

EVALUATION
DES PSYCHIATRIEKONZEPTS
DES KANTONS ZÜRICH

Christian Rüefli, lic. rer. soc.

Kathrin Frey, lic. phil.

Zuhanden von

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Abteilung Gesundheitsversorgung

Obstgartenstrasse 19

8090 Zürich

Bern, März 2005

Inhalt

1	Ausgangslage und Fragestellungen	4
2	Vorgehen und Methodik.....	6
2.1	Wirkungsmodell.....	6
2.2	Vorgehen und Forschungsmethodik.....	9
2.3	Gliederung des Berichts	10
3	Das Psychiatriekonzept und seine bisherige Umsetzung	11
3.1	Ausgangslage 1997.....	11
3.2	Kernaspekte des Psychiatriekonzepts.....	12
3.3	Veränderungen	14
3.3.1	Aufbau von gemeindenahen Angeboten	15
3.3.2	Förderung der Vernetzung und Integration der Angebote.....	17
3.3.3	Ausgliederung von Langzeitpflegefällen	18
3.3.4	Entwicklung in der überregionalen spezialisierten Versorgung	19
3.4	Situation 2004	21
4	Einschätzung der Versorgungssituation.....	28
4.1	Bedarfsgerechtigkeit des bestehenden psychiatrischen Angebotes.....	28
4.1.1	Unterversorgung.....	28
4.1.2	Fehlversorgung	31
4.1.3	Überversorgung	32
4.2	Verlagerung von stationären auf teilstationäre/ambulante Behandlungen	33
4.3	Eignung der Versorgungsangebote	35
5	Einschätzung der Auswirkungen des Psychiatriekonzepts	38
5.1	Patientennähe.....	38
5.2	Integration der Psychiatrie in das medizinische und soziale Versorgungssystem	39
5.3	Gemeindenähe/Erreichbarkeit.....	43
5.4	Betreuungskontinuität	44
5.5	Ausreichendes Angebot an spezialisierten Angeboten	48

6	Konzeptevaluation	50
6.1	Einteilung in Regionen und Sektoren, Zusammensetzung und Vernetzung der Angebote.....	50
6.2	Beurteilung der Zielkriterien.....	53
7	Ausblick auf die künftige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung	56
7.1	Grösste Probleme in der Zürcher Psychiatrie	57
7.2	Künftige Schwerpunkte in der Zürcher Psychiatrie.....	58
7.3	Mögliche Sparmassnahmen.....	59
	Literatur	61
	InterviewpartnerInnen	63
	An der schriftlichen Befragung beteiligte Einrichtungen	64
	Gesprächsleitfaden: Evaluation des Psychiatriekonzepts ZH	65

1 Ausgangslage und Fragestellungen

Im Auftrag des Kantonsparlaments erarbeitete eine von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürichs eingesetzte interdisziplinäre Arbeitsgruppe Mitte der 1990er Jahre ein Psychiatriekonzept für den Kanton Zürich. Mit Beschluss vom 12. August 1998 (RRB Nr. 1830/1998) setzte der Zürcher Regierungsrat das aus zwei Teilen ("Leitbild und Rahmenkonzept" sowie "Bedarf und prioritäre Massnahmen") bestehende Konzept fest (Gesundheitsdirektion 1999) und beauftragte die Gesundheitsdirektion mit dessen Umsetzung. In der Folge wurden diverse Massnahmen ergriffen, um gemeindenahere Angebote aufzubauen, die Vernetzung und Integration der Angebote zu fördern, Langzeitpflegefälle und Wohnheimplätze auszugliedern, Grundlagen für Leistungsaufträge und –abgeltung zu erarbeiten sowie Instrumente zur Qualitätssicherung zu konzipieren (Gesundheitsdirektion 2004b).

In Zusammenhang mit den von der Kantonsregierung im Rahmen des Sanierungsprogramms 04 vorgesehenen Massnahmen im Bereich der Psychiatrieversorgung (Gesundheitsdirektion 2004a) beauftragte der Zürcher Kantonsrat die Regierung, das Psychiatriekonzept zu überprüfen und einen Bericht zu erarbeiten, der die bisher mit dem Konzept gemachten Erfahrungen und die zu erwartenden Folgen der geplanten Sanierungsmassnahmen auf die im Konzept vorgesehene psychiatrische Versorgung aufzeigt (Postulat KR-Nr. 149/2004). Die von der Gesundheitsdirektion beim Büro Vatter in Auftrag gegebene Evaluation des Psychiatriekonzepts dient der Erarbeitung der Informationsgrundlagen zur Beantwortung dieses vom Kantonsparlament dringlich erklärten Postulats.

