

Sitzung vom 26. Oktober 2005

1490. Anfrage (Stationäre Versorgung psychisch Kranker)

Die Kantonsräte Peter Schulthess, Stäfa, und Markus Brandenberger, Uetikon am See, sowie Kantonsrätin Heidi Bucher-Steinegger, Zürich, haben am 22. August 2005 folgende Anfrage eingereicht:

Anlässlich der zwecks Kostenersparnis beschlossenen Massnahmen San04 im Bereich der Psychiatrie wurde von verschiedenen Seiten wiederholt darauf verwiesen, dass der Druck auf möglichst kurze Aufenthaltsdauern und die Verlagerung von einer psychotherapeutisch/sozialpsychiatrisch orientierten Psychiatrie hin zu einer sich psychopharmatherapeutisch gesteuerten Symptomreduktionsbehandlung die Rückfallhäufigkeit der Patientinnen und Patienten erhöhen und die Entwicklung zu einer Drehtürpsychiatrie fördern könnte. Diesen Sommer war der Presse zu entnehmen, dass diese Entwicklung bereits eingesetzt hat: Über 50% der stationär behandelten Patientinnen und Patienten müssen nach ihrer – oft verfrühten – Entlassung rehospitalisiert werden.

Wir bitten den Regierungsrat in diesem Zusammenhang um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Fällt dem Regierungsrat die Entwicklung zu erhöhter Rehospitalisation bei sinkender Aufenthaltszeit auch auf? Wie beurteilt er diese Entwicklung und deren menschliche, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen?
2. Wie beurteilt der Regierungsrat die Entwicklung von einer psychotherapeutisch orientierten Psychiatrie hin zu einer biologisierten und pharmakologisierten Behandlungsorientierung nach amerikanischem Modell?
3. Welchen steuernden Einfluss nimmt der Regierungsrat hier zum Beispiel durch die Ernennung von Chefärztinnen und -ärzten als Repräsentantinnen und Repräsentanten dieser Richtungen?
4. Welche Erkenntnisse bezüglich Veränderung in der Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs auf Grund verkürzter Therapiedauern und des Ersatzes von psychotherapeutischen Mitteln durch pharmakologische sind heute bereits erkennbar? Mit welchen Mitteln wird diese Entwicklung forschungsmässig begleitet?
5. Hat der Regierungsrat Kenntnis von der Einschätzung von Gesundheitsökonominnen, dass sich mit der Verkürzung der Aufenthaltsdauer kaum ein Spareffekt erzielen lasse, vielmehr könne das Gegenteil eintreten? Welche Konsequenzen zieht er daraus?

6. Besteht für den Regierungsrat ein Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer, Rehospitalisierungsrate und dem Angebot von nach betreuenden Angeboten (Wohnen und Arbeiten)?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Peter Schulthess, Stäfa, Markus Brandenberger, Uetikon am See, und Heidi Bucher-Steinegger, Zürich, wird wie folgt beantwortet:

Zu Frage 1:

Die kürzeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauern in den psychiatrischen Kliniken entsprechen einer gesamtschweizerischen und internationalen Tendenz und stimmen mit der im Psychatriekonzept des Kanton Zürichs festgehaltenen Schwerpunktsetzung zu Gunsten der ausserstationären Behandlung überein. Anders als bisweilen vermutet, liegen den Bestrebungen zur Verkürzung der Aufenthaltsdauern aber nicht in erster Linie ökonomische Motive zu Grunde. Vielmehr gilt es vor allem, die nachteiligen Folgen langer Hospitalisationen für die Patientinnen und Patienten zu verhindern. Wie allen anderen Kranken soll auch psychisch Erkrankten ermöglicht werden, ein weitgehend normales Leben integriert in die Gesellschaft zu führen, was jedoch bei langen Aufhalten in psychiatrischen Kliniken allgemein erschwert ist. Auch wenn ein längerer stationärer Aufenthalt in bestimmten Fällen seine therapeutische Berechtigung hat, birgt ein solcher in sich stets auch ein Risiko für die Patientinnen und Patienten, da er den gewünschten Aufbau eines selbstständigen Verhaltens behindert, die Hilfsbedürftigkeit fördert und zu einem Verlernen von Alltagsfertigkeiten führen kann und damit insgesamt die Rehabilitationsfähigkeit der Patientinnen und Patienten vermindert.

