Ambulante psychiatrische Komplexbehandlung – neue Möglichkeiten aus einer globalen Perspektive

Reinhold Kilian

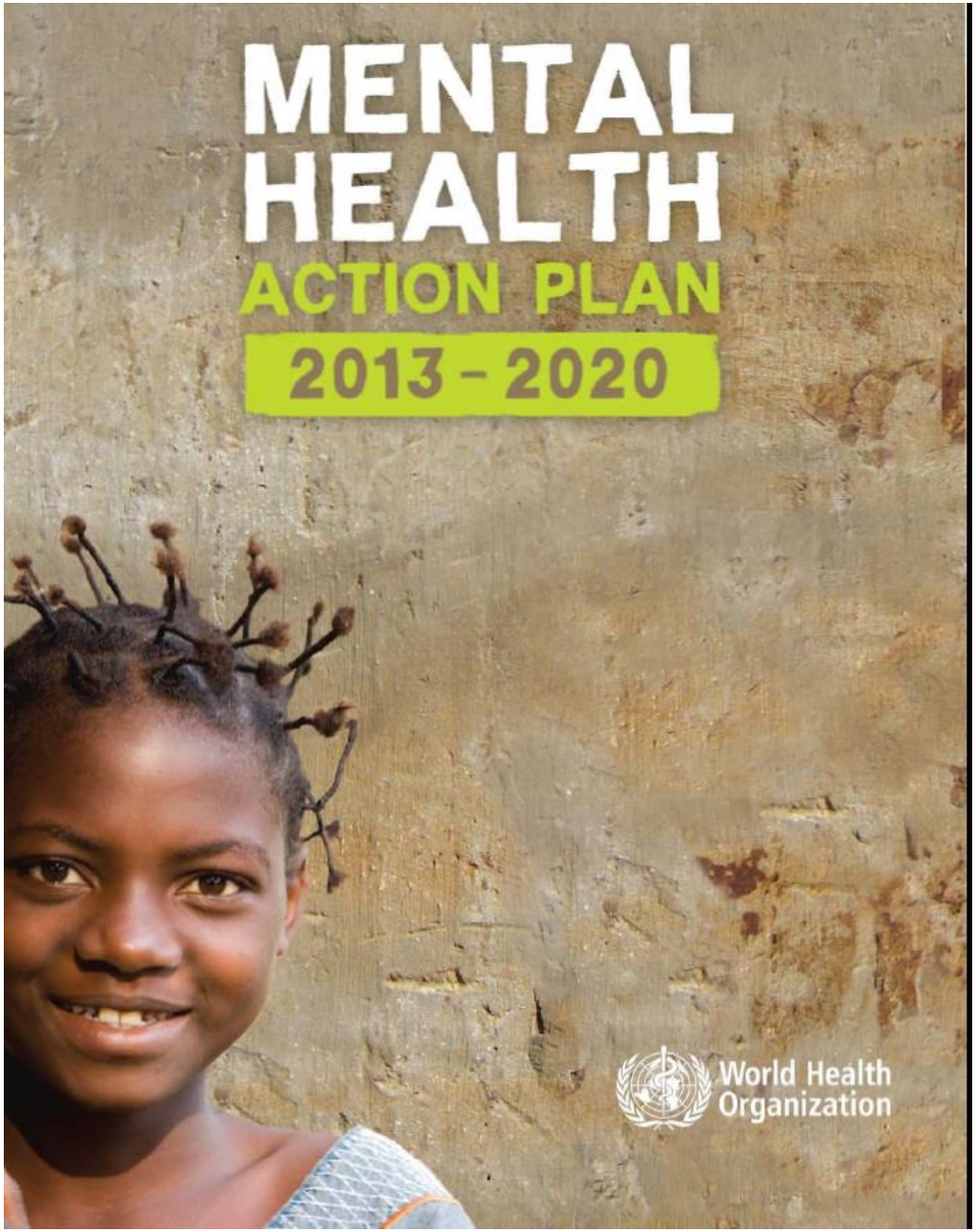
Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II;
Sektion: Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Internationale Aktionspläne und Richtlinien

Die Globale Perspektive

WHO's comprehensive mental health action plan 2013-2020 was adopted by the 66th World Health Assembly.

WHO 2013



Die Ziele des Mental Health Action Plans

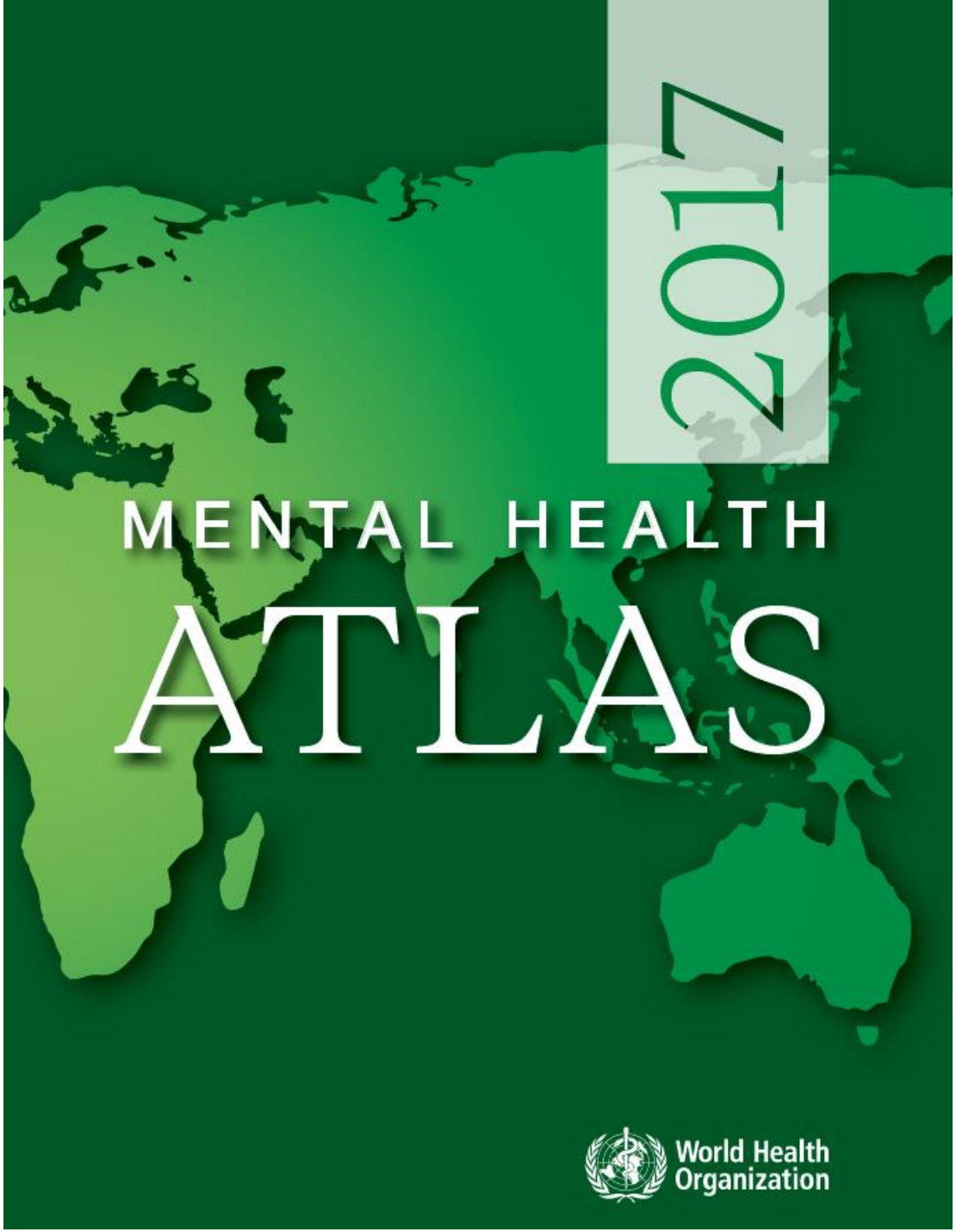
1. To strengthen effective leadership and governance for mental health
2. To provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings
3. To implement strategies for promotion and prevention in mental health
4. To strengthen information systems, evidence and research for mental health

