

## **Rechenschaftsbericht 2006**

# **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Schwyz**

Dr. med. M. von Moos  
März 2007

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Organisation</b> .....	<b>3</b>
2.1.	Infrastruktur.....	3
2.2.	Personalbestand.....	3
<b>3.</b>	<b>Statistik</b> .....	<b>4</b>
3.1.	Angaben zum Eintritt.....	4
a)	PatientInnenzahlen.....	4
b)	Anmeldemodus.....	6
3.2.	Demografische Angaben.....	6
a)	Geschlecht.....	6
b)	Altersverteilung.....	7
c)	Wohngemeinde.....	7
d)	Nationalität.....	8
e)	Beziehungsstatus der leiblichen Eltern.....	8
3.3.	Angaben zur Behandlung.....	9
a)	Behandlungsmethoden.....	9
b)	Anzahl und Dauer der Konsultationen.....	10
c)	Verteilung der Konsultationen.....	10
d)	Art der Konsultationen.....	11
e)	Medikamentöse Behandlung.....	11
f)	Stationäre Behandlung.....	11
3.4.	Diagnosen.....	12
a)	Klinisch-psychiatrisches Syndrom.....	12
b)	Entwicklungsstörungen.....	12
c)	Aktuelle belastende psychosoziale Umstände.....	13
3.5.	Gutachten und Berichte.....	13
<b>4.</b>	<b>Qualitätsberichterstattung</b> .....	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Öffentlichkeitsarbeit</b> .....	<b>16</b>
<b>6.</b>	<b>Weitere Aktivitäten</b> .....	<b>17</b>
<b>7.</b>	<b>Gesamteinschätzung und Ausblick</b> .....	<b>17</b>

## **1. Einleitung**

Das kinder- und jugendpsychiatrische Angebot für die Kantone Schwyz und Uri ist zwischenzeitlich gut etabliert. Weiterhin besteht eine grosse Nachfrage, welcher dank des grossen Einsatzes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und trotz hoher Personalfuktuation entsprochen werden konnte. So zeigen die statistischen Kennzahlen, dass im Jahre 2006 die Zahl der Neuaufnahmen ebenso wie die Zahl der insgesamt behandelten Patientinnen und Patienten deutlich gestiegen ist.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Schwyz feierte im letzten Jahr sein fünfjähriges Bestehen, was Anlass gab zur Organisation einer Fachtagung. Diese fand mit rund 100 Besucherinnen und Besuchern grossen Anklang. Herr Professor Felder von den Universitären Diensten in Bern und Frau Dr. S. Kühnel von der Klinik Littenheid konnten dafür gewonnen werden, zwei sehr interessante Vorträge zu halten.

Zwei weitere Projekte bestanden in der Befragung zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit sehr guten Ergebnissen und in der Weiterverfolgung der Schliessung der Versorgungslücke für Kinder im stationären psychiatrischen Bereich. So erfolgte durch das Amt für Gesundheit der Auftrag, ein entsprechendes Konzept auszuarbeiten.

Nachdem der Kanton Glarus auf den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst bezüglich der Übernahme der Versorgung zugegangen war, fanden entsprechende Verhandlungen statt. Schliesslich wurde analog zum Kanton Uri ein Leistungsauftrag eingegangen, welcher auf Januar 2007 in Kraft treten wird. Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung des Kantons Glarus wird in der Beratungsstelle Lachen erfolgen.

Besonderer Dank gilt wiederum Frau Dr. med. J. Hofer für ihr grosses Engagement und den Mitgliedern des Stiftungsrates, welche die Arbeit des KJPD stets unterstützten.

## **2. Organisation**

### **2.1. Infrastruktur**

Bezüglich der Infrastruktur konnten in der Beratungsstelle in Goldau – wie vorgesehen – zusätzliche Räume im ersten Stock übernommen werden. In einem Zimmer wurde eine Kletterwand eingerichtet, welche therapeutisch gut genutzt werden kann und grossen Anklang findet. Die Beratungsstelle für Frauen bezog vereinbarungsgemäss einen Raum als Untermieterin.

In Lachen ergab sich nach dem Auszug der Architekten unerwartet die Gelegenheit, zusätzlich drei Räume im zweiten Stock zu übernehmen, so dass nun alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein eigenes Büro haben und ausserdem ein kleines Sitzungszimmer zur Verfügung steht. Zudem konnte im Keller ein Raum für Gruppen eingerichtet werden. Die über die letzten Jahre unbefriedigende Raumsituation konnte damit zufrieden stellend behoben werden.

### **2.2. Personalbestand**

Die personelle Situation erfuhr in Goldau folgende Veränderungen: Mitte April 2006 nahm die Psychologin Frau K. Schilling ihre Tätigkeit nach ihrem Mutterschaftsurlaub mit einem Pensum von 50% wieder auf. Ende November 2006 verliess die PG-Psychologin Frau K. Erni den Dienst, um an der Universität Zürich eine Dissertation zu machen. Für sie kam im Oktober 2006 Herr R. Stallkamp als PG-Psychologe, welcher im KJPD bereits ein Praktikum gemacht hatte und deshalb mit den Arbeitsabläufen bestens vertraut war. Die Arbeitspensen von Herrn R. Buchmann und Herrn H. Schmid konnten im September 2006 von 70% auf 80% erhöht werden.

In Lachen trat Frau Z. Müller im Mai 2006 ihren seit längerer Zeit vereinbarten halbjährigen unbezahlten Urlaub an. Die PG-Psychologin Frau S. Egli, die als Vertretung von Frau Müller gedacht war, überraschte am ersten Arbeitstag mit der Mitteilung, dass sie schwanger sei. Sie trat in der Folge ihren Mutterschaftsurlaub im Juni 2006 an und kehrte im November 2006 mit einem Pensum von 60% statt 90% wieder zurück. Frau Dr. B. Birchler bezog im Oktober 2006 ebenfalls ihren Mutterschaftsurlaub, für sie kam Frau Y. Selinger als PG-Psychologin, die in ihrem ersten Beruf

Ergotherapeutin war. Auf die ausgeschriebene Stelle als Stellvertretung der Chefärztin erfolgte nur eine Bewerbung. Frau Dr. G. Schopf trat ihre Stelle im September 2006 an, aus verschiedenen Gründen erfolgte aber schliesslich nach Ablauf der Probezeit keine Festanstellung. Stattdessen wurde entschieden, dass Herr med. pract. U. Neutzler ab Januar 2007 die Stellvertretung der Chefärztin mit einem Pensum von 70% übernehmen wird.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>Chefärztin</b> 100%         </div>																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;"><u>Beratungsstelle Goldau</u></th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ass. Ärztin</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">50%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Psychologin</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">70%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Psychologin</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">50%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Psychologe (ab 01.09.2006 80%)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">70%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Psychologe (ab 01.09.2006 80%)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">70%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">PG-Psychologin (bis 30.11.2006)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">80 %</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">PG-Psychologe (ab 01.10.2006)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">80%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sekretariat</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">120%</td> </tr> </table>	<u>Beratungsstelle Goldau</u>		Ass. Ärztin	50%	Psychologin	70%	Psychologin	50%	Psychologe (ab 01.09.2006 80%)	70%	Psychologe (ab 01.09.2006 80%)	70%	PG-Psychologin (bis 30.11.2006)	80 %	PG-Psychologe (ab 01.10.2006)	80%	Sekretariat	120%	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 5px;"><u>Beratungsstelle Lachen</u></th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Oberärztin (01.09.-30.11.2006)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">100%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Fachärztin (Mutterschaftsurlaub ab Nov.)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">50%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Facharzt</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">60%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Psychologe</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">60%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Psychologin (Mai bis Okt. unbez. Urlaub)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">80%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Psychologin</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">80%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">PG-Psychologin (Mutterschaftsurlaub Aug.-Okt., danach 60%)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">90%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">PG-Psychologin (ab 01.11.2006)</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">80%</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sekretariat</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">120%</td> </tr> </table>	<u>Beratungsstelle Lachen</u>		Oberärztin (01.09.-30.11.2006)	100%	Fachärztin (Mutterschaftsurlaub ab Nov.)	50%	Facharzt	60%	Psychologe	60%	Psychologin (Mai bis Okt. unbez. Urlaub)	80%	Psychologin	80%	PG-Psychologin (Mutterschaftsurlaub Aug.-Okt., danach 60%)	90%	PG-Psychologin (ab 01.11.2006)	80%	Sekretariat	120%
<u>Beratungsstelle Goldau</u>																																							
Ass. Ärztin	50%																																						
Psychologin	70%																																						
Psychologin	50%																																						
Psychologe (ab 01.09.2006 80%)	70%																																						
Psychologe (ab 01.09.2006 80%)	70%																																						
PG-Psychologin (bis 30.11.2006)	80 %																																						
PG-Psychologe (ab 01.10.2006)	80%																																						
Sekretariat	120%																																						
<u>Beratungsstelle Lachen</u>																																							
Oberärztin (01.09.-30.11.2006)	100%																																						
Fachärztin (Mutterschaftsurlaub ab Nov.)	50%																																						
Facharzt	60%																																						
Psychologe	60%																																						
Psychologin (Mai bis Okt. unbez. Urlaub)	80%																																						
Psychologin	80%																																						
PG-Psychologin (Mutterschaftsurlaub Aug.-Okt., danach 60%)	90%																																						
PG-Psychologin (ab 01.11.2006)	80%																																						
Sekretariat	120%																																						

### 3. Statistik

Die Statistik enthält Angaben zum Eintritt der Patientinnen und Patienten, zu demografischen Merkmalen sowie zu Behandlung und Diagnosen. Die Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Uri werden nur bei den Angaben zum Eintritt (Eintritte und Behandlungen, Wohnort) gesondert aufgeführt.

