therapieeinrichtung 'Lutzenberg' (Kanton AR). Insgesamt wird die Zahl der knapp 1000 stationären Therapieplätze für Drogenabhängige in der Schweiz in den nächsten Jahren weiter sinken, da der Bund sich zunehmend aus der Finanzierung zurückgezogen hat.

Finanzierung

Im Vergleich zum Beginn der 90er Jahre sind die Therapiezeiten und damit die direkten und indirekten Kosten für die Behandlung alkoholabhängiger Patienten deutlich gesunken. So liegt die durchschnittliche Behandlungszeit in der PK Münsterlingen bei 42 Tagen. Allerdings führen ausschliessliche Entzugsangebote ohne weitergehende therapeutische Interventionen zu häufigen Wiedereintritten.

Für die Finanzierung der Weiterbehandlung drogen- oder alkoholabhängiger PatientInnen sind in nicht ärztlich geleiteten Langzeittherapieeinrichtungen die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen (Eltern) und vor allem die Fürsorgeeinrichtungen zuständig. Die Gemeinden übernehmen einen Betrag von 145 Franken, der restliche Betrag wird vom Kanton Thurgau übernommen. Einrichtungen, die Kantonsbeiträge von über 200 Franken pro Behandlungstag verlangen, werden im Thurgau nicht mitfinanziert. Für ärztlich geleitete Therapieeinrich-

tungen (Forelklinik, PSA Wattwil, Klinik Hasel) braucht es Kostenzusagen von Kantonsarzt und Krankenversicherung. Die Krankenversicherungen übernehmen in ärztlich geleiteten ausserkantonalen Einrichtungen die Finanzierung im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), bei Suchtpatienten muss im Rahmen der Zusatzversicherungen überdurchschnittlich häufig mit einem Vorbehalt der Versicherer gerechnet werden.

Schwierigkeiten bereitet im stationären Setting der wachsende Druck von Seiten der Sozialbehörden, die für ihr Klientel mit Suchtproblemen häufig in einem frühen Stadium der therapeutischen Bemühungen eine IV- Anmeldung vorschlagen, vor allem wenn gleichzeitig eine länger dauernde Arbeitslosigkeit vorliegt.

Unsicherheit besteht weiterhin zwischen Bund (BSV) und Kantonen über die Finanzierung von Drogentherapieeinrichtungen. Der Bund zieht sich immer mehr zurück, die IV finanziert nur mit, wenn eine mit der Sucht in Zusammenhang stehende Invalidisierung festgestellt wurde. Der neue Finanzausgleich (NFA) wird wohl dazu führen, dass die Zahl der Langzeittherapieeinrichtungen sinkt. Schätzungen gehen davon aus, dass von einstmalig 1200 Einrichtungen nur etwa die Hälfte bestehen bleiben wird.

1.19.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Ambulante Versorgung

Ein Grossteil der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung wird im Thurgau durch das ambulante und stationäre Hilfesystem nicht erreicht. Dies trifft vorrangig auf den riskanten bzw. missbräuchlichen Konsum im Bereich der sogenannten legalen Drogen wie Tabak, Alkohol und Medikamente zu. - Im Bereich der sogenannten illegalen Drogen muss davon ausgegangen werden, dass der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten, den Fachstellen und den Externen Psychiatrischen Diensten vor allem bei den Schwerstabhängigen dadurch gegeben ist, dass die Bewilligung eines Methadonprogrammes an eine regelmässige psychosoziale Betreuung gekoppelt ist.

- **Hausärzte:** Die ambulante Versorgung wird primär durch die Hausärzte gewährleistet. Wenn davon ausgegangen wird, dass etwa 20% des Klientels in einer Hausarztpraxis eine deutliche Alkoholproblematik haben, wird diese Problematik zu selten angesprochen. Die Kenntnis über den Umgang mit abhängigen Patienten ist nur teilweise vorhanden. Vom Bund propagierte Kurse mit dem Ziel, den Verdacht auf Alkoholabhängigkeit thematisieren zu können, sind bisher im Thurgau noch nicht zustande gekommen.
- **Fachstellen für Prävention und Suchtberatung:** Die Fachstellen für Suchtfragen haben in den letzten Jahren alle den Terminus Prävention in ihren Titel aufgenommen, speziell geschultes Fachpersonal wurde eingestellt. Die Aufgabenerweiterung findet Ausdruck in Projekten wie 'Drüber rede' oder 'Netzwerk Gesunde Schule Thurgau'. Über den Bereich der illegalen Drogen und Alkohol hinaus werden Themengebiete wie Rauchen (z.B. Projekt 'Ramboloro') und Ernährung (z.B. Projekt 'VollSchlank') behandelt. Zu den klassischen Beratungsaufgaben kam die Betreuung betroffener Angehöriger hinzu, z.B. der Eltern von Cannabis konsumierenden Jugendlichen. Rauchentwöhnungskurse und eine geleitete Gesprächsgruppe für Spielsüchtige zeigen die Verbreiterung des Repertoires. Auch die betriebliche Präventionsarbeit wurde z.B. bei 'Top on the Job' ausgedehnt und professionalisiert. Die bisher bestehenden fünf Zweckverbände wurden auf Vorschlag des Kanton Thurgau im Jahre 2003 auf drei reduziert. Jeder von ihnen wird ein kantonales Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekt leiten. Im letztgenannten Bereich wird ein zusätzlicher und neuer Aufgabenschwerpunkt liegen. Die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten, RAV und Vormundschaftsbehörden der Gemeinden soll im Hinblick auf die Wiedereingliederung weiter intensiviert werden. - In allen Fachstellen zeigt sich bei der Auswertung der Dienstleistungen, dass der Bereich der sogenannten legalen Drogen in den letzten Jahren zugenommen hat, während die Beratung von schwerstabhängigen

Drogenkonsumenten deutlich zurückgegangen ist. Diese sind jetzt in der Regel in den Methadonprogrammen integriert. Klar zugenommen hat das Klientel mit Problemen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum.

- **Externe Psychiatrische Dienste (EPD):** Die externen Psychiatrischen Dienste der Spital Thurgau AG sind in Münsterlingen, Frauenfeld und Romanshorn vertreten, des weiteren existiert ein externer psychiatrischer Dienst in Sirmach, welcher von der Murgstiftung betrieben wird und den Bereich des Hinterthurgau versorgt. Dargestellt werden die Behandlungszahlen im Gesamten und speziell für die Patienten, bei denen die Suchtproblematik im Vordergrund steht.

EPD Sirmach

Jahr	Patienten gesamt	Patienten F10-19 ²³	Prozentualer Anteil
2000	446	30	6,7%
2001	475	36	7,6%
2002	461	26	5,6%

Andere EPD (Münsterlingen, Romanshorn, Frauenfeld)

Behandlungs- ende	Behandlungsabschlüsse insgesamt	davon F10 und F13		davon F11, F12, F14, F16 und F19		F1x gesamt	
2000	1462	103	7,0%	68	4,7%	171	11,7%
2001	1426	75	5,3%	66	4,6%	141	9,9%
2002	1436	108	7,5%	54	3,8%	162	11,3%
2003	1329	110	8,3%	46	3,5%	156	11,7%

Auffallend ist, dass der Externe Psychiatrische Dienst in Sirmach weniger abhängigkeits-erkrankte Patienten zu behandeln hat als die restlichen EPD. Vergleichszahlen aus anderen Kantonen zeigen folgende Anteile an Abhängigkeitserkrankten: Ambulatorium Solothurn (2001) 6%, Ambulatorium Klinik Hard (2000) 20,3%, Ambulatorien Klinik Königsfelden zwischen 6,5% und 11%.

Ambulante Methadonprogramme im Thurgau und in der gesamten Schweiz

Jahr	Anzahl Programme TG	Anzahl Programme CH
1999	372	17907
2000	366	18393
2001	319	?
2002	331	?
2003 (bis 31.5.03)	396	?

Im Jahr 2002 wurden acht Methadonprogramme über den EPD in Sirmach abgewickelt, 30 in Romanshorn, 6 bis 10 in Münsterlingen. Im gleichen Jahr wurden auf Initiative des Kantonsarztes die Methadonprogramme in höher- und niederschwellige Angebote aufgeteilt. Es bleibt unklar, ob der bisherige Anstieg der Programme im Jahre 2003 damit im Zusammenhang steht.

²³ Die verschiedenen Erkrankungen der Patienten werden nach einem international gültigen Diagnoseschlüssel codiert. Die ICD-Codierung (ICD: International Classification of Diseases) erfasst mit der Codierung F 10 die Alkoholabhängigkeit, mit F 13 die Medikamentenabhängigkeit und mit dem Code F 19 die sogenannte Polytoxikomanie, also die Abhängigkeit von verschiedenen Suchtstoffen (z.B. Heroin, Kokain und Benzodiazepine) gleichzeitig.

Die Methadonbehandlung hat sich als eine Massnahme im Paket der Viersäulenpolitik des Bundes bewährt. Die Zahl der Drogentoten in der Schweiz ist nicht zuletzt durch diese Programme zurückgegangen. Ziel muss bleiben, die richtige Indikationsstellung für den Ein- und den Ausstieg aus diesen Programmen in einer multidisziplinären Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen und Suchtfachstellen zu treffen. Die Realität sieht allerdings anders aus: Die meisten Methadonprogramme im Thurgau laufen ohne begleitende sozialmedizinische und sozialarbeiterische Betreuung. Eine zusätzliche Professionalisierung der methadonverordnenden Ärzte durch regelmässige Fortbildungsangebote muss also angestrebt werden.

Stationäre Versorgung

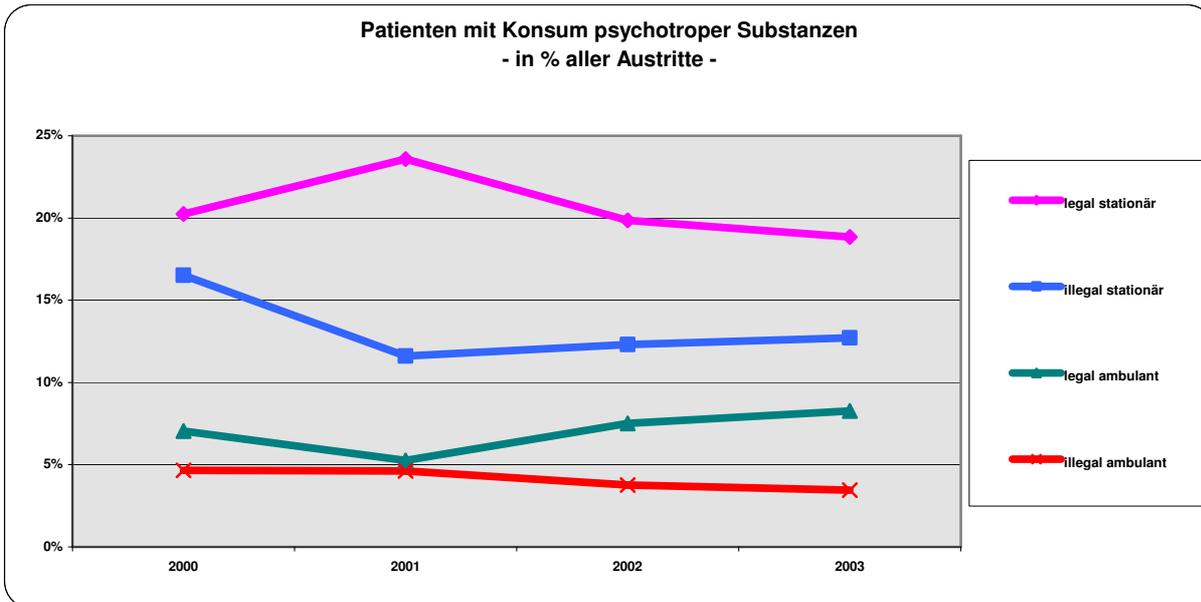
Das stationäre Behandlungsangebot umfasst in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen für den illegalen Drogenbereich die Stationen K3 (Entzugsbehandlung; 8 Therapieplätze) und die Übergangstation P3 (Behandlungen bis etwa 4 Monate; 12 Therapieplätze). Im Bedarfsfall steht die forensische Station C2 ebenfalls für Entzug und Behandlung von Abhängigkeitserkrankten Patienten zur Verfügung. In der Station C1 (15 Behandlungsplätze) werden sowohl Entzugs- wie Therapiebehandlungen bis drei Monate für Patienten mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit angeboten. Aus Kapazitätsgründen und auch wegen der sehr unterschiedlichen Motivationslage der Suchtpatienten werden von den alkohol- und/oder medikamentenabhängigen Patienten jedoch nur etwa 40% in der entsprechenden Fachabteilung C1 betreut, die restlichen Patienten finden sich hauptsächlich in den verschiedenen Aufnahmestationen.

Austrittsdiagnosen der Suchtpatienten in der PKM

Austrittsjahr	Austritte stationär insgesamt	F10 und F13		F11, F12, F14, F16 und F19		Gesamt	
2000	963	195	20,2%	159	16,5%	354	36,8%
2001	1145	270	23,6%	133	11,6%	403	35,2%
2002	1178	234	19,9%	145	12,3%	379	32,2%
2003	1204	227	18,9%	153	12,7%	380	31,6%

Austrittsdiagnosen der Suchtpatienten in der Klinik Littenheid

Austrittsjahr	Austritte stationär insgesamt	F10 und F13		F11, F12, F14, F16 und F19		Gesamt	
2000	734	54	7,4%	25	3,4%	79	10,8%
2001	783	58	7,4%	56	7,2%	114	14,6%
2002	867	74	8,5%	46	5,3%	120	13,8%
2003	912	72	7,9%	23	2,5%	95	10,4%



In den Psychiatrischen Klinik Littenheid und Münsterlingen wurden alle Patienten mit der Austrittsdiagnose ICD-10 F10 bis F19 erfasst, weggelassen wurden Patienten mit der Diagnose einer Zigarettenabhängigkeit F17 und Koffein/Stimulanzien F15. Die Gruppe der Patienten mit einer Suchterkrankung als Hauptdiagnose bleibt in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen auffallend hoch, auch wenn in den letzten Jahren ein leichter Rückgang festgestellt werden kann. Wird neben der Hauptdiagnose auch die erste (also relevanteste) Nebendiagnose der Patienten bei Austritt erfasst, liegt der prozentuale Anteil der sogenannten 'Sucht-Patienten' bei fast 50% .

In anderen Kliniken liegen die Zahlen tiefer, z.B. in der PUK Bern 2001 bei 17,6% , in den Psychiatrischen Diensten des Kanton Aargau in Brugg sind es 17,9% und in der Psychiatrischen Klinik Oberwil 2001 21,2%. Höher liegen die Zahlen im Psychiatrie-Zentrum Hard (2000), in der Akut- und Alterspsychiatrie sind es zusammen 34%. In der Psychiatrischen Klinik St. Urban (LU) sind im Jahre 2001 15% der ausgetretenen Patienten mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (F10) versehen, 18,1% mit der Diagnose Drogenabhängigkeit, zusammen also 33,1,%. Problematisch bleibt die Einschätzung dieser Zahlen im direkten Vergleich. Bei den Berechnungen spielt die vom Arzt ausgewählte Reihenfolge der verschiedenen Diagnosen eine Rolle. Werden die anderen psychiatrischen Diagnosen vor den sogenannten Suchtdiagnosen verschlüsselt – oder umgekehrt – können sich ganz unterschiedliche Ergebnisse für die Patientenpopulation ergeben. Fest stehen dürfte aber sicher, dass in der PK Münsterlingen deutlich mehr Suchtpatienten betreut werden als in der PK Littenheid. Die Zahl der Suchtpatienten ging in der PK Münsterlingen insgesamt leicht zurück, in der Klinik Littenheid nahm sie zu. Im Bereich der legalen Drogen Alkohol und Medikamente war in Münsterlingen ein leichter Rückgang bemerkbar, in Littenheid gab es einen Zuwachs.

Weitere stationäre Einrichtungen im Kanton Thurgau

- *Stiftung Zehntenhof in Illighausen:* In insgesamt 8 Behandlungsplätzen werden Bewohner nach abgeschlossener Entzugsbehandlung in ihrer persönlichen, sozialen und beruflichen Rehabilitation betreut. Das Angebot richtet sich vor allem an jüngere Erwachsene. Die Finanzierung erfolgt in der Regel über die Gemeinden, seltener über die Justiz.
- *Therapeutische Gemeinschaft Brotegg in Frauenfeld:* *kleine abstinenzorientierte Gemeinschaft mit familiärem Rahmen für ehemalige Drogenabhängige, mit insgesamt 4 betreuten Behandlungsplätzen.*

- *Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Schnäggehus in Hosenruck*: In insgesamt 12 Plätzen werden junge Frauen zwischen 17 und 30 Jahren mit Medikamenten- und/oder Alkoholproblemen sowie Essstörungen betreut.
- Weitere Rehabilitationseinrichtungen und Einrichtungen mit Wohnheimcharakter: Solche bestehen in Romanshorn mit dem 'Betula', hier sollte die Suchterkrankung aber nicht im Vordergrund stehen. Die Wohnheime Adler in Frauenfeld und das Männerheim Sonnenburg in Weinfelden stehen vorwiegend Männern mit psychosozialen Problemen in Verbindung mit Suchtproblemen zur Verfügung.

Selbsthilfegruppen und geleitete Gruppen zum Thema Sucht im Thurgau

Mehrere Selbsthilfegruppen versuchen unabhängig von den stationären Behandlungsangeboten und den Suchtfachstellen, sowohl den Betroffenen wie den Angehörigen bei der Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung zu helfen.

- Alkohol- und Medikamentenabhängige, SOS-Gruppen, Kreuzlingen, Weinfelden*
- Alkohol- und Medikamentenprobleme Gesprächskreis I.O.G.T, Romanshorn *
- Alkoholranke und Angehörige, Blaues Kreuz Sirmach/ Münchwilen, Weinfelden*
- Anonyme Alkoholiker (AA) Amriswil, Frauenfeld, Kreuzlingen
- Angehörige von anonymen AlkoholikerInnen (AI-Anon) Frauenfeld, Kreuzlingen
- Drogenabhängige, SOS-Gruppe, Illighausen*
- Eltern drogenabhängiger Jugendlicher (im Aufbau)
- Spielsucht, Kreuzlingen^{24*}

Ebenfalls konfrontiert mit der Thematik der Substanzabhängigkeit sind Polizei, Jugendanwaltschaft, Bewährungshilfe, Schulen, Sozialämter und RAV.

Ausserkantonale Hospitalisationen im Suchtbereich (Alkohol/Medikamente)

Erfasst werden hier die durch den Kantonsarzt bewilligten ausserkantonalen Hospitalisationen.

PSA Wattwil und Forelinik Ellikon inkl. Turbental (Alkohol)

Jahr	TG Pat. in PSA Wattwil	TG Pat in Forelinik
1999	9	?
2000	13	12 (von 332)
2001	10	7 (von 321)
2002	11	7 (von 319)
2003	5	11 (von.....)

Gemessen an der Anzahl der im Thurgau behandelten PatientInnen, stellen die ausserkantonale Hospitalisierten eine zu vernachlässigende Grösse dar.

Ostschweizer Rehabilitationszentrum Mühlhof in Tübach SG (Alkohol)

Beim Mühlhof handelt es sich um eine nicht-ärztlich geleitete Therapieeinrichtung. Eine Kostengutsprache der Gemeinden über Fr. 75.- pro Tag muss vor dem Eintritt vorliegen. Auch hier ist die Zahl der Klienten eher zu vernachlässigen. Die Zahl der Thurgauer Klienten ist niedrig und in der Tendenz sinkend.

Aufenthaltsstage 2000	TG 1072 CH 7486	Anzahl Klienten TG 7 Anzahl Klienten CH 60
-----------------------	--------------------	---

²⁴ * Es handelt sich bei den gekennzeichneten Gruppen um geleitete Gruppen

Aufenthaltsstage 2001	TG 398 CH 7443	Anzahl Klienten TG 5 Anzahl Klienten CH 53
Aufenthaltsstage 2002	TG 495 CH 7890	Anzahl Klienten TG 4 Anzahl Klienten CH 47
Aufenthaltsstage 2003	TG 214 CH 7651	Anzahl Klienten TG 1 Anzahl Klienten CH 53

Rehabilitationszentrum Lutzenberg in Appenzell-Ausserrhoden (illegale Drogen)

Der Kanton Thurgau hat keine eigene stationäre Drogentherapieeinrichtung für Langzeittherapien. Die Übergangsstation P3 übernimmt Kurzzeittherapien bis 4 Monate Dauer sowie die Suche nach und Vorbereitung für einen geeigneten Therapieplatz. Eine mehrjährige Zusammenarbeit besteht mit dem 'Lutzenberg' in Appenzell-Ausserrhoden. Vereinzelt werden auch andere der etwa 1000 Langzeittherapieplätze für Drogenabhängige in der gesamten Schweiz mit Thurgauer Patienten besetzt. Genauere Zahlen liegen für die Therapieeinrichtung Lutzenberg vor. Dabei wurden für die letzten drei Jahre die Gesamtaufenthaltsstage und die Anzahl der behandelten Klienten jeweils für alle Kantone und den Kanton Thurgau separat ausgewiesen. Die Zahl Thurgauer Klienten im Bereich der stationären Langzeittherapie nimmt deutlich ab.

Aufenthaltsstage 2000	TG 2270 CH 6395	Anzahl Klienten TG 16 Anzahl Klienten CH 62
Aufenthaltsstage 2001	TG 1520 CH 6886	Anzahl Klienten TG 9 Anzahl Klienten CH 49
Aufenthaltsstage 2002	TG 957 CH 7478	Anzahl Klienten TG 5 Anzahl Klienten CH 54

1.19.5 Trends und Problembereiche

- **Zu seltene suchtspezifische Behandlungen:** Im Vergleich zur geschätzten Zahl abhängigkeiterkrankter Menschen aus dem Thurgau ist nur ein Bruchteil in einer suchtspezifischen Behandlung. Eine grosse Anzahl der in Hausarztpraxen und somatischen Spitälern behandelten Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit erhalten keine qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung oder lehnen eine solche ab, wo sie angeboten wird. Für eine qualifizierte Betreuung von abhängigkeiterkrankten Menschen wären aber auch keine entsprechenden räumlichen und personellen Ressourcen im Kanton vorhanden.
- **Zu kurze Aufenthalte:** In der PK Münsterlingen findet sich eine hohe und zunehmende Anzahl von kurzfristig zum körperlichen Entzug angemeldeten PatientInnen, v.a. mit Alkoholproblematik. Es besteht viel Druck von Seiten der Zuweiser, den Patienten, Angehörigen und Gemeinden kurzfristige Aufnahmetermine zu ermöglichen. Kurzfristig aufgenommene Alkohol- und Drogenpatienten verlassen die Klinik jedoch häufig zu schnell und ohne Nachbetreuung wieder. Damit besteht keine wirkliche Chance auf Änderung. - Ein zunehmender Trend ist auch die kurzfristige Selbsteinweisung des Patienten ohne Inanspruchnahme von Suchtfachstellen oder Ärzten; die Zahl der gegen ihren Willen untergebrachten Suchtpatienten ist dagegen eher gesunken. - Andererseits ist ein immer grösser werdender Anteil der stationär behandelten Alkohol- und Drogenabhängigen zusätzlich an komplexen psychischen Problemkonstellationen erkrankt, womit die nicht substanzgebundenen Problemmuster zunehmen.
- **Seltene Langzeittherapien (illegale Drogen):** Die bis zu maximal vier Monaten dauernde Behandlung in der Klinik z.B. in der Übergangsstation P3 wird zur alleinigen Therapie, eine anschliessende Langzeittherapie für Drogenabhängige findet immer seltener statt. Die früher bestehende Behandlungskette (Entzugsstation –

Übergangsstation - Langzeittherapie) ist kürzer geworden, damit auch die Behandlungszeit insgesamt.

- **Langzeittherapien ausserhalb des Kantons (Alkohol):** In der PSA Wattwil und in der Forel-Klinik sind Wartezeiten von etwa 8 Wochen bis zum Eintritt die Regel. Platzierungen im Mühlhof (nicht ärztlich geleitet) werden durch zögerliche Finanzierung für arbeitslose Patienten durch die Gemeinden erschwert. Eine Finanzierung des Aufenthalts in der Psychosomatischen Klinik Wattwil ist nur für zusatzversicherte Patienten möglich, dies führt zu keiner wirklichen Entlastung.
- **Soziale Probleme:** Ein hoher Anteil von Langzeitarbeitslosen und bei der IV angemeldeten Patienten ohne Tagesstruktur vor, während und nach der Behandlung bereiten zunehmend Probleme; Arbeitslosigkeit ist suchtfördernd! Es gibt keine oder die falschen Arbeitsplätze für diese Patientengruppe, kein oder nicht das richtige Anreizsystem für Reintegration sowie zu wenig Vernetzung zwischen den verschiedenen Stellen (RAV, Fürsorge, niedergelassener Arzt, Klinik). Von den Gemeinden / Fürsorgebehörden werden immer mehr Aufgaben (z.B. Schuldensanierung) an die Kliniken delegiert. Teilweise wird unzulässiger Druck in Richtung frühzeitiger IV-Berentung gemacht.
- **Weiterbetreuung:** Eine psychotherapeutische Weiterbetreuung über niedergelassene nichtärztliche Psychotherapeuten findet kaum statt, da deren Leistungen nicht oder nicht ausreichend aus der Grundversicherung abgegolten werden. Die Wartezeit von bis zu vier Monaten bei den ärztlichen Psychotherapeuten ist für abhängigkeits-erkrankte Menschen zu lang. Ein Grossteil der ambulanten Betreuung muss daher von den EPD getragen werden. Die Suchtfachstellen haben ebenfalls eine wichtige Aufgabe bei der Nachbetreuung.
- **Spezielle Problemgruppen:** Ambulante und stationäre Angebote für Menschen im AHV-Alter mit Suchtproblemen sind nicht oder erst rudimentär vorhanden. Das ambulante und stationäre Angebot für jugendliche Patienten und jüngere Erwachsene mit exzessivem Cannabiskonsum und Alkoholproblemen muss noch ausgebaut werden, wobei die schnell wechselnden Konsummuster (vgl. Kap. 4.5.) berücksichtigt werden müssen. Für nichtdeutschsprachige Patienten gibt es kaum ein Therapie- oder Beratungsangebot im ambulanten und vor allem im stationären Therapiebereich. Für im Methadonprogramm betreute Klienten mit weiterbestehenden Suchtproblemen (andere Drogen oder Alkohol) gibt es praktisch kein längerfristiges niederschwelliges Therapieangebot.
- **Vernetzung:** Die Vernetzung der verschiedenen Betreuungsangebote und das zentrale Case Management fehlen häufig.

Die Befragung der Interessengruppen hat auf folgende Lücken und Anliegen speziell im Bereich der Substanzabhängigkeiten hingewiesen:

- Die Konstanz in der Betreuung fehlt, v.a. in den EPD.
- Ein Angebot zum stationären Methadonentzug fehlt.
- Angebote zur Tagesstrukturierung fehlen.
- Die Betreuung von fremdsprachigen Klienten sollte verbessert werden.

Zusammenfassung: Problembereiche

- In der **ambulanten Suchtberatung und –therapie** kann der Kanton Thurgau auf ein grosses und differenziertes Angebot zurückgreifen. Suchtfachstellen, externe psychiatrische Dienste, Selbsthilfegruppen sowie viele engagierte Hausärzte decken einen wichtigen Teil der Bedürfnisse ab. Der Prävention wird bei Kindern und Jugendlichen in den Schulen und Vereinen des Kantons Thurgau ein breiter Raum gegeben. - Es fehlen jedoch spezifische Angebote für ältere Menschen und Menschen mit schlechten Deutschkenntnissen. Eine integrierte ärztlich / psychotherapeutisch / sozialarbeiterische Betreuung findet fast ausschliesslich in den EPD statt. Darüber hinaus be-

steht der Bedarf nach vermehrtem Case Management, um die verschiedenen Hilfsangebote besser zu vernetzen.

- In der **stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit** sind keine Ressourcen für die steigenden Patientenaufnahmen vorhanden. Dies führt zu Fehlplatzierungen, verfrühten Entlassungen, Rückfällen und Wiederaufnahmen. Für medikamenten- / alkoholabhängige ältere Menschen bestehen zu wenig Behandlungsangebote. Den arbeitslosen Suchtpatienten muss besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.
- In der **stationären Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen** geht die Zahl der Heroinabhängigen zurück, Patienten mit anderen Konsummustern nehmen zu (Haschisch, Amphetamine). Stationäre Behandlungsmöglichkeiten sind in den Kliniken des Thurgau gegeben, Langzeittherapien in ausserklinischen Einrichtungen dagegen werden seltener und sind schwerer finanzierbar.

1.20 Psychosomatik und psychosoziale Medizin

1.20.1 Begriffe und Definitionen

Der Begriff der Psychosomatik bezeichnet ein Fachgebiet, das die Zusammenhänge zwischen 'Psyche' und 'Soma' (Körper) betrifft. Eine Kategorie 'psychosomatische Erkrankungen' findet sich in den modernen Diagnosesystemen aus guten Gründen aber nicht: Psychosomatische Krankheitsbilder sind zum einen nicht sinnvoll von Krankheiten abzugrenzen, die bereits anderswo kategorisiert werden; zum anderen würde durch die Benennung als 'psychosomatische Erkrankung' suggeriert, dass bei anderen Erkrankungen psychosomatische Faktoren keine Rolle spielen, was ganz sicher nicht gefolgert werden darf.

Psychosomatik stellt eine moderne systemische Sicht vom Menschen und seiner psychischen und körperlichen Gesundheit dar. An die Stelle einer Erklärung somatischer Symptome durch psychische Vorgänge oder umgekehrt tritt die Mehr-Ebenen-Betrachtung.

Daraus folgt, dass in der psychosomatischen Medizin ständige Perspektivenwechsel im Rahmen eines bio-psycho-sozio-kulturellen Modells und gute interdisziplinäre Zusammenarbeit gefordert sind. Aus der Warte der somatischen Medizin erfolgt dies durch den Beizug psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Wissens in Form der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie.

In den Psychiatrischen Diensten (ambulant und stationär) werden in Spezialsprechstunden oder auf Spezialstationen Patienten mit solchen Krankheitsbildern gezielt behandelt. Hier werden dann Kollegen aus der somatischen Medizin beigezogen.

In der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und somatischer Medizin werden zwei Organisationsformen unterschieden:

- Konsiliarmodell: bedarfsweiser, patientenbezogener Beizug des Konsiliarius mit konkreter Fragestellung
- Liaisonmodell: anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz des Konsiliarius in einer Behandlungseinheit

Ziele der Versorgung durch Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie:

- Verbesserung der Diagnostik und Behandlung psychischer / psychosomatischer Störungen im medizinischen Bereich
- Verbesserung der Kompetenz von Spitalärzten und Pflegepersonal in der psychosozialen Versorgung durch Fort- und Weiterbildung
- Verbesserung der Schnittstellen zwischen der organmedizinischen und psychosozialen sowie zwischen der ambulanten und (teil)stationären Versorgung.

Klinisch relevant sind folgende Patientengruppen:

- Patienten mit primär somatischen Störungen (z.B. Herzinfarkt, Krebserkrankungen) oder problematischem Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährungsfehler). Verhaltensmedizinische Massnahmen haben zum Ziel, notwendige Veränderungen der Lebensgewohnheiten sowie den Umgang mit den Folgen der somatischen Störungen zu unterstützen.
- Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in Allgemeinspitälern (z.B. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen nach Selbstverletzungen und Suizidversuchen, Patienten anderer psychiatrischer Diagnosen mit somatischer Komorbidität), deren Anteil etwa 30% beträgt. Hier wird das Personal in psychiatrischer Hinsicht beraten und begleitend zur somatischen Behandlung eine angemessene psychiatrische Behandlung angeboten.
- In Allgemeinspitälern hospitalisierte Patienten mit eigentlichen psychosomatischen Beschwerden (Herzbeschwerden, Atemnot, Darmbeschwerden, chronische Schmerzsyndrome und Essstörungen). Für diese haben sich im ambulanten Bereich Sprechstunden für Sexualstörungen, Essstörungen, chronische Schmerzsyndrome und posttraumatische Stresssyndrome bewährt.
- Ein wichtiger Teil der Psychosomatik befasst sich mit chronifizierten Schmerzen des Bewegungsapparats, die nur zum Teil auf eine klare morphologische Ursache zurückzuführen sind. Diese Schmerzen führen Patienten oft in ärztliche Behandlung und sind ein grosses Problem bei der Rehabilitation. Die Entwicklung akuter Schmerzen zu immer wiederkehrenden oder anhaltenden Schmerzen wird mit dem Begriff der Chronifizierung beschrieben. Chronifizierung bezeichnet dabei einen Prozess, an dem komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zu beobachten sind ('biopsychosoziales Schmerzmodell'). Dieses Modell soll hier beispielhaft beschrieben werden.
 - *Chronifizierung auf somatischer Ebene:*
Der bedeutendste Chronifizierungsfaktor ist der muskulär bedingte Schmerz. Er kann entweder sekundär als reflektorische Muskelverspannung oder primär über anhaltende physikalische oder psychische Belastung auftreten. So sind vor allem unphysiologische Körperhaltungen als Risikofaktoren für die Chronifizierung akuter unspezifischer Rückenschmerzen bekannt. Andererseits kann auch das anhaltende Einnehmen von ausgesprochenen Entlastungs- und Schonhaltungen zur Chronifizierung beitragen. Zusätzlich können repetitive Belastungen, Vibrationen und thermische Reize eine Rolle spielen.
 - *Chronifizierung auf psychischer Ebene:*
Im Bereich der emotionalen Stimmung führen vor allem wiederholte Episoden von Depressivität und Angst zur Chronifizierung von Schmerzen. Zu den ungünstigen schmerzbezogenen Kognitionen gehört unter anderem die Überzeugungshaltung, dass das persönliche Schmerzleiden einen ungünstigen Verlauf nimmt und nicht mit einer Wiederherstellung der ursprünglichen Körperfunktionskapazität zu rechnen ist. Stress kann zu einer anhaltenden Erhöhung der Muskelaktivität in der symptomrelevanten Muskulatur führen (Muskelhypertonus). - Andererseits können Schmerzbewältigungsmassnahmen und andere Copingstrategien chronifizierte Schmerzen lindern oder beseitigen.
 - *Chronifizierung auf sozialer Ebene:*
Sowohl soziodemographische, sozioökonomische sowie soziokulturelle Faktoren können als Kontextfaktoren zur Chronifizierung beitragen, wobei auch veränderte Arbeitsplatzbedingungen gerade bei Arbeitnehmern über dem 50. Lebensjahr zu chronifizierten Schmerzen führen können. Wechselwirkungen zwischen den drei Ebenen:
 - *Die Wechselwirkung zwischen den drei Ebenen:*
Körper, Psyche und Umwelt ist komplex. Sie können sich gegenseitig günstig oder ungünstig beeinflussen. Die Bedeutung der einzelnen Ebenen ist individuell und kann im individuellen Krankheitsverlauf wechseln.

1.20.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen

Die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie psychosomatischer Störungen, die auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen, ist mittlerweile weit fortgeschritten (vgl. Online-

Index der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF²⁵, Akademie für Psychosomatik und psychosoziale Medizin Schweiz).

Im Bereich der chronifizierten Schmerzzustände ist die Erforschung von Prädiktoren und Risikofaktoren aktuell. So konnte gezeigt werden, dass bereits bei akuten Rückenschmerzen der Einbezug psychologischer Massnahmen vorteilhaft ist. Zur Diagnose und Behandlung chronischer Schmerzzustände braucht es:

- Strukturierte Schmerzdiagnostik inkl. psychologische Diagnoseverfahren
- Interprofessionelle (physiotherapeutische, psychologische und medikamentöse) Schmerztherapie
- Interventionelle Verfahren (Injektionen, Blockaden von peripheren Nerven sowie Zugang zur Versorgung mittels Schmerzpumpen, Hinterstrangstimulatoren etc.) im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzsprechstunde

Je länger ein muskuloskelettaler Schmerz besteht und je ausgeprägter dessen Folgen auf die soziale Ebene (Arbeitsunfähigkeit, Lebensqualität) sind, umso höher ist der Stellenwert der Psychologie und der Sozialarbeit. Wenn es darum geht, die Chronifizierung zu vermeiden, muss die multiprofessionelle Rehabilitation frühzeitig einsetzen und die psychologische Betreuung, Diagnostik und Therapie rechtzeitig in die Wege geleitet werden.

1.20.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierunggrundlagen

Die Gruppe der Patienten mit wiederholter oder langdauernder Arbeitsunfähigkeit auf Grund von Schmerzsyndromen wird zunehmend zum Problem, für das die Verantwortung zwischen den sozialen Sicherungssystemen und den Leistungserbringern hin- und hergeschoben wird. Ein übergeordnetes Konzept zur Psychosomatik im Allgemeinen und zu dieser Patientengruppe im Speziellen existiert im Thurgau nicht, wohl aber Konzepte der einzelnen Leistungserbringer:

- An der Thurgauischen Klinik St. Katharinental besteht ein Konzept zur Behandlung und Rehabilitation bei chronischen Schmerzzuständen und an den Schnittstellen eine gute Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Diensten Thurgau.
- Die vier Standorte der Spital Thurgau AG führen eine Schmerzsprechstunde durch, an der Vertreter aller relevanten Fachdisziplinen beteiligt sind. Die Finanzierung ist noch nicht speziell geregelt.

Verhandlungen betreffend Tarifierung ambulanter Rehabilitationsleistungen haben unter der Leitung von Herrn M. Mühlheim, Verwaltungsdirektor Rehaklinik Rheinfelden, im Auftrag von H+, FMH, santésuisse und MTK begonnen.

1.20.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Im Thurgau gibt es an beiden **psychiatrischen Kliniken** bereits seit Jahren Stationen, die sich mit der Behandlung psychosomatischer Störungen befassen: Die Klinik Littenheid hat im stationären Psychotherapiebereich ein spezialisiertes Therapieangebot für Patienten mit Essstörungen; in den Kliniken Münsterlingen und Littenheid befassen sich je zwei Stationen zunehmend mit psychosomatischen Problemen, vor allem mit chronischen Schmerzzuständen. Dabei wird grosser Wert auf eine intensive Zusammenarbeit mit den somatischen Spitalern gelegt. - Es gibt Bestrebungen, diese Stationen mit der erforderlichen Fachkompetenz gemäss den Richtlinien der Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM auszustatten.

²⁵ http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/II_psytm.htm

In der **Thurgauisch-Schaffhausischen Höhenklinik Davos** werden ebenfalls stationäre Behandlungen psychosomatischer Störungen durchgeführt. Die Aufenthaltsdauer ist hier zeitlich befristet.

Die **Externen Psychiatrischen Dienste** (EPD) leisten Konsiliar- und Liaisondienste an den Kantonsspitalern Münsterlingen und Frauenfeld. Die EPD der Spital Thurgau AG erstellten im Jahr 2000 588 Gutachten und Konsilien; von den 1482 Behandlungsabschlüssen waren 9.0% Konsilien für das KSF, 15.2% Konsilien für das KSM. Die beiden Allgemeinspitäler stellen mit 20% den drittgrössten Zuweiser (nach den praktizierenden Grundversorgern mit 25% und den Selbstzuweisungen mit 23%) zu ambulanter psychiatrischer Behandlung in den EPD. Spezialsprechstunden bestehen im Bereich der Sexualmedizin und der Psychoonkologie.

In Zusammenarbeit der Standorte der STGAG ist eine **'spine unit'** (interdisziplinäre Sprechstunde für komplexe Rückenbeschwerden) und eine **'pain unit'** (zur Behandlung von Schmerzsyndromen) entstanden. Diese Dienstleistungen stehen in sehr beschränktem Ausmass zur Verfügung.

Über die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer psychiatrischer Leistungen durch Schmerzpatienten liegen keine aussagekräftigen Daten vor. Es gibt jedoch einige Evidenz, dass diese Patientengruppe zwar teilweise Rehabilitationserfolge aufweist und aus rehabilitationsmedizinischer Sicht arbeitsfähig geschrieben wird, zu einem späteren Zeitpunkt jedoch von den Primärversorgern zur psychiatrischen Abklärung in eine der psychiatrischen Kliniken eingewiesen wird, die sich dann erneut mit der Frage der Berentung auseinandersetzen muss. Solche Patienten lassen sich als 'heavy user' des gesamten Gesundheitssystems bezeichnen. Eine komplette Erfassung ist aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich. Die Betrachtung des Einzelfalls kann jedoch im nachhinein wertvolle Hinweise auf eine mögliche Optimierung des Behandlungspfades geben.

Exkurs: Migration und somatoforme Schmerzstörungen

- Im Kanton Thurgau leben zur Zeit etwa 45'000 Ausländer (Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene nicht eingerechnet). Das entspricht etwa 20% der Bevölkerung.
- Zwar gibt es 72 verschiedene Ausländerorganisationen im Thurgau, diese werden jedoch mehrheitlich von den Ausländern selbst betrieben. Die einzigen städtischen Ausländerberatungsstellen befinden sich in Frauenfeld und Kreuzlingen. Relativ neu ist die Fachstelle für Gesundheit und Integration der Caritas in Weinfelden. Alle anderen spezialisierten Fachstellen sind ausserkantonale angesiedelt (Derman, Intermedio, IG Binational).
- Die Fallzahlen der EPD 2000 bis 2002 zeigen deutliche Zunahmen der Patienten aus Ex-Jugoslawien, Albanien, Italien, anderen südeuropäischen Ländern und der Türkei. Ihr Anteil betrug 2002 14%. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Diagnose 'Somatoforme Störung'.
- Die wenigen fremdsprachigen Psychiater im Kanton Thurgau sind völlig ausgelastet.
- Die Dolmetscherfrage wird aktuell von der Caritas angegangen. Neben der Sprache bildet aber auch der kulturelle Hintergrund eine manchmal unüberwindliche Barriere.
- Psychische Krankheit ist in den südlichen Ländern Europas noch viel stärker stigmatisiert als somatische Krankheiten. Daraus resultiert eine deutliche Verschiebung von psychischen zu somatischen Diagnosen.
- Nonverbale Therapieformen (Physio-, Gestaltungs-, Musiktherapie usw.) zeigen hier gute Wirkungen.

1.20.5 Trends und Problembereiche

Konsiliar- und Liaisondienst

- Auf Grund der Auslastung der EPD kann der Ausbau der Dienstleistungen für die somatischen Spitäler und der Spezialsprechstunden nicht schnell genug vorangetrieben werden.
- Fremdsprachenfähige Therapeuten fehlen weitgehend.

Psychosomatische Klinikbehandlung

- Eine voll- und teilstationäre Klinikbehandlung psychosomatischer Problemstellungen wird häufig erst dann in den beiden psychiatrischen Kliniken Littenheid und Münsterlingen durchgeführt, wenn die somatischen Spitäler keine Besserung der Symptomatik mehr erreichen, die Patienten sich aber noch zu krank fühlen, um sich wieder in ihre Lebensumwelt integrieren zu können. Die Schwelle, in eine psychiatrische Klinik einzutreten, ist für die Patienten auf Grund der Stigmatisierung psychiatrischer Patienten sehr hoch, die Behandlungserwartungen dementsprechend negativ.

Muskuloskelettale Schmerzen

- Zur Prävention zunehmender psychosozialer Probleme bei chronischen Schmerzpatienten müsste eine frühzeitige, fachlich qualifizierte Betreuung auf dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Problemverständnisses organisiert werden. Eine Schlüsselstelle in diesem Ablauf kommt den Hausärzten und den primär versorgenden Spezialärzten zu.

1.21 Forensische Psychiatrie²⁶

1.21.1 Begriffe und Definitionen

Im Gegensatz zu den anderen Subspezialitäten der Erwachsenenpsychiatrie grenzt sich die forensische Psychiatrie weder durch die Natur der vorliegenden Störungen noch nach dem Lebensalter ihrer Klienten ab; vielmehr befasst sie sich in Theorie und Praxis mit den rechtlichen Belangen aller Kategorien von psychisch kranken oder gestörten Menschen. Damit wird klar, dass von den Vertretern dieser Disziplin nicht nur gute Kenntnisse unseres Rechtssystems und der relevanten Gesetzestexte, sondern auch ein fundiertes psychopathologisches Wissen über die verschiedensten psychiatrischen Störungsbilder, ihre sozialen Auswirkungen, ihren Verlauf, ihre Behandlung, etc. verlangt wird. Die Folge dieser Anforderungen ist, dass sich in der Schweiz nur wenige Ärzte als forensische Psychiater bezeichnen, obwohl dieser Titel zur Zeit weder geschützt noch durch einen speziellen Fähigkeitsausweis zertifiziert wird. Ein Curriculum 'Rechtspsychiatrie' ist jedoch in Vorbereitung.

Dem forensischen Psychiater stellen sich vielfältige Aufgaben aus dem Grenzbereich von Medizin und Rechtspflege, doch bestehen die Kerntätigkeiten in der Erstellung von Gutachten sowie im Vollzug von Massnahmen.

In diesem Kapitel ist von Begutachtungen und Massnahmen bei Erwachsenen die Rede. Die entsprechenden Daten und Fakten zur forensischen Jugendpsychiatrie sind in Kapitel 4.4. aufgeführt.

²⁶ Grosse Teile dieses Kapitels wurden von Herrn Dr. med. Thomas Knecht, Leitender Arzt des Bereichs Sucht & Forensik der Psychiatrischen Dienste Thurgau, verfasst.