WHO 2013

MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2030: BASELINE VALUES FOR GLOBAL TARGETS

Action Plan Objective	Action Plan Target	Baseline value for 2013
OBJECTIVE 1: To strengthen effective leadership and governance for mental health	**Target 1.1:** 80% of countries will have developed or updated their policies or plans for mental health in line with international and regional human rights instruments (by the year 2020).	88 countries, equivalent to 56% of those countries who responded, or 45% of all WHO Member States. Value is based on a self-rating checklist (see Section 2.1 of report).
	Target 1.2: 50% of countries will have developed or updated their law for mental health in line with international and regional human rights instruments (by the year 2020).	65 countries, equivalent to 42% of those countries who responded, or 34% of all WHO Member States. Value is based on a self-rating checklist (see Section 2.2 of report).
OBJECTIVE 2: To provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings	**Target 2:** Service coverage for severe mental disorders will have increased by 20% (by the year 2020).	Not computable from Atlas 2014 data, but expected to be less than 25%, based on treatment gap and service uptake studies.
OBJECTIVE 3: To implement strategies for promotion and prevention in mental health	**Target 3.1:** 80% of countries will have at least two functioning national, multisectoral mental health promotion and prevention programmes (by the year 2020)	80 countries, equivalent to 48% of those countries who responded, or 41% of all WHO Member States. Value is based on a self-completed inventory of current programmes (see Section 4 of report).
	Target 3.2: The rate of suicide in countries will be reduced by 10% (by the year 2020).	11.4 per 100,000 population. Value is based on age-standardized global estimate (see WHO report on suicide, 2014).
OBJECTIVE 4: To strengthen information systems, evidence and research for mental health	**Target 4:** 80% of countries will be routinely collecting and reporting at least a core set of mental health indicators every two years through their national health and social information systems (by the year 2020).	64 countries, equivalent to 42% of those countries who responded, or 33% of all WHO Member States. Value is based on a self-rated ability to regularly compile mental health specific data that covers at least the public sector (see Section 1 of report).

WHO 2013



WHO 2017

Psychiatriepolitik

Responses will be stronger and more effective when mental health interventions are firmly integrated within **the national health policy and plan**. In addition, often it is necessary to develop a **dedicated mental health policy and plan** in order to provide more detailed direction.

WHO 2013

Psychiatriepolitik

80 % aller Länder habe ihre Psychiatriepläne / politik im Hinblick auf die aktuellen internationalen Menschenrechtsstandards aktualisiert

Global target 1.1	80% of countries will have developed or updated their policy/plan for mental health in line with international and regional human rights instruments (by the year 2020).
Indicator	Existence of a national policy and/or plan for mental health that is in line with international human rights instruments [yes/no].
Means of verification	Physical availability of the policy/plan and confirmation that it accords with international and regional human rights standards.
Comments/assumptions	Many policies and plans older than 10 years may not reflect recent developments in international human rights standards and evidence-based practice. For countries with a federated system, the indicator will refer to policies/plans of the majority of states/provinces within the country. Policies or plans for mental health may be stand-alone or integrated into other general health or disability policies or plans.

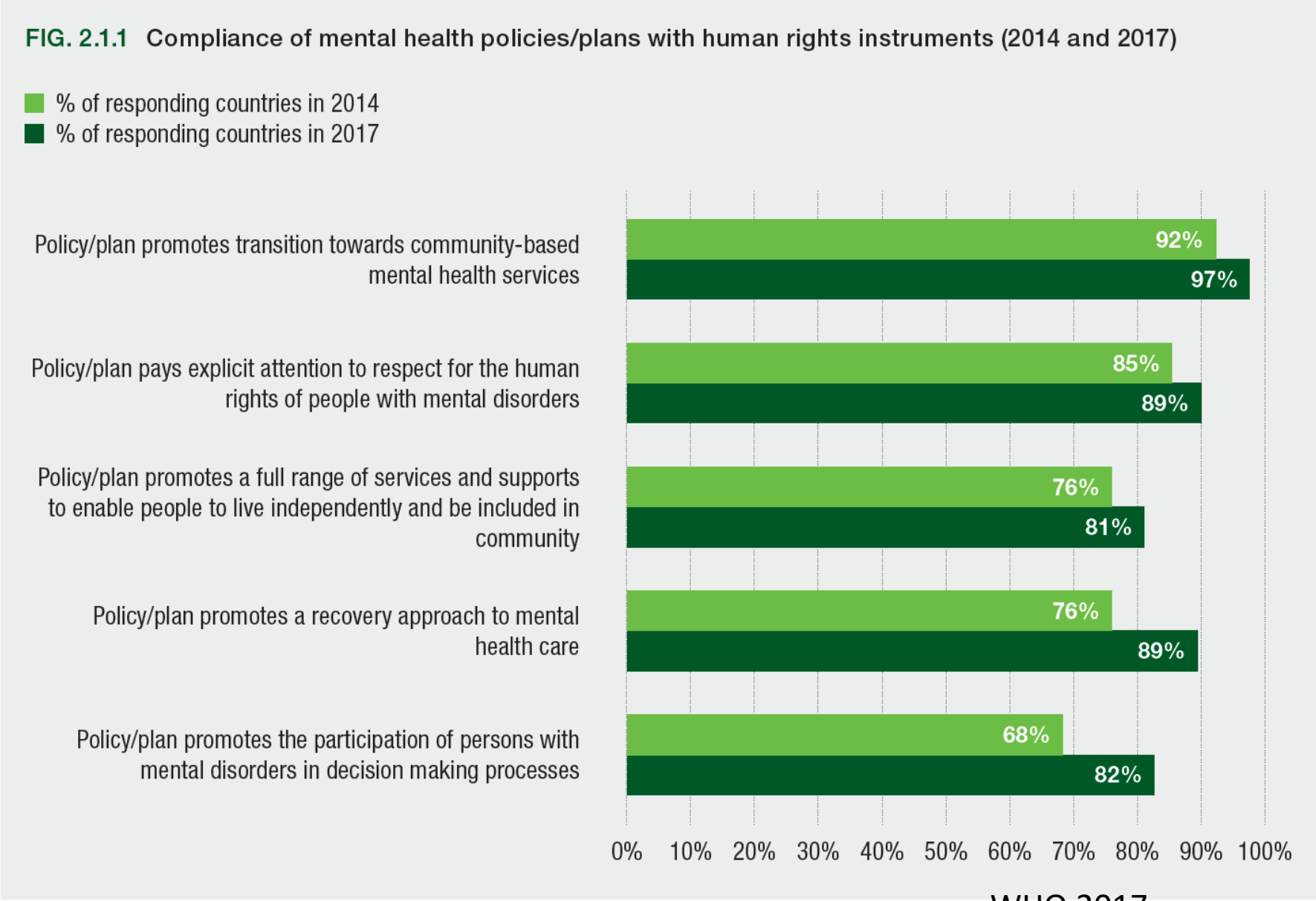
Internationaler Stand der Erfüllung der Vorgaben zur Psychiatriepolitik

TABLE 2.1.1 Existence and revision status of mental health policies/plans

	Countries stating they have a stand-alone mental health policy/plan (N=175)		Countries stating they have updated their policy/plan in the last 5 years (since 2013) (N=167)	
	Number of countries	% of responding countries	Number of countries	% of responding countries
Global	139	79%	120	72%
WHO region				
AFR	31	72%	23	58%
AMR	27	82%	20	65%
EMR	14	78%	13	76%
EUR	39	81%	37	79%
SEAR	9	90%	8	80%
WPR	19	83%	19	86%

WHO 2017

Internationaler Stand der der Vorgaben zur Übereinstimmung der Psychiatriepolitik mit Menschenrechtskonventionen