#### 3.1. Angaben zum Eintritt

##### a) PatientInnenzahlen

Total	2003	2004	2005	2006
Neu-Anmeldung	409	375	336	378
Wieder-Anmeldung	28	28	52	73
<b>Total Eintritte</b>	<b>437</b>	<b>403</b>	<b>388</b>	<b>451</b>
Übernahme vom letzten Jahr	247	311	337	348
<b>Total behandelte Patienten</b>	<b>684</b>	<b>714</b>	<b>725</b>	<b>799</b>
Austritte	385	383	381	359

Im Jahr 2006 stieg die Zahl der Eintritte um 16% von 388 auf 451. Insgesamt wurden im KJPD 799 PatientInnen behandelt, was einer Zunahme von 10% entspricht. Die Anzahl der Eintritte und Behandlungen befinden sich somit auf dem höchsten Stand seit Eröffnung des KJPD.

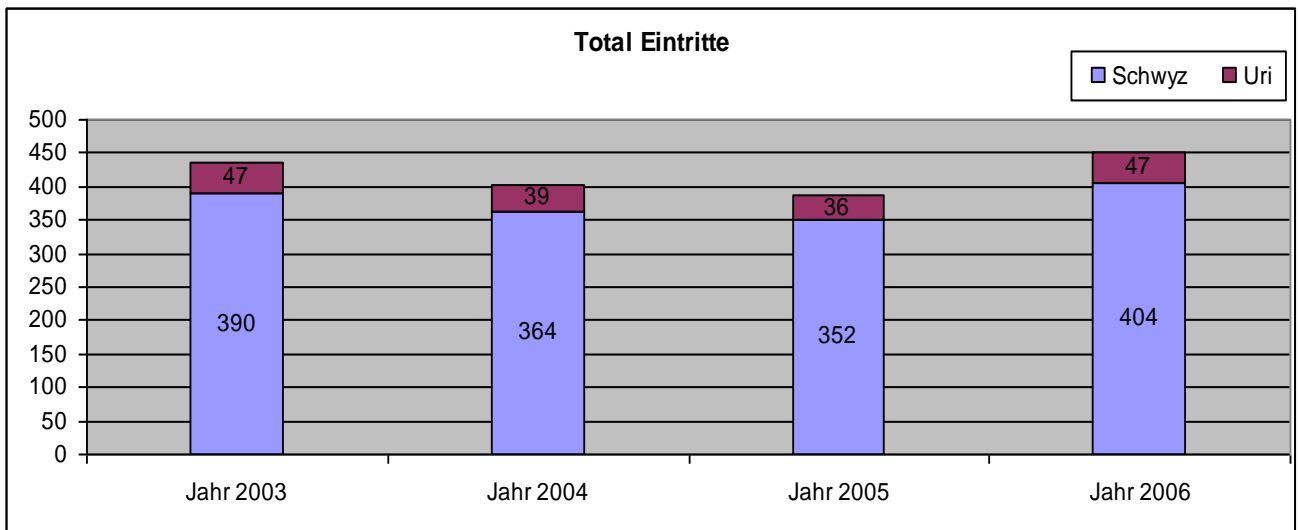


Abb.1 Eintritte: Die Grafik zeigt die Entwicklung der neu oder wieder angemeldeten Patientinnen und Patienten.

Von den 2006 neu eingetretenen PatientInnen stammten 47 Personen (Vorjahr: 36) aus dem Kanton Uri. Dies entspricht einem Anteil von 10.4% (Vorjahr: 9.3%).

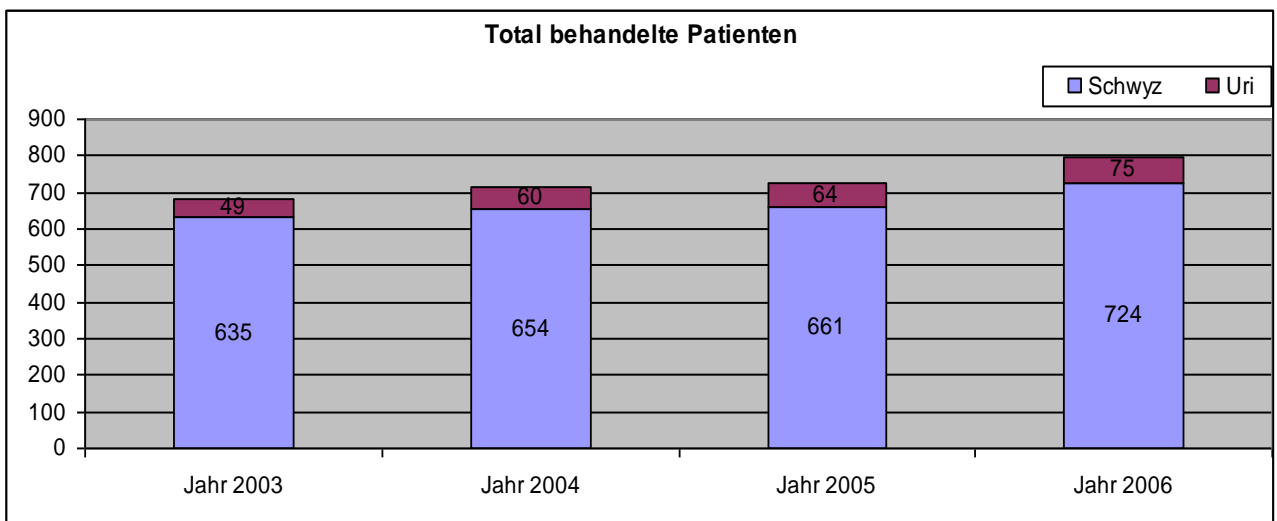


Abb.2 Total behandelte PatientInnen: Die Grafik zeigt die Gesamtzahl der behandelten Patientinnen und Patienten (Eintritte und vom Vorjahr weitergeführte Behandlungen).

2006 wurden insgesamt 75 Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Uri behandelt (Vorjahr: 64). Dies entspricht einem Anteil von 9.4% aller Patientinnen und Patienten (Vorjahr: 8.9%).

## b) Anmeldemodus

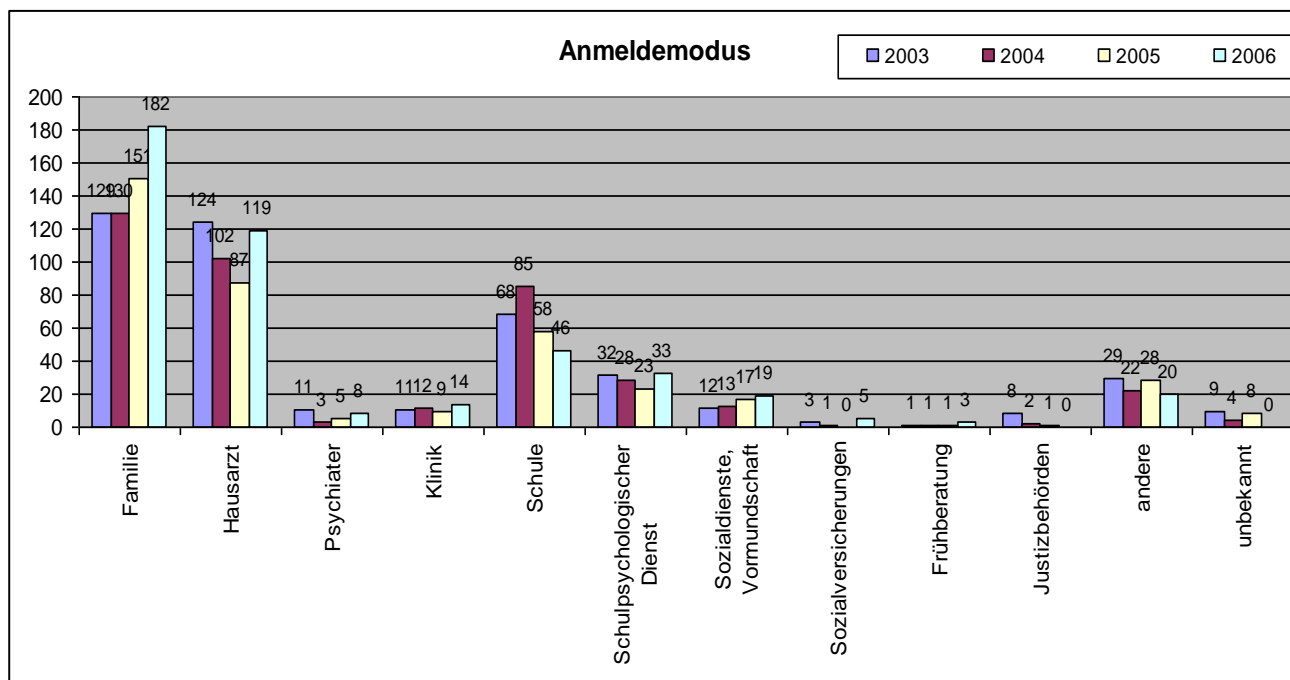


Abb.3 Anmeldemodus: Die Grafik zeigt, durch welche Personen oder Institutionen die entscheidende Anregung zur Anmeldung erfolgte.

Über den ganzen Kanton betrachtet meldeten sich mit 41% am häufigsten die Familien selber an. 27% fanden über Ärztinnen und Ärzten den Weg zum KJPD. Nach wie vor besteht im Anmelde-  
modus ein Unterschied zwischen dem inneren und dem äusseren Kantonsteil. Während sich in der Beratungsstelle Goldau die Anmeldungen von Familienangehörigen und Ärzten in etwa die Waage halten, ist das Verhältnis in Lachen 47% (Familie) zu 20% (Ärztinnen und Ärzten).

## 3.2 Demografische Angaben

Die demografischen Daten beziehen sich jeweils auf die im Berichtsjahr in den KJPD neu oder erneut eingetretenen Patientinnen und Patienten. 2006 waren dies 451 Kinder oder Jugendliche.

### a) Geschlecht

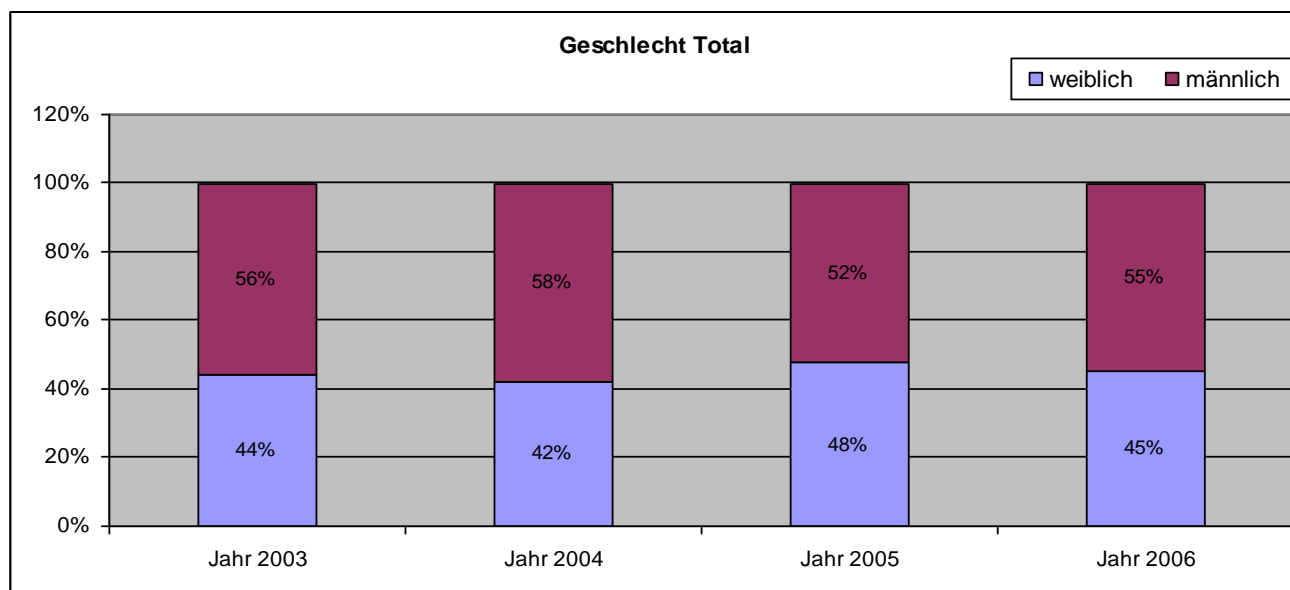


Abb.4: Geschlechtsverteilung

Von den insgesamt 451 Kindern und Jugendlichen waren 55% männlich und 45% weiblich. Die Übervertretung des männlichen Geschlechts ist im äusseren Kantonsteil stärker ausgeprägt (58% männlich, 42% weiblich) als im inneren Kantonsteil (53% männlich, 47% weiblich).

## b) Altersverteilung

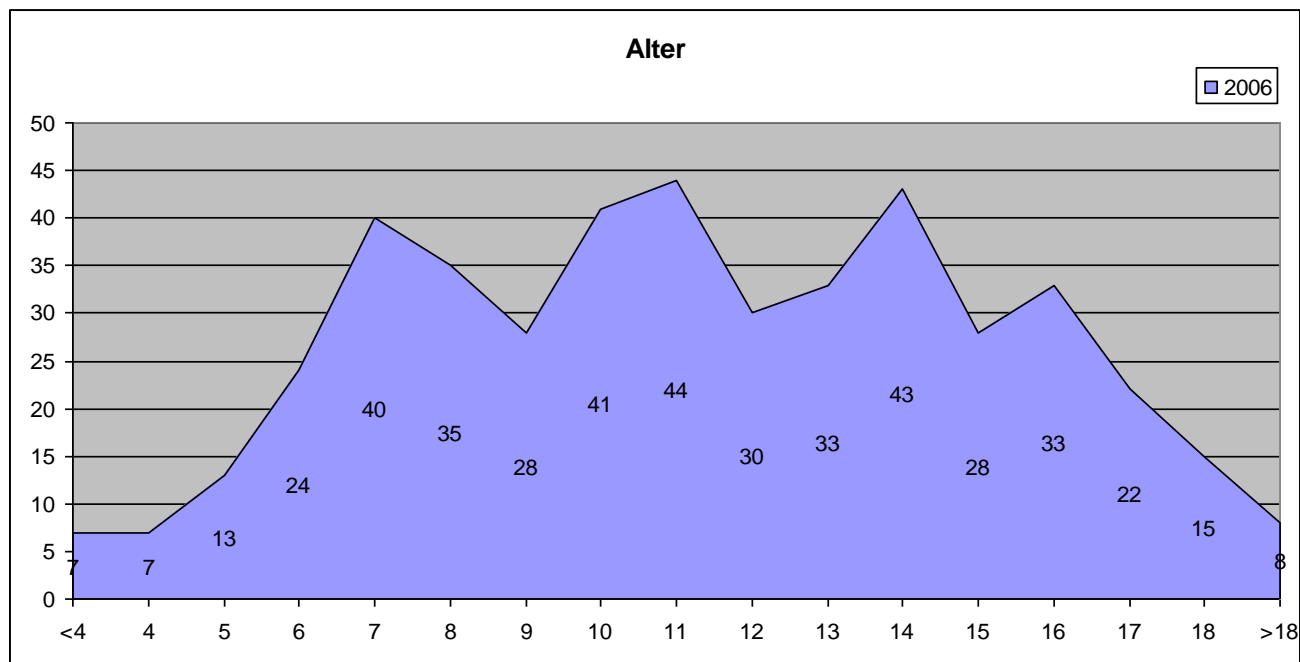


Abb.5: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Altersjahr

Auch im Jahr 2006 waren im KJPD Kinder und Jugendliche aller Altersklassen gut vertreten, mit Ausnahme der Kleinkinder von 0 bis 4 Jahren. Etwas häufiger waren Anmeldungen von Kindern im Schuleintrittsalter, im Alter von 10 und 11 Jahren sowie von Jugendlichen im Pubertätsalter.

## c) Wohngemeinde (siehe Seite 7a)

Bei den Anmeldezahlen aus den verschiedenen Gemeinden zeigen sich über die Jahre grosse Schwankungen. Im inneren Kantonsteil schwankten z.B. die Anmeldungen aus Arth in den letzten drei Jahren zwischen 41, 25 und aktuell wieder 35 Anmeldungen. Die meisten Anmeldungen kamen mit 44 Eintritten aus der Gemeinde Schwyz.

Im äusseren Kantonsteil waren die Anmeldungen aus Freienbach stark schwankend. Nach der Halbierung der Anmeldungen von 44 auf 19 Eintritte im Vorjahr, wurden 2006 wieder 37 Eintritte verzeichnet. Rückläufig waren die Anmeldungen aus Schübelbach: Statt wie im Vorjahr 40, traten 2006 nur 30 PatientInnen in eine Behandlung ein. Die drittgrösste Patientengruppe stammte mit 27 Eintritten (Vorjahr: 17) aus Lachen.

d) Nationalität

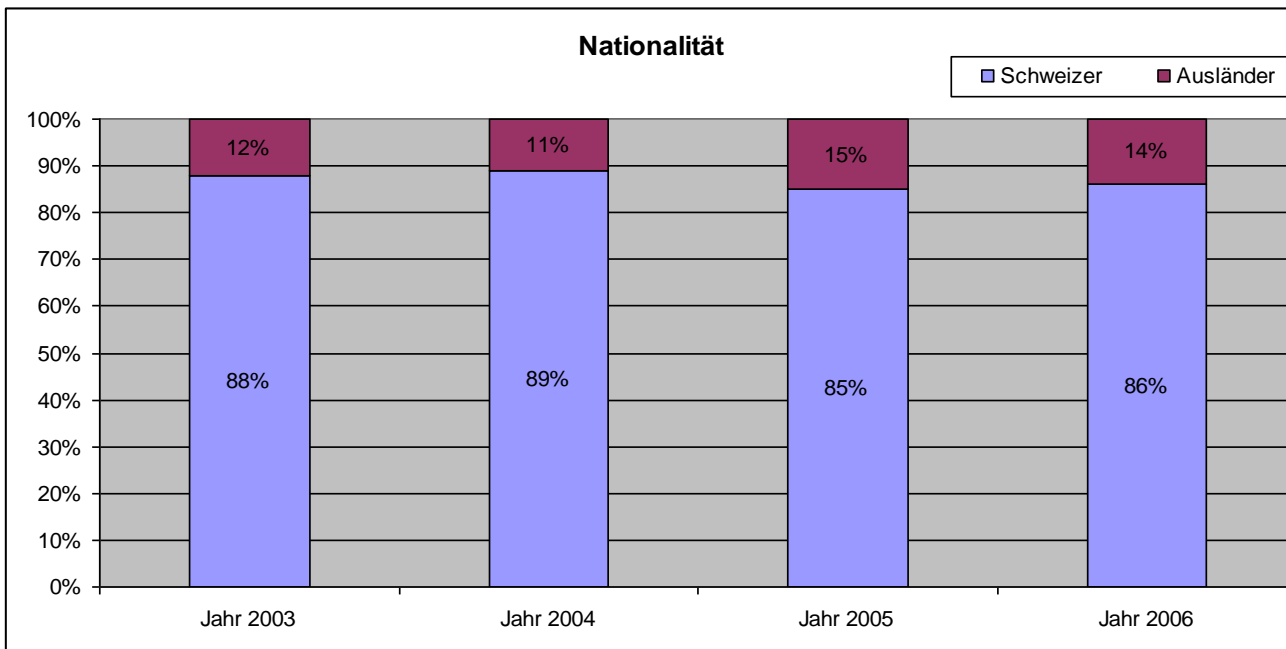


Abb.7: Verhältnis zwischen ausländischen und schweizerischen Patientinnen und Patienten.

Von den 451 Patientinnen und Patienten, die im Jahre 2006 in den KJPD eintraten, waren 14% (Vorjahr: 15%) ausländischer Herkunft. Damit entspricht der Anteil der ausländischen PatientInnen in den letzten zwei Jahren ungefähr jenem der ausländischen Wohnbevölkerung im Kt. Schwyz von 15.18 %.

e) Beziehungsstatus der leiblichen Eltern

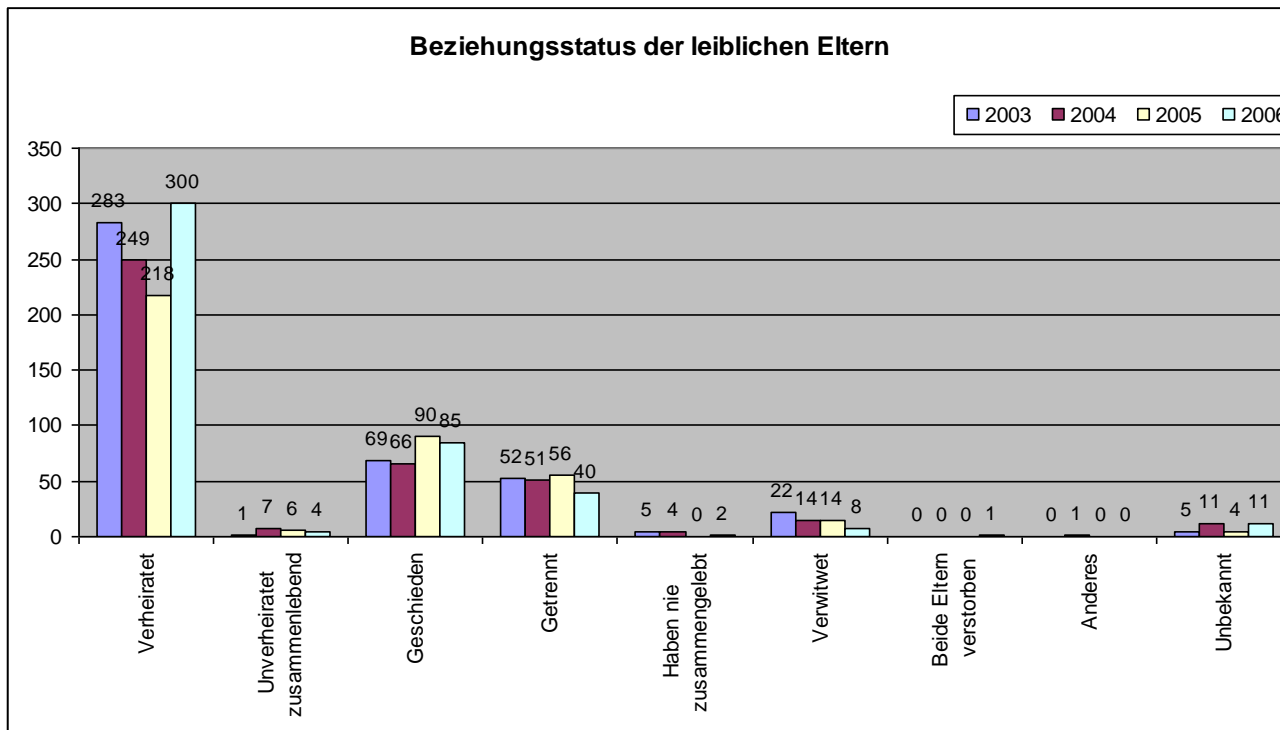


Abb.8: Elternbeziehung zum Zeitpunkt der Anmeldung

67% (Vorjahr: 56%) der Eltern waren verheiratet, 28% (Vorjahr: 37%) getrennt oder geschieden.

### 3.3 Angaben zur Behandlung

Der folgenden Beschreibung von Behandlungsmethoden liegen die Daten aller im Berichtsjahr behandelten Patientinnen und Patienten zugrunde. 2006 waren dies insgesamt 799 Kinder und Jugendliche.

#### a) Behandlungsmethoden

Je nach Problemstellung und Indikation wurden im Rahmen der Behandlung unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt. Bei einzelnen Patientinnen und Patienten konnten jeweils auch mehrere Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen. Die folgende Grafik zeigt, wie häufig die einzelnen Methoden angewandt wurden.

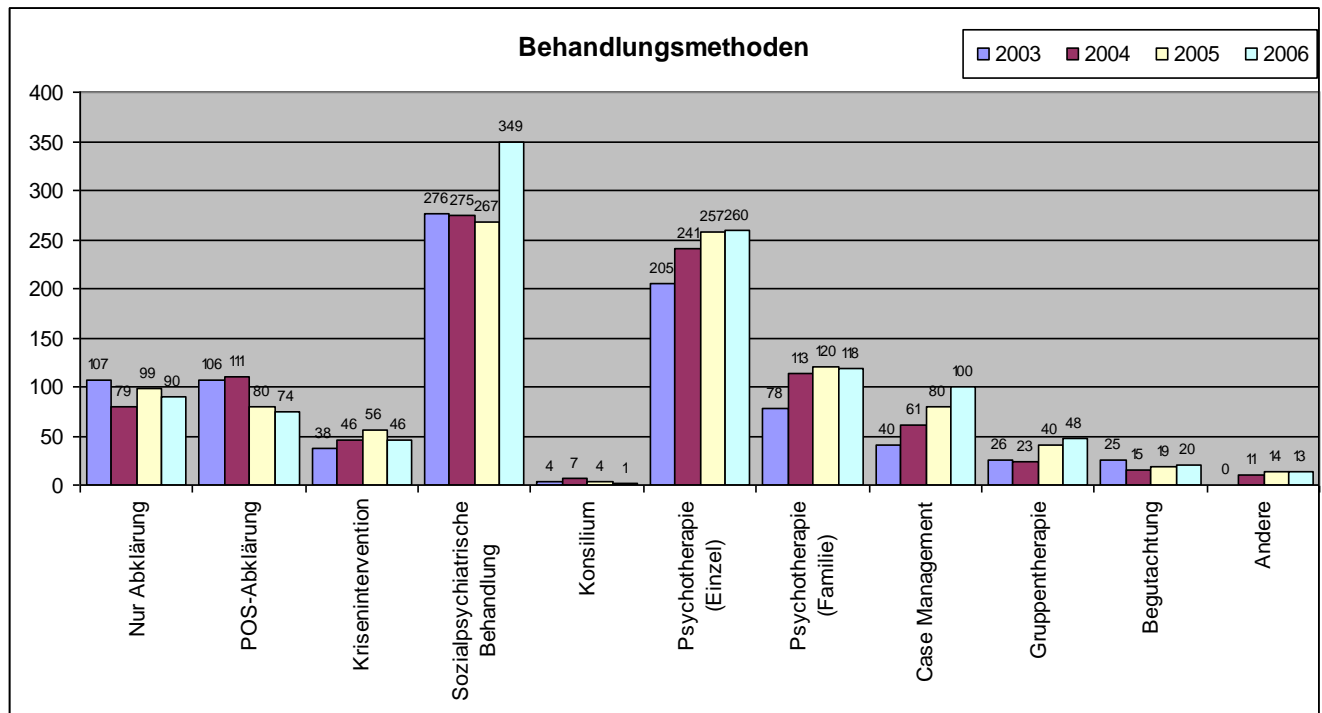


Abb. 9: Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Behandlungsmethoden

Wie in den Vorjahren wurden am häufigsten sozialpsychiatrische Behandlungen (Interventionen beim Kind, seiner Familie und im sozialen Umfeld) durchgeführt.

Wiederum zugenommen hat die Methode „Case Management“: In 100 Fällen (Vorjahr: 80) waren die Therapeuten des KJPD federführend bei der Koordination mehrerer involvierter Stellen.

