

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

KR-Nr. 42/2009

Sitzung vom 29. April 2009

672. Anfrage (Geplanter Bettenabbau in der psychiatrischen Versorgung)

Kantonsrätin Heidi Bucher-Steinegger, Zürich, und Kantonsrat Peter Schulthess, Stäfa, haben am 9. Februar 2009 folgende Anfrage eingereicht:

Mit Beschluss Nr. 1960/2008 beauftragte der Regierungsrat die Gesundheitsdirektion, die Kliniken Psychiatrie-Zentrum Hard (PZH) und Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) auf den 1. Januar 2010 zu einer neuen Institution mit einheitlicher Führung zusammenzulegen. Im entsprechenden Protokollauszug der Regierungsratsitzung vom 9. Dezember 2008 sowie in der Medienmitteilung des Regierungsrates vom 18. Dezember 2008, mit der die Öffentlichkeit über das Fusionsprojekt informiert wurde, geht der Regierungsrat von einem sinkenden Bettenbedarf in der stationären psychiatrischen Versorgung aus. Der Bettenbedarf würde, so die Prognose, allein in den beiden Regionen Winterthur und Zürcher Unterland bis im Jahr 2011 von 330 auf 240 sinken.

Aufgrund dieser Schätzung sollen gemäss Regierungsrat bis Ende 2009 als Kompensation zur im April 2008 eröffneten Tagesklinik in Bülach im PZH 18 Betten abgebaut werden. Durch die Übertragung des Versorgungsauftrags für die Stadtkreise 11 und 12 an die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) sollen im PZH weitere 32 Betten abgebaut werden. Die PUK hingegen soll per 1. Januar 2010 die Versorgung der Bevölkerung dieser beiden Stadtkreise ohne Ausweitung ihres stationären Angebots übernehmen. «Die Betreuung der entsprechenden Patientinnen und Patienten soll dabei vermehrt über ambulante und teilstationäre Angebote erfolgen», ist im RRB Nr. 1960/2008 zu lesen.

Diese Schätzung und Planung des Bettenbedarfs weckt Besorgnis. Immer wieder ist in den Medien zu lesen, dass die psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich überfüllt sind und Notbetten aufstellen müssen. Am 25. Mai 2008 beispielsweise berichtete die NZZ am Sonntag, dass in der PUK in den vorangegangenen Monaten bis zu 15 Notbetten aufgestellt werden mussten und dass die Akutaufnahmestation des PZH sogar zu 112% belegt ist. Fachleute haben deshalb wiederholt gefordert, dass keine zusätzlichen Betten abgebaut werden dürfen, sondern dass vielmehr der Ausbau stationärer, spezialisierter Angebote, z. B. von länger dauernden, erkenntnisbasierten Psychotherapien, geprüft werden müsse.

Alarmierend ist auch die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) im November 2008 publizierte Studie zur Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz: Zwischen 2000 und 2006 haben die Wiedereintritte der Patientinnen und Patienten um 30% zugenommen, bei gleichzeitig abnehmender Aufenthaltsdauer. Dies deutet auf eine Verstärkung der sogenannten «Drehtürpsychiatrie» hin, das heisst, dass Patientinnen und Patienten zu früh entlassen werden, um kurz darauf wieder in eine psychiatrische Klinik eintreten zu müssen. Es ist bekannt, dass dies zu längeren und schwierigeren Krankheitsverläufen führen kann. – Ein weiteres Ergebnis der Obsan-Studie ist im Zusammenhang mit der Planung des Regierungsrates auch interessant: Die Patientinnen und Patienten sind heute sozial schlechter integriert als noch vor wenigen Jahren. Indikatoren wie Zivilstand und Erwerbsstatus weisen darauf hin. Der Anteil der Voll- und Teilzeit arbeitenden Personen ist beispielsweise im Untersuchungszeitraum von 26,4% auf 20,6% zurückgegangen.

Vor diesem Hintergrund bitten wir den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie hoch war die Bettenbelegung in den Psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich seit dem Jahr 2000? Wir bitten um nach Kliniken und Versicherung der Patientinnen und Patienten (grund-, halbprivat-, privatversichert) aufgeschlüsselte Zahlen.
2. Wie hat sich die Bettenzahl in den Zürcher Kliniken seit dem Jahr 2000 entwickelt? Wir bitten um nach Kliniken und Betten für grund-, halbprivat- und privatversicherte Patientinnen und Patienten differenzierte Daten.
3. Wie hat sich die Zahl der Wiedereintritte seit dem Jahr 2000 im Kanton Zürich entwickelt? Wir bitten um nach Kliniken und Versicherung der Patientinnen und Patienten (grund-, halbprivat-, privatversichert) differenzierte Daten. Wie ist diese Entwicklung im Kanton Zürich im gesamtschweizerischen Kontext (vgl. Obsan-Studie) zu beurteilen? Welche Schlussfolgerungen zieht der Regierungsrat für die Planung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich daraus?
4. Wie hat sich die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten seit dem Jahr 2000 in Zürcher Kliniken entwickelt? Wir bitten um eine nach Kliniken und Versicherung der Patientinnen und Patienten (grund-, halbprivat-, privatversichert) differenzierte Darstellung der Zahlen. Wie ist diese Entwicklung im Kanton Zürich im gesamtschweizerischen Kontext (vgl. Obsan-Studie) zu beurteilen? Welche Schlussfolgerungen zieht der Regierungsrat für die Planung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich daraus?

5. Verfügt der Regierungsrat über konkrete Daten, die belegen, welchen Einfluss der Aufbau von ambulanten und teilstationären Angeboten auf den Bedarf an stationären Angeboten hat? Falls ja, bitten wir um die Veröffentlichung dieser Daten. Falls nein: Warum kommt der Regierungsrat zum Schluss, dass als Kompensation für die Tagesklinik Bülach im PZH 18 Betten abgebaut werden können?
6. Wie viel kostet den Kanton der Betrieb der Tagesklinik Bülach? Und welche Einsparungen würde der Kanton mit dem Abbau von 18 Betten im PZH machen?
7. Wie kann die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich die Versorgung der Stadtkreise 11 und 12 übernehmen, ohne dass sie ihr stationäres Angebot ausbaut?
8. Wie beurteilt der Regierungsrat die Gefahr, dass durch den geplanten Bettenabbau ein Versorgungsengpass entsteht? Würde der Regierungsrat in einem solchen Fall über den Leistungsauftrag hinausgehende zusätzliche Betten in Privatkliniken beanspruchen können oder beanspruchen wollen?
9. Was passiert heute mit Patientinnen und Patienten, die in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden oder in eine Klinik eintreten wollen, wenn im Kanton Zürich alle Betten belegt sind? Werden Notbetten eingerichtet? Wie viele waren es seit 2000 jedes Jahr? Wie wird personell auf eine mögliche Überbelegung reagiert?
10. Wie hat sich die soziale Integration der psychiatrischen Patientinnen und Patienten im Kanton Zürich seit dem Jahr 2000 entwickelt? Wir bitten um nach Versicherung der Patientinnen und Patienten (grund-, halbprivat-, privatversichert) differenzierte Zahlen. Wie ist diese Entwicklung im Kanton Zürich im gesamtschweizerischen Kontext (vgl. Obsan-Studie) zu beurteilen? Welche Schlussfolgerungen zieht der Regierungsrat für die Planung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich daraus? Wie beurteilt er vor diesem Hintergrund den Erfolg des Zürcher Psychiatriekonzepts, das auf den Aufbau gemeindenaher ambulanter und teilstationärer Angebote auf Kosten der stationären Angebote zielt?
11. Hat der Regierungsrat Kenntnis darüber, ob die Patientinnen und Patienten, die die gemeindenahen ambulanten und teilstationären Angebote nutzen, beim Fehlen dieser Angebote eine stationäre Behandlung erhalten würden? Oder ist die Annahme richtig, dass mit dem Ausbau von ambulanten und teilstationären Angeboten viele Patientinnen und Patienten überhaupt erst Zugang zu der von ihnen benötigten Behandlung haben?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Heidi Bucher-Steinegger, Zürich, und Peter Schult-hess, Stäfa, wird wie folgt beantwortet:

Die Beantwortung der Fragen stützt sich auf die von der Gesundheitsdirektion jährlich publizierten Kenndaten der psychiatrischen Versorgung. Diese wiederum beruhen auf den medizinischen und administrativen Statistiken der psychiatrischen Kliniken. Die in der Anfrage verlangte Differenzierung nach Versicherungs-kategorie der Patientinnen und Patienten ist in den erhobenen Daten nicht enthalten und steht nicht zur Verfügung. Einleitend werden die allgemeine Entwicklung der Psychiatrie und die Bettenreduktion in den psychiatrischen Einrichtungen PZH und ipw erläutert.

Die Psychiatrie befindet sich spätestens seit den 70er-Jahren, als in Deutschland eine grosse Psychiatrie-Enquete angestossen wurde, in einem steten Wandel. Auch in der Schweiz kam es seither zu verschiedenen Psychiatriereformen. Neben der Entwicklung von neuen Behandlungsmethoden stand im Verlauf der Jahre die Schliessung grösserer Lücken vor allem in den komplementären Versorgungsangeboten (Übergangsangebote, Wohnheime), den ambulanten Angeboten und der gemeindenahen stationären Versorgung im Vordergrund. Ziel war es, bisher dauerhospitalisierte Patientinnen und Patienten so gut wie möglich sozial zu reintegrieren und der Stigmatisierung von psychisch Erkrankten entgegenzuwirken.

Zur Beurteilung, wo die Schweiz im Vergleich zu Europa in diesem Prozess steht, kann der Bericht des Obsan «Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz» (Arbeitsdokument 28) beigezogen werden. Einer der massgebenden Indikatoren für die psychiatrische Versorgung ist die Bettendichte: Gemäss den Angaben in diesem Bericht verfügen unsere Nachbarländer über 0,6 bis 0,8 Psychiatriebetten pro 1000 Einwohner. In der Schweiz werden dagegen durchschnittlich rund 1,4 Betten pro 1000 Einwohner vorgehalten. Im Kanton Zürich lag dieser Wert im Jahr 2007 bei 1,2 Betten pro 1000 Einwohner; er weist somit eine interkantonal zwar unterdurchschnittliche, im internationalen Vergleich aber immer noch deutlich überdurchschnittliche Bettendichte auf.

Unabhängig davon, wo der Idealwert für die Bettendichte liegt, und unabhängig davon, ob ein solcher überhaupt bestimmt werden kann, wird von Fachleuten auf einen in der Schweiz nach wie vor bestehenden Entwicklungsbedarf im Bereich der nichtstationären psychiatrischen Angebote hingewiesen. Auch der Leitfaden zur Psychiatrieplanung der

Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) enthält die Empfehlung, den durch den Leitgedanken «ambulant vor stationär» geprägten Wandel in der Psychiatrie systematisch zu fördern.

Im Zusammenhang mit der Verkürzung der Aufenthaltszeiten in der stationären Psychiatrie taucht regelmässig das Schlagwort «Drehtürpsychiatrie» auf. Kritisiert wird damit eine Psychiatrie, die Patientinnen und Patienten schon vor der Heilung bzw. einer ausreichenden psychischen Stabilität «auf die Strasse stellt», von wo sie nach kurzer Zeit wieder stationär aufgenommen werden müssen. Dem in der Anfrage erwähnten Obsan-Arbeitsdokument 31 «Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006» ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Patientinnen und Patienten über die Jahre recht konstant geblieben ist. Der Bericht bestätigt, dass ein verhältnismässig grosser Anteil der Wiedereintritte auf einen kleinen Anteil von Patientinnen und Patienten entfällt, die in Fachkreisen als sogenannte «Heavy User» bezeichnet werden. Bezüglich dieser Patientengruppe hält der Obsan-Bericht unter dem Stichwort «Fehlversorgung» Folgendes fest: «Das Interesse an diesem Patientenkreis ist darin begründet, dass für Personen mit vielen Rehospitalisierungen unter Umständen eine sinnvollere (und evtl. kostengünstigere) Versorgung möglich wäre.» Tatsächlich kann ein Teil der Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen nie nachhaltig beschwerdefrei werden. Diese Personen brauchen vielmehr in unterschiedlicher, fein abgestufter Intensität ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische Unterstützung. Sie weisen Krankheitsverläufe auf, die auch bei guter ambulanter und tagesklinischer Betreuung immer wieder stationäre Eintritte nötig machen. Es liegt in der Natur der Sache, dass nur Patientinnen und Patienten erneut in eine Klinik eintreten können, denen vorher der Austritt ermöglicht wurde. Dies als Versagen des Systems zu werten, greift aber zu kurz: Die heutige Entlassungspraxis misst dem Patientenwillen eine sehr hohe Bedeutung bei. Diese offene Haltung ist ein entscheidendes Element einer nicht ausgrenzenden Psychiatrie, die sich für die bestmögliche Integration auch von schwer und chronisch kranken Patientinnen und Patienten in ein selbstbestimmtes Leben einsetzt.

Der in den Einrichtungen ipw und PZH angestrebte Bettenabbau von heute 330 auf künftig 240 Betten ergibt sich aus unterschiedlichen Massnahmen, die zum grösseren Teil unabhängig vom Zusammenschluss der beiden Institutionen eingeleitet worden sind:

1. Bereinigung der Gerontopsychiatrie in der ipw: In Übereinstimmung mit dem bestehenden, akutpsychiatrischen Leistungsauftrag werden in der ipw drei Stationen mit insgesamt 38 Betten abgebaut. Zwei

Stationen, die geriatrische Langzeitpatientinnen und -patienten ohne akutpsychiatrischen Betreuungsbedarf beherbergten, wurden bereits 2008 geschlossen; die Assessmentstation als Angebot der vorab somatischen Akutgeriatrie wird ab 2010 vom Kantonsspital Winterthur geführt.

2. Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung im Zürcher Unterland: Aufbau einer psychiatrischen Tagesklinik in Bülach, verbunden mit dem Abbau einer Station im PZH (rund 18 Betten).
3. Verlagerung der Versorgung der Stadtkreise 11 und 12 zur Psychiatrieregion Zürich: Die Stadtkreise 11 und 12, die grundsätzlich zur Versorgungsregion «Stadt Zürich» gehören, waren Anfang der 90er-Jahre wegen Kapazitätsengpässen in der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) der Psychiatrieregion Zürcher Unterland mit der Stammklinik PZH zugeteilt worden. Die Rückführung des Versorgungsauftrages an die PUK war bereits im Jahr 2004 zum ersten Mal erwogen worden. Ein grosser Teil der Patientinnen und Patienten aus diesen Stadtkreisen lässt sich heute schon in der PUK behandeln. Nach dieser Verlagerung werden im PZH zwei Stationen nicht mehr benötigt (32 Betten). Die PUK wird die Leistungen in den eigenen Betrieb integrieren. Dazu werden bestehende stationäre Angebote neu ausgerichtet sowie die Kapazitäten im ambulanten und teilstationären Bereich ausgebaut.

Zu Frage 1:

Die Bettenbelegung unterliegt Schwankungen. Über alle Einrichtungen im Kanton Zürich hinweg ist die Bettenbelegung von 89,6% im Jahr 2000 auf 95,4% im Jahr 2006 gestiegen und im Jahr 2007 wieder auf 94,0% gesunken. Die Belegung der einzelnen Einrichtungen ist in der nachfolgenden Tabelle 1 aufgeführt. Bei den einzelnen Werten ist zu beachten, dass es sich um sehr unterschiedliche Einrichtungen handelt. Deren unterschiedliche Leistungsaufträge haben einen wesentlichen Einfluss darauf, welche Belegung erreicht werden kann.

Tabelle 1: Bettenbelegung 2000 bis 2006: Quelle Kenndatenbücher Psychiatrie (Gesundheitsdirektion)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kanton Zürich	89.6%	93.8%	93.5%	91.1%	91.9%	90.1%	95.4%	94.0%
Psychiatrische Universitätsklinik	93.0%	97.0%	96.8%	92.8%	93.0%	89.9%	91.0%	94.5%
Privatklinik Hohenegg	94.7%	94.5%	94.7%	93.0%	94.7%	74.8%	100.0%	86.8%
Psychotherapiestation USZ	81.2%	91.7%	72.9%	89.2%	99.9%	86.0%	88.1%	86.5%
Klinik am Zürichberg	73.6%	64.5%	93.5%	66.1%	65.7%	68.8%	65.2%	73.6%
Integrierte Psychiatrie Winterthur	85.9%	95.8%	90.9%	87.1%	81.5%	86.3%	97.5%	93.9%
Cilienta Schössli	97.4%	96.3%	93.5%	93.6%	94.7%	93.1%	95.5%	96.8%
Psychiatrizentrum Hard	84.7%	94.4%	99.6%	92.4%	93.9%	87.7%	97.2%	97.0%
Sanatorium Kitchberg	90.3%	94.2%	93.5%	88.4%	92.6%	89.7%	95.0%	92.4%
Psychiatriestützpunkt Affoltern						77.1%	102.9%	88.3%
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	95.8%	93.7%	93.3%	86.3%	92.4%	97.0%	99.0%	99.5%
Kinderspital Zürich (Psychosomatik)	93.0%	89.6%	95.7%	97.7%	100.0%	95.0%	100.0%	97.5%
SOMOSA	93.6%	95.3%	96.2%	98.8%	94.1%	95.7%	95.7%	96.0%
Beth Shalom	72.3%	76.4%	80.3%	87.8%	88.4%	89.3%	83.4%	84.5%
Frankental	68.8%	63.8%	81.6%	85.4%	86.4%	89.2%	80.1%	87.4%
Forel Klinik	92.2%	90.9%	91.5%	92.7%	93.1%	94.4%	93.5%	89.1%
Sonnenbühl Klinik	79.9%	82.4%	82.9%	60.4%				
Bergheim	96.8%	95.5%	96.4%	97.3%	96.3%	98.2%	99.0%	98.5%
Sonnhalde	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Psychiatrizentrum Rheinau	82.7%	88.4%	84.5%	88.2%	91.2%	96.7%	97.5%	92.5%

Zu Frage 2:

Die Anzahl der Betten ist von 2207 im Jahr 2000 kontinuierlich auf 1636 im Jahr 2007 gesunken, was einer Abnahme um 571 Betten entspricht. Die betriebswirtschaftlichen Bettenbestände der einzelnen Einrichtungen sind in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgeführt. Die Betten des ehemaligen Kantonalen Krankenhauses Wülflingen wurden in der Statistik der Psychiatrie zugerechnet und sind in diesem Abbau enthalten.

Tabelle 2: Betriebswirtschaftlicher Bettenbestand 2000 bis 2006: Quelle Kenndatenbücher Psychiatrie (Gesundheitsdirektion)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kanton Zürich	2'207	2'074	1'996	1'975	1'932	1'924	1'662	1'636
Psychiatrische Universitätsklinik	358	340	327	335	335	337	307	305
Privatklinik Hohenegg	150	150	144	148	148	148	33	45
Psychotherapiestation USZ	12	10	11	11	11	11	12	11
Klinik am Zürichberg	35	35	35	35	35	35	35	35
Integrierte Psychiatrie Winterthur	314	256	291	275	248	201	167	162
Cilenia Schlössli	212	215	211	211	210	210	210	210
Psychiatrizentrum Hard	229	219	203	211	211	203	174	158
Sanatorium Kilchberg	186	185	181	167	165	164	164	163
Psychiatriestützpunkt Affoltern						22	20	22
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	40	41	39	39	36	36	36	36
Kinderspital Zürich (Psychosomatik)	10	11	12	11	11	11	12	12
SOMOSA	13	13	13	13	13	19	20	20
Beth Shalom	5	5	5	5	5	5	5	5
Frankental	12	12	12	12	12	12	12	12
Forel Klinik	93	93	93	93	93	93	93	93
Sonnenbühl Klinik	25	25	25	16				
Bergheim	123	125	125	125	125	125	125	125
Sonnhalde	102	102	102	102	102	120	65	45
Psychiatrizentrum Rheinau	288	237	167	166	172	172	172	176

ipw: Enthält auch Betten des Krankenhauses Wülflingen, die bis 2008 abgebaut wurden.

Zu Frage 3:

Die Fälle der medizinischen Statistik werden aus Datenschutzgründen anonymisiert. Die Auswertung der Wiedereintritte durch das Obsan stützt sich auf den anonymen Verbindungscode der Fälle, mit dem sich die Eintritte einer Person über alle Einrichtungen in der Schweiz verfolgen lassen. Daraus wurde vom Obsan die durchschnittliche Anzahl der Wiedereintritte pro Patientin oder Patient und Jahr errechnet, die gesamtschweizerisch von 0,38 im Jahr 2002 auf 0,49 im Jahr 2006 gestiegen ist. Wie zu erwarten, sind die Wiedereintritte ungleich verteilt: Vielen Patientinnen und Patienten, die nur einmal zur stationären Behandlung aufgenommen werden müssen, stehen wenige «Heavy User» mit vielen Wiedereintritten gegenüber.

Die vom Obsan befragte Expertengruppe ist mehrheitlich der Meinung, dass diese Entwicklung nicht als direkte Folge des Bettenabbaus in der Schweiz zu werten ist, sondern ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten widerspiegelt. So finden Klinikaufenthalte häufiger in Form von Kriseninterventionen anstelle von Daueraufenthalten statt. Diese Entwicklung wird mehrheitlich als positiv bezeichnet.

Der Gesundheitsdirektion steht der anonyme Verbindungscode nicht zur Verfügung. Die Daten über die Wiedereintritte im Kanton Zürich beruhen auf Angaben der Kliniken in der Patientenstatistik, ob eine bestimmte Patientin oder ein bestimmter Patient in der Vergangenheit schon einmal aufgenommen wurde. Patientinnen und Patienten, die nach einer stationären Erstbehandlung in eine andere Klinik wieder eingetreten sind, können nicht identifiziert werden. Die Aussagekraft der dem Kanton zur Verfügung stehenden Informationen ist somit geringer als jene des Obsan und die Werte lassen sich nicht vergleichen.

Die Entwicklung des Anteils der Patientinnen und Patienten, die (in einem unbestimmten) Zeitraum erneut in die gleiche Zürcher Einrichtung eintreten, kann der nachfolgenden Tabelle 3 entnommen werden. Da diese Auswertung erst im Jahr 2001 in den Tabellenband aufgenommen wurde, fehlen die Angaben für das Jahr 2000. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Wiedereintritten in die gleiche Einrichtung nahm zwischen 2001 und 2005 von 45,2 auf 49,6% zu und geht dann bis 2007 auf 44,1% zurück.

Tabelle 3: Anteil Wiedereintritte in eigene Institution 2001 bis 2006; Quelle Tabellenband 2001–2007 zur Med. Statistik (hg. von Public Mental Health/PUK)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kanton Zürich		45.2%	46.7%	48.7%	49.5%	49.6%	46.6%	44.1%
Psychiatrische Universitätsklinik		52.0%	55.8%	58.9%	59.0%	59.6%	49.4%	45.0%
Privatklinik Hohenegg		39.0%	38.9%	47.4%	45.1%	42.7%	26.1%	22.3%
Psychotherapiestation USZ		47.0%	10.3%	10.0%	25.6%	16.7%	20.0%	14.0%
Klinik am Zürichberg		30.7%	33.1%	22.9%	22.7%	27.6%	32.5%	24.0%
Integrierte Psychiatrie Winterthur		16.1%	34.4%	28.6%	40.1%	42.3%	47.7%	35.0%
Clenia Schlössli		38.5%	45.5%	50.8%	50.6%	44.9%	45.0%	48.7%
Psychiatrizentrum Hard		48.8%	50.4%	49.1%	43.8%	51.2%	46.7%	51.6%
Sanatorium Klichberg		42.0%	49.5%	53.6%	58.0%	54.9%	49.8%	53.6%
Psychiatriezentrum Afoltern						24.6%	32.3%	35.7%
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst								
Kinderspital Zürich (Psychosomatik)								
SOMOSA		54.6%	47.8%	58.3%	53.4%	64.1%	54.3%	70.5%
Beth Shalom		51.4%	36.9%	35.2%	42.1%	30.8%	42.3%	35.2%
Frankental		51.1%	54.2%	59.8%	61.2%	60.3%	55.3%	58.0%
Farel Klinik		20.9%	18.0%	23.1%	16.7%	19.1%	26.7%	25.6%
Sonnenbühl Klinik		20.0%	19.1%	27.8%				
Bergheim			6.0%	14.3%	0.0%	10.0%	6.1%	8.7%
Sonnhalde			12.5%	0.0%		0.0%	0.0%	3.8%
Psychiatrizentrum Rheinau		50.7%	32.5%	38.4%	34.7%	38.4%	53.5%	47.4%

Die Auswertung wurde im Jahr 2001 in den Tabellenband aufgenommen.

Zu Frage 4:

Bei der Auswertung der Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie werden in der Regel die sehr langen Aufenthalte ausgeschlossen. Dabei handelt es sich um «Ausreisser», deren Ausschluss die Interpretation der Ergebnisse erleichtert. In der Auswertung des Obsan werden Aufenthalte von über 1000 Tagen von der Auswertung ausgenommen. Der errechnete Mittelwert wird nur grafisch wiedergegeben und ist schweizweit von etwa 37 Tagen im Jahr 2000 auf etwa 32 Tage im Jahr 2006 gesunken.

Für die Berechnung der kantonalzürcherischen Indikatoren wurden Klinikaufenthalte ausgeklammert, die länger als 365 Tage gedauert haben. Die Entwicklung der Verweildauer bei Behandlungen, die weniger als ein Jahr dauerten, ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle 4. Die Grenze für die Ausklammerung der Langzeitpatientinnen und -patienten liegt für die Zürcher Berechnung wesentlich tiefer als bei den Auswertungen des Obsan (1000 Tage), was tendenziell zu tieferen Durchschnittswerten führen müsste. Im Jahr 2000 lag allerdings die mittlere Verweildauer in den Einrichtungen der Zürcher Psychiatrie noch bei 45,1 Tagen; sie sank bis 2007 auf 35,7 Tage. Der Rückgang um rund 20% ist zwar grösser als vom Obsan für die gesamte Schweiz errechnet, aber beide Werte liegen über dem schweizerischen Durchschnitt. Würde man die Zürcher Daten mit der «Ausreisserregel» des Obsan auswerten, läge die mittlere Verweildauer im Kanton Zürich noch höher.

Die vom Obsan befragten Expertinnen und Experten sind mehrheitlich der Auffassung, dass die Verkürzung der Aufenthaltszeiten mit dem Verhalten zur Inanspruchnahme zusammenhängen und als ein Zeichen der besseren Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten und damit letztlich als positive Folge der Intensivierung der Behandlung zu sehen ist. Die vorliegenden Daten widerspiegeln im Übrigen die zur Bereinigung der Versorgung in den Regionen Winterthur und Zürcher Unterland eingeleiteten Massnahmen in der Gerontopsychiatrie und bei den teilstationären Angeboten noch nicht.

Tabelle 4: Mittlere Aufenthaltsdauer (in Tagen, unter 1 Jahr) 2000 bis 2006: Quelle Kenndatenbücher Psychiatrie (Gesundheitsdirektion)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kanton Zürich	45.1	40.4	41.1	39.9	38.9	38.8	37.5	35.7
Psychiatrische Universitätsklinik	39.2	32.2	31.7	30.4	30.3	30.2	28.4	27.5
Privatklinik Hohenegg	69.4	69.4	78.1	67.2	67.1	74.5	44.9	47.4
Psychotherapiestation USZ	117.7	117.7	93.9	117.0	100.8	80.5	93.9	14.8
Klinik am Zürichberg	40.0	40.0	46.1	52.9	50.2	48.4	51.1	50.6
Integrierte Psychiatrie Winterthur	119.3	56.7	43.4	33.8	30.8	29.7	37.1	35.2
Clenia Schlössli	39.0	39.8	38.3	39.2	37.9	38.3	36.4	37.4
Psychiatrizentrum Hard	34.0	31.0	31.5	33.7	33.9	33.2	33.8	29.9
Sanatorium Klichberg	39.7	41.3	35.9	38.9	38.4	39.7	39.2	35.9
Psychiatriestützpunkt Afoltern						35.2	36.2	30.8
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	163.9		120.8	104.3	96.2	111.6	104.5	111.3
Kinderspital Zürich (Psychosomatik)	168.7	253.2	195.9	186.4	229.1	94.5	150.7	175.6
SOMOSA	200.5	84.7	96.3	179.5	79.6	96.4	61.5	91.2
Beth Shalom	20.3	19.8	24.0	28.6	27.1	30.1	29.2	28.2
Frankental	14.4	14.1	15.3	17.0	18.6	18.7	21.5	21.5
Forel Klinik	97.1	90.2	98.3	100.8	108.4	105.0	99.9	87.8
Sonnenbühl Klinik	85.0	95.8	141.6	144.5				
Bergheim	128.8	173.3	122.5	114.2	132.5	200.6	193.3	160.1
Sonnthalde	241.0		165.5	165.5	165.5		153.0	122.0
Psychiatrizentrum Rheinau	39.1	36.7	44.6	35.3	40.0	43.5	42.4	46.1

Zu Frage 5:

In der Schweiz werden derzeit verschiedene Modellversuche zur Substitution von stationären psychiatrischen Behandlungen durch ambulante und teilstationäre Angebote durchgeführt. Eine unvollständige Auflistung von Modellversuchen ist einem Zusatz zum Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK zu entnehmen (<http://www.gdk-cds.ch/366.0.html>). Beispielhaft wird an dieser Stelle ein Versuch aus dem Kanton Zürich umrissen, der schon ausgewertet werden konnte:

Im patienten- und netzwerkorientierten Modellprojekt «Integrierte Psychiatrie Winterthur des Kantons Zürich – wifl-Projekt 1999–2003» wurde von 2002 bis 2004 ein Pilotversuch mit psychiatrischem Case Management durchgeführt. Ziel war die Stabilisierung von Patienten mit komplexer Mehrfachproblematik und hohem stationärem Behandlungsbedarf. Als Instrumente dienten eine einheitliche, zielwirksame und bedarfsgerechte Unterstützung mittels flexibler aufsuchender Begleitung im Lebensalltag sowie die Koordination von Dienstleistungen in einem bestehenden oder aufzubauenden Helfernetz. Neben der Methodenimplementierung wurde geprüft, ob sich günstige Ergebnisse ausländischer Studien hinsichtlich gesundheitlicher Stabilisierung, Hospitalisations- und Ressourcenaufwand sowie Lebensqualität bestätigen lassen.

Alle 50 Patientinnen und Patienten, die durch das Case Management unterstützt wurden (zwei Drittel mit schizophrenen Erkrankungen; Alter zwischen 19 und 55 Jahren), wurden mit der kantonalen Behandlungsstatistik (PSYREC), Outcome-Ratings des ipw-Qualitätsmanagements (Beschwerdeintensität, psychosoziale Beeinträchtigung, Lebensqualität) und zusätzlichen qualitativen Fragebogen erfasst bzw. befragt. Für 21 Patientinnen und Patienten, die ein Case Management erhielten, konnten – als Kontrollgruppe nach dem sogenannten «Matched-Pairs»-Verfahren – vergleichbare Patientinnen und Patienten gefunden werden, die kein Case Management erhielten.

Die Gegenüberstellung der Behandlungsergebnisse der beiden Patientengruppen bestätigte die hohe Wirksamkeit des Case Managements in der Psychiatrie. Im Vergleich zur Kontrollgruppe senkte das Case Management die akutpsychiatrischen Pflage tage um 50% und ermöglichte niederschwellige Kurzbehandlungen im Kriseninterventionszentrum. Die von den Patientinnen und Patienten empfundene Symptombelastung verringerte sich mit Case Management stärker, der klinische Gesamteindruck entwickelte sich günstiger und das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau verbesserte sich stärker als in der Vergleichsgruppe ohne Case Management. Weitere Qualitätsindikatoren wie die individuelle Lebensqualität wiesen in der Tendenz ebenfalls auf einen günstigen Einfluss des Case Managements hin. Insgesamt zeigte sich, dass ein Case Management den Mittel- und Kostenaufwand stark reduziert.

Zu Frage 6:

Für das Eröffnungsjahr 2008 wurde in der Tagesklinik Bülach ein Defizit von 0,7 Mio. Franken budgetiert. Für den laufenden Betrieb nach dem vollständigen Aufbau wird mit Betriebskosten von 1,2 Mio. Franken pro Jahr gerechnet. Ihnen stehen erwartete Erträge aus ambulanten Taxen von 0,4 Mio. Franken gegenüber. Für die neue Tagesklinik ist mit einem zusätzlichen Betriebsdefizit (im PZH) von jährlich 0,8 Mio. Franken zu rechnen.

Die durchschnittlichen ungedeckten Kosten einer psychiatrischen Bettenstation belaufen sich demgegenüber auf rund 1,5 bis 2 Mio. Franken. Durch die Schliessung einer Akutstation im PZH nach dem vollständigen Aufbau des teilstationären Angebots werden per Saldo aller Aufwendungen und Erträge Einsparungen von 1,2 Mio. Franken pro Jahr erwartet.

Zu Frage 7:

Die PUK baut sowohl das stationäre als auch das teilstationäre Angebot aus. Neben der Eröffnung einer neuen Akuttagesklinik werden die bestehenden Stationskonzepte (einschliesslich Stellenpläne) angepasst und damit die Tragfähigkeit von bestehenden Angeboten erweitert; das Ambulatorium Oerlikon wird übernommen. Die Massnahmen sind auf den Versorgungsbedarf der beiden Zürcher Stadtkreise 11 und 12 abgestimmt, der aus der medizinischen Statistik bekannt ist.