WHO 2017

Beispiele: Nationale Psychiatrieplanung in Deutschland

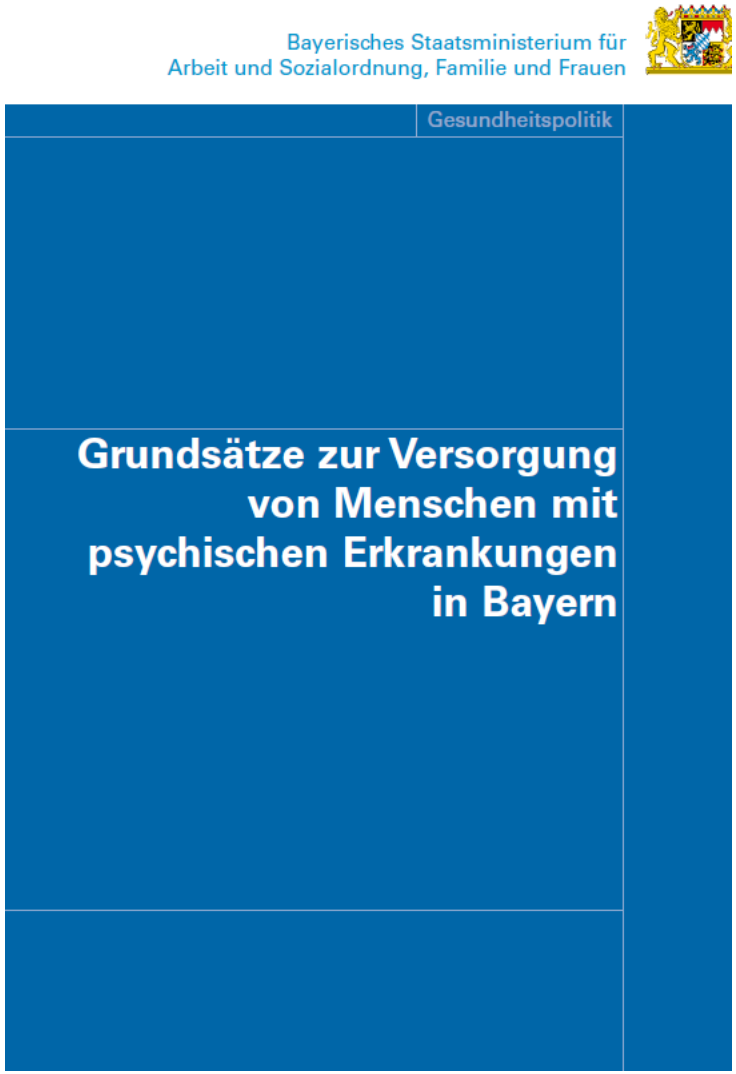
Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode

Drucksache 7/4200

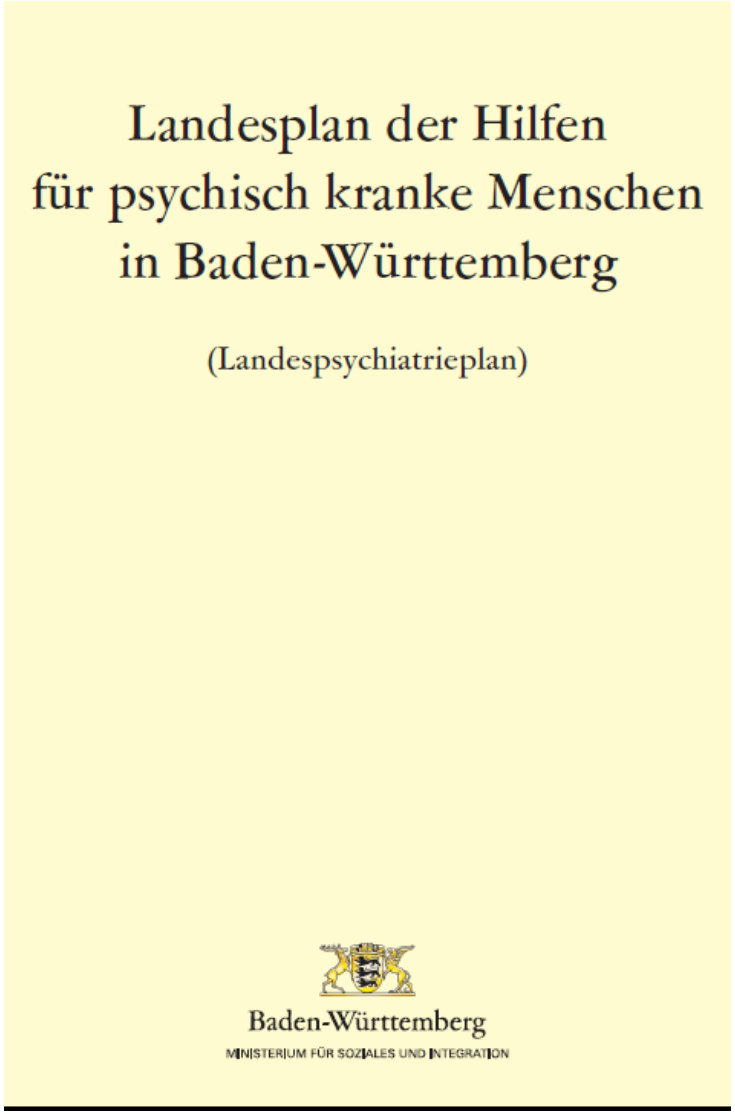
Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland
— Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung —



Psychiatrieplan Bayern 2007

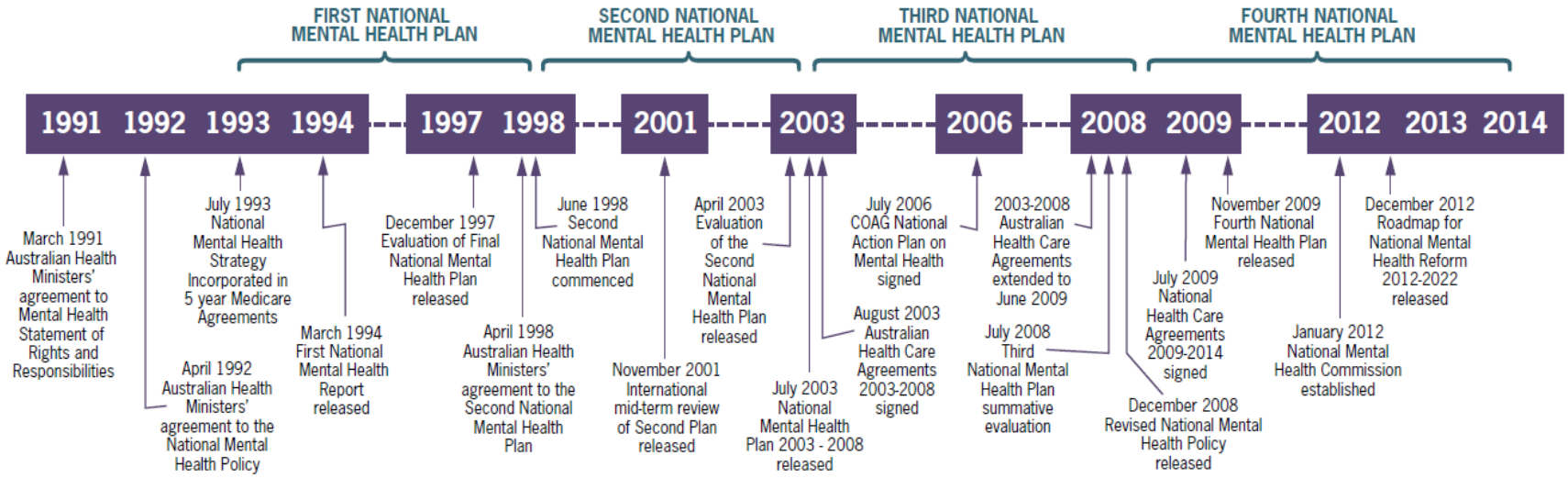


Psychiatrieplan Baden-Württemberg 2018

Beispiele: Nationale Psychiatrieplanung UK

Beispiele: Nationale Psychiatrieplanung in Australien

Figure 2
Milestones in the life of the National Mental Health Strategy



Psychiatriegesetzgebung

Mental health law, whether an independent legislative document or integrated into other health and capacity-related laws, should **codify the key principles, values and objectives of policy for mental health**, for example by establishing legal and oversight mechanisms to promote human rights and the development of accessible health and social services in the community.