Die vorzunehmende Untersuchung verfolgt zwei hauptsächliche Fragestellungen. Zum einen ist eine Konzeptevaluation vorzunehmen, welche die Gültigkeit, Aktualität und die Schlussfolgerungen des Leitbildes und dessen Grundsätze untersucht. Dabei geht es um die folgende konkrete Fragestellung:

1. Welche Grundannahmen über eine zeitgemässe psychiatrische Versorgung werden heute noch gleich beurteilt und welche Grundannahmen müssen überprüft werden (Was ist gleich geblieben? Was hat sich verändert?):
 - a) Einteilung in Regionen und Sektoren
 - b) Zielkriterien der Versorgung (Patientennähe, Integration der Angebote, Gemeindenähe und Erreichbarkeit, Betreuungskontinuität und ausreichendes Angebot an spezialisierten Angeboten)
 - c) Zusammensetzung und Vernetzung der Angebote innerhalb einer Versorgungsregion

Zum anderen ist eine Programmevaluation vorzunehmen, welche der Frage nachgeht, inwiefern die (ursprünglichen) Zielsetzungen des Psychiatriekonzepts erreicht worden sind. Es

geht darum, die mit dem Psychiatriekonzept gemachten Erfahrungen zu erfassen. Konkret interessieren die folgenden Fragestellungen:

2. Wie gut sind die Zielkriterien des Psychiatriekonzeptes in den einzelnen Psychiatrieregionen erfüllt (Patientennähe, Integration der Angebote, Gemeindenähe und Erreichbarkeit, Betreuungskontinuität und ausreichendes Angebot an spezialisierten Angeboten)? Welche Auswirkungen haben die realisierten Massnahmen zur Umsetzung des Psychiatriekonzeptes auf die Erfüllung der Zielkriterien? Welchen Einfluss hat die Nicht-Realisierung einzelner Massnahmen auf die Erfüllung der Zielkriterien? Falls die Erreichung einzelner Zielkriterien als ungenügend eingestuft wird, sollen Erklärungen eingeholt werden, warum die Zielkriterien nicht erreicht wurden.
3. Wofür sind die Angebote der psychiatrischen Institutionen geeignet? Wofür nicht? Welche Patienten finden Zugang? Welche nicht? Besteht ein Handlungsbedarf (z.B. organisatorische Massnahmen) in der Ausrichtung der einzelnen Angebote?
4. Entlasten die ambulanten und teilstationären Angebote die stationäre Psychiatrie (Verlagerung von Behandlungen von stationär zu ambulant)? Handelt es sich bei den ausserstationären Angeboten lediglich um zusätzliche Angebote?
5. Zu welchem Grad sichern die vorhandenen Strukturen den Bedarf der psychiatrischen Grundversorgung? Welche Anzeichen von Unterversorgung, Überversorgung und Fehlversorgung bestehen in den Regionen, respektive in den Bereichen der Spezialversorgung? Falls Abweichungen von einer ausgewogenen Versorgung angegeben werden, sind diese genau zu lokalisieren (Akut, Langzeit, Rehabilitation) und zu spezifizieren, woran die Unterversorgung, Überversorgung oder Fehlversorgung zu erkennen ist.
6. Zukünftige Gestaltung der Versorgung: Wo sehen Sie in den nächsten 5 Jahren die grössten Probleme in der psychiatrischen Versorgung? Welche Schwerpunkte müsste man in den nächsten 5 Jahren in Angriff nehmen? Bei der weiteren Gestaltung der psychiatrischen Versorgung ist anzunehmen, dass der Kostendruck weiterhin ein prägender Einflussfaktor sein wird. Welche Sparmassnahmen wären am ehesten verantwortbar? Wo sollten künftige Sparmassnahmen ansetzen?

Die Fragestellungen beziehen sich somit auf zwei zentrale Untersuchungsgegenstände – die Wirkungen bzw. Zielerreichung des Psychiatriekonzeptes sowie dessen Grundannahmen.

