



Psychiatrieplanung 2012 des Kantons Zürich: Studie zur zukünftigen stationären Inanspruchnahme inklusive Substitution

Im Auftrag der Gesundheitsdirektion Zürich

Planung und Investitionen, Bereich Psychiatrie

Sascha Hess, Klaus Eichler, Urs Brügger

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, Zürcher Hochschule für Angewandte
Wissenschaften

Winterthur, 21.02.2011

Kontaktadresse:

Eichler Klaus

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

St. Georgenstr. 70

CH-8401 Winterthur

Tel.: 058 934 78 59

e-Mail: klaus.eichler@zhaw.ch

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Management Summary	6
1. Ausgangslage	12
2. Zielsetzung und Fragestellung	13
2.1. Ziel	13
2.2. Fragestellung	13
3. Methodik	14
3.1. Design	14
3.2. Methodische Vorgaben der Auftraggeberin	14
3.3. Literatursuche	16
3.4. Expertenbefragung	17
3.4.1. Ziel der Expertenbefragung	17
3.4.2. Auswahl der Experten	17
3.4.3. Delphi-Verfahren	18
3.4.4. Messinstrumente	19
3.5. Auswertung	20
4. Resultate	22
4.1. Literatursuche	22
4.2. Expertenbefragung	22
4.2.1. Teilnehmende Experten und Delphi-Verfahren	22
4.2.2. Quantitative Prognosen der Experten	26
4.2.2.1. Quantitative Prognosen für Hospitalisationsraten	26
4.2.2.2. Quantitative Prognosen für die Aufenthaltsdauer	27
4.2.3. Zusätzliche prognostische Informationen der Experten	28
4.2.3.1. Qualitative Prognosen zur Veränderungen von Geschlechter- und Altersverteilungen	28
4.2.3.2. Spezifische Prognosen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie	29
4.2.4. Freie Kommentare der Experten	29
5. Diskussion	31
5.1. Methodische Stärken und Limitationen der Studie	31
5.2. Implikationen für die Psychiatrieplanung	33
5.3. Schlussfolgerung	34
6. Anhang	35
7. Literaturverzeichnis	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prognosemodell der GD ZH für die Psychiatrieplanung 2012	14
Abbildung 2: Raster mit Aufteilung der Diagnosegruppen.....	15
Abbildung 3: Kontext Psychiatrieplanung 2012 Kanton Zürich.....	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste der befragten Experten (alphabetisch geordnet)	24
Tabelle 2: Veränderung der Standardabweichung (SD) der Mittelwerte der Prognosen aller Experten zu den Hospitalisationsraten.....	25
Tabelle 3: Veränderung der Standardabweichung (SD) der Mittelwerte der Prognosen aller Experten zu den MAHD	25
Tabelle 4: Prognoseraster mit Veränderungen der Hospitalisationsraten in % (als Mittelwerte, inkl. 95%-Konfidenzintervall; KI) für 2020.....	27
Tabelle 5: Prognoseraster mit Veränderungsraten der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) in % (als Mittelwerte, inkl. 95%-Konfidenzintervall; KI) für 2020.....	27

Management Summary

Ausgangslage

Im Rahmen der Psychiatrieplanung 2012 möchte die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich den zukünftigen Bedarf psychiatrischer Versorgung ermitteln. Die Psychiatrieplanung 2012 soll auf Ende 2011 abgeschlossen werden, damit die neue Spitalliste auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten kann.

Ziel und Fragestellung

Ziel dieser Studie ist die Erstellung von Prognosen zu Veränderungen von Hospitalisationsraten und mittleren Aufenthaltsdauern (MAHD) der stationären psychiatrischen Leistungen im Kanton Zürich. Dabei sollte die zukünftige Substitution stationärer Versorgung durch ausserstationäre Angebote berücksichtigt werden.

Fragestellung: Welches sind die prognostizierten Entwicklungen im Kanton Zürich (Zeithorizont 2009-2020) der stationären psychiatrischen Inanspruchnahme (definiert als Hospitalisationsraten) und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer unter Berücksichtigung der Substitution von stationärer Versorgung durch ausserstationäre Angebote?

Je nach Datenlage sollten die Prognosen pro Leistungsgruppe (definiert über „F“-Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10, Alter und Geschlecht) oder lediglich nach „F“-Hauptdiagnosegruppen abgebildet werden.

Methodik

Literatursuche

Initial wurde eine eng fokussierte Literatursuche durchgeführt. Diese diente einerseits als Plausibilitätskontrolle der Resultate der späteren Expertenbefragung und andererseits als Input zur Vorbereitung für die Befragung der Experten. Wir bevorzugten zu diesem Zweck Studien, welche Daten aus der Schweizer Versorgungslandschaft aufwiesen.

In folgenden Datenbanken und Netzwerken wurde nach geeigneter Literatur gesucht: Cochrane Library; Centre for Reviews and Dissemination, CRD (York, UK); National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE (UK); Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG (D); Observatoire Suisse de la Santé, OBSAN (CH).

Die vordefinierten Einschlusskriterien bezogen sich auf das Versorgungssetting (stationäre, ambulante oder teilstationäre psychiatrische Versorgung), das Outcome (Prognose-

zahlen von Inanspruchnahme und MAHD; bisherige Inanspruchnahme und MAHD; Effekt von Versorgungsprozessen/-strukturen auf die Inanspruchnahme oder MAHD) und den Publikationszeitraum (Prognosen ab 2005, um möglichst aktuelle Daten zu generieren).

Expertenbefragung

Wir führten eine Expertenbefragung^a nach einem modifizierten Delphi-Verfahren durch, eine häufig angewandte Methodik zur Konsensfindung und Prognoseerstellung.

11 Experten aus der Deutschschweiz wurden für die Befragung ausgewählt und angefragt. Die Auswahl der Experten erfolgte in Abstimmung mit der Auftraggeberin und wurde von verschiedenen Auswahlkriterien geleitet, wobei wir eine sinnvolle Durchmischung der Experten anstrebten. (Beispiele für Auswahlkriterien: eigene Publikationen im Bereich Versorgungsforschung: ja/nein ; Tätigkeit in Spital mit öffentlichem Rechtsträger: ja/nein).

Das modifizierte Delphi-Verfahren bestand aus folgenden Schritten:

- I. Initial persönliche Kontaktaufnahme mit den ausgewählten Experten per Telefon.
- II. Erste Befragungsrunde (Fragebogen 1): Erfragung von Hospitalisationsraten und durchschnittlichen Aufenthaltsdauern aller 8 Diagnosegruppen für das Jahr 2020. Erwartete Veränderungen der typischen Alters- und Geschlechterverteilung in den einzelnen Diagnosegruppen wurden in einer separaten Frage abgehandelt.
- III. Analyse der ersten Befragungsrunde.
- IV. Zweite Befragungsrunde (Fragebogen 2): Mitteilung der anonymisierten Ergebnisse der ersten Befragungsrunde. Die Experten erkannten ihre eigenen Erstprognosen an Hand der mitgeteilten persönlichen Codenummer. Erneute Erfragung von Hospitalisationsraten und durchschnittlichen Aufenthaltsdauern.
- V. Analyse der zweiten Befragungsrunde.

Auswertung

Mit Hilfe der absoluten Zahlen des Jahres 2009 (Referenzwert) und den Mittelwerten der prognostizierten Zahlen der Experten für das Jahr 2020, konnten die Veränderungsdaten für die Inanspruchnahme und die MAHD berechnet werden. Zur Darstellung des Überein-

^a Die Verwendung der männlichen Schreibweise schliesst das weibliche Geschlecht jeweils mit ein.

stimmungsgrads der Expertenergebnisse erfolgte die Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI).

Die zusätzlichen prognostischen Informationen (z.B. qualitative Prognosen zu den erwarteten Veränderungen der Alters- und Geschlechterverteilung) wie auch die freien Kommentare wurden zusammengefasst und narrativ dargestellt.

Resultate

Literatursuche

Insgesamt haben wir 355 Artikel aus den verschiedenen Quellen gesichtet. 21 Referenzen erfüllten unsere Einschlusskriterien und ihre Daten wurden in eine Excel-Datenbank extrahiert.

Die Literatursuche lieferte keine Artikel mit Prognosen zu zukünftigen Hospitalisationsraten oder MAHD, um unsere Studienfrage zu beantworten. Dort wo es Sinn machte, verwendeten wir jedoch einzelne Informationen zur Plausibilisierung der Daten aus der Expertenbefragung.

Expertenbefragung

Quantitative Prognosen

Alle 11 angefragten Experten haben an der Befragung teilgenommen. Explizite Prognosen zu zukünftigen Hospitalisationsraten und MAHD haben wir in den beiden Befragungsrunden von 10 Experten erhalten. Im Laufe der Delphirunden kam es fast durchgehend zu einer Homogenisierung der Expertenprognosen.

Die Experten prognostizieren einerseits, dass die Hospitalisationsraten bei folgenden Diagnosegruppen steigen werden (alle Angaben in % im Vergleich zum Referenzwert 2009): F10 (Störungen durch Alkohol: 5.5% [95%-KI: 0.1 bis 11.0]), F3 (affektive Störungen: 11.9% [95%-KI: 4.8 bis 19.0]) und in der Gruppe F5, F7-F9 (übrige Störungen; Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie: 12.5% [95%-KI: 1.8 bis 23.3]). Das gleiche gilt, mit etwas geringerer Übereinstimmung, für F0 (organische Störungen: 4.9% [95%-KI: -0.4 bis 10.2]) und F6 (Persönlichkeitsstörungen: 7.1% [95%-KI: -2.3 bis 16.4]).

Die Experten schätzen auf der anderen Seite, dass die Hospitalisationsraten bei folgenden Diagnosegruppen sinken werden (Angaben in % im Vergleich zum Referenzwert 2009): F11-F19 (Störungen durch Drogen: -1.5% [95%-KI: -7.2 bis 4.2]), F2 (Schizophre-

nie: -4.3% [95%-KI: -8.9 bis 0.3]) und F4 (neurotische Störungen: -4.2% [95%-KI: -9.0 bis 0.7]).

In allen 8 Diagnosegruppen prognostizieren die Experten eine verkürzte mittlere Aufenthaltsdauer (Angaben in % im Vergleich zum Referenzwert 2009) mit einer Bandbreite von -25% (95%-KI: -30.0 bis -19.0) bei organischen Störungen (F0) bis -3% (95%-KI: -8.0 bis 1.0) bei übrigen Störungen (F5, F7-F9).

Zusätzliche prognostische Informationen der Experten

Zur zukünftigen Entwicklung der Alters- und Geschlechterverteilung in der psychiatrischen Versorgung konnten die Experten im Fragebogen ebenfalls Stellung nehmen.

6 Experten machten qualitative Prognosen zu Veränderungen der bisherigen Geschlechter- oder Altersverteilung (Beispiel für die Diagnosegruppe F10 [Störungen durch Alkohol]: „...erwarteter Ausgleich der Geschlechterverteilung“). Zu den MAHD lagen keine qualitativen Expertenaussagen vor.

Der Experte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte keine quantitativen Prognosen zu Hospitalisationsraten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie machen. Die Prognosen dieses Experten bezogen sich auf geschätzte absolute Patientenzahlen für das Jahr 2020 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Zürich, jeweils für verschiedene ICD-10 Diagnosegruppen. Bezogen auf alle Diagnosegruppen zusammengenommen prognostizierte dieser Experte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Steigerung der Hospitalisationsraten bis 2020 von 14.3%.

Freie Kommentare der Experten

Die Experten hatten im Fragebogen ebenfalls die Möglichkeit freie Kommentare anzubringen. Diese Gelegenheit wurde von 5 Experten mehrheitlich dazu genutzt, ihre abgegebenen quantitativen Prognosen zu begründen.

Diskussion

Methodische Stärken und Schwächen der Studie

Eine methodische Stärke unserer Studie ist die strukturierte Befragung der Experten anhand eines modifizierten Delphi-Verfahrens. Dabei wurde auf eine Anonymisierung der Expertenprognosen geachtet, um einen allfälligen Bias durch einen zu starken Einfluss von Opinionleaders auf die Prognosebildung zu vermeiden. Die einzelnen Fragen im eingesetzten Fragebogen waren klar formuliert und die Fragestruktur wiederkehrend. Unser Vorgehen führte zu einer nachweislichen Homogenisierung des Meinungsbildes. Eine angebotene Möglichkeit, dem Projektteam Kommentare zum Ergebnis der quantitativen Prognosen zukommen zu lassen, ergab keinen neuen Input von Seiten der Experten. Auch dies deuten wir als relativ hohes Konsensniveau bezogen auf die quantitativen Prognosen aus den Delphi-Befragungen.

Daneben sind verschiedene methodische Limitationen unserer Studie zu nennen. Erstens wurde die Vorgabe der Auftraggeberin, demografische, epidemiologische und ökonomische Entwicklungen der nächsten Jahre für die Prognoseerstellung auszublenden, von den Experten als herausfordernd bis teilweise nur schwer umsetzbar angesehen. Zweitens sind 7 von 11 Experten gleichzeitig Leistungserbringer, welche direkt von der Psychiatrieplanung 2012 im Kanton Zürich betroffen sein werden. Es besteht daher die Möglichkeit, dass Eigeninteressen in die Prognosen eingeflossen sind. Wir haben versucht, diesem möglichen Bias durch breit gefächerte Auswahlkriterien für die Experten und dem methodischen Vorgehen mit Delphibefragungen entgegenzuwirken. Drittens waren die Prognosen des Experten für Kinder- und Jugendpsychiatrie nur bedingt auswertbar. Schliesslich ist eine externe Plausibilisierung der Expertenprognosen durch Literaturdaten aus dem Schweizerischen Kontext aufgrund der begrenzten Datenlage nur begrenzt möglich.

Implikationen für die Psychiatrieplanung

Prognoseerstellung sind ein wichtiger Baustein für gesundheitspolitische Entscheide, wie z.B. die Psychiatrieplanung 2012 im Kanton Zürich.

Neben Expertenprognosen zur zukünftigen Inanspruchnahme, werden solche Entscheide aber noch von vielen anderen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen unter anderem ökonomische Vorgaben (z.B. Budgetgrenzen des Parlaments) und juristische Rahmenbedingungen (z.B. im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes). Präferenzen der Bürger und Patienten (z.B. unbedingter Wunsch nach wohnortnaher Versorgung oder eher nach ho-

her Behandlungsqualität in noch zumutbarer Entfernung vom Wohnort) können ebenfalls Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheide haben. Auch kulturelle Aspekte (z.B. höherer Bedarf an transkultureller Kompetenz in den Behandlungseinrichtungen aufgrund vermehrter Migration) werden zunehmend an Einfluss gewinnen.

Schlussfolgerungen

Die Expertenbefragung nach dem modifizierten Delphi-Verfahren liefert plausible Daten, welche im Kontext mit anderen Einflussfaktoren eine Entscheidungsgrundlage für die Psychiatrieplanung bis 2020 im Kanton Zürich darstellen können. Laut Expertenschätzungen werden bis 2020 die Hospitalisationsraten für fünf von acht psychiatrischen Diagnosegruppen steigen, während die Aufenthaltsdauern allgemein sinken werden.

1. Ausgangslage

Gemäss revidiertem Krankenversicherungsgesetz (KVG) haben die Kantone für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und hochwertigen Spitalversorgung zu sorgen. Neu ist, dass die Leistungsaufträge ausdrücklich nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität vergeben werden müssen.

Die Psychiatrieplanung 2012 soll auf Ende 2011 abgeschlossen werden, damit die neue Spitalliste auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten kann.¹ Soweit zweckmässig und möglich wird dabei auf die Konzepte der Psychiatrieplanung aus dem Jahr 2004 zurückgegriffen.

Das Vorgehen in der Psychiatrie ist analog zur Planung in der Akutsomatik und Rehabilitation angelegt. Wie in vielen anderen Versorgungsbereichen verändert sich die Palette der in Anspruch genommenen psychiatrischen Versorgungsleistungen laufend.² In einem ersten Schritt wird die bisherige Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung erfasst und der zukünftige Bedarf ermittelt.

Die Gesundheitsdirektion Zürich (GD-ZH) möchte sich für die Psychiatrieplanung von 2012 bis 2020 auch auf Expertenprognosen hinsichtlich des zukünftigen Bedarfs der stationären psychiatrischen Versorgung abstützen.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften wurde von der GD-ZH angefragt, eine Untersuchung zur Prognose der Veränderungen der Inanspruchnahme für stationäre psychiatrische Leistungen im Kanton Zürich durchzuführen.

2. Zielsetzung und Fragestellung

2.1. Ziel

Ziel dieser Studie ist die Erstellung von Prognosen der Entwicklung der Hospitalisationsraten und durchschnittlichen Aufenthaltsdauern von stationären psychiatrischen Leistungen im Kanton Zürich unter Berücksichtigung der Substitution stationärer Versorgung durch ausserstationäre Angebote.

Gemäss dem zur Anwendung gelangenden Prognosemodell, sind die zukünftigen Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern ein wichtiger Baustein der Bedarfsprognose Psychiatrie Zürich bis ins Jahr 2020, die im Rahmen der gemäss KVG vom Kanton zu erstellenden Spitalplanung Psychiatrie benötigt wird.

2.2. Fragestellung

Welches sind die prognostizierten Entwicklungen im Kanton Zürich (Zeithorizont 2009-2020)

- der stationären psychiatrischen Inanspruchnahme (definiert als Hospitalisationsraten) und
- der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

unter Berücksichtigung der Substitution von stationärer Versorgung durch ausserstationäre Angebote?

Je nach Datenlage sollten die Prognosen pro Leistungsgruppe (definiert über „F“-Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10, Alter und Geschlecht) oder lediglich nach „F“-Hauptdiagnosegruppen abgebildet werden.

3. Methodik

3.1. Design

Zur Bearbeitung dieser Fragestellung führten wir eine Expertenbefragung nach einem modifizierten Delphi-Verfahren durch.

Eine eng fokussierte Literatursuche, mit Schwerpunkt auf in der Schweiz durchgeführte Studien, diente ergänzend als Plausibilisierungskontrolle.