WHO 2013

Psychiatriegesetzgebung

50 % aller Länder habe ihre Psychiatriegesetzgebung im Hinblick auf die aktuellen internationalen Menschenrechtsstandards aktualisiert

Global target 1.2	50% of countries will have developed or updated their law for mental health in line with international and regional human rights instruments (by the year 2020).
Indicator	Existence of a national law covering mental health that is in line with international human rights instruments (yes/no).
Means of verification	Physical availability of the law and confirmation that it accords with international and regional human rights standards.
Comments/assumptions	Laws older than 10 years may not reflect recent developments in international human rights standards and evidence-based practice. For countries with a federated system, the indicator will refer to the laws of the majority of states/provinces within the country. Laws for mental health may be stand-alone or integrated into other general health or disability laws.

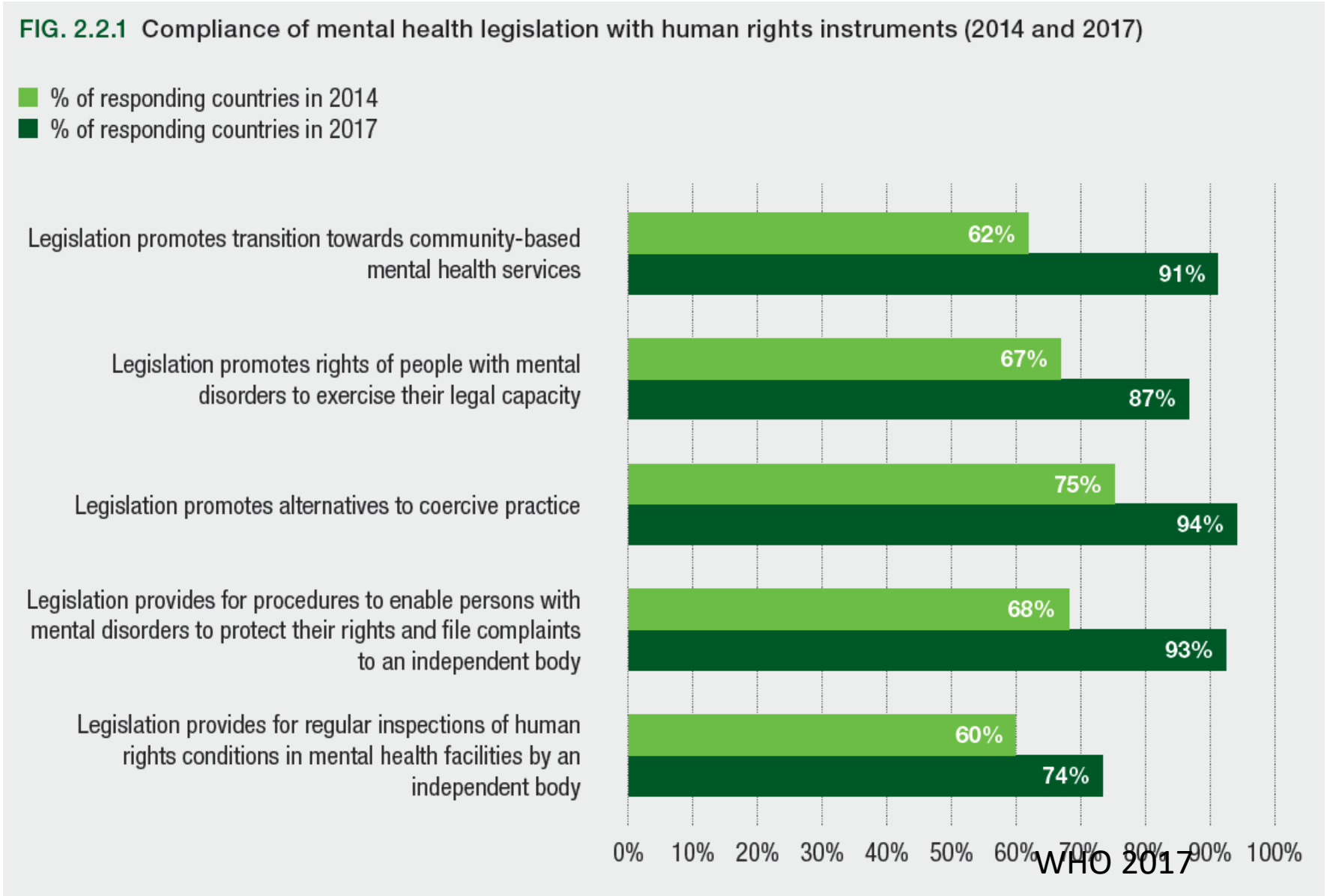
Internationaler stand der Erfüllung der WHO-MAP Vorgaben zur Psychiatriegesetzgebung

TABLE 2.2.1 Existence and revision status of mental health legislation, by WHO region

	Countries stating they have a stand-alone mental health law (N=175)		Countries stating they have updated lesgislation in the last 5 years (since 2013) (N=164)	
	Number of countries	% of countries	Number of countries	% of countries
Global	111	63%	66	40%
WHO region				
AFR	19	44%	8	21%
AMR	20	61%	8	27%
EMR	11	61%	6	33%
EUR	37	77%	29	64%
SEAR	5	50%	5	50%
WPR	19	83%	10	45%