## b) Anzahl und Dauer der Konsultationen

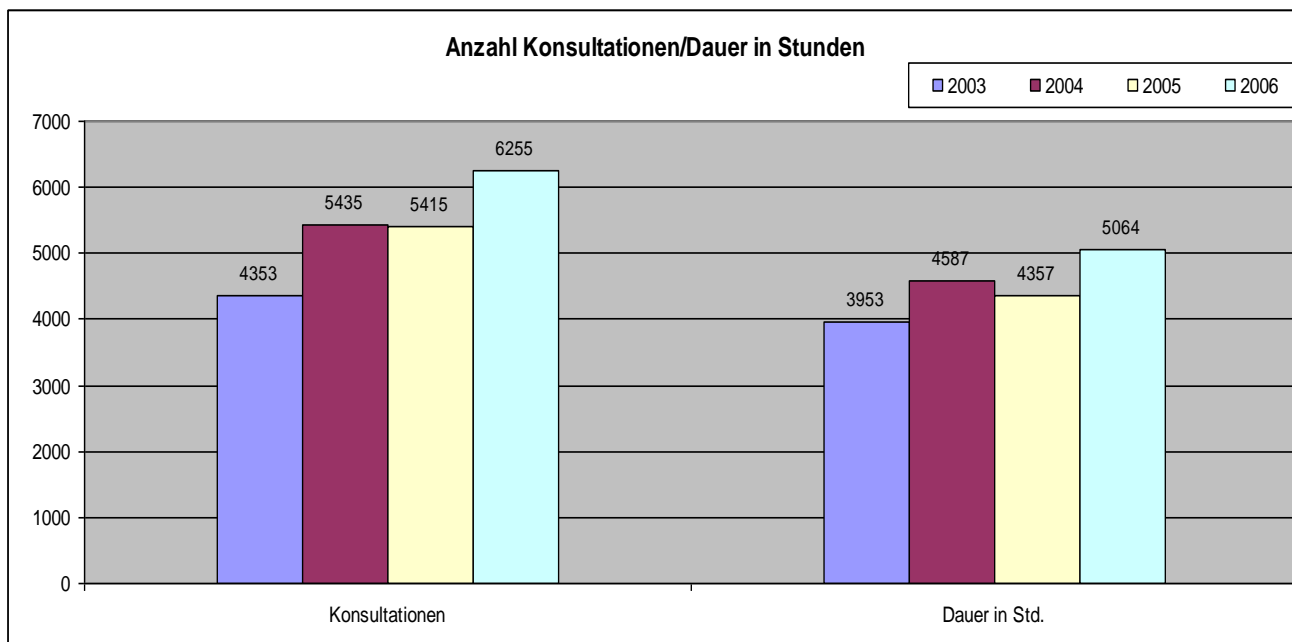


Abb. 10: Anzahl Konsultationen (inkl. Uri) / Gesamtdauer der Konsultationen in Stunden (inkl. Uri)

Eine Konsultation entspricht einem Kontakt mit Patientinnen und Patienten oder ihren Bezugspersonen. Im Berichtsjahr fanden insgesamt 6255 (Vorjahr: 5415) Konsultationen statt. Dies entspricht einer Zunahme von 16%. Davon betrafen 588 (Vorjahr: 495) Kontakte Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Uri. Entsprechend dem Anstieg der Konsultationen stieg auch die Behandlungsdauer um 16% auf 5064 Stunden.

## c) Verteilung der Konsultationen

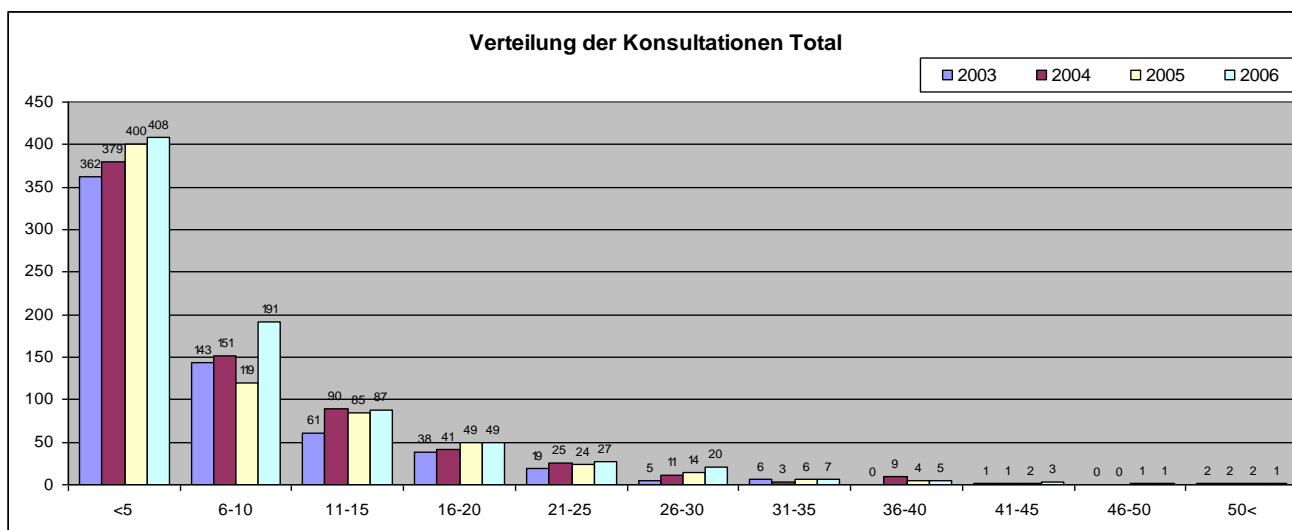


Abb. 11: Anzahl Patientinnen und Patienten pro Anzahl Konsultationen

Während im Berichtsjahr die sehr kurzen Behandlungen prozentual etwas abnahmen (von 57% auf 51%), wurden mehr Behandlungen mit einer Dauer von sechs bis zehn Sitzungen durchgeführt, deren Anteil 24% betrug (Vorjahr: 17%).

#### d) Art der Konsultationen

Im Folgenden wird aufgezeigt, wer bei den Gesprächen anwesend war bzw. wo oder in welcher Form die Kontakte stattfanden.

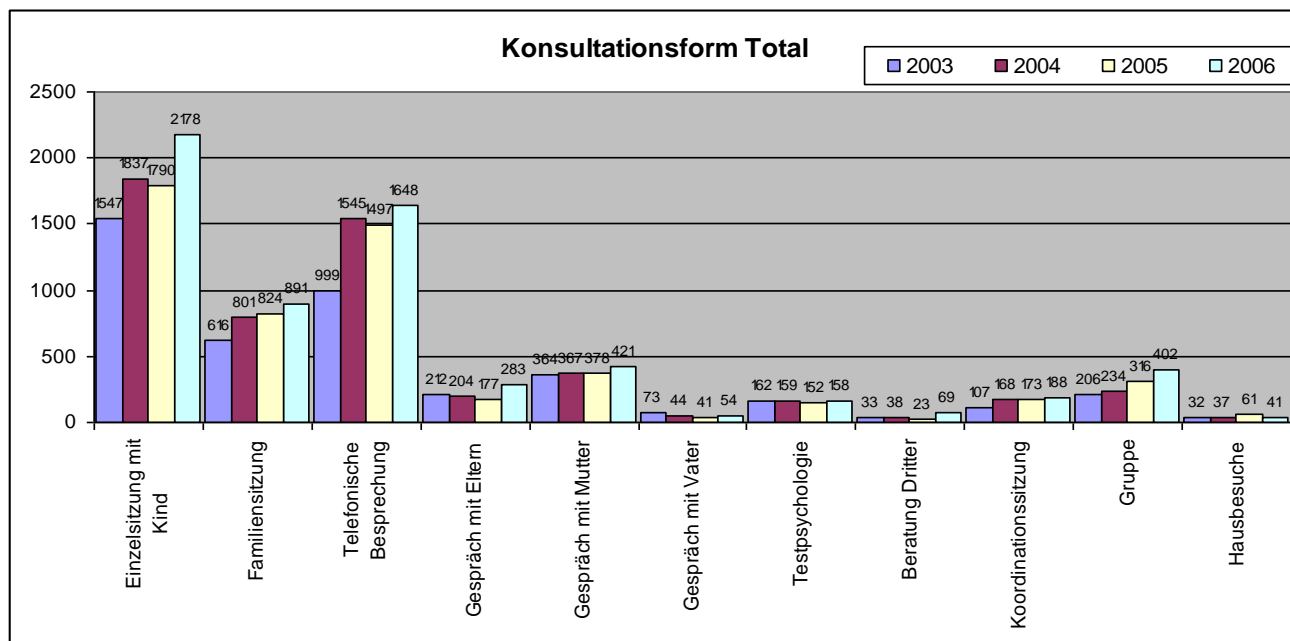


Abb. 12: Anzahl Konsultationen pro Gesprächsform

Das Verhältnis der verschiedenen Konsultationsformen zueinander bewegte sich im Rahmen der Vorjahre: Am häufigsten waren Einzelsitzungen mit Kindern oder Jugendlichen, gefolgt von telefonischen Besprechungen und Familiensitzungen.

Eine Zunahme war bei den Gruppensitzungen zu verzeichnen. Sowohl in Lachen als auch in Goldau fanden regelmässig Kindertherapie-Gruppen statt. Auch „Sportgruppen“ für Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten in der sozialen Kompetenz und mit Gewichtsproblemen wurden an beiden Beratungsstellen angeboten. In Goldau wurde 2006 neu eine Gruppe für adipöse Jugendliche gegründet.

#### e) Medikamentöse Behandlung

	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
<b>Medikamentöse Behandlung</b>	79	11%	117	16%	121	17%	153	19%
Keine Medikamente	605	89%	597	84%	604	83%	646	81%
<b>TOTAL</b>	<b>684</b>	<b>100%</b>	<b>714</b>	<b>100%</b>	<b>725</b>	<b>100%</b>	<b>799</b>	<b>100%</b>

Im Berichtsjahr wurden 19% der Patientinnen und Patienten medikamentös behandelt. Es handelte sich dabei mit 115 Behandlungen am häufigsten um Ritalin (Vorjahr: 93), gefolgt von 33 Behandlungen mit Antidepressiva (Vorjahr: 21). Fünfmal wurden Neuroleptika eingesetzt.