3.2. Methodische Vorgaben der Auftraggeberin

Die Gesundheitsdirektion Zürich hat für die Psychiatrieplanung 2012 ein Prognosemodell erstellt (Abbildung 1), welches als Grundlage unserer Erhebung diente. Die darin verwendete „mittlere Aufenthaltsdauer“ (MAHD) bezeichnet die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Mittelwert) und nicht den Median.

Die Ergebnisse in diesem Bericht beziehen sich auf die in Abbildung 1 definierten Einflussgrössen „Inanspruchnahme Entwicklung bis 2020 inkl. Substitution“ (als Veränderungsrate der Hospitalisationsrate) und „Substitution bis 2020“ (als Veränderungsrate der MAHD).

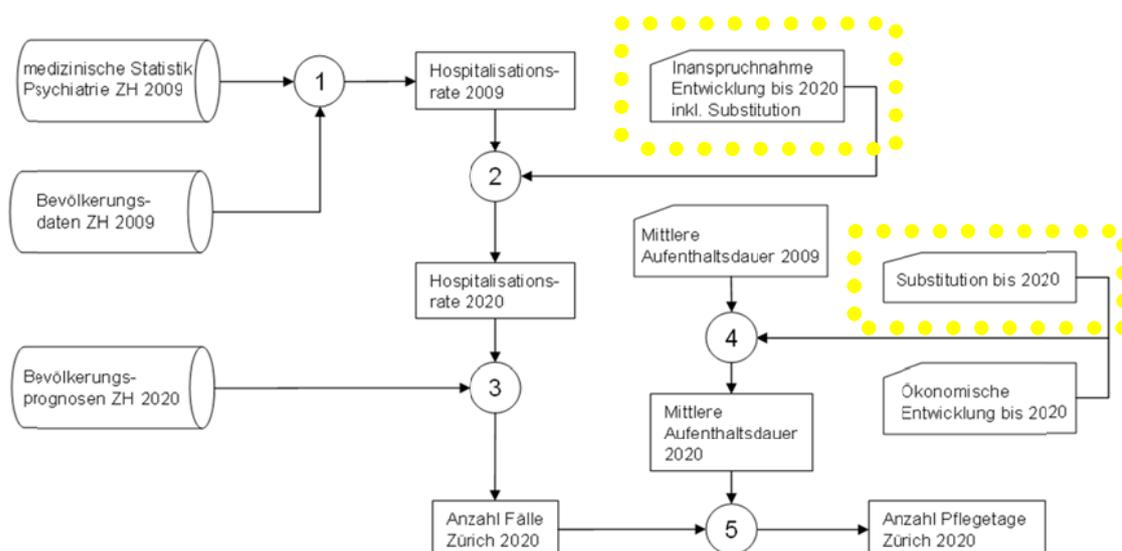


Abbildung 1: Prognosemodell der GD ZH für die Psychiatrieplanung 2012

Die Prognosen sollten nur die Veränderungen im Versorgungsprozess berücksichtigen (z.B. frühere ambulante Behandlungen auf Grund geänderter Therapieempfehlungen von Fachgesellschaften). Die ökonomischen (z.B. Druck zu früherer Entlassung aus der stationären Behandlung wegen Pauschalfinanzierungsmodellen) sowie demografischen (z.B. mehr ältere Personen) Entwicklungen sollten dabei ausgeschlossen werden. Sie sind Teil einer eigenständigen Untersuchung und fliessen an anderer Stelle in das Prognosemodell der GD-ZH ein. Medikamentöse und therapeutische Entwicklungen, sowie gesellschaftliche Veränderungen und epidemiologischen Entwicklungen (z.B. möglicherweise mehr Alkoholranke in der Bevölkerung) wurden als konstant angenommen und waren daher nicht Teil dieser Studie.

Die Prognosen für die Hospitalisationsraten und die MAHD sollten in einem von der Auftraggeberin definierten Raster für den Zeitraum 2009-2020 erfolgen. Die Aufteilung in diesem Raster war durch die „F“-Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10 (F0, F10, F11-F19, F2, F3, F4, F6, F5, 7-9), das Geschlecht und 3 Altersgruppen (Abbildung 2) gegeben.

ICD-10	0-17J		18-59J		60+J	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
F0 organische Störungen						
F10 Alkohol						
F11-F19 Drogen						
F2 Schizophrenie						
F3 affektive Störungen						
F4 neurotische Störungen						
F6 Persönlichkeitsstörungen						
F5,7-9 übrige						

Abbildung 2: Raster mit Aufteilung der Diagnosegruppen.

Die kombinierte Gruppe „F5,7-9 übrige“ beinhaltet: F5 Verhaltensauffälligkeiten, F7 Intelligenzstörungen, F8 Entwicklungsstörungen, F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit.

Beim Prognoseraster konnten - sofern die Datengrundlage bestimmte Differenzierungen nicht ermöglichte - Zusammenzüge von Zellen durchgeführt werden. Eine Differenzierung oder Aufspaltung der Zellen sollte jedoch nicht erfolgen.

Alle Felder des Rasters sollten mit Veränderungsdaten (als Prozentangaben; gegebenenfalls in Minimum/ Maximum Angaben) versehen werden, auch wenn Informationsquellen

in einem bestimmten Bereich sehr dünn sein oder gar fehlen sollten. In diesem Fall konnte eine begründete Annahme (z.B. eine Konstanzannahme oder ein entsprechend ausgedehnter Minimum/ Maximum Bereich) getroffen werden, auch wenn solche Annahmen immer gewisse Unsicherheiten mit einschliessen.

3.3. Literatursuche

Die Literatursuche diente einerseits als Plausibilitätskontrolle der Resultate der Expertenbefragung und andererseits als Input zur Vorbereitung für die Befragung der Experten.

Ziel war es, vorzugsweise nationale schweizerische Daten zu aktuellen und zukünftigen Entwicklungen der psychiatrischen Inanspruchnahme und zur Substitution stationärer Versorgung mit ausserstationären Angeboten in der Psychiatrie ab dem Publikationsjahr 2005 zu finden.

Die Einschlusskriterien bezogen sich auf die Fragestellung (z.B. stationäre, ambulante oder teilstationäre Versorgung) und sollten folgende Outcomes aufweisen:

- Prognosezahlen von Inanspruchnahme und mittlerer Aufenthaltsdauer (MAHD)
- Bisherige MAHD
- Effekt von Versorgungsprozessen / -strukturen auf die Inanspruchnahme oder MAHD
- Bisherige Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen
(stationär/ ambulant/ teilstationär)

Ausgeschlossen haben wir qualitative Aussagen über Versorgungsstrukturen / -prozesse (z.B. in Guidelines).

Verwendete Datenbanken und Quellen

Wir haben in folgenden Datenbanken und Netzwerken nach geeigneter Literatur gesucht:

Cochrane Library; Centre for Reviews and dissemination, CRD (York, UK); National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE (UK); Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG (D); Observatoire Suisse de la Santé, OBSAN (CH).

Zusätzlich konnten die Experten im Fragebogen nützliche Literaturangaben zu Publikationen aus dem schweizerischen Versorgungskontext machen.

Wir benutzten bei der Literatursuche einerseits Stichwörter (z.B. trends, prognosis, psychiatry, mental health, length of stay, inpatient, admission), sichteten aber teilweise auch systematisch die Titel aller Berichte eines Netzwerkes (z.B. Obsan).

Bei eingeschlossenen Artikeln wurden die Referenzen nach relevanten Publikationen durchsucht.

Sichtung, Einschluss und Extraktion

In Anlehnung an aktuelle Guidelines³ sichtete ein Reviewer die gefundenen Artikel auf Basis von Titel und Abstract bezüglich Relevanz. Nach Studium des Volltexts wurde die Studie dann definitiv ein- oder ausgeschlossen und die relevanten Informationen (z.B. Autor und Publikationsjahr, betroffene ICD Leistungsgruppe, Alter und Geschlecht der Betroffenen, Region der Studiendurchführung, Art des Outcomes) in eine Excel-Datenbank extrahiert.

3.4. Expertenbefragung

3.4.1. Ziel der Expertenbefragung

Ziel der Expertenbefragung war eine Datenerhebung bei ausgewählten Experten für psychiatrische Versorgungsfragen und Stakeholdern, welche die Entwicklung der Hospitalisationsraten und durchschnittlichen Aufenthaltsdauern von stationären psychiatrischen Leistungen im Kanton Zürich abschätzen konnten.

Experten, die sich an der Untersuchung beteiligten, erhielten die Gelegenheit, einen aktiven Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrieplanung im Kanton Zürich zu leisten. Als Kenner und Teil der psychiatrischen Versorgungslandschaft wurden von den Experten realitätsnahe und kontextbezogene Prognosen erwartet.

3.4.2. Auswahl der Experten

11 Experten aus der Deutschschweiz wurden für die Befragung ausgewählt und angefragt (Anhang A). Die Auswahl der Experten erfolgte mit Unterstützung der Auftraggeberin. Die Expertise der befragten Personen sollte sich vornehmlich auf Versorgungsfragen und nicht speziell auf die klinische Expertise beziehen. Experten aus dem Kanton Zürich sollten dabei angemessen vertreten sein.

Die Auswahl der Experten wurde von folgenden Kriterien geleitet, wobei wir eine sinnvolle Durchmischung zum Ausgleich unterschiedlicher Interessenslagen anstrebten:

- Publikationen im Bereich Versorgungsforschung erstellt (Ja/Nein)
- Spital ist „Stammklinik“ im Kanton Zürich gemäss Definition der Auftraggeberin (Ja/Nein)⁴
- Spital hat öffentlichen Rechtsträger (Ja/Nein)
- Haupttätigkeit des Experten im Kanton Zürich (Ja/Nein)
- Tätigkeit des Experten in stationärer Versorgung / ambulanter Versorgung (Ja/Nein)
- Spezialisierung des Experten in Diagnosegruppe(n) (Ja/Nein)
- Experte ist aktiv in einem Berufsverband tätig (Ja/Nein)

3.4.3. Delphi-Verfahren

Zur Beantwortung der Fragestellung entschieden wir uns für ein modifiziertes Delphi-Verfahren. Die Delphi Methode ist ein häufig angewandtes Instrument zur Konsensfindung. Sie wird deshalb auch zur Prognoseerstellung oder bei Fragen eingesetzt, bei welchen zu wenig Informationen für statistische Berechnungen vorhanden sind.^{5 6}

Beim klassischen Delphi-Verfahren dient die erste Befragungsrunde zur Entwicklung der zu erfassenden Dimensionen einer Fragestellung. In unserer Studie waren die Dimensionen vorab festgelegt (Hospitalisationsraten und MAHD). Wir strebten ebenfalls keinen endgültigen Konsens der Experten an, was von der Delphi Methode im klassischen Sinne abweicht. Das mehrstufige Verfahren in unserer Untersuchung diente zur Reduktion der Variabilität der von den verschiedenen Experten abgegebenen Prognosewerte.

Wir führten die Befragung der Experten in folgenden Schritten durch (modifiziertes Delphi-Verfahren):

- I. Initial persönliche Kontaktaufnahme per Telefon mit den ausgewählten Experten. Ziel dieses Kontaktes war es, einerseits eine Vertrauensbasis aufzubauen und das Vorgehen zu erklären. Gleichzeitig hatten die Experten auch die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Am Ende des Gespräches klärten wir jeweils die Teilnahmebereitschaft.

Mit diesem Vorgehen erhofften wir uns eine hohe Rücklaufquote (80%).⁵ Schien eine Teilnahme eher unwahrscheinlich, so waren wir bestrebt, Ersatz zu suchen.

- II. Erste Befragungsrunde (Fragebogen 1): Erfragung von Hospitalisationsraten und durchschnittlichen Aufenthaltsdauern aller 8 Diagnosegruppen für das Jahr 2020.

Als Referenzwerte standen den Experten Hospitalisationsraten und MAHD aus den Jahren 2004, 2006 und 2009 zur Verfügung. Mögliche erwartete Veränderung der typischen Alters- und Geschlechterverteilung in den einzelnen Diagnosegruppen wurde in einer separaten Frage abgehandelt. Die Aufteilung in mehrere Fragen wurde gewählt, da bei der Evaluation der Bedarfsprognose Psychiatrie im Jahr 2004 einige damals involvierte Experten vermerkten, dass die detaillierte Abschätzung des Bedarfes separat für jede Alters- und Geschlechtergruppe zu komplex war.

- III. Analyse der ersten Befragungsrunde: Pro Diagnosegruppe, Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen für Hospitalisationsraten und MAHD, sowie grafische Darstellungen als Punktdiagramm.
- IV. Zweite Befragungsrunde (Fragebogen 2): Mitteilung der anonymisierten Ergebnisse der ersten Befragungsrunde. Die Experten erkannten ihre eigene Erstprognose an Hand der mitgeteilten persönlichen Codenummer. Erneute Erfragung von Hospitalisationsrate und durchschnittlicher Aufenthaltsdauer.
- V. Analyse der zweiten Befragungsrunde: Pro Diagnosegruppe erneute Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen für Hospitalisationsraten und MAHD, sowie grafische Darstellungen als Punktdiagramm.
- VI. Die Resultate der zweiten Befragungsrunde wurden an die Experten versendet. Es bestand die Möglichkeit, die Ergebnisse hinsichtlich Plausibilität zu kommentieren.

3.4.4. Messinstrumente

Fragebogen 1 (FB 1)

Die Experten erhielten in einem Begleitbrief Informationen zum Auftrag und dem methodischen Ablauf der Studie (Anhang B).

Der Fragebogen 1 bestand aus fünf Abschnitten (Anhang C):

1. Eine Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens, begleitet von einem Ausfüll-Beispiel. Zusätzliche Angabe von Definitionen (z.B. von Hospitalisationsrate und MAHD) und Zusatzinformationen (z.B. dass demographische Veränderungen nicht Gegenstand der Frage sind).
2. Zwei grafische Darstellungen mit Daten zur bisherigen stationären Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen und durchschnittlichen Aufenthaltsdauern des Kantons Zürich der Jahre 2004 bis 2009, basierend auf den Kenndatenbüchern der Gesundheitsdirektion Zürich.⁴

3. Für jede Diagnosegruppe je eine Frage zu zukünftigen Hospitalisationsraten und MAHD (Daten der Jahre 2004, 2006 und 2009 waren tabellarisch angegeben).
4. Eine separate Frage zur erwarteten Veränderung der typischen Alters- und Geschlechterverteilung (grafische Darstellungen der typischen Verteilung als Orientierung).
5. Zwei Textfelder zur Angabe von relevanter Literatur oder freien Kommentaren.

Fragebogen 2 (FB 2)

Die Anonymisierung der Daten wurde folgender Massen gewährleistet: Die Experten erhielten ein Mail mit der eigenen Codenummer und einem persönlichen Fragebogen 2.

Der Fragebogen 2 bestand aus sechs Abschnitten (Anhang D).

1. Informationen wie im Fragebogen 1
2. Informationen wie im Fragebogen 1
3. Für jede Diagnosegruppe je eine Frage zu zukünftigen Hospitalisationsraten und MAHD (Daten der Jahre 2004, 2006 und 2009 waren tabellarisch angegeben). Zusätzlich bei jeder Frage der Gruppenmittelwert der Prognosen aus dem Fragebogen 1 und die eigene Prognose aus der ersten Befragung.
4. Separate Frage zur erwarteten Veränderung der typischen Alters- und Geschlechterverteilung wie im Fragebogen 1.
5. Zwei Textfelder zur Angabe von relevanter Literatur oder freien Kommentaren wie im Fragebogen 1.
6. Ein Anhang mit grafischen Darstellungen der Verteilung aller geschätzten Prognosen für die einzelnen Diagnosegruppen aus dem Fragebogen 1 (Punktdiagramme). Die Expertenantworten waren mit Codenummern anonymisiert. Jeder Experte konnte seine eigene Codenummer.

3.5. Auswertung

Die absoluten Hospitalisationsraten, welche den Experten vorlagen, bezogen sich immer auf 1'000 Einwohner über einen Zeitraum von einem Jahr (Beispiel: Eine Hospitalisationsrate von 3.0 bedeutet 3 Hospitalisationen pro Jahr pro 1'000 Einwohner).

Bei der mittleren Aufenthaltsdauer wurde, wie allgemein üblich, das arithmetische Mittel verwendet, obgleich es sich um linksschiefe Verteilungen handelt.

In der deskriptiven Auswertung stellen wir kontinuierliche Variablen (wie z.B. die quantitativen Schätzungen der Experten zu den Hospitalisationsraten) als Mittelwert mit Standardabweichung dar. Kategoriale Daten (z. B. berechnete Veränderungsrate) wurden als Prozentwerte dargestellt. Zur Darstellung des Übereinstimmungsgrads der Expertenergebnisse erfolgte die Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI).

Mit Hilfe der Zahlen des Jahres 2009 und den prognostizierten Zahlen der Experten für das Jahr 2020 konnten die Veränderungsrate für die Inanspruchnahme und die MAHD berechnet werden.

Beispielrechnung für MAHD:

Formel: Veränderungsrate für MAHD = $(\text{MAHD 2020} - \text{MAHD 2009}) \times 100 / \text{MAHD 2009}$

Beispielrechnung: MAHD 2020 = 20 Tage; MAHD 2009 = 25 Tage

Veränderungsrate für 2020 = $(20-25) \times 100 / 25 = -20\%$

Die aus den Fragebogen 1 und 2 erhobenen Daten wurden mit Microsoft Excel und SPSS Version 18.0 für Windows ausgewertet.

Die zusätzlichen prognostischen Informationen (z.B. qualitative Prognosen zu den erwarteten Veränderungen der Alters- und Geschlechterverteilung) wie auch die freien Kommentare wurden zusammengefasst und narrativ dargestellt.

4. Resultate

4.1. Literatursuche

Insgesamt haben wir 355 Artikel aus den verschiedenen Quellen gesichtet, wovon 21 Referenzen unsere Einschlusskriterien erfüllten und deren Informationen in eine Excel-Datenbank extrahiert wurden.

11 Referenzen^{2 7-16} machen Aussagen über die gesamte ICD-10-Hauptgruppe F „Psychische und Verhaltensstörungen“. Die restlichen 10 Artikel¹⁷⁻²⁶ berichten über einzelne oder mehrere Diagnosegruppen (z.B. F0).

Die Literatursuche lieferte keine Artikel mit Prognosen zu zukünftigen Hospitalisationsraten oder MAHD, um unsere Studienfrage zu beantworten.