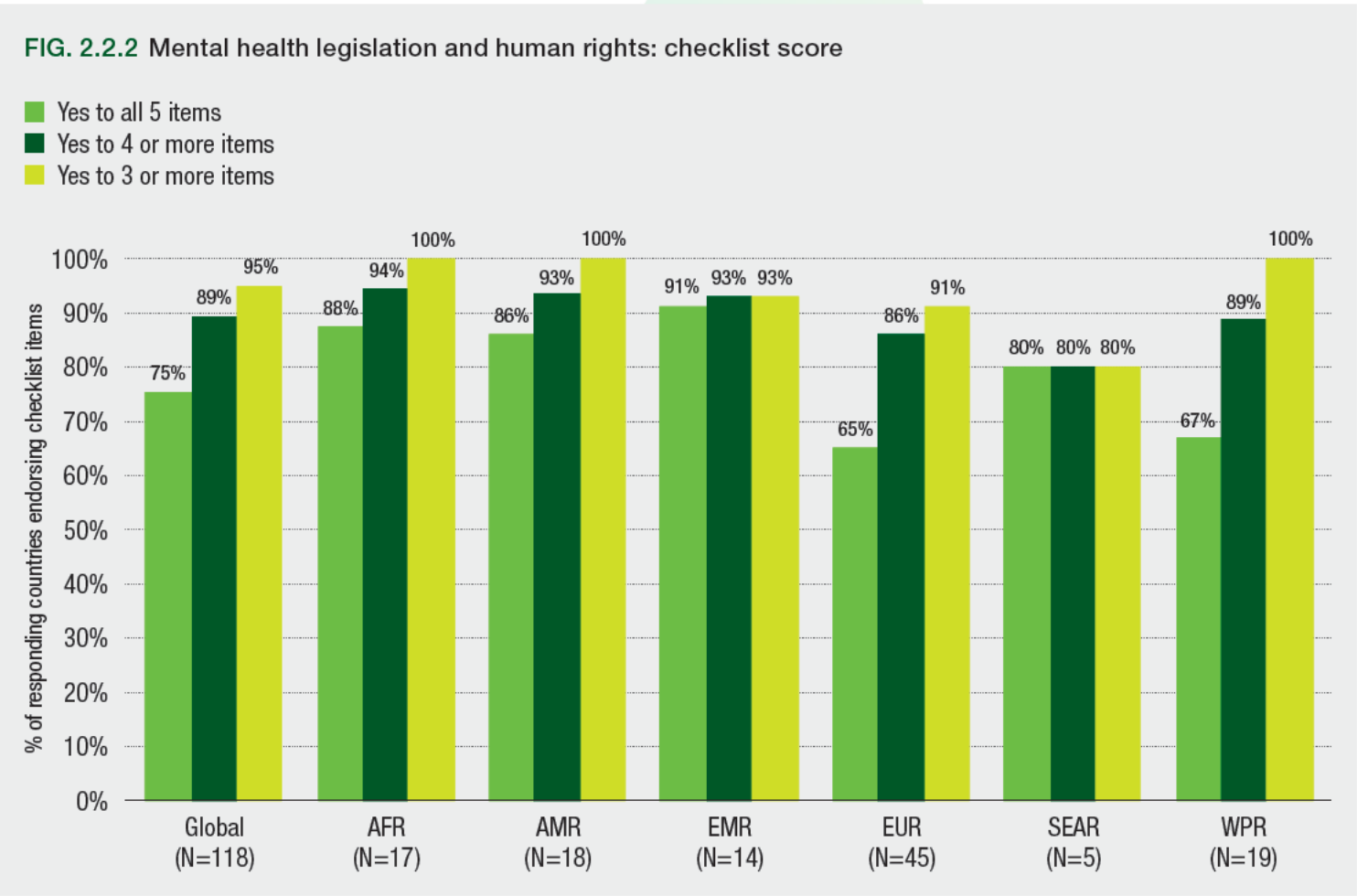
WHO 2017

Internationaler Stand der Erfüllung der WHO-MAP Vorgaben zur Übereinstimmung der Psychiatriegesetzgebung mit Menschenrechtskonventionen



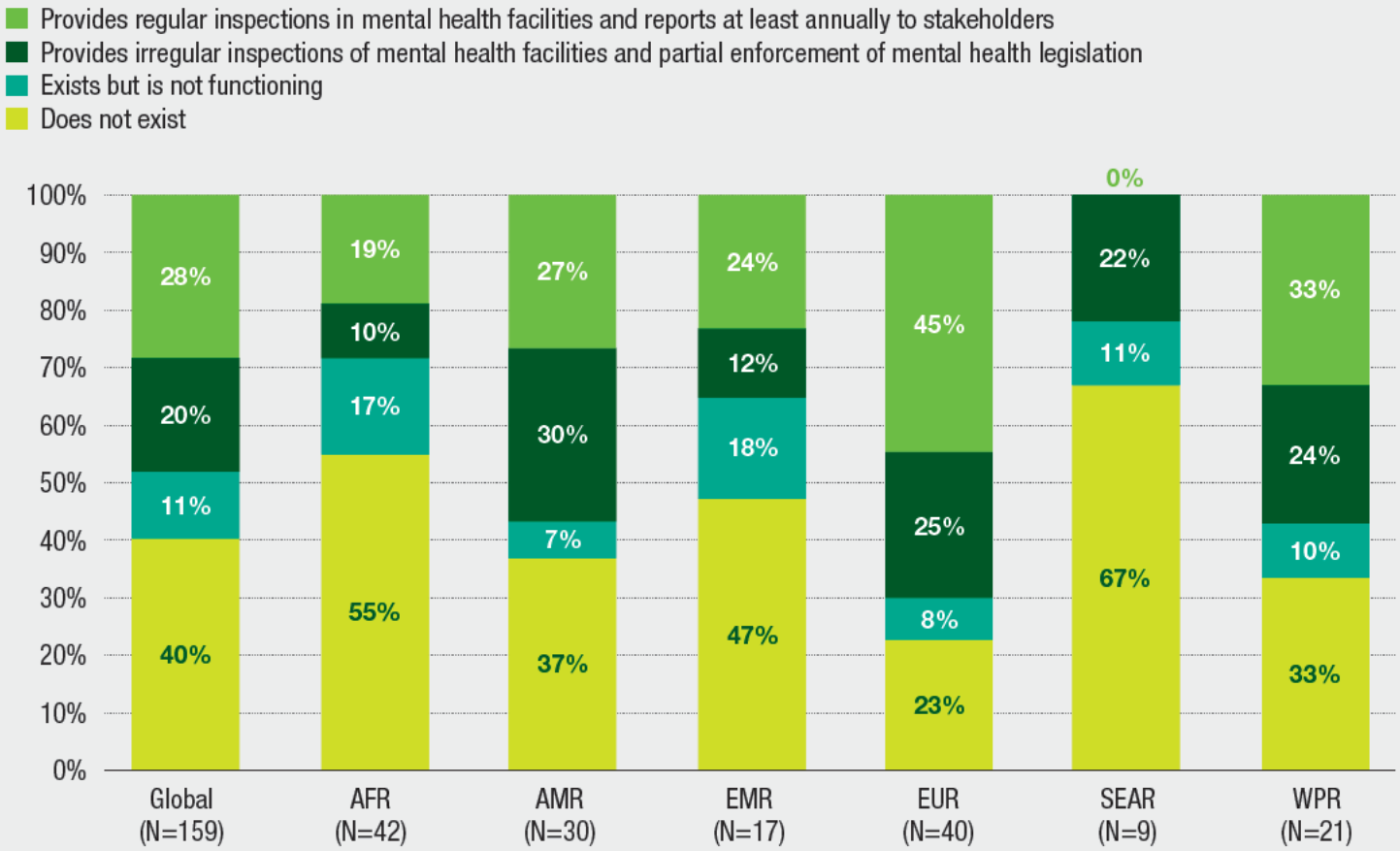
WHO 2017

Internationaler Stand der Erfüllung der WHO-MAP Vorgaben zur Übereinstimmung der Psychiatriegesetzgebung mit Menschenrechtskonventionen nach Regionen



WHO 2017

FIG. 2.2.3 Existence of a dedicated authority or independent body to assess compliance of mental health legislation with international human rights, by WHO region



WHO 2017

MENTAL HEALTH LAW PROFILE

Mental health law in Germany

Jürgen Zielasek[1] and Wolfgang Gaebel[2]

[1]Department of P
Psychotherapy, M
Kliniken der Heinr
Universität, Düss

[2]LVR-Klinikum Dü
Kliniken der Heinr
Universität, Düss
email wolfgang.g
duesseldorf.de

There is no national mental health law in Germany: the 16 German states are responsible for legislation concerning forced admissions, while the German Civil Code covers non-acute care, in particular for those not able to care for themselves. In forensic psychiatry, both federal and state laws apply.

Zielasek & Gaebel 2015

Gesetzentwurf (Stand: 15.01.2018)

der Bayerischen Staatsregierung

Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG)

A. Problem

Die hohe Zahl gerichtlicher Unterbringungen psychisch kranker Menschen in Bayern, die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Selbstbestimmungsfähigkeit von psychisch kranken Menschen, zu Zwangsmaßnahmen und zur Übertragung hoheitlicher Befugnisse (Beleihung) im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung erfordern eine dringliche und grundlegende Überarbeitung des bisherigen Bayerischen Unterbringungsgesetzes (UnterbrG) von 1992. In der Mehrzahl der Länder sind bereits vergleichbare Gesetze in Kraft. Zudem enthält das UnterbrG bislang keine Regelungen zur Stärkung der psychiatrischen Versorgung.

B. Lösung

Erlass eines BayPsychKHG, mit dem das bisherige Bayerische Unterbringungsgesetz abgelöst wird. Das BayPsychKHG soll neben der Neuregelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung, deren rechtliche Ausgestaltung sich am Schutzniveau für zivilrechtlich und im Maßregelvollzug untergebrachte Personen orientiert, ein Maßnahmenbündel enthalten, mit dem die psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische und psychosoziale Versorgung in Bayern nachhaltig verbessert wird. Zentraler Baustein ist hierbei die landesweite Einführung von Krisendiensten. Mit dem Gesetz soll ein Beitrag zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen geleistet werden und es wird ein sachgerechter Ausgleich zwischen den Belangen psychisch kranker Menschen und den Interessen des Staates, der die öffentliche Sicherheit zu gewährleisten und seine Bürger zu schützen hat, hergestellt. Ferner sollen die Rechtsstellung psychisch kranker Menschen, ihre Teilhabe an der Gesellschaft und ihre selbständige Lebensführung gestärkt werden. Zudem sollen Präventionsstellen „Stopp die Gewalt in Dir“ eingeführt werden. In den Entstehungsprozess des Gesetzentwurfes waren alle mit der Behandlung und Begleitung von psychisch kranken Menschen befassten Institutionen, Verbände und Organisationen, insbesondere die Bezirke und Betroffenenverbände, eingebunden (Runder Tisch PsychKHG).