1.21.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen

Bis zur Inkraftsetzung der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) der FMH existierten keine verbindlichen Richtlinien, wie forensisch-psychiatrische Fertigkeiten bei Kandidaten für den Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapie gezielt zu fördern sind. Innerhalb des Medizinstudiums wurde diese Sparte der Psychiatrie bestenfalls gestreift. Die neue WBO für Fachärzte schreibt nun eine Mindestanzahl von 10 Gutachten und 10 „eingehenden Beurteilungen“ vor. Damit sollte eine minimale Erfahrung auf diesem Gebiet sichergestellt werden, allerdings ist der Bedarf an qualitativ hochstehenden Gutachten damit in keiner Weise gedeckt. Hier und da wird sogar von einem echten „Qualitätsnotstand“ gesprochen. Ebenso beträgt die Lieferfrist für strafrechtliche Gutachten oft viele Monate bis über ein Jahr. Eine Folge dieses Missstandes ist, dass die wenigen qualifizierten Experten auf diesem Gebiet hoffnungslos überlastet sind und sich Nachwuchs kaum rekrutieren lässt. So kommt es, dass in einigen Kantonen kein einziger forensischer Psychiater tätig ist.

1.21.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierungsgrundsätze

Im Detail befasst sich die forensische Psychiatrie mit folgenden Klassen von **Begutachtungen**:

- Strafrechtliche Begutachtung hinsichtlich Zurechnungsfähigkeit, Massnahmebedürftigkeit und Rückfallgefahr
- Zivilrechtliche Begutachtung hinsichtlich vormundschaftlicher Massnahmen, Urteilsfähigkeit, u.a.m.
- Versicherungsrechtliche Gutachten
- Gutachten zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit
- Gutachten im Zusammenhang mit der Militärdiensttauglichkeit

Folgende Arten von **Massnahmevollzügen** werden in psychiatrischen und verwandten Institutionen durchgeführt:

- **Strafrechtlich:** Verurteilte Straftäter müssen sich gemäss Gerichtsurteil einer psychiatrischen (Art. 43 StGB) oder suchttherapeutischen (Art. 44 StGB) Behandlung unterziehen, welche eine Verhinderung oder zumindest Verminderung der Rückfallsgefahr zum Ziele hat. Je nach Gefährlichkeit des Täters oder Art der Störung kann eine solche Massnahme ambulant oder stationär durchgeführt werden. - Bei strafrechtlich Eingewiesenen ist die Strafvollzugsbehörde gehalten, mindestens einmal jährlich zu prüfen, ob und wann die bedingte oder probeweise Entlassung anzuordnen ist.
- **Zivilrechtlich:** Nicht nur die forensische, sondern auch die allgemeine Psychiatrie sieht sich oft vor der Aufgabe, stationäre Behandlungen im Auftrag ziviler Behörden durchzuführen, wenn gemäss Art. 397a ZGB eines der folgenden Eingangskriterien erfüllt ist: Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunk- oder andere Sucht oder schwere Verwahrlosung und wenn die erforderliche Betreuung nicht auf anderem Wege erbracht werden kann. Je nach kantonalen Ausführungsbestimmungen können sowohl die Einweisungspraxis als auch das Rekursverfahren recht unterschiedlich ausgestaltet sein. Im Kanton Thurgau kann jeder zur Berufsausübung berechnigte Arzt eine Zwangseinweisung vornehmen, wenn Gefahr im Verzuge ist. Über die Rückbehaltung hat in jedem Fall nach Antrag der Klinikleitung die Vormundschaftsbehörde am Wohnort zu entscheiden. - Seit 1996 besteht die Möglichkeit, PatientInnen vorerst nur bedingt, d.h. mit bestimmten Auflagen für eine Probezeit von maximal 6 Monaten, aus der Klinik zu entlassen.

Strafrechtliche Begutachtungen in psychiatrischen Institutionen werden vom Auftraggeber abgegolten. Die Massnahmevollzüge werden meist von den Krankenversicherern, erst in zweiter Linie von den Justizbehörden vergütet.

Die **Rechtsstellung der Patienten und Patientinnen** ist im Kanton Thurgau durch eine Verordnung des Regierungsrats vom 3. Dezember 1996 geregelt. Hierin ist insbesondere der Beizug einer Fachkommission, bestehend aus drei Mitgliedern, zur Beurteilung der ärztlichen Berichte und der Massnahmen bei zwangseingewiesenen Personen vorgeschrieben (Art. 23 und 24).

Die **Arbeitserziehungsanstalt Kalchrain** ist eine Einrichtung zur Nacherziehung, Betreuung und Ausbildung von männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen und dient dem Vollzug von

- Massnahmen gemäss Art. 91/93bis Abs. 2 und 100bis StGB
- längeren Einschliessungsstrafen gemäss Art. 95 StGB
- Vormundschafts- und fürsorgerechtlichen Massnahmen gemäss den Bestimmungen des ZGB (Art. 310, 397a-f, 406)
- Vollzug von Freiheitsstrafen in Form von Halbgefängenschaft (vom Massnahmenvollzug getrennt geführt)

Sie wird im Rahmen des Ostschweizer Konkordats für Straf- und Massnahmenvollzug vom Kanton Thurgau geführt. - Der Kanton Thurgau finanziert das Restdefizit nach Abzug der Beiträge des Bundes und der Tagestaxen.

1.21.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Neben den Universitätskantonen war der Kanton Thurgau 1993 einer der ersten, welcher in der PKM eine leitende Arztstelle für einen forensischen Psychiater einrichtete. Mittlerweile hat der betreffende Stelleninhaber die Gesamtleitung des Bereiches Sucht und Forensik inne. Seine Aufgaben bestehen einerseits in der therapeutischen Leitung der forensisch-psychiatrischen Station C2, dann aber auch in der Erstattung einer grösseren Zahl von Gutachten verschiedener Art, welche er zum kleineren Teil stationär, zum grösseren Teil ambulant erstellt. Daneben leitet er die anderen ÄrztInnen der PDT (ambulant und stationär) bei ihren eigenen Begutachtungen an, übernimmt jedoch die anspruchsvollsten Gutachtenaufträge bei Tötungs- und Sexualdelikten sowie die Beurteilung von Schwersttätern in Bezug auf ihre Rückfallsgefährdung (Prognosegutachten) selbst. Er leistet ausserdem regelmässig Beiträge zu den alljährlich stattfindenden Königsfelder Forensikseminaren, die wichtige Bausteine der Facharztweiterbildung FMH sind.

Die folgenden Tabellen geben einen Eindruck über die Anzahl der Begutachtungen aller Art in den Psychiatrischen Diensten Thurgau und im EPD Sirnach. Es wird ersichtlich, dass zwischen 5 und 10% der stationären Patienten und $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der ambulanten Patienten in irgendeiner Form begutachtet werden. (Nicht enthalten sind die Begutachtungen zu Handen der IV.) - In den letzten 5 Jahren hat sich keine eindeutige Tendenz abgezeichnet; die Auftragslage hat sich vielmehr auf hohem Niveau eingependelt, wobei die relativen Anteile der einzelnen Gutachtenkategorien von Jahr zu Jahr recht stark variieren können.

Anzahl Gutachten – nach Art gegliedert**PDT - stationär**

	Austrittsjahr					Total
	1998	1999	2000	2001	2002	
Schwangerschaftsgutachten	0	0	0	0	0	0
Militär	6	10	2	4	1	23
ZGB	10	7	6	4	2	29
StGB	13	11	20	12	19	75
StVA	7	2	2	1	1	13
andere	18	26	15	26	18	103
Total	90	103	95	108	67	463
Austritte insgesamt	889	859	963	1145	1178	

PDT - ambulant

	Austrittsjahr					Total
	1998	1999	2000	2001	2002	
Schwangerschaftsgutachten	139	153	131	173	132	728
Militär	11	13	8	18	27	77
ZGB	11	6	3	9	5	34
StGB	34	49	40	51	30	204
StVA	38	41	25	39	22	165
andere	30	50	102	126	115	423
Total	338	372	394	505	418	2027
Behandlungsabschlüsse insgesamt	1387	1377	1509	1536	1351	

EPD Sirmach

	Austrittsjahr					Total
	1998	1999	2000	2001	2002	
Schwangerschaftsgutachten	36	25	45	49	28	183
Militär	16	7	7	13	13	56
Vormundschaftsgutachten	4	1	2	1	2	10
Straf- und Zivilrechtsguta.	4	3	8	4	3	22
StVA	6	4	3	2	3	18
andere (inkl. IV)	16	16	10	21	8	71
Total	82	56	75	90	57	360

Im Massnahmevollzug gilt zum einen der Grundsatz, dass nur so lange stationär resp. im klinischen Rahmen behandelt wird, wie dies zur Erreichung des Massnahmzweckes (Verhinderung von Rückfalltaten) notwendig ist. So ist die forensisch-psychiatrische Station C2 oftmals nur das erste Glied einer Behandlungskette, wo beispielsweise Entzug, medikamentöse Einstellung, Arbeitsabklärung und –training stattfindet. Danach wird nach Möglichkeit in spe-

zialisiertere Einrichtungen des Massnahmenvollzuges verlegt. Zum andern besteht in vielen Fällen die Möglichkeit, ambulante Massnahmen an niedergelassene Ärzte abzudelegieren. Dies gilt insbesondere für triebdämpfende Medikationen von Triebtätern und für ambulante Nachkontrollen von Suchtkranken, welche oft durch Hausärzte in Zusammenarbeit mit den Suchtfachstellen vorgenommen wird. Die Möglichkeit einer ambulanten Gruppenbehandlung von erwachsenen Sexualstraftätern, die in einzelnen Fällen dringend geboten wäre, besteht im Kanton dagegen nicht.

Austritte von StGB-Massnahmepatienten (ohne Gutachten) aus der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen

	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Anzahl	28	18	17	21	20	104

Die **Arbeitserziehungsanstalt Kalchrain** bietet 60 Plätze an.

Im **Kantonalgefängnis Frauenfeld** besteht ein gefängnis-psychiatrischer Dienst durch zwei niedergelassene Psychiater.

Zusammenarbeit mit forensisch-psychiatrischen Diensten anderer Kantone:

- In allen Kantonen herrscht ein Mangel an forensisch-psychiatrischer Leistungskapazität. Universitäre forensisch-psychiatrische Dienste existieren in der Deutschschweiz lediglich in Zürich, Bern und Basel.
- Forensisch-psychiatrische Abteilungen mit Hochsicherheitsstandards gibt es vorerst nur in der KPK Rheinau sowie an der PUK Basel. Andere Kantone sind von daher genötigt, anspruchsvolle Gutachtenaufträge an ausserkantonale Stellen, vornehmlich an die universitären Dienste abzutreten, was mit erheblichen Mehrkosten und Wartezeiten verbunden ist. Dasselbe gilt oftmals für strafrechtliche Massnahmenvollzüge an gefährlichen psychisch Kranken: auch hier sind Kantone ohne entsprechend eingerichtete Klinikabteilungen auf das Entgegenkommen der besser ausgestatteten Kantone angewiesen. Da der Aufenthalt in einem Hochsicherheitstrakt bis zu Fr. 1'200.– pro Tag kosten kann, ist dies für die betreffenden Kantone natürlich ausserordentlich belastend, von den oft langen Wartezeiten und der meist nur kurzfristigen Unterbringungsmöglichkeit ganz abgesehen.

1.21.5 Trends und Problembereiche

- Für die **Bewältigung der forensisch-psychiatrischen Problemstellungen** verbleibt immer weniger Kapazität, da die Steigerung der Aufnahmezahlen das Personal der psychiatrischen Kliniken und externen Dienste überaus stark belastet. Dabei hat auch die Arbeitszeitbegrenzung für Assistenz- und Oberärzte zu einer zusätzlichen Engpasssituation geführt.
- **Forensisch geschultes Personal** zur Gutachtenerstellung und zur fachlich kompetenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung im stationären und ambulanten Bereich fehlt. So gibt es z.B. im Thurgau kein ambulantes Gruppenangebot für erwachsene Sexualstraftäter.
- Der **Suizidalität bei (Untersuchungs-) Häftlingen** wird noch nicht ausreichend begegnet, indem der gefängnispsychiatrische Dienst rechtzeitig beigezogen wird.

1.22 Ausbildung und Forschung

1.22.1 Begriffe und Definitionen

- **Ausbildung:** beinhaltet alle Aktivitäten zur Erlangung eines beruflichen Standards.
- **Weiterbildung:** beinhaltet alle Aktivitäten zur Erreichung und Entwicklung zusätzlicher Kenntnisse und Fähigkeiten für eine bestimmte Funktion. Beispiele sind im Pflegebereich die höheren Fachausbildungen, im ärztlichen Bereich die Facharztausbildungen, bei den Psychologen die Postgraduiertenausbildung z.B. zum Neuropsychologen oder Psychotherapeuten.
- **Fortbildung:** dient dem Erhalt eines einmal erlangten beruflichen Standards. Diese Aktivitäten können intern und extern stattfinden.

Eine gute Aus-, Weiter- und Fortbildung ist der beste Garant für eine gute fachliche Entwicklung und ein entsprechendes Angebot in allen Einrichtungen. Sie muss immer auf dem Hintergrund einer interdisziplinären Tätigkeit gesehen werden; hier müssen die Mitarbeiter auf einem ähnlichen Stand von Wissen und Können sein, damit die Patienten eine zeitgemässe und ausgewogene Dienstleistung erhalten. Neben dem fachlichen Wissen über Psychiatrie und Psychotherapie ist eine konsequente Beziehungsarbeit von grösster Bedeutung.

Dies gilt nicht nur für die Institutionen, sondern auch für die vor- und nachgeschalteten Dienste wie Hausärzte, praktizierende Psychiater, Beratungsstellen etc.

1.22.2 Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen

Gesellschaftliche und fachliche Entwicklungen erfordern lebenslanges Lernen. Gleichzeitig müssen institutionelle Leistungsaufträge, Zielsetzungen der einzelnen Bereiche und Stationen sowie Ziele des einzelnen Mitarbeiters berücksichtigt werden. Nur wenn all diese Zielsetzungen einigermassen übereinstimmen, kann sich eine gesamte Institution entwickeln.

1.22.3 Gesetzliche Grundlagen, übergeordnete Konzepte, Leistungsaufträge und Finanzierungsgrundsätze

Je Berufsgruppe gelten unterschiedliche **Bestimmungen der Fachgesellschaften** für Aus- und Weiterbildung.

- Für die Weiterbildung der Ärzte gelten die Richtlinien der FMH mit einem Lernzielkatalog, der jährlich überprüft wird.
- Für Pflegepersonal gelten die Richtlinien des SRK zur Ausbildung auf verschiedenen Niveaus und zur Weiterbildung für spezielle Funktionen.
- Für nichtärztliche Psychotherapeuten, Sozialdienstmitarbeiter und Kreativtherapeuten gelten die Bestimmungen ihrer Fachverbände.

Die selbstständige Berufsausübung der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten wird durch **kantonale Bestimmungen** ('Verordnung des Regierungsrats für die selbstständige Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit') geregelt.

Im Leistungsauftrag des Kantons an die Psychiatrischen Dienste Thurgau ('Firmenvertrag') wird ein **Weiterbildungsauftrag** für die Berufe des Gesundheitswesens erteilt. Innerhalb der PDT werden jährlich mit jedem Bereich, jeder Station und jedem Mitarbeiter Weiterbildungsvereinbarungen im Rahmen der B&F-Gespräche getroffen, die ihren Niederschlag im Budget finden. Die Anzahl der Aus- und Weiterbildungsstellen sowie möglicher Praktikumsstellen für verschiedene Berufsgruppen wird in den jährlichen Zielvereinbarungen mit den Bereichen festgelegt.

Ein eigentlicher **Forschungsauftrag** an die psychiatrischen Institutionen besteht nicht. Trotzdem ist die Teilnahme an nationalen Forschungsprojekten wichtig, da hierdurch die Erfahrungen in einem grösseren Rahmen ausgewertet und verglichen werden können. Forschungsvereinbarungen mit verschiedenen Hochschulen sind vor allem als begleitende wissenschaftliche Unterstützung eigener Projekte sinnvoll (Qualitätssicherung, Arbeitsgrundlagen etc).

1.22.4 Strukturen, Vergleichszahlen und Leistungen

Kooperationen bestehen bereits mit den Universitäten Basel, Zürich und Konstanz, gelegentlich auch mit den Universitäten Bern und Neuenburg.

Empfohlene Massnahmen

1.23 Gesundheitsförderung und Prävention

1.23.1 Erarbeiten eines Konzepts zur Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychischer Gesundheit für den Kanton Thurgau

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychischer Gesundheit ist in der Schweiz noch sehr jung. Erste nationale Projekte sind in Arbeit (Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz, Nationale Gesundheitspolitik Schweiz). Entsprechende Ergebnisse sollen zur Kenntnis genommen und auf den Kanton Thurgau übertragen werden. Ein langfristiges Denken im gesellschaftlichen Kontext ist notwendig, um eine ursächliche und nachhaltige Bearbeitung der gegenwärtigen Problemstellungen zu ermöglichen. Die Probleme im Gesundheitswesen erfordern neue Lösungsansätze, die sich nicht nur auf die krankmachenden Faktoren konzentrieren, sondern die effektive Förderung von Gesundheit berücksichtigen. Dazu wurden wichtige Prinzipien in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 und im Weltgesundheitsbericht der WHO 2001 festgelegt.

Das Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychischer Gesundheit im Kanton Thurgau soll folgende **allgemeine Massnahmen** zur Förderung psychischer Gesundheit enthalten:

- ***Sensibilisierung der Bevölkerung zum Thema psychische Gesundheit***

Die Bevölkerung soll über die unterschiedlichen Aspekte psychischer Gesundheit (z.B. soziale Zugehörigkeit, Umsetzen von Lebenszielen etc.) und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden informiert werden. Wird die Bevölkerung für die Wichtigkeit psychischer Gesundheit sensibilisiert, wird sie eher bereit sein, die dazu nötigen Schritte mitzutragen. Auch die Fachwelt soll zu diesem Thema Information und Weiterbildung erhalten.

Umsetzung: Vielfältige Öffentlichkeitsarbeit mit Medienkampagnen, Vorträgen und Seminaren, v.a. für Fachleute und Personen mit Multiplikatorfunktion.

- ***Aufklärungsarbeit und Enttabuisierung von psychischer Krankheit***

Nach wie vor bestehen Vorurteile und Berührungsängste gegenüber psychisch kranken Menschen. Diese Stigmatisierung kann eine rechtzeitige Behandlung verhindern bzw. erschweren.

Umsetzung: Vielfältige Öffentlichkeitsarbeit unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Kampagnen, welche Synergien ermöglichen. Begegnungsmöglichkeiten mit psychisch Kranken schaffen. Aufklärungsarbeit in Schulen und Betrieben leisten. Besonderen Stellenwert erhalten in diesem Zusammenhang die neu organisierten drei kantonalen Zweckverbände, denen bezüglich 'mental health' wichtige Projekte übertragen werden sollen.

- ***Förderung von Unterstützungsangeboten für Menschen in krisenhaften Lebens- und Übergangssituationen***

Krisenanfällige Lebenssituationen sind: Trennung, Scheidung, Alleinerziehen, Migration, Arbeitslosigkeit. - Krisenanfällige Übergangssituationen sind: Pubertät, Berufseinstieg, Heirat, Geburt der Kinder, Lebensmitte, Pensionierung und Übergang ins junge Erwachsenen- sowie ins späte Lebensalter.

Umsetzung: Zu diesen krisenanfälligen Lebensabschnitten bestehen bereits etliche Angebote, z.B. problemzentrierte Selbsthilfegruppen, Angebote der Caritas für Alleinerziehende, diverse Programme gegen Arbeitslosigkeit, Gesprächsgruppen und Aktivitäten der Pro Senectute etc. Diese Angebote sind zu koordinieren und allfällige, bestehende Lücken zu schliessen.

1.23.2 Mögliche konkrete Massnahmen im Bereich psychischer Gesundheitsförderung

- **Förderung der Früherkennung**

Für die Verbesserung der Heilungschancen psychischer Krankheiten ist der Zeitpunkt entscheidend, in welchem professionelle Abklärung resp. Behandlung geleistet wird. Zu diesem Zweck muss die Früherkennung (z.B. schizophrener Psychosen) konsequent gefördert werden.

Umsetzung: Personen mit regelmässigem Kontakt zu Risikogruppen, insbesondere Eltern, Lehrer, Arbeitgeber, Hausärzte und psychosoziale Beratungsstellen sollen geschult werden.

- **Angehörigenberatung**

Kinder psychisch kranker Eltern zeigen erhöhtes Risiko, selber klinisch relevante psychische Störungen zu entwickeln. Neben genetischen Faktoren spielt dabei die psychosoziale Belastung eine entscheidende Rolle. Ein Projekt des Bereiches Jugendpsychiatrie der Klinik Littenheid hat gezeigt, dass sich betroffene Eltern und deren Partner durch Fachleute vielfach nicht ausreichend unterstützt und beraten fühlen (vgl. V5 Kinder psychisch Kranker Eltern – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid, Schweiz, Bereich Jugendpsychiatrie). Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern, sowie eine Beratung für Angehörige psychisch Kranker können die Eskalation von krisenhaften Ereignissen sowie Folgeerkrankungen wirksam verhindern.

Umsetzung: Vernetzung bestehender Angebote, Konzept für Angehörigenberatung erarbeiten. Dazu bereits vorhandene Konzepte heranziehen, Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern schaffen.

- **Suizidprävention**

In der Schweiz sterben jährlich fast dreimal mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle. International steht die Schweiz damit an siebter Stelle der untersuchten Länder. Menschen, die Suizid begehen, sind in erster Linie Jugendliche, junge Erwachsene und Ältere. Im Vergleich zum Ausland wird in der Schweiz kaum Suizidprävention betrieben. Dringend nötig in diesem Zusammenhang ist die Aufklärung und Schulung von Fachpersonen, die mit den erwähnten Risikogruppen in regelmässigem Kontakt stehen (Ärzte, Lehrpersonen, Polizei). So organisierte Früherkennung und darauf aufbauende Interventionen sind nachweislich geeignet, Suizidraten entscheidend zu senken. Auf nationaler Ebene hat sich am 2. Dezember 2003 über vielfältige Organisationen (u.a. FMH, Pro mente sana, psychologische und psychiatrische Fachgesellschaften) unter dem Namen Ypsilon ein Kompetenzzentrum gebildet, welches Projekte im Bereich der primären, sekundären und tertiären Prävention unterstützt, sowie die Weiterbildung zum Thema fördert.

Umsetzung: Gemeinsames Engagement durch die Kliniken Münsterlingen und Littenheid, die externen Psychiatrischen Dienste, die Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (TGPP) und die kantonale Ärztesgesellschaft. Weiterbildung von Ärzten und anderen Fachpersonen, die in Kontakt mit Risikogruppen stehen.

Für alle erwähnten Massnahmen gilt, dass dabei Gesundheitsförderung und Prävention gleichermaßen zu berücksichtigen ist. Ein kantonales Konzept soll Aussagen zu den Bereichen Kinder und Jugendliche, Erwachsene und SeniorInnen machen. Wesentlich ist analog zum

bestehenden Altersleitbild eine klare Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden. In der Umsetzung soll die Fachhilfe, Freiwilligenhilfe und ganz besonders die Selbsthilfe berücksichtigt werden. Gemäss den Forderungen der Ottawa-Charta und Stiftung für Gesundheitsförderung Schweiz sollen Konzepte von Anfang an unter Partizipation der Betroffenen erarbeitet werden.

1.23.3 Projekte (über die Zweckverbände beantragt)

Projekte sollen über die Zweckverbände und die zuständige kantonale Kommission beantragt bzw. eingefordert werden. Dabei sollen Entscheidungsweg und Vergabepaxis transparent gemacht werden. Die Projekte sollen entsprechend den Forderungen der Stiftung für Gesundheitsförderung realistische, messbare und überprüfbare Zielsetzungen beinhalten und nachhaltige Wirkung zeigen, sowie unter Einbezug des Zielpublikums und Berücksichtigung des Umfeldes umgesetzt werden.

Bereits heute liegt eine Bestandesaufnahme für den Kanton Thurgau zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention vor. Vereinzelt Projekte (Bewegung und Ernährung, Gesunde Schule) werden über einen Leistungsauftrag an die Beratungsstellen für Suchtfragen realisiert. Eine kantonale Kommission entscheidet über neue Projekte.

Verlässliche Forschungsergebnisse über den Erfolg der Projekte liegen in der Schweiz noch nicht vor. Wesentlich für die Zukunft ist die Erarbeitung valider Messkriterien für die Überprüfung der Nachhaltigkeit solcher Projekte. Im Bereich der Selbsthilfe hat die nationale Fachstelle KOSCH weit angelegte wissenschaftliche Untersuchungen in Planung.

Mögliches Vorgehen: Mandatierung der Zweckverbände. Auftragserteilung durch Zweckverband an Projekt-Ausführende. Projekte sind möglichst rasch gemäss dem zu erarbeitenden Konzept zu berücksichtigen.

1.23.4 Förderung und Umsetzung bestehender Angebote, Projekte und Leitbilder

- ***Vernetzung und Bekanntmachung bestehender Angebote***

Bestehende Angebote im Bereich psychischer Gesundheit sollen bekannt gemacht und vernetzt werden.

Mögliches Vorgehen: Erhebung und Zusammenfassung der bestehenden Angebote. Newsletter zu Aktualitäten

- ***Umsetzung des Thurgauer Altersleitbilds***

Die Gemeinden sollten motiviert und gefördert werden, das Thurgauer Altersleitbild umzusetzen. Das bestehende Altersleitbild zeigt eine hohe Qualität und ist im nationalen Bericht zur psychischen Gesundheit als Modell aufgeführt worden. Problemstellungen sind umfassend aufgelistet, mögliche Massnahmen sind genannt. Allerdings fehlt vor allem auf der Gemeindeebene die aktive Umsetzung. Die Aspekte Vernetzung, Aktivitäten für SeniorInnen usw. haben hohes gesundheitsförderndes und präventives Potential, das heute noch zu wenig genutzt wird. Über die Vernetzung bzw. kommunale Altersleitbilder dürften die Problemstellungen Demenzerkrankungen, Aufbau von Tagesstrukturangeboten ebenfalls lösbar werden. (Siehe dazu die Umsetzung des Altersleitbilds der Gemeinde Münchwilen, Seniorenrat Frauenfeld.)

Mögliches Vorgehen: Auftragserteilung an bestehende kantonale Kommission und Pro Senectute. Erhebung in den Thurgauer Gemeinden der bisherigen Fortschritte, bzw. Lücken. Einsetzen eines jährlichen Preises für die „senioren-freundlichste“ Gemeinde im Thurgau.

- ***Förderung der Selbsthilfe***

Wird gesundheitsbezogene Selbsthilfe zur Krankheitsbewältigung angeboten, verbessert sie nachweislich Heilungschancen und Lebensqualität der Angehörigen und Betroffenen und leistet somit einen eigenständigen, immer bedeutungsvolleren Beitrag im Gesundheitswesen. Notwendige Voraussetzung für gut vernetzte und breit abgestützte Selbsthilfegruppen ist eine Organisation, welche den Zugang möglichst niederschwellig gestaltet sowie die Selbsthilfebemühungen in der Bevölkerung fördert, unterstützt und koordiniert. Im Kanton Thurgau wird diese Arbeit seit 20 Jahren erfolgreich vom Team Selbsthilfe unter der Trägerschaft des Vereins für Sozialpsychiatrie durchgeführt.

Mögliches Vorgehen: Erteilen eines Kantonalen Leistungsauftrages mit dem Ziel, gezielte finanzielle Beiträge an Selbsthilfeprojekte zu leisten insbesondere zur Startfinanzierung neuer Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen und psychosozialen Problemen

- **Förderung der Freiwilligenhilfe**

Die informelle und organisierte Freiwilligenhilfe stellt ein grosses, viel zu wenig genutztes Potential zur Betreuung von psychisch Kranken dar. Professionelle Dienste werden dadurch entlastet und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Im Kanton Thurgau wird die Vermittlung von Freiwilligen, sowie die Förderung und Koordination der Freiwilligenarbeit durch das Freiwilligenzentrum Thurgau und die Vermittlungsstelle Freiwillige HelferInnen für psychisch Leidende wahrgenommen. Das Freiwilligenzentrum bildet freiwillige HelferInnen in ihrem Grundkurs weiter, welche in der Folge innerhalb von Freiwilligenorganisationen (Frauenvereine, Kirchgemeinden etc.) Freiwilligenarbeit verrichtet. Die Vermittlungsstelle Freiwillige HelferInnen für psychisch Leidende rekrutiert etwa 70% der Freiwilligen aus dem Grundkurs des Freiwilligenzentrums zur Vermittlung eines Einsatzes bei Psychisch Kranken Menschen.

Mögliches Vorgehen: Erteilen eines Kantonalen Leistungsauftrages.

1.23.5 Erarbeiten eines Kinder- und Jugendgesetzes für den Kanton Thurgau

Die beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen führen zu immer komplexeren Problemstellungen bei Kindern und Jugendlichen. Entsprechende Strukturen im Thurgau sind zwar teilweise regional oder kommunal vorhanden. Die mangelnde Koordination führt indes häufig dazu, dass keine oder ungenügende Problemlösungen realisiert werden können. Ein entsprechendes Gesetz würde eine flächendeckende und effiziente Lösungsstrategie ermöglichen.

Ein Kinder- und Jugendgesetz zielt auf Verbesserung der Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen und Familien und damit eine positive Entwicklung unserer Gesellschaft als Ganzes. Das Gesetz formuliert Massnahmen im Sinne der Prävention und für den Hilfebereich. Das Gesetz fördert die Zusammenarbeit zwischen staatlichen und privaten Organisationen (Familie, Schule, Vereine, Lehrlingsausbildung, Beratungsstellen usw.).

Mögliches Vorgehen: Mittel- und längerfristig sollte ein Kinder- und Jugendgesetz für den Kanton Thurgau erarbeitet werden.

1.24 Erwachsenenpsychiatrie

Alle nachfolgend vorgeschlagenen Massnahmen haben zum Ziel:

- den im Kapitel 4.2 aufgeführten Problembereichen und Versorgungslücken wirksam zu begegnen,
- kostspielige Fehlbehandlungen zu vermeiden,
- Chronifizierung und Invalidisierung durch rechtzeitige und spezifische Therapie möglichst zu verhindern,
- durch verbesserte Zuweisungs- und Entlassungsbedingungen stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen,
- Hospitalisationsraten zu senken oder zumindest zu stabilisieren.

Diesem Zweck dienen eine Reihe von Massnahmen. Diese sollen durch eine Optimierung der ambulanten und halbstationären Strukturen eine Vorverlagerung psychiatrischer Behandlungen ermöglichen. Alle institutionellen Versorgungselemente sollen in ihrem Profil geschärft, besser vernetzt und - wo nötig - erweitert werden.

1.24.1 Notfallversorgung, Krisenintervention, Triage

Die ambulante Versorgung von psychiatrischen Notfällen wird im Kanton Thurgau fast ausschliesslich durch die vier Externen Psychiatrischen Dienste sowie durch Hausärzte resp. den allgemeinen ärztlichen Notfalldienst sichergestellt. Ein Flächen deckender, jederzeit verfügbarer psychiatrischer Dienst, ausgestaltet durch niedergelassene Fachärzte (wie in grossen städtischen Zentren üblich) wurde bis anhin nicht realisiert. Aufsuchende private psychiatrische Spitex existiert erst ansatzweise. Kriseninterventionseinrichtungen ausserhalb der beiden psychiatrischen Kliniken sind nicht vorhanden.

Als rasch erfolgsversprechende Massnahme wird eine **Erweiterung und Verbesserung der notfallpsychiatrischen Leistungen durch die vier externen Dienste** empfohlen. Die Ausgestaltung, Koordination und Organisation muss im Rahmen eines kantonalen Gesamtkonzeptes unter der gemeinsamen Federführung der PKM und PKL konkretisiert werden. Auch sollen die **niedergelassenen Fachärzte** zukünftig vermehrt in die Notfallversorgung miteinbezogen werden. Auf diese Weise soll der allgemeine ärztliche Notfalldienst von komplexen psychiatrischen Problemen entlastet, die Qualität der ambulanten Interventionen verbessert und die Zuweisungen in psychiatrische und somatische Kliniken besser indiziert werden. Die Zahl von unnötigen Hospitalisationen kann auf diese Weise substantiell verringert werden.

In der modernen Versorgungsplanung im In- und Ausland werden häufig interdisziplinär zusammengesetzte, aufsuchende **mobile Equipen** vorgeschlagen und – vereinzelt – auch bereits realisiert. Falls im Thurgau solche Einheiten aufgebaut werden, wird empfohlen, diese ebenfalls in die externen Dienste zu integrieren. Der Aufbau solcher Equipen wird zum jetzigen Zeitpunkt als nicht vordringlich erachtet, kann aber in einer späteren Phase die neu geschaffenen, den Kliniken vorgelagerten Angebote unterstützen und ergänzen. Das gleiche gilt für die psychiatrische Spitex.

International zunehmende Bedeutung erlangen als Alternative zu psychiatrischen Kliniken **Kriseninterventions-einheiten** an somatischen Spitälern. Diese haben sich vielerorts bewährt, sind aber ausgesprochen personal- und kostenintensiv. Für die geographischen Verhältnisse im Kanton Thurgau sind sie vermutlich ebenso wenig geeignet wie selbständige, von Kliniken unabhängige Kriseninterventionszentren.

Zur Verringerung von Klinikeintritten wurde in verschiedenen Kantonen, z.B. im Kanton Genf, eine Einschränkung der psychiatrischen **Zuweisungskompetenz der niedergelassenen Grundversorger** verfügt. Auf diese Weise soll gleichsam die Eintrittshürde in psychiatrische Kliniken erhöht sowie der Druck zur ambulanten oder teilstationären Behandlung verstärkt werden. Eine solche einschneidende Massnahme wäre in unserem Kanton nur unter der Voraussetzung möglich, dass gleichzeitig klinikexterne Kriseninterventionsbetten und vor allem auch spezialisierte Vorschaltambulanzen geschaffen würden. Ein solches Konzept ist selbstredend sehr kostenintensiv. Zudem darf im Kanton Thurgau mit Befriedigung festgestellt werden, dass die niedergelassenen Grundversorger einen wesentlichen Teil der ambulanten psychiatrischen Versorgung kompetent abdecken.

Aus diesem Grund sollte diese für die Triage äusserst wichtige Berufsgruppe zukünftig näher und enger miteinbezogen werden. Die beiden Kliniken werden angehalten, zu diesem Zweck ihre **Weiter- und Fortbildungsaktivitäten** für diesen Adressatenkreis zielgerichtet zu verstärken.

Die psychiatrischen Kliniken Münsterlingen und Littenheid haben in den vergangenen Monaten ihr **Anmelde- und Eintrittsverfahren** sowie die Qualität der Triage verbessert. In beiden Häusern werden die Zuweisungen ausschliesslich durch gut ausgebildete Kaderärzte entgegengenommen, überprüft und triagiert sowie Betroffene, Angehörige und einweisende Ärzte beraten und – wo möglich – alternative Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Bei grossem Aufnahmepressur helfen sich die beiden Kliniken durch Umleitungen gegenseitig aus. Diese **Kooperation der Kliniken** sollte im Dienste einer Optimierung der Bettenbewirtschaftung intensiviert werden. Eine verstärkte Vernetzung wäre vor allem dann unabdingbar, wenn die vier Externen Psychiatrischen Dienste aufgrund zusätzlicher Leistungsaufträge quantitativ und qualitativ ausgebaut werden.

Die zunehmende Überantwortung von **ordnungspolitischen Aufgaben** an psychiatrische Institutionen trägt ebenfalls zur Steigerung der Hospitalisationsraten bei. Auch wenn psychiatrische Kliniken naturgemäss psychosoziale Aufgaben auch ausserhalb strenger medizinisch-psychiatrischer Indikationen zu erfüllen haben, ist zu prüfen, ob die beiden psychiatrischen Häuser nicht gemeinsam Aufnahmekriterien festlegen, welche krasse Fehlzuweisungen möglichst verhindern. Geklärt werden muss beispielsweise hier die Frage, unter welchen Umständen gewalttätige und/oder alkoholisierte Personen zuerst in Polizeigewahrsam zu nehmen sind, bevor sie psychiatrischen Institutionen zugeführt werden; auch bei sich im Asylverfahren befindlichen psychisch auffälligen Personen sowie bei dissozialen oder straffälligen Jugendlichen besteht häufig Unklarheit bezüglich Auftragslage der Psychiatrischen Kliniken. Entsprechende polizeiliche Richtlinien sollten überprüft und angepasst werden.

1.24.2 Ambulante institutionelle Versorgung

Das bisher geltende Psychiatriekonzept hat unter anderem zum Ziel, durch die ambulanten Leistungen der vier Externen Psychiatrischen Dienste eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung sicher zu stellen, welche den Besonderheiten der einzelnen Regionen im Kanton Thurgau Rechnung trägt. Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass diesem Anliegen bereits zu einem grossen Teil und zur Zufriedenheit aller Beteiligten entsprochen werden kann. Die Dienste haben sich in ihrem Einzugsgebiet als sozialpsychiatrische Kompetenzzentren profiliert.

Für die Weiterentwicklung der ambulanten und halbstationären Versorgung sollten sie als bereits vorhandene und bewährte Strukturen zielgerichtet ausgebaut werden. Dies gilt sowohl für die **Notfallversorgung** als auch für die erweiterte **fachliche Beratung und Unterstützung sozialer und medizinischer Institutionen** im Einzugsgebiet (z.B. Wohnheime, Alters- und Pflegeheime, Pflegefamilien, Spitex, etc.) sowie im Sinne einer allgemeinen sozialpsychiatrischen **Koordinations- und Vernetzungsfunktion**. Der empfohlene patientenorientierte Ausbau der vier externen Dienste sollte unter dem Primat der Niederschwelligkeit resp. einfachen Zugänglichkeit erfolgen.

Mit dem Ziel einer möglichst frühzeitigen Diagnostik und Therapie wird angeregt, im Rahmen der Externen Psychiatrischen Dienste vermehrt **Fachsprechstunden** anzubieten, wie sie in ambulanten Institutionen anderer Kantone ebenfalls aufgebaut wurden. Dies gilt vor allem für die schwierige und kostenintensive Patientengruppe mit transkulturellen, häufig psychosomatischen Problemstellungen. Besondere Bedeutung kommt ausserdem der Früherkennung schizophrener Erkrankungen zu, welche Krankheitsverlauf und Prognose deutlich zu verbessern vermag.

Analog spezialisierten ambulanten Angeboten in der Alters- und Jugendpsychiatrie entwickeln sich auch im Erwachsenenbereich immer wirksamere **störungsbezogene Behand-**

lungsmöglichkeiten. Stellvertretend für eine grosse Anzahl von Erkrankungen seien Essstörungen, Borderlinestörungen und Selbstverletzungen sowie Angst- und Zwangsstörungen genannt. Richtig und möglichst frühzeitig angewandt haben diese spezialisierten diagnostischen und therapeutischen Verfahren einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf und führen zu einer Abnahme der Hospitalisationsnotwendigkeit.

Gleiches gilt für den **konsiliar- und liaisonspsychiatrischen Dienst**, wie er durch die externen Dienste an beiden Kantonsspitalern angeboten wird. Diese Art von Fachunterstützung in somatischen Institutionen sollte intensiviert und besser vernetzt werden. Ein solcher Dienst erlaubt eine rasche und wirksame Behandlung vor Ort. Vorschnelle Überweisungen an die psychiatrischen Kliniken und Fehlbehandlungen im somatischen Spital werden auf diese Weise seltener.

Die meisten dieser spezialisierten Fachangebote verlangen fundierte Fort- und Weiterbildung sowie regelmässige Berufspraxis. In diesem Zusammenhang ist eine Koordination sowie Fachunterstützung durch die beiden psychiatrischen Kliniken unabdingbar. Eine engere **Vernetzung zwischen stationären und ambulanten spezialisierten Versorgungsangeboten** ist deshalb dringend erforderlich.

Ein kleiner Teil der psychiatrischen Patienten nimmt einen unverhältnismässig grossen Teil der Dienstleistungen, insbesondere in den Kliniken, in Anspruch. Diese sogenannten "heavy user" können anhand der medizinischen Statistik der Kliniken identifiziert werden. Verschiedene umliegende Kantone sind zur Zeit daran, dieser Patientengruppe sogenannte **Case Manager** zur Seite zu stellen, die über die Institutionsgrenzen hinweg für längere Zeit die Koordination der Behandlung und psychosozialen Betreuung durchführen. Bereits heute arbeiten gewisse Gesundheitsschwestern der Externen Psychiatrischen Dienste im Sinne des beschriebenen Case Managements. Zukünftig gilt im Rahmen der regelmässigen Überarbeitung der Leistungsaufträge der Externen Psychiatrischen Dienste zu überprüfen, ob der Ausbau dieser Form der Integration therapeutischer und psychosozialer Massnahmen für die Betroffenen hilfreich und für die Versorgung kostensparend ist. Eine flächendeckende Versorgung mit Case Management wird zum jetzigen Zeitpunkt als noch nicht notwendig eingeschätzt, gleichwohl sollte die konsequente Vermeidung von Doppelspurigkeiten und Gegenläufigkeiten an allen Schnittstellen gefordert werden.

1.24.3 Halbstationäre institutionelle Versorgung

Bereits seit vielen Jahren wird von Fachleuten im Erwachsenenbereich übereinstimmend das Fehlen von eigenständigen halbstationären Versorgungsstrukturen im Kanton Thurgau moniert. Dabei geht es weniger um niederschwellige Tagesstätten als um psychiatrisch und psychotherapeutisch qualifizierte Akut-Tageskliniken. Da dieser Bedarf ungedeckt ist, nehmen die tagesklinischen Behandlungen in der PKM und PKL kontinuierlich zu (vgl. Kap. 4.2), und die Nachfrage wird als weiterhin steigend eingeschätzt. Diese Angebote erlauben eine Verkürzung der vollstationären Behandlung. Allerdings sollten tagesklinische Kriseninterventions- und Behandlungsmöglichkeiten vor allem ausserhalb der Kliniken ausgebaut werden.

Neue Resultate der Versorgungsforschung zeigen, dass ein namhafter Teil von Patienten in einem halbstationären Rahmen wirksam behandelt und betreut werden kann. Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie weisen in dieselbe Richtung: Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons Thurgau konnte bereits vor 14 Jahren eine Tagesklinik eröffnen. Inzwischen wurde dieses Angebot auf 25 Plätze erweitert. In Übereinstimmung mit den Erfahrungen in umliegenden Ländern hat sich gezeigt, dass eine beachtliche Anzahl von akuten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen ausserhalb des Klinikrahmens erfolgreich behandelt werden kann. Diese Entwicklung illustriert, dass sich, eine gezielte Indikationsstellung vorausgesetzt, durch dieses Behandlungssetting Klinikzuweisungen wirksam verhindern lassen. Es darf davon ausgegangen werden, dass im Erwachsenenbereich ähnliche Möglichkeiten zur Verhinderung vollstationärer Behandlungen vorhanden sind.

Als wichtigste Massnahme zur Verringerung der Hospitalisationsraten wird also die baldige Planung und der rasche Aufbau mindestens einer **Tagesklinik für Erwachsene** (ergänzt evtl. durch tagesklinische Plätze für Alterspatienten) dringend empfohlen. Von beiden Kliniken wurden bereits vor einigen Jahren Bedarfsanalysen durchgeführt und Grobkonzepte erarbeitet. Aufbauend auf diesen vorhandenen Konzepten kann - ein entsprechender Auftrag vorausgesetzt - rasch ein detailliertes Konzept mit Angaben zu Bettanzahl, Stellenplan, Kostenstruktur etc. für eine Akut-Tagesklinik mit zentralem Standort (z.B. Frauenfeld oder evtl. Weinfelden) erarbeitet und umgesetzt werden.

In erster Linie geht es um eine vorgelagerte halbstationäre Akut-Einrichtung, die anspruchsvolle diagnostische und therapeutische Aufgaben erfüllen und auf diese Weise vollstationäre Aufenthalte verhindern kann. Damit ein solches Vorschaltkonzept wirksam umgesetzt werden kann, bedarf es breiter, modulartig konzipierter therapeutischer, tagesstrukturierender und sozialtherapeutischer Angebote.

Im Rahmen des vorgeschlagenen Projektes soll eine gemeinsame Trägerschaft der PKM und PKL geprüft werden. Dadurch wird eine engere Verzahnung und Zusammenarbeit der beiden Kliniken sowie eine Verbesserung der Koordination der vier Externen Psychiatrischen Dienste angestrebt. Der Zeitraum zur Erarbeitung eines differenzierten Projektes sowie dessen anschliessende Umsetzung wird aufgrund der fortgeschrittenen Vorarbeiten mit ca. einem Jahr angesetzt.

1.24.4 Klinikbehandlung

Grundversorgung: Der Kanton Thurgau verfügt bezüglich Infrastruktur und therapeutischer Angebote in den beiden Kliniken grundsätzlich über gute Voraussetzungen in der Grundversorgung. Die Vernetzung der beiden Häuser mit ihren Externen Psychiatrischen Diensten schafft gute Bedingungen für eine Behandlungskontinuität, wie sie vor allem für schwerst- kranke psychiatrische Patienten wichtig ist. Das Hauptproblem besteht – wie in Kapitel 4.2 im einzelnen ausgeführt – in den ungenügenden ambulanten und halbstationären Therapieplätzen. Für die Kliniken sind, falls in nächster Zukunft keine geeigneten Massnahmen getroffen werden, unverantwortbare Konsequenzen zu befürchten.

Spezialversorgung: Im Verlauf der letzten Jahre haben die Kliniken Münsterlingen und Littenheid eine Reihe von Spezialangeboten (Therapien für Patienten mit Borderline-, Ess-, Angst- und Zwangsstörungen sowie für Menschen mit Depression, Sucht und sogenannten Dualdiagnosen) aufgebaut. Diese sich ergänzenden spezialisierten Angebote können von allen Einwohnerinnen und Einwohnern des Kantons unabhängig von Versicherungsstatus und Wohnort genutzt werden. In diesem Zusammenhang hat sich der Verzicht auf eine Versorgungsorganisation durch Sektorenbildung bestens bewährt. Die zukunftsorientierte Entwicklung, welche die immer knapperen ökonomische Ressourcen berücksichtigt, erfordert, dass die Angebote im Rahmen solcher Spezialversorgung möglichst eng koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Gewisse Fachdisziplinen (z.B. Forensik, stationäre Jugendpsychiatrie, bestimmte Suchterkrankungen) sollen weiterhin auf eine der beiden Kliniken beschränkt bleiben. Dafür sprechen sowohl finanzielle als auch fachliche Überlegungen.

1.25 Psychiatrische Rehabilitation

Ziel sämtlicher Massnahmen in diesem Bereich ist, dass weniger Menschen dauerhaft arbeitsunfähig werden und bleiben. Dazu müssen alle Beteiligten einen Beitrag leisten: die Politik, der Kanton, die Unternehmer, die Institutionen, die Versicherungen, die Gemeinden, die Gerichte und die Ärzteschaft. Der Regierungsrat sollte deshalb klare Rahmenbedingungen, Ziele und Massnahmen auf unterschiedlichen Ebenen für eine wirkungsvolle berufliche und soziale Integration definieren. Folgende Lösungswege werden vorgeschlagen:

Schaffung von Beschäftigungs- und Ausbildungsplätzen für Menschen mit psychischen Problemen

Wenn nicht mehr Arbeitsplätze im ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung gestellt werden können, müssen Beschäftigungs- und Ausbildungsplätze für Menschen mit psychischen Problemen geschaffen werden.

Der Arbeitsmarkt hat sich enorm verändert. Die Arbeitsplatzsicherheit und die Anstellungsbedingungen (objektbezogene Arbeit, auf Abruf, Teilzeit, befristet) haben sich zuungunsten der Arbeitnehmer verändert. Die Anforderungen am Arbeitsplatz bezüglich Flexibilität, Tempo und Können sind stetig gestiegen. Der Abbau von Arbeitsplätzen ist in erster Linie im Hilfskräftebereich erfolgt. Immer mehr Menschen können dem Druck der heutigen Arbeitswelt nicht mehr Stand halten und erkranken dabei psychisch und versuchen, teilweise mit Unterstützung der Fürsorgeämter, via IV-Antrag eine Berentung zu erwirken. Der Weg führt oftmals über Beschäftigungsprogramme. Manche sind auch völlig ohne Beschäftigung, was sich noch ungünstiger auf die psychische Gesundheit auswirkt.

Unterstützung von Firmen, die erwerbsbeeinträchtigte Menschen beschäftigen

Solche Firmen sollen nicht nur finanzielle Unterstützung oder Erleichterung erhalten, sondern auch Beratung und Unterstützung mittels Arbeitsassistenten, z.B. in der Einarbeitungsphase oder in Krisensituationen der Betroffenen.

Gezielte Ansiedlung und Förderung von Firmen im 2. und 3. Sektor

Um dem Abbau von Stellen für angelernte Arbeitskräfte zu begegnen, sollte das Amt für Wirtschaft Firmen im 2. und 3. Sektor ansiedeln und fördern, die innerhalb flexibler Strukturen differenzierte Arbeiten anbieten. Sollte dies nicht gelingen, müsste ein ergänzender, teilsubventionierter Arbeitsmarkt (Sozialfirmen), mit klaren Spielregeln für den 2. Arbeitsmarkt ermöglicht werden.

Träger müssten die Sozialversicherungen, der Kanton und die Gemeinden sein.

Beschäftigungsprogramme für Jugendliche

Immer mehr junge Menschen scheitern an den hohen und komplexen Anforderungen unserer Gesellschaft und in der Arbeitswelt. Häufig sind psychische Störungen und Substanzabhängigkeiten die Folge. Jugendliche mit psychischen Problemen werden oftmals Klienten bei der ALV, beim Sozialdienst, im Gesundheitswesen und bei der IV. Deshalb sollten für Jugendliche genügend Beschäftigungsprogramme vorhanden sein.

Entwicklung von Konzepten zum Absenzen- bzw. Anwesenheits-Management

Spätestens nach einem Monat Arbeitsunterbruch sollten im Sinne eines Unterstützungsangebots die Hintergründe dieses Arbeitsunterbruchs überprüft werden, da häufig bereits nach zwei bis drei Monaten Arbeitsunterbruch die Chronifizierung einsetzt. In Unternehmen mit einem funktionierenden Absenzen- bzw. Anwesenheits-Management-System sowie direktem Zugang zu Arbeitsmedizinern gelingt es mit sogenannten Arbeitswiederaufnahmestrategien häufig, Invalidisierung zu vermeiden.

Förderung von bedürfnisgerechten Wohnformen

Neben Wohnheimplätzen und betreuten Wohngruppen soll psychisch Behinderten ihren individuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen entsprechend vermehrt betreutes Einzelwohnen angeboten werden.

Vernetzung

Sämtliche rehabilitativen Angebote im Kanton Thurgau sollten klientenorientiert miteinander vernetzt werden. Eine kantonale Koordinationsstelle könnte hier langfristig wertvolle Dienste leisten.

1.26 Alterspsychiatrie

In den nächsten Jahren wird die Anzahl der Betagten und Hochbetagten deutlich ansteigen und somit auch die Anzahl der Demenzkranken und psychisch Kranken in diesen Altersgruppen. Damit diese ausreichend ambulant und teilstationär betreut und behandelt werden können, braucht es mehr wohnortnahe Strukturen. Diese müssen dezentral verteilt sein, um die Transportwege kurz zu halten.

Bezüglich der **Demenzabklärung** hat die PKM ihre Kapazität in der Memory Klinik seit 2001 verdoppelt. Die umfassenden Abklärungen brauchen in der Regel zwei Tage, z.T. erfolgen nach Absprache aber auch ausschliesslich neuropsychologische Abklärungen. Die PKL bietet diese Leistungen seit Herbst 2003 ebenfalls an, wobei die Abklärung nur einen Tag dauert und die Angehörigen vermehrt mit einbezogen sind. Beide Angebote ergänzen sich und decken den momentanen Bedarf an Abklärungen im Kanton.

1.26.1 Wohnortnahe tagesstrukturierende Angebote

Ziel des Ausbaus wohnortnaher tagesstrukturierender Angebote ist die Verbesserung der ambulanten Versorgung und die Entlastung pflegender Angehöriger sowie die Vermeidung oder Verzögerung von Klinik- / APH-Eintritten.

Im Kanton Zürich führen die Tageskliniken für ältere Menschen in Wetzikon, Winterthur und Männedorf je 8-12 Plätze. Die drei Tageskliniken decken ein Gebiet von je ca. 120 000-240 000 Einwohner ab. Die Benutzer kommen 1-2x/Woche in die Tagesklinik. Je nach Wochentag gibt es verschiedene Angebote für Demente, Depressive oder andere Erkrankte. Personell sind die Tageskliniken mit Pflegefachpersonen, AktivierungstherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen, Sozialarbeiter und ÄrztInnen/PsychologInnen ausgestattet. Ein Transportdienst für die Benutzer ist vorhanden. Die Kostenfrage (Übernahme des BESA Anteils durch die Krankenkassen und Selbstkostenanteil der Betroffenen) ist geklärt. - In den Tageskliniken des Kantons Zürich hat es sich offensichtlich bewährt, dass Benutzer mit verschiedensten Diagnosen diese aufsuchen und dass es „Dementen-Tage“ und „Depressiven-Tage“ gibt, wo dann je nach Diagnose ein eigenes Tagesprogramm aufgestellt wird, um die Benutzer nicht zu über- bzw. unterzufordern.

Die genannten **Tageskliniken** sind Beispiele aus einer eher ländlichen Gegend, also gut vergleichbar mit dem Kanton Thurgau. Der Kanton Thurgau hat momentan ca. 230 000 Einwohner. Das würde bedeuten, dass es neben der Münsterlinger Memory Klinik noch eine zweite alterspsychiatrische Tagesklinik mit circa acht Plätzen in einer anderen Region des Kantons braucht, wo neben den Demenzkranken auch depressiv Kranke behandelt werden können. In einem ersten Schritt wäre die Verknüpfung mit einer allgemeipsychiatrischen Tagesklinik möglich.

Die Anforderungen für den Betrieb von **alterspsychiatrischen Einheiten an den APH** einschliesslich der fachlichen Qualifikation des Pflegepersonals sind im Alterskonzept des Kantons Thurgau bereits aufgeführt. Die laufende fachliche Beratung soll durch einen Liaison-Dienst der psychiatrischen Kliniken Münsterlingen und Littenheid und ihrer EPD sichergestellt werden.

Tagesplätze in den Heimen müssen konzeptionell an die speziellen Bedürfnisse Demenzkranker angepasst sein und sollen sich an den bestehenden Konzepten für Tageskliniken, z.B. der bereits bestehenden und gut funktionierenden Memory Klinik der PKM orientieren. Tagesplätze mit eigenem Konzept für Demenzkranke gibt es bisher modellhaft im PH Weinfelden. Der Bedarf nach weiteren Angeboten in Heimen, auch zur Entlastung der Memory Klinik der PKM, ist in verschiedenen Regionen des Kantons vorhanden. Möglichkeiten der Supervision oder fachlichen Anleitung, z.B. durch die spezialisierten Pflegefachfrauen Psy-

chiarie der PKM, der PKL und ihrer EPD, sind gegeben. - Bei den depressiv Kranken besteht dagegen ein höherer Behandlungs- als Betreuungsbedarf. Spezielle Tagesplätze in Heimen braucht es für sie nur vereinzelt.

Die **Spitexorganisationen**, die bereits heute einen erheblichen Beitrag an die gesundheitliche Versorgung von Betagten mit psychiatrischen Problemen leisten, könnten in Form von Fallsupervisionen entsprechend den APH durch die spezialisierten Pflegefachfrauen Psychiatrie der EPD und durch ebenfalls entsprechend spezialisierte Psychiater unterstützt werden.

1.26.2 Konsiliardienst für Hausärzte, Liaisonpsychiatrie in Alters- und Pflegeheimen

Konsiliardienst für Hausärzte

Erste Anlaufstation für ambulante alterspsychiatrische Patienten ist im Thurgau heute immer noch der Hausarzt. Für die Verbesserung der Diagnostik und Behandlung dieser Patienten bedarf es in schwierigeren Fällen des Psychiaters.

Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und alterspsychiatrisch qualifizierten und erfahrenen Konsiliarpsychiatern in der niedergelassenen Praxis, in den EPD und in den zwei psychiatrischen Kliniken ist bei der steigenden Zahl von Alterspatienten auszubauen und zu verbessern.

Konsiliar- und Liaisondienst für APH

Im Alterskonzept des Kantons Thurgau ist die Qualitätsförderung für den Heimbereich

festgelegt. Ein wichtiger Teil der Qualitätsförderung ist der interdisziplinäre psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst. Dieser umfasst sowohl fachpsychiatrische Beratung der Heimärzte in den APH als auch Beratungen und Supervisionen des Pflegepersonals durch entsprechend qualifizierte Pflegefachfrauen Psychiatrie und spezialisierte Psychiater.

Im Alterskonzept Thurgau ist dazu bereits festgelegt, dass die beiden psychiatrischen Kliniken mit ihren EPD sich an der fachlichen Beratung, Schulung und Unterstützung in den APH beteiligen. Im Februar 2002 wurden vom Gesundheitsamt die neuen Richtlinien und Kriterien für den Heimbereich herausgegeben. Ihre Umsetzung ist weiter voranzutreiben.

1.27 Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie

In Anlehnung an Danmayr (1997)²⁷ sollen für den weiteren Ausbau des kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystems folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Integration in die allgemeine gesundheitliche und soziale Versorgung, insbesondere in die pädiatrische Versorgung.
- Ein hohes Mass an Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungs-, Beratungs- und Betreuungssystemen.
- Ein hohes Mass an Kooperation mit Systemen, die „im Vorfeld“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind, wie Kindergärten, Schulen, Jugendämter, Vormundschaftsbehörden etc.
- Eine starke Einbeziehung des sozialen Umfeldes, insbesondere der Familien, der Lehrer und der Lehrerinnen sowie der Ausbildungseinrichtungen.
- Ein hohes Mass an Interdisziplinarität in den Einrichtungen selbst.
- Ein hoher Anspruch an die Koordination der unterschiedlichen Einrichtungen und der beteiligten Berufe.

²⁷ Danmayr, E. et al.: Struktureller Bedarf in der psychiatrischen Versorgung. Sonderversorgung Kinder- und Jugend-Neuropsychiatrie (KJNP). Wien (OeBIG) 1997

- Die Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu Einrichtungen, ohne Selektionierung.
- Die Vermeidung von Hospitalisierung, soweit dies möglich ist, und ein eindeutiger Vorrang für ambulante Interventionen.

Prinzipiell soll also die stationäre Aufnahme von Kindern in speziellen Einrichtungen vermieden werden. Zu diesem Zweck ist

- die aufsuchende psychiatrische Behandlung zu intensivieren,
- die liaisonpsychiatrische Beratung pädagogischer Einrichtungen zu verstärken,
- die Zusammenarbeit mit der Pädiatrie und der Neonatologie zu verbessern,
- in der Mütter- und Väterberatung psychiatrisches Wissen einzubringen,
- bei Multiproblemfamilien wie auch bei jungen Familien Home-Treatment (assertive Community Treatment) anzubieten.

Dieses Hilfsangebot vor Ort sollte auch die Krisenintervention betreffen, damit aus den Krisen klar indizierte Zuweisungen zu Akut-Tagesklinik-Aufenthalten oder stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthalten getätigt und Fehlzuweisungen mit fürsorgerischem Hintergrund in die Psychiatrie vermieden werden.

Die Abläufe an den Schnittstellen, d.h. die Übergabe eines Kindes, eines Jugendlichen oder einer Familie von einer Institution an die andere, müssen durch Case Management, aber auch durch sorgsame und nachhaltige, fachlich-qualitätsvolle Arbeit verbessert werden.

Im Speziellen werden folgende Massnahmen empfohlen:

- Ausbau der Kapazität des Ambulatoriums mit folgenden Schwerpunkten: vermehrte Vernetzungsarbeit, Aufbau von Case Management, Ausbau von Home-Treatment, Aufbau einer kantonalen Fachstelle zur Frage des Kinderschutzes und zur Beratung der Vormundschaftsbehörden.
- Vermehrte Zulassung von Kinder- und Jugendpsychiatern und verbesserte Niederlassungsbedingungen von nichtärztlichen PsychotherapeutInnen.
- Aufbau von Spezialsprechstunden zur Betreuung junger Familien (bei Bedarf in Zusammenarbeit / Liaison mit der KKJ).
- Mutter-Kind-Behandlungen im stationären, teilstationären oder ambulanten Rahmen (in Zusammenarbeit / Liaison mit der PKM, der PKL und den EPD).
- Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern (in Zusammenarbeit mit der PKM, der PKL, den EPD und der KKJ).
- Kooperationsvertrag zwischen PKL und PKM mit exakter Schnittstellendefinition zur Behandlung von Jugendlichen mit polytoxikomanem Drogengebrauch und Substanzmittelabhängigkeit.
- Kooperationsvertrag zwischen Ambulatorium, den EPD und den Stationen der PKM (FP, frühe Psychosen) und PKL (Jugendpsychiatrie) zur Behandlung und Begleitforschung bei Psychose-Ersterkrankungen im Alter von 14 bis 24 Jahren.
- Aufbau von stationären heilpädagogisch/psychiatrischen Betreuungsplätzen für geistig behinderte, psychisch schwer erkrankte Jugendliche mit Fremd- und Selbstaggression.
- Kooperationsvertrag im Bereich der Kinder- und Jugendforensik für Glaubhaftigkeitsgutachten, strafrechtliche Gutachten, ambulante und stationäre Therapieangebote für Opfer und Täter (in Zusammenarbeit mit Jugendheimen wie z.B. Platanen- und St. Gallen und PKL Jugendpsychiatrie). In diesem Bereich Prävention durch Vorträge, Beratungstätigkeit in der Institution und interdisziplinäre Weiterbildungsangebote für in den Institutionen tätige Mitarbeiter.
- Aufbau eines übergeordneten Dachverbandes zur Sicherstellung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildung FMH, Kategorie A, zwischen KJPD und PKL – Jugendpsychiatrie

- Aufbau von Konfliktforen in den Gemeinden zur interdisziplinären Vernetzung und zur Einführung eines Case Managements.

Der Thurgau zeichnet sich durch eine hohe Anzahl relativ kleiner Gemeinden aus. Die für Kinder und Jugendliche zuständigen Organe sind häufig mit Laien besetzt. Das mangelnde Fachwissen und die fehlende Koordination und Kommunikation führt zu einem Entscheidungsvakuum, das notwendige Handlungen verhindert. Problemstellungen werden nur ungenügend bearbeitet, was zu massiven Folgekosten führt. Ein Zusammenschluss der verantwortlichen Organe zu einem Konfliktforum in den grösseren Gemeinden verbessert im Sinne des Wissensmanagement die Koordination, führt zu Wissensvermehrung und damit zu einer Optimierung der notwendigen Entscheidung. Am besten jede Gemeinde, realistisch wohl nur die grösseren Gemeinden, sollen ein Konfliktforum bilden. Dies als Ersatz für die in anderen Kantonen bekannten Jugendsekretariate. Das Konfliktforum ist ein Zusammenschluss von Vormundschaftsbehörden, Schulbehörden, Sozialamt, Lehrerschaft und allfällig weiterer in der Gemeinde vorhandenen Organisationen, die sich mit Kindern und Jugendlichen befassen. Ziel des Konfliktforums ist, Informationen zu schwierigen Kinder-, Jugendlichen- und Familiensituationen auszutauschen und gemeinsame Lösungsstrategien zu erarbeiten. Innerhalb des Konfliktforums kann die jeweils führende Person oder die hinzugezogene Fachperson zum Case ManagerIn bestimmt werden.

- Es ist darauf zu achten, dass kinder- und jugendpsychiatrisch qualitätsvolle Arbeit nur dann geleistet werden kann, wenn im Bereich der pädagogisch-therapeutischen Einrichtungen (Fürsorge, Heime, heilpädagogische Grossfamilie, Therapieheime u.a.m.) die dem Bedarf im Kanton entsprechenden Plätze vorhanden sind.

1.28 Substanzabhängigkeit

Im Jahre 2002 wurden 32% der stationären und 12% der in den EPD betreuten Psychiatriepatienten wegen einer Suchtproblematik als Hauptdiagnose behandelt. Während Jugendliche illegale Drogen bevorzugen und ein Trend zu Polytoxikomanie beobachtet werden kann, neigen ältere Personen zu Medikamenten- und vor allem Alkoholmissbrauch. Patienten mit einer Substanzabhängigkeit leiden häufig an einer psychischen Grundkrankheit (Doppeldiagnose). Ein „Kreuzzug“ gegen die Süchte hätte das grösste Einsparpotential; auf alle Fälle muss die Prävention verstärkt werden. Ein intensives Case-Management von Suchtpatienten könnte die häufigen Wiedereintritte reduzieren.

1.28.1 Massnahmen im Alkohol-/ Medikamentenbereich

Zur Prävention, Früherkennung und Frühdiagnose einer Substanzabhängigkeit muss die Schulung und Fortbildung der stationär und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der nichtärztlichen PsychotherapeutInnen intensiviert werden.

Auf folgende Risikogruppen ist ein besonderes Augenmerk zu richten:

- Jugendliche und junge Erwachsenen mit sich ändernden Konsumgewohnheiten
- Patienten im AHV-Alter
- Fremdsprachige Patientinnen und Patienten

Am 1.1.2005 tritt das revidierte Strassenverkehrsgesetz in Kraft. Die auf 0.5 ‰ herabgesetzte Promillegrenze für Alkohol, eine Nulltoleranz für Drogen und Kontrollen auch bei unauffälligem Fahrverhalten führt zu einer wachsenden Zahl von Patienten mit gerichtlichen Therapieauflagen. Die ambulanten und stationären Einrichtungen müssen überprüfen, inwieweit ein Anpassungsbedarf des bisherigen Angebots besteht. Eine Liste von Therapeuten mit Fremdsprachenkenntnissen sollte erstellt werden. Projekte der Fachstellen '*perspektive*' wie 'Top on Job' (Alkohol am Arbeitsplatz) müssen flächendeckend angeboten werden.

Bei der Planung einer stationären Behandlung müssen die beschränkten Ressourcen beachtet werden. Notfallhospitalisationen von Suchtpatienten sollten vermieden werden. Ein Ausbau der stationären Plätze für qualifizierte Entzüge und ggf. anschliessende Suchttherapien im Bereich Alkoholabhängigkeit ist bei Bedarf zu evaluieren.

1.28.2 Massnahmen im Bereich illegaler Drogen

Die Anstrengungen zur Prävention und Früherfassung des Missbrauches von illegalen Drogen müssen verstärkt werden. Die Fachstellen „*perspektive*“ haben einen entsprechenden Leistungsauftrag.

Die Methadonprogramme konnten die gesundheitliche Situation vieler Abhängiger verbessern. Bei relevanten psychiatrischen Zusatzdiagnosen ist die Behandlung oft schwierig, langwierig und durch wiederholte Therapieunterbrüche gekennzeichnet. Für dieses Klientel wird die Finanzierung von Langzeittherapien immer schwieriger, vor allem wenn die Leistungen nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Einzelne Gemeinden lehnen wegen der angespannten Haushaltslage Kostengutsprachen fast durchwegs ab. Ausserdem wird die Entscheidung über eine Finanzierung einer stationären Behandlung häufig erst nach Monaten getroffen – zu spät für eine vernünftige Therapieplanung. Die Gemeinden müssen daher zur besseren Kooperation aufgefordert werden.

Die gesellschaftliche und berufliche Integration von ehemals Schwerstabhängigen darf sich nicht in der Beantragung einer IV-Rente erschöpfen. Fürsorgebehörden sollten in Zusammenarbeit mit den stationären und ambulanten Therapeuten sowie den Arbeitsvermittlungen und der Invaliden-Versicherung nach geeigneten Wegen für eine Reintegration suchen. Auch in diesem Zusammenhang muss ein eigentliches Case-Management aufgebaut werden (siehe Kap. 5.2.).

1.29 Psychosomatik und psychosoziale Medizin

Konsiliar-, Liaison- und ambulanter Dienst:

- Die Dienstleistungen der EPD für die somatischen Spitäler und die Spezialsprechstunden sollen rasch intensiviert und ausgebaut werden.
- Es müssen Weiterbildungsangebote für die Spitalärzte zur Verfügung stehen (im KSM eingerichtet).
- Ausgebildete Dolmetscher sollen für fremdsprachige Patienten zur Verfügung stehen (Caritas).
- Fremdsprachenkundige frei praktizierende Psychiater und Therapeuten sollen für diese Tätigkeit gewonnen werden.
- Die Externen Psychiatrischen Dienste werden zu Ausbildungsstätten für den Fähigkeitsausweis 'Psychosomatische und psychosoziale Medizin'.

Psychosomatische Klinikbehandlung:

- Der Bereich Psychotherapie der PKM soll die Zusatzbezeichnung 'Psychosomatik' führen. Dazu müssen die einzelnen Leitenden ÄrztInnen den Fähigkeitsausweis 'Psychosomatische und psychosoziale Medizin' erwerben.
- Das therapeutische Angebot soll den Bedingungen der APPM angepasst werden.
- Später sollen die Stationen des Bereichs 'Psychotherapie und Psychosomatik' selbst Ausbildungsplätze für den Fähigkeitsausweis für Psychosomatik anbieten.

Muskuloskeletale Schmerzen:

- Zur **Prävention** zunehmender psychosozialer Probleme bei chronischen Schmerzpatienten sollen Hausärzte und primär versorgende Spezialärzte in psychologischen Mechanismen und einfachen Therapieansätzen geschult und kompetent werden. Sie sollen aber auch erkennen, dass sie Patientinnen und Patienten rechtzeitig (das heisst frühzeitig) der muskuloskelettalen Rehabilitation zuweisen.

- Die Behandlung komplexer Erkrankungen und Verletzungen mit muskuloskelettalen Folgen verlangt den Einsatz eines **multiprofessionellen Rehabilitationsteams**: Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation mit Fallverantwortung, Facharzt kurative Medizin (z.B. Orthopäde, Rheumatologe, Neurologe) ohne Fallverantwortung, Rehabilitationspflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Klinische Psychologie, Sozialdienst.
- Ein Angebot, das Patienten mit erhöhtem Risiko der Chronifizierung frühzeitig erfasst, triagiert und behandelt, könnte die **Inanspruchnahme von Psychiatrischen Diensten** am Ende des Chronifizierungsprozesses und die Zahl der Invaliditäts-Berentungen deutlich reduzieren.

1.30 Forensische Psychiatrie

Um den Ansprüchen der Rechtssicherheit der Patienten, der Rechtssprechung, des Massnahmevollzuges und der zivil- und versicherungsrechtlichen Bedürfnisse im Kanton Thurgau gerecht zu werden, bedarf es ausgebildeter Fachkräfte mit forensischer Erfahrung.

- Im Vordergrund steht deshalb die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Kaderärzten mit forensischem Wissen. Diese Kaderärzte sollen als psychiatrische Sachverständige auftreten und ihr Wissen an die weiterzubildenden AssistenzärztInnen weitergeben.
- Kaderärzte, vorab im ambulanten Bereich, sollen den neuen Fähigkeitsausweis 'Rechtspsychiatrie' erwerben.
- Mit den Untersuchungsgefängnissen und dem Kantonalgefängnis ist ein Kooperationsvertrag einzugehen zur Prävention der Suizidalität, die in diesen Einrichtungen immer wieder auftritt.
- Im Hinblick auf den ambulanten Massnahmevollzug ist es notwendig, für einzelne Straftäter, insbesondere für Sexualdelinquenten, gruppentherapeutische Angebote einzurichten.
- Die forensisch tätigen Mitarbeiter sollen in stetigem Kontakt mit nationalen und internationalen Fachleuten stehen, um aktuelle Entwicklungen des Fachgebiets in die tägliche Arbeit in den Institutionen einzubringen.
- Die Kooperation mit dem Kantonalgefängnis und mit den Untersuchungsgefängnissen wird verbessert, um der Suizidalität bei (Untersuchungs-) Häftlingen begegnen zu können.

1.31 Ausbildung und Forschung

Ärzte

Oberärzte und Leitende Ärzte organisieren sich die Fortbildung gemäss Richtlinien der FMH.

Assistenzärzte erhalten eine Weiterbildung entsprechend den Richtlinien der FMH mit Lernzielkatalog und Evaluation. In den PDT werden zeitliche und finanzielle Unterstützung gemäss Firmenvertrag zur Verfügung gestellt.

Unterassistenten: Für Ärzte in Ausbildung sind mehrmonatige Praktika möglich. Sie bilden die Grundlage für die Rekrutierung späterer Assistenzärzte.

Pflegepersonal

Die Ausbildung verschiedener Diplommiveaus findet in den Psychiatrischen Diensten statt nach Vereinbarung zwischen den Psychiatrischen Diensten und dem BFG.

Weiterbildungen finden gemäss Richtlinien des SRK statt, insbesondere was höhere Fachausbildungen anbelangt.

Durch gezielte Ausbildung soll auch das Pflegepersonal zunehmend in therapeutischen Funktionen eingesetzt werden können.

Nichtärztliche Psychotherapeuten

Ein eigentlicher Auftrag zur Aus- und Weiterbildung nichtärztlicher Psychotherapeuten besteht in den Psychiatrischen Diensten bisher nicht. Trotzdem soll diese Mitarbeitergruppe durch entsprechende Weiterbildung die nötige fachliche, hauptsächlich psychotherapeutische und neuropsychologische Kompetenz zugunsten der Erfüllung des Leistungsauftrags erhalten.

Als Ergänzung zu bereits bestehenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten der niedergelassenen Ärzte im Kanton haben sich zunehmend die Angebote von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten für besondere psychotherapeutische Aufgaben bewährt. Die Psychotherapeutenverordnung des Regierungsrats regelt die Bedingungen für deren selbständigen Tätigkeit. Da hier ausführliche klinische Erfahrungen erwartet werden, sollen die Institutionen (KJPD, PDT, PKL) Postgraduiertenstellen zur Verfügung stellen.

Sozialdienst

Auch hier besteht kein eigentlicher Weiterbildungsauftrag. Neben dem Bedarf an Ausbildungsplätzen (Praktika) für Sozialarbeiter in Ausbildung besteht jedoch ein grosser Bedarf an versicherungsrechtlicher Weiterbildung der Sozialdienstmitarbeiter, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Dieser Bedarf wird bereits weitgehend gedeckt.

Kreativtherapeuten

Angebote für Kreativtherapeuten in Ausbildung (Praktika) werden im Sinne der Nachwuchsförderung gemacht. Hier spielt die Zusammenarbeit mit den andern Berufsgruppen eine besonders grosse Rolle.

Fort- und Weiterbildungsangebote für Dritte

Um die psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenz auch ausserhalb der grossen Institutionen zu fördern, muss ein ausgedehntes Fortbildungsangebot im Rahmen des liaisonpsychiatrischen Dienstes an den Spitälern, für Hausärzte und praktizierende Psychiater sowie für andere Institutionen, die sich mit psychisch Kranken befassen, bestehen. Bereits heute bieten vor allem die Kliniken in Münsterlingen und Littenheid qualifizierte Fachveranstaltungen und Tagungen an, die über die Kantons- und Landesgrenzen hinaus von Bedeutung sind. Diese Angebote sollen fortgesetzt werden.

Forschung

Um die psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit vor dem Hintergrund zeitgemässen Fachwissens reflektieren zu können, braucht es die Auseinandersetzung mit andern Fachleuten, qualitätssichernde Massnahmen und kontinuierliches Lernen. Für diese Art von Reflexion sind Forschungseinrichtungen, hauptsächlich Universitäten, von grosser Bedeutung.

Neben der Teilnahme an Multi-Center-Studien in den Bereichen Psychotherapieforschung sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es Kooperationen mit Universitäten in einzelnen Projekten zur Qualitätssicherung.

Verwendetes Material

allgemein

- Psychiatrische Versorgung heute – Klaus Ernst (1998)
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986)

Schweiz

- Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz – Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen (2000?)
- Gesundheitsziele für die Schweiz (2002)
- Psychische Gesundheit – Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004)

Basel-Landschaft

- Die gegenwärtige und künftige psychiatrische Versorgung (Psychiatriekonzept; 1980)
- Folgeplanung zu Psychiatriekonzept (1991)
- Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept (2002)

Zürich / Modellregion Winterthur "Integrierte Psychiatrie Winterthur"

- Zürcher Psychiatrie – Psychiatriekonzept – Leitbild und Rahmenkonzept (1999)
- Psychiatrische Versorgung – Kenndaten (2000)
- Leistungsaufträge aus Sicht der Behörden - Seminarunterlagen (2002)

St. Gallen

- Kantonales Psychiatriekonzept (1989)

Vorarlberg

- Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg (2002)

Thurgau

- Konzept für die Psychiatrischen Dienste im Kanton Thurgau (1981)
- Der Regierungsrat des Kantons Thurgau an das Thurgauervolk! (1983)
- Kommission für Jugendfragen. Schlussbericht und Antrag (1994)
- Versorgungsauftrag für das Thurgauische Gesundheitswesen (1995)
- Leistungsauftrag für die Psychiatrische Klinik Münsterlingen (1997)
- Leitbild für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen im Kanton Thurgau (1998)
- Ergänzender Bericht zum Leitbild für die Betreuung von Menschen ... (1998)
- Alterskonzept Thurgau – Bericht (1999)
- Alterskonzept Thurgau – Ziele und Grundsätze (1999)
- Grundlagen für die psychiatrische Versorgung im Kanton Thurgau (1999)
- Rahmenkontrakt STGAG / Kanton – Leistungsauftrag (2000)
- Überprüfung 2000 des Leitbildes für die Betreuung von Menschen mit Behinderungen ... (2000)
- Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Thurgau (2000?)

- Integrierte Managed Care Thurgau IMC TG – Projektbericht (2002)
- Wo steht das Pilotprojekt IIZ des Kantons Thurgau? Soziale Sicherheit CHSS 4/2002
- Regierungsratsbeschluss betreffend Anpassung der Spitalliste des Kantons Thurgau ... (2002)
- Regierungsratsbeschluss betreffend Anpassung der Pflegeheimliste des Kantons Thurgau (2003)

Anhang

1.32 Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele sind aus der Praxis des Kinderpsychiaters Schmitter und zeigen eindrücklich die Folgen der heutigen Situation auf:

Fall 1

Der 8jährige PK wird mir im November 1997 von der Erziehungs- und Familienberatung angemeldet, an der die alleinerziehende Mutter sich wegen massiven Erziehungsschwierigkeiten leider nur sporadisch beraten lässt. Im ersten Gespräch fällt auf, wie hilflos und bedürftig die Mutter wirkt; beim Knaben besteht Verdacht auf ein frühkindliches psychoorganisches Syndrom (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom); als einzige therapeutische Massnahme wurde vom Kinderarzt zeitweise Ritalin abgegeben, mit nur unbefriedigendem Erfolg. PK ist in der zweiten Klasse und eckt in der Schule mit seinen Verhaltensstörungen immer wieder an. Im Gespräch erfahre ich, dass der Knabe jedoch schon im Kindergarten ein sehr auffälliges Sozialverhalten gezeigt hatte. Die Kindergärtnerin hatte sich bei der Mutter mehrmals über das unkonzentrierte und störende Kind, das sich sozial nicht anpassen kann, beklagt. Vor der Abklärung in meiner Praxis hat sich noch nie eine Fachstelle um die Erfassung der psychosozialen Situation des Knaben bemüht.

In der nun stattfindenden kinderpsychiatrischen Abklärung stellt sich heraus, dass dem Knaben nicht bekannt ist, wer sein Vater ist (die Mutter hält es vor ihm geheim, da sie nicht weiss, wie sie mit der Problematik umgehen soll), und dass er fälschlicherweise den momentanen Freund der Mutter als seinen Vater betrachtet. Die Mutter lebt sozial sehr isoliert, geht fast nur noch in Begleitung ihres Sohnes aus dem Hause. Im selben, relativ anonymen Block lebt eine Türe nebenan die verwitwete Grossmutter mütterlicherseits, welche ebenfalls sozial sehr isoliert ist und ihre Wohnung praktisch nicht mehr verlässt. Den Knaben lässt sie nicht mehr zu sich zu Besuch kommen, seit er ihr (wie auch der Mutter) nicht mehr gehorcht. Abends regelmässig, aber auch öfters an Wochenenden schliesst die Mutter ihren Sohn in seinem Zimmer ein (auch die Fenster sind mit Schlüssel abschliessbar), da der Knabe sonst keine Ruhe gebe, immer wieder rauskomme, Gegenstände zerstöre (z.B. Tischtücher mit der Schere zerschneide) oder durchs Fenster entweiche. Im Anschluss an die Abklärung (Diagnose: emotionale Frühverwahrlosung, ADS-Problematik, strukturelle (erzieherische) Verwahrlosung) versuchen die Erziehungsberatungsstelle und ich gemeinsam der Mutter mehr erzieherische Kompetenz und Sicherheit zu vermitteln, oder falls dies nicht in einem genügenden Masse gelingen sollte, sie dann für eine Fremdplatzierung zu gewinnen. Zudem sind wir bestrebt, ihr einen Therapieplatz bei einer weiblichen Therapeutin zu vermitteln, um ihr die Gelegenheit zu bieten, ihre traumatische Vorgeschichte aufzuarbeiten. Nach einer ersten Stunde entzieht sie sich jeglicher Behandlung.

Im Februar 2001, also 3 Jahre und 3 Monate nach der ersten Abklärung, wird mir PK erneut angemeldet, diesmal vom Sozialdienst. Jetzt soll ich einen Bericht erstellen, welcher erforderlich sei, um den Knaben in eine ausserkantonale kinderpsychiatrische Station einzuweisen. Gründe: sexuelle Übergriffe an einem etwas jüngeren Mädchen vor zwei Jahren (1999) sowie vollzogener Geschlechtsverkehr auf dem Schulareal mit einer etwa gleichaltrigen Mitschülerin (laut Aussagen des Mädchens sei sie zum Verkehr gezwungen worden; PK hätte ihr dazu die Hände gefesselt). Weitere Symptome beim mittlerweile 12jährigen Knaben waren Nikotin-Abusus, Stehlen (v.a. von Geld), Lügen, obszöne Sprache. Laut vertraulichen Berichten von Nachbarn war PK schon bei Sexspielen in Keller und Estrich ertappt worden und hätte seine Notdurft verschiedentlich in Kellerräumen verrichtet.

Da die Mutter aber mit einer Einweisung in eine kinderpsychiatrische Station doch nicht einverstanden ist und die Schule bezüglich der vorgefallenen Übergriffe auch nichts unternimmt,

verläuft die ganze Angelegenheit im Sande. Die Mutter bricht die Behandlung wieder ab. Sie kann die Probleme ihres Sohnes nicht wahrnehmen und führt stattdessen alles auf die üble Nachrede von Nachbarn und die Verführung durch die Mädchen zurück. PK geht noch lange in dieselbe Schule, wo er sein Opfer täglich sieht (welches weiterhin Mühe hat, sich von ihm abzugrenzen).

Fall 2

Der Kinderarzt meldet das 3jährige Mädchen SR zusammen mit seiner Mutter an, nachdem eine Nachbarin beobachtet hatte, dass das Kind stark geschlagen worden war und im Gesicht blute. Die Nachbarin hatte erst unter der Drohung einer Anzeige bei der Polizei eine Konsultation beim Kinderarzt veranlassen können. Dem Kinderarzt ist zudem bekannt, dass SR schon vorher durch eine Tagesmutter betreut worden ist, da die drogenabhängige Mutter nicht für das Kind sorgen konnte. Die Vormundschaftsbehörde sei über den Fall informiert, schreibt der Kinderarzt in seiner Anmeldung.

Zum Abklärungsbeginn versäumt die Mutter unabgemeldet drei Termine. Da doch eine erhebliche Gefährdung des Kindeswohles vermutet werden muss, mache ich Meldung bei der Amtsvormundschaft, welche Mutter und Kind mittels Beistandschaft betreut. Als dann die Mutter zusammen mit ihrem Töchterchen nach ca. drei Monaten zum ersten Termin erscheint, zeigt sich folgendes Bild: Die Mutter, selbst ein unerwünschtes Kind, hatte eine verwaarloste Kindheit, kam mit 13 Jahren in ein Heim, dann in eine psychiatrische Klinik, wurde von da in ein Arbeitserziehungsheim überwiesen, und lebte anschliessend für fünf Jahre auf der Gasse, war stark drogenabhängig und verdiente sich ihr Geld teilweise auf dem Drogenstrich. Dass sie mit SR schwanger wurde, bezeichnet sie als „Unfall“. Momentan hat die Mutter viele heftige Auseinandersetzungen mit ihrem Freund und fühlt sich von SR, welche sie oft für Stunden alleine zuhause lässt, überfordert. Vor allem wenn das Mädchen lange schreit, hat sie Mühe, ihre Aggressionen unter Kontrolle zu halten und schlägt das Kind des öfteren .

Bis zu ihrem 3. Lebensjahr lebte SR bei verschiedenen Pflegefamilien, wurde förmlich herum geschoben, entwickelte bereits früh starke kinderpsychiatrische Symptome (massive Ängste, v.a. vor Männern, schlägt des öfteren den Kopf heftig an eine Wand). Zur anschliessend an die Erstkonsultation dringend vorgeschlagenen Abklärung erscheint die Mutter nicht mehr. Auf Druck der Behörden, welche wiederum von mir informiert werden, kommt es ein Jahr später doch noch zu einigen Konsultationen. Im von mir verfassten Bericht zuhanden der Vormundschaftsbehörde wird dringend eine grundsätzliche Verbesserung der Betreuungssituation des Mädchens empfohlen. Nur so könne allenfalls von einer Fremdplatzierung abgesehen werden.

In der Folge kommt die Mutter einige Male zusammen mit ihrem Töchterchen in die Sprechstunde und bleibt dann ohne ersichtlichen Grund und ohne Abmeldung fern. Von der Amtsvormundschaft erfahre ich noch, dass auch von Nachbarn Gefährdungsmeldungen eingegangen sind. Dann höre ich lange Zeit nichts mehr von diesem Fall.

Im November 1999 (fast 7 Jahre nach dem letzten Kontakt) kommt es zu einer Neuankündigung, diesmal durch die momentane Pflegefamilie von SR. Ich erfahre, dass das Mädchen seit nunmehr drei Jahren in dieser Familie lebe, vorher an verschiedenen Orten untergebracht und von verschiedenen Bezugspersonen betreut worden sei, während die Mutter sich im Drogen- und Prostitutionsmilieu aufgehalten habe.

Nun ist es in der sehr engagierten und tragfähigen Pflegefamilie in letzter Zeit zu immer stärkeren dissozialen Symptomen gekommen (stehlen, lügen, sexualisiertes Verhalten etc.), so dass die Pflegeeltern sich kaum mehr zu helfen wissen. Sie beklagen, von den Behörden viel zu wenig Verständnis und Unterstützung zu bekommen und mit ihren Sorgen alleine gelassen zu werden. In der Schule war das Mädchen laut ihren Aussagen von Beginn an sehr auffällig: grosse Mühe im Sozialverhalten allgemein (Distanzlosigkeit) und in der Beziehung zu Gleichaltrigen. Oft wird sie von MitschülerInnen ausgenutzt, gehänselt und in der letzten Zeit

von verschiedenen gleichaltrigen Burschen auf dem Heimweg psychisch und physisch geplagt, ohne dass jemand mit genügender Konsequenz dagegen vorgegangen wäre.

Als ich SR nach sieben Jahren wieder sehe, ist es mir zuerst nicht bewusst, dass sie schon einmal bei mir in der Praxis gewesen ist, damals zusammen mit ihrer Mutter. Auch scheint das niemand anders (Sozialbehörden) mehr zu wissen, auch nicht, dass ich damals einen Bericht geschrieben habe.

Noch im Laufe der nun stattfindenden Abklärung kommt es in der Umkleidekabine einer öffentlichen Badeanstalt zu sexuellen Übergriffen durch den annähernd gleichaltrigen PK. Da SR sich sehr nach Zärtlichkeit und Nähe sehnt, lässt sie sich auf den Mitschüler ein. In der Schule nimmt das Mobbing gegen SR zu und in der Pflegefamilie nehmen die dissozialen Symptome zu. Dann erfahre ich, dass SR vom Mitschüler PK in der Schule zum Geschlechtsverkehr gezwungen worden ist. Ich rate den Pflegeeltern zur kindergynäkologischen Untersuchung und zur Anzeige bei der Polizei, um die Jugendanwaltschaft einzuschalten. Zur Anzeige kommt es indessen nicht, da weder Schule, noch Behörden, noch Pflegeeltern diesen Schritt machen wollen. In Absprache mit den sich völlig überfordert fühlenden Pflegeeltern wird eine Anmeldung für ein Sonderschulinternat gemacht. In der Schule „beruhigt“ sich die Situation nach einem kurzen Aufschrei wieder; man möchte den Vorfall nicht an die grosse Glocke hängen. Bezüglich des Schülers PK, der zusätzlich des Handelns mit Cannabis verdächtigt wird, denkt man zwar unter anderem an ein Sonderschulheim oder eine kinderpsychiatrische Institution, unternommen wird dann aber doch nichts.

Nach der erfolgten Anmeldung in einem Schulinternat müssen SR sowie ihre Betreuungspersonen fast ein Jahr warten, bis sie definitiven Bescheid bekommen, ob eine Aufnahme stattfinden kann oder nicht. Eine Zeit, in welcher SR (ein Kind, welches in ihrem bisherigen Leben noch nirgends hatte Wurzeln schlagen können) buchstäblich in der Luft hängt.

Schliesslich wird SR zur Erleichterung aller, nicht zuletzt ihr selbst, im Internat aufgenommen.

PK besucht neueren Informationen zufolge nach wie vor die öffentliche Schule und zwar ohne dass sich die Rahmenbedingungen seines Lebens grundsätzlich geändert hätten oder dass mindestens eine Therapie installiert worden wäre.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Fallbeispiele eindrücklich aufzeigen, wie aus kleinen Problemen grosse werden, bzw. dass mit einer konsequenten Früherfassung und einem klaren Case Management die Problembearbeitung viel wirkungsvoller und zudem kostensparend hätte erfolgen können.

1.33 Befragung der Interessengruppen: Hauptergebnisse (Lücken und Anliegen)

Im Bereich Erwachsenenpsychiatrie

- Tagesstrukturierende Angebote (Tagesstätten), mit möglichst niederschwelligem Charakter
- Ausdehnung des ambulanten Netzes (Tagesklinik, mobile Equipen) zur Verhinderung stationärer Aufenthalte oder für einen optimalen stufenweisen Austritt aus der stationären Behandlung.
- Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderungen sehen Probleme bei der adäquaten Betreuung in Krisen; zusätzlich wünschen sie sich feste Krisenplätze in Kliniken. Weiter scheint es für Menschen mit Autismus keine differenzierten Angebote zu geben.
- Innerhalb der Kliniken werden dringend mehr Einzelzimmer auf den Akutstationen benötigt

Im Bereich Psychiatrische Rehabilitation

- Von vielen Seiten wird bemängelt, dass die Zahl der differenzierten Arbeitsangebote allgemein nicht ausreicht und auch das Angebot differenzierter Arbeitsangebote in den verschiedenen Arbeitsbereichen zu gering ist.
- Es herrscht immer mehr Mangel an geschützten Arbeitsplätzen in der freien Wirtschaft. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, wird vorgeschlagen, ein Jobcoaching einzuführen. (Jobcoach als Ansprechpartner für Arbeitgeber und Arbeitnehmer)
- Im Wohnbereich wird vor allem festgestellt, dass es zuwenig betreute Wohngemeinschaften gibt. Es wäre auch wichtig, betreutes Einzelwohnen anbieten zu können (-> mit mobilen Equipen könnte beides gewährleistet werden)

Im Bereich Alterspsychiatrie

- Hier fehlt häufig das interdisziplinäre Denken und Handeln.
- Es wird eine bessere Vernetzung der Angebote gefordert.
- Es fehlen tagesstrukturierende Angebote. (Tagesstätte, Freizeitangebote)
- Die personelle Konstanz in der Betreuung wird als sehr wichtig empfunden.
- Es wird ein Ausbau und eine Erweiterung der Memory Klinik gewünscht.
- Betreutes Wohnen durch mobile Equipen, Pflege Wohngemeinschaften fehlen.
- Psychiatrisches Zentrum mit umfassendem Angebot (Beratung, Betreuung, Entlastung, Begegnung)
- Tagesklinisches Angebot fehlt.

Im Bereich Kinder und Jugend

- Geistig behinderte Kinder und Jugendliche sollen bei einer psychischen Krise problemlos Krisenintervention beanspruchen können.
- Es fehlen Plätze, die eine Eltern-Kind Behandlung ermöglichen.
- Es fehlt an direkter unkomplizierter Hilfe für Eltern und Familien mit Entlastungsmöglichkeiten.
- Es gibt zu wenig stationäre Behandlungsplätze für Jugendliche gibt.
- Es gibt im Thurgau wenig forensische Angebote und Betreuung für Jugendliche.

Im Bereich Substanzabhängigkeit

- Konstanz in der Betreuung fehlt, v.a. in den EPD.

- Es fehlt ein Angebot zum stationären Methadonentzug.
- Tagesstrukturangebote fehlen.
- Bessere Betreuung von fremdsprachigen Klienten.

Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

- Beratungsstelle psychische Gesundheit
- Informationsstelle / Präventionsstelle
- Arbeitsplatzertaltung, IIZ

Ämter und Behörden

- Interinstitutionelle Zusammenarbeit zu wenig vorhanden
- Beratungsangebote analog der Jugend- und Familienberatung
- Mangel an ambulanten Angeboten
- Tagesstrukturangebote mit Beschäftigung fehlen
- Mobile Equipen / Wohnbegleitung
- Begleitete Arbeits- und Ausbildungsplätze
- Schlupfhaus für Kinder
- Kriseninterventionszentrum
- Erweiterung des KJPD
- Familienbegleitung
- EPD ausbauen hinsichtlich Beratung und Betreuung

Therapeuten und Ärzte

- Kriseninterventionszentrum
- Tagesstrukturen ausbauen
- Ambulante und tagesklinische Angebote, mobile Equipen
- Behandlungskostenübernahme der Psychologen durch Grundversicherung (Versorgungslücke auffangen)
- Psychologen auch in den EPD, sie gewähren eine Konstanz der Betreuung, die durch die Ärzte nicht gewährleistet werden kann, da letztere die Stellen häufig wechseln. Ganz allgemein multiprofessionelle Teams in den Ambulatorien (Sozialarbeit, Pflege, usw.).
- Jugendsekretariate
- Ambulante Therapiegruppen

Hausärzte

- Psychiatrischer Notfalldienst ist für die Allgemeinpraktiker sehr unbefriedigend gelöst.
- KJPD hat Kapazitätsprobleme

Kinder und Jugendmediziner

- KJPD hat Kapazitätsprobleme

Nichtärztliche Psychotherapeuten

- Anerkennung der Leistungen der Psychologen durch die Grundversicherung
- Häufig werden Patienten, die langjährig von Psychologen betreut wurden und zur Krisenintervention in die Klinik oder in den EPD aufgenommen werden, bei der Entlassung gegen ihren Willen einem Psychiater zugewiesen, der die regelmässige Betreu-

ung aufgrund Überlastung nicht gewährleisten kann. Als Psychologe wird man nicht einmal darüber informiert.

- Fühlen sich im Behandlungsnetz nicht integriert und in ihrer Arbeit oft nicht Wert geschätzt. Hier wäre bei allen beteiligten Aufklärungsarbeit hinsichtlich der Qualität der Ausbildung von nichtärztlichen Psychotherapeuten zu leisten.
- Es fehlt ein gut ausgebautes ambulantes Netz.

Psychiater

- Lange Wartezeiten für Therapien
- Ausbau des ambulanten Netzes

Kinder- und Jugendpsychiater

- Jugendsekretariate
- Lange Wartezeiten für Therapien

Gemeinsame Anliegen bereichs- und berufsgruppenübergreifend

- Case Management
- Mobile Equipen
- Tagesklinik
- Tagesstruktur
- Interdisziplinäre und Interinstitutionelle Zusammenarbeit
- Kundenbefragung

Vorprojekt Psychiatrieplanung 2012

Ziele für die Entwicklung
Bericht zur aktuellen Situation
und Anträge der Psychiatriekommission

30. November 2009

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung, Versorgungsstrukturvarianten und Anträge	3
2	Einleitung	4
2.1	Präambel	4
2.2	Auftrag	5
2.3	Aufbau- und Ablauforganisation des Projekts	6
3	Grundlagen und Ziele	6
3.1	Grundsätze	6
3.2	Demographische Entwicklung im Thurgau	7
3.3	Epidemiologie psychischer Störungen	8
3.4	Übergeordnete Ziele für die Entwicklung im Thurgau	11
4	Veränderungen seit 2004, Problembereiche und Entwicklungsbedarf	13
4.1	Gesundheitsförderung und Prävention	13
4.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie	17
•	Eltern-Kind-Station: In Zusammenarbeit mit Erwachsenenpsychiatrie und Pädiatrie wurde neu ein stationäres Behandlungsangebot für Kinder, null- bis fünfjährig, zusammen mit den psychisch kranken Elternteilen aufgebaut.....	17
•	Aufsuchende Therapien: Seit 2007 wurde ein aufsuchendes Intensivangebot für zwölf- bis siebzehnjährige Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens aufgebaut, die Multisystemische Therapie MST, mit sechzehn bis zwanzig Behandlungsplätzen.	17
•	Jugendbereich der Clenia Littenheid: Hier existiert ein hoch spezialisiertes stationäres Angebot für Jugendliche mit einer überregionalen Kapazität von 32 Plätzen, verteilt auf drei Stationen. Damit ist die stationäre Versorgung von Jugendlichen im Thurgau gut gewährleistet. Dieses spezialisierte stationäre Angebot bietet einen qualitativ hochstehenden Rahmen zur Behandlung von schweren psychiatrischen Erkrankungen bei Jugendlichen. Spezialisierte Angebote werden aktuell ausgebaut: Trauma-Folgestörungen, dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A). Littenheid hat bereits eine Tradition der Arbeit für Kinder von psychisch kranken Eltern und ist daran, diese modellhaften Projekte dauerhaft einzuführen.....	17
	Behandlungskapazitäten im Kanton: Frei praktizierende Kolleginnen und Kollegen	17
	Bedarfsabschätzung anhand der Fallzahlen der Jahre 2006 bis 2008:	18
	Epidemiologische Einordnung.....	18
	Problembereiche.....	19
4.3	Erwachsenenpsychiatrie	22
4.4	Psychiatrische Rehabilitation.....	29
4.5	Alterspsychiatrie	31
4.6	Substanzabhängigkeit.....	32
4.7	Psychosomatik und psychosoziale Medizin	33
4.8	Forensische Psychiatrie	34
4.9	Ausbildung und Forschung.....	35
5	Handlungsfelder und Versorgungsstrukturvarianten	36
6	Monitoring und Qualitätssicherung.....	40

1 Zusammenfassung, Versorgungsstrukturvarianten und Anträge

Ausgehend von den Richtlinien der Gesundheitsdirektorenkonferenz, die den Ausbau der ambulanten und aufsuchenden Behandlung fordern, und den im Psychatriekonzept Thurgau (2004) festgestellten Verbesserungspotenzialen in der psychiatrischen Versorgung der Thurgauer Bevölkerung, wird eine Planungsgrundlage vorgelegt, die den für 2012 zu erwartenden Änderungen in der Spitalfinanzierung Rechnung trägt.

Seit 2004 sind einige erfreuliche Entwicklungen zu verzeichnen, die auf die damals getroffenen Massnahmen zurückgeführt werden können. So konnte beispielsweise die Zunahme der stationär erbrachten Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie gedämpft werden und das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot in Richtung ambulanter und aufsuchender Behandlung ausgebaut werden. In der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie stösst die positive Entwicklung jedoch an Grenzen, da die stationär erbrachten Leistungen gegenüber den ambulanten Leistungen eher kostendeckend abgegolten werden.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton ist dagegen bereits konsequent auf aufsuchende und ambulante Strukturen ausgerichtet und beinhaltet Modellprojekte. Damit sind wichtige Vorgaben der Leitlinien der Gesundheitsdirektorenkonferenz erfüllt. Die thurgauische Politik, international anerkannte Modellprojekte mit departementsübergreifender Unterstützung einzuführen, bringt den Kanton in der Schweiz in eine Vorreiterposition. Das geplante Modellprojekt der multisystemischer Therapie im Bereich vernachlässigende und misshandelnde Familien MST CAN ist ein entsprechendes Projekt. In Abstimmung mit der Kommission für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht empfiehlt sich schwerpunktmässig ein Ausbau im Bereich der frühen Kindheit. Je früher psychische Erkrankungen erkannt werden, umso weniger invasiv die Therapie und umso besser die längerfristige Prognose. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht eine Familienpolitik, die der Pflege des Humanvermögens eine große Bedeutung gibt. Kinder entwickeln wichtige menschliche Grundfähigkeiten in einer wertschätzenden familiären Umgebung, die all den wichtigen Dingen im Leben in einer gemeinsamen Beziehung eine Bedeutung gibt. Die kinderpsychiatrische Versorgung sollte in Zukunft noch raschere Zugänge erlauben und Wartezeiten möglichst reduzieren. Durch verbessertes Screening über Vorsorgeuntersuchungen bei Hausärzten, Pädiatern und Schulärzten sowie über das Umorientieren von schulärztlichen Untersuchungen hin zu psychischen Erkrankungen kann ein verbesserter Zugang ebenfalls unterstützt werden. Die Zusammenarbeit mit den niedrig schwelligen Beratungsangeboten, wie beispielsweise dem Gemeindezweckverband *Perspektive Thurgau*, soll weiter ausgebaut werden, was auch dazu dienen kann, die Früherfassung von psychischen Erkrankungen, insbesondere im Jugendalter, weiter zu optimieren.

Im vorliegenden Bericht wird der Aufbau von Versorgungsstrukturen empfohlen, die eine weitere Verlagerung der psychiatrischen Behandlungen in den ambulanten und aufsuchenden Bereich fördern sollen. Voraussetzung für den Aufbau solcher Strukturen wird es sein, dass die Leistungen auch bei einer gänzlich anderen Arbeitsweise der psychiatrisch tätigen Fachkräfte kostendeckend erbracht werden können. Hier sind die Kostenträger gefordert, sich an Lösungen zu beteiligen. Insgesamt muss der vom Kanton zur Verfügung gestellte Betrag für Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung im psychischen Bereich wachsen, da die Thurgauer Psychiatrie – insbesondere im Bereich der Prävention und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – in besonderen Fällen auch Aufgaben übernimmt, die üblicherweise dem privaten (Familien-) und dem sozialen Bereich zuzuordnen sind, die sich aber volkswirtschaftlich und langfristig gesehen kostenreduzierend auswirken.

Das wichtigste Handlungsfeld im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist die gezielte Unterstützung der Familien in der frühen Entwicklung der Kinder, um ihnen einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen. Ergänzt werden die universellen Massnahmen durch indizierte und selektive Präventionsmassnahmen bei Risikokonstellationen.

Die wichtigsten strukturellen Veränderungen in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie werden im Aufbau von Abklärungs- und Triagezentren sowie in der Bildung von mobilen Equipen gesehen.

Die Psychiatriekommission stellt nach Abschluss des Vorprojekts „Psychiatrieplanung“ folgende Anträge an RR B. Koch, Vorsitzenden des Steuerungsausschusses des Projekts Spitalplanung 2012:

- die Zustimmung zu den vorgezeichneten Entwicklungslinien und
- grünes Licht für den Start des Hauptprojekts mit geschätzten Projektkosten von CHF 30'000, mit folgenden Schwerpunkten:
- Aufbau eines Casemangements, beheimatet im Gemeindezweckverband *Perspektive*
- Aufbau eines Aufnahme-, Krisen- und Abklärungszentrums (AAZ) für Erwachsene
- Aufbau eines Kriseninterventionszentrums für Jugendliche mit der Möglichkeit von mobilen Equipen
- Aufbau von mobilen Equipen für nachhaltige ambulante Behandlungen von schwer psychisch erkrankten Personen, Nachbehandlung nach psychiatrischen Hospitalisationen, Notfallbehandlungen bei noch ungeklärtem längerem Behandlungsbedarf
- Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit mit Programmen wie: Nurse-Family-Partnership und dem Ulmer Modell „Guter Start ins Kinderleben“
- Beratungsstellen für Kleinkindererziehung im Rahmen der Familienberatungsstellen bei dem Gemeindezweckverband *Perspektive*
- Ausbau des Psychiatriespitex
- Finanzielle Stärkung der Selbsthilfegruppen
- Ausarbeitung eines Suchtkonzepts Thurgau
- Auf- / Ausbau eines Angebots für 12 bis 18 Langzeitpatienten

Im Hauptprojekt (2010-2011) sollen die genannten Entwicklungslinien im Detail ausgearbeitet werden, indem neue Prozesse der Leistungserbringung beschrieben, die Nahtstellen definiert und mit den Leistungserbringern grobe Mengengerüste für die verschiedenen Leistungsarten vereinbart werden.

2 Einleitung

2.1 Präambel

Die psychische Gesundheit und Lebensqualität der Schweizer Bevölkerung wird durch den beschleunigten sozialen Wandel unserer modernen Gesellschaft zunehmend beeinträchtigt. Dies führt seit einigen Jahren zu einer erheblichen Zunahme der psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit sowohl im ambulanten als auch stationären Rahmen. Psychische Störungen gehören mittlerweile zu den häufigsten Krankheiten überhaupt und führen zu massiven Beeinträchtigungen im Alltag und Beruf bis hin zu Invalidisierung und Suizid. Diese Entwicklung muss aufhören lassen. Gesundheitspolitiker, psychiatrische Fachpersonen sowie Betroffene und ihre Angehörigen sind gleichermaßen aufgefordert, sich mit den zugrunde liegenden gesellschaftlichen Ursachen auseinander zu setzen.

In den letzten Jahren wurden gesamtschweizerisch in der Erhebung relevanter Zahlen zur psychischen Gesundheit weitreichende Fortschritte gemacht, so beispielsweise im Bereich der demographischen Entwicklung, unterschiedlicher Belastung von Männern und Frauen sowie be-

treffend Risikogruppen. Nach wie vor fehlen indessen differenzierte Forschungsdaten zu vielen psychischen Störungen sowie namentlich zu deren Krankheitsursachen. Besonders gross ist die Unkenntnis über relevante gesellschaftliche Einflussfaktoren auf public mental health. Laufende Veränderungen in der Arbeitswelt, im Freizeitbereich, im sozialen und familiären Beziehungsbe- reich führen offensichtlich bei einem zunehmenden Anteil der Bevölkerung zu Überforderungs- reaktionen mit psychischen und psychosomatischen Symptombildungen. Vor dem Hintergrund dieses bedeutungsvollen gesellschaftlichen Wandels ist es den Mitgliedern der Psychiatrie- kommission TG ein grosses Anliegen, in ihrer Arbeit im Projekt Spitalplanung 2012 diesem ge- sellschaftspolitischen Kontext gebührende Aufmerksamkeit zu widmen. Konkret wird es darum gehen, für die unterschiedlichen Patientengruppen je nach Geschlecht, Alter, Volkszugehörig- keit, Sozialstatus, Arbeitsfähigkeit, Invaliditätsgrad etc. geeignete patientenorientierte Versor- gungsangebote vorzuhalten. Im Kern geht es also um die Frage: Unter welchen Umständen der modernen Arbeits- und Lebenswelt wird welcher Patient mit welcher Behandlungsmethode von welchen Fachpersonen in welchem Setting optimal behandelt? Dabei soll in der Versorgungs- planung den geographischen, kulturellen, politischen und volkswirtschaftlichen Gegebenheiten unseres Kantons besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Zielführende Therapieansätze sind in der Behandlung einzelner psychiatrischer Patienten nicht immer einfach zu finden und erfordern manchmal Geduld und Langmut. Problemlösungen auf übergeordneter psychiatrischer Versorgungsebene sind - nicht zuletzt bedingt durch die Kom- plexität der aktuellen gesellschaftlichen Veränderungen - besonders schwierig und anforde- rungsreich. Die Mitglieder der Psychiatriekommission sind sich dieser Herausforderung durch- aus bewusst. Bei aller Unterschiedlichkeit der Interesselage vertrauen sie indessen darauf, durch gute Konflikt- und Diskurskultur sowie den konstruktiven Einbezug möglichst vieler Betei- ligter das Psychiatriekonzept 2004 im Rahmen des bevorstehenden Hauptprojektes erfolgreich zu überarbeiten und auf neue, zeitgemässe Grundlagen stellen zu können.

2.2 Auftrag

Mit Regierungsrats-Beschluss Nr. 305 vom 07. April 2009 wird das Departement für Finanzen und Soziales beauftragt, die Einführung der Spitalplanung 2012 vorzubereiten.

Mit Schreiben vom 10. August 2009 erteilt die Amtschefin des Gesundheitsamtes, Frau Dr. S. Schuppisser Fessler, einen Auftrag an die unten aufgeführte Projektgruppe mit folgenden Ziel- setzungen:

...

Die Erbringer psychiatrischer Dienstleistungen im Kanton Thurgau erarbeiten bis Ende 2010 ei- ne gemeinsame Grundlage für die neue Spitalplanung Psychiatrie, die ausdrücklich neben der vollstationär erbrachten auch die ambulant und aufsuchend erbrachten Leistungen inkl. Akut- Tages- / Nachtkliniken einbezieht. Oberstes Gebot für die Weiterentwicklung der psychiatri- schen Versorgung im Kanton Thurgau ist die Orientierung am erwarteten Bedarf (Patienten- / Fallzahlen) und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Der Bedarf wird in nach- vollziehbaren Schritten ermittelt, namentlich gestützt auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (KVV SR 832.10).

Meilenstein 30.11.2009

Die Mitarbeitenden im Vorprojekt erarbeiten bis Ende 2009 die Grundsätze der neuen Spitalpla- nung Psychiatrie auf der Grundlage des für 2009 zu aktualisierenden Psychiatriekonzepts Thur- gau (2004), der Evaluation der ambulanten Angebote (Akut-Tageskliniken, MST), den Modell- programmen der GDK und den OBSAN Studien zur Psychiatrie. Gesundheitsförderung ist zwin- gend einzubeziehen. Die Schnittstellen zu den sozialen Diensten und zu der niedergelassenen Ärzteschaft (Grundversorgung, Fachärzte Psychiatrie) und Spitex sind zu definieren.

...

2.3 Aufbau- und Ablauforganisation des Projekts

Folgende Personen arbeiteten im Vorprojekt in der Projektgruppe mit:

- Dr. Ulrike Borst (Projektleitung)
- Dr. Gerhard Dammann, Spitaldirektor, Psychiatrische Dienste Thurgau
- Ruth Dudli, Gemeinderätin Weinfelden Ressort Soziales, Sozialarbeiterin
- Dr. Markus Huber, FMH Psychiatrie und Psychotherapie
- Judith Hübscher, Beauftragte Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht
- Dr. Bruno Rhiner, Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Thurgau
- Dr. Roland Russi, FMH Allgemeine Medizin Weinfelden
- Dr. Mathias Wenger, Kantonsarzt Stv.
- Urs Zürcher, Leiter Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement, Clenia Psychiatrische Klinik Littenheid

Im Vorprojekt wurden übergeordnete Ziele für die psychische Gesundheit und die psychiatrische Versorgung im Kanton Thurgau, die bereits im Psychiatriekonzept von 2004 formuliert waren, aktualisiert. Je Bereich wurden Veränderungen der Situation zwischen 2004 und 2009 an Hand relevanter Daten dargestellt, weiterhin bestehende Probleme und der Entwicklungsbedarf aufgelistet. Im Hinblick auf die neue Spitalplanung ab 2012 wurden allgemeine Lösungsvorschläge ausgearbeitet, die die bisherigen Finanzierungsgrundsätze mit der Begünstigung stationärer Behandlungen aufheben und geeignet sind, Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der psychischen Gesundheit voranzutreiben, ambulante inklusive aufsuchender Behandlung zu fördern und insgesamt die Versorgung zu verbessern.

Die regierungsrätliche Psychiatriekommission, bestehend aus folgenden Mitgliedern

- Dr. Mathias Wenger, Kantonsarzt Stv. (Präsident)
- Dr. Markus Binswanger, Chefarzt, Clenia Psychiatrische Klinik Littenheid (Vorsitz)
- Dr. Gerhard Dammann, Spitaldirektor, Psychiatrische Dienste Thurgau
- Ruth Dudli, Gemeinderätin Weinfelden Ressort Soziales, Sozialarbeiterin
- Kurt Fischer, Leiter Geschützte Werkstatt Brüggl
- Dr. Markus Huber, FMH Psychiatrie und Psychotherapie
- Regula Lüthi, Pflegedirektorin, Psychiatrische Dienste Thurgau
- Dr. Bruno Rhiner, Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Thurgau
- Dr. Roland Russi, FMH Allgemeine Medizin
- Dr. Beat Schmitter, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Urs Zürcher, Leiter Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement, Clenia Psychiatrische Klinik Littenheid

nahm die Ergebnisse der Projektgruppe am 12. November 2009 entgegen und unterbreitete sie nach weiterer Bearbeitung dem Regierungsrat zur Entscheidung.

3 Grundlagen und Ziele

3.1 Grundsätze

Die im Psychiatriekonzept von 2004 formulierten Prämissen und Leitsätze sind Ausdruck eines weithin anerkannten biopsychosozialen Krankheitsverständnisses und Menschenbilds, das von den Kommissionsmitgliedern und Projektmitarbeitenden geteilt wird und auch für die Folgeplanungen Bestand haben.

Auch die Aussagen des Psychiatriekonzepts von 2004 zum Stellenwert der Psychotherapie in der Psychiatrie haben weiterhin Bestand. Entgegen dem allgemeinen Trend, die Behandlungs-

dauern auf ein Minimum zu verkürzen, wird hier der zeitaufwändige Aufbau einer therapeutischen Beziehung als integraler Bestandteil einer psychiatrischen Behandlung und somit als wichtig für die Genesung angesehen. Das heisst allerdings nicht, dass die Behandlung stationär erfolgen muss.

Darüber hinaus gelten folgende Leitsätze:

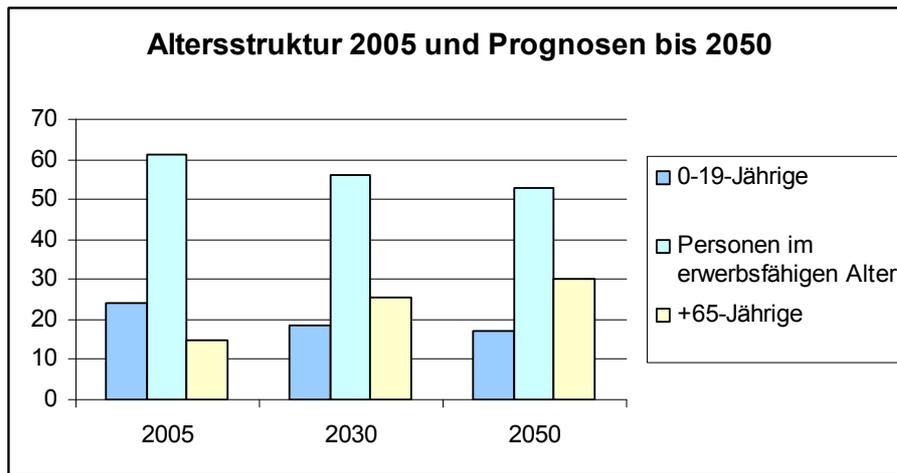
- *Patientenorientierung*: Die psychiatrischen Angebote sollen so ausgestaltet sein, dass der einzelne Betroffene seinem Anliegen gemäss behandelt werden kann. Dabei sollen psychiatrische Einrichtungen auch besonderen Bedürfnissen gerecht werden, insbesondere solchen, die mit dem Geschlecht, dem Lebensalter, dem kulturellen Hintergrund oder dem körperlichen Gesundheitszustand zusammenhängen.
- *Systemische Orientierung*: Die Angebote berücksichtigen immer das familiäre und soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten. Schutzfaktoren, die aus dem Umfeld stammen, werden gefördert, Risikofaktoren gemindert. Familien werden, wann immer möglich, konkret und im direkten Kontakt unterstützt.
- *Ressourcenorientierung und Mitwirkung*: 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.
- *Erreichbarkeit*: Das therapeutische Angebot soll möglichst leicht und innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein. Notfalleinrichtungen sollen rund um die Uhr zur Verfügung stehen.
- *Koordination*: 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.
- *Subsidiarität*: 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.
- *Betreuungskonstanz*: Durch die Verbesserung der Betreuungskonstanz soll es vor allem bei rezidivierend- oder chronischkranken Patientinnen und Patienten zu weniger Abbrüchen und Wechseln in der Betreuung kommen.

3.2 Demographische Entwicklung im Thurgau

Die Bevölkerung des Kantons Thurgau nimmt seit Jahren stetig und stärker als in den meisten anderen Kantonen zu. Die Zahl der Kinder bis 9 Jahre ist seit 1995, die der 10- bis 19-Jährigen seit 2003, der jungen Erwachsenen bis 34 Jahre seit 1993 rückläufig. Die Zahl der Einwohner ab 50 Jahre hat in den vergangenen Jahren zugenommen und wird auch weiterhin zunehmen. Die folgende Graphik zeigt die Entwicklung und die Prognose bis 2050, unterteilt in die Altersklassen 0-19, 20-64 und 65+.

Entwicklung der Altersstruktur von 2005-2050 (Prognose)¹

¹ Quelle: BFS 2007 in Konzept für eine koordinierte Kinder-, Jugend- und Familienpolitik des Kantons Thurgau 2009

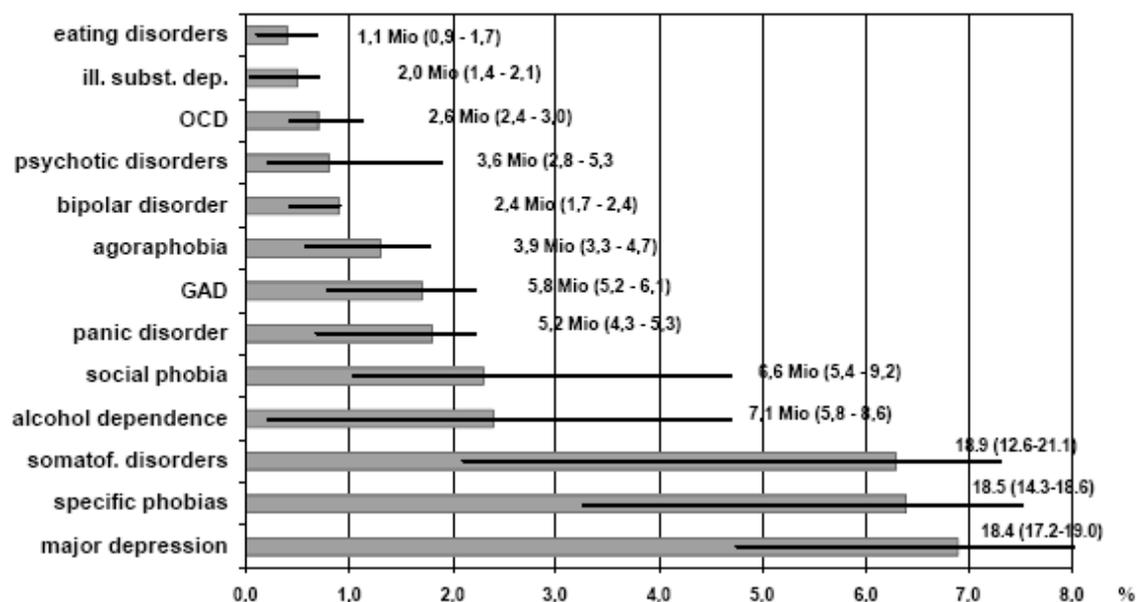


3.3 Epidemiologie psychischer Störungen

Gemäss älteren epidemiologischen Studien an repräsentativen Stichproben beträgt die Jahressprävalenz der seelischen Störungen mit Krankheitswert bei erwachsenen Personen insgesamt 20 bis 25%. Etwa 18% sind als 'leichter' bzw. behandlungsbedürftig durch den Allgemeinarzt einzustufen, 6% als 'schwerer' bzw. behandlungsbedürftig durch den Spezialarzt und 0.4% als 'schwer' bzw. psychiatrisch hospitalisierungsbedürftig (Dilling et al. 1984).

Eine neuere Metaanalyse aller zwischen 1990 und 2004 veröffentlichten europäischen Studien zur Epidemiologie psychischer Störungen berücksichtigte die Ergebnisse von 27 Studien aus 16 Ländern, darunter zwei Studien aus der Schweiz, und Daten von insgesamt 150'000 Befragten.²

Psychische Störungen in der EU: Wieviele Menschen sind betroffen?



² Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Europ Neuropsychopharmacol* 15(4), 357-376

(OCD = Zwangsstörungen, GAD = generalisierte Angststörung)

Hinzu kommen die Persönlichkeitsstörungen mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 1 bis 2 %.

In der Studie von Angst et al. (2005)³, die ebenfalls in die Metaanalyse von Wittchen & Jacobi aufgenommen worden war, waren die Lebenszeit-Prävalenzen, errechnet aus der 20-Jahres-Kohorte, im europäischen Vergleich eher hoch. Folgende Behandlungsprävalenzen wurden für über- und unterschwellige psychische Störungen erhoben:

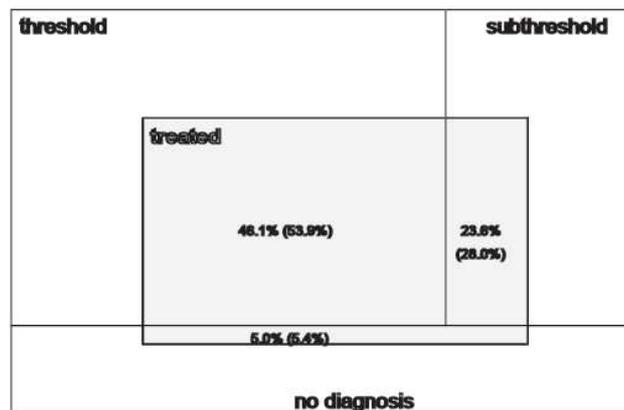


Figure 2. - Proportion of treated subjects among cases of lifetime threshold, subthreshold and diagnosis-free cases. (Proportions are higher if tobacco dependence/abuse is included (numbers in brackets)).

Für den **Thurgau** mit 240'000 Einwohnern sind demnach pro Jahr 41'400 leichter kranke Personen, 13'800 schwerer kranke und 920 schwer kranke Personen zu erwarten.

Subjektive psychische Belastung der Schweizer Bevölkerung: Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2002⁴ ist der Anteil von Personen, die unter leichten psychischen Störungen leiden, gegenüber 1997 um bemerkenswerte 10% gesunken.

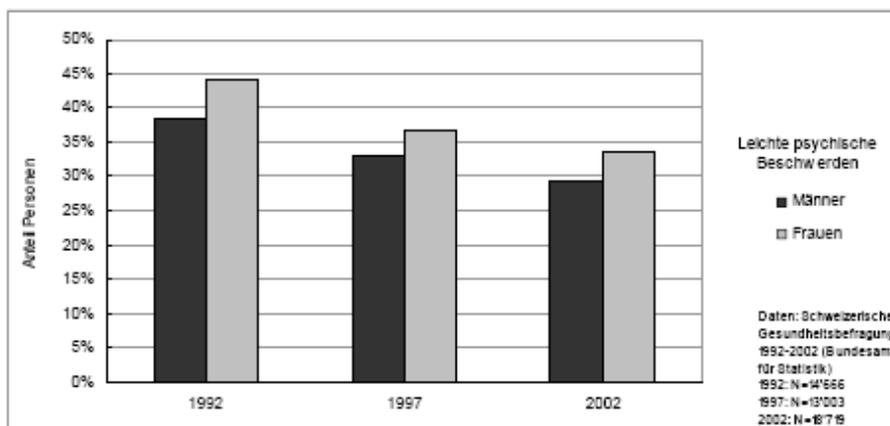


Abb. 3.2 Leichte psychische Beschwerden nach Geschlecht, 1992–2002

Psychisch Kranke in der Primärversorgung, im Spital und in den Sozialdiensten: Wahrscheinlich hat sich an folgenden Aussagen des Psychiatriekonzepts 2004 nichts geändert: Personen mit psychischen Störungen weisen eine höhere Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen auf; man kann davon ausgehen, dass 20 bis 30% der Patienten beim Allgemeinmedizi-

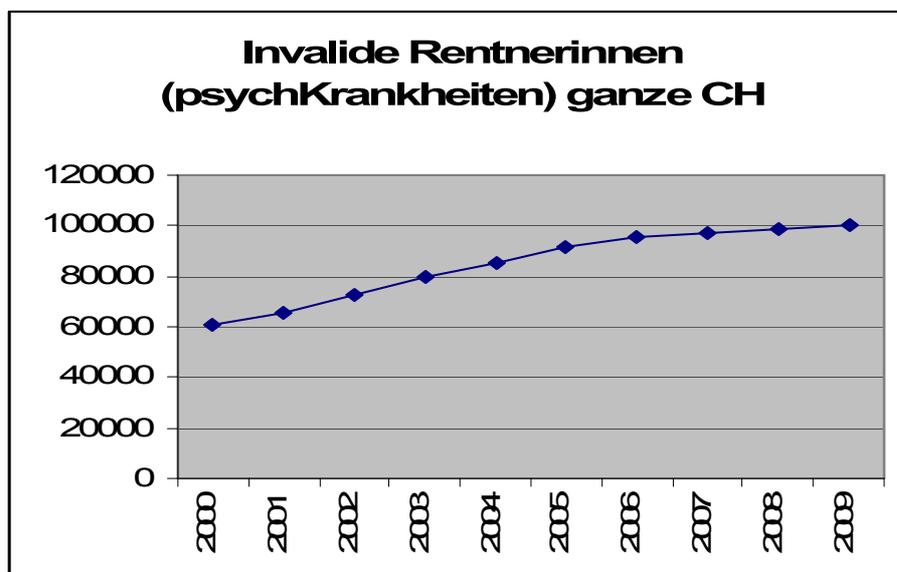
³ Angst, J. et al. (2005): Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(2), 68-76

⁴ <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.98585.pdf>

ner unter psychischen Störungen, vor allem Depressionen, Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit leiden. Auch bei Spitalpatienten ist die Rate der psychiatrischen Erkrankungen erhöht (30 bis 50%; besonders häufig Demenzen, Alkoholabhängigkeit und akute Belastungsreaktionen). Sozialämter der Gemeinden haben bei etwa einem Drittel ihrer Klienten mit psychischen Störungen zu tun

Chronisch psychisch Kranke: Wegen unklarer diagnostischer Kriterien liegen keine epidemiologischen Daten vor. Von einer Prävalenz von 2 bis 3% der erwachsenen Bevölkerung ist auszugehen. Das wären im **Thurgau** 4600 bis 6900 Personen, für die ein spezieller Bedarf an psychiatrisch-rehabilitativen Leistungen besteht. Durch die Tatsache, dass im Thurgau viele Menschen mit Behinderungen betreut werden, die andere Heimatkantone haben, dürfte die Zahl aber noch deutlich höher sein.

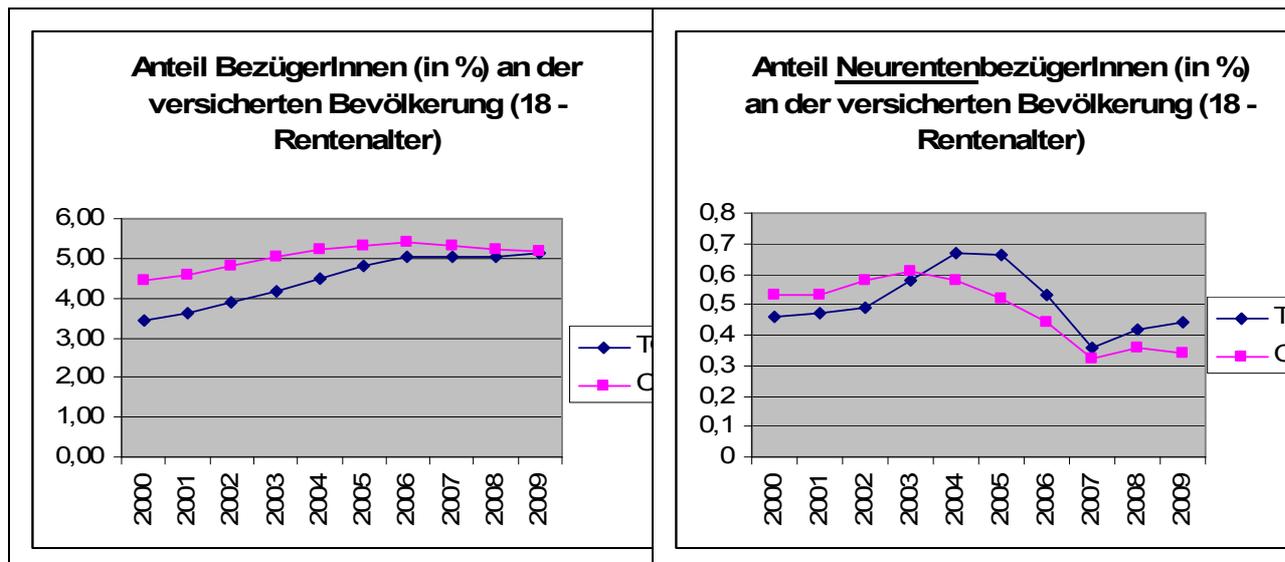
Berentungen: Die Rate der IV-Berentungen wegen einer psychischen Störung war 1997 in der Ostschweiz mit 5.8 pro 1000 Einwohnern weitaus niedriger als in anderen Landesteilen (Durchschnitt Schweiz: 8 von 1000 Personen).⁵ Die psychisch bedingte Invalidität hat sich in der gesamten Schweiz zwischen 1986 und 2006 verfünffacht (von rund 20'000 auf rund 100'000 Rentenbezüger). Sie ist heute für etwa die Hälfte aller krankheitsbedingten IV-Renten verantwortlich. Nicht alle psychischen Erkrankungen haben gleicher Massen zu dieser Entwicklung beigetragen; zugenommen haben in erster Linie die Depressionen, Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Schmerzstörungen.



Der Anteil der IV-Rentnerinnen und –Rentner an der versicherten Bevölkerung war noch vor wenigen Jahren im Thurgau niedriger als der Schweizer Durchschnitt; heute sind die Anteile gleich. – Der Anteil der Neurentnerinnen und –rentner war bis 2003 im Thurgau niedriger, ist seit 2004 aber höher als der Schweizer Durchschnitt.⁶

⁵ IV-Statistik 1997, zitiert nach Rüesch, P. & Manzoni, P: Monitoring Psychische Gesundheit in der Schweiz. Mai 2003

⁶ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.123589.pdf>



3.4 Übergeordnete Ziele für die Entwicklung im Thurgau

Allgemeine Ziele	mögliche Massnahmen
Die an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen fördern durch präventive Massnahmen und geeignete Hilfsangebote die psychische Gesundheit der Bevölkerung im Thurgau. Das DFS übernimmt diesbezüglich gestaltende, steuernde und koordinierende Aufgaben.	Aktualisierung des kantonalen Versorgungsauftrags im Bereich Psychiatrie Besonderer Schwerpunkt der Planung auf Gesundheitsförderung und Prävention
neue Spitalplanung / Spitalfinanzierung ab 2012: gleiche Rechte (das heisst: ...) für öffentliche und private Anbieter; Behandlungsplatz als Planungsgrösse	gemeinsames Aushandeln der Mengen öffentlich mitfinanzierter Behandlungen
Über die Angebote und Prozesse der Leistungserbringer wird informiert, und diese werden koordiniert, um die Nutzung der Ressourcen zu verbessern.	Verbesserung der Information und Koordination; Darstellung der Behandlungspfade über verschiedene Leistungserbringer hinweg
Psychische Krankheiten werden in der öffentlichen Meinung als den körperlichen Krankheiten gleichrangig wahrgenommen und sind kein Anlass für Stigmatisierung.	Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Förderung psychischer Gesundheit und Entstigmatisierung psychischer Störungen
Präventive Massnahmen und Hilfsangebote fördern und fördern die Eigenverantwortung ihrer Empfänger.	Förderung der Mitarbeit Betroffener und ihrer Angehörigen an Konzepten und ihrer Umsetzung

Ziele für die Prävention	mögliche Massnahmen
Präventive Massnahmen zielen auf die Ermöglichung normaler Entwicklung und Problembewältigung für Menschen aller Altersstufen hin.	Früherfassung psychischer Probleme in Schulen und Familien, am Arbeitsplatz, in Heimen; Aufbau niederschwelliger Beratungsangebote
Anderswo lösbare psychosoziale Probleme werden nicht in der Psychiatrie gelöst.	Förderung der Erziehungs- und Betreuungskompetenz von Eltern, Lehrern, Hausärzten und Altenpflegern; Aufbau von niederschwelligen Beratungsangeboten für Jugendliche
Familien und familienähnliche Beziehungen werden als im Wandel begriffen akzeptiert und in ihren Funktionen unterstützt.	Beratungsangebote und Ombudsstellen für Angehörige
Längere 'Psychiatriekarrieren' werden vermieden (Sekundärprävention).	Rückfallvermeidung durch Existenzsicherung und Aufbau tragfähiger Beziehungsnetze; bessere Rehabilitation von Migranten
Soziale Folgen psychischer Störungen oder Krankheiten werden möglichst gering gehalten (Tertiärprävention).	Soziale Integration durch Förderung der Partizipation an Ausbildung, Arbeit, selbstständigem Wohnen und Freizeit

Ziele für die Hilfe	mögliche Massnahmen
Stationäre, ambulante und ergänzende Angebote werden optimal eingesetzt. Auf fehlende Angebote wird hingewiesen, die Lücken	Psychiatrieplanung und Folgeplanungen auf kantonaler Ebene, bei Bedarf unter Berücksichtigung besonderer

werden im Rahmen von Folgeplanungen geschlossen.	Zielgruppen
Die Zuweisung zu den Hilfen erfolgt unverzüglich (Notfall- und Krisendienste) und nach nachvollziehbaren Kriterien (Triage)	Aufbau von Krisen- und Triagezentren, innerhalb und ausserhalb der bestehenden Strukturen
Die Hilfe zielt darauf ab, die Empfänger in ihrem sozialen und schulischen bzw. beruflichen Umfeld zu lassen oder sie wieder dorthin zu integrieren.	Bereitstellung gemeindenaher Angebote und aufsuchender Hilfen; regionale Organisation und Vernetzung von Behandlungszentren, Spezialisten und Grundversorgern
Ist eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich, so steht ein zweiter Arbeitsmarkt mit ausreichenden Kapazitäten zur Verfügung.	Bereitstellung von Hilfen zur Integration sowie eines ausreichenden Angebots im zweiten Arbeitsmarkt
Die Hilfsangebote werden koordiniert ("case management"). Doppeluntersuchungen und -behandlungen werden vermieden.	Aufbau eines Case Management; Professionalisierung der Sozialdienste; Aufbau einer transparenten, Institutionen übergreifenden Hilfeplanung
Notwendige Hilfe wird ohne Wartezeit erbracht.	Schliessen von Lücken im Versorgungsnetz, Beseitigung von Unterkapazitäten (KJPD) , bzw. Abfedern von Schwankungen in der Nachfrage (EPD)
Die Empfänger der Hilfe und ihre Angehörigen werden in die Planung einbezogen.	Hilfeplanung unter Mitwirkung der Betroffenen und (falls sinnvoll) ihrer Angehörigen
Sämtliche Angebote werden hinsichtlich Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit periodisch evaluiert.	Forderung, ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem einzuführen
Für bestimmte Problemgruppen werden Angebote anderer Kantone in die Versorgungsplanung einbezogen und genutzt.	Vereinbarungen mit Nachbarkantonen

4 Veränderungen seit 2004, Problembereiche und Entwicklungsbedarf

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Veränderungen seit 2004

Im Juni 2007 beauftragte die Regierung die Kommission für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht damit, ein Rahmenkonzept für die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht zu erstellen.

Dieses durch den Regierungsrat 2009 verabschiedete **Konzept Gesundheitsförderung Thurgau**⁷ leitet aus der Ottawa Charta (1986), den Gesundheitszielen für die Schweiz (2002) und den Empfehlungen zur Strategie Psychische Gesundheit (2004) die Leitsätze und Gesundheitsziele für den Kanton Thurgau ab. Es berücksichtigt die Prämissen des Psychiatriekonzepts 2004 mit folgender Vision:

- Die Bevölkerung des Kantons Thurgau ist über gesundheitsfördernde Lebensstile und Verhaltensweisen sowie über Risikofaktoren der wichtigsten Krankheiten informiert und kann Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen.
- Die Menschen im Kanton Thurgau leben, lernen und arbeiten in einem gesunden natürlichen und sozialen Umfeld und sind fähig, ihre Gesundheit selbstbestimmt und positiv zu beeinflussen sowie Belastungen zu bewältigen.