2 Vorgehen und Methodik

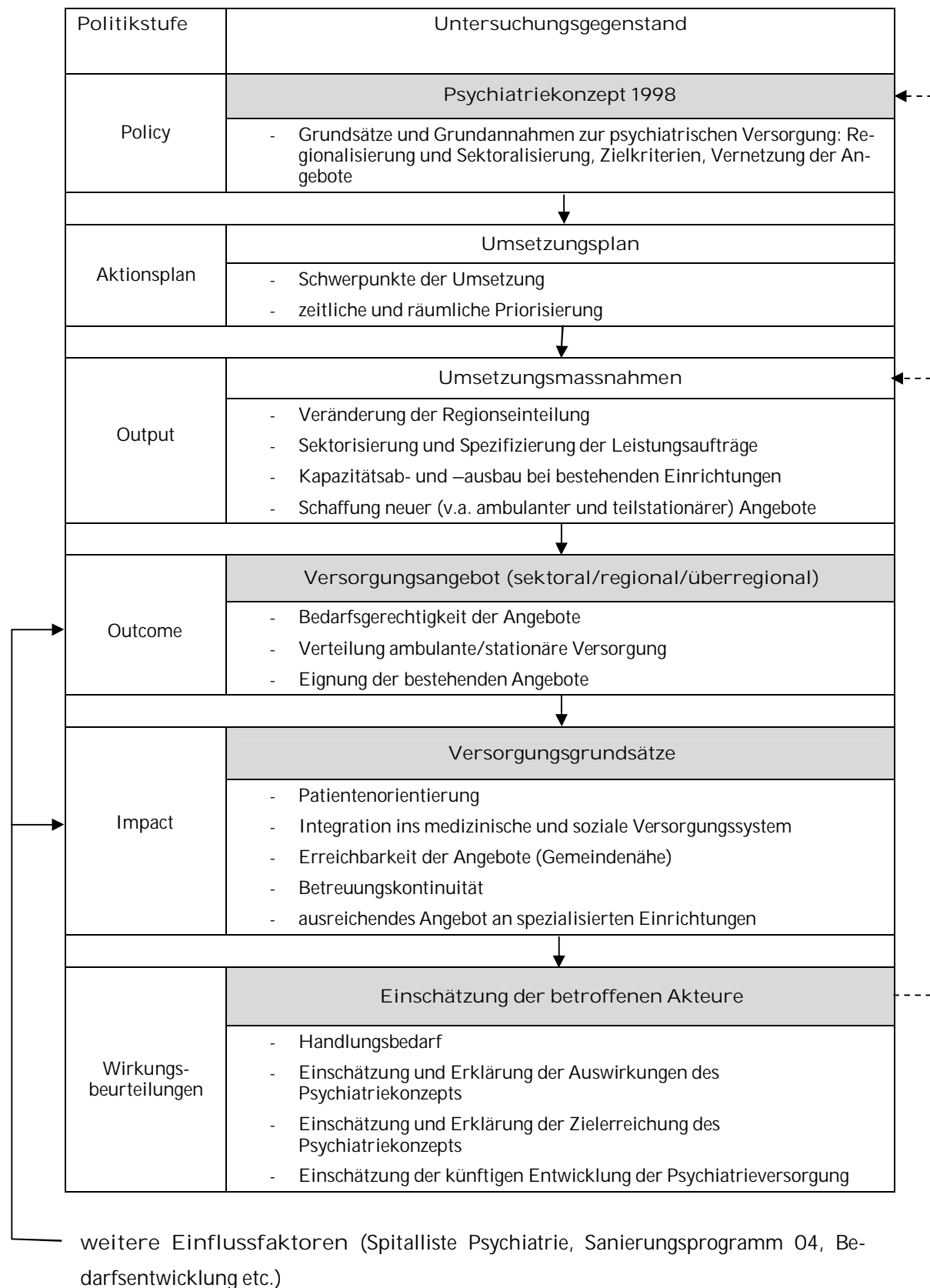
2.1 Wirkungsmodell

Der Prozess der Erarbeitung und Umsetzung des kantonalen Psychiatriekonzepts kann zu heuristischen Zwecken in mehrere Phasen unterteilt werden, die jeweils ihre eigenen Besonderheiten aufweisen. Diese Phasen lassen sich auf das idealtypische Modell des Policy cycle übertragen, welches dazu dient, politische Prozesse in einzelne Stufen und Zwischenergebnisse zu unterteilen und so einer Analyse zugänglich zu machen (vgl. Knoepfel/Bussmann 1997; Knoepfel et al. 2001; Jann/Wegrich 2003). Ausgangspunkt stellt die Identifikation und Artikulation eines politisch zu lösenden Problems dar. Die *Problemdefinition* beinhaltet eine explizite oder implizite Vorstellung über die Ursachen bzw. Verursacher des Problems und die möglichen zur Problemlösung vorzunehmenden Interventionen. Die von den für die Problemlösung zuständigen Akteuren konzipierten Massnahmen werden in Programmen, den eigentlichen *Policies* zusammengefasst. Eine Policy steckt den juristischen und programmatischen Rahmen für die Politikumsetzung ab, gibt also die konkreten Zielsetzungen, Instrumente, Kompetenzordnungen und Verfahrensweisen zur Problemlösung vor. Die zur Umsetzung einer Policy notwendigen Planungs- und Priorisierungsentscheide können in *Aktionsplänen* festgehalten werden. Die Umsetzung der Policy führt zu Wirkungen, die sich auf drei Ebenen beobachten lassen (Jann/Wegrich 2003: 80). Die *Outputs* stellen die eigentlichen Produkte einer Policy dar. Es handelt sich dabei um staatliche Interventionen oder Leistungen, mit denen versucht wird, das Verhalten von Akteuren zu verändern. Die *Outcomes* bezeichnen die Wirkungen der Verhaltensänderungen der den Outputs angesprochenen Zielgruppen. Deren Reaktionen können in der erwarteten oder einer nicht intendierten Art und Weise ausfallen oder aber ausbleiben. Als *Impacts* werden die Auswirkungen auf der Systemebene, d.h. auf das durch die Outputs zu lösende Problem bezeichnet.¹ Die Evaluation einer Policy führt zu *Wirkungsbeurteilungen*, welche zu Anpassungen einzelner oder mehrerer Stufen oder zur Beendigung einer Policy führen können.