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten

Der Vollzug des BayPsychKHG erfolgt im Rahmen der jeweils vorhandenen Stellen und Mittel; über deren Veranschlagung im Staatshaushalt wird im Rahmen der jeweiligen Haushaltsaufstellungen beraten und entschieden.

Landtag von Baden-Württemberg **Drucksache 15 / 5521**
15. Wahlperiode **22. 07. 2014**

Gesetzentwurf

der Landesregierung

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG)

A. Zielsetzung

Ziel des Gesetzes ist es, die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung verbindlich sicherzustellen und die Rechtsstellung psychisch kranker oder behinderter Personen zu stärken.

Der Koalitionsvertrag für die 15. Legislaturperiode des Landtags von Baden-Württemberg sieht vor, erstmals Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Personen in zusammengeführter Form gesetzlich zu regeln und die Voraussetzungen für deren chancengleiche Beteiligung an der Gesundheitssicherung zu schaffen. Freiheitsentziehende Maßnahmen bei der Durchführung der Unterbringung von psychisch kranken und sucht- oder drogenkranken Straftäterinnen und -tätern (Maßregelvollzug) sollen eine umfassende gesetzliche Grundlage erhalten.

Bislang existieren in Baden-Württemberg keine gesetzlichen Regelungen über Hilfen für psychisch Kranke. Einzig die Vorschriften des öffentlich-rechtlichen Unterbringungs- sowie des Maßregelvollzugsrechts sind im Unterbringungsgesetz (UBG) in der Fassung vom 2. Dezember 1991 (GBl. S. 794), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Juli 2013 (GBl. S. 157), niedergelegt, wobei der Maßregelvollzug allerdings nur rudimentär innerhalb einer einzigen Vorschrift (§ 15 UBG) erwähnt wird. Das vorliegende Gesetz konstituiert verbindliche Regelungen über psychiatrische Hilfen und den Maßregelvollzug und bündelt diese zusammen mit den Vorschriften zur Unterbringung in einem Gesetzeswerk. Das Unterbringungsrecht wurde in diesem Rahmen überarbeitet.

B. Wesentlicher Inhalt

Im Teil 2 des Gesetzes werden Regelungen getroffen über Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die deren bedarfsgerechte Versorgung in Baden-Württemberg weiter verbessern sollen. Eine zentrale Rolle hat dabei die Gewähr-

Eingegangen: 22. 07. 2014 / Ausgegeben: 01. 08. 2014

Drucksachen und Plenarprotokolle sind im Internet abrufbar unter: www.landtag-bw.de/Dokumente

Der Landtag druckt auf Recyclingpapier, ausgezeichnet mit dem Umweltzeichen „Der Blaue Engel“.

Mental Health Law of the People's Republic of China

(Adopted at the twenty-ninth session of the Eleventh National People's Congress Standing Committee on October 26, 2012)

Contents

Chapter I	Overview
Chapter II	Promotion of psychological well-being and prevention of mental disorders
Chapter III	Diagnosis and treatment of mental disorders
Chapter IV	Rehabilitation of mental disorders
Chapter V	Measures necessary to implement the law
Chapter VI	Legal responsibility
Chapter VII	Supplementary provisions

Chapter I. Overview

Article 1. This law is enacted to develop the field of mental health, to standardize mental health services, and to guarantee the legal rights and interests of persons with mental disorders.

Article 2. This law applies to activities within the People's Republic of China related to the maintenance and improvement of citizens' psychological well-being,[1] the prevention and treatment of mental disorders, and the rehabilitation of persons with mental disorders.

Article 3. With prevention as its guiding principle, mental health work should adhere to the concept of integrating prevention, treatment, and rehabilitation.

Article 4. The human dignity, personal safety, and safety of the possessions of persons with mental disorders shall not be violated.

The legal rights and interests of persons with mental disorders to education, employment, medical services, and government and non-government welfare are protected by law.

The Implementation of Criteria for Involuntary Admission under China's Mental Health Law: A National Cross-sectional Study of Involuntarily Hospitalized Patients

Feng Jiang[1], Huixuan Zhou[1], Jeffrey J. Rakofsky[2], Linlin Hu[1], Tingfang Liu[3], Huanzhong Liu[4], Yilang Tang[2, 5*], Yuanli Liu[1*]

[1]Public Health School, Peking Union Medical College and Chinese Academy of Medical Sciences, China, [2]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, United States, [3]Institute for Hospital Management, Tsinghua University, China, [4]Department of Psychiatry, Chaohu Hospital of Anhui Medical University, China, [5]Atlanta Medical Center, United States

Ergebnisse einer Stichtagserhebung von 817 zwangseingewiesenen Patienten in 32 psychiatrischen Krankenhäusern in China zur Anwendung der im MHL definierten Kriterien für eine Zwangseinweisung

Our findings, based on a national survey, show the implementation rate of the MHL's risk criteria overall was low, with only 45.3% of involuntary admissions meeting the MHL-defined risk criteria. This suggests that some patients' civil rights might have been violated.

Jiang et al (under review)

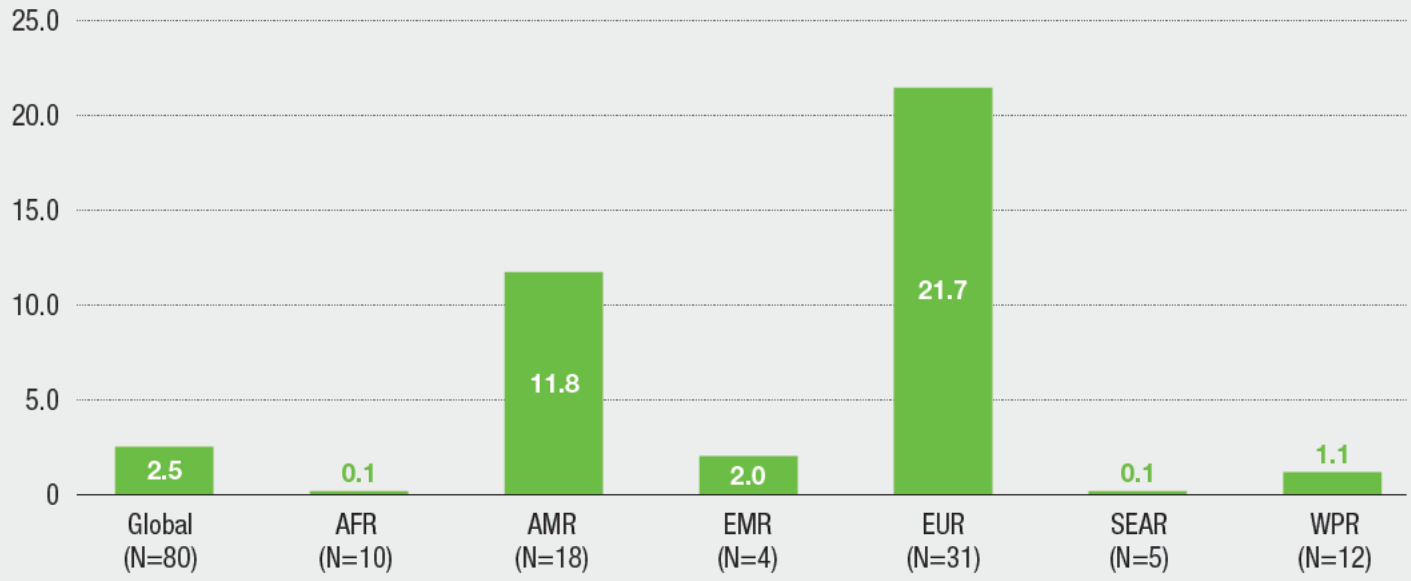
Psychiatrische Versorgung

Service reorganization and expanded coverage:

- Systematically shift the locus of care away from long-stay mental hospitals towards **non-specialized health settings**
- increasing coverage of **evidence-based interventions** (including the use of stepped care principles, as appropriate] for priority conditions and
- using a **network of linked community-based mental health services**, including short-stay inpatient care, and outpatient care in general hospitals, primary care, comprehensive mental health centres, day care centres, support of people with mental disorders living with their families, and supported housing.