Zu Fragen 8 und 9:

Die Sicherheit der Versorgung wurde bei der Entwicklung der Massnahmen und des Umsetzungskonzepts, an dem alle beteiligten Betriebe (ipw, PZH, PUK) mitgewirkt haben, als zwingende Bedingung festgelegt. Die neuen Angebote werden bereitgestellt, ehe die alten aufgehoben werden. Ein Versorgungsengpass ist nicht zu erwarten.

Im Übrigen sind die Stammkliniken mit regionalem Versorgungsauftrag verpflichtet, Patientinnen und Patienten aus ihrem Einzugsgebiet in Notfällen jederzeit Hilfe zu leisten: Wenn eine stationäre Aufnahme angezeigt ist, diese aber wegen Vollbelegung nicht erfolgen kann, muss die Klinik eine Versorgungsalternative suchen. Falls keine Lösung innerhalb des Kantons gefunden werden kann, können Patientinnen und Patienten auch an Kliniken ausserhalb des Kantons überwiesen werden.

Die Berechnung der Belegung stützt sich auf die verrechneten Pflegetage. Da sowohl der Eintritts- als auch der Austrittstag voll verrechnet werden, kann die in der Statistik ausgewiesene Belegung auch über 100% liegen.

Bei vorübergehenden Spitzen können die Kliniken in dafür geeigneten Stationen bzw. Zimmern zusätzliche Betten bereitstellen. Dies erfolgt beispielsweise, indem ein normalerweise mit zwei Patientinnen

oder Patienten belegtes Dreibettzimmer bis zu seiner Nennkapazität belegt wird. Seit einigen Jahren strebt die Gesundheitsdirektion eine mittlere Belegung von 95% an. Dieser Wert ermöglicht einen wirtschaftlichen Betrieb. Die darin enthaltene Reserve erlaubt den Kliniken zudem in aller Regel, temporäre Spitzen aufzufangen. Anpassungen beim Personalschlüssel während kurzfristigen Phasen der Über- oder Unterbelegungen sind hingegen nicht üblich.

Zu Frage 10:

Die Angaben für die Indikatoren zur sozialen Integration stammen aus den optionalen Psychiatrie-Zusatzdaten der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Schweizweit hat der Anteil der Institutionen, die diese Daten liefern, von 50% im Jahr 2000 auf 63,3% im Jahr 2006 zwar leicht zugenommen. Rund ein Drittel der Betriebe in der Schweiz ist in den Indikatoren jedoch nicht abgebildet, wodurch die Kenndaten nicht als repräsentativ anzusehen sind. Im Kanton Zürich hingegen werden diese Zusatzdaten in allen Kliniken erhoben. Beim Vergleich der Ergebnisse muss dies berücksichtigt werden.

Gemäss dem Obsan-Arbeitsdokument 31 «Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006» ist die Erwerbstätigkeit von psychiatrischen Patientinnen und Patienten in der Schweiz vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2006 gesunken: –4,7% Vollzeiterwerbstätige und –1,1% Teilzeiterwerbstätige. Im Kanton Zürich war der Anteil der erwerbstätigen Patientinnen und Patienten im gleichen Zeitraum ebenfalls rückläufig: –7,3% Vollzeiterwerbstätige und –1,7% Teilzeiterwerbstätige. Drei Viertel der Expertinnen und Experten stuften dies als zu erwartende Entwicklung ein: Einen möglichen Grund hierfür sehen die Fachleute in der nach wie vor zu geringen Toleranz aufseiten der Arbeitgeber gegenüber psychisch Erkrankten, aber auch im stetig weiter zunehmenden Leistungsdruck am Arbeitsplatz. Eine Aussage über das Psychiatriekonzept kann daraus nicht gewonnen werden. Das Behandlungsziel «Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit» und die Möglichkeit eines geregelten Arbeitslebens als Teil einer stabilisierenden Lebensstruktur sind für eine bedarfsgerechte, patientenzentrierte Versorgung von grösster Bedeutung, auch wenn die Wirkung der Behandlungsstrategien stark von der jeweiligen Situation am Arbeitsmarkt überlagert wird. Moderne Ansätze, die in diesem Bereich Verbesserungen erzielen sollen, werden unter dem Titel «Supported Employment» in Modellversuchen untersucht. Ergebnisse aus internationalen Vergleichsstudien sind sehr vielversprechend.

Zu Frage 11:

Die Art und die Menge der vorgehaltenen Versorgungsangebote haben mit Sicherheit einen Einfluss auf das Anspruchsverhalten von Patientinnen und Patienten. Allgemein gehen Fachleute davon aus, dass ambulante und teilstationäre Angebote niederschwelliger sind und daher von Patientinnen und Patienten besser akzeptiert und auch schneller aufgesucht werden.

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

Vor dem Regierungsrat
Der stv. Staatsschreiber:
Hösli