Dem vorliegenden Bericht liegt ein Wirkungsmodell zugrunde, das sich an diesem Schema des Policy cycles orientiert (Abbildung 1), dieses jedoch dahingehend ergänzt, dass neben den getroffenen Massnahmen zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts weitere politische (Überarbeitung der Spitalliste Psychiatrie, Sanierungsprogramm 04) und gesellschaftliche Entwicklungen auf die Untersuchungsgegenstände einwirken. Das Wirkungsmodell dient dazu, die aufgrund der Fragestellungen interessierenden Untersuchungsgegenstände (grau schattiert) zu bestimmen und die Analyse zu strukturieren.

¹ In Abweichung zur zitierten deutschsprachigen Literatur werden die Begriffe 'Outcome' und 'Impact' hier gemäss der in der internationalen Evaluationsforschung gängigen Weise verwendet (vgl. z.B. Patton 1997).

Abbildung 11: Wirkungsmodell zur Evaluation des Zürcher Psychiatriekonzepts 1998



Wie das Modell verdeutlicht, stellt die in Teil I des Psychiatriekonzepts formulierte Policy den Ausgangspunkt der vorliegenden Analyse dar. Das Psychiatriekonzept wurde als Basis für die Planung der Psychiatrieversorgung im Kanton Zürich erarbeitet und enthält neben der Darstellung der 1997 aktuellen Versorgungssituation (Problemlagen bzw. Mängel/Lücken) Versorgungsgrundsätze, denen bei der Ausgestaltung der Psychiatrieversorgung vermehrt Rechnung zu tragen sei. Im Psychiatriekonzept wird davon ausgegangen, dass die Versorgungsgrundsätze durch die Regionalisierung bzw. Sektorisierung und die Umsetzung des Stufenmodells verwirklicht werden können (vgl. Abschnitt 3.2). Teil II des Psychiatriekonzepts "Bedarf und prioritäre Massnahmen" kann als Aktionsplan betrachtet werden, in welchem die Schwerpunkte der Umsetzung festgelegt wurden. Erste Priorität wurde der Reorganisation der Psychiatrieversorgung in der Region Winterthur eingeräumt. Als weitere Schwerpunkte werden die Einbindung der Klinik Hohenegg in die Regionsversorgung sowie die Schaffung von komplementären Strukturen in den Sektoren genannt (Gesundheitsdirektion 1997).