WHO 2013

FIG. 3.1.1 Government mental health expenditure per capita (US$), by WHO region

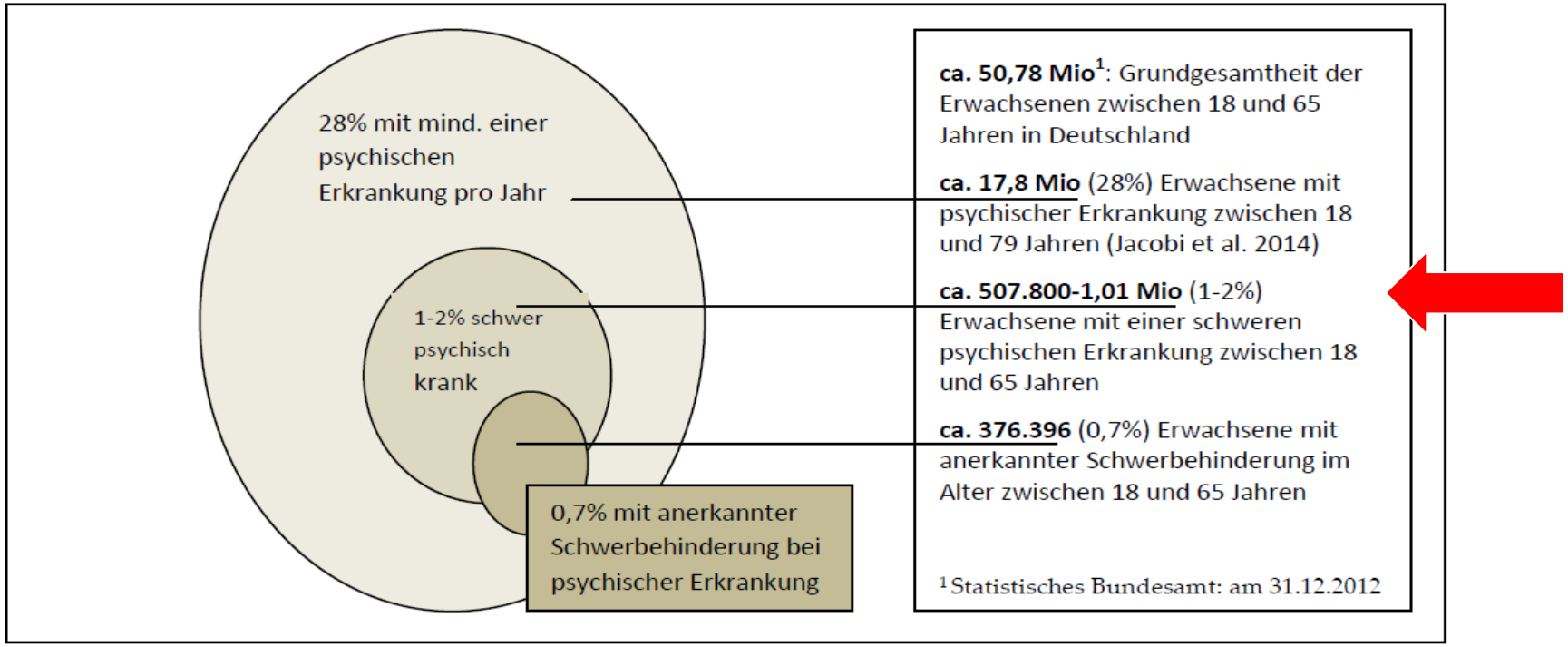


Psychiatrische Versorgung

Der Grad der psychiatrischen Versorgung wird um 20 % gesteigert

Global target 2	Service coverage for severe mental disorders will have increased by 20% (by the year 2020).
Indicator	Proportion of persons with a severe mental disorder (psychosis; bipolar affective disorder; moderate-severe depression) who are using services [%].
Means of verification	Numerator: Cases of severe mental disorder in receipt of services, derived from routine information systems or, if unavailable, a baseline and follow-up survey of health facilities in one or more defined geographical areas of a country. Denominator: Total cases of severe mental disorder in the sampled population, derived from national surveys or, if unavailable, subregional global prevalence estimates.
Comments/assumptions	Estimates of service coverage are needed for all mental disorders, but are restricted here to severe mental disorders to limit measurement effort. Health facilities range from primary care centres to general and specialized hospitals; they may offer social care and support as well as psychosocial and/or pharmacological treatment on an outpatient or inpatient basis. To limit measurement effort, and where needed, countries may restrict the survey to hospital-based and overnight facilities only (with some loss of accuracy, due to omission of primary care and other service providers). The baseline survey will be undertaken in 2014, with follow-up at 2020 (and preferably also at mid-point in 2017); the survey questionnaire can be supplemented in order also to investigate service readiness and quality, as desired. The Secretariat can provide guidance and technical support to Member States regarding survey design and instrumentation.

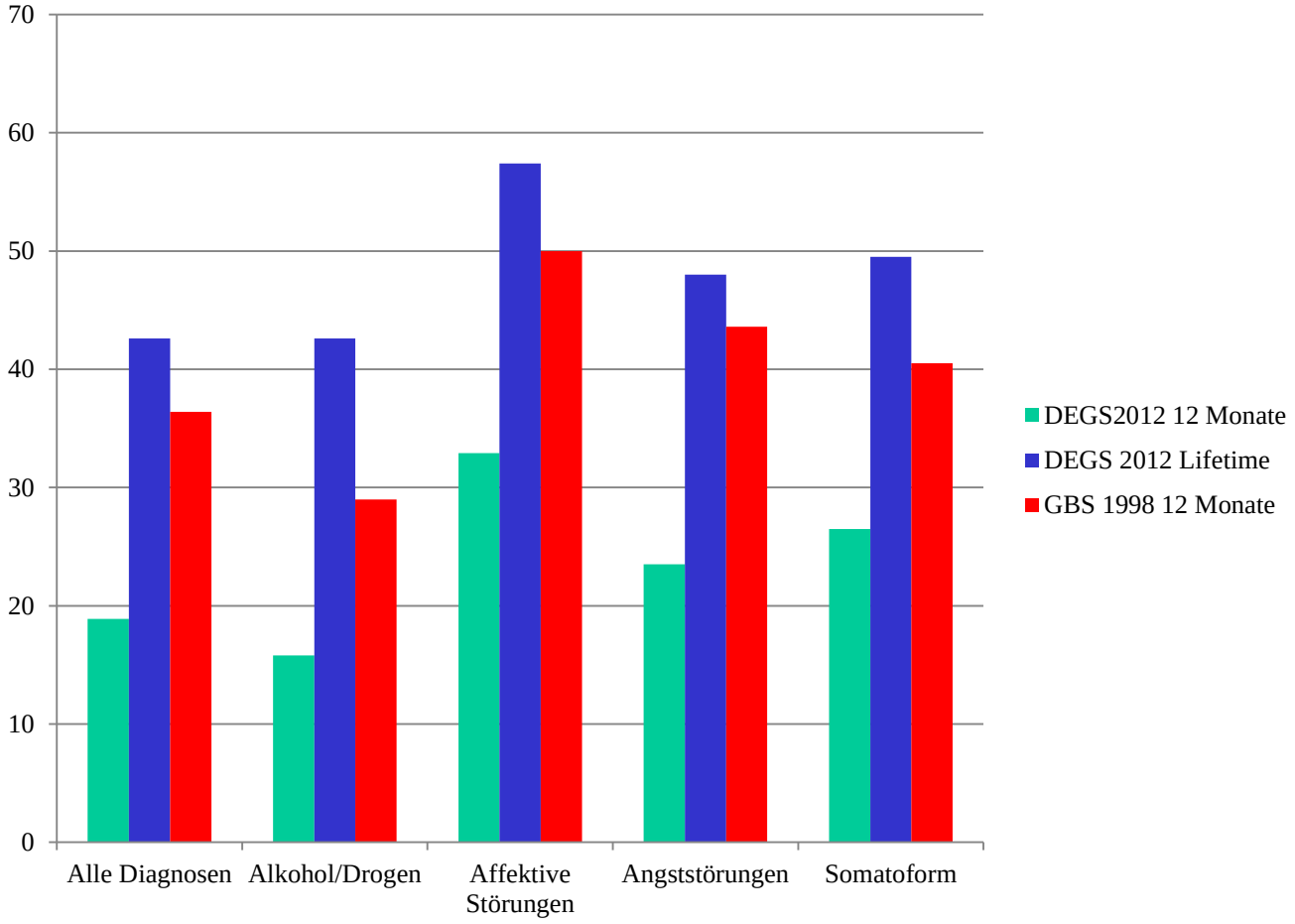
Menschen mit psychischen Störungen (SMI) als Zielgruppe der psychiatrischen Versorgung