12 Artikel machen Aussagen über die schweizerische psychiatrische Versorgungslandschaft an Hand retrospektiv ausgewerteter Patientendaten aus Behandlungsregistern. Etwa die Hälfte der Publikationen liefert überwiegend beschreibende Statistiken zur bisherigen Inanspruchnahme resp. MAHD. Wir verwendeten einzelne Informationen hieraus im Kapitel 5. „Diskussion“ zur Plausibilisierung der Daten aus der Expertenbefragung.

Die andere Hälfte der Publikationen befasst sich spezifisch mit den Auswirkungen von bestehenden oder neuen Versorgungsprozessen und -strukturen auf Hospitalisationsraten und MAHD. Zum Beispiel vergleichen mehrere Studien gemeindenahere Versorgungsmodelle^{11 13 15 16 21} (z.B. intensives Case Management, mental health workers etc.) oder Tageskliniken²³ mit Standardbehandlungen und untersuchen, welche Auswirkungen z.B. auf die Hospitalisationsraten oder die Anzahl Hausarztbesuche resultieren.

4.2. Expertenbefragung

4.2.1. Teilnehmende Experten und Delphi-Verfahren

Teilnehmende Experten

Alle 11 angefragten Experten haben an der Befragung teilgenommen (Tabelle 1).

Von 10 Experten haben wir in den beiden Befragungsrunden quantitative Prognosen zu zukünftigen Hospitalisationsraten und MAHD erhalten.

1 Experte lieferte stattdessen in der ersten Befragungsrunde Angaben zu absoluten Patientenzahlen pro Jahr für sein Fachgebiet. Diese Angaben haben wir, da wir aus ihnen keine plausiblen quantitativen Prognosen berechnen konnten, ebenso wie die qualitativen Prognosen zur Alters- und Geschlechterverteilung, nicht in das Prognoseraster eingebaut, sondern separat zusammengefasst und aufgeführt.

Experte	Institution
Dr. med. Andreas Andreae	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (IPW)
Dr. med. Christian Bernath	Praxisgemeinschaft Ludretikon Thalwil
Dr. med. René Bridler	Sanatorium Kilchberg
Prof. Dr. med. Achim Haug	Clenia Schössli AG, Oetwil am See
PD Dr. med. Urs Hepp	Psychiatrische Dienste Aargau AG, EPD
PD Dr. med. Holger Hoffmann	Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern (UPD)
Dipl.-Psych. Hans-Christian Kuhl	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)
PD Dr. med. Monika Ridinger	Forel Klinik Ellikon
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza	Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste Zürich (KJPD)
Lic. Phil. I Nicole Weber	Pro mente sana Zürich

Tabelle 1: Liste der befragten Experten (alphabetisch geordnet)

Delphi-Verfahren

Das Ziel mehrerer Delphi-Runden ist es, die Variabilität der erfragten Daten zu verkleinern. Zur Überprüfung unserer gewählten Methodik verglichen wir für jede Diagnosegruppe die Standardabweichung (SD) des Mittelwertes der Prognosen aller Experten aus Fragebogen 1 mit der Standardabweichung des Fragebogens 2. Falls das mehrstufige Verfahren zu einer Homogenisierung der Prognosewerte beiträgt, so sollte die Standardabweichung abnehmen.

Bei fast allen Diagnosegruppen fand sich eine Abnahme der Standardabweichung zwischen der 1. und 2. Befragungsrunde (Tabelle 2 und 3). Unter der eingesetzten Befragungsmethodik kam es somit fast durchgehend zu einer Homogenisierung der Expertenprognosen.

ICD-10	SD FB1	SD FB2	Δ SD
F0	0.08	0.06	-0.02
F10	0.16	0.13	-0.03
F11-19	0.14	0.10	-0.05
F2	0.17	0.12	-0.05
F3	0.30	0.26	-0.04
F4	0.12	0.09	-0.02
F6	0.12	0.11	-0.02
F5, F7-F9	0.07	0.06	-0.01

Tabelle 2: Veränderung der Standardabweichung (SD) der Mittelwerte der Prognosen aller Experten zu den Hospitalisationsraten

ICD-10	SD FB1	SD FB2	Δ SD
F0	9.14	5.38	-3.77
F10	3.60	3.06	-0.54
F11-19	3.16	2.92	-0.23
F2	4.76	4.83	0.07
F3	7.00	4.32	-2.68
F4	3.85	2.01	-1.84
F6	4.37	4.22	-0.14
F5, F7-F9	4.47	3.52	-0.95

Tabelle 3: Veränderung der Standardabweichung (SD) der Mittelwerte der Prognosen aller Experten zu den MAHD

4.2.2. Quantitative Prognosen der Experten

Wir haben die Experten nach Ihrer Prognose zu zukünftigen Hospitalisationsraten und MAHD befragt, ohne Differenzierung nach Alter und Geschlecht.

Die Expertenprognosen sind hier als Veränderungsdaten in % dargestellt (Jahr 2009: Referenzwert; Jahr 2020: Prognosewert; siehe Abschnitt „Methodik“).

Die Mittelwerte (mit Standardabweichung, SD) der 10 Expertenschätzungen für die einzelnen 8 Diagnosegruppen nach der 2. Befragungsrunde sind als absolute Zahlen im Anhang E angegeben. Zusätzlich sind die individuellen quantitativen Angaben jedes Experten dort grafisch als Punktediagramm dargestellt.

Im Fragebogen 1 wurden auch Daten zu Minimal- und Maximalwerten erfragt. Dies sollte den Experten eine bessere Orientierung bei der Prognoseerstellung („Leitplanke“) ermöglichen. Diese Daten wurden nicht separat ausgewertet, da die quantitativen Prognosen der Experten nur eine geringe Variabilität aufwiesen und sich relativ enge Vertrauensintervalle berechnen ließen.

4.2.2.1. Quantitative Prognosen für Hospitalisationsraten

Die Experten prognostizieren einerseits, dass die Hospitalisationsraten bei folgenden Diagnosegruppen sinken werden (Tabelle 4): F11-F19 (Störungen durch Drogen: -1.5% [95%-KI: -7.2 bis 4.2]), F2 (Schizophrenie: -4.3% [95%-KI: -8.9 bis 0.3]) und F4 (neurotische Störungen: -4.2% [95%-KI: -9.0 bis 0.7]).

Die Experten prognostizieren auf der anderen Seite steigende Hospitalisationsraten in den Diagnosegruppen F10 (Störungen durch Alkohol: 5.5% [95%-KI: 0.1 bis 11.0]), F3 (affektive Störungen: 11.9% [95%-KI: 4.8 bis 19.0]) und in der kombinierten Diagnosegruppe F5, F7-F9 (übrige Störungen: 12.5% [95%-KI: 1.8 bis 23.3]). Das gleiche gilt, mit etwas geringerer Übereinstimmung, für die Diagnosegruppen F0 (organische Störungen: 4.9% [95%-KI: -0.4 bis 10.2]) und F6 (Persönlichkeitsstörungen: 7.1% [95%-KI: -2.3 bis 16.4]).

Bei 5 von 8 Prognosen überlappt damit das 95%-Konfidenzintervall, meist geringfügig, den Indifferenzbereich von +/- 0%. Die Breite einiger Vertrauensintervalle ist bei der niedrigen Anzahl von Datenpunkten (10 Experten) jedoch nicht überraschend.

	Total	KI
ICD-10		
F0	4.91	[-0.39, 10.21]
F10	5.53	[0.08, 10.98]
F11-19	-1.48	[-7.21, 4.24]
F2	-4.27	[-8.87, 0.33]
F3	11.85	[4.73, 18.97]
F4	-4.16	[-9.03, 0.71]
F6	7.09	[-2.27, 16.44]
F5, F7-F9	12.52	[1.76, 23.28]

Tabelle 4: Prognoseraster mit Veränderungen der Hospitalisationsraten in % (als Mittelwerte, inkl. 95%-Konfidenzintervall; KI) für 2020.

Die relativen Veränderungen für die Hospitalisationsraten der 8 Diagnosegruppen sind ohne Differenzierung für Alter und Geschlecht dargestellt.

Absolute Zahlen der Hospitalisationsraten für das Jahr 2009 und 2020 mit Alters- und Geschlechterverteilung sind im Anhang F und G dargestellt.

4.2.2.2. Quantitative Prognosen für die Aufenthaltsdauer

Die Experten prognostizieren in allen 8 Diagnosegruppen eine verkürzte mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD; Tabelle 5).

Lediglich bei F6 (Persönlichkeitsstörungen: Abnahme der MAHD um -7%) und F5, F7-F9 (übrige Störungen: Abnahme der MAHD um -3%) zeigt die obere Grenze des Konfidenzintervalls einen Schätzwert von +1%.

	Total	KI
ICD-10		
F0	-25	[-30, -19]
F10	-9	[-14, -5]
F11-19	-11	[-17, -4]
F2	-24	[-29, -18]
F3	-9	[-15, -3]
F4	-14	[-19, -10]
F6	-7	[-14, 1]
F5, F7-F9	-3	[-8, 1]

Tabelle 5: Prognoseraster mit Veränderungsdaten der mittleren Aufenthaltsdauer (MAHD) in % (als Mittelwerte, inkl. 95%-Konfidenzintervall; KI) für 2020.

Die Veränderungsdaten für die MAHD der 8 Diagnosegruppen sind ohne Differenzierung für Alter und Geschlecht dargestellt

Absolute Zahlen der MAHD für das Jahr 2009 und 2020 mit Alters- und Geschlechterverteilung sind im Anhang F und G dargestellt.

4.2.3. Zusätzliche prognostische Informationen der Experten

4.2.3.1. Qualitative Prognosen zur Veränderungen von Geschlechter- und Altersverteilungen

Zur zukünftigen Entwicklung der Alters- und Geschlechterverteilung in der psychiatrischen Versorgung konnten die Experten im Fragebogen ebenfalls Stellung nehmen (Frage 17).

6 Experten machten qualitative Prognosen zu Veränderungen der bisherigen Geschlechter- oder Altersverteilung (Details der Antworten im Anhang H).

Beispiele für qualitative Prognosen zur zukünftigen Altersverteilung:

- Diagnosegruppe F10 (Störungen durch Alkohol): „Sucht (insbesondere Medikamente, Alkohol) im Alter (Beginn der Abhängigkeit >50 Jahre) wird ansteigen.“
- Diagnosegruppen F11-F19 (Störungen durch Drogen): „Multipler Substanzgebrauch in der Altersgruppe 18-59 Jahre wird zunehmen.“

Beispiele für qualitative Prognosen zur zukünftigen Geschlechterverteilung:

- Diagnosegruppe F10 (Störungen durch Alkohol): „...erwarteter Ausgleich der Geschlechterverteilung.“
- Diagnosegruppen F3 (affektive Störungen), F4 (neurotische Störungen), F6 (Persönlichkeitsstörungen), F10 (Störungen durch Alkohol): „Generell durch Entstigmatisierung und weibliche Emanzipation Häufigkeitsausgleich zwischen den Geschlechtern zu erwarten, ...“

Beispiele für qualitative Prognose ohne direkten Bezug zur Geschlechter- oder Altersverteilung:

- Diagnosegruppen F2 (Schizophrenie) „Allgemeine Zunahme...“

- Diagnosegruppen F6 (Persönlichkeitsstörungen) „geringe Zunahme durch Konsum von Halluzinogenen...“

Zu den MAHD lagen keine qualitativen Expertenaussagen zu alters- oder geschlechter-spezifischen Veränderungen vor.

4.2.3.2. Spezifische Prognosen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Experte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte, auch nach einer telefonischen Besprechung der Datenlage, keine quantitativen Prognosen zu Hospitalisationsraten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie machen.

Die Prognosen dieses Experten bezogen sich auf geschätzte absolute Patientenzahlen für das Jahr 2020 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Zürich, jeweils für verschiedene ICD-10 Diagnosegruppen (Anhang I).

Aus diesen Angaben liessen sich keine plausiblen quantitativen Prognosen für einzelne Diagnosegruppen berechnen. Über alle Diagnosegruppen zusammengenommen prognostizierte dieser Experte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Steigerung der Hospitalisationsraten bis 2020 von 14.3% (Gesamtzahl Patienten 2009: n=530 [Angabe GD]; prognostizierte Gesamtzahl Patienten 2020: n=606 [Experte]).

4.2.4. Freie Kommentare der Experten

Die Experten hatten im Fragebogen die Möglichkeit freie Kommentare anzubringen. Diese Gelegenheit wurde von 5 Experten mehrheitlich dazu genutzt, ihre abgegebenen quantitativen Prognosen zu begründen (Anhang J).

Hospitalisationsraten

Beispiele von freien Kommentaren zu einzelnen Diagnosegruppen:

Diagnosegruppen F5, F7-F9: Bei den Diagnosegruppen, welche mehrheitlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffen, wurde auf die prognostizierte Steigerung der Hospitalisationsraten eingegangen. Die Experten sprechen hier von einer bisherigen „Unterversorgung“. Ebenfalls wurde von Experten auf die „steigende migrationsbedingte Problematik“

in dieser Gruppe hingewiesen. Das Credo „ambulant vor stationär“ sei laut eines Experten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits umgesetzt.

Bei der Diagnose F10 (Störungen durch Alkohol) nennen die Experten folgende Gründe für den geschätzten Anstieg der Hospitalisationsraten: „Entstigmatisierung und weibliche Emanzipation“, „Zunahme von Sucht im Alter“ und „[weil] viele Alkoholentzugsbehandlungen heute in der Somatik laufen. Mit DRG wird es hier möglicherweise Verschiebungen Richtung Psychiatrie geben“.

Ebenfalls schätzen die Experten aufgrund von „Entstigmatisierung“ und einer tieferen Schwelle der Behandlungsbereitschaft die zukünftige stationäre Inanspruchnahme für F3 (affektive Störungen) höher ein als bisher. Folgende Kommentare wurden dafür angeführt: „Mehr Menschen mit Depression werden Hilfe in Anspruch nehmen. Depression ist eine der häufigen Diagnosen und gleichzeitig die Störung, welche noch zu wenig diagnostiziert und behandelt wird“.

Schliesslich sollen laut Annahmen der Experten die zukünftigen Hospitalisationsraten der Diagnosegruppen F11-F19 (Störungen durch Drogen), F2 (Schizophrenie) und F4 (neurotische Störungen) abnehmen. Die Begründungen dafür sind der „Ausbau von tagesklinischen Drogenentzügen“, „intensives Case Management“ und generell vermehrt primär ambulant zu behandelnde Erkrankungen (wie z.B. Angststörung).

Durchschnittliche Aufenthaltsdauern (MAHD)

Zwei Experten äusserten freie Kommentare zu den MAHD.

Gründe für die geschätzte Senkung der MAHD werden zusammenfassend in der „Ambulantisierung“, der „Integrierten Versorgung“ und auf Grund von „effizienteren Behandlungsprogrammen“ gesehen.

5. Diskussion

Die Prognosen der Experten für die Hospitalisationsraten zwischen 2009 und 2020 zeigen für die einzelnen Diagnosegruppen unterschiedliche Tendenzen. Die Experten prognostizieren rückläufige Hospitalisationsraten zwischen 1.5% und 4.3% bei den Diagnosegruppen F11-F19 (Störungen durch Drogen), F2 (Schizophrenie) und F4 (neurotische Störungen). Bei allen anderen Diagnosegruppen werden die Hospitalisationsraten laut Expertenprognosen zwischen 4.9% (F0, organische Störungen) und 12.5% (F5, F7-F9, übrige Störungen; überwiegend Störungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie) ansteigen.

Die Experten prognostizieren bei allen Diagnosegruppen sinkende durchschnittliche Aufenthaltsdauern. Diese Einschätzung folgt der Entwicklung in den letzten Jahren in der Schweiz.^{4 17}

Die qualitativen Prognosen zur Alters- und Geschlechterverteilung präsentieren sich zusammengefasst folgendermassen: Ein Ausgleich der Geschlechterverteilung wird für die Diagnosegruppen F10 (Störungen durch Alkohol), F3 (affektive Störungen), F4 (neurotische Störungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) vorhergesagt. Für die Diagnosegruppe F10 hat ein Experte einen Anstieg der Hospitalisationsraten bei den über 50-jährigen Personen prognostiziert.

5.1. Methodische Stärken und Limitationen der Studie

Als methodische Stärke unserer Studie sehen wir die strukturierte Befragung der Experten anhand eines modifizierten Delphi-Verfahrens zur Ermittlung der Prognosen. Mit diesem Verfahren konnten wir innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens aussagekräftige quantitative Prognosezahlen erhalten. Diese wurden in einem ersten Schritt, unbeeinflusst von der Gesamtexpertengruppe, erhoben und in einem zweiten Schritt, in Kenntnis der Gruppenprognose, von den Experten bei Bedarf individuell angepasst. Dabei wurde auf eine Anonymisierung der Expertenprognosen geachtet, um einen allfälligen Bias durch einen zu starken Einfluss von Opinionleaders auf die Prognosenbildung zu vermeiden. Unser Vorgehen führte zu einer nachweislichen Homogenisierung des Meinungsbildes mit einem relativ hohen Konsensniveau.

Die einzelnen Fragen im eingesetzten Fragebogen waren klar formuliert, die Struktur wiederkehrend und liess somit wenig Missverständnisse zu. Ebenfalls erhoben wir nicht mehrere Kriterien in einer Frage gleichzeitig (z.B. die Hospitalisationsrate bei 18-59-jährigen

Frauen). Die Aufteilung in mehrere Fragen wurde gewählt, da bei der Evaluation der „Bedarfsprognose Psychiatrie“ im Jahre 2004 einige damals involvierte Experten vermerkten, dass das detaillierte Abschätzen des Bedarfes für jede einzelne Alters- und Geschlechtsgruppe als zu komplex empfunden wurde.

Vereinzelt wurde während der Befragung der Wunsch nach einem Hearing geäußert. Eine konkrete Nachfrage bei allen Experten zeigte jedoch wenig konkreten Bedarf. 2 von 11 Experten haben geantwortet und Interesse bekundet, sofern ein Hearing stattfinden sollte. Aus diesem Grund haben wir entschieden, kein zusätzliches Hearing durchzuführen. Eine angebotene Möglichkeit, dem Projektteam per Telefon oder Mail noch Kommentare zum Ergebnis der quantitativen Prognosen zukommen zulassen, ergab keinen neuen Input von Seiten der Experten. Auch dies deuten wir als relativ hohes Konsensniveau bezogen auf die quantitativen Prognosen aus den Delphi-Befragungen.

Unsere Studie hat verschiedene methodische Limitationen:

Erstens wurde die Vorgabe der Auftraggeberin, demografische, epidemiologische und ökonomische Entwicklungen der nächsten Jahre für die Prognoseerstellung auszublen- den, von den Experten als herausfordernd bis teilweise nur schwer umsetzbar angesehen. So ist nicht auszuschliessen, dass der bereits vorhandene ökonomische Druck auf die stationären Versorgungseinrichtungen die Prognosen in einzelnen Bereichen, z.B. bei den MAHD, mitbeeinflusst haben. Gerade weil die Experten Ihr Know-how aus der Ver- sorgungslandschaft einbringen sollten, in der sie unweigerlich jeden Tag mit den oben genannten Umgebungsfaktoren konfrontiert sind und sich ihre Prognoseerstellung auch auf konkrete Patientenbegegnungen abstützt, fällt eine Auftrennung der verschiedenen Faktoren schwer.

Zweitens sind 7 von 11 Experten gleichzeitig Leistungserbringer, welche direkt von der Psychiatrieplanung 2012 im Kanton Zürich betroffen sein werden. Es besteht daher die Möglichkeit, dass Eigeninteressen in die Prognosen eingeflossen sind. Wir haben ver- sucht, diesem möglichen Bias mit folgenden methodischen Schritten entgegenzuwirken: Durchmischung der Experten durch verschiedene Auswahlkriterien; Möglichkeit einer „Prognosekorrektur“ bei stark abweichenden Einschätzungen in der 2. Befragungsrunde unter dem Eindruck der Ergebnisse aus der 1. Befragungsrunde.

Drittens waren die Prognosen des Experten für Kinder- und Jugendpsychiatrie nur bedingt auswertbar. Allerdings liegt die Gesamtprognose für die Hospitalisationsraten in diesem

Bereich nahe bei den Prognosen der anderen 10 Experten (+14.3% vs. +12.5%), was die Plausibilität dieser Ergebnisse unterstreicht.

Schliesslich ist eine externe Plausibilisierung der Expertenprognosen durch Literaturdaten aus dem Schweizerischen Kontext aufgrund der bescheidenen Datenlage nur begrenzt möglich.

5.2. Implikationen für die Psychiatrieplanung

Nach unserer Ansicht liefert die vorliegende Studie plausible quantitative Prognosen für die vorgegebenen 8 Diagnosegruppen.

Neben solchen Expertenprognosen zur zukünftigen Inanspruchnahme, werden gesundheitspolitische Entscheide, wie z.B. die Psychiatrieplanung 2012 im Kanton Zürich, jedoch noch von vielen anderen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen unter anderem ökonomische Vorgaben (z.B. Budgetgrenzen des Parlaments) und juristische Rahmenbedingungen (z.B. im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes). Präferenzen der Bürger und Patienten (z.B. unbedingter Wunsch nach wohnortnaher Versorgung oder eher nach hoher Behandlungsqualität in noch zumutbarer Entfernung vom Wohnort) können ebenfalls Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheide haben. Zusätzliche kulturelle Aspekte (z.B. höherer Bedarf an transkultureller Kompetenz in den Behandlungseinrichtungen aufgrund vermehrter Migration) werden zunehmend an Einfluss gewinnen. Abbildung 3 zeigt einige solcher wichtigen Einflussfaktoren, die eine Gesundheitsbehörde bei Planungsentscheiden zu beachten hat. Die hier aufgeführten Beispiele sind nicht abschliessend.

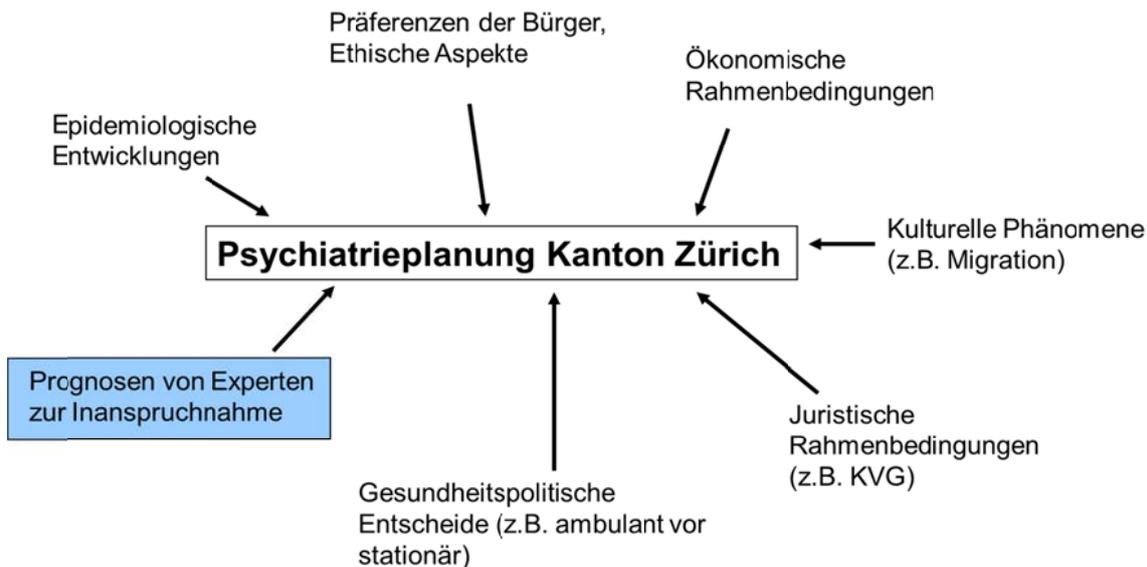


Abbildung 3: Kontext Psychiatrieplanung 2012 Kanton Zürich

Neben all diesen Einflussfaktoren spielen Expertenbefragungen jedoch weiterhin eine wichtige Rolle bei gesundheitspolitischen Entscheiden. Nach unserer Meinung können bei sorgfältiger Planung der Expertenauswahl und geeignetem methodischem Vorgehen, trotz möglicher Befangenheit einiger befragten Personen, durchaus belastbare Prognosedaten gewonnen werden. Neben den erwähnten Einflussgrößen sind solche Prognosedaten ein Element der datenbasierten und bedarfsgerechten Versorgungsplanung im stationären Bereich.

5.3. Schlussfolgerung

Die Expertenbefragung nach dem modifizierten Delphi-Verfahren liefert plausible Daten, welche im Kontext mit anderen Einflussfaktoren eine Entscheidungsgrundlage für die Psychiatrieplanung bis 2020 darstellen können.

Laut Expertenschätzungen werden bis 2020 die Hospitalisationsraten für 5 von 8 psychiatrische Diagnosegruppen steigen, während die Aufenthaltsdauern allgemein sinken.

6. Anhang

Anhang A: Expertenauswahl mit Checkliste für Auswahlkriterien (alphabetisch geordnet)

Code Nr.	Name Experte	Institution	Publiziert VF	Stammklinik	Rechtsträger öffentlich	KT ZH	Spezialist (bezgl. F Diagn.)	Stationär	Aktiv in Verband
1	Wulf Rössler	PUK ZH	X	X	X	X		X	X
2	Andreas Andreae	IPW		X	X	X		X	
3	Susanne Walitza	KJPD ZH			X	X	X KJP	X	
4	Hans-Joachim Haug	Clenia		X		X	X F0	X	X
5	René Bridler	Kilchberg	X	X		X		X	X
6	Monika Ridinger	Forel Klinik				X	X F10	X	
7	Holger Hoffmann	UPD Bern	X		X			X	X
8	Hans-Christian Kuhl	UPK Basel, Obsan	X						
9	Christian Bernath	Psychiatr. Praxis				X			X
10	Nicole Weber	Pro mente sana	?						X
11	Urs Hepp	EPD Aargau					X PTSD, F64, Suizid		

Anhang B: Begleitbrief zu Fragebogen 1 für die Expertenbefragung

Umfrage zur zukünftigen psychiatrischen Hospitalisationsrate und -dauer

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für das konstruktive Telefonat.

Wie angekündigt, senden wir Ihnen nun gerne den Fragebogen zum Thema „zukünftige psychiatrische Hospitalisationsrate und -dauer“ zu.

Wir vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften erstellen eine Studie zur Entwicklung der Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen im Kanton Zürich unter Berücksichtigung der Substitution stationärer Versorgung mit ausserstationären Angeboten für den Zeithorizont bis ins Jahr 2020.

Die Auftraggeberin der Studie ist die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Die Daten fließen in die zukünftige Psychiatrieplanung ein, wo es unter anderem auch darum geht, welcher Bedarf an stationären Leistungen wie gedeckt werden sollte.

Um diese Prognose möglichst umfassend und exakt erstellen zu können, schreiben wir Sie und andere Schweizer Expertinnen und Experten aus dem Fachbereich Psychiatrie an. Wir möchten Sie mit diesem Fragebogen um Ihre persönlichen Einschätzungen zum Thema bitten.

Um ein möglichst umfassendes und aussagekräftiges Bild der Entwicklungen in den kommenden Jahren zu erhalten, ist jeder retournierte Fragebogen wichtig.

Ablauf der Befragung und Datenauswertung

Es handelt sich bei dieser Befragung um ein modifiziertes Delphi-Verfahren. Das heisst, die anonymisierten Gesamtergebnisse aus der ersten Befragung werden an Sie als befragte Experten zurückgespiegelt, um dann Ihre Feedbacks zu den Daten aus der 1. Runde einzuholen.

Ablauf:

- Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen (1. Runde) aus und beantworten Sie alle Fragen (Zeitaufwand etwa 20 Minuten)
- Senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bis zum **Mittwoch, 24. November 2010** zurück.
- Danach folgt die Auswertung im WIG. Durchschnittswerte und Abweichungen werden berechnet.
- Erneute Zusendung des Fragebogens Anfang Dezember (2. Runde). Zusätzlich die Durchschnittswerte und Abweichungen der anonymisierten Gruppenresultate und im Vergleich dazu Ihre eigenen Einschätzungen aus der 1. Runde. Wir bitten Sie dann den Fragebogen nochmals auszufüllen, nun aber mit dem Wissen der Gesamtwerte der 1. Runde. Rücksendung des Fragebogens der 2. Runde bitte bis **Mittwoch, 8. Dezember 2010**.

Fortsetzung Anhang B: Begleitbrief zu Fragebogen 1 für die Expertenbefragung

- Wiederholte Auswertung im WIG. Ende der Befragung.
- Zusendung der Endresultate an Sie als befragte Experten

Wir hoffen auf Ihr Verständnis für das straffe Zeitgerüst. Dies hat einerseits methodische Gründe und andererseits möchten wir Ihre vorweihnachtliche Zeit nicht zusätzlich strapazieren.

Bei eventuellen Rückfragen können Sie sich gerne an uns wenden:

Dr. med. Klaus Eichler, MPH, Leiter Versorgungsforschung (eich@zhaw.ch; Tel: 058 934 78 59, Fax 058 935 78 59)

Sascha Hess, MNS, Wissenschaftliche Mitarbeiterin (hessa@zhaw.ch; Tel: 058 934 66 51, Fax 058 935 66 51)

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!



Dr. med. K. Eichler, MPH
Leiter Versorgungsforschung



S. Hess, MNS
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Beilage: Fragebogen

Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

Psychiatrieplanung 2012

Expertenbefragung zur Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung im Kanton Zürich

Version 2010_11_16

FRAGEBOGEN 1

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens:

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf die psychiatrische Versorgung ausschliesslich in den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich. Es geht jeweils um Prognosen von Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern für verschiedene F-Diagnosegruppen. Die F-Diagnosegruppen beziehen sich immer auf die Hauptdiagnose.

Wichtig: Bitte demografische², epidemiologische³ oder ökonomische⁴ Entwicklungen der nächsten Jahre ausblenden. Diese werden im Prognosemodell der GD an anderer Stelle berücksichtigt und dürfen nicht doppelt einfließen.

→ Nur die Veränderung von Hospitalisationsraten (oder Aufenthaltsdauern) durch veränderte Behandlungskonzepte (z.B. wegen Empfehlungen von Fachgesellschaften zu früherer ambulanter/teilstationärer Behandlung) soll Einfluss finden für Ihre Prognosen.

Unverbindliches Beispiel: Für die Diagnosegruppe F0 (u. a. Demenzformen) erwartet man allgemein eine Zunahme der Hospitalisationsraten, aber v.a. aufgrund der demografischen Entwicklung, weil es mehr ältere Personen geben wird. Jedoch dürfte die Wahrscheinlichkeit hospitalisiert zu werden für Personen 60+ mit Demenzerkrankung vermutlich nicht zunehmen: Ähnliches dürfte auch für jüngere Personen mit Demenzerkrankung gelten.

Falls Sie als Experte/ Expertin zum gleichen Schluss kommen sollten, wäre bei Ausblendung der demografischen Veränderungen somit die prognostizierte Hospitalisationsrate bei F0 im Jahr 2020 gleich hoch wie in 2009 (letzte von uns angegebene Vergleichszahl).

² (z.B. mehr ältere Personen)

³ (z.B. eventuell mehr Alkoholerkrankte in der Bevölkerung)

⁴ (z.B. DRG)

Fortsetzung Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

Daten zur bisherigen stationären Inanspruchnahme Psychiatrie:

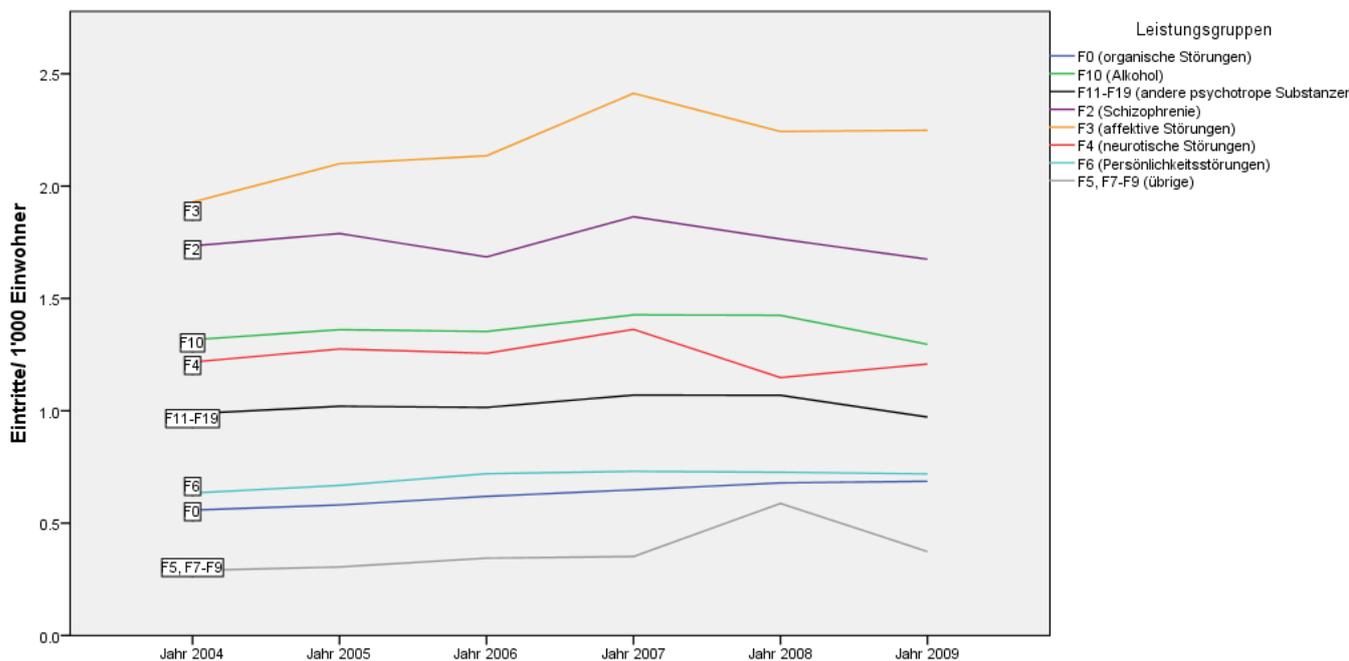


Abbildung 1: Hospitalisationsraten (Psychiatrie, stationär) im Kanton Zürich

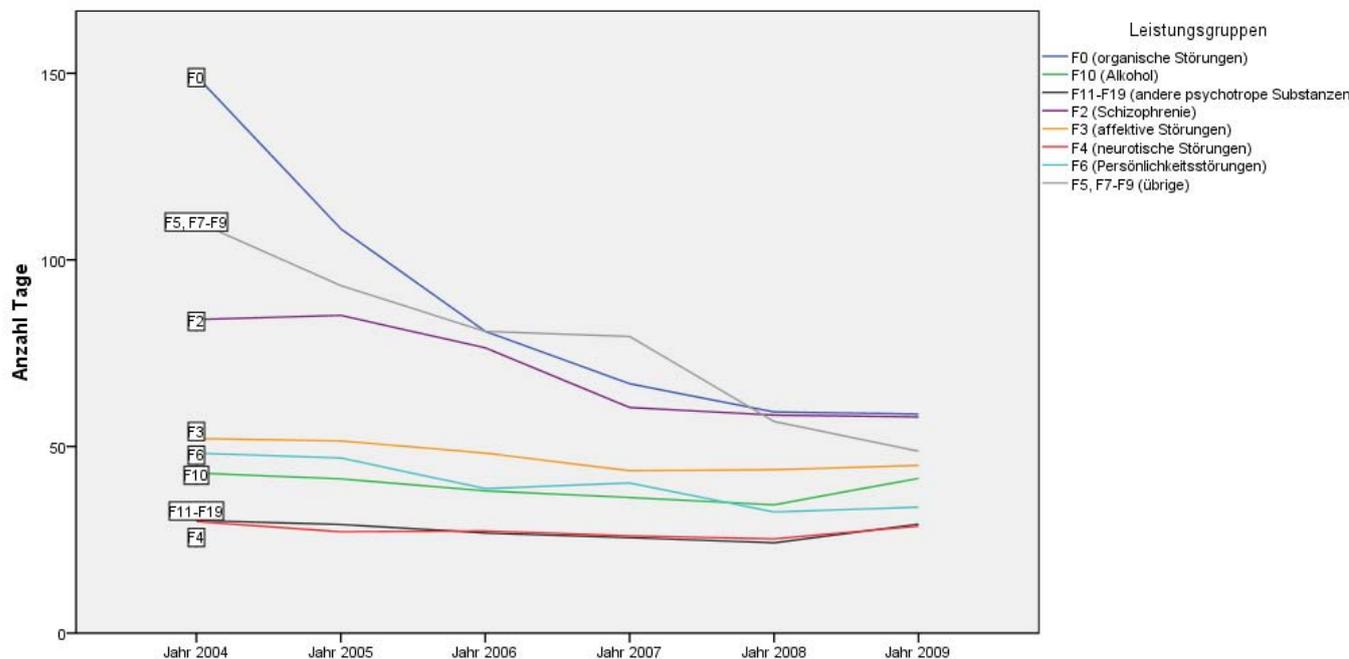


Abbildung 2: Durchschnittliche Aufenthaltsdauern (Psychiatrie, stationär) im Kanton Zürich (inkl. Patienten, welche >1 Jahr hospitalisiert waren)

Fortsetzung Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

→ Bitte tragen Sie als Antwort nur absolute Zahlen und keinen Text ein.

Unverbindliches Beispiel für die Hospitalisationsrate bei Fx:

(Hospitalisationsrate = Anzahl Eintritte pro 1'000 Einwohner pro Jahr)

	2020	0.45 (min 0.30 ; max 0.52)
--	-------------	-----------------------------------

F0 Organische psychische Störungen

1. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F0 (Organische psychische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	0.56
	2006	0.62
	2009	0.69
	2020	_____ (min _____ ; max _____)

2. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F0 (Organische psychische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	149
	2006	81
	2009	59
	2020	_____ (min _____ ; max _____)

F10 Psychische Störungen durch Alkohol

3. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F10 (Psychische Störungen durch Alkohol) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	1.32
	2006	1.35
	2009	1.43
	2020	_____ (min _____ ; max _____)

4. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F10 (Psychische Störungen durch Alkohol) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	43
	2006	38
	2009	41
	2020	_____ (min _____ ; max _____)

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

Fortsetzung Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

F11-19 Psychische Störungen durch andere psychotrope Substanzen

5. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F11-19 (Psychische Störungen durch andere psychotrope Substanzen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	0.99
	2006	1.02
	2009	1.07
	2020	_____ (min____; max____)

6. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F11-19 (Psychische Störungen durch andere psychotrope Substanzen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	30
	2006	27
	2009	29
	2020	_____ (min____; max____)

F2 Schizophrenie

7. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	1.73
	2006	1.69
	2009	1.68
	2020	_____ (min____; max____)

8. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	84
	2006	76
	2009	58
	2020	_____ (min____; max____)

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

Fortsetzung Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

F3 Affektive Störungen

9. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F3 (Affektive Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	1.93
	2006	2.14
	2009	2.25
	2020	_____ (min_____ ; max_____)

10. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F3 (Affektive Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	52
	2006	48
	2009	45
	2020	_____ (min_____ ; max_____)

F4 Neurotische Störungen

11. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F4 (Neurotische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	1.22
	2006	1.26
	2009	1.21
	2020	_____ (min_____ ; max_____)

12. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F4 (Neurotische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	30
	2006	27
	2009	29
	2020	_____ (min_____ ; max_____)

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

Fortsetzung Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

F6 Persönlichkeitsstörungen

13. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F6 (Persönlichkeitsstörungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	0.63
	2006	0.72
	2009	0.72
	2020	_____ (min____; max____)

14. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F6 (Persönlichkeitsstörungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	48
	2006	39
	2009	34
	2020	_____ (min____; max____)

F5, 7-9 alle übrigen Diagnosegruppen

15. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 für alle übrigen Diagnosegruppen (F5, 7-9, z.B. psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (Mittelwert)
	2004	0.29
	2006	0.34
	2009	0.37
	2020	_____ (min____; max____)

16. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 für alle übrigen Diagnosegruppen (F5, 7-9, z.B. psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär; Mittelwert)
	2004	110
	2006	81
	2009	49
	2020	_____ (min____; max____)

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

Fortsetzung Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

Alters- und Geschlechtsverteilung von psychiatrischen Erkrankungen

17. Glauben Sie, dass sich die bisherige spezifische Geschlechts- und Altersverteilung (bezogen auf die Altersgruppen: 0-17/ 18-59/ 60+ Jahre) in einer der Diagnosegruppen bis 2020 im Kanton Zürich relevant verändern wird?

Ja Nein (Bitte erwartete rein demografische Veränderungen der Gesamtbevölkerung ausblenden!)

Falls ja, welche Diagnosegruppe und wie? _____

Als Orientierung können ihnen die beiden folgenden Abbildungen dienen:

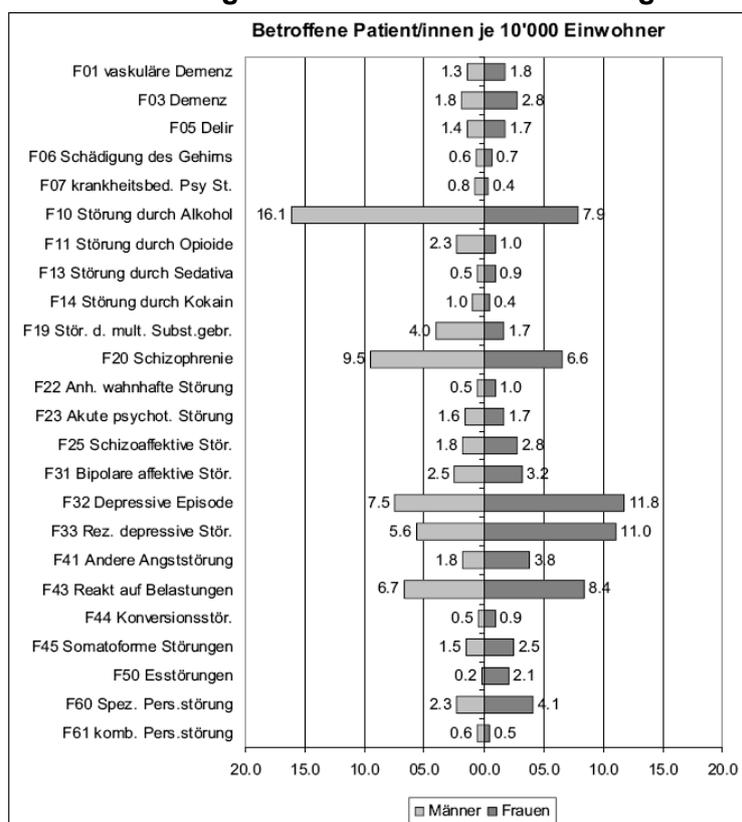


Abbildung 4: Stationäre Behandlungsprävalenz getrennt nach Geschlecht, ganze Schweiz 2004 (Quelle: Obsan, Arbeitsdokument 28)

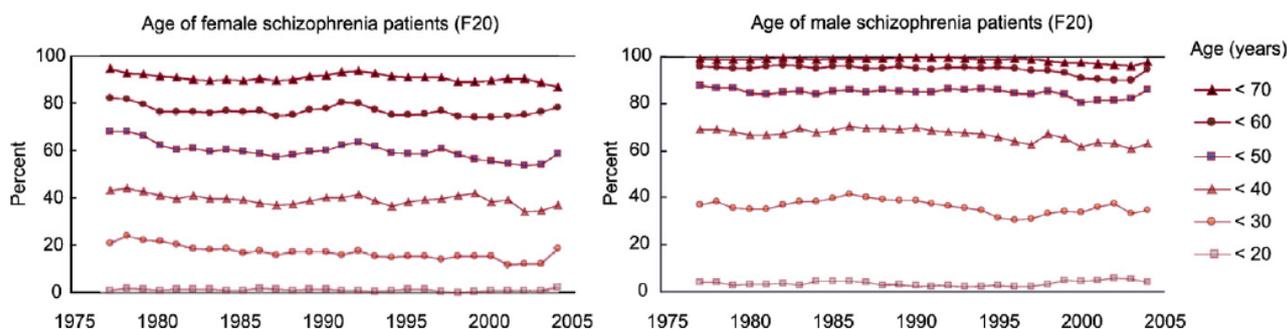


Abbildung 5: Beispiel für Altersverteilung von Frauen und Männern (Diagnose Schizophrenie; 1975 - 2005, Kanton Zürich) (Quelle: Lay et al.: Schizophrenia Research 2007; 97:68-78)

Fortsetzung Anhang C: Fragebogen 1 für Expertenbefragung

18. Kennen Sie Literatur aus dem In- und Ausland, welche für die Beantwortung der obigen Fragen hilfreich sein könnte?

Ja Nein

Falls Ja, welche? _____

19. Fall Sie freie Kommentare anbringen möchten, können Sie diese hier platzieren:

 Ihr Name: _____

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme.

Die Daten werden nun am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ausgewertet. Die anonymisierten Gesamtergebnisse aller Experten werden Anfang Dezember an Sie versendet für Ihre erneute Einschätzung anhand der Ergebnisse aus der ersten Runde.

Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

Psychiatrieplanung 2012

Expertenbefragung zur Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung im Kanton Zürich

Version 2010_12_01

FRAGEBOGEN 2

Herzlichen Dank für das Ausfüllen von Fragebogen 1. Wir haben Ihre Angaben ausgewertet.

Ihre Min. und Max. Prognosen sind nicht mehr Gegenstand dieses 2. Fragebogens. Diese werden als Zusatzinformationen in die Gesamtauswertung einfließen. Ihre vielen nützlichen Kommentare werden ebenfalls in den Schlussbericht aufgenommen.

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens

NEU für Fragebogen 2:

Die Grundstruktur ist identisch mit Fragebogen 1. Neu sehen Sie nun bei jeder F-Diagnosegruppe den Mittelwert der Prognosen von 10 Expertinnen und Experten aus Fragebogen 1. Diesen Wert können Sie mit Ihrer eigenen Prognose aus dem Fragebogen 1 vergleichen.

Im Anhang finden Sie jeweils die Verteilung aller Expertenangaben, einschliesslich Ihrer eigenen, grafisch dargestellt. Die vertikale Linie stellt den Mittelwert der Prognosen dar.

→ Tragen Sie nun, in Kenntnis der Prognosen der anderen Experten und Expertinnen, in jedem grauen Kästchen „Ihre erneute Prognose“ ein. Sie können allfällige Korrekturen der Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern für 2020 anbringen oder Ihre Prognose aus FB1 bestätigen.

Identisch mit Fragebogen 1:

Alle folgenden Fragen beziehen sich auf die psychiatrische Versorgung ausschliesslich in den psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich. Es geht jeweils um Prognosen von Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern für verschiedene F-Diagnosegruppen. Die F-Diagnosegruppen beziehen sich immer auf die Hauptdiagnose.

Wichtig: Bitte demografische⁵, epidemiologische⁶ oder ökonomische⁷ Entwicklungen der nächsten Jahre ausblenden. Diese werden im Prognosemodell der GD an anderer Stelle berücksichtigt und dürfen nicht doppelt einfließen.

→ Nur die Veränderung von Hospitalisationsraten (oder Aufenthaltsdauern) durch veränderte Behandlungskonzepte (z.B. wegen Empfehlungen von Fachgesellschaften zu früherer ambulanter/teilstationärer Behandlung) soll Einfluss finden für Ihre Prognosen.

⁵ (z.B. mehr ältere Personen)

⁶ (z.B. eventuell mehr Alkoholerkrankte in der Bevölkerung)

⁷ (z.B. DRG)

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

Daten zur bisherigen stationären Inanspruchnahme Psychiatrie:

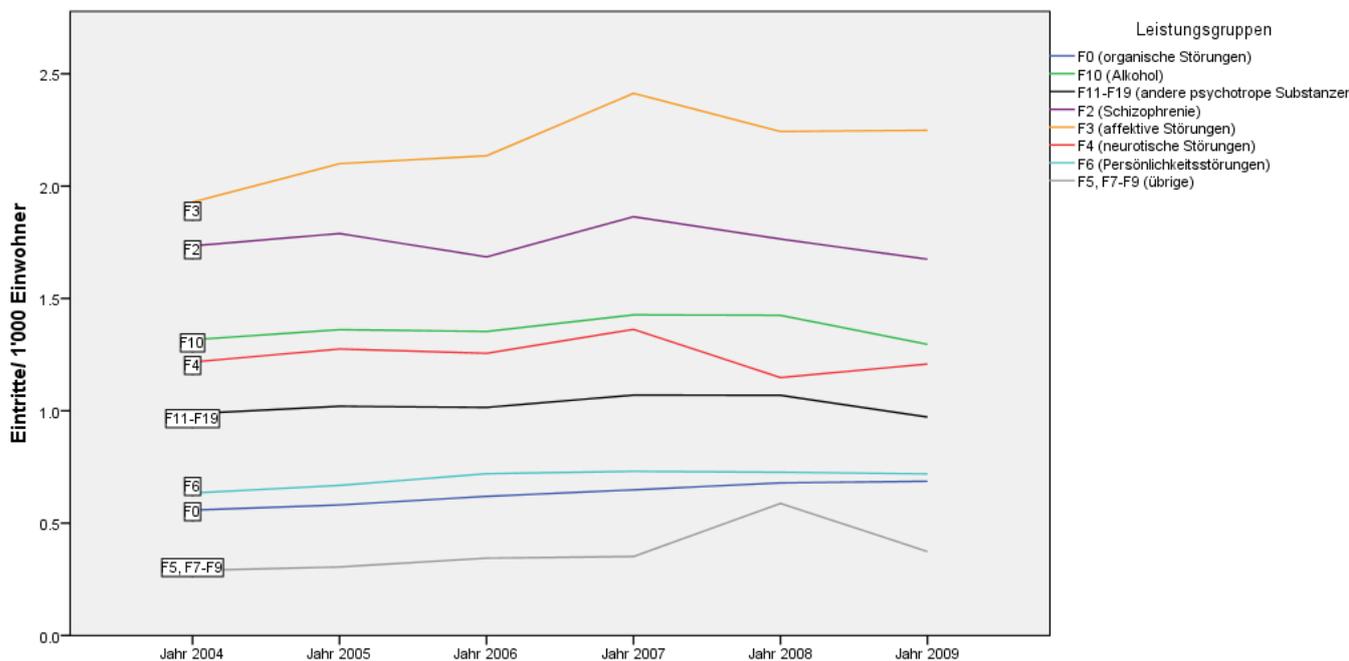


Abbildung 1: Hospitalisationsraten (Psychiatrie, stationär) im Kanton Zürich

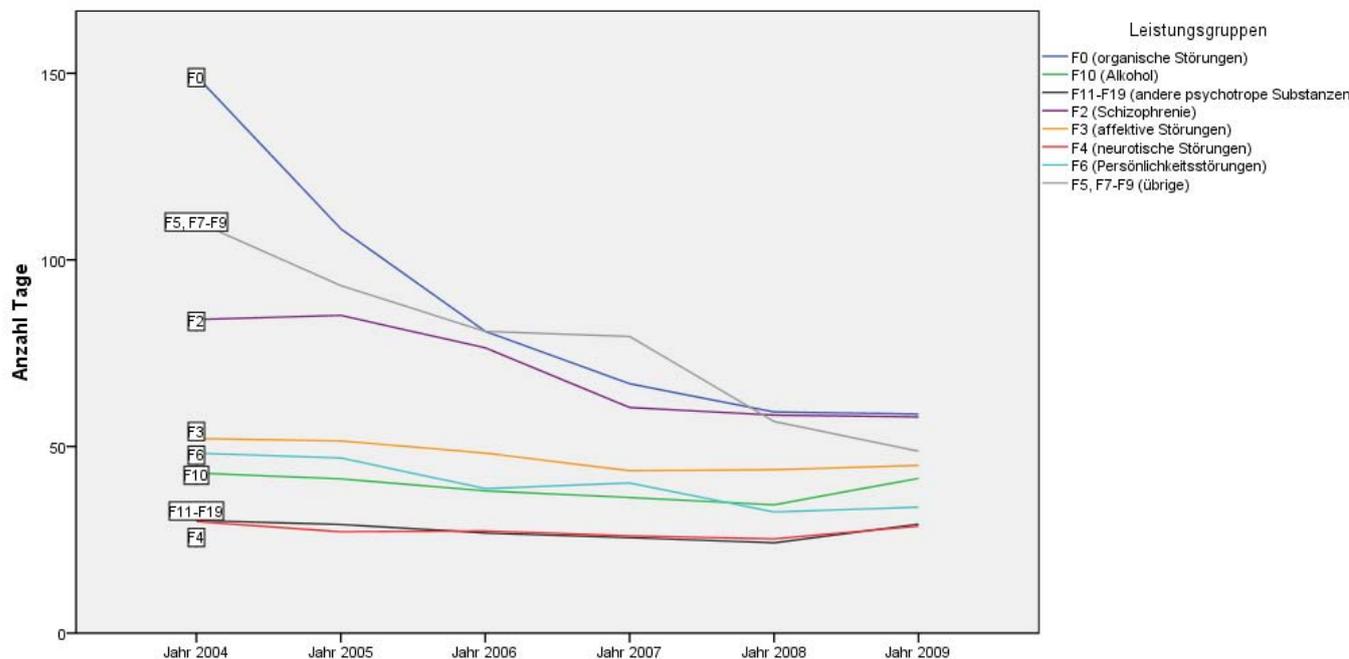


Abbildung 2: Durchschnittliche Aufenthaltsdauern (Psychiatrie, stationär) im Kanton Zürich (inkl. Patienten, welche >1 Jahr hospitalisiert waren)

Fragebogen 2: xy./Expertennummer 0

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

F0 Organische psychische Störungen

1. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F0 (Organische psychische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	0.56	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 0.72 (SD:0.08)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	0.62		
	2009	0.69		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

2. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F0 (Organische psychische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	149	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 44 (SD:9.1)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	81		
	2009	59		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

F10 Psychische Störungen durch Alkohol

3. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F10 (Psychische Störungen durch Alkohol) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	1.32	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 1.49 (SD:0.16)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	1.35		
	2009	1.43		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

4. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F10 (Psychische Störungen durch Alkohol) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	43	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 38 (SD:3.6)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	38		
	2009	41		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

MW = Mittelwert/ FB1= Fragebogen 1/ SD= Standardabweichung

Fragebogen 2: xy./ Expertenummer 0

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

F11-19 Psychische Störungen durch andere psychotrope Substanzen

5. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F11-19 (Psychische Störungen durch andere psychotrope Substanzen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	0.99	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 1.03 (SD:0.14)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	1.02		
	2009	1.07		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

6. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F11-19 (Psychische Störungen durch andere psychotrope Substanzen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	30	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 26 (SD:3.15)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	27		
	2009	29		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

F2 Schizophrenie

7. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	1.73	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 1.59 (SD:0.17)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	1.69		
	2009	1.68		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

8. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	84	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 46 (SD:4.76)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	76		
	2009	58		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

Fragebogen 2: xy./Expertennummer 0

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

F3 Affektive Störungen

9. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F3 (Affektive Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	1.93	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 2.51 (SD:0.3)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	2.14		
	2009	2.25		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

10. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F3 (Affektive Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	52	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 41 (SD:7)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	48		
	2009	45		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

F4 Neurotische Störungen

11. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F4 (Neurotische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	1.22	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 1.15 (SD:0.12)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	1.26		
	2009	1.21		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

12. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F4 (Neurotische Störungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	30	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 25 (SD:3.85)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	27		
	2009	29		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

Fragebogen 2: xy./ Expertenummer 0

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

F6 Persönlichkeitsstörungen

13. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F6 (Persönlichkeitsstörungen) für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	0.63	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 0.77 (SD:0.12)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	0.72		
	2009	0.72		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

14. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 in der Diagnosegruppe F6 (Persönlichkeitsstörungen) für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	48	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 32 (SD:4.37)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	39		
	2009	34		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

F5, F7-F9 alle übrigen Diagnosegruppen

15. Welche Hospitalisationsrate erwarten Sie im Jahr 2020 für alle übrigen Diagnosegruppen F5, F7-F9 für den Kanton ZH?	Jahr	Eintritte pro 1'000 Einwohner (MW)	Eintritte pro 1'000 Einwohner	Eintritte pro 1'000 Einwohner
	2004	0.29	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 0.42 (SD:0.07)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	0.34		
	2009	0.37		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

16. Welche mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) erwarten Sie im Jahr 2020 für alle übrigen Diagnosegruppen F5, F7-F9 für den Kanton ZH?	Jahr	MAHD (Tage stationär, MW)	MAHD (Tage stationär)	MAHD (Tage stationär)
	2004	110	Mittelwert aller Prognosen aus FB1: 47 (SD:4.47)	Ihre Prognose aus FB1: (MW)
	2006	81		
	2009	49		
	2020	Ihre erneute Prognose: _____		

(→ weitere Fragen auf der nächsten Seite)

Fragebogen 2: xy./ Expertenummer 0

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

Alters- und Geschlechtsverteilung von psychiatrischen Erkrankungen

17. Glauben Sie, dass sich die bisherige spezifische Geschlechts- und Altersverteilung (bezogen auf die Altersgruppen: 0-17/ 18-59/ 60+ Jahre) in einer der Diagnosegruppen bis 2020 im Kanton Zürich relevant verändern wird?

Ja Nein (Bitte erwartete rein demografische Veränderungen der Gesamtbevölkerung ausblenden!)

Falls ja, welche Diagnosegruppe und wie? _____

Als Orientierung können Ihnen die beiden folgenden Abbildungen dienen:

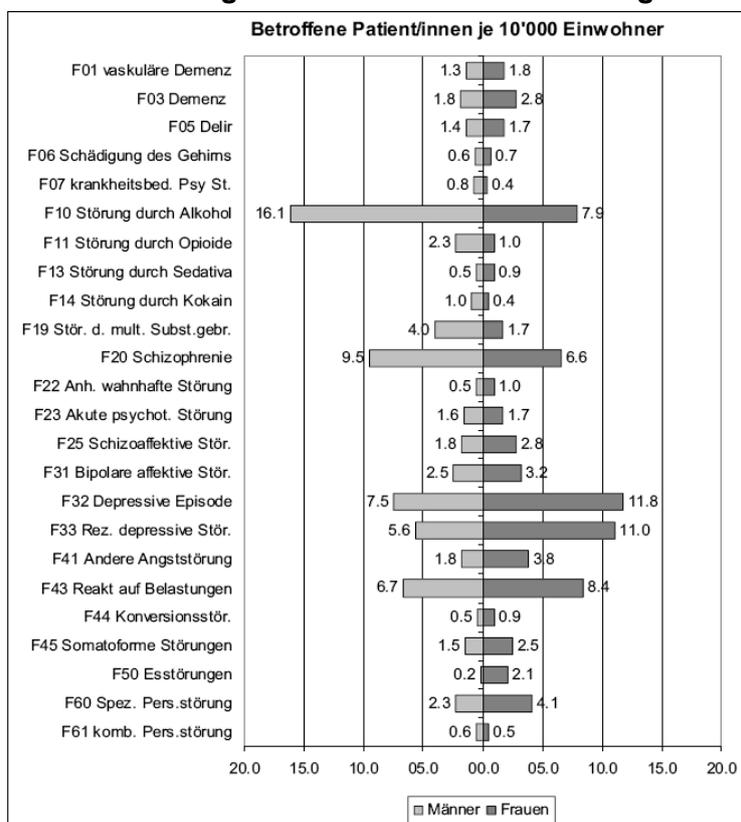


Abbildung 4: Stationäre Behandlungsprävalenz getrennt nach Geschlecht, ganze Schweiz 2004 (Quelle: Obsan, Arbeitsdokument 28)

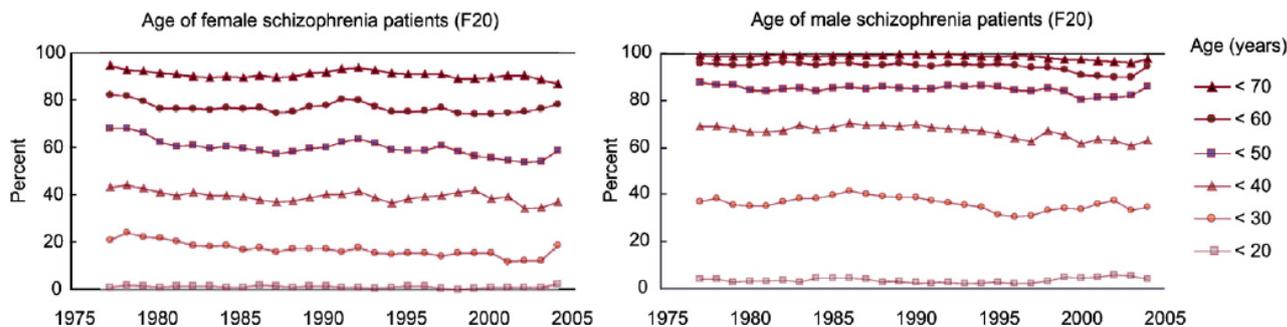


Abbildung 5: Beispiel für Altersverteilung von Frauen und Männern (Diagnose Schizophrenie; 1975 - 2005, Kanton Zürich) (Quelle: Lay et al.: Schizophrenia Research 2007; 97:68-78)

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

18. Kennen Sie Literatur aus dem In- und Ausland, welche für die Beantwortung der obigen Fragen hilfreich sein könnte?

Ja Nein

Falls Ja, welche? _____

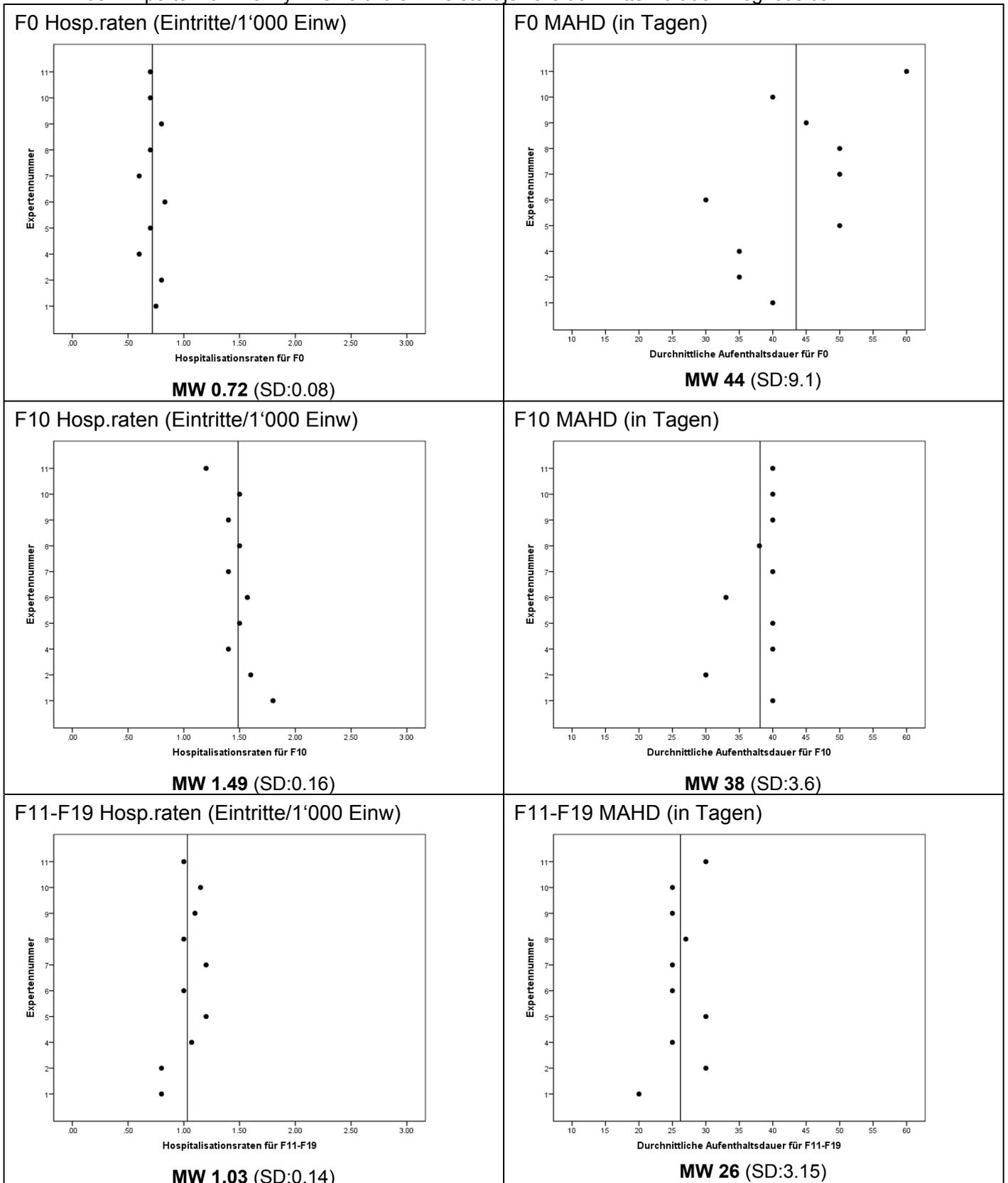
19. Falls Sie freie Kommentare anbringen möchten, können Sie diese hier platzieren:

Vielen herzlichen Dank für Ihre erneute Einschätzung

Fragebogen 2: xy./ Expertennummer 0

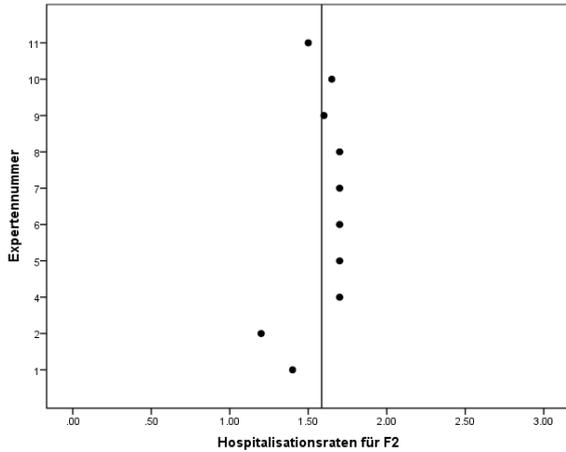
Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

Anhang: Verteilung aller geschätzten Prognosen für das Jahr 2020 aus FB1. Sie haben Expertennummer xy. Die vertikale Linie stellt jeweils den Mittelwert der Prognose dar.



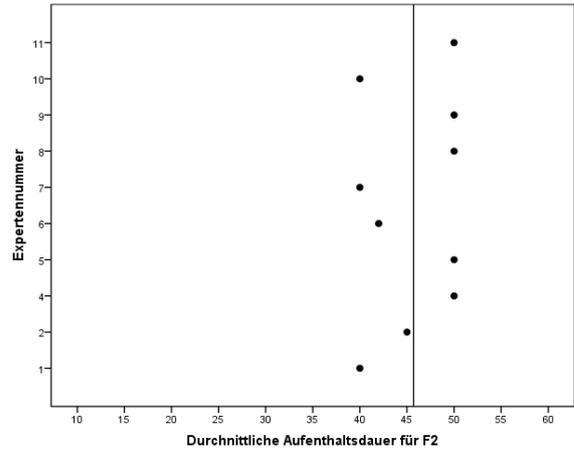
Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung

F2 Hosp.raten (Eintritte/1'000 Einw)



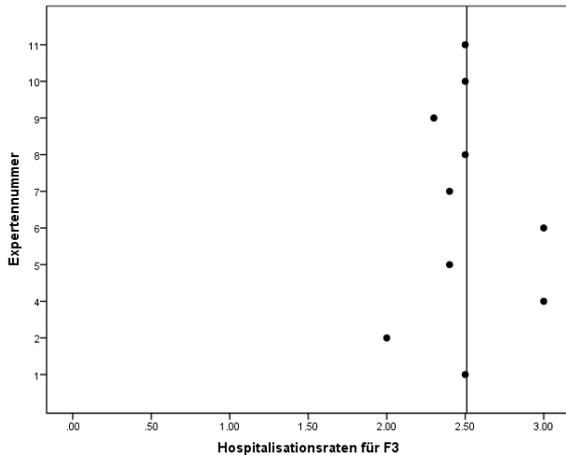
MW 1.59 (SD:0.17)

F2 MAHD (in Tagen)



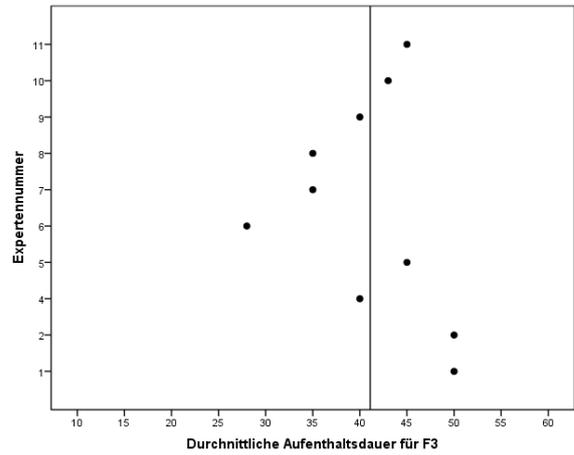
MW 46 (SD:4.76)

F3 Hosp.raten (Eintritte/1'000 Einw)



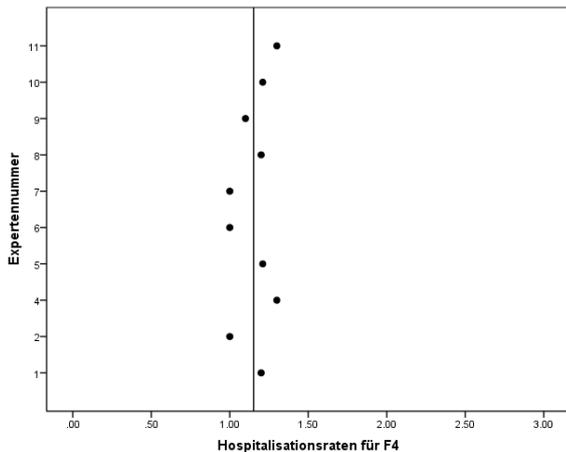
MW 2.51 (SD:0.3)

F3 MAHD (in Tagen)



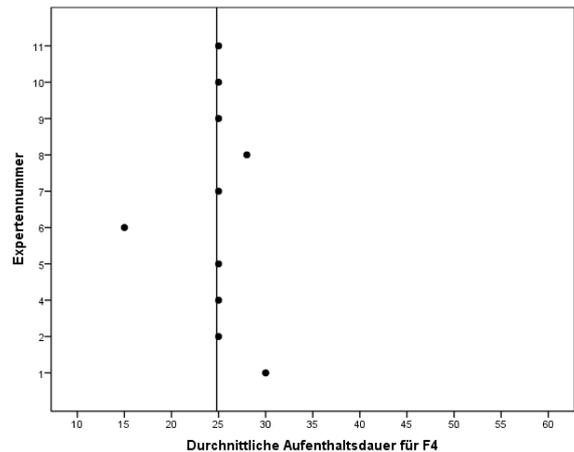
MW 41 (SD:7)

F4 Hosp.raten (Eintritte/1'000 Einw)