Dass demgegenüber kürzere Aufenthaltsdauern zu einer Zunahme der Rehospitalisationen führen können, liegt in der Natur der Sache. Trotz den verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und einer breiteren Unterstützung für die soziale Integration gibt es psychisch Kranke, deren Leben dauerhaft von ihrer Krankheit geprägt ist. Früher wurden diese Menschen lange in den Kliniken zurückbehalten, ohne dass dadurch ihre Krankheiten geheilt worden wären. Heute soll ihr Leiden während der stationären Behandlung so weit wie möglich gelindert und die soziale Reintegrierbarkeit gefördert werden. Der Austritt aus der Klinik mit Überführung in eine geeignete ausserstationäre Weiterbehandlung soll nicht möglichst spät, sondern zu einem medizinisch angemessenen frühen Zeitpunkt erfolgen, im Bewusstsein, dass diese

schwer kranken Menschen möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt wieder einer kurzzeitigen stationären Betreuung bedürfen. Ein Wiedereintritt ist deshalb nicht als Versagen der früheren Behandlung, sondern als angemessenes Reagieren auf eine akute Krankheitsphase und als Teilschritt auf dem Weg zur Stabilisierung und zu einer allfälligen Genesung zu werten.

Zu Frage 2:

Die Entwicklung geht weder in die Richtung einer rein psychotherapeutischen noch einer rein biologisch-pharmakologisch ausgerichteten Psychiatrie. Vielmehr haben in einer zeitgemässen Psychiatrie beide therapeutischen Ansätze ihre Daseinsberechtigung. Die Patientenbehandlung und -betreuung an den Kliniken im Kanton Zürich richtet sich nach den im Psychiatriekonzept des Kantons Zürich festgehaltenen allgemeinen Leitsätzen sowie dem darin beschriebenen Menschenbild. Sie trägt zudem den psychischen, physischen und sozialen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise unter angemessenem Ressourceneinsatz Rechnung.

Zu Frage 3:

Bei der Wahl von Chefärztinnen und Chefarzten wird vor allem auf die fachlichen Fähigkeiten, die klinische Erfahrung und die Reputation sowie die Führungsqualitäten geachtet. Es besteht keine Steuerung in den Auswahlverfahren, die im Allgemeinen eine bestimmte therapeutische Ausrichtung begünstigen würde.

Zu Frage 4:

Psychotherapeutische Behandlungen sind nicht durch pharmakologische Behandlungen ersetzbar, dasselbe gilt jedoch auch in umgekehrter Richtung. Die Behandlung in einer modernen Psychiatrie zeichnet sich durch eine sinnvolle Verbindung psychotherapeutischer, medikamentöser, verhaltensbezogener und sozialtherapeutischer Verfahren aus. Die Auswahl und Kombination der Therapieverfahren und die Behandlungsdauer hängen von der spezifischen Symptomatik, der Krankheitsentstehung, der Schwere der Erkrankung, dem individuellen Risikoprofil und dem jeweiligen sozialen Umfeld ab. Die langfristigen Therapieerfolge und die Nachhaltigkeit der einzelnen Verfahren werden im Rahmen der Evaluation der Behandlungsergebnisse untersucht und durch Qualitätskontrollen kontinuierlich begleitet. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen dienen der ständigen Optimierung der Therapien.

Zu Frage 5:

Wie bereits zu Frage 1 ausgeführt, steht die ökonomische Sichtweise bei der Bestimmung der Länge eines stationären Aufenthaltes nicht im Vordergrund.

Aus rein gesundheitsökonomischer Sicht führen sowohl zu lange als auch zu kurze Aufenthaltsdauern zu einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung. Angesicht der im Vergleich mit dem Ausland noch immer überdurchschnittlich langen Aufenthaltsdauern und der anhaltenden Tendenz zur Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Bereich kann davon ausgegangen werden, dass die gegenwärtigen Aufenthaltsdauern nicht zu kurz sind und dass auch eine weitere massvolle und letztlich der Patientin oder dem Patienten dienende Verkürzung der Aufenthaltsdauer medizinisch und wirtschaftlich vertretbar ist.

Zu Frage 6:

Zweifellos besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer eines stationären Aufenthaltes bzw. allfälligen Wiedereintritten einerseits und den vorhandenen nachbetreuenden Angeboten einschliesslich des betreuten Wohnens und Arbeitens andererseits. Denn je vielfältiger die Palette der ambulanten und teilstationären Angebote ist und je sinnvoller die einzelnen Angebote abgestuft und miteinander vernetzt sind, desto bessere Möglichkeiten bieten sich den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für die therapeutische Betreuung ausserhalb der Kliniken bei gleichzeitiger schrittweiser Reintegration ihrer Patientinnen und Patienten in das angestammte gesellschaftliche Umfeld. Desto geringer sind aber auch die Risiken, dass die Patientin oder der Patient einer erneuten stationären Behandlung bedarf. Gerade bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Krankheitsverlauf, schweren Störungsbildern und schlechter sozialer Integration ist eine Fokussierung auf stationäre Aufenthalte wenig sinnvoll. Die Erfahrungen zeigen, dass gerade Patientinnen und Patienten mit schweren, chronifizierten Leiden von einer integrierten Versorgung, in der Leistungsangebote unterschiedlicher Art, Intensität und Abstufung zu einer sorgfältig aufeinander abgestimmten gesamtheitlichen Behandlung mit hoher Betreuungskontinuität zusammengefasst werden, am meisten profitieren.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi