

A N F R A G E von Peter Schulthess (SP, Stäfa) und Prof. Katharina Prelicz-Huber (Grüne, Zürich)

betreffend Veränderungen in der stationären Versorgung psychisch Kranker

Vor einigen Tagen hat die Gesundheitsdirektorin vor der Presse eine Bilanz über die Auswirkungen des Entzugs des Leistungsauftrags für die Psychiatrische Klinik Hohenegg gezogen und dabei rundweg positiv berichtet. Es sei gar mehr gespart worden als anvisiert, die Spezialstationen der Hohenegg seien von anderen Kliniken übernommen worden, die Aufenthaltszeiten seien kürzer und die Qualität sei weiterhin gut. Einziger Wermutstropfen: 100 ehemalige Mitarbeitende sind noch immer arbeitslos.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

1. Sind die Kosten der Arbeitslosigkeit für die 100 früheren Mitarbeitenden der Hohenegg in die Berechnung des eingesparten Betrages einbezogen worden? Wenn nein, warum nicht? Welche Kosten verursacht diese Arbeitslosigkeit?
2. Im Rahmen der Kündigungsvorgänge wurde seitens der Gesundheitsdirektion in Aussicht gestellt, dass Gekündigten der Klinik Hohenegg bei Stellen-Neubesetzungen an den anderen leistungsbeauftragten und kantonalen Kliniken ein Vorrang bei der Anstellung gewährt würde. Hat dieses Prinzip funktioniert? Wie viele Mitarbeitende der Hohenegg fanden an anderen Kliniken eine Neuanstellung? Wie viele wurden zurückgewiesen und die Stelle anderweitig vergeben und aus welchen Gründen?
3. Ein Fazit lautete: Der Sparauftrag ist erfüllt und die Qualität gleich geblieben: Nach welchen Kriterien misst die Gesundheitsdirektion die Qualität in der stationären Psychiatrie? Gibt es ein Monitoring, welches die verschiedenen therapeutischen Konzepte vergleicht und den Behandlungserfolg misst und vergleicht?
4. Es entstand der Eindruck, dass die Qualität umso besser sei, je kürzer die Aufenthaltsdauer sei. Wie werden solche Zusammenhänge begründet? In welchem Interesse sollen die Aufenthaltszeiten trotz verschiedener therapeutischer Konzepte und Zielsetzungen nivelliert werden?
5. Es wurde anhand einer Grafik vorgeführt, wie die Aufenthaltsdauern in den verschiedenen Kliniken waren. Auf welchen Zeitraum bezogen sich diese Zahlen? Die längsten Dauern wurden für die Klinik Hohenegg ermittelt. Ist in der Würdigung dieses Ergebnisses berücksichtigt worden, dass sich Konzepte, therapeutische Zielsetzung und Behandlungsweisen der anderen Kliniken und der Hohenegg unterscheiden? Zeigen die Zahlen nicht viel mehr auf, dass die Hohenegg ihren Leistungsauftrag, eine besondere Klinik mit psychotherapeutischem Ansatz bei allen Patientengruppen zu sein, auch wirklich umgesetzt hat?
6. Worin unterscheiden sich die therapeutischen Konzepte der von den anderen Kliniken (Sanatorium Kilchberg, Schlössli, Hard) übernommenen Spezialstationen? Welche Behandlungsmethoden werden eingesetzt? Sollten diese vermehrt pharmakotherapeutisch und verhaltenstherapeutisch sein, ist es dann korrekt, der Bevölkerung zu sagen, die Angebote der Hohenegg würden dort weitergeführt?

7. Es ist bekannt, dass das Sanatorium Kilchberg früher kaum Therapien von Essstörungen durchführte. Die Klinik Hard hatte vorher keine Psychotherapiestation und baute sie mit Personal auf, das kaum einschlägige Erfahrungen hat. Auf Grund welcher bisherigen fachlichen Leistungsausweise hat die Gesundheitsdirektion diesen beiden Kliniken einen Leistungsauftrag erteilt als Kompetenzzentrum auf spezialisierten Gebieten? Ist der von der Gesundheitsdirektion angestrebte Know-How-Transfer von der Klinik Hohenegg zu diesen neuen Stationen gelungen?
8. Ein Versorgungsengpass sei nach dem Wegfall der Hohenegg-Betten deshalb vermieden worden, weil die übrigen Kliniken die Aufenthaltszeiten weiter gesenkt haben. Wie sich das auf Dauer auswirkt bleibt ungewiss. Verkürzte Aufenthaltszeiten können tatsächlich ein Indiz dafür sein, dass das Zusammenspiel zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten besser spielt, wie dies mit dem Psychiatriekonzept angestrebt wurde. Kürzere Aufenthaltszeiten können aber auch ein Indiz sein für erfolglose Behandlung und eine enttäuschte Klientel, welche in den Kliniken nicht jene Behandlung findet, die sie sucht, und deshalb früher wieder austritt. Bei dieser Deutung der Entwicklung könnte man kaum von erhaltener oder gar verbesserter Qualität sprechen. Wie verfolgt die Gesundheitsdirektion diese Entwicklung? Gibt es ein Monitoring zu den Umständen, welche zu immer kürzeren Aufenthaltszeiten führen? Falls nicht: Ist die Gesundheitsdirektion bereit, ein solches einzurichten?
9. Es ist unverkennbar, dass in der Zürcher Psychiatrie ein Paradigmenwechsel im Gange ist. Ein biologistisches Menschenbild ist im Aufschwung, verbunden mit pharmako- und verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen, welche die psychodynamischen Therapieansätze ablösen, welche zum bisherigen bio-psycho-sozialen Menschenbild und Behandlungsmodell gehörten. Die Psyche wird reduziert auf eine Gehirnfunktion, psychische Störungen werden reduktionistisch als biochemische Störungen im Gehirn betrachtet und zunehmend als genetisch bedingt erklärt, welche durch die Abgabe der richtigen Pille und eines Verhaltenstrainings zu beheben seien. Ist sich die Gesundheitsdirektion (und mit ihr der Regierungsrat) bewusst, dass sie durch den zunehmenden Druck auf Kosten und Aufenthaltszeiten diese Entwicklung fördert? In welchem weiteren (als dem finanziellen) Interesse unterstützen die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat diese Entwicklung, etwa auch durch die Ernennung von entsprechend orientierten Chefärztinnen und Chefarzten und der Wahl von neuen Professorinnen und Professoren (sowohl in der Psychiatrie wie auch in der Psychologie)? Teilt er die Meinung, dass die Politik diese fachliche Entwicklung mit kritischem Augenmerk und Sorgfalt zu beobachten hat?

Peter Schulthess
Katharina Prelicz-Huber