#### f) Stationäre Behandlung

	2003	2004	2005	2006
Stationäre Behandlung	11	17	19	23

2006 wurden 23 PatientInnen zur weiteren Behandlung in eine psychiatrische Klinik überwiesen. Dabei handelte es sich z.B. um Kriseninterventionen bei Suizidalität oder auch um längere Aufenthalte mit therapeutischer Zielsetzung. Weit aus die meisten Überweisungen erfolgten in die Klinik Littenheid, mit welcher eine sehr gute und konstruktive Zusammenarbeit besteht. Auch an die Jugendpsychiatrische Therapiestation in Kriens, das Kinderspital Luzern oder an die Psychosomatische Therapiestation des Kinderspitals Zürich wurden Patientinnen und Patienten zugewiesen.

### 3.4 Diagnosen

Bei allen Patientinnen und Patienten wurde eine Diagnostik anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 erhoben. Im Folgenden werden die Diagnosen des klinisch-psychiatrischen Syndroms (erste Achse), der umschriebenen Entwicklungsstörungen (zweite Achse) sowie der aktuellen psychosozialen Umstände (fünfte Achse) dargestellt. Mehrfachdiagnosen sind jeweils möglich. Die Diagnostik bezieht sich auf den Zeitpunkt des Eintrittes und umfasst alle im Berichtsjahr eingetretenen Patientinnen und Patienten.

#### a) Klinisch-psychiatrisches Syndrom

GOLDAU + LACHEN	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
Organische Störungen/Hirnfunktionsstörungen	138	28%	103	26%	66	20%	108	26%
Störungen durch psychotrope Substanzen	6	1%	2	1%	3	1%	7	2%
Schizophrenie, Schizotype u. wahnhaftige Störungen	2	0%	4	1%	2	0%	4	0%
Affektive Störungen	20	4%	21	5%	13	4%	23	6%
Phobien	13	3%	8	2%	7	2%	8	2%
Andere Angststörungen	4	1%	0	0%	5	2%	12	3%
Zwangsstörungen	6	1%	5	1%	8	2%	3	1%
Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen	127	25%	91	23%	99	30%	94	22%
Dissoziative Störungen	3	1%	1	0%	3	1%	1	0%
Somatoforme Störungen	4	1%	6	2%	2	1%	4	1%
Sonstige neurotische Störungen	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Essstörungen	20	4%	14	4%	13	4%	8	2%
Schlafstörungen	14	3%	5	1%	5	2%	2	0%
Sexuelle Funktionsstörungen	3	1%	0	0%	0	0%	2	0%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	10	2%	2	1%	3	1%	4	1%
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Hyperkinetische Störungen	22	4%	41	10%	34	10%	45	11%
Störungen des Sozialverhaltens	23	5%	28	7%	19	6%	22	5%
Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	10	2%	7	2%	9	3%	10	2%
Emotionale Störungen des Kindesalters	36	7%	21	5%	17	5%	35	8%
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit u. Jugend	5	1%	7	2%	4	1%	7	2%
Ticstörungen	3	1%	1	0%	0	0%	3	1%
Enuresis	11	2%	14	4%	9	3%	7	2%
Enkopresis	3	1%	6	2%	0	0%	2	0%
Fütterstörung	3	1%	1	0%	4	1%	0	0%
Stottern	2	0%	0	0%	2	1%	1	0%
Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität	9	2%	4	1%	6	2%	5	1%
<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>392</b>	<b>99%</b>	<b>333</b>	<b>100%</b>	<b>418</b>	<b>100%</b>

Mit 26% der Diagnosen (Vorjahr: 20%) wurden organische Störungen und Hirnfunktionsstörungen (unter diese Kategorie fällt das so genannte POS nach IV-Kriterien) am häufigsten diagnostiziert.

Mit 22% aller Diagnosen (Vorjahr: 30%) kamen Reaktionen auf eine schwere Belastung und Anpassungsstörungen im Berichtsjahr an zweiter Stelle. Ein leichter Anstieg konnte bei den emotionalen Störungen des Kindesalters beobachtet werden.

#### b) Entwicklungsstörungen

GOLDAU + LACHEN	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	62	48%	28	35%	28	35%	26	31%
Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	39	30%	28	35%	29	37%	31	37%
Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen	24	18%	23	29%	20	25%	19	23%
Kombinierte Entwicklungsstörungen	3	2%	1	1%	2	3%	6	7%
Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen	2	2%	0	0%	0	0%	1	1%
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

2006 wurde bei 83 Kindern (Vorjahr: 79) eine Entwicklungsstörung diagnostiziert. Mit 37% der Diagnosen waren Störungen der schulischen Fertigkeiten am häufigsten vertreten, gefolgt von Störungen des Sprechens und der Sprache.

### c) Aktuelle belastende psychosoziale Umstände

GOLDAU + LACHEN	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	88	16%	69	23%	59	14%	68	15%
Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	80	15%	53	18%	78	18%	87	19%
Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	14	3%	6	2%	14	3%	10	2%
Abweichende Erziehungsbedingungen	61	11%	28	9%	56	13%	61	13%
Abweichende unmittelbare Umgebung	176	32%	71	24%	149	35%	127	28%
Akute, belastende Lebensereignisse	64	12%	37	12%	32	8%	36	8%
Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	20	4%	19	6%	13	3%	32	7%
Chronische zwischenmenschliche Belastung in der Schule/an der Arbeit	45	8%	14	5%	16	4%	28	6%
Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes	3	1%	4	1%	5	1%	3	1%
<b>Total</b>	<b>551</b>	<b>100%</b>	<b>301</b>	<b>100%</b>	<b>422</b>	<b>100%</b>	<b>452</b>	<b>100%</b>

Die Kategorie „abweichende unmittelbare Umgebung“ wurde mit 28% aller diagnostizierten belastenden Umstände am häufigsten angegeben. Darunter fallen unter anderem alle Familienformen, die von einem traditionellen Familienmodell abweichen. Mit einem Anteil von 19% stellten psychische Störungen oder Behinderungen in der Familie für Kinder und Jugendliche eine häufige Belastungsform dar. Anteilsmässig an dritter Stelle folgte mit 15% die Diagnose „abnorme intrafamiliäre Beziehungen“. Darunter fallen Beziehungsprobleme wie Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, Ablehnung des Kindes, Disharmonie zwischen Erwachsenen oder körperliche Kindsmisshandlungen.

### 3.5 Gutachten und Berichte

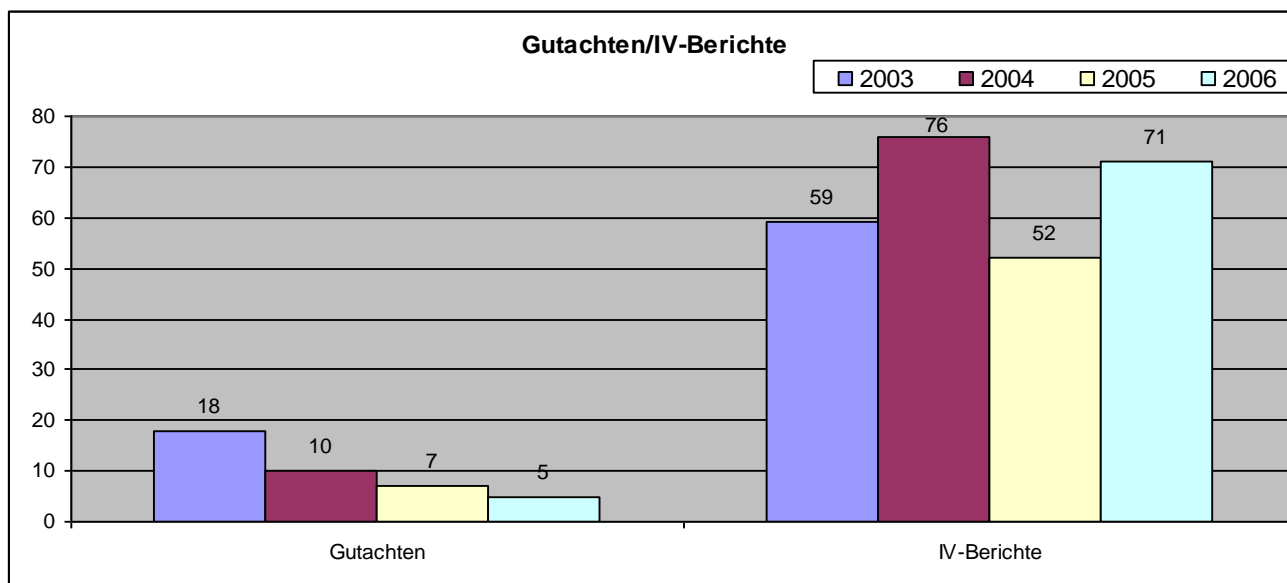


Abb. 13: Gutachten und IV-Berichte: Es werden jeweils die im Berichtsjahr abgeschlossenen Aufträge dargestellt.

Im Berichtsjahr wurden 5 Gutachten (Vorjahr: 7) zu Fragen von Kinderzuteilung, Besuchsrecht und Platzierung fertig gestellt. Diese Gutachten waren mit grösserem Aufwand verbunden, da jeweils sehr komplexe und konfliktreiche Situationen zu beurteilen waren.

Für die Invalidenversicherung wurden 71 ausführliche Berichte (Vorjahr: 52) verfasst, meist im Rahmen einer Anmeldung für ein POS.

#### 4. Qualitätsberichterstattung

Der KJPD verfügt weiterhin – wie im Leistungsauftrag festgehalten – über ein transparentes Qualitätssicherungsverfahren mit überprüfbaren Standards in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Durch die neu zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten sowohl in Goldau als auch in Lachen konnte die **Strukturqualität** im Bereich der Infrastruktur deutlich verbessert werden.