Anschliessend an diesen Politikformulierungsprozess, der durch ein partizipatives Vorgehen (Arbeitsgruppe/Subarbeitsgruppen und Vernehmlassung) gekennzeichnet war, leitete die Gesundheitsdirektion verschiedene Umsetzungsmassnahmen ein, die in Abschnitt 3.3 in einem knappen Abriss aufgeführt werden.

Den zentralen Gegenstand der vorliegenden Studie bildet die Analyse der Wirkungen des Psychiatriekonzepts auf das Versorgungsangebot (*Outcome*) und die Versorgungsgrundsätze (*Impact*). Die Grundlage für die Wirkungsanalyse bilden die Einschätzungen der betroffenen Akteure (*Wirkungsbeurteilung*). Wie das Modell festhält, interessiert auf der Ebene des Outcome, inwiefern die ergriffenen Massnahmen zur Verwirklichung des angestrebten Versorgungsangebots führten. Folglich geht es darum aufzuzeigen, ob das aktuelle Versorgungsangebot den Vorstellungen des Psychiatriekonzepts gerecht wird, ob allenfalls Abweichungen bestehen und womit die Übereinstimmungen bzw. Abweichungen zu erklären sind (Beantwortung der Evaluationsfragen 3, 4 und 5). Diese Erklärungen liefern Anhaltspunkte, inwiefern das Psychiatriekonzept sowie die Umsetzungsmassnahmen zum angestrebten Versorgungsangebot führten. Auf der Ebene des Impacts interessiert, inwiefern das Psychiatriekonzept respektive dessen Umsetzung zur angestrebten Verbesserung der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung im Kanton Zürich beigetragen hat. Folglich wird analysiert, in wie weit die Versorgungsgrundsätze des Psychiatriekonzepts realisiert wurden. Es wird weiter dargelegt, worauf die Realisierung oder allfällige Nichtrealisierung der einzelnen Versorgungsgrundsätze zurückgeführt werden kann (Beantwortung der Evaluationsfrage 2). Damit werden Wirkungszusammenhänge zwischen der Realisierung der Versorgungsgrundsätze und den vorgelagerten Untersuchungsgegenständen aufgezeigt. Schliesslich interessiert im Rahmen der Wirkungsbeurteilung nicht nur, wie die betroffenen Akteure die aktuellen Versorgungsangebote und die Umsetzung der Versorgungsgrundsätze beurteilen, sondern auch

wie sie die Grundannahmen des Psychatriekonzepts aus heutiger Perspektive einschätzen und welche Aspekte sie bei der zukünftigen Gestaltung der Psychiatrieversorgung berücksichtigen würden (Evaluationsfragen 1 und 6).

2.2 Vorgehen und Forschungsmethodik

Die Beantwortung der Evaluationsfragen erfolgte mittels eines qualitativen Vorgehens, bei welchem zwei Befragungsinstrumente zur Anwendung kamen. Zum einen wurden mit einer von der Gesundheitsdirektion getroffenen Auswahl von Personen 26 halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt (vgl. Liste der GesprächspartnerInnen und Interviewleitfaden² im Anhang)³. Die Auswahl der GesprächspartnerInnen umfasst sämtliche Psychiatrieregionen und VertreterInnen der verschiedenen an der Psychiatrieversorgung beteiligten Institutionen, Akteurs- und Berufsgruppen. Die Gespräche wurden nach Absprache mit den InterviewpartnerInnen aufgezeichnet und stichwortartig anhand des Leitfadens protokolliert. Zum anderen wurden die ärztlichen LeiterInnen von 16 Psychiatrieinstitutionen mittels eines standardisierten schriftlichen Fragebogens (vgl. Liste der Einrichtungen und Fragebogen im Anhang) um eine Einschätzung der Versorgungssituation in der Zürcher Psychiatrie gebeten. Dabei wurde erhoben, für welche Patientengruppen die bestehenden Behandlungsangebote geeignet bzw. nicht geeignet sind und wo allfällige Lücken, Probleme oder Doppelspurigkeiten im Behandlungsangebot bestehen. Von 14 der 16 angeschriebenen Einrichtungen liegen Antworten vor, d.h. die Rücklaufquote beträgt 87,5%, wobei nicht in jedem Fall sämtliche Fragen beantwortet wurden. Trotz mehrmaligen Remindings verzichteten die ärztlichen LeiterInnen der PUK Sektor Ost und des Pflegeheims Bergheim darauf, den Fragebogen zu retournieren.