Anteile psychisch kranker Personen, schwer psychisch kranker Personen und von Personen mit anerkannter Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Erkrankung (Prozentzahlen beziehen sich auf Gesamtbevölkerung 18-65 Jahre bzw. 18-79 Jahre)

Gühne U; Becker T, Salize H-J, Riedel-Heller SG: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? Psychiatrische Praxis 2015

Behandlungsquote psychischer Erkrankungen
12 Monatsdiagnosen 1998 vs. 2012



Wittchen & Jacobi 2001
Mack et al 2014

International Journal of Methods in Psychiatric Research
Int. J. Methods Psychiatr. Res. 23(3): 289–303 (2014)
Published online 31 March 2014 in Wiley Online Library
(wileyonlinelibrary.com) **DOI:** 10.1002/mpr.1438

Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH)

SIMON MACK,[1,2] FRANK JACOBI,[1,2] ANJA GERSCHLER,[1,2] JENS STREHLE,[1,2] MICHAEL HÖFLER,[1,2] MARKUS A. BUSCH,[3] ULRIKE E. MASKE,[3] ULFERT HAPKE,[3] INGEBURG SEIFFERT,[3] WOLFGANG GAEBEL,[4] JÜRGEN ZIELASEK,[4] WOLFGANG MAIER[5,6] & HANS-ULRICH WITTCHEN[1,2]

"Despite considerable changes in the mental health field in Germany and the existence of a comprehensive mental health care system without major financial barriers, we find **no indications of substantially higher utilization rates for mental disorders as compared to other comparable European countries**. Further, **no indications of major overall changes in utilization rates are apparent.**"

Integrated and responsive care:

Integrate and coordinate holistic prevention, promotion, rehabilitation, care and support that aims at **meeting both mental and physical health care needs** and facilitates the recovery of persons of all ages with mental disorders within and across general health and social services (including the promotion of the right to employment, housing, and education] through **service user-driven treatment and recovery plans** and, where appropriate, **with the inputs of families and carers**.

Options for implementation

- Develop a phased and budgeted plan for closing long-stay psychiatric institutions and replacing them with support for discharged patients to live in the community with their families.
- Provide outpatient mental health services and an inpatient mental health unit in all general hospitals.
- **Build up community-based mental health services, including outreach services, home care and support, emergency care, community-based rehabilitation and supported housing.**
- **Establish interdisciplinary community mental health teams to support people with mental disorders and their families/carers in the community.**
- Integrate mental health into disease-specific programmes such as HIV/AIDS and maternal, sexual and reproductive health programmes.
- **Engage service users and family members/carers with practical experience as peer support workers.**
- **Support the establishment of community mental health services run by nongovernmental organizations, faith-based organizations and other communily groups, including self-help and family support groups.**
- **Develop and implement tools or strategies for self-help and care for persons with mental disorders, including the use of electronic and mobile technologies.**
- Include mental health services and basic medicines for mental disorders in health insurance schemes and offer financial protection for socioeconomically disadvantaged groups.

WHO 2013

Die Europäische Perspektive

Die vier Kernziele lauten:

- Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind.
- Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden.
- **Psychosoziale Dienste sollen zugänglich und bezahlbar sein und vor Ort dem Bedarf entsprechend verfügbar sein.**
- Allen Menschen steht eine respektvolle, sichere und wirksame Behandlung zu.

Die drei Querschnittsziele lauten:

- Gesundheitssysteme sollen allen eine gute medizinische und psychiatrische Versorgung bieten.
- Die Einrichtungen für psychische Gesundheit sollen in enger Abstimmung und Partnerschaft mit anderen Bereichen zusammenarbeiten.
- Die Leitung und Erbringung der Angebote für die psychische Gesundheit erfolgen auf der Grundlage von Aufklärung und Wissen

Ziel 3: Psychosoziale Angebote sollen gemäß dem Bedarf in der Gemeinschaft zugänglich, fachkundig und bezahlbar zur Verfügung stehen

- Psychiatrische Versorgung soll ein Leben in der Gesellschaft ermöglichen,
- Die primäre Gesundheitsversorgung kann Diagnose, Behandlung und Überweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sicherstellen.
- Gemeindenahe psychosoziale Dienste stehen allen Bevölkerungsgruppen offen.
- Große Anstalten, die mit Vernachlässigung und Missbrauch in Verbindung gebracht werden, werden geschlossen.
- Die Versorgung im Krankenhaus ist auf Therapie angelegt und nicht auf Einsperrung.
- Psychosoziale Angebote werden in angenehmen Umfeldern erbracht.
- Psychosoziale Dienste bieten für jede Altersgruppe die angemessene Versorgung an.
- Fähigkeiten und Bedürfnisse der Angehörigen werden unterstützt.
- Multidisziplinäres Personal ist in ausreichender Zahl vorhanden.
- Psychosoziale Angebote können ohne unfaire finanzielle Schranken wahrgenommen
- werden.

Vorgeschlagene Maßnahmen I

- Entwicklung einer nationalen Strategie für psychische Gesundheit, die Prioritäten und Zuständigkeiten für nationale und lokale spezialisierte und generische Einrichtungen festlegt,
- Etablierung der primären Gesundheitsversorgung als der ersten Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Schaffung der Kapazitäten für die Behandlung typischer psychischer Störungen,
- Unterbringung der gemeindenahen psychosozialen Angebote im Lebensumfeld gefährdeter Bevölkerungsgruppen
- Programme für aufsuchende Arbeit in Gebieten mit hoher Prävalenz gefährdeter Gruppen wie arme Minderheiten oder Obdachlose,
- Schaffung altersgerechter gemeindenaher Angebote, die fachgerecht frühzeitig eingreifen und junge Menschen fortlaufend unterstützen können, die eine erste Episode mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen erleben,

Vorgeschlagene Maßnahmen II

- Aufbau psychiatrisch-therapeutischer Einheiten, die nach Geschlecht getrennt arbeiten und eine angemessene Privatsphäre insbesondere in Schlafzimmern, Toiletten und Waschräumen bieten und Personal beschäftigen, das auf respektvolle Weise jeden einzelnen Patienten wirksam versorgt,
- Wohnmöglichkeiten in der Gemeinde, die ein würdiges Leben und eine personenzentrierte Versorgung ermöglichen,
- Sicherung qualifizierten Personals und spezieller Angebote für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in der Forensik,
- Bereitstellen von Mitteln zur Unterstützung von Angehörigen, die Langzeitpflege leisten, hierunter Schulung, Entlastung und angemessene Vergütung,
- **analyse and if required rectify health financing to create incentives for the development of community based mental health services;**
- Beseitigung von Hindernissen im Zugang zu den Angeboten für sozial stark benachteiligte Menschen nach Bewertung von Verkehrsanbindung, Finanzierung und Verfügbarkeit.

Vielen Dank!

reinhold.kilian@uni-ulm.de