Bezüglich der **Prozessqualität** wurde in beiden Dienststellen die externe monatliche Supervision weitergeführt. Nebst einer internen Veranstaltung zu einem kinder- und jugendpsychiatrischen Thema, die durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestaltet wurde, fand eine Weiterbildung für den KJPD Schwyz in Video-Mikroanalyse durch Georg Downing statt, welcher diese Methode massgeblich weiterentwickelt hat und international eine Kapazität auf diesem Gebiet darstellt. Ausgehend von einer Videoaufnahme einer Interaktion zwischen zwei oder mehr Personen (z.B. Mutter-Kind-Interaktion) sollen anhand von kurzen Sequenzen zentrale Interaktionsmuster verdeutlicht werden. Dabei schaut sich der Therapeut die Videoaufnahme erst alleine an und wählt dann die aussagekräftigen Interaktionsmomente aus, um diese dann den beteiligten Personen zu zeigen. Die Methode der Video-Mikroanalyse findet Anwendung in psychiatrischen und familientherapeutischen Sitzungen. Sie kann für sich allein angewendet oder in eine Kinder-, Familien- oder Paartherapie integriert werden. Im Rahmen der Weiterbildung fand zudem ein Besuch des Therapieheimes Juvenat in Flüeli-Ranft statt, welches Aufenthalte für Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen anbietet.

Bezüglich der **Ergebnisqualität** sei auf die oben referierten Kennzahlen zur Arbeit des KJPD Schwyz verwiesen, welche eine laufende Überprüfung und ein Controlling ermöglicht. Zwischen Oktober 2005 und März 2006 wurde ausserdem eine Befragung zur Zufriedenheit bei Eltern und Jugendlichen durchgeführt. Die Auswertung ergab ein sehr erfreuliches Bild mit einerseits erstaunlich hoher Rücklaufquote, andererseits hohen Zufriedenheitsraten. Ab Mai 2007 wird die Untersuchung im Internet auf der Homepage des KJPD unter [www.kjpd-sz.ch](http://www.kjpd-sz.ch) einsehbar sein.

Im Rahmen dieser Befragung wurde eine Fragebogenuntersuchung mit einem selbst entwickelten Fragebogen zur Patienten- und Behandlungszufriedenheit durchgeführt. Es wurden Daten sowohl von den Eltern als auch von den Kindern und Jugendlichen erhoben. Die Fragebogen wurden über einen Zeitraum von einem halben Jahr allen Kindern oder Jugendlichen sowie deren Eltern zwei Wochen nach Beendigung der Behandlung zum Ausfüllen per Post zugesandt. Es wurden drei Fragebogenformen ausgearbeitet: Ein „Fragebogen für Eltern und Kind“, wenn das Kind jünger als 12 Jahre alt war (< 12 Jahre), ein „Fragebogen für Jugendliche“, über 12 Jahre (> 12 Jahre), sowie ein „Fragebogen für Eltern“ der Jugendlichen. Am Schluss des Fragebogens wurde die Möglichkeit geboten, Anregungen oder Kritik zu notieren. Es wurden Items zu folgenden Bereichen vorgegeben: Struktur und Organisation, Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnis.

Von wenigen Einzelfällen abgesehen beurteilten alle Eltern und Jugendlichen die Terminabsprachen als unkompliziert. Mehr als 80% der Eltern und 75% der Jugendlichen gaben an, dass sie sich in unserem Dienst wohl gefühlt haben. Dies ist keine Selbstverständlichkeit, wenn man bedenkt, dass die Hemmschwelle solche Art von Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, immer noch hoch ist und für viele Menschen zunächst einmal mit eher unangenehmen Gefühlen verbunden ist. Dass die Eltern und Jugendlichen sich mit ihren Anliegen gleichermassen (über 80%) ernst genommen gefühlt haben, ist ein Ergebnis, das besonders positiv überrascht. Es zeigt, dass es in den allermeisten Fällen gut gelungen ist, auf die Bedürfnisse der jeweiligen Eltern und Jugendlichen einzugehen und eine Kooperationsbasis herzustellen, ohne dass die jeweiligen Eltern und Jugendlichen die Zusammenarbeit als einseitig erlebt hätten.

Über 40% der befragten Eltern gaben an, dass die Ziele der Behandlung überwiegend bzw. vollständig erreicht worden sind, während knapp die Hälfte der Ansicht war, dass dies immerhin teilweise der Fall war. Bei den Jugendlichen ergab sich ein ähnliches Bild, wobei etwas häufiger noch eine überwiegende bzw. vollständige Zielerreichung gesehen wurde. Etwa 10% der Eltern und Jugendlichen befanden, dass Ziele kaum oder gar nicht erreicht wurden. In fast allen Fällen werden von den Eltern und Jugendlichen also deutliche Veränderungen der jeweiligen Problemla-

gen beschrieben. Diese Ergebnisse weisen zudem darauf hin, dass nicht eine generell positive Bewertung der Behandlung im Sinne sozialer Erwünschtheit erfolgt ist, sondern differenziert geurteilt wurde und fortbestehende Probleme auch als solche deklariert wurden. Hervorzuheben ist, dass sich der Grossteil der Kinder und Jugendlichen, sowie insbesondere die Eltern, nämlich  $\frac{3}{4}$  der befragten Personen, nach der Beratung sehr viel besser in der Lage gefühlt haben, mit fortbestehenden Problemen umzugehen. Dies freut uns besonders, da es uns ein zentrales Anliegen in unserer Arbeit ist, dann, wenn schwierige Situationen im Moment von Aussen realistischere nicht mehr weiter veränderbar sind, die Betroffenen in der Bewältigung dieser Schwierigkeiten zu stärken.

Ob und inwiefern sich kinder- und jugendpsychiatrisch relevante Problemsituationen verbessern lassen und entsprechende Zielsetzungen erreicht werden, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Als Dienst, der die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung einer Region zu gewährleisten hat, sind die Anlässe, die zu einer Abklärung, Beratung oder Behandlung führen, individuell sehr unterschiedlich. Unterschiede bestehen nicht nur hinsichtlich Art, Komplexität und Schwere einer Beeinträchtigung, sondern auch bezüglich der persönlichen und familiären Ressourcen, die beim betreffenden Kind oder Jugendlichen zur Verfügung stehen. Die so genannte Zielerreichungsskalierung ist ein anerkanntes Messinstrument, um anhand individueller Therapieziele Behandlungserfolg aus Patienten- und Therapeutesicht zu beurteilen. Vorliegend wurde danach gefragt, inwiefern die Ziele der Behandlung erreicht worden sind. Dazu ist zu erläutern, dass die Zielsetzungen der im Einzelfall durchgeführten Massnahmen selbstverständlich fortlaufend mit den Kindern, Jugendlichen und Eltern, je nach dem im Einverständnis auch mit weiteren involvierten Stellen, im Dialog thematisiert, überprüft und angepasst werden. Allerdings werden diese Zielsetzungen nicht immer explizit dokumentiert und wenn, dann werden diese in der Regel nicht an die zu beratenden Personen abgegeben.

Das Aushändigen der Zielvereinbarungen hätte den Vorteil, dass bei der Einschätzung, ob und inwiefern Behandlungsziele erreicht worden sind, tatsächlich unmissverständlich klar wäre, welche konkreten Ziele im Einzelnen nun genau beurteilt worden sind. Vermutlich wären die Werte für die Zielerreichung unter diesen Umständen noch deutlich höher ausgefallen. Die Aushandlung und detaillierte Dokumentation von konkreten Therapiezielen ist ein sehr aufwändiger Prozess, dessen Nutzen in einem stimmigen Verhältnis zum Ergebnis stehen sollte. In unserer Praxis erscheint uns dies in einer Form, wie es z.B. beim „Goal attainment scaling“ gehandhabt wird, nicht in jeder Konstellation hilfreich und angemessen. Trotzdem werden wir diese Ergebnisse zum Anlass nehmen, nochmals zu überdenken, wie angestrebte Behandlungsziele künftig so ausgehandelt, kommuniziert und dokumentiert werden können, dass noch stärker ein „gemeinsamer“ Behandlungsplan entsteht. Dies erleichtert nicht nur die Evaluation der Behandlung, sondern hat, wie man aus der Forschung weiss, auch einen positiven Effekt auf den Therapieerfolg.

In die gleiche Richtung lassen sich die Angaben der Eltern und Jugendlichen bezüglich der Frage, wie gut man sich über das weitere Vorgehen informiert fühlte, interpretieren. Die Zahlen drücken hier zwar insgesamt eine gute Zufriedenheit aus, über 80% stimmten überwiegend oder vollständig zu. Da wir diesem Bereich aber aus besagten Gründen eine besonders grosse Bedeutung für Therapieerfolg und Behandlungszufriedenheit bemessen, ist es uns wichtig, hinsichtlich der Aspekte Information, Transparenz und Nachvollziehbarkeit im Behandlungsverlauf noch Verbesserungen zu erreichen. Ein erster Schritt könnte sein, insbesondere am Ende des Erstgesprächs, die wichtigsten Ergebnisse, das weitere Vorgehen und Vereinbarungen nochmals knapp und verständlich zusammenzufassen und gegebenenfalls schriftlich festzuhalten und abzugeben.