Die Interviewaussagen und schriftlichen Antworten zu den einzelnen Fragestellungen wurden systematisch zusammengefasst und, so weit wie möglich, zu einem Gesamtbild für jede Versorgungsregion (Grundversorgung) bzw. für den Kanton (spezialisierte Versorgung) verdichtet, um so die gestellten Evaluationsfragen beantworten zu können.

Den Vorgaben des Auftraggebers entsprechend wurde auf eine Methodentriangulation verzichtet und die qualitativen Interviewaussagen nicht mit quantitativen Angaben wie z.B. den PSYREC-Statistiken oder den Kenndaten des Kantons zur psychiatrischen Versorgung ergänzt bzw. validiert. Die Kapitel 4-7 des vorliegenden Berichts geben somit hauptsächlich die

² Der im Anhang aufgeführte Leitfaden enthält detaillierte Unterfragen, die jeweils in Abhängigkeit der Rolle des/r GesprächspartnerIn und der Gesprächsdynamik explizit gestellt wurden oder nicht. Folglich wurden in den einzelnen Gesprächen nicht sämtliche Unterfragen angesprochen. Dies war aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungen und Perspektiven der einzelnen GesprächspartnerInnen nicht sinnvoll und hätte zudem den zeitlichen Rahmen eines Interviews gesprengt.

³ Ein Interview wurde mit zwei Personen gleichzeitig geführt (E. Klöti und T. Brühlmann, Klinik Hohenegg), bei den übrigen handelte es sich um Einzelgespräche. Eine von der Gesundheitsdirektion ausgewählte Person aus der Region Horgen stellte sich nicht für ein Expertengespräch zur Verfügung.

synthetisierten Einschätzungen und Ansichten der diversen InterviewpartnerInnen und der schriftlich befragten ärztlichen LeiterInnen der psychiatrischen Einrichtungen wieder.

2.3 Gliederung des Berichts

Der vorliegende Bericht enthält zunächst eine kurze Übersicht über die Kernaspekte des Psychiatriekonzepts, einen knappen Abriss über die seit Verabschiedung des Psychiatriekonzepts erfolgten Umsetzungsmassnahmen und eine Darstellung der daraus resultierenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung, um die Ist-Situation zum Zeitpunkt der Untersuchung abzubilden. Anschliessend erfolgt eine Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation in Bezug auf die Bedarfsgerechtigkeit, das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie hinsichtlich der Zweckmässigkeit der Angebotsstruktur. Das fünfte Kapitel nimmt eine Beurteilung der bisherigen Wirkungen des Psychiatriekonzepts bezüglich seiner Zielkriterien vor. Abschliessend wird die Einschätzung der befragten Akteure zur Aktualität der Grundannahmen des Psychiatriekonzepts sowie der künftigen Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich wiedergegeben. Auf das Formulieren von Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen wird auf Wunsch des Auftraggebers verzichtet.

3 Das Psychiatriekonzept und seine bisherige Umsetzung

3.1 Ausgangslage 1997

Die Mitte der 90er Jahre bestehende Versorgungsstruktur ist das Ergebnis einer schrittweisen Regionalisierung der Psychiatrie im Kanton Zürich, die 1972 durch ein Gutachten des Kollegiums der Psychiatrischen Chefärzte eingeleitet und in der Zürcher Krankenhausplanung 1978 aufgenommen wurde. Bis Anfang der 70er Jahre basierte die institutionelle staatliche psychiatrische Versorgung hauptsächlich auf den beiden Kliniken Rheinau und Burgölzli (heute Psychiatrische Universitätsklinik Zürich). 1972 empfahl das Kollegium der Psychiatrischen Chefärzte die Einführung von Versorgungsregionen mit je eigenem Versorgungsnetz aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten und bezeichnete den Ausbaubedarf bezüglich zusätzlicher Regionskliniken, ambulanter und sozialpsychiatrischer Dienste sowie der gerontopsychiatrischen Versorgung. In der Folge wurden die privaten Kliniken Schlössli Oetwil und Sanatorium Kilchberg in die Regionsversorgung eingegliedert sowie eine zusätzliche kantonale Klinik in Embrach gebaut, so dass ab 1991 die folgenden fünf Psychiatrieregionen mit je einer sogenannten Stammklinik zur Verfügung standen (Gesundheitsdirektion 1999: 46).