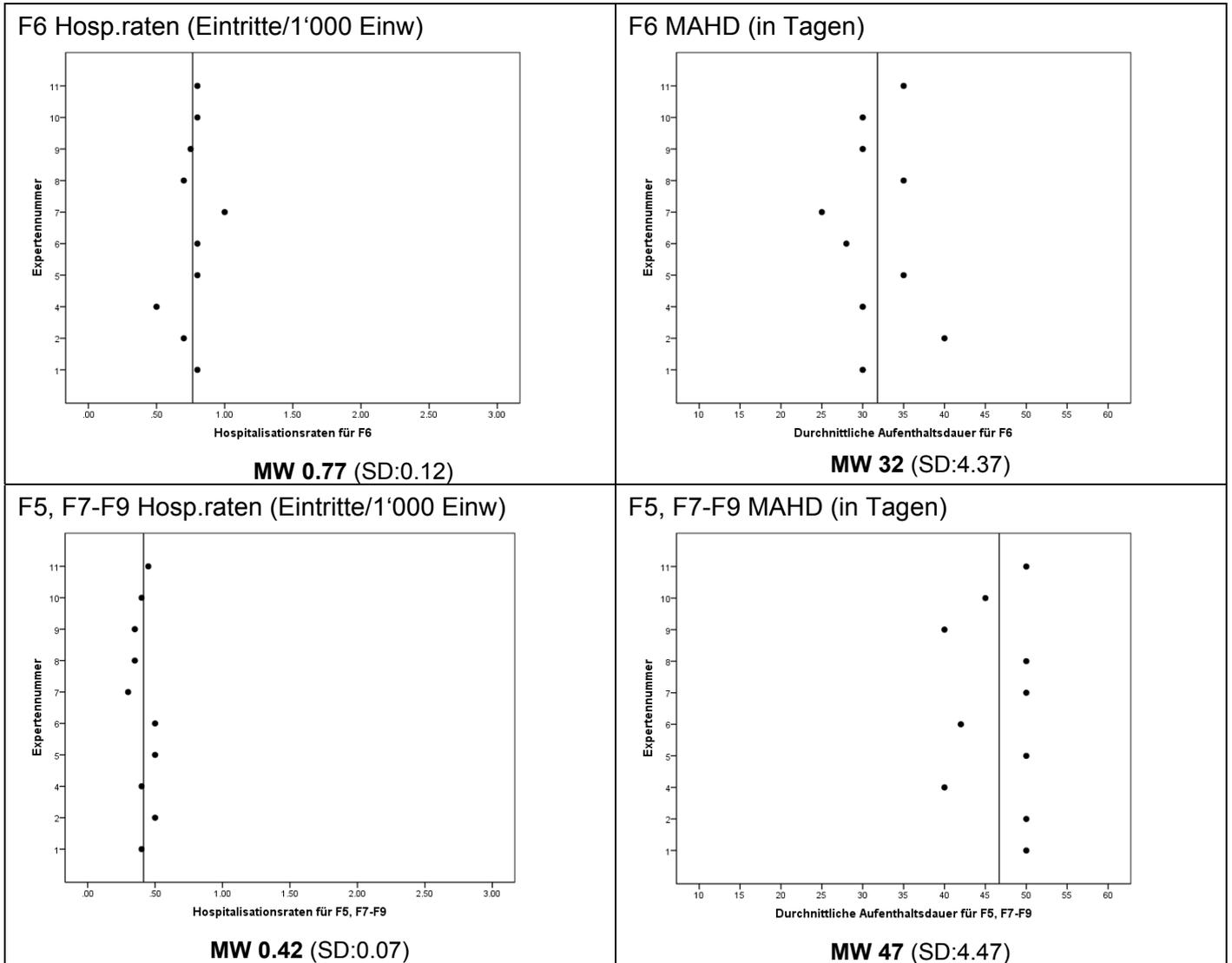
MW 1.15 (SD:0.12)

F4 MAHD (in Tagen)



MW 25 (SD:3.85)

Fortsetzung Anhang D: Fragebogen 2 für Expertenbefragung



Anhang E: Streudiagramme der quantitativen Expertenprognosen

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



**School of
Management and Law**

WIG
Winterthurer Institut für
Gesundheitsökonomie

Psychiatrieplanung 2012

Expertenbefragung zur Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgung im Kanton Zürich

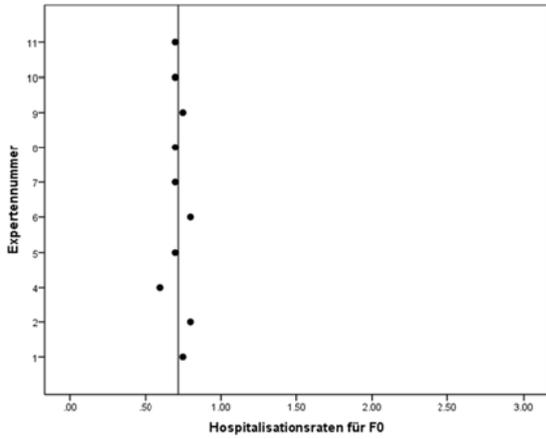
Resultate aus der Befragungsrunde 2

Verteilung aller geschätzten Prognosen für das Jahr 2020 aus Fragebogen 2.

Die vertikale Linie stellt jeweils den Mittelwert der Prognose dar.

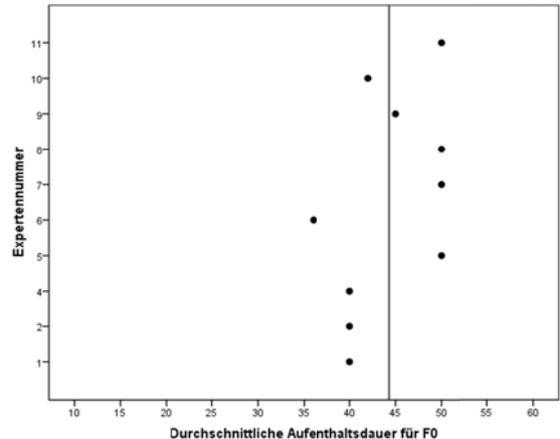
Fortsetzung Anhang E: Streudiagramme der quantitativen Expertenprognosen

F0 Hosp.raten (Eintritte/1'000 Einw)



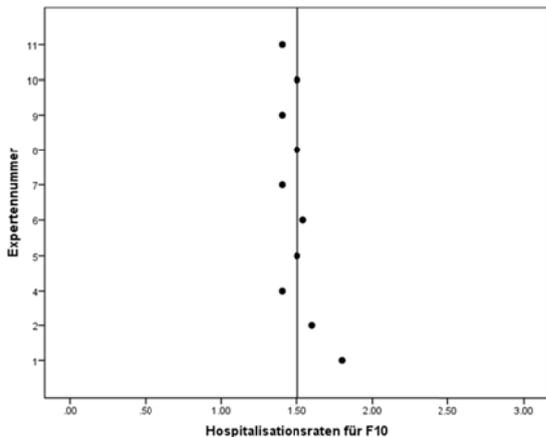
MW 0.72 (SD:0.06)

F0 MAHD (in Tagen)



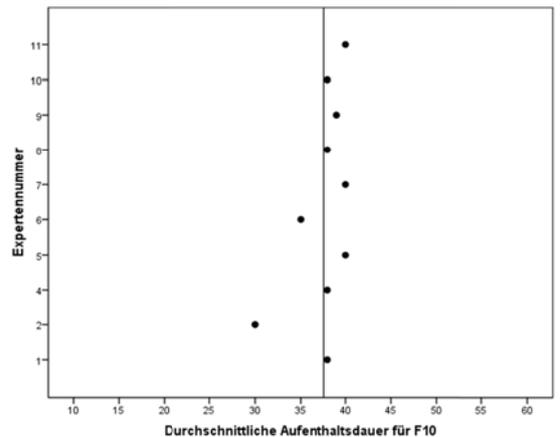
MW 44 (SD:5.4)

F10 Hosp.raten (Eintritte/1'000 Einw)



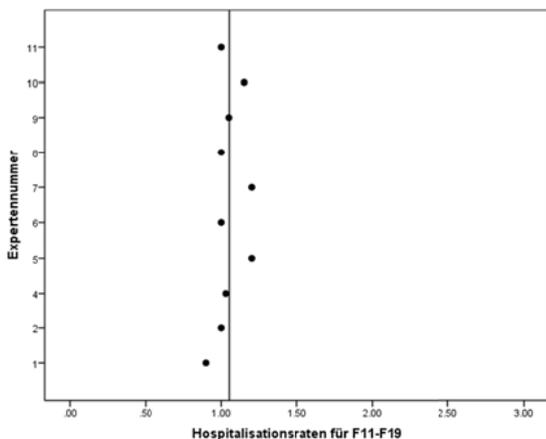
MW 1.5 (SD:0.13)

F10 MAHD (in Tagen)



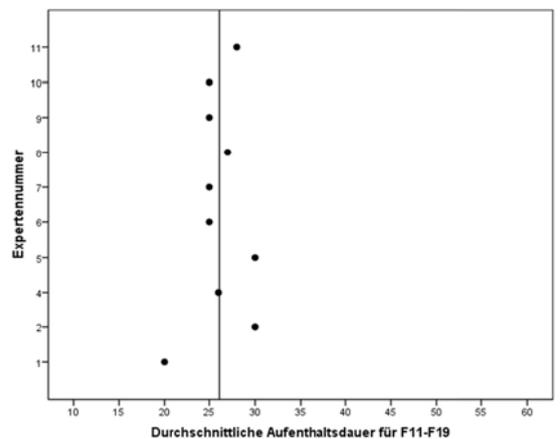
MW 38 (SD:3.1)

F11-F19 Hosp.raten (Eintritte/1'000 Einw)



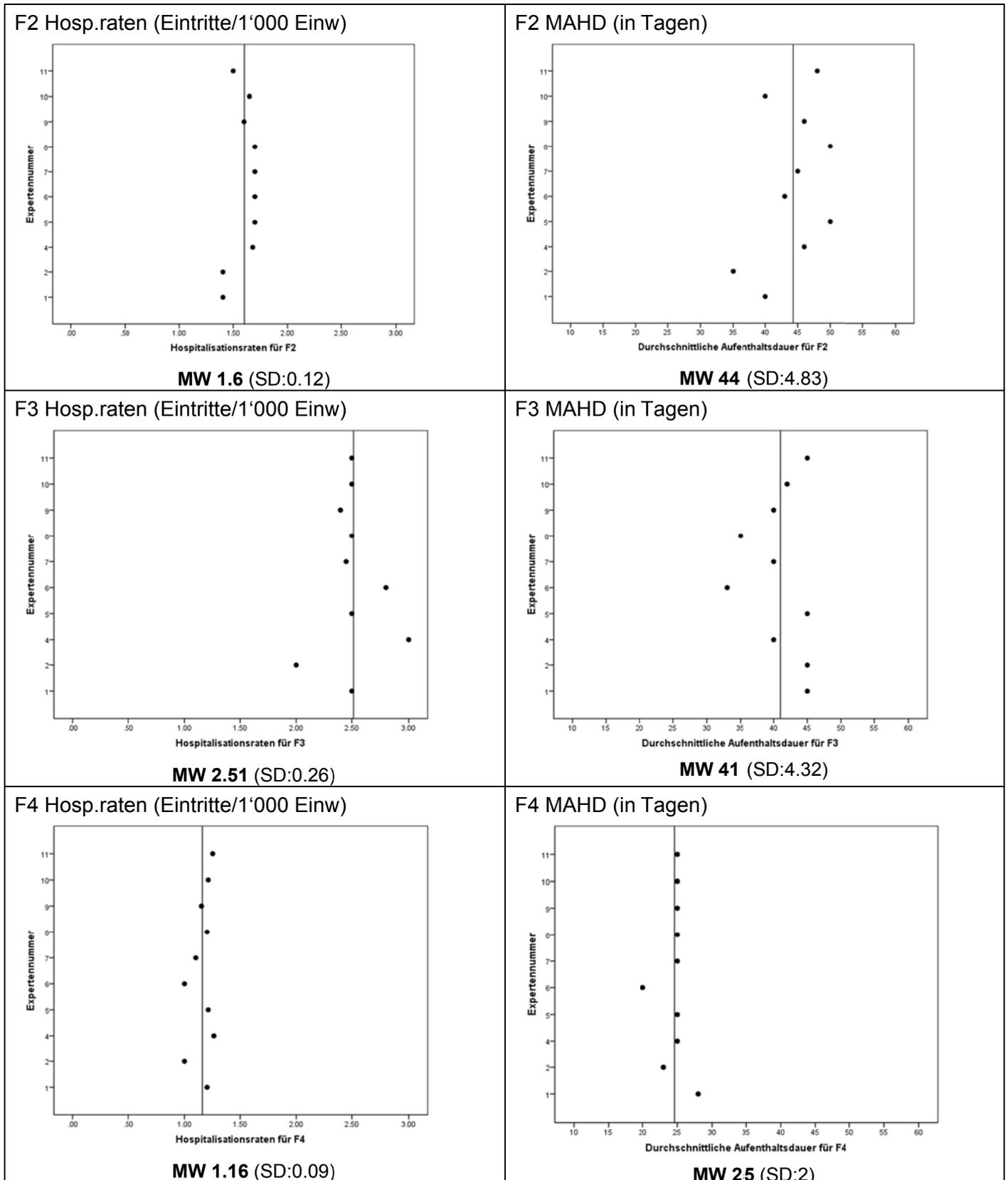
MW 1.05 (SD:0.1)

F11-F19 MAHD (in Tagen)

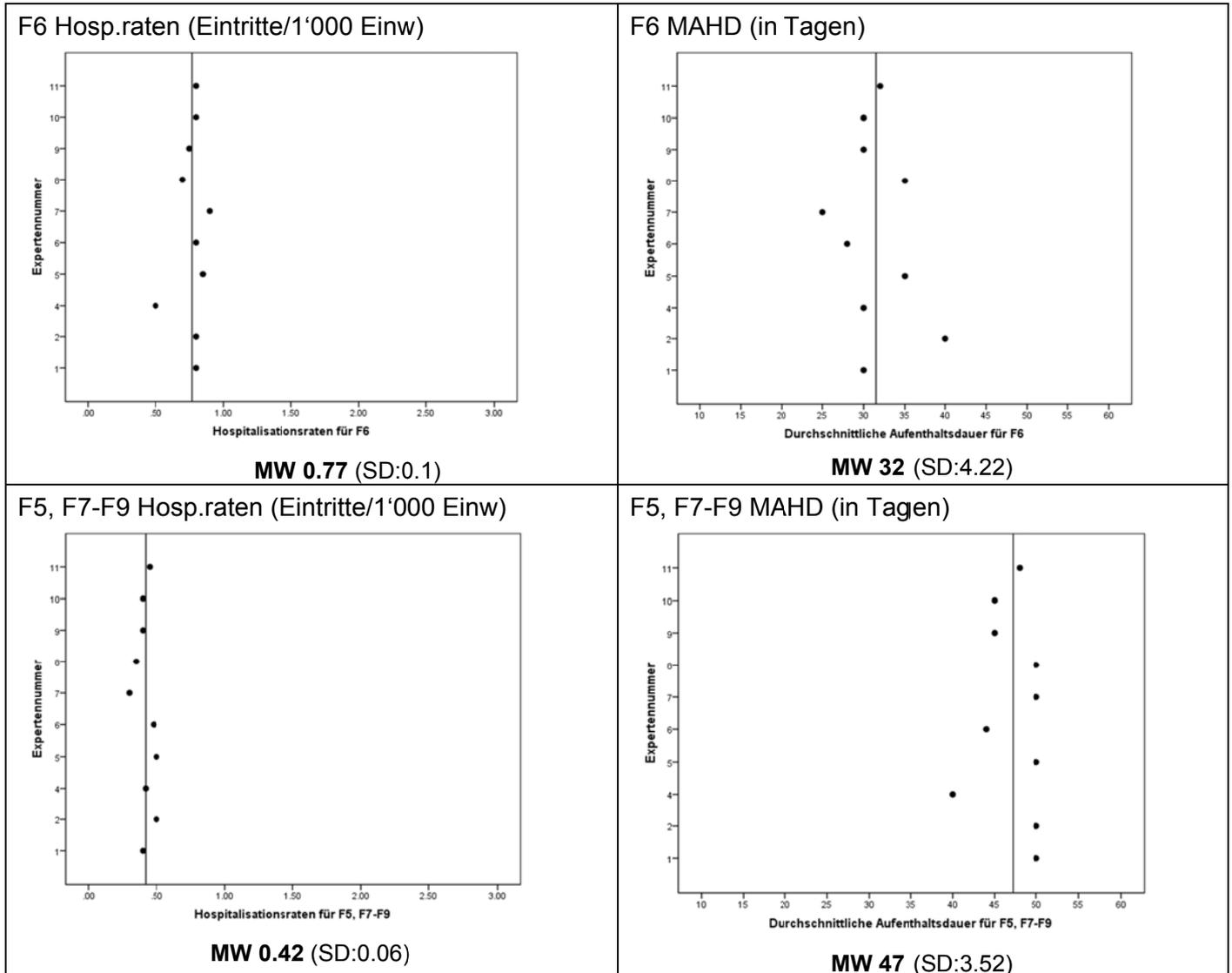


MW 26 (SD:2.9)

Fortsetzung Anhang E: Streudiagramme der quantitativen Expertenprognosen



Fortsetzung Anhang E: Streudiagramme der quantitativen Expertenprognosen



Anhang F: Hospitalisationsraten und mittlere Aufenthaltsdauern der stationären psychiatrischen Versorgung 2009 im Kanton Zürich. Alters- und Geschlechterverteilung nach Diagnosegruppen (Quelldaten: Gesundheitsdirektion Zürich)

Hospitalisationsraten 2009 in absoluten Zahlen

(Anzahl Hospitalisationen/1'000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe)

Alter ICD-10	0-17 Jahre		18-59 Jahre		60+ Jahre		Total
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
F0	0.03	0.02	0.14	0.18	2.57	2.39	0.65
F10	0.01	0.03	1.37	2.72	0.55	0.94	1.40
F11-19	0.22	0.12	0.68	1.65	0.11	0.11	0.76
F2	0.09	0.23	1.99	2.54	1.16	0.58	1.60
F3	0.40	0.25	3.26	2.11	2.73	1.67	2.17
F4	0.47	0.38	1.83	1.32	0.72	0.42	1.15
F6	0.18	0.04	1.72	0.54	0.07	0.14	0.72
F5, F7-F9	0.80	1.18	0.44	0.28	0.24	0.25	0.45

Datengrundlage: Aktuelle Zahlen der GD-ZH aus dem Jahr 2009. Auf Grund unterschiedlicher Quelldaten weichen die Angaben dieser Tabelle beim „Total“ von den Zahlen im FB ab.

Mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD) 2009 in absoluten Zahlen

(Tage stationäre Behandlung in der jeweiligen Diagnose- und Altersgruppe)

Alter ICD-10	0-17 Jahre		18-59 Jahre		60+ Jahre		Total
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
F0	38	17	31	46	48	49	47
F10	29	24	28	35	35	29	32
F11-19	18	29	24	24	28	34	24
F2	81	53	38	37	53	39	40
F3	54	59	37	35	55	54	41
F4	42	39	26	23	41	31	27
F6	62	25	26	31	32	38	28
F5, F7-F9	49	64	40	41	52	64	49

Datengrundlage: Aktuelle Zahlen der GD-ZH aus dem Jahr 2009. Auf Grund unterschiedlicher Quelldaten weichen die Angaben dieser Tabelle beim „Total“ von den Zahlen im FB ab.

Anhang G: Hospitalisationsraten und mittlere Aufenthaltsdauern der stationären psychiatrischen Versorgung 2020 im Kanton Zürich. Alters- und Geschlechterverteilung nach Diagnosegruppen (Quelldaten: Expertenprognosen und Gesundheitsdirektion Zürich)

Hospitalisationsraten 2020 in absoluten Zahlen
(Anzahl Hospitalisationen/1'000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe)

Alter ICD-10	0-17 Jahre		18-59 Jahre		60+ Jahre		Total
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
F0	0.03	0.03	0.15	0.19	2.70	2.51	0.68
F10	0.01	0.03	1.44	2.87	0.58	1.00	1.48
F11-19	0.21	0.12	0.67	1.63	0.11	0.11	0.75
F2	0.08	0.22	1.91	2.43	1.11	0.56	1.53
F3	0.44	0.28	3.65	2.37	3.05	1.86	2.43
F4	0.45	0.37	1.76	1.26	0.69	0.40	1.11
F6	0.19	0.04	1.84	0.57	0.07	0.15	0.77
F5, F7-F9	0.90	1.32	0.49	0.32	0.27	0.28	0.50

Datengrundlage: Umlage der aus den Expertenprognosen berechneten relativen Veränderungsrate auf die aktuellen Zahlen der GD-ZH aus dem Jahr 2009. Auf Grund unterschiedlicher Quelldaten weichen die Angaben dieser Tabelle beim „Total“ von den Zahlen im FB ab.

Mittlere Aufenthaltsdauern (MAHD) 2020 in absoluten Zahlen
(Tage stationäre Behandlung in der jeweiligen Diagnose- und Altersgruppe)

Alter ICD-10	0-17 Jahre		18-59 Jahre		60+ Jahre		Total
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
F0	29	13	23	35	36	37	36
F10	26	22	25	31	32	26	29
F11-19	16	26	21	22	25	31	22
F2	62	40	29	29	40	30	30
F3	50	54	34	32	50	49	38
F4	36	33	22	20	35	27	23
F6	58	24	24	29	30	35	26
F5, F7-F9	48	62	39	39	51	62	48

Datengrundlage: Umlage der aus den Expertenprognosen berechneten relativen Veränderungsrate auf die aktuellen Zahlen der GD-ZH aus dem Jahr 2009. Auf Grund unterschiedlicher Quelldaten weichen die Angaben dieser Tabelle beim „Total“ von den Zahlen im FB ab.

Anhang H: Qualitative Prognosen zur Alters- und Geschlechterentwicklung (Frage 17: Glauben Sie, dass sich die bisherige spezifische Geschlechter- und Altersverteilung (bezogen auf die Altersgruppen: 0-17/ 18-59/ 60+ Jahre) in einer der Diagnosegruppen bis 2020 im Kanton Zürich relevant verändern wird? Falls Ja, welche Diagnosegruppe und wie?)

Betroffene F Diagnose	Code-Nr. Experten	Sinngemässer Kommentar
F	3	Spezifische Störungen des Kindes- und Jugendalters fehlen hier. Aber auch bei diesen Störungen ist nicht von relevanten Änderungen der spezifischen Geschlechterverteilung auszugehen. Allgemeine Zunahme von Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter (0-17) durch besseres Wissen und Wissen, dass Präventionsmassnahmen langfristig zu einer Reduktion der Chronifizierung und des Schweregrades führen.
F1	4	erwarteter Altersanstieg bei beiden Geschlechtern
F10	4	erwarteter Ausgleich der Geschlechterverteilung
F10, F11-F19	6	Sucht (insbesondere Medikamente, Alkohol) im Alter (Beginn der Abhängigkeit >50 Jahre) wird ansteigen.
F10, F3, F4, F6	2	Generell durch Entstigmatisierung und weibl. Emanzipation Häufigkeitsausgleich zwischen Geschlechtern zu erwarten, wobei die Behandlungsfälle insgesamt zunehmen.
F11-F19	9	Multipler Substanzgebrauch in der Altersgruppe 18-59 Jahre wird zunehmen
F11-F19	7	Zunahme in der Altersgruppe 0-17
F2	7	Allgemeine Zunahme
F32	4	erwarteter Ausgleich der Geschlechterverteilung
F6	7	geringe Zunahme durch Konsum von Halluzinogenen

Anhang I: Patientenzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Zürich.

Dargestellt sind die Prognosen des Experten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Jahr 2020 und die Patientenzahlen des Jahres 2009 nach Angaben der GD ZH.

ICD-10	Anzahl Patienten in 2020 0-17 Jahre beide Geschlechter (Prognose Experte)	Anzahl Patienten in 2009 0-17 Jahre beide Geschlechter (nach Angaben der GD)
F0	11	6
F10	33	5
F11-F19	44	40
F2	66	38
F3	88	77
F4	77	101
F6	28	26
F5, F7-F9	259	237
Summe	606	530
Veränderungsrate Total in %	14.3	

Anhang J: Freie Kommentare der Experten (Frage 19: Falls Sie freie Kommentare anbringen möchten, können Sie diese hier platzieren.)

Betroffene F Diagnose	Code-Nr. Experten	Sinngemässer Kommentar
F	7	Insgesamt Verkürzung der Aufenthaltszeiten bei Verringerung der Hospitalisationsraten u.a. wegen der zunehmenden Transinstitutionalisierung, d.h. Verschiebung aus dem Gesundheitswesen in den Heimbereich.
F	2	Die Kategorisierung nach den ICD-10 Gruppen bildet die Versorgungswahrheit schlecht ab, worauf seit Jahren hingewiesen wird. Viele Fälle sind komorbid und im Zeitverlauf diagnostisch instabil, und die Behandlungs- und Versorgungsmethoden richten sich nicht in erster Linie nach solchen Diagnosegruppen, sondern nach Kriterien von biopsychosozialer Komplexität, individueller Krankheitsentwicklung und –schwere sowie nach Chronizität, Rehabilitations- resp. Recoverypotential und Ressourcenmobilisation. Die neuen Auflagen der diagnostisch-statistischen Manuale werden evtl. diese die kategoriale Systematik verlassen. Im Weiteren gilt es vermehrt die indizierte Prävention zu beachten, welche durch Möglichkeiten früher Erkennung und intensiver nachhaltiger Intervention die Morbiditätsentwicklung stark beeinflusst und die Psychiatrieplanung auch im stationären Bereich neu definiert.
F	3	<p>Die hier aufgeführten Zahlen sind sehr konservativ geschätzt (+10%) in 10 Jahren. Sollte sich der Gesamtschweizerische Trend (1998: 102 Austritt von 0-14 Jährigen; 2001: 309 Austritte 0-14 Jährige; 2008: 639 Austritt 0-14 Jährige) aus den letzten 10 Jahren fortsetzen, müsste von einer Verdoppelung der Zahlen ausgegangen werden.</p> <p>Durchschnittliche Angaben zur Aufenthaltsdauer wurden nicht vorgenommen aus folgenden Gründen: Die Varianz der Aufenthaltsdauern ist bei den verschiedenen Störungsbildern sehr gross. Diese Varianz lässt sich nicht durch die Diagnose erklären. Die Varianz ist noch grösser als in der Erwachsenenpsychiatrie oder gar in anderen Fachgebieten. Die meisten Kinder werden ambulant behandelt und nur die schwerstkranken Patienten werden stationär behandelt (ambulant vor stationär, aber auch mangelnde stationäre Kapazitätsgründe s.u.). Es gibt aber auch kaum sinnvolle Anschlussmöglichkeiten in der Behandlung von den schwerstkranken Kindern und Jugendlichen. Dies wiederum schlägt sich auf die die hohe Varianz der Aufenthaltsdauer nieder, die nicht mit Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie zu vergleichen sind.</p> <p>In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Credo ambulant vor stationär bereits umgesetzt. Gemäss Leitfadens zur Psychiatrieplanung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bern 2007) stehen Ausbau und Optimierung der ambulanten und teilstationären Behandlungsangebote gegenüber einer ausschliesslichen Ausrichtung auf stationäre Behandlungsangebote im Vordergrund.</p> <p>Auf Grund dieser Tatsache werden nur die Patienten mit den schwersten Störungsausprägungen stationär behandelt. Dadurch verlängern sich die durchschnittlichen Behandlungszeiten und sind nicht vergleichbar mit Behandlungszeiten z.B. in Deutschland, wo die ambulante Versorgung deutlich schwächer ausgebaut ist und Patienten, die im Kanton Zürich und in der Deutschschweiz noch ambulant behandelt werden, bereits in stationärer Behandlung sind.</p> <p>Nach Ausbau der stationären Betten z.B. in der Brüschalde für Kinder von 21 auf 28 Betten, ist zwar eine Entlastung zu erwarten. Sicher wird der Bedarf für stationäre Behandlungsmöglichkeiten für Jugendliche, insbesondere für Kriseninterventionen weiter zunehmen. Aktuell stehen im Kanton Zürich 64 Betten für 232 857 Jugendliche unter 18 Jahren zur Verfügung (Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2007; 265208 Jugendliche im Jahr 2009). Dies entspricht einer Bettenzahl von einem Bett pro 3638 Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren (unter Berücksichtigung der Zahlen von 2007). Damit liegt der Kanton Zürich trotz erfolgtem Ausbau durch die Adoleszentenstation WZU immer noch hinter den Kantonen Bern (65 Betten auf 173209 Jugendlichen unter 18 J., d.h. ein Bett pro 2665 Kindern und Jugendlichen) und Basel Stadt (30 Betten auf 27'282 Jugendliche unter 18 Jahren, d.h. ein Bett pro 909 Kindern und Jugendlichen), Basel Land (20 Betten auf 48'410 Kinder und Jugendliche, d.h. ein Bett pro 2'420 Kindern und Jugendlichen) sowie im internationalen Vergleich unter dem bundesdeutschen Länderdurchschnitt (ein Bett pro 2933 Kindern und Jugendlichen) und noch deutlicher unter dem Schnitt bundesdeutscher städtischer Gebiete (1 Bett pro 2296 Kindern und Jugendlichen) (Psychiatrie in Deutschland, 2007)</p>
F0	11	Demographische Entwicklung spielt insofern eine Rolle, weil wahrscheinlich vermehrt ältere alleinstehende Menschen nicht mehr von Angehörigen gepflegt werden können. Andererseits könnten ausgebaute Spitex-Angebote dazu führen, dass Demenzkranke länger zu Hause gepflegt werden. Hospitalisationsrate ist somit abhängig von entsprechenden Pflegeressourcen.

Psychiatrieplanung 2012 – zukünftige stationäre Inanspruchnahme

Fortsetzung Anhang J: Freie Kommentare der Experten

F0	2	Ver mehrt wiederholte Kurzhospitalisationen bei zunehmender Ambulantisierung und Zusammenarbeit mit Pflegeheimen. Kürzere Interventionen bei besserer Tragfähigkeit und Vernetzung mit externem Angebot
F10	11	Hospitalisationsrate abhängig von teilstationären Behandlungsangeboten. In diesem Bereich sind die teilstationären Möglichkeiten nicht ausgeschöpft. CAVE: viele Alkoholzugsbehandlungen laufen heute in der Somatik. Mit DRG wird es hier möglicherweise Verschiebungen Richtung Psychiatrie geben.
F10	2	Etwas vermehrt kurze stationäre Behandlungssequenzen bei guter integrierter Versorgung. Kürzere stationäre Behandlungssequenzen bei besseren Behandlungspfaden
F11-F19	11	Dieser Bereich ist relativ schwierig abzuschätzen, das das Konsumverhalten stark auch von „Modetrends“ abhängig ist (z.B. Heroinabhängigkeit massiver Rückgang seit Ende 80er Jahre.
F11-F19	2	Eher weniger Eintritte bei konsequentem Ausbau tagesklinischer Entzüge. Die im stationären Bereich zu behandelnden Fälle brauchen Zeit.
F2	11	Es sind keine wesentlichen Änderungen in der Prävalenz zu erwarten. Pharmakologisch ist auch kein relevanter Fortschritt absehbar. Die Hospitalisationsrate ist aber von den Behandlungsmöglichkeiten ambulant/ teilstationär und der integrierten Behandlung abhängig. Hier ist das Potential aus medizinischer Sicht noch nicht ausgeschöpft. Die ambulante/ teilstationäre Versorgung ist aber auf Grund der gesetzlichen Rahmenbedingungen massiv gefährdet, was zu mehr und längeren Hospitalisationen führen würde.
F2	2	Weitere Stabilisierung nach ambulanten sozialpsychiatrischen Prinzipien und durch intensives Case Management zu erwarten. Mix aus weiter verkürzten stationären Interventionen und Konzentration von schweren Fällen mit längerer Behandlungsdauer.
F3	11	Affektive Störungen werden ws. nicht zunehmen. Das Bewusstsein und das Hilfe sucheverhalten werden sich aber in diesem Bereich ändern (Stichwort „Bündnis Depression“). Mehr Menschen mit Depression werden Hilfe in Anspruch nehmen, Depression ist eine der häufigen Diagnosen und gleichzeitig die Störung die noch zu wenig diagnostiziert und behandelt wird.
F3	2	Effizientere Behandlungsprogramme sollten Rate senken, ebenso neue tagesklinische Plätze. Nachhaltige stationäre Programme von gegen durchschnittlich 2 Monaten Dauer dürften Standard werden.
F3, F4, F6	4	Ein wesentlicher Einflussfaktor ist das abnehmende Stigma in der Psychiatrie (erniedrigte Schwelle für eine Behandlung), welches zu vermehrten Eintritten vor allem in den Gruppen F3 und F4 führen wird. F6 wird heute schon viel zu oft fälschlich diagnostiziert, solche Diagnosefehler sollen bei der Prognose berücksichtigt werden.
F4	11	Viele Störungen sind primär ambulant zu behandeln (Angststörungen). Somatoforme Störungen werden möglicherweise vermehrt von den Rehakliniken in die Psychiatrie „verschoben“ (Einfluss der DRG zur Zeit schwierig abzuschätzen).
F4	2	Vgl. F3, trotz evtl. zunehmenden Kriseninterventionsangebot. Vermehrt Programme von 2 Monaten einerseits sowie kurze Kriseninterventionen andererseits.
F5, F7-F9	2	Hospitalisationen Jugendlicher dürfte ansteigen, da bislang Angebot unterversorgend. Kaum weiterer Rückgang bei Jugendlichen durch Ausbau von Mittelfristprogrammen für Behandlungskonzepte zur Frühintervention und Beschulung
F6	11	Ws. keine Zunahme der F6 Diagnosen, aber tendenziell häufiger in Behandlung (Ausbau spezifischer stationärer Angebote)
F6	2	Keine wesentlichen Änderungen zu erwarten. Vermehrt Spezialisierungen mit Programmen.
F7-F9	11	Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in der Bedeutung zunehmen. Insbesondere auch migrationsbedingte Problem werden ws. zunehmen. Jugendforensik wird zunehmen. Andere Störungen wie Intelligenzmin derung bleiben stabil.

F= betrifft alle 8 F-Diagnosegruppen

7. Literaturverzeichnis

1. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Psychiatrieplanung 2012, 2010.
2. Camenzind P, Frick U. Stationäre Psychiatrie der Schweiz im Wandel. *Obsan Bulletin*: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2010.
3. NHS Centre for Reviews and Dissemination. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: University of York, 2008.
4. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Psychiatrische Versorgung - Kenndaten 2009. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2009.
5. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs* 2006;53(2):205-12.
6. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311(7001):376-80.
7. Kawohl W, Nordt C, Warnke I, Kistler C, Ajdacic-Gross V, Rossler W. [Usage of inpatient treatments after reduction of inpatient capacities: Supply influences demand]. *Neuropsychiatr* 2010;24(1):27-32.
8. Sturny I, Hell D. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W, editors. *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009*. Bern: Huber Verlag, 2007:291-304.
9. Ruesch P, Meyer PC, Hell D. [Who is rehospitalized in a psychiatric hospital? Psychiatric hospitalization rates and social indicators in the Zurich canton (Switzerland)]. *Gesundheitswesen* 2000;62(3):166-71.
10. Schuler D, Meyer PC. Psychische Gesundheit/ Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care* 2006;1:6-8.
11. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2007.
12. Campbell Leslie A, Kisely Steve R. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
13. Meyer PS, Morrissey JP. A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas (Structured abstract). *Psychiatric Services*, 2007:121-27.
14. Kisely S, Campbell LA, Scott A, Preston NJ, Xiao J. Randomized and non-randomized evidence for the effect of compulsory community and involuntary out-patient treatment on health service use: systematic review and meta-analysis (Structured abstract). *Psychological Medicine*, 2007:3-14.
15. Harkness Elaine F, Bower Peter J. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
16. Dieterich M, Irving Claire B, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2010.
17. Lay B, Nordt C, Rossler W. Trends in psychiatric hospitalisation of people with schizophrenia: a register-based investigation over the last three decades. *Schizophr Res* 2007;97(1-3):68-78.
18. Kuhl HC, Herdt J. Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz - Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2007.

19. Frick U, Frick H. "Heavy Use" in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2010.
20. Schuler D, Ruesch P, Weiss C. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2007.
21. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature (Structured abstract). *Social Science and Medicine*, 2007;1231-41.
22. NICE. Alcohol-use disorders: physical complications - Costing template, Implementing NICE guidance: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010.
23. Shek E, Stein Airtion T, Shansis Flavio M, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.
24. Bundesamt für Statistik. Spitalaufenthalte im Überblick. Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2005: Bundesamt für Statistik, 2007.
25. Lay B, Lauber C, Rossler W. Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatry* 2006;21(6):401-9.
26. Lay B, Lauber C, Stohler R, Rossler W. Utilisation of inpatient psychiatric services by people with illicit substance abuse in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2006;136(21-22):338-45.