Folgende Ziele wurden für die Periode 2009-2016 definiert:

- Gesundheit von Anfang an: *Einen gesunden Start ins Leben ermöglichen* (WHO Ziel Nr. 3 Ein gesunder Lebensanfang) – Geplant sind Informationen, Verhaltens- und Erziehungsempfehlungen für werdende Eltern, aktive Eltern und Bezugspersonen von Kindern; Angebote zur Unterstützung der Eltern; Gestaltung von Rahmenbedingungen, die eine gesunde motorische Entwicklung fördern.
- Jugendliche im Fokus: *Gesund aufwachsen und sich entwickeln, Übergänge gesundheitsförderlich gestalten* (WHO Ziel Nr. 4 Gesundheit junger Menschen) – Geplant sind Unterstützungsangebote für Schulen zur Information und Wissensvermittlung; Informationen für Jugendliche zu Risikofaktoren und gesundheitsfördernden Verhaltensweisen; Informationen für Bezugspersonen von Jugendlichen über Risiken und Schutzfaktoren; besondere Aufmerksamkeit für Gewalt im Umfeld von Kindern und Jugendlichen.
- Mentale Gesundheit stärken: *Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung der stressbedingten Krankheitsfolgen* (WHO Ziel Nr. 6 Verbesserung der psychischen Gesundheit) – Geplant sind Sensibilisierung und Information der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten, insbesondere Depressionen, und ihre Behandlung; gezielte Weiterbildungen von Fachpersonen; Massnahmen zur Suizidverhütung.
- Erhöhen des Bevölkerungsanteils mit einem gesunden Körpergewicht: *Gesundheitskompetenzen stärken* (WHO Ziel Nr. 11 Gesünder Leben) – Geplant sind Sensibilisierung und Information der Bevölkerung; Weiterbildung von MultiplikatorInnen, insbesondere im Umfeld von Kindern und Jugendlichen; Gestaltung von Rahmenbedingungen.
- Suchtarbeit bleibt Thema: *Minimieren von Sucht und deren negativen Auswirkungen* (WHO Ziel Nr. 12 Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden) - mit weiterer Ausrichtung auf Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression; Informationen von Eltern, Bezugspersonen und Öffentlichkeit; Schaffung von Rahmenbedingungen, die zum Verzicht auf Suchtmittelkonsum motivieren.

⁷ Zur Kenntnis genommen vom Regierungsrat im September 2009, RRB Nr. 780, im Moment im Druck

Gemäss Kantonsverfassung (§ 68) und Gesundheitsgesetz (§ 1 und 2) des Kantons Thurgau ist Gesundheitsförderung eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden, soll aber den Einzelnen nicht der Verantwortung für seine Gesundheit entheben. Mit dem im Jahr 2008 gegründeten **Gemeindezweckverband Perspektive Thurgau** besteht die strukturelle Voraussetzung, diese gesetzliche Pflicht zu erfüllen. Die regionalen Beratungsstellen sowie das im Aufbau befindliche zentrale Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung bilden längerfristig die Grundlage für ein umfassendes, flächendeckendes Leistungsangebot für die gemeindenahere, zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung. Der Kanton Thurgau beteiligt sich im Verhältnis 3:1 an den Kosten des Zweckverbandes. Zusätzlich werden Projekte mit Mitteln aus dem Alkoholzehntel, dem Spielsuchtfonds und nach Möglichkeit mit Bundesmitteln (BAG, Gesundheitsförderung Schweiz) gestützt. Die zu erbringenden Leistungen werden in einem zweijährlich festzulegenden Leistungskatalog festgehalten, der Teil der Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton und dem Gemeindezweckverband ist und sich nach den Gesundheitszielen des Konzepts Gesundheitsförderung Thurgau auszurichten hat.

Im April 2009 wurde das **Konzept für eine koordinierte Kinder-, Jugend- und Familienpolitik** durch den Regierungsrat verabschiedet. Dieses beinhaltet sowohl in den Leitsätzen (Bsp. Wohl der Kinder in der Gesellschaft, Unterstützung der Eltern und Erziehungsverantwortlichen, Recht auf Bildung und Chancengleichheit, Jugend schützen und fördern) als auch im Massnahmenkatalog Schnittstellen zur Gesundheitsförderung. Folgende Ziele aus dem Massnahmenkatalog beinhalten explizit gesundheitsförderliche Aspekte:

- Eltern und Erziehungsverantwortliche verfügen über die nötigen Kompetenzen für die anspruchsvolle Erziehungs- und Betreuungsaufgabe und werden in ihren erzieherischen Fähigkeiten gestärkt.
- Mit den vorschulischen Förderungsmassnahmen für Kinder bis vier Jahre wird vor allem sprachlichen und sozialen Entwicklungsdefiziten vorgebeugt, um allen Kindern – mit oder ohne Migrationshintergrund – eine erfolgreiche Schullaufbahn und eine angemessene Ausbildung zu ermöglichen. Diese Förderungsmassnahmen sollen grundsätzlich freiwillig sein.
- Die Gemeinden sind sich ihrer Verantwortung im Bereich der Jugendförderung (Partizipation der Jungen, Jugendarbeit, Jugendkulturarbeit, Jugendhilfe, Prävention) bewusst und nehmen sie wahr. Der Kanton stellt die Informations- und Angebotsvernetzung sicher.
- Verbesserung der Koordination in den Bereichen Prävention und Beratung. Prävention und koordinierte Fallführung sind zentrale Handlungsinstrumente im Thurgauer Sozialwesen und insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendförderung. Präventives Handeln ist aus einer längerfristigen Perspektive eines der wichtigsten Lösungsansätze für die Problemfelder der Jugendgewalt, des Suchtverhaltens, des delinquenten Verhaltens und der psychischen Auffälligkeit. Besonders zu beachten sind die Schnittstellen zwischen Vorschulalter, Schulphase und Nachschulzeit.
- Die Kinderrechte gemäss UN-Kinderrechtskonvention werden mittels Prävention, Beratung und Sanktion gewahrt.

Eine beim Generalsekretariat des Departements für Erziehung und Kultur angesiedelte Fachstelle soll ab 2010 die angestrebten Ziele verfolgen und die Umsetzung und Koordination der Massnahmen sicherstellen.

Angebote für Kinder und Jugendliche - Gesundheitsförderung und Primärprävention

- Die Perspektive Thurgau bietet im Auftrag von Kanton und Gemeinden Dienstleistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung an. Für die Gemeinden der Bezirke Mönchwil, Frauenfeld und Diessenhofen erbringt sie zusätzlich Beratung im Bereich Erziehung, Jugend und Partnerschaft. Für die Schulen koordiniert sie das Angebot „Netzwerk Gesunde Schule Thurgau“.

- Verschiedene weitere Non-Profit-Organisationen erbringen Leistungen vor allem im Bereich Prävention von gesundheitsschädigenden Substanzen, im Jugendbereich und der Gewaltprävention.
- Im ganzen Kanton gibt es Mütter- und Väterberatungsstellen. Trägerschaften sind Vereine, die im Auftrag der Gemeinden ihre Dienstleistungen anbieten. Die Angebote sind im ganzen Kanton vorhanden, die breite des Angebots resp. die Qualität ist auf Grund unterschiedlicher Grösse und Professionalität der Vereine unterschiedlich.
- Mit der TAGEO besteht ein kantonaler Dachverband der Elternorganisationen. In vereinzelt Regionen sind Elternvereinigungen aktiv oder es besteht eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Schule und Eltern.
- Regionale Zweckverbände, die Katholische Kirche und teilweise einzelne Gemeinden bieten Paar- und Familien- und/oder Erziehungsberatung an (Dienstleistungsangebot variiert, Jugendberatung ist nur vereinzelt vorhanden)
- In einigen, vor allem grösseren, Schulgemeinden wird Schulsozialarbeit angeboten.
- In verschiedenen Schulen werden Gesundheitsförderungsprojekte, in einzelnen Schulen Projekte zur Gewaltprävention realisiert.
- Es existieren Gesprächsgruppen für Kinder geschiedener Eltern.

Angebote für Kinder und Jugendliche - Sekundärprävention

Im Psychatriekonzept ist unter 4.5. die Situation der ambulanten und stationären Behandlung für Kinder und Jugendliche beschrieben. Im Übrigen können zu diesem Bereich die nachfolgenden Organisationen als zugehörig bezeichnet werden:

- Heilpädagogische Früherziehung: Sie wird im ganzen Kanton flächendeckend angeboten. Die Finanzierung erfolgt über die IV.
- Ergotherapie: Die Angebote sind regional unterschiedlich. Die Finanzierung erfolgt über KK und IV.
- Logopädie: Sie wird im ganzen Kanton flächendeckend angeboten. Die Finanzierung erfolgt über die IV.
- Jugend- und Familienberatungsstellen: In grösseren Regionen werden Beratungsstellen angeboten. Die Finanzierung erfolgt durch die jeweiligen Gemeinden und zu einem kleineren Teil durch den Kanton (Fürsorgeamt). Das Angebot ist nicht flächendeckend, da insbesondere für die Erziehungs- und Jugendberatung kein gesetzlicher Auftrag besteht.
- Vormundschaftsbehörden / Amtsvormundschaften: Das Angebot wird durch die jeweiligen Gemeinden finanziert. Eine Änderung der rechtlichen und organisatorischen Situation (Überarbeitung des Erwachsenen- und Kinderschutzrechts) steht bevor. Vorauszusehen ist eine Regionalisierung und Professionalisierung.
- Jugendanwaltschaft: Sie wird im ganzen Kanton flächendeckend angeboten. Die Finanzierung erfolgt über den Kanton.
- Im schulischen Bereich können die folgenden Organisationen zur Sekundärprävention gezählt werden: Schulpsychologen, Schulische Heilpädagogik, Schulinspektoren, Schulleiter, Time-out Schule (in Frauenfeld)
- Abklärungen des PPD (Schulpsychologie und Logopädie): 2'510 (2005), 2'484 (2006), 2'813 (2007) und 2'656 (2008).
- Platzierungen in Thurgauer und ausserkantonalen Sonderschulheimen, inklusive Einzelintegrationen: 677 (2005), 694 (2006), 695 (2007) und 693 (2008).
- Selbsthilfegruppen: für Eltern im Bereich psychischer Probleme

Angebote für Erwachsene - Primärprävention

- Mit dem Bündnis gegen Depression werden anhand eines konkreten psychischen Störungsbildes psychische Krankheiten thematisiert und entstigmatisiert.
- Die Kantonale Verwaltung beteiligt sich am Projekt „Swing“ (Stressprävention am Arbeitsplatz) von Gesundheitsförderung Schweiz

Angebote für Erwachsene - Sekundärprävention

Zu diesem Bereich können die ambulanten Angebote gezählt werden (s. auch 4.2. im Psychiatriekonzept 2004). In Ergänzung dazu sind die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen zu erwähnen, bzw. Kurse, Gesprächsgruppen und Vorträge der EPD und der Kliniken. Für Teilproblemstellungen gibt es unterschiedliche Angebote wie: Prävita – Beratungsstelle bei sexuellem Missbrauch, Angebote für Migrantinnen, Alleinerziehende, Arbeitslose. - Die Angebote sind in den Regionen unterschiedlich gut ausgebaut, unterschiedlich vernetzt, resp. nicht überall bekannt, auch den Fachpersonen nicht.

Angebote für Erwachsene - Tertiärprävention (Vgl. 4.2. Psychiatriekonzept 2004)

Die Trialogseminare des EPD Münsterlingen sind ebenfalls diesem Bereich zuzuordnen.

Angebote für SeniorInnen - Primärprävention

Im Altersleitbild Kanton Thurgau sind verschiedene Vorschläge enthalten. Je nach Gemeinde werden Aktivitäten für SeniorInnen angeboten. Die Pro Senectute ist flächendeckend aktiv (Wandertage, Gesprächsgruppen usw.). Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für Angehörige und Betroffene sind ebenfalls den primärpräventiven Massnahmen zuzurechnen.

4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie

Veränderungen seit 2004

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Thurgau ist bereits heute konsequent auf ambulante und aufsuchende Angebote ausgerichtet, und wir untersuchen in Form von Modellprojekten international anerkannte Therapiemethoden auf ihre Anwendung in unserer Region. Zwei zentrale Elemente der GDK-Leitlinien zur Psychiatrieplanung sind im Kanton Thurgau damit bereits gut umgesetzt.

Ergänzend zum ausführlichen Bericht im Psychiatriekonzept 2004 sind folgende Veränderungen festzuhalten:

- Die **Kapazitäten der Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern** wurden ausgebaut und 2009 ein neuer Bereich „Frühe Kindheit“ geschaffen.
- **Eltern-Kind-Station:** In Zusammenarbeit mit Erwachsenenpsychiatrie und Pädiatrie wurde neu ein stationäres Behandlungsangebot für Kinder, null- bis fünfjährig, zusammen mit den psychisch kranken Elternteilen aufgebaut.
- **Aufsuchende Therapien:** Seit 2007 wurde ein aufsuchendes Intensivangebot für zwölf- bis siebzehnjährige Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens aufgebaut, die Multisystemische Therapie MST, mit sechzehn bis zwanzig Behandlungsplätzen.
- **Jugendbereich der Clenia Littenheid:** Hier existiert ein hoch spezialisiertes stationäres Angebot für Jugendliche mit einer überregionalen Kapazität von 32 Plätzen, verteilt auf drei Stationen. Damit ist die stationäre Versorgung von Jugendlichen im Thurgau gut gewährleistet. Dieses spezialisierte stationäre Angebot bietet einen qualitativ hochstehenden Rahmen zur Behandlung von schweren psychiatrischen Erkrankungen bei Jugendlichen. Spezialisierte Angebote werden aktuell ausgebaut: Trauma-Folgestörungen, dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A). Littenheid hat bereits eine Tradition der Arbeit für Kinder von psychisch kranken Eltern und ist daran, diese modellhaften Projekte dauerhaft einzuführen.
- **regionale Modellprojekte:** Das **Time-in-time-out Projekt** verfolgt einen systemisch orientierten Therapieansatz für verhaltensauffällige Schüler in Frauenfeld. Das Konzept basiert auf Partnerschaft und Schulterschluss zwischen den Beteiligten aus Familie, Schule, Behörde und Jugendpsychiatrie. In Zusammenarbeit von KJPD, den Sozialen Diensten Frauenfeld und Inspira wurde die **Multifamilientherapie für adoleszente und/oder junge alleinerziehende Mütter (MAM)** zusammen mit ihren Babys und Kleinkindern aufgebaut.

Behandlungskapazitäten im Kanton: Frei praktizierende Kolleginnen und Kollegen

Mittels einer Umfrage im Herbst 2009 bei allen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton wurden die aktuellen Behandlungskapazitäten und Fallzahlen erfasst.

Im Thurgau haben sich aktuell neun Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie niedergelassen. Davon arbeiten viele lediglich mit einem kleinen Teilzeitpensum (pensionierte Kollegen, Kollegen, die ihre Hauptarbeit in einer Institution leisten). Insgesamt erbringen die ärztlichen Kollegen zur Zeit ein Pensum von ca. 300%, wenn die delegiert arbeitenden Psychologinnen und Psychologen mitgerechnet werden (ca. 700% im Herbst 2009) erbringen die privaten KJPP-Praxen ca. 1000% Behandlungskapazität.

Bedarfsabschätzung anhand der Fallzahlen der Jahre 2006 bis 2008:

	2006	2007	2008
Stationäre Fälle Klinik Clenia Littenheid, Jugendbereich	56	60	63
Teilstationäre Fälle Psychiatrische Dienste Thurgau, KJPD	40	44	47
Ambulante Fälle Psychiatrische Dienste Thurgau, KJPD	1019	917	1102
Liaison-Dienst Psychiatrischen Dienste Thurgau, KJPD		75	107
Ambulante Fälle bei niedergelassenen KollegInnen			660
Summe aller Fälle			1979

Die Patientenzahl der behandelten Jugendlichen liegt unter der Fallzahl von 1979 Patienten pro Jahr, da einige dieser jugendlichen Patienten im Laufe des Jahres bei verschiedenen Behandlern und Institutionen aufgenommen werden können.

Epidemiologische Einordnung

Auch wenn auf internationaler Ebene recht gut übereinstimmende Zahlen zur psychiatrischen Morbidität von Kindern und Jugendlichen vorliegen (vgl. INSERM, 2002; Nucombe B., 2006; WHO, 2005), so gibt es vorerst nur wenige Untersuchungen zur Epidemiologie psychischer Störungen von Minderjährigen in der Schweiz (Steinhausen H.-Chr., 1997; Kuendig Hervé, 2003; Narring Françoise, 2004). Gemäss WHO (Europäische Ministerkonferenz Psychische Gesundheit 2005) ist davon auszugehen, dass 20% der Bevölkerung über alle Altersgruppen psychische Probleme aufweist, 5-10% der Bevölkerung ist nach internationalen Zahlen behandlungsbedürftig. Im Kanton Thurgau leben 250'000 Einwohner, davon 60'000 Jugendliche unter 18 Jahren. Zu erwarten ist, dass von den 60'000 Jugendlichen im Kanton Thurgau etwa 12'000 Jugendliche psychische Probleme aufweisen und 3'000 bis 6'000 Jugendliche behandlungsbedürftig sind. Mit einer Fallzahl von 1'979 (2008) versorgen wir 3.3% der Kinder und Jugendlichen im Kanton und erreichen damit exakt die gesamtschweizerische durchschnittliche Versorgungsdichte.

Patrick Hämmerle (Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz – Ist-Zustand und Perspektiven, 2007) findet in seiner Erhebung zur gesamtschweizerischen Versorgung in KJPP ebenfalls eine Versorgungsdichte von rund 3.3% (die niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen gegen 1.20 %, und die KJPD rund 2.08 %).

Patrick Hämmerle hält fest: „Ist das viel oder zuviel, wenig oder zuwenig? Mit Bezug auf die skizzierten, v.a. internationalen epidemiologischen Eckwerte – diverse Untersuchungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums haben die Kinder- und Jugendpsychiatrie leider explizit ausgenommen (vgl. z.B. Meyer, 2005) – können wir festhalten, dass sich die helvetische Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der in internationalen Arbeiten vorgeschlagenen Behandlungsinzidenz von rund 5 % zumindest annähert und damit effektiv zu den kinderpsychiatrisch bestversorgten Ländern gehört.“

Zur Verfügung stehende Ressourcen (Ärzte und Psychologen in therapeutischer Funktion) sowie erbrachte stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen:

	2006	2007	2008
Klinik Littenheid Stationäre Pflage tage Jugendbereich	3868	3595	3255
Klinik Littenheid Stellenpro zente Jugendbereich für TG Patienten / insgesamt	300 / 900%	300 / 900%	300 / 900% (davon 300% P + 600% A)
PDT KJPD Teilstationäre Pflage tage	?	5499	5303
PDT KJPD Teilstationäre Stellenpro zente	540%	520%	550%
PDT KJPD Stunden Ambulante Konsultationen	ca. 11906	ca. 13387	ca. 15393
PDT KJPD Ambulante und aufsuchende* Stellenpro zente	720%	1140%	1650%
PDT Stunden Liaison-Dienst		982	918
PDT Stellenpro zente Liaison-Dienst	150%	150%	200%
Niedergelassene Anzahl Konsultationen	?	?	?
Niedergelassene Anzahl Stellenpro zente	?	?	300% A +700% P
Summe aller Stellenpro zente	?	?	4300%

A = Ärzte, P= Psychologen

*davon sind 360% therapeutisch erfahrene Sozialpädagogen in therapeutischen Funktionen, 280% psychologische und 130% ärztliche Mitarbeiter

CAVE: Stunden Konsultationen beruhen rein auf verrechenbaren Leistungen. Nicht-verrechenbare (aber erbrachte) Leistungen sind darin nicht berücksichtigt.

CAVE: Grosse Varianz im ambulanten Bereich, je nachdem wie bei den Niedergelassenen die delegierten Leistungen und Stellenpro zente einfließen

Schlußfolgerung: In der aktuellen Diskussion um Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird der Planung der Versorgungsdichte über den Kanton eine wichtige Aufgabe zukommen. Bei der Zulassung von Kollegen ist insbesondere auch der Anteil an delegiert arbeitenden psychologischen Mitarbeitern zu berücksichtigen.

Problembereiche

- **Früherfassung, Prävention:** Das zunehmende Wissen über Zusammenhänge zwischen Belastungen durch Familie und Umfeld und konstitutioneller Vulnerabilität führte zu einem vertieften und besseren Verständnis der Entwicklung von schweren psychiatrischen Erkrankungen. Umso wichtiger wird im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Prävention, Früherfassung und Frühintervention. Je früher eine Vulnerabilität für eine

Erkrankung erkannt und berücksichtigt wird, umso weniger intensiv und milder die Therapie und umso besser die längerfristige Prognose bezüglich Schweregrad und Verlauf.

- **psychosozial mehrfach belastete Familien:** Angesichts der bevorstehenden Revision des Vormundschaftsrechtes und der angedachten Professionalisierung von zukünftigen Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden im Kanton ist in naher Zukunft mit einer deutlichen Verbesserung in diesem Feld zu rechnen. Die von vielen Orten beklagte fehlende Koordination und Zusammenarbeit von verschiedenen involvierten Fachstellen (z.B. im Konzept für eine koordinierte Kinder-, Jugend- und Familienpolitik des Kantons Thurgau, April 2009) wird auch durch die neu geschaffene Koordinationsstelle weitere Verbesserung erfahren. Die Vormundschaftsbehörden beklagen zunehmende Fälle von Kindern aus Familien mit vernachlässigten oder körperlich misshandelten Kindern. Die ausführlichen Arbeiten von Prof. Fegert, Ulm, zu problematischen Kinderschutzverläufen kommt unter anderem zu folgende Empfehlungen:

Fokus auf frühe Kindheit legen, gemeinsame Sprache in den Helfersystemen entwickeln, Kultur der Kommunikation unter den Systemen entwickeln und Verantwortlichkeit klären, Fehlerkultur entwickeln, Entwickeln einer verbesserten Fachlichkeit usw.

- **Jugend-Drogenproblematik (insbesondere Alkohol, Cannabis), Früherkennung psychiatrischer Erkrankungen, Suizidalität:** Das Entstehen der großen psychiatrischen Krankheiten im Altersbereich zwischen 12 und 25 Jahren hat eine große volkswirtschaftliche Bedeutung, wenn solch junge Menschen aus dem Berufs- und Ausbildungsprozess und noch vor Familiengründung herausfallen. Auch hier sind Programme der Früherkennung und Intervention für psychotische Erkrankungen, bipolare Störungen, Depression, Zwangserkrankungen sowie Suchterkrankungen zu wenig ausgebaut.
- **Kinder psychisch kranker Eltern:** Die im Kanton strukturell bereits eng verknüpften Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie bieten eine bessere Vernetzung der beiden Fachgebiete im Hinblick auf die Kinder von psychisch erkrankten Elternteilen geradezu an. Ein verbessertes Angebot hätte nebst den beiden Fachdisziplinen unbedingt auch das niedrig schwelligere Beratungsangebot der Perspektive-Fachstellen im Kanton mit einzuschliessen. Die bereits etablierte Eltern-Kind-Station und das geplante Angebot eines MST-CAN-Teams bieten ebenfalls Hilfestellung in diesem Bereich an.
- **gesellschaftliche Herausforderungen:** Die rasche Entwicklung in einer multioptionalen, global vernetzten Gesellschaft bei sich gleichzeitig stark veränderten Familienstrukturen ist eine Herausforderung. Kinder und Jugendliche sollen nebst immer wichtigeren sozialen Kompetenzen ich-starke und stabile emotionale Persönlichkeitsstrukturen entwickeln, um das multioptionale Leben erfolgreich bewältigen zu können (vergleiche „Freedoms orphans“ UK, IPPR, 2006). In der Entwicklung dieser Fähigkeiten kommt einer wertschätzenden familiären Umgebung, die all diesen menschlichen Fertigkeiten in einer gemeinsamen Beziehung Bedeutung gibt, eine entscheidende Rolle zu. In zunehmendem Kindes- und später Jugendalter gelten diese Anforderungen auch für die soziale Umgebung in der Schule oder im Wohnquartier. Kinder aus einer sozialen Umgebung mit einer hohen sozialen Verantwortung haben die besseren Chancen, ihr Leben selber gut zu bewältigen. Im weitesten Sinne geht es hier um die Pflege eines Humanvermögens und um eine entsprechend ausgerichtete Familienpolitik (vergleiche Kurt Lüscher, 2003, „Warum Familienpolitik? Argumente und Thesen zu ihrer Begründung“, Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen EKFK). Das Entwickeln dieses Humanvermögens ist eine gemeinsame gesellschaftlich-elterliche Verantwortung. Konsequenterweise werden elterliche Aufgaben bei überfordernden familiären Strukturen an die Gesellschaft, d.h. die Vormundschaftsbehörde oder auch an medizinische Hilfesysteme und die Schule weitergegeben. Diese gemeinsame elterliche Verantwortung macht nicht Halt vor Departementsgrenzen. Bei der gemeinsamen gesellschaftlich-elterlichen Verantwortung handelt es sich auch um eine gemeinsame finanzielle Verantwortung. Diese wichtige Erkenntnis hat sich im Thurgau vorbildlicherweise bereits etwas entwickeln können. So

wird beispielsweise die multisystemische Therapie von mehreren Departementen gemeinsam getragen. Über klar definierte Kooperation- und Leistungsaufträge sind diese gemeinsamen Verantwortlichkeiten in Zukunft noch genauer zu präzisieren und zu definieren.

- **Forensik:** Aktuell entwickeln sich an universitären Zentren in Zürich, Basel und auch Bern spezialisierte stationär-forensische Angebote im Jugendbereich. Um eine hohe Qualität dieser hoch schwierigen Arbeit zu gewährleisten, macht es Sinn, die Fälle überregional in Zentren zu konzentrieren. Im Thurgau sind die ambulanten Abklärungsmöglichkeiten bereits breit ausgebaut. Die oben genannten stationären Fälle können sicherlich durch die geplanten überregionalen Zentren in Zürich, Bern und Basel aufgefangen werden.
- **Verteilung der Aufgaben zwischen frei praktizierenden Kollegen und institutionellen Angeboten, Nachwuchsmangel:** Viele der aktuell hauptberuflich frei praktizierenden Kollegen kommen in den nächsten zehn Jahren ins Pensionsalter. Obwohl in der Schweiz insgesamt genügend Ausbildungsstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung stehen, sind die konkreten Arbeitsbedingungen in diesem Fachgebiet im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen der Medizin wenig attraktiv. Es finden sich nur spärlich schweizerische Bewerber für die vielen freien Assistenzarztstellen, die zur Zeit noch durch Nachwuchs aus anderen europäischen Ländern, vor allem Deutschland, abgedeckt werden können. Trotz einem inhaltlich hoch spannenden Fachgebiet wird sich daran erst etwas wesentlich ändern, wenn die Attraktivität einer Tätigkeit in diesem Fachgebiet auch durch finanzielle Anreize gefördert wird. Kriseninterventionen, die Behandlung von psychosozial komplexen Fällen, die Behandlung von schwer erreichbaren Familien, die Behandlung von Familien mit Migrationshintergrund sprengen die Möglichkeiten, die ein sinnvolles und kostendeckendes Arbeiten in der freien Praxis erlauben. In einer sinnvollen Arbeitsteilung sind diese Aufgaben eher von institutionellen Anbietern zu leisten, die dies aufgrund einer gewissen Grösse und mittels eines speziellen Versorgungsauftrages erbringen sollen. Spezialisierte Therapiemodelle, wie beispielsweise aufsuchende Teams oder das Angebot einer Kinderschutzgruppe zusammen mit der Klinik für Kinder und Jugendliche, sind solche Spezialaufgaben.

Entwicklungsbedarf

Frühe Kindheit

Die im Kapitel zur Gesundheitsförderung und Prävention beschriebene Strategie fokussiert auf einer Strategie in zwei Schritten:

1. bessere Vernetzung der bereits bestehenden Beratungsstrukturen (Modell Ulm: Guter Start ins Kinderleben)
2. Gezieltes Angebot für Risikogruppen, wie dies beispielsweise das Modell „Family Nurse Partnership“ vorgibt, bei der Familien bereits in der Schwangerschaft bis zum Ende des zweiten Lebensjahres intensiv aufsuchend unterstützt werden.

Im Bereich der frühen Kindheit ist auch die Früherkennung von typisch kinderpsychiatrischen Erkrankungen ein wichtiges Anliegen (ADHS, Autismus, Depression, Angsterkrankungen usw.). Zur Überbrückung der grauen Zone nach Abschluß der Routine-Impfung Ende des zweiten Lebensjahres bis zum Eintritt ins Kindergarten- und Schulalter wäre die Einführung eines Routine-Kontrolltermins im Kleinkindalter mit Einbezug der psychischen Belastung nach deutschem Vorbild eine Möglichkeit, systematisch nach kinderpsychiatrischen Krankheiten zu suchen. Auch die schulärztlichen Untersuchungen sollten klarer auch auf psychiatrische Krankheitsbilder ausgerichtet sein.

Ausbauen der Früherfassung grosser psychiatrischer Erkrankungen im Bereich der Jugend und des frühen Erwachsenenalters

Eine solche Früherfassungsstruktur sollte eng mit den niedrig schwellig arbeitenden Beratungsstellen der *Perspektive*-Fachstellen zusammen arbeiten und rasche psychiatrische Assessments anbieten können. Jugendliche sind schwierig zu erreichen, müssen allenfalls mit aufsuchenden Teams untersucht werden. Die Früherfassung von ernsthaften psychiatrischen Erkrankungen sollte nicht nur auf das bereits breit etablierte Erfassen von frühen psychotischen Erkrankungen abzielen, sondern auch bipolare Störungen, depressive Erkrankungen (unrühmlich hohe Suizidrate in der Schweiz!) und Suchterkrankungen mit einschließen. Auch der oben erwähnte Ausbau von schulärztlichen Untersuchungen hin zur Früherfassung von psychischen Erkrankungen könnte hier eine wichtige Brücke bilden.

Nachwuchs

Gemeinsam mit den Fachgesellschaften, dem Bund und dem Kanton ist eine geschickte Strategie notwendig, um jungen Kollegen den Einstieg in das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie beliebt zu machen.

4.3 Erwachsenenpsychiatrie

Veränderungen seit 2004

Ambulante Versorgung

- *Externe psychiatrische Dienste:*

Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen in den EPD:

	1999		2000		2001		2002		2003	
	Sirnach	STGAG								
PatientInnen	429	1.933	446	2.208	475	2.515	461	2.901	430	2.895
Fälle		2.267		2.382		2.705		3.086		3.103
Konsultationen ¹	2.257	13.893	2.629	16.528	2.885	17.132	3.170	21.285	3.418	21.250
<i>davon Konsilien</i>		287		372		363		352		330
Gutachten ²	56	358	75	216	90	251	57	219	20	69
<i>davon Schwangerschaftsgutacht.³</i>	25	189	45	131	49	169	28	132	1	
<i>davon IV-Gutachten</i>				85		82		41		18
	2004		2005		2006		2007		2008	
	Sirnach	STGAG								
PatientInnen	438	2.864	462	3.031	405	3.012	581	3.278	432	3.516
Fälle	525	3.125	613	3.092	568	3.073	636	3.362		3.629
Konsultationen ¹	3.147	24.244	3.226	24.384	3.542	25.832	3.755	28.354	3.692	29.480
<i>davon Konsilien</i>		359		341		389		524		586
Gutachten ²	26	130	20	147	8	105	6	114	7	87
<i>davon Schwangerschaftsgutacht.³</i>	1									
<i>davon IV-Gutachten⁴</i>	15	50	8	56	2	24	0	33	1	54

¹seit 2002 neue Berechnungsgrundlage

²seit 2003 neue Berechnungsgrundlage

³seit 2003 nicht mehr aufgeführt

Diese Leistungen wurden in den EPD der STGAG mit 5 Fachärzten, 13 Assistenzärzten, 230 Stellenprozent Sozialer Arbeit, 270 Stellenprozent Pflege und 600 Stellenprozent Sekretariat (davon 360 % mit Erstausbildung als Arzthelferin) erbracht.

- *Hausärzte:* Die Hausärzte und die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) nehmen in der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie eine zentrale Stellung ein. Ambulant behandelt werden im Wesentlichen Menschen mit Depressionen und chronischen bipolaren, schizophrenen

oder Abhängigkeitserkrankungen. Eine weitere wichtige Funktion der Hausärzte und EPD sowie der frei praktizierenden Psychiater ist die Veranlassung von psychiatrischen Spitexleistungen, durch welche die Patienten eher ambulant und teils auch im häuslichen Rahmen betreut werden können. Im Thurgau praktizierten 2008 158 Hausärzte, die etwa 178'500 psychiatrische Konsultationen durchgeführt haben (genauere Angaben hierzu unter 4.7)

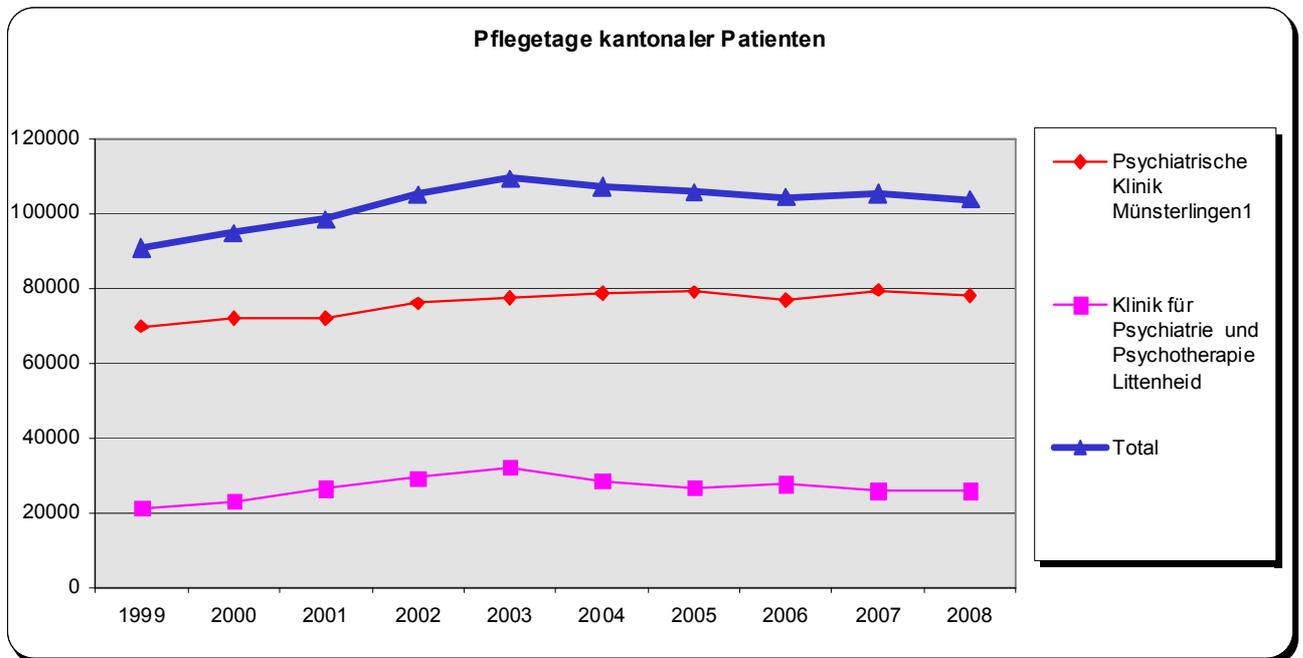
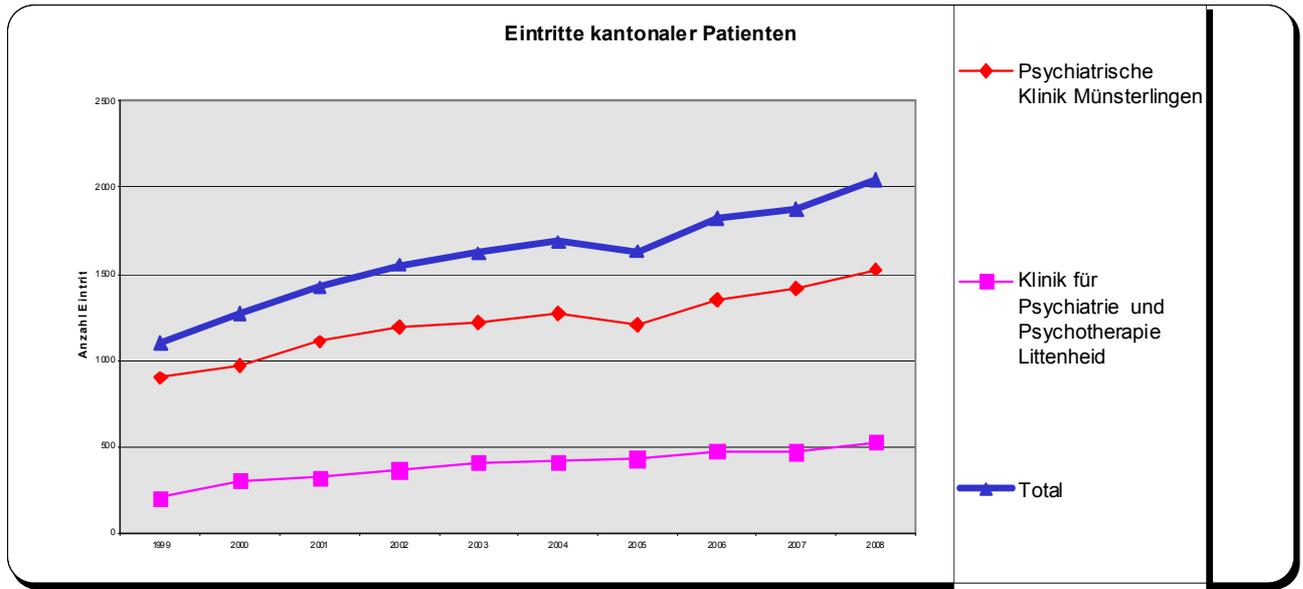
- *niedergelassene Psychiater*: Gegenwärtig praktizieren im Thurgau etwa 42 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, davon etwa 10 mit Teilzeitpensen.
- *niedergelassene Psychologen*: In grober Schätzung arbeiten etwa 25 psychologische Psychotherapeuten delegiert. Die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten in eigener Praxis, die via Zusatzversicherung abrechnen, ist nicht bekannt.
- *Spitex*: Psychiatrische Pflege ausserhalb der institutionellen Psychiatrie wird im Thurgau heute schon durch die Spitexorganisationen und freiberufliche Pflegefachleute angeboten. Im Rahmen eines Netzwerks "Ambulante psychiatrische Pflege", das vom Spitexverband Thurgau und den PDT seit 2008 angeboten wird, findet ein Austausch über sinnvolle Aufgabenteilungen und gute Zusammenarbeit zwischen EPD, Freiberuflichen, Spitexorganisationen und psychiatrischen Kliniken statt. Der SBK Schweiz entwickelt zur Zeit Qualitätsnormen für die ambulante psychiatrische Pflege, um für fachlich adäquate Rahmenbedingungen zu sorgen. - Die Spitexorganisationen und freien Pflegefachkräfte erbringen psychiatrische Leistungen, zu deren Menge noch keine aussagekräftigen Zahlen vorliegen.

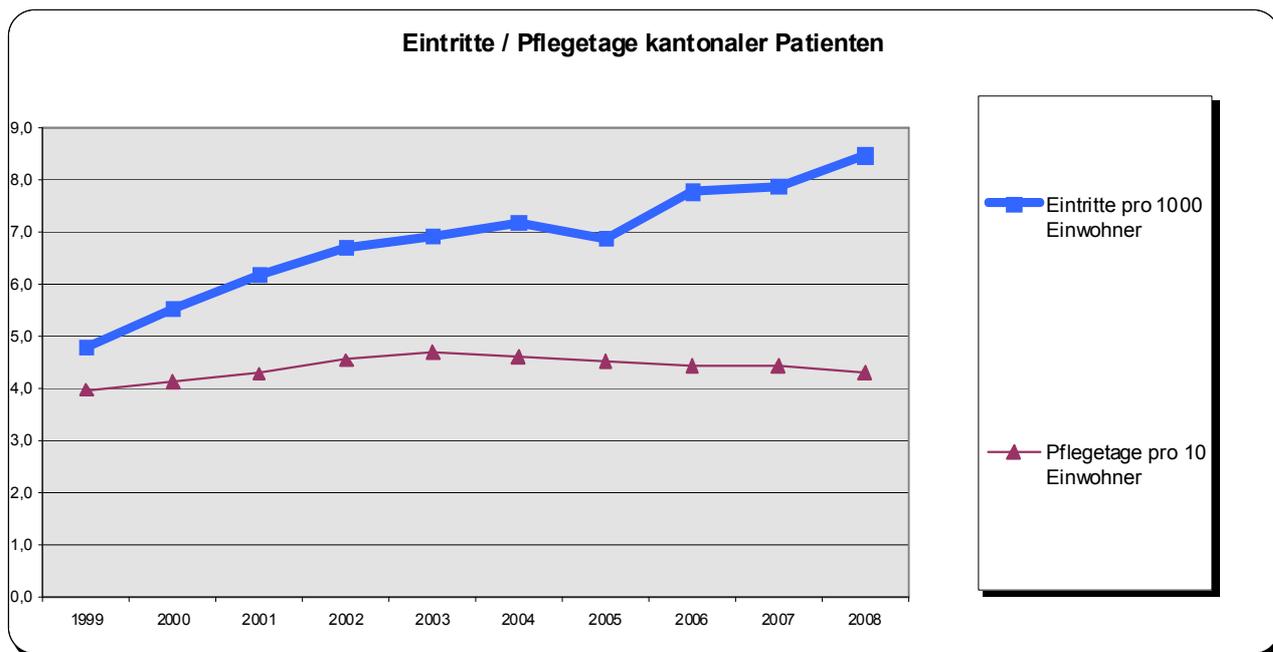
Tageskliniken:

Den Empfehlungen des Psychiatriekonzepts von 2004 folgend, wurden im März 2007 zwei Tageskliniken zunächst als Modellprojekt in Betrieb genommen: die Tagesklinik der Clenia Littenheid AG mit 12 Plätzen, die als kombinierte Vorschalt- und Nachschalttagesklinik konzipiert ist, und die Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste Thurgau AG in Kreuzlingen mit 20 Plätzen, die als Akut-Tagesklinik angelegt ist. Das '2. Reporting des Modellprojekts psychiatrischer Tageskliniken im Thurgau' vom 28.10.2008 gibt Auskunft über Profile, Leistungen, Erfolgsrechnung und Auslastung der beiden Tageskliniken. Die Wirkungen des neuen Angebots, gemessen mit verschiedenen Indikatoren medizinischer Ergebnisqualität sowie an Hand von Kennzahlen der stationären Versorgung werden entlang vorab formulierter Hypothesen geprüft. - Das Vorgehen entspricht in vorbildlicher Weise den Empfehlungen des GDK-Leitfadens.

Stationäre psychiatrische Versorgung - Psychiatrische Kliniken:

Die Eintritte Thurgauer Patientinnen und Patienten in die beiden grossen Kliniken nahmen im Verlauf der Jahre weiter zu. Da im gleichen Zeitraum die Zahl der Pfl egetage insgesamt aber abnahm, kann geschlossen werden, dass die Aufenthaltsdauern deutlich reduziert wurden.





Die Hospitalisationsrate lag 2007 unter dem Schweizer Durchschnitt (laut BfS-Statistik 2007⁸: Thurgau 7.1, Durchschnitt Schweiz 7.5), stieg in den letzten Jahren aber an. Die Rate der Pflegetage pro 1000 Einwohner war 2007 mit 458.3 Tagen recht hoch (Durchschnitt Schweiz: 345)⁹.

Die Steigerung der Hospitalisationsraten ist ähnlich den Entwicklungen, die auch im nationalen und internationalen Vergleich zu beobachten sind. Ob es sich hier um eine echte epidemiologische Veränderung handelt oder um einen Ausdruck von abnehmender sozialer Unterstützung, ist offen. Von Bedeutung sind sicher auch Faktoren, die zu einer verbesserten Wahrnehmung psychischer Erkrankungen führen: Nachholbedarf der Psychiatrie angesichts früherer Unterversorgung, verbesserte Diagnostik in der Primärversorgung, höhere Akzeptanz für psychiatrische Hilfen.

Die Aufenthaltsdauer (Median) in der PK Münsterlingen weist über die letzten Jahre eine sinkende Tendenz auf. Für 2007 betrug der Median 35 Tage (ohne Psychotherapiebereich 31 Tage), für 2008 nur noch 30 Tage (ohne Psychotherapiebereich 23 Tage). Dieser Wert entspricht dem Median für die ganze Schweiz (Männer 21.5, Frauen 25 Tage).

Mit einer Bettenquote von 1.11 (bei 267 Betten gemäss Spitalliste auf 241'243 Einwohnern im Jahre 2008) liegt der Thurgau innerhalb der Schweiz im Mittelfeld, innerhalb Europas im oberen Drittel. Empfohlen werden 0.5-1.0 (WHO) bzw. 0.6-0.8 (D).

Interkantonale Patientenströme

Die im Kanton Thurgau behandelten ausserkantonalen Patienten werden überwiegend in der PK Littenheid behandelt. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Pflegetage auf die Kantone für die Jahre 2007 und 2008.