## **5. Öffentlichkeitsarbeit**

Im Berichtsjahr 2006 fanden diverse Kontakte mit Fachpersonen und Institutionen statt. An erster Stelle sei der neue Kantonsarzt Herrn Dr. M. Amstutz erwähnt, mit welchem ein Treffen zum gegenseitigen Kennen lernen stattfand und welcher auch im Rahmen des Projektes des Aufbaus einer Tagesklinik beigezogen wurde. Dem gegenseitigen Kennen lernen diente ferner ein Austausch mit der Psychomotorik-Stelle Schwyz und ein Treffen mit dem RGZ in Pfäffikon. Regelmässige Treffen mit dem RGZ erweisen sich aufgrund von Mitarbeiterwechsel auf beiden Seiten als weiterhin sinnvoll.

Mit Herrn Schieler von der Neuropsychologischen Rehabilitationsabteilung des Kinderspitals in Affoltern fand ein Kontakt im Zusammenhang mit einem konkreten Fall, aber auch zur Besprechung der weiteren Zusammenarbeit im Fall von Patientinnen und Patienten mit neuropsychologischen Beeinträchtigungen, statt.

Mit den Schulsozialarbeitern in Lachen wurde ein Schnittstellenpapier zur Zusammenarbeit zwischen dem KJPD und der Schulsozialarbeit erarbeitet, so dass bei personellem Wechsel auf bereits bestehende Strukturen und Abläufe zurückgegriffen werden kann.

Mit dem Leiter der HTI fand eine Besprechung anhand eines konkreten Falles, aber auch zur Klärung der allgemeinen Zusammenarbeit und von Unterstützungsmöglichkeiten durch den KJPD, statt.

Weiterhin finden halbjährliche Treffen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von den Schulpsychologischen Diensten und vom Dienst für Sonderschulung sowohl in Innerschwyz als auch Ausserschwyz statt.

Ausserdem fand im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit eine Veranstaltung mit der Oberstufenschule March, zusammen mit Frau Dr. Jäger, Klinik Littenheid, zum Thema selbstverletzendes Verhalten statt. Zudem wurde das Angebot des KJPD im Gymnasium Immensee vorgestellt und im Marchanzeiger erschien im Oktober 2006 ein Interview mit der Chefärztin zum Thema Tagesklinik.

Besondere Erwähnung verdient die anlässlich des fünfjährigen Bestehens des KJPD Schwyz durchgeführte Fachtagung, welche mit rund 100 Besucherinnen und Besuchern grossen Anklang fand.

Herr Regierungsrat A. Hüppin eröffnete die Tagung und übergab anschliessend das Wort an Herrn Dr. R. Weber, Chefarzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kantons Schwyz, welcher zur Thematik der Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Angeboten sprach.

Herr Professor Felder, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Professor an der Universität Bern hielt einen Vortrag zur Entstehung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Zusammenfassend wurde deutlich, dass psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Industriestatten deutlich zunehmen, indem von einem Prozentsatz von 15-25% auszugehen ist. Ein Zusammenhang wird angenommen mit zunehmenden Stressoren und damit einhergehender Überforderung von Kindern und Jugendlichen, so auch im Zusammenhang mit Ehekonflikten der Eltern, immer höher werdenden schulischen Leistungsanforderungen und sozioökonomischen Faktoren. Eine besondere Risikogruppe stellen die Kinder psychisch kranker Eltern dar, von welchen nur 1/3 keine Auffälligkeiten zeigen, 1/3 vorübergehend und 1/3 anhaltend unter psychischen Problemen leiden.

Ein weiteres Referat an der Fachtagung wurde von Frau Dr. S. Kühnel, Leitende Ärztin der Klinik Littenheid, gehalten. Als Vertreterin der stationären jugendpsychiatrischen Angebote unterstrich sie die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Behandlungsmethoden am Beispiel der Problematik des selbstverletzenden Verhaltens bei zunehmend mehr Jugendlichen.

Im Anschluss an die Referate fand ein Apéro in den Räumlichkeiten des KJPD Goldau mit verschiedenen Präsentationen statt. So wurde anhand von Postern zu verschiedenen Themen, aber auch mit Hilfe eines Filmes über eine am KJPD angebotene Gruppentherapie die kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit erläutert.

## **6. Weitere Aktivitäten**

Bezüglich der Versorgungslücke für Kinder im stationären psychiatrischen Bereich und dem vom KJPD angeregten Aufbau einer Tagesklinik erfolgte zusammen mit Vertretern vom Amt für Schuldienste ein Besuch der Tagesklinik Münsterlingen und des KJPD Thurgau. Zwischenzeitlich wurde ein offizieller Auftrag an den KJPD vom Amt für Gesundheit und Soziales vergeben, ein Projekt bezüglich des Aufbaus einer Tagesklinik auszuarbeiten.

Die durch Beschluss des Regierungsrates im März 2005 eingesetzte Fachgruppe Kinderschutz läuft weiterhin und bietet für Behörden und Fachpersonen aus den sozialen, medizinischen, pädagogischen sowie juristischen Bereichen bei Verdacht auf Kindesmisshandlung und in konkreten Fällen von Kindesmisshandlung Unterstützung und Beratung an. Es fanden im Verlauf des Jahres mehrere längere Sitzungen statt, in denen die Arbeitsabläufe konsolidiert und konkrete Fälle behandelt wurden.

Eine Mitarbeit der Chefärztin erfolgte in der Arbeitsgruppe Sonderschulkonzept in der Fokusgruppe für Verhaltensauffällige. Ausserdem fand eine Mitarbeit in der Arbeitsgruppe Erziehungsberatung mit verschiedenen in diesem Bereich tätigen Fachpersonen statt (Frühberatung, Ergotherapeutinnen, Kinderarzt, Paar- und Familienberatung). Es wurde ein Projekt ausgearbeitet, das zur Empfehlung kam, eine Stelle für Erziehungsberatung für Kinder im Vorschulalter in der Fachstelle für Paar- und Familienberatung anzusiedeln.

Nebst einer Beteiligung an der Weiterbildung für Assistenzärztinnen und –ärzte in Aarau übernahm die Chefärztin eine Supervision einer Schülerinnenberaterin im Theresianum Ingenbohl. Seit September 2006 beteiligt sich die Chefärztin ferner am allgemeinen psychiatrischen Notfalldienst des Kantons Schwyz.

Bezüglich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung des Kantons Uri durch den KJPD Schwyz fand eine Sitzung der Begleitgruppe zusammen mit dem Leiter des schulpsychologischen Dienstes, der Leiterin der Jugendberatung und des Leiters des Heilpädagogischen Zentrums Uri statt. Dabei wurde das Unterstützungsangebot im Kanton Uri für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten überprüft. In diesem Zusammenhang wurde für Januar 2007 eine Sitzung mit den Vertretungen der Vormundschaftsbehörde Altdorf, der Leitung des Kinderheims Uri, der Schule Altdorf und der Jugendanwaltschaft Uri vereinbart.

Zwischen den zuständigen Stellen des Kantons Glarus und der Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwyz fanden im Hinblick auf die Übernahme der kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung im Kanton Glarus Verhandlungen statt. Schliesslich wurde analog zum Kanton Uri ein Leistungsauftrag eingegangen, welcher auf Januar 2007 in Kraft treten wird. Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung des Kantons Glarus wird in der Beratungsstelle Lachen erfolgen. Erste Kontakte fanden bereits mit dem Kantonsarzt Herrn Dr. Brunner und Herrn Dr. Micheroli, Kinder- und Jugendpsychiater in Glarus, statt.

## **7. Gesamteinschätzung und Ausblick**

Durch die Unterstützung der Regierung, der Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und des Sozialpsychiatrischen Dienstes Schwyz sowie mit Hilfe sehr engagierter und motivierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Schwyz als gut etabliert bezeichnet werden. Trotz hoher Personalfuktuation gelang es weiterhin, der grossen Nachfrage gerecht zu werden, ohne dass Patientinnen und Patienten Wartezeiten in Kauf nehmen mussten. Ausserdem wurde die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Institutionen vertieft und das Betriebsjahr 2006 auch finanziell gut abgeschlossen. So zeigen die statistischen Kennzahlen, dass im Jahre 2006 die Zahl der Neuaufnahmen ebenso wie die Zahl der insgesamt behandelten Patientinnen und Patienten deutlich gestiegen ist. Dabei verwies eine Untersuchung zur Ergebnisqualität auf mehrheitlich zufriedene Kinder, Jugendliche und Eltern.

Erhebliche Schwierigkeiten bestehen weiterhin, qualifizierte ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden, andere Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste haben die gleichen Probleme. Es zeichnet sich nicht ab, dass sich dies ändern wird, es wird eher schwieriger werden. Das hat einerseits zur Konsequenz, dass ärztliche Aufgaben im KJPD auf weniger Personen verteilt werden können und die Chefärztin sehr stark eingebunden ist, was auf die Länge schwierig werden wird. Andererseits verringert sich auch der Kostendeckungsgrad, da ÄrztInnen aufgrund höherer Tarife einen deutlich besseren Kostendeckungsgrad erzielen können.

Das Projekt Tagesklinik wird intensiv im Jahre 2007 verfolgt werden, so dass Ende August 2007 vorgesehen ist, ein Projekt vorlegen zu können, das bis zur Realisationsreife ausgearbeitet ist. Das bedingt aber noch sehr viel Arbeit.

Im Jahre 2007 wird es auch darum gehen, die Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen im Kanton Glarus aufzubauen, dabei können auf die guten Erfahrungen zurückgegriffen werden, die mit dem Kanton Uri gemacht worden sind.

Besonderer Dank gilt dem Regierungsrat Herrn A. Hüppin, aber auch dem Stiftungsrat sowie namentlich der Stiftungsratspräsidentin Frau Dr. med. J. Hofer, Herrn Dr. med. R. Weber, Chefarzt SPD, und Herrn H.-J. Buecheler, Administrator SPD.