Thurgau	28.151	28.303
Zürich	8.200	7.996
Schwyz	12.545	10.708

⁸http://www.obsandaten.ch/indikatoren/6_1_2/2005/d/612.pdf,

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/publ.Document.119064.pdf>

⁹ http://www.obsandaten.ch/indikatoren/5_2_2/2005/d/522.pdf - Formel: (Pflegetage : (365 x Einwohner)) x 1000

Zug	7.288	8.135
St. Gallen	5.796	6.118
Luzern	4.035	2.792
Aargau	3.137	3.231
Übrige	9.683	9.282
Ausserkantonale	22.533	19.959

Tabelle: Pflage tage Clenia Littenheid nach Kantonen

Für die letzten Jahre gibt es nur eine grobe Schätzung des Netto-Zuflusses und -Abflusses von PatientInnen. Ein Zufluss ist im Bereich Jugend und Psychotherapie (PKL), Justiz, frühe Psychosen und Psychotherapie (ca. n=15; PKM) zu verzeichnen, ein Abfluss im Bereich Sucht. Eine Sichtung der jährlich 5000 Kostengutsprache gesuche ist aufwändig und könnte das Bild verzerren, da viele Gesuche nur gestellt werden, weil die Versicherer das fordern. Ein weiteres Beispiel für die mangelhafte Datenlage: PatientInnen, die z.B. in den Schützen in Rheinfelden gehen, stellen oft keine Gesuche.

Problembereiche

Die Steigerung der Leistungsmengen (Pflage tage) im stationären Bereich, die noch im Psychiatriekonzept 2004 als bedenklich eingestuft wurde, konnte gedämpft werden, obwohl die Zahl der Eintritte weiter zugenommen hat. Die Aufenthaltsdauern sind also kürzer geworden, liegen aber immer noch über dem Schweizer Durchschnitt. Dies könnte folgende Gründe haben:

- die Spitalliste wird in den Kantonen unterschiedlich gehandhabt, dadurch besteht kaum Vergleichbarkeit.
- LangzeitpatientInnen (PDT: etwa 10-12 Patienten, Littenheid: etwa 5-6 Patienten) sind zum Teil in der Klinik statt in Heimen. Für diese Gruppe gibt es zurzeit kein adäquates Behandlungsangebot. Drei Untergruppen können unterschieden werden: Psychiatrische Langzeitrehabilitationspatienten, medizinisch austherapierte verhaltensauffällige Menschen über 65 Jahren und hirnorganische Patienten. Diese Patienten sind chronisch so schwer krank, dass die Wohnheime und Pflegeinstitutionen mit der Betreuung überfordert sind und für Kriseninterventionen auf die Unterstützung der Klinik angewiesen sind. Die PKM verfügt zwar über gute Voraussetzungen, um solche Patienten zu betreuen, allerdings sind die Krankenversicherer nicht bereit, die langfristige Betreuung solcher Patienten zu finanzieren. Gleichzeitig besteht ein anhaltender Druck auf den vollstationären KVG-Bereich (Spitalliste, Liegedauern), so dass es aus Klinikperspektive einer baldigen Lösung incl. Finanzierungskonzept mit der Stiftung Mansio, dem Kanton, den Kostenträgern und der Klinik bedarf.
- Die Behandlung geht in einigen Fällen zu Lasten der Krankenversicherung statt zu Lasten der Justiz.
- Die stationären Tarife sind im Thurgau besonders niedrig, was die Attraktivität für die Kostenträger erhöht.
- Der Stellenwert der stationären Psychotherapie, die auf eine gewisse Aufenthaltsdauer angewiesen ist, ist hoch.
- Ungenügende ambulante Notfall- und Spezialversorgung, fehlende Strukturen (Tagesklinik, Angebote zur Berufsförderung, Angebote aufsuchender Betreuung) und die vorläufig noch mangelhafte interinstitutionelle Zusammenarbeit führen zu einer Verlängerung der Aufenthalte.

Die folgende Aufstellung definiert vier Gruppen von Patientinnen und Patienten, die heute unterschiedlich stark in stationärer Behandlung „fehlversorgt“ sind und demgemäss in unterschiedlichem Ausmass von einer Neuausrichtung der Versorgung auf ambulante Behandlungen profitieren könnten. Besonders auf die Spalten II und IV sollte das Augenmerk der zukünftigen Planung gerichtet sein:

Behandlungshintergrund:	I. Morbus bedingt	II. Komplexe psychosoziale Problemlage	III. Störungsspezifische stationäre Versorgung	IV. Fehlindikationen
Kennzeichen	Schwere der Erkrankung macht stationäre Behandlung notwendig, ambulante Behandlung ist nicht mehr möglich	Zusätzliche komplexe psychosoziale Problemlagen, die teilweise auch von den eigentlich zuständigen Stellen nicht gelöst werden können, überfordern das Helfernetz ausserhalb der Klinik („Zufluss“), verzögern die Behandlung und erschweren die Platzierung („Abfluss“)	Eine spezifische, meist störungsspezifisch ausgerichtete stationäre Behandlung stellt einen echten Benefit dar (weitere Prognose, Tiefe der Veränderungsmöglichkeiten) oder ist die einzige Alternative (z.B. Forensik)	Patient könnte eigentlich besser in einem nicht-stationären Setting (oder gar nicht) behandelt werden
Prognose	Insgesamt eher rückläufig durch medizinischen Fortschritt (Behandlungen werden kürzer; es ist mehr ambulant möglich)	Insgesamt eher Zunahme durch: Wegfall beruflicher Nischen; Veränderung der familiären Strukturen; Migration; Psychiatrieaufenthalt ist kaum mehr aversiv	Insgesamt eher Zunahme durch medizinischen Fortschritt und Spezialisierung (analog somatischer Medizin)	Insgesamt eher rückläufig; Gesellschaft kritischer mit Psychiatrie; Belegungsdauern gehen zurück
Lösung	Fachspezifische Weiterentwicklung im ambulanten Bereich fördern; Finanzierungsprobleme (Geriatric / Gerontopsychiatrie) beseitigen	Bessere Vernetzung Aufsuchende Angebote Tageskliniken Selektive Prävention Empowerment-Initiativen Langzeitbehandlung	ggf. fachspezifische Diskussion; bessere Kooperation zwischen den Institutionen	Triage verbessern Benchmarking mit anderen Kliniken

Diagnoseverteilung in den Kliniken: Die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 Diagnosegruppe F1) und hier insbesondere die Störungen durch Alkohol stellen den grössten Anteil dar, während gemäss BfS-Statistik diese Gruppe in anderen Kliniken der Schweiz durchschnittlich 14% der Spitalaufenthalte bedingen, gegenüber 23.7% der Fälle auf Grund schizophrener Störungen (ICD-10 Diagnosegruppe: F2). Insbesondere in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen ist ein über die Jahre sehr hoher Anteil an Patienten der Diagnosegruppe F1 zu finden. Es handelt sich oft um Wiedereintritte.

Entwicklungsbedarf

Ausbau, verbesserte Transparenz und Vernetzung der Beratungs- und Hilfeangebote für leichtere psychische Störungen

Wie die epidemiologischen Studien und die Schweizerische Gesundheitsbefragung der Jahre 1997 und 2002 zeigen, leidet ein erheblicher Teil der Bevölkerung an psychischen Störungen und sucht dafür Beratung und Behandlung. Zu einem bedeutsamen Teil könnten diese Bedürf-

nisse durch Selbst- und Freiwilligenhilfe, Beratungsstellen, Sozialdienste und psychologische Psychotherapie gedeckt werden.

Unterstützung von Angehörigen und aufsuchende Behandlung

Könnten schwer erkrankte Patienten länger in ihrem angestammten Umfeld betreut werden, würde daraus ein Entlastungseffekt für die Kliniken resultieren. Der Bedarf an integrierter, multi-professioneller sozialpsychiatrischer Behandlung würde dadurch weiter steigen. Durch die heutigen Tarife für nicht-ärztliche Leistungen können die Dienste aber nur kostendeckend arbeiten, wenn der Anteil der Ärzte am Personal hoch ist.

Ein erheblicher Teil psychisch kranker Menschen lebt auch im Thurgau bei den Angehörigen. Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, nicht-professionelle Besuchsdienste, Laienhelfer und Hilfsvereine bieten in gewissem Ausmass Unterstützung bei der Bewältigung daraus entstehender Belastungen. Deren Leistungen sind kaum zu beziffern, aber sehr wertvoll. Abgesehen von der Arbeit des 'Team Selbsthilfe' bleibt die fachliche Unterstützung von Angehörigen und von Gruppierungen der Selbst- und Bürgerhilfe im Kanton Thurgau der Initiative Einzelner überlassen. Einige wichtige Initiativen sind entstanden, z.B. der 'Trialog' und der Patiententreff des EPD Münsterlingen, oder die Gruppenangebote der Kliniken auch für Personen, deren psychisch kranke Angehörige aktuell nicht hospitalisiert sind.

Verbesserte Triage

In der modernen Psychiatrie gilt das so genannte Eskalationsmodell (je schwerer krank, desto eher stationär) als veraltet. Vielmehr gilt heute der Grundsatz, dass eine sorgfältige Indikationsstellung dazu beitragen kann, dass die Behandlung weitgehend zu Hause oder ambulant erfolgen kann. Für die Indikationsstellung ist jedoch viel fachliche Erfahrung und eine sehr gute Kenntnis der regionalen Verhältnisse nötig, um eine gezielte Zuweisung in eine Klinik, in einen ambulanten Dienst, zu einer psychosozialen Fachstelle oder einer mobilen Equipen vornehmen zu können. Fehlplatzierungen und „Odysseen“ von Patienten durch die psychiatrische Landschaft liessen sich so vermeiden. Realisieren liesse sich eine solche verbesserte Indikationsstellung in einem von den grossen Institutionen unabhängigen Aufnahme- und Abklärungszentrum, wobei die Abklärungszeit sehr kurz zu halten wäre.

Mobile Equipen

Laut GDK-Leitfaden zur Psychiatrieplanung, positiven Erfahrungen aus anderen Kantonen (z.B. Luzern, Bern, Waadt und Zürich) und weltweiten Forschungsergebnissen sind mobile Equipen insbesondere für psychisch Kranke mit komplexen psychosozialen Fragestellungen¹⁰ ein wesentlicher Bestandteil einer integrierten psychiatrischen Versorgung. In Bezug auf die psychiatrische Versorgungslage des Kantons Thurgau bieten sich drei mögliche Arten¹¹ von mobilen Equipen an:

- Eine nachhaltige ambulante und aufsuchende Betreuung (NAB) für psychisch schwer erkrankte Personen
- Eine kurzfristige aufsuchende Pflege zur systematischen Austrittsplanung
- Ein ambulantes Kriseninterventionsteam (KIT) – sinnvollerweise in ein Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) integriert

Verschiedene Standorte sind denkbar (EPD, Triagezentrum AAZ in Weinfelden). Die grösste Herausforderung bei der Einführung besteht in der nicht geklärten Finanzierung dieser ambulanten Angebote, da sie neue Finanzierungsströme voraussetzen, die vom Kanton und den Krankenkassen mitgetragen werden müssten.

¹⁰ der Begriff der „Heavy User“ ist zwar in der Sozialpsychiatrie verbreitet, aber nicht unproblematisch

¹¹ Die PDT haben zur Umsetzung dieser drei mobilen Equipen ein ausführliches Konzeptpapier erstellt.

Tageskliniken

Ob Bedarf für weitere Tageskliniken neben den beiden bestehenden in Kreuzlingen und Littenheid besteht, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mit abschliessender Sicherheit beantwortet werden. Ein echter Bedarf müsste ergänzend bei den Zuweisern und psychosozialen Fachstellen in Erfahrung gebracht werden.

4.4 Psychiatrische Rehabilitation

Veränderungen seit 2004

Das Brüggli in Romanshorn beschäftigt rund 500 Menschen mit Behinderung, wovon rund 300 mit dem Ziel der Rehabilitation u.a. auch im ersten Arbeitsmarkt in einer Integrations- oder beruflichen Massnahme stehen. Rund 200 Personen sind mit einer Rente beschäftigt. Die beruflichen Massnahmen haben massiv zugenommen und es wird damit gerechnet, dass die Zunahme weiter anhalten wird, wenn die Massnahmen der 6. IVG dazu kommen. Die Eingliederungsarbeit in den ersten Arbeitsmarkt gestaltet sich in wirtschaftlich schwierigen Zeiten bedeutend aufwändiger und schwieriger, der Aktionsradius wird grösser und kostenintensiver. Die agogisch begleitenden Massnahmen (psychosoziale Trainings) sind intensiver und komplexer. Die auferlegte Bürokratie (Nachweissbürokratie, Rückverfolgung) ist aufwändig.

Veränderungen, bezogen auf Massnahmenkatalog des Psychiatriekonzepts 2004:

- Zusätzliche Beschäftigungs- /Ausbildungsplätze schaffen: es werden mehr Plätze angeboten, jedoch sollte die Durchlässigkeit von Rentner zu Hause bis Anstellung im 1. Arbeitsmarkt klar erhöht werden. Verantwortung dafür: IV, Gemeinden, Kanton
- Firmen unterstützen bei Beschäftigung Erwerbsbeeinträchtigter: seit 5. IVG klar verbessert mit finanziellen Anreizen für Arbeitgeber, TWA über Gemeinden. Verantwortung dafür: IV, Gemeinden, Kanton und Arbeitgeber
- Firmen im 2. und 3. Sektor - Industrie- und DL-Arbeitsplätze fördern: AWA TG Firmenansiedelung wurde einiges gemacht, Standortattraktivität wurde erhöht, muss jedoch weiter optimiert werden Richtung "Nichtakademikerarbeitsplätze". Der Teilsubventionierte Arbeitsmarkt (Sozialfirmen) wurde ebenfalls erweitert durch den Einbezug der ALV-Werkstätten, weitere ts-Arbeitsplätze müssen gezielt evaluiert werden, sinnvollerweise aber im 1. Arbeitsmarkt.
- Beschäftigungsprogramme für Jugendliche: es sind weitere Massnahmen gefordert, vor allem ist der Anschluss nach der Lehrzeit problematisch insbesondere in wirtschaftlichen Krisen.
- Absenzenmanagement: Früherfassung wurde durch 5. IVG eingeführt und muss noch verbreitet, kommuniziert und umgesetzt werden.

Ausserdem sind folgende Anforderungen an die Rehabilitation neu:

- Die stringente Eingliederungsorientierung zwingt zu interdisziplinärer Zusammenarbeit, Leerläufe resp. Leerzeit im Eingliederungsprozess soll grösstmöglich vermieden werden, was klare Fallführung und Verantwortung verlangt.
- Massnahmen, Therapien, etc. werden vermehrt nach Kosten/Nutzen hinterfragt und entsprechend priorisiert, Nachkalkulation und Erfolgsnachweis sind die Stichworte.
- Die Pensionskassen sind bis heute nicht an der Eingliederung beteiligt. Sie sollen in die Pflicht genommen werden, es ist jedoch noch unklar wie.

Die Wohn- und Betreuungssituation psychisch behinderter Personen ist nicht Gegenstand dieses Berichts, darf aber nicht aus den Augen verloren werden. Im IV-Bereich sind sinnvolle Entwicklungen angestossen, im Nicht-IV-Bereich mangelt es an Vielem. Im Bereich betreuten

Wohnens und im Heimbereich sind die Angebote zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt. Dadurch kommt es zu vielen Fehlplatzierungen. Insbesondere fehlen bedürfnisgerechte Wohnformen für verhaltensauffällige Jugendliche unter 18. Hierzu wird das Hauptprojekt Lösungen vorschlagen müssen.

Problembereiche

- Für eine sinnvolle Planung fehlen Daten: z.B. wie viele Leute sind bei der IV angemeldet, wie viele suchen eine Stelle in welcher Branche, welche Krankheitsbilder kommen wie häufig vor. Wie viele Leute mit psychischen Problemen haben keine Stelle oder suchen eine Stelle, wie viele Ausbildungen sind gefragt in welchen Berufen, wie viele müssten krankheitsbedingt umgeschult werden, etc.
- Die Enthospitalisierung hat vor allem zu einer erhöhten Institutionalisierung geführt, aber nicht zur Integration. Eingliederung trotz Rente sowie die Ausbildung und Begleitung von psychisch Behinderten in der freien Wirtschaft sind noch zu wenig verwirklicht. Konzepte und Angebote wie Arbeitsassistenz, Jobcoaching und Ausbildungskoaching liegen vor, müssen aber noch vermehrt genutzt werden.

Entwicklungsbedarf - Berufliche Rehabilitation

Die ersten Massnahmenpakete der 6. IVG-Revision werden vom Bund bald erwartet. Diese sollen vor allem auf die Wiedereingliederung von Rentenbezüglern mit psychischen Störungen zugeschnitten sein. Diese Massnahmen müssen nach Freigabe auch umgesetzt werden, was Zeit beansprucht. Ziel ist es, dass der Rentenbestand deutlich reduziert werden soll. Vor allem Patienten mit dem Code 646 sollen genauer geprüft werden. Wenn keine eindeutigen psychiatrischen Diagnosen vorliegen, soll die Rente nicht gewährt werden. Dies betrifft vor allem Menschen mit psychosomatischen Schmerzen.

Diese Verschärfung in der Begutachtung wird sich auf die psychiatrische Versorgung niederschlagen. Ärzte, Psychiater und andere Anbieter sind gefordert, ihre Behandlungsstrategie stärker auf die Rehabilitation auszurichten, d.h. die Arztberichte und Gutachten müssen diese Seite berücksichtigen und deshalb differenzierter werden. Es braucht eine Rehaanalyse zu Beginn der Verfahren. Die Bezahlung der behandelnden Ärzte für interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team muss angepasst werden. Eine vermehrte Eingliederung vor Ort erfordert die Durchlässigkeit der Systeme.

Nachhaltige Eingliederung erfordert auch eine Betreuung nach Eingliederung. Psychosoziale Trainings sind für Klienten wichtige Selbsthilfemassnahmen und müssen ziel- und rehabilitationsorientiert zum Einsatz kommen. Nutzen und Erfolg der Massnahmen sollen nachgewiesen werden können. Begleitung und Beratung vor, während und nach dem Eingliederungsprozess sind wichtig, deshalb sind gezielte Koordinationen von medizinischen, psychiatrischen und beruflichen Rehabilitationsmassnahmen notwendig. Arbeitgeber sollen zu Verbündeten werden, brauchen kompetente Beratung und Unterstützung, brauchen eine Infostelle für Auskünfte. Arbeitgeber mit gesundem Arbeitsklima sind zu fördern und sind gesuchte Partner für die Eingliederung.

Der Arbeitsmarkt in der Ostschweiz ist anfällig auf Wirtschaftskrisen und wenig industriell. Der Druck am Arbeitsplatz ist gross, der Konkurrenzkampf ebenfalls, d.h. es muss oft ein langer Arbeitsweg in Kauf genommen werden.

Kurz zusammengefasst kann gesagt werden, dass die IV wegen des desolaten finanziellen Zustandes sehr unter Druck steht. Schnelle Entlastungen sind gefragt, hohe Erwartungen stehen im Raum, die Kommunikation in der Öffentlichkeit ist plakativ und erzeugt Unsicherheit und Stress bei Betroffenen.

Dies kann eine Verlagerung der Fälle auf andere Kassen bewirken, welche jedoch ebenfalls keine Reserven haben. Psychiatrische Hilfsangebote werden deshalb vermehrt gefragt sein, aber auch Psychohygiene bei den helfenden Personen in den Einrichtungen. So wie die MST als aufsuchende Psychiatrie in die Familien geht, muss die zukünftige Psychiatrie evt. vermehrt

in die Betriebe gehen, evt. wie in Deutschland Betriebsärzte mit psychiatrischer Kompetenz zur Verfügung stellen oder Betriebsangehörigen Kurse im Umgang mit sich selbst anbieten (Konfliktbewältigungskurse, Gewaltprävention, Psychohygiene für Kader und Angestellte, Betriebsklima-Verbesserungskurse, Umgang mit Stress, Work-Life-Balance, Umgang bei Kündigungen, etc.).

4.5 Alterspsychiatrie

Veränderungen seit 2004

Seit Oktober 1999 besteht das ‚Alterskonzept Thurgau‘; zur Umsetzung des Konzepts wurde eine Fachkommission eingesetzt, die im Juli 2003 drei Massnahmen vorgeschlagen hat, die inzwischen realisiert werden:

- Alterskonferenz Thurgau als Impuls- und Koordinationsgremium
- Koordinationsstelle Alter (Leitung: Frau Lisbeth Soppelsa, Gesundheitsamt)
- Bildung eines Expertenpools.

Problembereiche

Hochbetagte Patienten mit psychischen Krankheiten werden zuhause und in den Heimen zum grössten Teil von den Hausärzten behandelt. Dabei geht es vor allem um Depressionen, Suchtverhalten (Alkohol und Schlafmittel), paranoide Syndrome und dementielle Entwicklungen. Oft lassen sich die Symptome bei älteren, multimorbiden Patienten schwer beeinflussen, da diese mit Neben- und Wechselwirkungen anderer benötigter Medikamente im Zusammenhang stehen. Häufig müssen somatische Medikamente abgesetzt werden. Häufig bestehen auch Tag-Nacht-Rhythmusprobleme, die mittels Psychopharmaka reguliert werden.

- Bei der zunehmenden Überalterung der Thurgauer Bevölkerung werden diese Behandlungsschwierigkeiten in Zukunft häufiger auftreten.
- Die Kapazität für Demenzabklärungen reicht momentan aus, muss jedoch laufend an die demographische Entwicklung angepasst werden.
- PatientInnen mit Demenzerkrankungen, die in der Klinik behandelt werden, weisen eine immer höhere Multimorbidität auf. Sie sind nicht nur auf gute alterspsychiatrische, sondern auch auf hochqualifizierte geriatrische Behandlung angewiesen.
- In der Versorgung demenzkranker Menschen fehlen in vielen Fällen die passenden Angebote zwischen ambulanter haus- oder fachärztlicher Behandlung und vollstationärer Betreuung in Pflegeheimen. Wünschenswert wären dezentrale teilstationäre Betreuungsangebote und auch Betreuung zuhause durch mobile Teams.
- Übergangspflege und aufsuchende Angebote können nicht kostendeckend erbracht werden.
- Ein alterspsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst ist bisher noch wenig entwickelt; er könnte zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität älterer Menschen in Alters- und Pflegezentren beitragen. Auch betagten Menschen, die zu Hause von ihrem Hausarzt und der Spitex betreut und behandelt werden, könnte ein solcher Dienst nützen.
- Im Thurgau gibt es zu wenig spezialisierte niedergelassene Alterspsychiater
- Die Gemeinden müssen durch entsprechende Anreize und Kontrollen noch stärker veranlasst werden, die im Alterskonzept vorgesehenen Massnahmen umzusetzen.

Entwicklungsbedarf

- Die Fortbildungsangebote für die Hausärzte zu den oben genannten Themen sollten ausgebaut werden.

- Der hausärztliche Nachwuchs sollte für die Zukunft dringend gefördert werden, um die Leistungskapazität und Behandlungsqualität in diesem Bereich erhalten bzw. ausbauen zu können. Ebenfalls sollten Gerontopsychiater konsiliarisch zur Verfügung stehen.
- Unterstützung der hausärztlichen Kompetenzen durch Konsil-System bei Erkrankungen aus dem alterspsychiatrischen Formenkreis.
- Aufbau eines stationären geriatrisch-gerontopsychiatrischen Angebots zur gezielten Behandlung von Mischbildern.
- Erarbeitung eines Finanzierungskonzepts (Fallpauschale vs Tagessatz) mit Prüfung einer Mischfinanzierung.
- Intensivierung der Aufsuchenden Pflege Alterspsychiatrie zur Verbesserung der Übergänge von vollstationärer Behandlung in ambulantes/aufsuchendes Setting.
- Intensivierung der Angehörigenarbeit zu deren gezielter Unterstützung.
- Prüfung des Bedarfs einer spezifischen alterspsychiatrischen Tagesklinik (nicht Demenz) als spezialisiertes Behandlungs- und Betreuungsangebot weiterer alterspsychiatrischer Erkrankungen.

4.6 Substanzabhängigkeit

Veränderungen seit 2004

Neue Leistungsaufträge liegen für die regionalen Zweckverbände im Bereich der Suchtprävention, Suchthilfe und - nach Umsetzung der Reorganisation zum 1.1.2009 - auch in der Gesundheitsförderung vor. Weiterhin Gültigkeit hat das 'Drogenkonzept TG' aus dem Jahre 1992 (Fortbeschreibung für die Jahre 2005 bis 2009), die 'Richtlinien des Kanton Thurgau für stationäre Einrichtungen in der Drogenhilfe' (1995), die Methadonrichtlinien des Kanton Thurgau (1993, überarbeitet 2003) sowie natürlich die gesetzlichen Bestimmungen des Bundes.

Problembereiche

- Die Finanzierung ausserkantonaler stationärer Behandlungen ist weiterhin problematisch und muss im Rahmen des Hauptprojekts genauer betrachtet werden.

Entwicklungsbedarf

- Intensivierung der Zusammenarbeit und Verbesserung der Schnittstellen mit Fachstellen der Perspektive. Erste Kontakte finden statt.
- Kompetenzzentrum für Substitutionsbehandlungen (Methadon, Buprenorphin...) im Rahmen der ambulanten Psychiatrie.
- Spezialsprechstunden für Abhängigkeitserkrankungen in Kooperation mit den EPD.
- Verbesserung der Triage stationärer Eintritte / elektive Aufnahmen alkoholkranker Patienten
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Somatik und den Niedergelassenen zur Durchführung von Entzugsbehandlungen: Alkoholkurzzeittherapien, Aufbau eines teilstationären Angebots
- Nachhaltige ambulante und aufsuchende Betreuung (NAB) schwerst erkrankter Personen

4.7 Psychosomatik und psychosoziale Medizin

Veränderungen seit 2004

Die Konsultationszahlen der EPD wurden im Kapitel Erwachsenenpsychiatrie bereits erwähnt. Bei hauptsächlich psychosomatischen Krankheitsbildern mit hohem sozialpsychiatrischen Aufwand, aber auch in der ambulanten Behandlung chronischer psychotischer Patienten und in der Alterspsychiatrie haben zudem die Hausärzte eine zentrale Bedeutung.

Die 158 Thurgauer Hausärzte haben im Jahr 2008 ca. 178'500 psychiatrische Konsultationen durchgeführt. (Annahme: 18 % aller Konsultationen beim Hausarzt haben einen psychiatrischen Anlass. Vergleichszahlen erhoben durch Prof. Dr. P. Tschudi Basel, 2002). Wahrscheinlich liegen die Zahlen im Vergleich zum Kanton Basel Stadt im Thurgau sogar höher, wie auch aus der aktuellen statistischen Darstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung in der ganzen Schweiz zu erkennen ist. Da die ambulante psychiatrische Versorgung im Vergleich zu der restlichen Schweiz wesentlich weniger ausgebaut ist (vgl. Abb.), werden diese Aufgaben von den Hausärzten wahrgenommen.

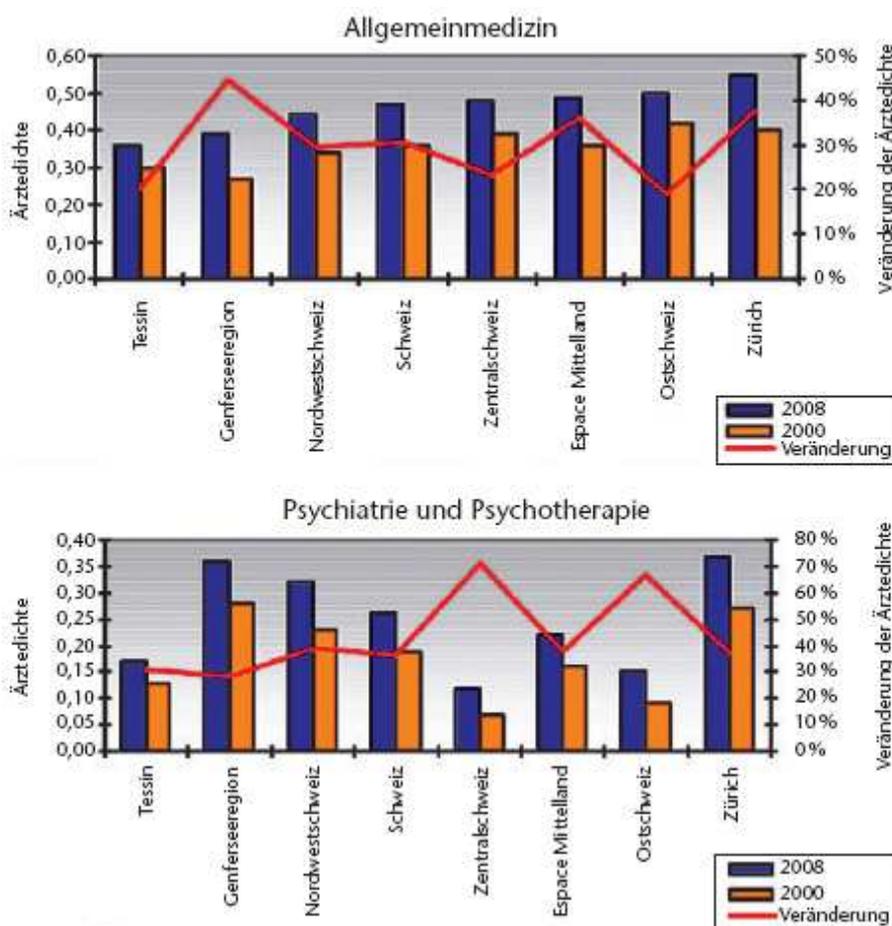


Abbildung: Regionale Verteilung der Ärztedichte¹²

Ein weiterer Indikator für den Stellenwert der Hausärzte in der psychiatrischen Versorgung ist die Tatsache, dass durch die Thurgauer Hausärzte im Jahr 2008 psychiatrische Medikamente für ca. 12.8 Mio Franken abgegeben wurden. (Zahlen erhoben durch trustcenter eastcare)

¹² aus: Kraft, E. & Hersperger, M. (2009): Ärzteschaft in der Schweiz – Ärztedichte und regionale Verteilung. Schweizerische Ärztezeitung 90:43, 1647-1649

Problembereiche

Aufgrund des zunehmenden Drucks in der Gesellschaft (Arbeitsplatzverlust, Zerfall der Kleinfamilien, zunehmende soziale Isolation, Suchterkrankungen usw.), der demographischen Entwicklung und des gesundheitspolitisch zu erwartenden Abbaus stationärer Leistungen ist eine deutliche Zunahme der Nachfrage nach diesen ambulanten psychiatrischen Dienstleistungen zu erwarten.

Entwicklungsbedarf

Um diese Dienstleistungen künftig qualitativ entsprechend auch erbringen zu können, ist der Entwicklung der Hausarztnetzwerke und der EPD Sorge zu tragen. Zentral ist dabei die Nachwuchsförderung bei den Hausärzten als auch bei den ambulant psychiatrisch tätigen Ärzten. In den EPD ist eine Verbesserung der Betreuungskonstanz anzustreben, indem die Fluktuation reduziert wird.

Dafür sind Finanzierungskonzepte adäquater ambulant psychiatrischer Behandlungsmodelle sowohl institutionell (Psychiater, Sozialarbeiter, Psychologen, Pflegepersonen) als auch in der Hausarztpraxis gemäss GDK-Richtlinien (2007) im Kanton Thurgau notwendig.

4.8 Forensische Psychiatrie

Problembereiche

- Forensisch geschultes Personal zur Gutachtenerstellung und zur fachlich kompetenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung im stationären und ambulanten Bereich fehlt. So gibt es z.B. im Thurgau kein ambulantes Gruppenangebot für erwachsene Sexualstraftäter.
- Steigende Anforderungen an die fachliche Kompetenz bei forensischen und versicherungspsychiatrischen Gutachten (Prognosestellung, Sicherheit) infolge strengerer juristischer Rahmenbedingungen.
- Steigende Anzahl straf- und zivilrechtlicher Gutachten, für die die Ressourcen fehlen.
- Der Suizidalität bei (Untersuchungs-) Häftlingen wird noch nicht ausreichend begegnet, indem der gefängnispsychiatrische Dienst rechtzeitig beigezogen wird.
- Die Patientenklientel der Station C2 ist sehr heterogen und durch spezifische Verhaltensauffälligkeiten mit hohem Aggressionspotential gekennzeichnet. Für eine spezifische forensische Ausrichtung bedarf es eines konkreten Auftrags und der Unterstützung des Kantons.

Entwicklungsbedarf

- Finanzierungskonzept für die Vielzahl stationärer Indikationsstellungen, bspw. Massnahmevollzüge durch Justiz, und entsprechende Entwicklung eines spezifischen stationären Behandlungskonzepts.
- Einrichtung eines Kompetenzzentrums Forensische Psychiatrie: sichert die forensische sowie sozialversicherungsrechtliche Diagnostik, Beurteilung, Begutachtung und Therapie von Patienten im Kanton TG. Kooperation mit Gefängnispsychiatrie und weiteren Massnahmenzentren (Kalchrain).

4.9 Ausbildung und Forschung

Veränderungen seit 2004

Seit 2004 sind bezüglich „Versorgungsforschung“ deutliche Anstrengungen erkennbar, auf schweizweiter Ebene die Forschung zu psychiatrischen Versorgungsfragen zu stärken und auszubauen. Es sind über die letzten Jahre insbesondere diverse Arbeitsdokumente des OBSAN (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) entstanden, die Daten zur Versorgung psychisch Kranker oder Daten zur psychiatrischen Epidemiologie liefern. Ebenfalls hat die Nationale Gesundheitspolitik Schweiz eine nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung und Erhaltung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (siehe Kap. 4.1) gestartet, die auch wesentliche Impulse für die psychiatrische Versorgungslandschaft beinhaltet.

In der „Ausbildung“ hat sich seit 2004 einiges verändert. So hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 2007 ein Arbeitspapier zu den zukünftigen Berufsbildern von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis erarbeitet, in dem darauf hingewiesen wird, dass Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von Ärzten und Pflegenden neu zu definieren seien in einer „Charta for Coordinated Care“. Dort wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass sich die Ausbildung der Pflegefachberufe zukünftig schweizweit auf einen Bachelorabschluss zu bewegt, mit der Möglichkeit, einen Master und Dokortitel zu erwerben.

Da die Grundausbildung Pflege in der Schweiz seit einigen Jahren generalistisch ausgerichtet ist, müssen Pflegefachpersonen nach dem Diplom die Spezialisierung in psychiatrischer Pflege erwerben. Die PDT haben sich deshalb entschlossen, den Lehrgang CAS Psychiatrische Pflege der Fachhochschule Bern einzukaufen und damit innert drei Jahren (2009 bis 2011) 75 Pflegefachpersonen ein spezialisiertes Fachwissen zu garantieren, das es ihnen ermöglicht, einen professionellen Beitrag zur psychiatrischen Versorgung zu leisten. Als Nebeneffekt soll damit auch die Attraktivität des Arbeitsplatzes Thurgau gesteigert werden.

Gemäss Visitation der FMH im Juni 2008 verfügt die Klinik über die volle Weiterbildungsermächtigung Kategorie A1 über vier Jahre im stationären Bereich, im ambulanten Bereich Kategorie A1 für drei Jahre.

Problembereiche

Sowohl im Bereich der Ärzte wie der Psychiatrischen Fachpflege bestehen grössere Rekrutierungs- und Nachwuchsprobleme, die für Sozialarbeiter, Psychologen und Kreativtherapeuten nicht bestehen. Die Ursachen dafür sind komplex. Die Fachgesellschaften sind tief besorgt um die institutionelle psychiatrische Versorgung.

Entwicklungsbedarf

Die Nachwuchsprobleme im ärztlichen und pflegerischen Bereich sind dringend anzugehen.

5 Handlungsfelder und Versorgungsstrukturvarianten

5.1 Gesundheitsförderung und Prävention - Handlungsfelder

Früh(er) in der Familie ansetzen

In der Schweiz sind Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme mit psychosozialen Ansatz, die auf den Erkenntnissen der Bindungsforschung aufbauen und entsprechend früh ansetzen, selten. Präventive Ansätze in der Frühen Kindheit sind bisher eher medizinisch orientiert und wenig koordiniert.

Dabei ist die Familie eine wesentliche Determinante psychischer Gesundheit ihrer Mitglieder, ganz besonders der Kinder. Eltern übernehmen gesellschaftspolitisch wesentliche Aufgaben im Bereich Fürsorge, Erziehung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung. Von ihrem Verhalten hängt ab, ob die Familie Risiko- oder Schutzfaktor für die psychische Gesundheit ist.

Risikofaktoren können Kinder in ihrer Entwicklung beeinträchtigen. Prä- und perinatale Komplikationen beeinträchtigen eher die motorische und kognitive Entwicklung, familiäre Risikofaktoren dagegen wirken sich auf die kognitive und psychosoziale Entwicklung aus. Langzeitstudien zeigen auf, dass die entwicklungshemmenden Einflüsse früher Belastungen oft in dauerhafte Beeinträchtigung individueller Entwicklungschancen münden.

Der best ausgewiesene Schutzfaktor dagegen ist eine sichere Bindungsbeziehung zu mindestens einer zugewandten, verlässlichen, erwachsenen Bezugsperson. Feinfühliges, responsives Verhalten der primären Bezugspersonen gegenüber dem Kind ist grundlegend für den Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung und eines entsprechenden inneren Arbeitsmodells. Demgegenüber gelten unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente und insbesondere desorganisierte Bindungsmuster als Risiken für die psychische Gesundheit.

Selektive und indizierte Gesundheitsförderung

Psychosozialen Risiken im familiären Umfeld, wie materielle oder psychische Not, Überforderung (jugendliches Alter der Mutter resp. Eltern, Erstgebärende, Alleinerziehende, geringer Altersabstand der Geschwister, Krankheit, unverarbeitetes Trauma) und soziale Isolation können ein sicheres Bindungsverhalten und damit die psychosoziale Entwicklung des Kindes gefährden. Auch das Temperament des Babys hat Einfluss auf die Bindungsbeziehung. Fröhliche, zufriedene Babys haben grössere Chancen auf angemessene Interaktionen und wertschätzende Aufmerksamkeit als schwierige, schwer zu beruhigende Schreibabys. Kinder aus problematischen Schwangerschaftsverläufen oder mit Geburtskomplikationen haben diesbezüglich ein grösseres Risiko.

Durch entsprechende staatliche Gesundheitsförderungsprogramme liessen sich psychosoziale Risikofaktoren ermitteln und positiv beeinflussen. Langzeitstudien von Head-Start-Programmen (Gesundheitsförderungsprogrammen, die teilweise in der Schwangerschaft, spätestens ab der Geburt starten) belegen die positive Auswirkung auf die Gesundheit von Kind und Mutter. Der Effekt erweist sich grösser, wenn die Zielgruppe klar definiert ist und die Programme durch spezialisierte, professionelle Mitarbeiter durchgeführt werden.

Eine Hürde für die Einführung früher Gesundheitsförderungsprogramme besteht im gesellschaftspolitischen Kontext resp. im politischen Willen, sich bereits vor der Einschulung in innerfamiliäre Bereiche „einzumischen“ und Verantwortung zu übernehmen. Traditionell geschieht dies erst, wenn die Eltern offensichtlich mit ihrer Aufgabe überfordert sind und das Kind (meist) bereits Schaden genommen hat. Eine weitere Schwierigkeit ist die Gratwanderung zwischen Erreichbarkeit der vulnerablen Zielgruppe versus Stigmatisierung derselben. Mit der Vernetzung von universellen und selektiv-indizierten Gesundheitsförderungsmethoden liesse sich diesem

Problem begegnen. Freiwilligkeit und Datenschutz sollen solange gewährleistet sein, als das Kindeswohl nicht gefährdet ist.

Handlungsempfehlungen

Das Angebot der Mütter-Väterberatung könnte um Angebote zur selektiven Gesundheitsförderung erweitert werden. Indizierte Gesundheitsförderungsmassnahmen müssten parallel durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst z.B. in Form von MST Can. aufgebaut und angeboten werden.

- Teil dieser Angebotsentwicklung müsste ein Programm für Eltern mit Risikokonstellationen sein. Dabei könnte auf bestehende, evaluierte Modelle zurückgegriffen werden (z.B. Nurse-Family-Partnership¹³, Keiner fällt durchs Netz¹⁴). Die Zusammenarbeit mit Gynäkologen und Geburtshilfe zur Erfassung von Risikoeltern müsste dazu aufgebaut und institutionalisiert werden. Die fachliche Betreuung könnte der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst sicherstellen.
- Nötig wäre ein Stellenausbau der Mütter- Väterberatung, damit die Betreuung zwischen zwei und fünf Jahren sicher gestellt ist.
- Die Mütter- Väterberatung ist regional organisiert. Trägerschaften sind Vereine, die mit den zuständigen Gemeinden Leistungsvereinbarungen abschliessen. Damit ein Ausbau und eine Professionalisierung hinsichtlich spezieller Zielgruppen erfolgen könnten, wäre eine Anpassung im Sinne einer kantonalen Struktur sinnvoll. Da grundsätzlich die politischen Gemeinden für die Mütterväterberatung zuständig sind (Gesundheitsgesetz Kanton Thurgau 1987), wäre eine Trägerschaft durch den kantonalen Gemeindezweckverband Perspektive Thurgau eine mögliche Lösung. Mittels Leistungsauftrag durch den Kanton und entsprechender finanzieller Abgeltung dieser Leistungen könnte eine bedarfsgerechte Angebotsentwicklung gesteuert werden.
- Die Vernetzung und Koordination unter den Akteurinnen und Akteuren im Bereich der frühen Kindheit müsste institutionalisiert werden. Durch Netzwerke könnten Abläufe optimiert und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Eine Rollenklärung und Regelung des Datenschutzes sollte verhindern, dass durch mangelnde Information und unklare Verantwortlichkeiten Kindeswohlgefährdungen entstehen. Auch hier bestehen Modelle, auf die zurückgegriffen werden könnte, z. B. das Ulmer Modell¹⁵ „Guter Start ins Kinderleben“. Anzustreben wäre auch eine engere Zusammenarbeit mit der Sozialhilfe, damit die Unterstützung in der Alltagsbewältigung neben der Bewältigung der Elternrolle ebenfalls gewährleistet ist. Es ist zu prüfen, ob insbesondere kleinere Gemeinden im Bereich der Sozialhilfe durch niederschwellige, professionelle Fachstellen ergänzt werden müssten.
- Ein flächendeckendes Angebot an Beratungsstellen für Kleinkindererziehung (angegliedert an die bestehenden Familienberatungsstellen, die im Westthurgau bereits integrierter Bestandteil der Perspektive ist) mit institutionalisierter Zusammenarbeit mit den Mütter- Väterberatung und der Kleinkindambulanz wären sinnvolle flankierende Massnahmen.

¹³ Olds, David L. (2007): Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

Nurse-Family Partnership (2009): www.nursefamilypartnership.org

¹⁴ Cierpka, Manfred (2009): Keiner fällt durchs Netz. Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. In: Borst, Ulrike et al (Hrsg.): Familiendynamik, Systemische Praxis und Forschung. 34. Jahrgang. Heft 2. Stuttgart: Klett-Cotta, 156-167

Keiner fällt durchs Netz (2009): www.keinerfaelltdurchsnetz.de

¹⁵ www.uniklinik-ulm.de

- Zu prüfen ist ferner ein niederschwelliges Entlastungsangebot für Eltern in Überforderungssituationen. Erschöpften Eltern gelingt es schlechter, feinfühlig auf ihr Kind zu reagieren.
- Weitere sinnvolle Begleitmassnahmen wären die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedeutung der ersten Lebensjahre und für eine vermehrte Wertschätzung der Elternaufgabe. Öffentlichkeitsarbeit wäre auch im Bereich Information über bestehende Unterstützungsmassnahmen zu leisten. Ein Ausbau des Bildungsangebots für (werdende) Eltern und Fachleute mit dem Fokus auf feinfühliges elterliches Verhalten wäre erstrebenswert. Den unterschiedlichen Zugängen verschiedener sozialer, sprachlicher und kultureller Gruppen müsste dabei Rechnung getragen werden.
- Interdepartemental sind die aktuellen Entwicklungen zu berücksichtigen. Insbesondere die kantonalen Bestrebungen für eine koordinierte Kinder- Jugend- und Familienpolitik. Das im März 2009 genehmigten Konzept Kind, Jugend und Familie für den Kanton Thurgau sieht vor, ab 2010 eine kantonale Fachstelle für Familie aufzubauen. Wie bereits erwähnt ist vorgesehen, diese Fachstelle im Generalsekretariat des Departements für Erziehung und Kultur anzusiedeln und mit der Umsetzung der im Konzept vorgeschlagenen Massnahmen zu beauftragen. Einzelne Massnahmen zielen in Richtung Frühförderung. Eine gute Vernetzung sowie eine Klärung der Schnittstellen könnten diese Synergien verstärken und eine Umsetzung beschleunigen.

Versorgungskonzept frühe Kindheit im Kanton Thurgau

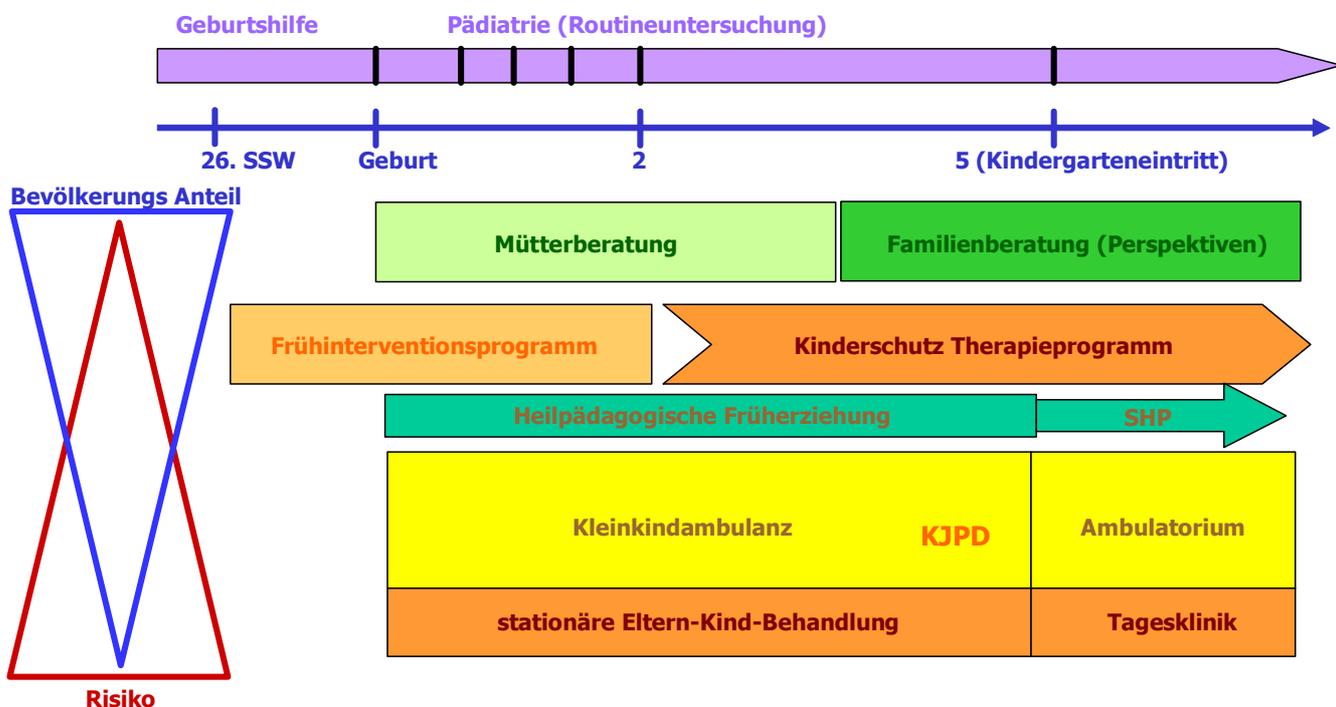
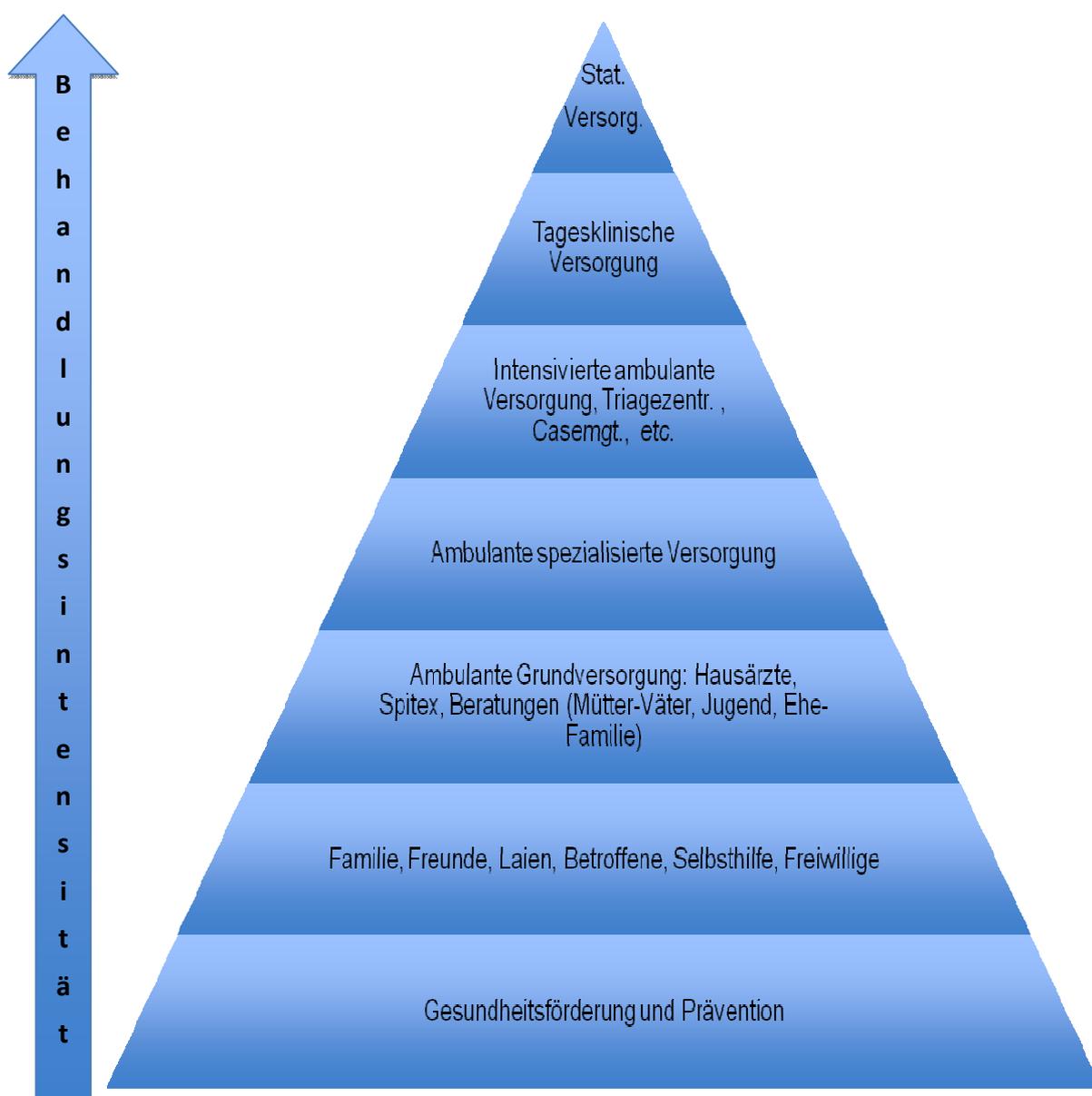


Abbildung: Graphische Übersicht über die Angebote im Frühbereich im Kanton Thurgau

5.2 Erwachsenenpsychiatrie – Versorgungsstrukturvarianten

Die erste Variante der weiteren Entwicklung wäre die „Nullvariante“: die Strukturen der Versorgung werden nicht verändert. Sie werden lediglich ausgebaut bzw. reduziert in einem Ausmass, wie es die jeweils aktuellen Leistungszahlen aufzeigen und nahelegen.

Die zweite Variante wäre eine massvolle Veränderung der Strukturen, so dass den Bedürfnissen der Bevölkerung und den GDK-Leitlinien Genüge getan wäre. Die stationären Behandlungen werden in Anzahl und Dauer reduziert. Dies kann nur gelingen, wenn die ambulante und aufsuchende Behandlung verstärkt angeboten wird und die Familien und das soziale Umfeld unterstützt werden. Der Triage kommt eine grosse Bedeutung zu. Die folgende Abbildung verdeutlicht, wie sich die Mengen der angebotenen Leistungen idealtypisch verteilen würden:



Für die weitere Entwicklung im Thurgau sind konkret folgende Strukturen aufzubauen, für deren Finanzierbarkeit die im Hauptprojekt zu definierende Mengenzuteilung und Vergütung durch Kantonsbeiträge essentiell sind.

- **Errichtung mindestens eines Aufnahme- und Abklärungszentrums (AAZ):** Wenn es in Zukunft mehr ambulante und aufsuchende Behandlung geben soll, wird es umso wichtiger, unnötige Verlegungen bzw. Settingwechsel zu vermeiden. Die Triage wird wichtiger. Innerhalb der PDT gibt es bereits Überlegungen zum Aufbau eines eigenen „Aufnahme- und Abklärungszentrums“ (AAZ), das nicht Bestandteil des Akutbereichs sein soll (sonst wirkt der altbekannte Mechanismus: Patienten werden da behalten und wollen häufig auch da bleiben, wo sie aufgenommen wurden). Im AAZ müsste innerhalb weniger Tage abgeklärt werden, was weiter geschehen soll. – Ähnliche Überlegungen sprächen auch für ein solches AAZ ganz ausserhalb der PDT, das dann überinstitutionell ausgerichtet wäre. Ein AAZ sollte so autonom sein, dass es nicht zum Zweck des Bettenfüllens eines Bereichs oder einer Klinik missbraucht werden kann. Elektive, vom Haus- oder Facharzt veranlasste Eintritte in die Kliniken sollen möglich bleiben und auch direkt auf Spezialstationen erfolgen können. Dazu ist ein erfahrener Arzt als Ansprechpartner in der Klinik erforderlich. Umgekehrt darf eine vom einweisenden Arzt so geplante Abklärung oder kurze Behandlung nicht nach Belieben verlängert werden; der Einweisungsgrund darf nicht in Vergessenheit geraten.
- **Mobile Equipen:** Mindestens folgende Problemstellungen, bei denen eine Behandlung zu Hause in Frage käme, sind zu unterscheiden: Nachhaltige ambulante Betreuung für psychisch schwer kranke Personen; Nachbehandlung nach psychiatrischen Hospitalisationen; Notfallbehandlungen bei noch ungeklärtem längerfristigen Behandlungsbedarf

Über die neu zu bildenden Strukturen hinaus und diese einbeziehend wird es von entscheidender Bedeutung sein, die Prozesse der Leistungserbringung neu zu definieren und die Schnittstellen zum Sozialwesen zu regeln. Wenn tatsächlich etwa 50% der öffentlichen Gelder für die ambulante Behandlung aufgewendet werden sollen, werden psychiatrische Pflege, die Sozialdienste der Gemeinden, die Beratungsstellen und die psychologische Psychotherapie eine grössere Rolle spielen müssen. Die interdisziplinäre und Institutionen übergreifende Zusammenarbeit muss dann ausgebaut werden.

Die dritte Variante würde auf eine vollständige Neustrukturierung der psychiatrischen Versorgung abzielen, indem die Angebote noch weitergehend dezentralisiert würden. Die Kliniken, die heute das ganze Versorgungsspektrum anbieten, würden medizinischen Zentren für Akut- und Spezialversorgung weichen, während ein grosses Spektrum an Leistungsanbietern eine integrierte gemeindenahere Versorgung und die Triage in spezialisierte Behandlung anbieten würde.

6 Monitoring und Qualitätssicherung

Auf Kennzahlen und Qualitätssicherung kann auch in der Psychiatrie nicht mehr verzichtet werden. Dabei geht es vor allem um das Erreichen resp. Aufrechterhalten einer bedarfsorientierten, effektiven, effizienten und qualitativ hoch stehenden Leistungserbringung der ambulanten und stationären Psychiatrie.

Mit den vorhandenen Kennzahlen auf kantonaler und nationaler Ebene ist es nicht möglich, valide Vergleiche unter den Leistungserbringern zu ziehen. Zu unterschiedlich werden die Kennzahlen erhoben und interpretiert. Um dieser Situation Abhilfe zu schaffen, müsste es ein erstes Ziel sein, Datenerhebung und -interpretation auf kantonaler und nationaler Ebene zu vereinheitlichen, so dass sichergestellt werden kann, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird.

Nebst finanziellen Kennzahlen, Leistungsdaten (Anzahl Eintritte, Austritte und der Aufenthaltsdauern) und Personalkennzahlen erheben einige Institutionen in der Psychiatrie in den letzten Jahren Daten zu den medizinischen Ergebnissen. Seit über einem Jahr beteiligen sich 14 Kliniken, darunter auch die Clenia Littenheid, an einem Pilotprojekt der NAQ (Natio-

nale Qualitätsentwicklung), besser bekannt unter dem Namen KIQ, in dem mit einheitlichen Messinstrumenten die Ergebnisqualität in der stationären Psychiatrie erhoben wird. Ein ähnlich gelagertes Projekt läuft auch in den Kliniken des Kantons Zürich. Weitere Kliniken führen Ergebnismessungen in eigener Regie durch, so die PK Münsterlingen. Aus den Ergebnissen der Pilotprojekte wird dann das weitere Vorgehen abgeleitet werden.

Es erscheint sinnvoll, dass sich die Thurgauer Institutionen an einem geplanten, auf nationaler Ebene einheitlichen Kennzahlenmonitoring, z.B. der Kategorisierung von H-Plus, und an standardisierten nationalen Ergebnismessungen beteiligen und diese aktiv unterstützen.

Projektbericht Psychiatrieplanung 2012

Ziele für die Entwicklung
Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte
Monitoring, Controlling und Qualitätssicherung

Stand 21.02.2011

Inhalt

1	Zusammenfassung	3
2	Einleitung	7
2.1	Versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie	7
2.1	Auftrag	9
2.2	Aufbau- und Ablauforganisation des Projekts	10
3	Ziele für die Entwicklung	11
3.1	Ziele Gesundheitsförderung und Prävention	11
3.2	Ziele Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	11
3.3	Ziele Erwachsenenpsychiatrie	12
3.4	Ziele Alterspsychiatrie	13
4	Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte	15
4.1	Gesundheitsförderung und Prävention – Strukturen und Projekte	15
4.1.1	Gesundheit von Anfang an	15
4.1.2	Jugendliche im Fokus	16
4.1.3	Psychische Gesundheit stärken	16
4.1.4	Suchtarbeit bleibt Thema	18
4.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsstrukturen und Projekte	18
Antrag 4.2.1:	Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben	19
Antrag 4.2.2:	Ehe- und Familienberatungsstellen	20
Antrag 4.2.3:	Mütter- / Väterberatung.....	20
Antrag 4.2.4:	Unterstützung von lokalen Initiativen	20
4.3	Erwachsenenpsychiatrie – Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte	20
Antrag 4.3.1:	Intensive Case Management (ICM).....	21
Antrag 4.3.2:	Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) mit integrierter Krisenintervention (KIT)	22
Antrag 4.3.3:	Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB)	22
Antrag 4.3.4:	Tagesklinik der Clenia Littenheid in Frauenfeld	23
4.4	Alterspsychiatrie – Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte	23
Antrag 4.4.1:	Tagesklinik-Plätze für andere als dementielle Erkrankungen.....	23
Antrag 4.4.2:	Gerontopsychiatrische Sprechstunden.....	23
Antrag 4.4.3:	Aufsuchende Betreuung in einem Bezirk.....	24
4.5	Finanzierungsmodell	24
5	Monitoring, Controlling und Qualitätssicherung	24

1 Zusammenfassung

Ausgehend von den Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz, die den Ausbau der ambulanten und aufsuchenden Behandlung fordern, und den im Psychiatriekonzept Thurgau (2004) aufgezeigten Verbesserungspotenzialen in der psychiatrischen Versorgung der Thurgauer Bevölkerung, wird mit dem vorliegenden Projektbericht eine Planungsgrundlage vorgelegt, die den für 2012 zu erwartenden Änderungen in der Spitalfinanzierung Rechnung trägt. Die hier skizzierten Entwicklungsschritte sind nicht ausschliessend zu verstehen; neue Projektideen sollen jederzeit möglich bleiben.

Seit 2004 sind einige erfreuliche Entwicklungen zu verzeichnen, die auf die damals getroffenen Massnahmen zurückgeführt werden können. So konnte beispielsweise die Zunahme der stationär erbrachten Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie gedämpft werden und das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot in Richtung ambulanter und aufsuchender Behandlung ausgebaut werden.

Die **kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung** im Kanton umfasst die stationäre Jugendpsychiatrie der Clenia Littenheid sowie die primär auf tagesklinische, ambulante und aufsuchende Strukturen ausgerichteten Angebote der STGAG, die mittels Modellprojekten weiterentwickelt werden. Zuletzt wurde das Programm MST-CAN bewilligt. Damit sind wichtige Vorgaben der Empfehlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz erfüllt. Die thurgauische Politik, neben den bestehenden, bewährten Angeboten international anerkannte Modellprojekte mit departementsübergreifender Unterstützung einzuführen, bringt den Kanton in der Schweiz im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in eine Vorreiterposition. - In Abstimmung mit der Kommission für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht empfiehlt sich nun schwerpunktmässig ein Ausbau im Bereich der frühen Kindheit. Die kinderpsychiatrische Versorgung sollte in Zukunft noch raschere Zugänge erlauben und Wartezeiten möglichst reduzieren. Die Zusammenarbeit mit den niedrig schwelligen Beratungsangeboten, wie beispielsweise den Fachstellen des Gemeindezweckverbands *Perspektive Thurgau* und anderen privaten Leistungsanbietern im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Thurgau soll weiter ausgebaut werden.

In der **Erwachsenen- und Alterspsychiatrie** stiess die positive Entwicklung seit 2004 jedoch an Grenzen, da die stationär erbrachten Leistungen gegenüber den ambulanten Leistungen eher kostendeckend abgegolten werden. Voraussetzung für den Aufbau von Strukturen, die eine weitere Verlagerung der psychiatrischen Behandlungen in den ambulanten und aufsuchenden Bereich fördern, ist, dass die Leistungen auch bei einer gänzlich anderen Arbeitsweise der psychiatrisch tätigen Fachkräfte kostendeckend erbracht werden können. - Die wichtigsten strukturellen Veränderungen in der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie werden im Aufbau von Abklärungs- und Triagezentren, in der Bildung von mobilen Equipen sowie in der Veränderung des Versorgungsgebiets der Clenia Littenheid gesehen. Eine Sektorisierung wird jedoch aus versorgungsplanerischen Gründen abgelehnt. Im Detail sind folgende Versorgungsstrukturen für die Erwachsenen- und Alterspsychiatrie in Planung und werden zur Umsetzung und Subventionierung durch den Kanton beantragt:

- Aufnahme-, Krisen- und Abklärungszentrum (AAZ) für Erwachsene mit Standort in Münsterlingen, zur Verbesserung der Triage und gezielten Zuweisung in ambulante, tagesklinische und vollstationäre Angebote (inklusive des Langzeitsettings und der Forensischen Psychiatrie). Das AAZ führt ab 2011 zu einer Reduktion von Aufnahmen in den stationären Bereich, bei weiterhin möglicher (darf nicht die Regel sein) direkter Zuweisung in stationäre Behandlung durch Niedergelassene. Innerhalb des AAZ steht ein Kriseninterventionsteam für Notfälle bei noch ungeklärtem Behandlungsbedarf zur Verfügung, das auch in der Lage ist, aufsuchend zu arbeiten. Neuor-

ganisation des Aufnahmedienstes der Clenia Littenheid zur Optimierung der Behandlungspfade unter Miteinbezug der teilstationären und ambulanten Angebote.

- Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB) (der Psychiatrischen Dienste Thurgau): Ambulante und aufsuchende Nachbehandlung nach psychiatrischen Hospitalisationen mit dem Ziel, die Übergänge besser zu gestalten und verlängerte Aufenthaltsdauern wegen ungeklärter sozialer Situation zu vermeiden.
- Intensives Case Management (ICM) (der Psychiatrischen Dienste Thurgau): Ambulante und aufsuchende Behandlung von schwer und wiederholt psychisch erkrankten Personen.

Bei Mitfinanzierung durch den Kanton Thurgau erwartet der Kantonsärztliche Dienst und das Gesundheitsamt eine zuordenbare und messbare Reduktion der Spitaltage bis Ende 2015, das heisst vier Jahre nach Beginn der Mitfinanzierung dieser drei Angebote. Aufbau der Angebote und Abbau der Spitaltage sind als dynamische Prozesse zu sehen, die durch ein Monitoring von Leistungs-, Kosten- und Qualitätsdaten begleitet werden sollen. Die Datengrundlage wird in dem Projekt, das vom Ressortleiter Spitäler und Finanzen des Gesundheitsamtes geleitet wird, definiert. Das Monitoring nimmt eine Begleitgruppe, bestehend aus den Chefärzten, dem Kantonsarzt sowie evt. weiteren Personen, vor.

- Tageskliniken: Die Zahl der Plätze soll von derzeit 46 auf 60 (evt. 80) Plätze, verteilt auf 4 Tageskliniken inkl. integrierte Memoryklinik ausgebaut werden. Es ist ein einheitliches Finanzierungskonzept anzustreben.
- Die bereits bestehende Tagesklinik Littenheid wird nach Frauenfeld verlagert, unter Ausbau auf 20 Plätze. Die Art der Tagesklinik, ihre Struktur und ihr Angebot sind noch offen. Die Planung erfolgt in Zusammenarbeit mit Vertretern des Externen Psychiatrischen Dienstes Frauenfeld und den Fachärzten vor Ort.
- Ausbau der Memory-Klinik (spezialisierte Tagesklinik) auf 20 Plätze, mit noch zu diskutierender Bildung weiterer Schwerpunkte der Behandlung, so dass auch Betagte mit anderen als dementiellen Erkrankungen behandelt werden könnten (Entwicklung zur integrierten allgemein-gerontopsychiatrischen Tagesklinik).
- Konzept zur Alterspsychiatrie: Mit einem Zeithorizont von zwei bis vier Jahren soll, gemeinsam mit Fachleuten aus Neurologie und Innerer Medizin und anderen Disziplinen, ein Konzept zur weiteren Entwicklung der Alterspsychiatrie und Altersmedizin erstellt werden. Ergänzend dazu ist es notwendig, innerhalb des Kantons die Bedürfnisse der Grundversorger in Erfahrung zu bringen, damit neue Angebote als Unterstützung wahrgenommen werden.
- Psychosoziale Medizin: Die heutigen vier EPD in Romanshorn, Münsterlingen, Frauenfeld und Sirnach sollen auf fünf EPD ausgebaut werden. In jedem der fünf neuen Bezirke soll ein EPD domiziliert werden, möglichst in räumlicher Nähe zu den *Perspektive*-Fachstellen, damit der Kanton Thurgau flächendeckend sozialpsychiatrisch versorgt werden kann. Das zukünftig stärker subventionierte Angebot der EPD soll sich auf die sozialpsychiatrische Medizin (resp. auf die psychosoziale Medizin) beschränken. Psychosomatik, Spezialsprechstundenangebote, aber auch das psychiatrische "Grundversorgungsangebot" durch Sprechstunden sollen klar abgegrenzt werden und sind durch den tarmed zu finanzieren.
- Spezialsprechstunden sind, falls sie durch PDT oder Clenia Littenheid angeboten werden, mit den niedergelassenen Psychiatern und Grundversorgern einvernehmlich abzusprechen (Konsenspapier der Ärztegesellschaft Thurgau).
- Für den Betrieb der EPD wäre eine Zusammenarbeit der beiden Psychiatrischen Kliniken Münsterlingen und Littenheid grundsätzlich möglich. Eine enge Vernetzung zum Zweckverband *Perspektive*, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, sowie zur Spitex, der stationären Akutsomatik und zu den Gemeinden (Fürsorge, Vormundschaft, Schule, kirchliche Institutionen) ist zu gewährleisten. Der Betrieb von sozial-

psychiatrisch ausgerichteten EPD ist nur mit der tarmed-Finanzierung nicht kostendeckend leistbar, staatliche Unterstützungsbeiträge sind nötig. In vergleichbaren EPD anderer Kantone wird ein Kostendeckungsgrad von 50 bis 60%, maximal 70% erreicht.

Mit einer allfälligen Genehmigung der geplanten Strukturveränderungen (Anfang 2011) müssen mit den Leistungserbringern Mengengerüste und Vergütungsmodalitäten für die verschiedenen Leistungsarten vereinbart werden. Die Mengenverteilung zwischen STGAG und Clenia soll in etwa dem Status Quo entsprechen (Pflegetage 2009: ca. 71.5 zu 28.5, inklusive zusatzversicherten Thurgauer Patienten). Weitere, heute noch nicht vorhersehbare Projekte müssen möglich bleiben. In der Umsetzungsphase (ab Mitte 2011) müssen, gemeinsam mit den Partnern, neue Prozesse der Leistungserbringung beschrieben und Nahtstellen definiert werden. Bei neuen Angeboten, z.B. Spezialsprechstunden, müssen Absprachen mit den niedergelassenen FachärztInnen getroffen werden.

Beantragt wird im Weiteren:

- Suchttherapie: Ausarbeitung eines Suchtkonzepts Thurgau
- Langzeitpatienten und Forensische Psychiatrie: 9-10 Plätze für Thurgauer Patienten (4-5 Langzeit „Gruppe 2“, 5 Forensische Psychiatrie) ausserhalb der Spitalliste

Es wird angestrebt, dass die Leistungsanbieter noch enger als bisher zusammenarbeiten und Schwerpunktsetzungen absprechen. Insbesondere die sozialpsychiatrische Versorgung gilt es abzusprechen.

Im Bereich der **Gesundheitsförderung und Prävention** ist das wichtigste Handlungsfeld in den kommenden Jahren die gezielte Unterstützung der Familien in der Phase der frühen Entwicklung der Kinder, um diesen einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen. Ergänzt werden die universellen Massnahmen durch indizierte und selektive Präventionsmassnahmen bei Risikokonstellationen. Als weiteres Handlungsfeld und Schwerpunkt der Gesundheitsförderung und Prävention wird in Zukunft der Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter gesehen. Prävention in dieser hochsensiblen Entwicklungsphase hat eine grosse, auch volkswirtschaftliche Bedeutung, da sie potentielle PatientInnen inmitten der beruflichen Ausbildung und beim Start ins Berufs- und Familienleben betrifft. Beantragt wird daher der Auf- bzw. Ausbau der folgenden Angebote:

- Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit mit (ab 2011) dem Modellprojekt der Universität Ulm „Guter Start ins Kinderleben“ und (ab 2012/2013) einem gezielten Programm für Risikogruppen, wie beispielsweise Nurse-Family-Partnership
- Reorganisation der Mütter- / Väterberatung
- Reorganisation der Ehe- und Familienberatungsstellen
- Beratungsstellen für Kleinkindererziehung im Rahmen des Leistungsauftrags für Ehe- und Familienberatungsstellen
- Jugendberatungsstellen im Rahmen des Leistungsauftrags für Ehe- und Familienberatungsstellen.

Außerdem werden aus den Ergebnissen des Thurgauer Bündnis gegen Depression folgende weitere Vorschläge für Schwerpunktsetzungen abgeleitet:

- Schulentwicklung in Modellprojekten und im Netzwerk gesunde Schule daraufhin überprüfen, wo „best practice“ im Bereich psychische Gesundheit von Lehrpersonen und SchülerInnen gepflegt wird, und den Transfer auf andere Schulen fördern.
- Auf offene Jugendarbeit und Jugendtreff-Leiterausildung fokussieren (Zeithorizont 8 Jahre).
- Betagte und andere Zielgruppen mit Depressionsrisiko im Sinne eines „chronic care management“ über Hausarztpraxen / Spitex erreichen; Projekt „Ambulante Dienste“

Weinfeldern fortsetzen, mit den Massnahmen Sensibilisierung, Schulung, Vernetzung, Einsatz nicht-ärztlicher Bezugspersonen; auf Alterskonzept abstimmen.

- Öffentlichkeitsarbeit zum Thema psychische Gesundheit fortsetzen, etwa in Form einer „Aktionswoche“ alle ein bis zwei Jahre, wie es sich im Kanton Zug bewährt hat.
- ArbeitnehmerInnen / Arbeitssuchende erreichen via betriebliches Gesundheitsmanagement, RAV und IV; Bedarf klären, bei strategischer Planung AWA einbeziehen, Best Practice Modelle evaluieren, Netzwerk aufbauen.
- Offenes Begegnungszentrum mit kreativ-therapeutischem Angebot, analog zum Offenen Atelier Münsterlingen, aufbauen. Die Möglichkeit der operativen Umsetzung bei den „neuen EPD“ prüfen.
- Selbsthilfegruppen weiter finanziell unterstützen.
- Unterstützungsangebote für Angehörige von Betroffenen prüfen und bei Bedarf ausbauen.

Für den Auf- bzw. Ausbau sämtlicher Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention soll ein substanzieller Anteil des für die psychiatrische Versorgung vorgesehenen Budgets (2012 und folgende) reserviert werden, wobei die gesetzlich vorgegebenen Beiträge an die stationären Betriebs- und Investitionskosten selbstverständlich nicht zur Disposition stehen.

Insgesamt muss der vom Kanton zur Verfügung gestellte Betrag für Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung im psychischen Bereich wachsen, da die Thurgauer Psychiatrie – insbesondere im Bereich der Prävention und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – in besonderen Fällen auch Aufgaben übernimmt, die üblicherweise dem privaten (Familien-) und dem sozialen Bereich zuzuordnen sind, die sich aber volkswirtschaftlich und langfristig gesehen kostenreduzierend auswirken.

2 Einleitung

2.1 Versorgungspolitische Strategie in der Psychiatrie

Die Psychiatrie ist wie kein anderes medizinisches Fachgebiet von der Entwicklung unserer Gesellschaft, der Bildung, der Wirtschaft und der Umwelt abhängig. Damit ist die Umsetzung von gesundheitspolitischen Versorgungsstrategien letztlich von allen kommunalen, kantonalen und nationalen Politikbereichen abhängig.

Die Strategie ambulant vor stationär, sowie das Konzept der integrierten Versorgung haben in der Psychiatrie einen ausserordentlich hohen Stellenwert. Die psychische Stabilisierung hängt stark von tragenden Sozialstrukturen und einer guten Vernetzung medizinischer, sozialbetreuerischer und behördlicher Anlaufstellen mit psychosozialen und (sozial-) psychiatrischen Angeboten, sowie präventiv und gesundheitsförderlich arbeitenden Institutionen ab.

Der Regierungsrat gibt vor diesem Hintergrund folgende gesundheitspolitische Strategie für die psychiatrische Versorgung der Thurgauer Bevölkerung vor:

Grundsätzlich gilt:

- 1.) Ambulant vor stationär (soweit wirtschaftlich vertretbar): Bis zum 31.12.2015 ist das innerkantonale stationäre Bettenangebot der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie (> 18 Jährige) auf 0.9 Betten pro 1'000 Einwohner zu reduzieren. Zur Kompensation ist Zug um Zug ein regionales, vernetztes, intensiviertes ambulantes Angebot aufzubauen, primär in Form von Modellprojekten, bei Bewährung als ständiges Angebot.
- 2.) Chancengerechter Zugang zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung mit kurzen Wegen und vertretbaren Wartezeiten.
- 3.) Gewährleistung einer ambulanten und stationären psychiatrischen Notfallversorgung über 24 Stunden an 365 Tagen pro Jahr.
- 4.) Integration vor Isolation, soweit medizinisch und sicherheitstechnisch vertretbar.
- 5.) Die psychosozialen und psychiatrischen Versorgungsangebote sollen gemeindenah und regional vernetzt sein. Institutionsgrenzen sollen abgebaut werden. Barrieren wegen unterschiedlicher Finanzierungsmodelle von ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten sind mit Modellprojekten unter Beachtung von Bedarf, Qualität und Wirtschaftlichkeit weiter zu reduzieren.

Insbesondere soll gelten:

- 1.) Bei der psychosozialen und psychiatrischen Versorgungsplanung ist die Umsetzung des revidierten Kinder- und Erwachsenenschutzrechtes zu beachten, d.h. sie hat ebenfalls möglichst bezirksweise zu erfolgen.
- 2.) Gemäss Kantonsverfassung (§ 68) und Gesundheitsgesetz (§ 1 und 2) des Kantons Thurgau ist Gesundheitsförderung eine Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinden, soll aber den Einzelnen nicht der Verantwortung für seine Gesundheit entheben. Die Grundsätze des Konzeptes Gesundheitsförderung Thurgau, RRB Nr. 780 vom 15.9.2009 und des Konzepts für eine koordinierte Kinder-, Jugend- und Familienpolitik (RRB Nr. 310 vom 14.4.2009), sowie das kantonale Alterskonzept sind auch im Bereich der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der derzeit laufenden Reorganisationsprojekte Ehe- und Familienberatung, sowie Mütter-Väterberatung sind sowohl betreffend Finanzierung als auch operativer Realisierung in der Umsetzung ambulanter Psychiatrieprojekte einzubeziehen

Ein Suchtkonzept Thurgau 2020 ist zu erarbeiten.

Organisationen und Massnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht in allen Altersgruppen sind mit den psychosozialen und psychiatrischen Angeboten zu vernetzen und, wo angezeigt, zusammenzuführen.

- 3.) Die Revisionen der IV-Gesetzgebung betreffen in starkem Ausmass Personen mit psychischen Erkrankungen. Die psychiatrischen Kliniken haben die Ziele der IV-Revisionen aktiv zu unterstützen. Versorgungsstrukturen, Präventions- und Integrationsmassnahmen sind auf die Arbeitsplatzhaltung resp. Integration in den Arbeitsmarkt hin auszugestalten.
- 4.) Die psychiatrische Akut- und Langzeitversorgung von psychisch Behinderten ist in Koordination mit dem Fürsorgeamt auf Basis des Behindertenkonzeptes¹ an den medizinischen und sozialbetreuerischen Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. Die Langzeitversorgung ist soweit medizinisch und sicherheitstechnisch vertretbar eher in Behinderteneinrichtungen als in Psychiatrischen Kliniken sicherzustellen.
- 5.) Die psychiatrische Akut- und Langzeitversorgung von psychisch erkrankten Menschen im AHV-Alter ist als Teil der geriatrisch-gerontopsychiatrischen Versorgung entsprechend der Stossrichtung des kantonalen Alterskonzeptes² weiterzuentwickeln. Die Langzeitversorgung ist soweit medizinisch, sicherheitstechnisch und wirtschaftlich vertretbar eher in Alterspflegeheimen als in Psychiatrischen Kliniken sicherzustellen.
- 6.) Die Vorgaben der revidierten Strafprozessordnung (stopp und StGB) sind umzusetzen. Die Fachkompetenz zur Beurteilung und Begutachtung der Fälle ist innerkantonal vorzuhalten.

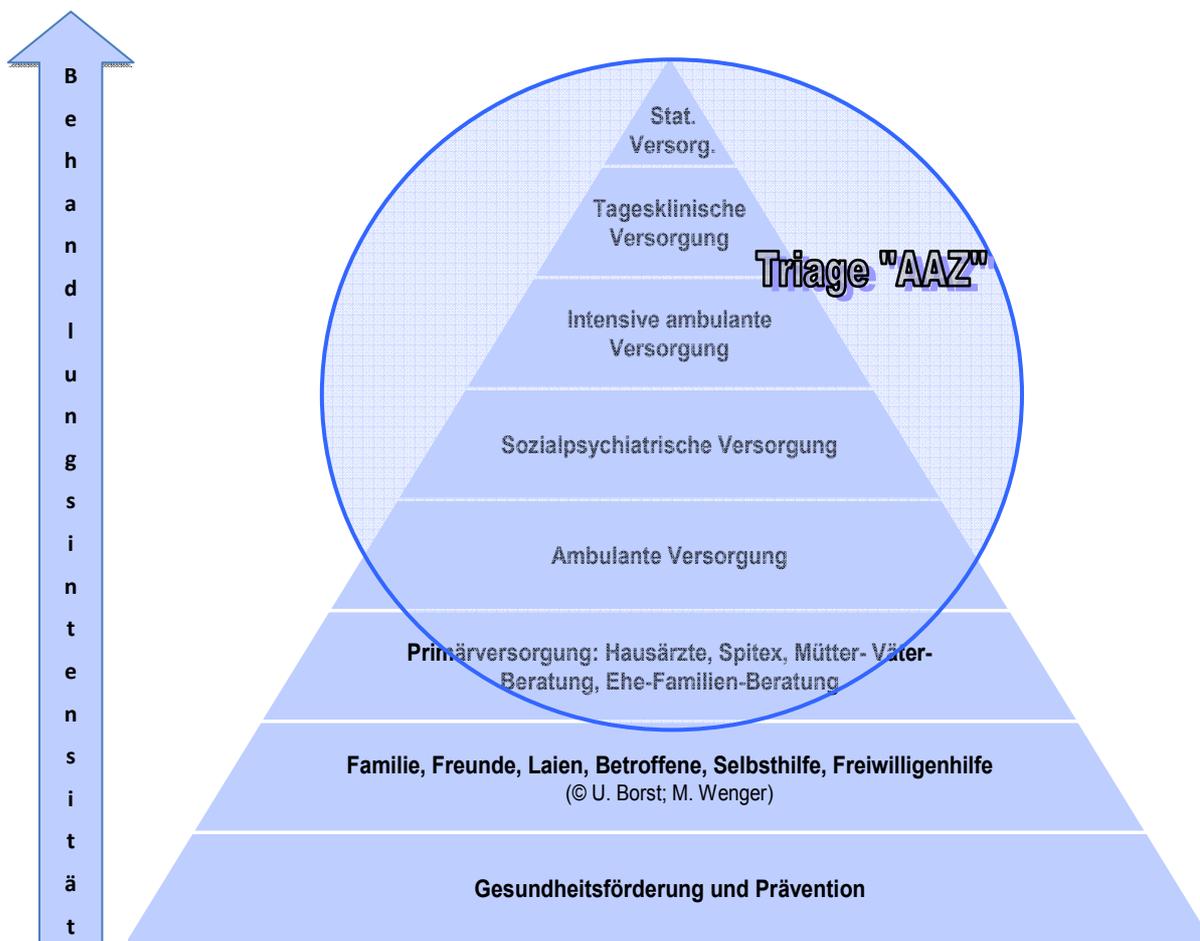
Idealtypisch sollten sich die Mengen der angebotenen Leistungen und das Augenmerk der Dienstleister im Gesundheitswesen nach folgender Rangordnung richten (siehe Abbildung Versorgungspyramide). Der Triage kommt eine grosse Bedeutung zu, ebenso sind Kapazitätsverlagerungen in einem etappierten, koordinierten Prozess anzugehen. Sie haben über die Systemgrenze der Psychiatrie hinaus Auswirkungen auf Bereiche wie Familie, Schule, Justiz, Kinder-, Behinderten- und Pflegeheime, niedergelassene Ärzte und Fürsorge.

Obwohl in diesem Bericht der Fokus auf der institutionellen Psychiatrie liegt, soll damit der Stellenwert der Primärversorger (Haus- und KinderärztInnen) und der privaten Anbieter ambulanter psychiatrischer Leistungen nicht geringer geschätzt werden. Sie sind durch ihre Kenntnis der familiären und sozialen Verhältnisse ihrer Patientinnen und Patienten und durch ihre oft langjährige Präsenz vor Ort besonders geeignet, langdauernde und systemisch ausgerichtete Behandlungen zu leisten.

Demgemäss sollen Leistungsvereinbarungen zwischen Kanton und privaten Anbietern psychiatrischer Leistungen ebenso gefördert werden wie die in diesem Bericht fokussierten Vereinbarungen mit der institutionellen Psychiatrie.

¹ Behindertenkonzept des Kantons Thurgau, 2010

² Kantonales Alterskonzept, Kanton Thurgau, 2011



2.1 Auftrag

Für die Umsetzung der Strategie wurden folgende weitere Vorgaben vom Kantonsärztlichen Dienst formuliert:

- Die Planung der stationären psychiatrischen Versorgung muss gemeinsam mit der Planung der ambulanten psychiatrischen Versorgung erfolgen.
- Ambulante Versorgung, Rehabilitation und Gesundheitsförderung muss massiv stärker gewichtet werden.
- Die Schnittstellen zu den Angeboten der Gemeinden, Fürsorge, Justiz und Erziehung sind zu berücksichtigen.
- Die Planung soll für die ab 2013 vorgesehenen fünf Bezirke mit Erwachsenenschutzbehörden nach dem Erwachsenenschutzrecht erfolgen und an fünf Standorten die Sozialpsychiatrie (Externe Psychiatrische Dienste), psychosoziale Medizin, Ehe- und Familienberatung, Mütter- / Väter-Beratung, Suchtberatung und Gesundheitsförderung (*Perspektive*) umfassen.
- Für die Thurgauer Bevölkerung soll bei mehr als einem Angebot die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten sowie die Wahlfreiheit der Zuweiser und Zuweiserinnen gewährleistet sein. Eine Sektorsierung wird es nicht geben.
- Je Ambulanz soll aus betriebswirtschaftlichen Gründen die versorgte Region nicht weniger als 50'000 Einwohner umfassen.
- Die Zahl stationärer Behandlungsplätze muss von derzeit durchschnittlich 262 auf 229 innerkantonale Betten für Erwachsene >18 Jährig abgebaut werden (entspricht 0.9 Betten / 1000 Einwohner [nur Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie ohne Lanzeiterkrankte und forensische Psychiatrie]). Die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie (<18 Jährige) in psychiatrischen Kliniken von durchschnittlich 14 Plätzen ist aufrecht zu erhalten.

- Es werden für die Erwachsenenpsychiatrie nur Vollversorgungs-Leistungsaufträge vergeben. Sie beinhalten Aufnahme- und Behandlungspflicht.
- Speziell zu regeln sind die Gerontopsychiatrie, die Memory Klinik, die Kinder und Jugendpsychiatrie, die Langzeitpatienten und die Forensische Psychiatrie, sowie die Sozialpsychiatrie.
- Spezialsprechstunden und ambulante Psychiatrie darf / kann von den Institutionen angeboten werden, sofern die Bedingungen für die niedergelassene, selbstständige Ärzteschaft und die Institution identisch sind, d.h. im Wesentlichen:
 - Gleiche Taxpunktwerte
 - Gleiche Wirtschaftlichkeitsbedingungen
 - Einvernehmliche Regelung zwischen den institutionellen und den freien, niedergelassenen Anbietern (Konsensuspapier der ÄTG).
- Staatsbeiträge im ambulanten Bereich sind nur möglich, wo die tarmed-Tarife nicht kostendeckend sind, d.h. für die Sozialpsychiatrie, Intensive Ambulante Therapie (aufsuchende Therapie, Tagesklinik, Triage, Case Management, etc.)
- Monitoring und Benchmarking muss gewährleistet sein (innerkantonal und national vergleichbare Daten).
- Transparente Kostenstellen- und Kostenträgerrechnungen mit Leistungserfassung müssen vorliegen.
- Eine zeitgemässe Weiter- und Fortentwicklung der Psychiatrie muss gewährleistet sein. In der Regel werden Neuerungen in Form von Projekten eingeführt.
- Audits und Visitationen durch den Kantonsärztlichen Dienst und das Gesundheitsamt sind vorzusehen (ambulant und stationär).

2.2 Aufbau- und Ablauforganisation des Projekts

Anders als im Vorprojekt, dessen Ergebnis Ende 2009 vorgelegt wurde und die aktuelle Situation sowie den Entwicklungsbedarf der psychiatrischen Versorgung im Kanton Thurgau darstellt, wurde für das Hauptprojekt keine besondere neue Aufbauorganisation installiert. Die Mitglieder der Psychiatriekommission gaben ihr Einverständnis, dass die Planung der neuen Strukturen zunächst durch die Chefärzte der beiden grossen Kliniken, Drs. med. Markus Binswanger und Gerhard Dammann, den Kantonsarzt Stellvertreter Dr. med. Mathias Wenger sowie als Projektunterstützung Dr. rer. nat. Ulrike Borst ausgearbeitet werden sollte. Wegen der grossen betriebswirtschaftlichen Bedeutung für die Kliniken wurden an vier Sitzungen auch die CEOs, Hans Schwyn und Dr. Marc Kohler, einbezogen. In den Leistungsvereinbarungen mit dem DFS werden wichtige Präzisierungen zu Leistungsaufträgen der Spitalliste geregelt.

Die private Fachklinik für Psychotherapie in Aadorf mit bislang vier Betten auf der Spitalliste des Kantons Thurgau und fünf bis elf belegten Plätzen in 2008 - 2010 wurde ausdrücklich nicht in die Planungen zur Grundversorgung mit einbezogen. Sie ist bisher grossmehrheitlich nur in der Spezialversorgung tätig.

Bezüglich der ambulanten Angebote wurden Drs. M. Binswanger und G. Dammann mandatiert, mit den niedergelassenen Fachärzten den Kontakt zu suchen, um das Spannungsfeld der "Spezialsprechstunden" auf der Basis des „Konsensuspapier der Thurgauer Ärzte zur Zusammenarbeit der Kliniken und Praxen“ zu diskutieren. In ersten Gesprächen mit Drs. Andreas Erny (designierter Präsident TGPP), Thomas Häberlin (Vorstand TVFS) und Daniel Jud (Vorstand ÄTG) konnten die Bedenken der niedergelassenen Fachärzte gegen die Planung von „Spezialsprechstunden“ durch die beiden grossen Institutionen nicht vollständig ausgeräumt werden, aber es wurde eine weitere engmaschige Beobachtung und Begleitung der geplanten Projekte durch Vertreter der niedergelassenen FachärztInnen vereinbart, damit frühzeitig neue Spielregeln zur Angebotsentwicklung und für die Zusammenarbeit erar-

beitet werden können. Analoge Gespräche laufen auch zwischen den Verbänden (TVLS, TGV etc.) der Ärztesgesellschaft Thurgau.

3 Ziele für die Entwicklung

Mit einer massvollen Veränderung der Strukturen soll den Bedürfnissen der Bevölkerung und den GDK-Empfehlungen Genüge getan werden. Die stationären Behandlungen werden in Anzahl und Dauer reduziert. Aufnahme-, Krisen- und Abklärungszentren und ein Intensives Case Management sollen unnötige Hospitalisationen verhindern, poststationäre Übergangsbearbeitungen sollen die Aus- und Übertritte erleichtern und damit ebenfalls die stationären Pflagetage reduzieren. Dies kann nur gelingen, wenn die Gesundheitsförderung, die Prävention und die ambulante (auch aufsuchende) Behandlung verstärkt angeboten werden, sowie die Familien und das soziale Umfeld vermehrt unterstützt werden.

Mit dem kurzfristigen Ausbau auf 80 Tagesklinikplätze – inklusive Memory-Klinik - sollen weitere stationäre Plätze (= Betten) auf der Spitalliste abgebaut werden. Die Spitalbetten werden im Gegenzug um weitere Betten reduziert. Wie gross die Zahl der zu reduzierenden vollstationären Behandlungsplätze je Anbieter sein wird und wie die Reduktion etappiert wird, ist auf der Spitalliste aufzuzeigen.

3.1 Ziele Gesundheitsförderung und Prävention

Das **Konzept Gesundheitsförderung Thurgau** sieht für den Zeitraum von 2009 bis 2016 vor, folgende WHO-Ziele vorrangig zu behandeln:

- Gesundheit von Anfang an: Einen gesunden Start ins Leben ermöglichen (WHO Ziel 3).
- Jugendliche im Fokus: Gesund aufwachsen und sich entwickeln, Übergänge gesundheitsförderlich gestalten (WHO Ziel 4).
- Mentale Gesundheit stärken: Verbesserung der psychischen Gesundheit und Verringerung der stressbedingten Krankheitsfolgen (WHO Ziel 6)
- Suchtarbeit bleibt Thema: Minimieren von Sucht und deren negativen Auswirkungen (WHO Ziel 12).
- Erhöhen des Bevölkerungsanteils mit einem gesunden Körpergewicht: Gesundheitskompetenzen stärken (WHO Ziel 11).

Vier der fünf Punkte betreffen Ziele für die psychische Gesundheit und werden im Folgenden (Abschnitt 4.1) genauer vorgestellt.

3.2 Ziele Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ziele für die weitere Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind:

- Weiterführung der stationären Jugendpsychiatrie (Clenia Littenheid).
- Weiterführung der konsequenten Ausrichtung auf ambulante und aufsuchende Therapien (STGAG).

- Schwerpunktsetzung auf die frühe Kindheit, koordiniertes Vorgehen mit entsprechenden Projekten der Fachstelle für Gesundheitsförderung, Prävention & Sucht sowie der Fachstelle Kind, Jugend und Familie.
- Verbesserung der Früherfassung schwerer psychischer Störungen, in Zusammenarbeit mit der *Perspektive Thurgau*, der Ehe- und Familienberatung sowie der Mütter-/Väterberatung.

3.3 Ziele Erwachsenenpsychiatrie

Ziele für die weitere Entwicklung der Erwachsenenpsychiatrie sind:

- **Ausbau, verbesserte Transparenz und Vernetzung der Beratungs- und Hilfsangebote für leichtere psychische Störungen:** Wie die epidemiologischen Studien und die Schweizerische Gesundheitsbefragung der Jahre 1997 und 2002 zeigen, leidet ein erheblicher Teil der Bevölkerung an psychischen Störungen und sucht dafür zunehmend Beratung und Behandlung. Zu einem bedeutsamen Teil könnten diese Bedürfnisse durch Selbst- und Freiwilligenhilfe, Beratungsstellen, Sozialdienste, Spitex (aufsuchende Konzepte), Hausärztinnen und Hausärzte (chronic care Management durch die Praxisassistentin), Psychologinnen und Psychologen gedeckt werden.
- **Unterstützung von Angehörigen und aufsuchende Behandlung:** Ein erheblicher Teil psychisch kranker Menschen lebt auch im Thurgau bei den Angehörigen. Wenn erkrankte Patienten länger in ihrem angestammten Umfeld betreut werden, entsteht daraus ein Entlastungseffekt für die Kliniken und ein Vorteil für die Betroffenen, da sie nicht aus ihren sozialen Bezügen herausfallen. Andererseits können für die Angehörigen daraus erhebliche Belastungen entstehen. Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, nicht-professionelle Besuchsdienste, Laienhelfer und Hilfsvereine bieten in gewissem Ausmass Unterstützung bei der Bewältigung dieser Belastungen. In akuterem oder schwereren Fällen besteht aber der Bedarf an integrierter, multiprofessioneller sozialpsychiatrischer Behandlung zu Hause.
- **Verbesserte Triage:** In der modernen Psychiatrie gilt das so genannte Eskalationsmodell (je schwerer krank, desto eher stationär) als veraltet. Vielmehr gilt heute der Grundsatz, dass eine sorgfältige Indikationsstellung dazu beitragen kann, dass die Behandlung gezielt im best geeigneten Setting erfolgen kann. Für eine so geartete Indikationsstellung ist jedoch viel fachliche Erfahrung und eine sehr gute Kenntnis der regionalen Verhältnisse nötig, um eine gezielte Zuweisung in eine Klinik, in einen ambulanten Dienst, in eine Privatpraxis, zu einer psychosozialen Fachstelle oder einer mobilen Equipe vornehmen zu können. Fehlplatzierungen liessen sich so vermeiden. Realisieren liesse sich eine solche verbesserte Indikationsstellung beispielsweise in einem oder mehreren Aufnahme- und Abklärungszentren, wobei die Abklärungszeit sehr kurz zu halten ist. Mit einem der PDT oder/und Clenia angegliederten Kriseninterventionssetting (zunächst Kriseninterventionsteam KIT der PDT, möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt auch Kriseninterventionsstation mit max. 5 Tage dauernder Kurzhospitalisation) könnten weitere, länger dauernde Hospitalisationen vermieden werden.
- **Mobile Equipen:** Laut GDK-Leitfaden zur Psychiatrieplanung, positiven Erfahrungen aus anderen Kantonen (z.B. Luzern, Bern, Waadt und Zürich) und weltweiten Forschungsergebnissen sind mobile Equipen insbesondere für psychisch Kranke mit komplexen psychosozialen Fragestellungen³ ein wesentlicher Bestandteil einer integrierten psychiatrischen Versorgung. In Bezug auf die psychiatrische Versorgungslage des Kantons Thurgau bieten sich drei mögliche Arten⁴ von mobilen Equipen an:

³ der Begriff der „Heavy User“ ist zwar in der Sozialpsychiatrie verbreitet, aber nicht unproblematisch

⁴ Die PDT haben zur Umsetzung dieser drei mobilen Equipen ein ausführliches Konzeptpapier erstellt.

- Eine intensive ambulante und aufsuchende Betreuung (ICM) für psychisch schwer erkrankte Personen
- Eine kurzfristige aufsuchende Behandlung zur systematischen Austrittsplanung (PSÜB)
- Ein ambulantes Kriseninterventionsteam (KIT), sinnvollerweise in ein Abklärungs- und Aufnahmезentrum (AAZ) bzw. das ICM integriert
- **Tageskliniken:** Der grosse Vorteil tagesklinischer Behandlung besteht für die Patientinnen und Patienten darin, dass sie auf diese Weise zumindest abends, nachts und am Wochenende bei ihren Familien und in der Nachbarschaft integriert bleiben. Um die tägliche An- und Abreise zu ermöglichen, ist jedoch eine Wegzeit von maximal 30 Minuten mit öffentlichem Verkehr zu veranschlagen. Die Tageskliniken im Kanton Thurgau dürfen nicht auf dem Gelände der Kliniken sein.
- **Stationäre Psychotherapie:** Die Psychiatriekommission spricht sich für das im Thurgau traditionell stärkere Gewicht einer psychotherapeutisch orientierten institutionellen Psychiatrie aus, obwohl dies teilweise längere Aufenthaltsdauern bedeutet. Sie zeigte sich überzeugt, dass gerade hier – vor allem unter Berücksichtigung des mittel- bis langfristigen Krankheitsverlaufs – grosser Nutzen für die Patientinnen und Patienten liegen kann. Auch verwahrt sie sich gegen eine grundsätzliche und undifferenzierte Kritik an der vollstationären Psychiatrie. Ein gegenseitiges Ausspielen vollstationärer und ambulanter sozialpsychiatrischer Angebote ist nach Ansicht der Psychiatriekommission nicht angebracht. Im Zentrum steht vielmehr die Frage, welcher Patient in welcher Krankheitsphase von welchem Setting am meisten und erfolgversprechendsten profitiert.

3.4 Ziele Alterspsychiatrie

Da immer mehr Menschen ein höheres Lebensalter erreichen, verdoppelt sich der Anteil der über 65-jährigen im Thurgau in den kommenden 40 Jahren (ohne zukünftige Migrationsbewegungen zu berücksichtigen) und die Häufigkeit chronischer und Mehrfacherkrankungen nimmt weiter zu. Mindestens 25% der Bevölkerung über 65 Jahre leidet an einer behandlungsbedürftigen mittel- bis schwergradig ausgeprägten psychischen Erkrankung. Die Prävalenz dieser Erkrankungen in den internistischen Abteilungen von somatischen Spitälern wird auf 30 bis 70% geschätzt. Deshalb kommt der primären, sekundären und tertiären Prävention von Demenzen, depressiven und Angststörungen, Abhängigkeit und Delir im Alter eine immer grösser werdende Bedeutung zu.

Besonders deutlich ist die positive Wirkung präventiver Massnahmen bei den dementiellen Erkrankungen. Nach Modellrechnungen bewirkt eine mittlere Verzögerung der Krankheitsmanifestation einer Demenz um ein Jahr eine Verminderung der Krankenzahlen um 9%. Eine Verzögerung um fünf Jahre würde die Krankenzahlen von ca. 3000 Patienten mit Demenz im Thurgau nahezu halbieren.

Zusammenhang zwischen Krankheitsbeginn und Krankenstand bei Demenz	
Mittlere Verzögerung (Jahre)	Krankenbestand (kein Effekt=100)
0	100%
1	91%
5	53%

Wenn es gelingt, durch frühe Intervention den Krankheitsbeginn einer Demenz zu verzögern, sinkt der Krankenstand, weil betroffene ältere Menschen an anderen Erkrankungen versterben, bevor die Demenz ausbrechen kann (Brookmeyer et al. 1998).

Die folgenden Massnahmen (siehe auch Abschnitt 4.4) eignen sich für den Kanton Thurgau zur Entwicklung des präventiven Bereichs in der Alterspsychiatrie / -psychotherapie und sollten näher geprüft werden:

- Etablierung einer gerontopsychiatrischen Spezialambulanz in Kooperation mit den somatischen Spitälern Frauenfeld und Münsterlingen sowie den heimärztlich tätigen Hausärzten und den Heimen.
- Unterstützung der hausärztlichen Kompetenzen durch Konsilsysteme bei Erkrankungen aus dem alterspsychiatrischen Formenkreis, z.B. in Alterszentren.
- Ausbau von Fortbildungsangeboten für Hausärzte und Spitalärzte zum Stellenwert von Prävention in der Alterspsychiatrie.
- Förderung des hausärztlichen Nachwuchses, um die Leistungskapazität und Behandlungsqualität in diesem Bereich erhalten bzw. ausbauen zu können.

Daneben gibt es auch im kurativen Bereich Ziele für die weitere Entwicklung:

- Verbesserung der Behandlung und Sicherung der Finanzierung bei psychiatrischen Störungsbildern mit zerebraler und somatischer Co-Morbidität.
- Vermehrte tagesklinische Behandlung auch anderer als dementieller Störungen.
- Intensivierung der aufsuchenden Pflege Alterspsychiatrie zur Verbesserung der Übergänge von vollstationärer Behandlung in ambulantes/aufsuchendes Setting (analog zum Projekt PSÜB der Erwachsenenpsychiatrie), zumindest in einer Modellregion.

In den kommenden Jahren sollte u.a. geprüft werden:

- Aufbau eines stationären gerontopsychiatrisch-geriatrischen Angebots zur gezielten Behandlung von Patienten mit zerebraler und somatischer Co-Morbidität und Erarbeitung eines entsprechenden Finanzierungskonzepts (Fallpauschale vs. Tagessatz) mit Prüfung einer Mischfinanzierung.
- Prüfung des Bedarfs einer neuropsychiatrischen Ambulanz oder Station in einem zum Alterszentrum weiterentwickelten Altersheim und/oder im somatischen Spital.

Die Erarbeitung eines regionalen, die Interessengruppen integrierenden Konzepts speziell zur Versorgung betagter Menschen soll vorangetrieben werden.

4 Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention – Strukturen und Projekte

4.1.1 Gesundheit von Anfang an

Gelingende Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern ist Voraussetzung für die psychische Gesundheit in späteren Lebensphasen und setzt voraus:

- ⇒ Respekt vor der besonderen Verletzlichkeit von Säuglingen und Kleinkindern.
- ⇒ Elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenz, mit Fokus auf feinfühligem Umgang (entsprechend den Erkenntnissen der Bindungsforschung).
- ⇒ Frühzeitiges Erkennen von Entwicklungsrisiken.
- ⇒ Entwicklung passgenauer Hilfen und Interventionen für Familien mit besonderen Belastungen.
- ⇒ Kinderschutz (Frühintervention) durch präventive Angebote für Familien.

Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass generelle, selektive und indizierte Prävention sowie Behandlung für den Bereich frühe Kindheit Hand in Hand geht.

Grafische Übersicht über die Angebote im Frühbereich im Kanton Thurgau:

Um von Seiten der öffentlichen Hand die strukturellen Bedingungen zu schaffen, die eine gesunde Entwicklung unterstützen, werden folgende Massnahmen vorgeschlagen:

Verbesserung der Koordination und Vernetzung hin zu erfolgreicher Kooperation

- ⇒ Modellprojekt guter Start ins Kinderleben (Runde Tische).
- ⇒ Interdisziplinäre Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialwesen im Bereich der frühen Kindheit.
- ⇒ Entwickeln von gemeinsamen Standards in Bezug auf Erfassung und Meldung von Entwicklungsrisiken oder Gefährdungen, Klären des Datenschutzes.
- ⇒ Weiterbildung und Support für professionell und freiwillig Tätige im Bereich der frühen Kindheit.

Anpassung der Struktur und Optimierung des Angebots der Ehe- und Familienberatungsstellen

Eine Reorganisation der Fachstellen für Ehe- und Familienberatung wurde im März 2010 als Projekt unter Leitung von Anna Hecken in Auftrag gegeben. Folgende Ziele wurden definiert:

- ⇒ Es besteht ein einheitliches, finanziell gesichertes Angebot an regionalen Beratungsfachstellen für Erziehungs- und Beziehungsfragen im familiären Kontext, das den heutigen und zukünftigen gesellschaftlichen Herausforderungen Rechnung trägt und sich am Konzept Gesundheitsförderung Thurgau und am Konzept für eine koordinierte Kinder-, Jugend- und Familienpolitik des Kantons, hier insbesondere den Massnahmenfeldern 6, 13, 16 und 17, ausrichtet. Dienstleistungen im Bereich Kinder- und Jugendschutz können das Angebot ergänzen.
- ⇒ Die Dienstleistungen erfolgen gemeindenah, effizient und zielgerichtet. Synergien mit anderen Trägerschaften und Leistungserbringern werden genutzt. Das Beratungsangebot ist Teil des gesetzlichen Auftrags im Bereich Public Health (Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik) und damit Verbundaufgabe von Kanton und Gemeinde. Es besteht eine Leistungsvereinbarung, die die zu erbringenden Leistungen definiert und

sie mit einem Kostenteiler von 50:50 (Kanton zu Gemeinden) kostendeckend vergütet.

Aufsuchende Betreuung für Eltern und werdende Eltern in Risikokonstellationen

Für den Aufbau eines Angebots im Bereich der Prävention muss seitens des Kantons ein Leistungsauftrag an die Mütter-/ Väterberatungsstellen erfolgen. Dafür erscheint eine Reorganisation der Mütter-/Väterberatung im Kanton notwendig. Ein entsprechendes Projekt ist Ende 2010 im Auftrag des Vorstands des Spitex Verband TG und der Vorstände der sieben MVB-Vereine gestartet worden. Es wird durch den Kantonsärztlichen Dienst und die Fachstelle für Kinder-, Jugend- und Familienfragen mitfinanziert. Beide Stellen sind in den Projektorganen vertreten. Das Projekt „Mütter- und Väterberatung“ soll

- ⇒ die dezentralen Trägerschaften in eine kantonsweite Struktur überführen, die eine zeitgemässe Auftragsbefreiung sicherstellt,
- ⇒ ein Rahmenkonzept für ein bedarfsorientiertes Dienstleistungsangebot der Mütter- und Väterberatung erstellen und eine entsprechende Organisations- und Führungsstruktur skizzieren,
- ⇒ die Schnittstellen zu den anderen Partnern in der Gesundheits- und Sozialpolitik definieren und optimieren,
- ⇒ die Finanzierung des neu formulierten Dienstleistungsangebots und der neuen Struktur aufzeigen und Eckwerte für einen kantonalen Leistungsauftrag liefern,
- ⇒ mit dem Reorganisationsprojekt der Ehe- und Familienberatungsstellen koordiniert sein und
- ⇒ eine allfällige gemeinsame Struktur mit dem Gemeindezweckverband *Perspektive* prüfen.

Unterstützung von regionalen Projekten im Bereich der frühen Kindheit

Initiativen, die auf lokaler Ebene Projekte lancieren oder Angebote aufbauen, die das Ziel einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung und gelingenden frühkindlichen Entwicklung verfolgen, sollen fachlich und finanziell unterstützt werden.

Bestehende Unterstützungsangebote für Eltern

- FemmesTische für Schweizerinnen und Migrantinnen.

4.1.2 Jugendliche im Fokus

Optimierung des Angebots der Jugendberatung

Im Rahmen der Reorganisation der Ehe- und Familienberatungsstellen (Projektauftrag, Leitung Anna Hecken, vgl. Antrag 4.2.2.) soll der Leistungsauftrag dahingehend angepasst und erweitert werden, dass im ganzen Kanton Jugendberatung angeboten wird, die fachlich fundiert und finanziell gesichert ist.

4.1.3 Psychische Gesundheit stärken

Aus den Ergebnissen des Thurgauer Bündnis gegen Depression werden folgende Vorschläge für Schwerpunktsetzungen abgeleitet:

1. **Zielgruppe junge Mütter / Väter** - wird erreicht über das Projekt „Gesundes Leben von Anfang an“, mit Einbezug Mütter-/ Väter-Beratung und TAGEO.
2. **Setting Schulen** - Schulentwicklung in Modellprojekten / im Netzwerk gesunde Schule daraufhin überprüfen, wo „best practice“ im Bereich psychische Gesundheit von Lehrpersonen und SchülerInnen gepflegt wird, und den Transfer auf andere Schulen fördern.

3. **Zielgruppe Jugend** - auf offene Jugendarbeit und Jugendtreff-Leiterausbildung fokussieren (Zeithorizont 8 Jahre).
4. **Setting Gemeinde**, Zielgruppe Betagte und andere Zielgruppen mit Depressionsrisiko - werden im Sinne eines „chronic care management“ erreicht über Hausarztpraxen / Spitex; Projekt „Ambulante Dienste“ Weinfelden fortsetzen, mit den Massnahmen Sensibilisierung, Schulung, Vernetzung, Einsatz nicht-ärztlicher Bezugspersonen; auf Alterskonzept abstimmen.
5. **Zielgruppe Öffentlichkeit** – Massnahmen, z.B. Aktionswochen, alle 2 Jahre wiederholen; Fokus öffnen von Depression auf psychische Gesundheit.
6. **Zielgruppen ArbeitnehmerInnen / Arbeitssuchende** - werden erreicht via betriebliches Gesundheitsmanagement, RAV und IV; Bedarf klären, bei strategischer Planung AWA einbeziehen, Best Practice Modelle evaluieren, Netzwerk aufbauen.
 - Offenes Begegnungszentrum mit kreativ-therapeutischem Angebot, analog zum Offenen Atelier Münsterlingen, aufbauen. Die Möglichkeit der operativen Umsetzung bei den „neuen EPD“ prüfen.
 - Selbsthilfegruppen weiter finanziell unterstützen.
 - Unterstützungsangebote für Angehörige von Betroffenen prüfen und bei Bedarf ausbauen.

Konkrete Anträge werden zurzeit ausgearbeitet.

4.1.4 Suchtarbeit bleibt Thema

Erarbeitung eines neuen Suchtkonzepts Thurgau

laufende Projekte Jugendliche / Suchtprävention

- Interregprojekt smartconnection ab 2010:
Jugendschutz und Prävention Alkoholmissbrauch im Eventbereich
- Suchtpräventionsprogramm freelance für die Stufe Sek I
- Prävention sexuelle Ausbeutung 2./3. Klasse mit Parcours „Mein Körper gehört mir“ ab 2011

4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsstrukturen und Projekte

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton ist heute bereits konsequent auf aufsuchende und ambulante Strukturen ausgerichtet und beinhaltet Modellprojekte. Zuletzt wurde das Programm MST-CAN bewilligt. Aktuell stehen folgende Angebote zur Verfügung:

- Kleinkindambulatorium (0 bis 5 Jahre)
- Ambulatorium (5 bis 18 Jahre) inklusive Konsiliartätigkeit für Hausärzte, Spitäler und Heime
- Home Treatment (aufsuchende Familientherapie) – 15 bis 20 Plätze
- MST (Multisystemische Therapie) – 16 bis 20 Plätze
- MST CAN (Child Abuse and Neglect) – 12 Plätze
- Tagesklinik (4 bis 18 Jahre) – 24 Plätze
- stationäre Eltern-Kind-Behandlung – 6 Plätze
- Liaisondienst Klinik für Kinder und Jugendliche (bis zu 4 Plätze)

Das Angebot MST CAN ist als Modellprojekt ab Januar 2011 angelegt und wird am Projektende (Dezember 2012) evaluiert. Sofern eine Fortführung des Angebots beschlossen wird, muss die Finanzierung sichergestellt werden.

Trotz des Ausbaus ambulanter Leistungen durch die PDT besteht im Thurgau weiterhin der Bedarf für stationäre Behandlungen Jugendlicher zwischen 12 und 18 Jahren. Sie werden durch die Klinik Clenia Littenheid abgedeckt. Das stationäre jugendpsychiatrische Angebot der Clenia Littenheid umfasste bisher 39 vollstationäre Behandlungsplätze (Betten) (incl. ausserkantonale Plätze) und wurde 2010 auf 32 Plätze (Betten) reduziert. Die Reduktion hat das Ziel, vorhandene Fachkompetenz in prä- und poststationäre ambulante Leistungen umzuwidmen.

Die stationäre Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wird derzeit subsidiär aus Mitteln des Kantons finanziert, wenn die Behandlung des Kindes weder durch die Krankenkasse, noch durch die Wohngemeinde noch durch die Eltern selbst finanziert werden kann. Die Aufwendungen für die Kinder können als Beiträge zur Primärprävention betrachtet werden. Auch hier muss ab 2012, nach einer Evaluationsphase, die Finanzierung sichergestellt werden. Analog MST Standard soll Bericht erstattet werden, damit ab 2012 ein definitiver Leistungsauftrag vergeben werden kann.

In der Klinik Littenheid wird im Rahmen des Projekts „Kinder psychisch kranker Eltern“ erfasst, wo Kinder von der psychiatrischen Hospitalisation eines Elternteils betroffen sind, und die Versorgung der betroffenen Familien organisiert. Dies ist aus kinderpsychiatrischer Sicht ein wichtiger präventiver Ansatz.

Für die weitere Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Thurgau werden folgende Schwerpunkte geplant:

Frühe Kindheit

Die im Kapitel zur Gesundheitsförderung und Prävention beschriebene Strategie fokussiert auf einer Strategie in zwei Schritten:

1. bessere Vernetzung der bereits bestehenden Beratungsstrukturen (Modell Ulm: Guter Start ins Kinderleben)
2. Gezieltes Angebot für Risikofamilien, wie dies beispielsweise das Modell „Family Nurse Partnership“, bei der Mütter bereits in der Schwangerschaft bis zum Ende des zweiten Lebensjahres intensiv aufsuchend unterstützt werden.

Im Bereich der frühen Kindheit ist auch die Früherkennung von typisch kinderpsychiatrischen Erkrankungen ein wichtiges Anliegen (ADHS, Autismus, Depression, Angsterkrankungen usw). Da nach Abschluss der Routine-Impfung Ende des zweiten Lebensjahres bis zum Eintritt in den Kindergarten keine verbindliche medizinische Kontrolle stattfindet, wäre die Einführung eines Kontrolltermins im Kleinkindalter mit Einbezug der psychischen Belastung nach deutschem Vorbild eine Möglichkeit, systematisch nach kinderpsychiatrischen Krankheiten zu suchen. Auch die schulärztlichen Untersuchungen sollten klarer auch auf psychiatrische Krankheitsbilder ausgerichtet sein.

Ausbau der Früherfassung grosser psychiatrischer Erkrankungen im Bereich der Jugend und des frühen Erwachsenenalters

Eine solche Früherfassungsstruktur sollte eng mit den niedrig schwellig arbeitenden Beratungsstellen der *Perspektive*-Fachstellen zusammen arbeiten und rasche psychiatrische Assessments anbieten können. Jugendliche sind schwierig zu erreichen und müssen daher allenfalls mit aufsuchenden Teams untersucht werden. Die Früherfassung von ernsthaften psychiatrischen Erkrankungen sollte nicht nur auf das bereits breit etablierte Erfassen von frühen psychotischen Erkrankungen abzielen, sondern auch bipolare Störungen, depressive Erkrankungen (unrühmlich hohe Suizidrate in der Schweiz!) und Suchterkrankungen mit einschliessen. Auch der oben erwähnte Ausbau von schulärztlichen Untersuchungen hin zur Früherfassung von psychischen Erkrankungen könnte hier eine wichtige Brücke bilden.

Nachwuchs

Gemeinsam mit den Fachgesellschaften, dem Bund und dem Kanton ist eine geschickte Strategie notwendig, um jungen Kollegen den Einstieg in das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie beliebt zu machen.

Antrag 4.2.1: Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben

Vernetzungs- und Kooperationsprojekt zwischen Gesundheits- und Sozialwesen im Bereich der frühen Kindheit (0-3 Jahre) mit dem Ziel Standards zur Einschätzung und Meldung von Entwicklungsrisiken und Gefährdungen zu erarbeiten und anzuwenden. Dadurch werden kritische Situationen frühzeitig erfasst und es können gezielte Interventionen erfolgen

Kosten: Es ist mit jährlichen Kosten von Fr. 100'000.- zu rechnen, falls der Projektauftrag im Rahmen der Leistungsvereinbarung mit der *Perspektive Thurgau* erfolgen kann.

Nutzen: In internationalen Studien wird bei Risikogruppen-fokussierten Präventionsprogrammen von einem 2- bis 3-fachen „Return on Investment“ ausgegangen. (vgl. I. Wagenknecht, U. Meier-Gräwe, J. Fegert (2009): Frühe Hilfen rechnen sich. Frühförderung interdisziplinär, S. 82-91)

Antrag 4.2.2: Ehe- und Familienberatungsstellen

Erweiterter Leistungsauftrag an die Ehe- und Familienberatungsstellen (flächendeckendes Angebot an Beratungsstellen für Früherziehung und Jugendberatungsstellen) und finanzielle Sicherung des bestehenden Angebots der Ehe- und Familienberatungsstellen.

Kosten: werden im Rahmen des Reorganisationsprojekts ermittelt.

Antrag 4.2.3: Mütter- / Väterberatung

Leistungsauftrag für Mütter-/ Väterberatung im Sinne zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung / Prävention und finanzielle Beteiligung des Kantons analog zu den Gemeinden.

Kosten: werden im Rahmen des Reorganisationsprojekts ermittelt. Angestrebter Kostenteiler Gemeinden – Kanton: 50:50. Allenfalls sind zusätzliche Projektmittel notwendig, um ein Angebot wie „Family Nurse Partnership“ in der MVB aufzubauen. Kostenrahmen: 600'000 CHF (Team mit vier spezialisierten Mütter-/ VätertherapeutInnen plus Teamleitung)

Nutzen: Evaluationen aus USA berechnen für das oben genannte Modell einen 2- bis 9fachen Return on Investment, je nachdem, wie weit die Folgekosten gefasst werden. Zusammenfassung der Studien in S. Aos (2006), Washington State Institute on Public Policy.

Antrag 4.2.4: Unterstützung von lokalen Initiativen

Dafür sind Projektmittel in der Höhe von Fr. 50'000 pro Jahr bereitzustellen.

4.3 Erwachsenenpsychiatrie – Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte

Für die weitere Entwicklung im Thurgau sind, entsprechend den in 3.1 formulierten Zielen, konkret folgende Strukturen aufzubauen.

Spezialsprechstunden sind zu 100% via tarmed zu finanzieren. Sie sind in Abstimmung mit der niedergelassenen Ärzteschaft, insbesondere mit dem Konsenspapier der Ärzteschaft Thurgau zu betreiben.

Der Ausbau der anderen ambulanten Angebote ist durch die Einrichtung folgender, teilweise neuer Strukturen zu gewährleisten:

- **Psychosoziale Medizin:** Die heutigen vier EPD in Romanshorn, Münsterlingen, Frauenfeld und Sirnach sollen auf fünf EPD ausgebaut werden. In jedem der fünf neuen Bezirke soll ein EPD domiziliert werden, möglichst benachbart zu den Räumlichkeiten der *Perspektive*-Fachstellen, damit der Kanton Thurgau flächendeckend sozialpsychiatrisch versorgt werden kann. Das zukünftig stärker subventionierte Angebot der EPD soll sich auf die sozialpsychiatrische Medizin (resp. noch enger gefasst auf die psychosoziale Medizin) beschränken. Psychosomatik, Spezialsprechstundenangebote, aber auch das psychiatrische „Grundversorgungsangebot“ durch Sprechstunden sollen klar abgegrenzt werden und sind durch den tarmed zu finanzieren. Sprechstunden sind, falls sie durch PDT oder Clenia Littenheid angeboten werden, mit den niedergelassenen Psychiatern und Grundversorgern einvernehmlich abzusprechen (Konsenspapier der Ärzteschaft Thurgau).
- **Triage:** Wenn es in Zukunft mehr tagesklinische, ambulante und aufsuchende Behandlungen geben soll, wird es umso wichtiger, unnötige Verlegungen bzw. Settingwechsel zu vermeiden. Die Triage wird wichtiger.

- Innerhalb der PDT wird ein eigenes „**Aufnahme- und Abklärungszentrum**“ (**AAZ**), das nicht Bestandteil des Akutbereichs sein soll, per 1.7.2011 aufgebaut. Im AAZ muss innerhalb von Stunden bis wenigen Tage abgeklärt werden, was weiter geschehen soll. – Ähnliche Überlegungen sprächen auch für ein solches AAZ ganz ausserhalb der PDT, das dann überinstitutionell ausgerichtet wäre. Vom Haus- oder Facharzt veranlasste Eintritte in die Kliniken (etwa auf Spezialstationen) sollen weiterhin möglich bleiben. Auch soll die Möglichkeit von Abklärungen im Auftrag niedergelassener KollegInnen verstärkt werden. Dazu ist ein erfahrener Arzt als Ansprechpartner in der Klinik erforderlich. Umgekehrt darf eine vom einweisenden Arzt so geplante Abklärung oder kurze Behandlung nicht nach Belieben verlängert werden; der Einweisungsgrund darf nicht in Vergessenheit geraten.
- Die Clenia Littenheid plant einen Weiterausbau und die Professionalisierung des bestehenden **Aufnahmediendienstes** unter Miteinbezug der (zukünftig ausserhalb der Klinik liegenden) tagesklinischen und ambulanten Angebote.
- **Tageskliniken:** Die Zahl der Plätze im Thurgau soll von derzeit 46 auf 80, verteilt auf 4 Tageskliniken, erhöht werden. Grundsätzlich besteht ein Potential von bis zu vier Tageskliniken im Thurgau, nach einem Verhältnis von 3:1 für Münsterlingen vs. Littenheid. Eine erweiterte Memory-Klinik mit allgemein-alterspsychiatrischem Subsetting und idealerweise eigenem Tarif könnte eine dieser Tageskliniken sein.
- **Intensivierte ambulante Angebote:** Mindestens folgende Problemstellungen, bei denen eine intensive Behandlung ambulant oder zu Hause in Frage käme und die stationäre **Behandlung** ersetzen könnte, sind zu unterscheiden: Intensive ambulante Betreuung für psychisch schwer und wiederholt kranke Personen; Nachbehandlung nach psychiatrischen Hospitalisationen; Notfallbehandlungen bei noch ungeklärtem längerfristigen Behandlungsbedarf. Alle Projekte zielen auf eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durch Schließen von Versorgungslücken, eine differenzierte Zuweisung und mittelfristig eine Reduktion von vollstationären Pflagetagen.

Die beiden grossen Kliniken mit Versorgungsauftrag haben die anstehenden Entwicklungen – im Sinne der vom GDK-Leitfaden empfohlenen Modellprojekte – wie folgt aufgeteilt:

Psychiatrische Dienste Thurgau:

Entwicklung neuer Strukturen und Settings gemäss Dokument „Zukunftsorientierte Psychiatrie-Entwicklung. Vorschläge zur Gestaltung im Rahmen der kantonalen Psychiatrieplanung, Teil der Spitalplanung, durch die Psychiatrischen Dienste Thurgau, Spital Thurgau AG“ ab Mitte 2011. Konkret werden folgende Projekte jeweils zunächst für die Dauer von drei Jahren beantragt:

Antrag 4.3.1: Intensive Case Management (ICM)

Das Modellprojekt richtet sich an lang anhaltend psychisch schwer kranke Personen, die vorübergehend oder längerfristig eine umfassende Behandlung und Betreuung, die bisher häufig mit lang dauernden und/oder sich wiederholenden Hospitalisationen verbunden war, benötigen. Die Leistungen werden den Krankenversicherern nach TARMED verrechnet.

Kosten: Gemäss Berechnung sind für das Modellprojekt ICM jährliche Kantonsbeiträge in Höhe von CHF 500'000.- notwendig.

Nutzen: Im Jahr 2009 wiesen die PDT ca. 76'000 Pflagetage, verteilt auf 1'700 Fälle, aus. Darunter befinden sich ca. 80 PatientInnen mit sehr langen Hospitalisationsdauern und einem hohen Aufwand zur Klärung ihrer sozialen Situation. Mit dem Angebot eines ICM liessen sich pro solchem/r PatientIn etwa 50 Pflagetage einsparen, was einer Senkung der Pflagetage von 76'000 auf 72'000 entspricht. Daraus resultiert längerfristig eine Einsparung von Kosten für den Kanton.

Antrag 4.3.2: Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) mit integrierter Krisenintervention (KIT)

für alle PatientInnen, die nicht im Sinne einer gezielten Aufnahme bereits auf eine spezifische Station, in eine Tagesklinik oder in ein Ambulatorium zugewiesen werden (AAZ) und alle PatientInnen, die nach plötzlichen, belastenden Veränderungen der Lebensumstände (privat/beruflich) und unzureichender eigener und familiärer Bewältigungsstrategien dringend fachliche Hilfe benötigen (KIT). Die Leistungen werden nach TARMED verrechnet.

Kosten: Zur Kostendeckung für das Angebot AAZ und KIT ist ein jährlicher Kantonsbeitrag von 700'000 CHF erforderlich.

Nutzen: Einige Aufnahmen in den Akutbereich der psychiatrischen Klinik entfallen, wenn die akute Krise im gewohnten Umfeld aufgefangen und entaktualisiert werden kann. Selbst wenn es zur Aufnahme in stationäre Behandlung kommt, werden durch die verbesserte Triage spätere zeitaufwändige Verlegungen innerhalb der Klinik vermieden. Langfristig entsteht durch beide Effekte ein Einsparpotenzial für den Kanton.

Antrag 4.3.3: Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB)

für diejenigen Personen, bei denen eine klare Indikation zu einer aufsuchenden Übergangsbehandlung festgestellt wird. Mögliche Indikationen sind ein neu eingerichtetes umfassendes ambulantes Betreuungssetting, eine hohe Anzahl verschiedener ambulanter Betreuungspersonen, ein konflikthafte Betreuungssetting oder veränderte Anforderungen an ein bestehendes ambulantes Betreuungssetting. Die Leistungen werden nach TARMED verrechnet.

Kosten: Gemäss Berechnung wären für das Modellprojekt PSÜB jährliche Kantonsbeiträge in Höhe von CHF 100'000.- notwendig.

Nutzen: Mit dem Angebot eines PSÜB liessen sich bei 16% der jährlich 1'500 Austritte aus den PDT, das sind bei rund 240 PatientInnen, mit je etwa 10 Stunden ambulanter Behandlungszeit je 3 bis 4 Pflage tage einsparen. Daraus resultiert längerfristig ebenfalls eine Einsparung für den Kanton.

Für diese drei Anträge liegen differenzierte Kostenschätzungen und Anträge zur Mitfinanzierung durch den Kanton vor.

Clenia Littenheid:

Die neue Spitalfinanzierung erfordert eine Überarbeitung der Thurgauer Spitalliste und der vertraglichen Grundlagen "betreffend die Aufnahme und Betreuung von Thurgauer Patienten in der stationären psychiatrischen Versorgung" aus dem Jahre 1997. Ziel der Überarbeitung ist es, die gegenseitigen Aufgaben und Pflichten zwischen dem Kanton TG und der Clenia Littenheid dem in der Planung zugrunde liegenden Zeithorizont anzupassen.

Das im GDK-Leitfaden skizzierte Versorgungsmodell, welches als Referenz für die Thurgauer Psychiatrieplanung dient, ermöglicht der Clenia Littenheid, wichtige Entwicklungsschritte umzusetzen. Dabei sollen Lücken in der ambulanten und teilstationären Versorgung geschlossen und Prinzipien einer modernen integrierten Versorgung weiter umgesetzt werden. Zu diesem Zweck sind folgende Projekte ab 2012 in Planung:

1. Tagesklinik Frauenfeld: Verlagerung der Tagesklinik von Littenheid nach Frauenfeld, Vergrösserung von 12 auf 20 Plätze mit einem Spektrum an allgemeinen psychiatrischen Leistungen sowie psychiatrischen Angeboten für Jugendliche, zu denen noch Absprachen mit der STGAG bezüglich Altersgrenzen zu treffen sind. Im Moment werden passende Räumlichkeiten im Zentrum von Frauenfeld gesucht.

Antrag 4.3.4: Tagesklinik der Clenia Littenheid in Frauenfeld

2. Integration der ärztlich-therapeutischen Mitarbeiter des Externen Psychiatrischen Dienstes Sirmach (bisher Murgstiftung) resp. Frauenfeld in die Clenia Littenheid mit dem Ziel durchgängiger Behandlungspfade in der Versorgungsregion. Dies bedingt eine Neuorganisation des Aufnahmedienstes zur Optimierung der Triageprozesse.
3. Aufbau weiterer ergänzender psychiatrischer Angebote nach Bedarf, wobei die Betreuung psychisch Kranker zu Hause mit mobilen Equipen sowie ein gezieltes Case Management sogenannter "heavy user", evt. in Koordination mit dem Case Management der Krankenversicherer, im Vordergrund stehen könnte. Darüber hinaus soll die langjährig im stationären Rahmen gewachsene störungs- und methodenspezifische Fachexpertise ambulant zur Verfügung gestellt werden (z.B. im Sinne von Spezialsprechstunden sowie konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Angeboten).

Zahlen zum Kostendeckungsgrad und zu allfälligem zusätzlichem Finanzierungsbedarf durch den Kanton Thurgau bestehen für diese Projekte noch nicht, wobei die Berechnungsgrundlagen ähnlicher Projekte der Klinik Münsterlingen als Referenzgrösse dienen können.

Über die neu zu bildenden Strukturen hinaus und diese einbeziehend wird es von entscheidender Bedeutung sein, die Prozesse der Leistungserbringung neu zu definieren und die Schnittstellen zu den frei praktizierenden ÄrztInnen, zur Spitex und zu den Sozialdiensten der Gemeinden neu zu regeln. Auch die Beratungsstellen und die psychologische Psychotherapie sollen in Zukunft eine grössere Rolle spielen.

4.4 Alterspsychiatrie – Versorgungsstrukturen, Settings und Projekte

Zur gezielten Prävention, aber auch Behandlung alterspsychiatrischer und dementieller Erkrankungen wird beantragt:

Antrag 4.4.1: Tagesklinik-Plätze für andere als dementielle Erkrankungen

- Schaffung einer spezifischen Tagesklinik für Alterspsychiatrie/-Psychotherapie als spezialisiertes Behandlungs- und Betreuungsangebot für Menschen mit anderen als dementiellen alterspsychiatrischen Erkrankungen. Erweiterung der Memory Klinik Münsterlingen um sechs Plätze und Erweiterung des Konzepts für andere alterspsychiatrische Störungen.

Antrag 4.4.2: Gerontopsychiatrische Sprechstunden

- Prüfen der Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Sprechstunde vorzugweise in der neu zu konzeptualisierenden alterspsychiatrischen Tagesklinik (Antrag 4.4.1) sowie eines (niederschweligen) alterspsychiatrischen Konsil- und Liasondienstes für die beiden kantonalen somatischen Spitäler durch die PDT (insbesondere so lange kein integriertes geriatrisch-gerontopsychiatrisches Angebot vorhanden ist; siehe Punkt 3.4). Das könnte die Gerontopsychiatrie schon am Ausgangspunkt der akuten altersmedizinischen Fragestellungen etablieren. Die Finanzierung hat über tarmed zu erfolgen, falls sie nicht bereits in den Fallkosten inbegriffen ist.
- Analog hierzu ist für den Anfang ein Sprechstundenangebot vor Ort in einem Hausarztzentrum und/oder in einem grösseren Altenheim sinnvoll. Dabei muss von Anfang an ein transparenter, fairer Patientenfluss vereinbart werden. .

Ein kantonaler Zuschuss für eine Modellphase von drei Jahren soll geprüft werden. Auch ein modellhafter Einbezug eines Hausarzt-Krankenkassen-Jointventure ist denkbar.

Antrag 4.4.3: Aufsuchende Betreuung in einem Bezirk

- Fortführung des Projekts „Ambulante Dienste“ (Weinfelden; bisherige Leitung: Dr. Guido Bartelt) und Umsetzung der darin vorgeschlagenen Massnahmen – aufsuchende Betreuung betagter Menschen im Bezirk Weinfelden durch Pflegefachpersonen, unter fallweisem Einbezug aller beteiligten Fachpersonen und unter finanzieller Beteiligung der Gemeinde

4.5 Finanzierungsmodell

ambulante Psychiatrie				stationäre Psychiatrie	
TARMED	Spezialsprechstunden Klinikerarzt	TARMED / Steuern	EPD	KVG/VVG / Steuern	wie stationär?
	niedergelassener Psychiater		Sucht Sozialpsychiatrie		
	Grundversorger		Triagestation Krisenintervention Tagesklinik		
	Psychologen	wie stationär?	aufsuchende Beh. Case Management poststat. Übergang		
			psychosoziale Med.		

	neues Finanzierungsmodell	
geregelt		geregelt

©MW/UB 07.11.2010

5 Monitoring, Controlling und Qualitätssicherung

Mit den vorhandenen Kennzahlen auf kantonaler und nationaler Ebene ist es nicht möglich, valide Vergleiche unter den Leistungserbringern zu ziehen. Zu unterschiedlich werden die Kennzahlen erhoben und interpretiert. Um dieser Situation Abhilfe zu schaffen, ist es ein erstes Ziel, Datenerhebung und -interpretation zunächst auf kantonaler Ebene zu vereinheitlichen, so dass sichergestellt werden kann, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird. Zu diesem Zweck wurde eine Arbeitsgruppe um R. Branca eingesetzt.

Nebst finanziellen Kennzahlen, Leistungsdaten (Anzahl Eintritte und Austritte, Aufenthaltsdauern) und Personalkennzahlen erheben einige Institutionen in der Psychiatrie in den letzten Jahren Daten zu den medizinischen Ergebnissen. Seit über einem Jahr beteiligen sich 14 Kliniken, darunter auch die Clenia Littenheid, an einem Pilotprojekt der ANQ (Nationale Qua-

litätsentwicklung) in dem mit einheitlichen Messinstrumenten die Ergebnisqualität in der stationären Psychiatrie erhoben wird. Ein ähnlich gelagertes Projekt läuft auch in den Kliniken des Kantons Zürich. Weitere Kliniken führen Ergebnismessungen in eigener Regie durch, so die PK Münsterlingen. Aus den Ergebnissen der Pilotprojekte wird dann das weitere Vorgehen abgeleitet werden.

Es erscheint sinnvoll, dass sich die Thurgauer Institutionen an einem geplanten, auf nationaler Ebene einheitlichen Kennzahlenmonitoring, z.B. der Kategorisierung von H-Plus, und an standardisierten nationalen Ergebnismessungen beteiligen und diese aktiv unterstützen.

Zur Evaluation der beantragten Projekte schlagen die PDT vor, dass ihre Modellprojekte vom bestehenden Qualitätsmanagement der PDT begleitet werden.

- Für das Modellprojekt „Intensive Case Management (ICM)“ geschieht die Outcome-Evaluation über die Erfassung der Anzahl und Häufigkeiten der Hospitalisationen der Zielgruppe und über validierte Instrumente der Selbst- und Fremdeinschätzung bezüglich Lebensqualität, Funktionalität, Symptombelastung und sozialer Unterstützung (beispielsweise WHOQOL-BREF⁵, GAF⁶, CGI⁷, SCL90⁸, FSozU⁹), die in der konkreten Planung festgelegt werden.
- Die Outcome-Evaluation des Modellprojekts „Poststationäre Übergangsbehandlung“ berücksichtigt die Aufenthaltsdauern von PatientInnen mit und ohne PSÜB sowie qualitative Rückmeldungen der involvierten Stellen und Angehörigen zur Funktionalität der PatientInnen und zur erlebten Belastung / Entlastung der Angehörigen und der Nachbehandler. Die Instrumente bestehen, sind evaluiert und überarbeitet.
- Die Outcome-Evaluation des Modellprojekts „AAZ mit integrierter Krisenintervention (KIT)“ geschieht über die Erfassung spezifischer Indikatoren, die noch zu entwickeln sind.

Die Clenia Littenheid wird die von ihr beantragten Projekte ebenfalls mit Datenerhebungen zwecks Projekt-Controlling und Qualitätssicherung begleiten.

⁵ WHO Quality of Life

⁶ Global Assessment of Functioning

⁷ Clinical Global Impression Score

⁸ Symptom-Checkliste

⁹ Fragebogen zur sozialen Unterstützung