Region Zürich	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Region Winterthur	Psychiatrische Klinik Rheinau
Region Oberland	Psychiatrische Klinik Schlössli, Oetwil
Region Unterland	Psychiatrie-Zentrum Hard, Embrach
Region Horgen	Sanatorium Kilchberg

Die Gesundheitsdirektion betraute die Stammkliniken mit der Organisation und dem Ausbau der für die Region erforderlichen subsidiären ausserstationären Angebote. Den verbleibenden psychiatrischen und alterspsychiatrischen Institutionen wurde eine überregionale Funktion in der spezialisierten Psychiatrie zugewiesen.

Das 1998 verabschiedete Psychiatriekonzept hält am Grundgedanken der Regionalisierung fest und stellt fest, dass diese bis Mitte der 90er Jahre noch nicht vollständig umgesetzt war. Die einzelnen Regionen verfügten noch nicht über ein bedarfsgerechtes Versorgungsnetz aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten. Während im stationären Bereich die Betten ungleich zwischen den Regionen verteilt waren, konzentrierten sich die ambulanten und teilstationären Einrichtungen vornehmlich auf städtische oder regionale Zentren (Zürich, Winterthur, Wetzikon), während insbesondere in der Region Horgen kaum ausserstationäre Angebote und im Limmattal mit Ausnahme eines Drop-Ins in Dietikon keine sozialpsychiatrischen Einrichtungen zur Verfügung standen (Gesundheitsdirektion 1997: 17ff.).

Konkret wurden die folgenden Defizite in der Versorgungsstruktur identifiziert (Regierungsrat 1998: 3 und 6):

- fehlende ambulante und teilstationäre Einrichtungen im Limmattal (Ausnahme Drop-In Dietikon)
- fehlende ambulante drogentherapeutische Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen am rechten Zürichseeufer
- fehlende teilstationäre Einrichtungen in der Region Unterland
- fehlende ambulante drogentherapeutische Einrichtung und teilstationäre Einrichtungen in der Region Horgen (Ausnahme Tagesklinik in Affoltern)
- fehlende gemeindenahe stationäre Angebote in der Region Winterthur, Überkapazitäten in der psychiatrischen Klinik Rheinau
- zu wenig differenziertes Betreuungs- und Behandlungsangebot für psychisch-krankte Straftäterinnen und Straftäter

3.2 Kernaspekte des Psychiatriekonzepts

Ausgehend von dieser Situationsbeurteilung skizziert das Psychiatriekonzept die konzeptuellen Rahmenbedingungen für die Massnahmenplanung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich. Diese soll sich u.a. an fünf zentralen Versorgungsgrundsätzen (Regierungsrat 1998: 2) ausrichten:

- Patientenorientierte, d.h. bedürfnisgerechte Ausgestaltung der psychiatrischen Angebote
- Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem
- Verbesserung der Erreichbarkeit der therapeutischen Angebote (Gemeindenähe)
- Betreuungskontinuität als wesentliches Qualitätsmerkmal (Behandlungskette)
- Ausreichendes Angebot an spezialisierten Einrichtungen

Das Versorgungskonzept orientiert sich an einem Stufenmodell, das aus sechs Ebenen besteht und die ganze Behandlungskette beinhaltet (vgl. Abbildung 2). Die psychiatrischen Einrichtungen haben Aufgaben wahrzunehmen, welche die Selbst- und Laienhilfe, die Primärversorger, private Anbieter oder Spitex-Dienste ergänzen und unterstützen oder von diesen nicht erbracht werden können (Gesundheitsdirektion 1999: 57). Dabei sollen gemäss dem Subsidiaritätsprinzip stationäre und teilstationäre Einrichtungen grundsätzlich so wenig und so kurz wie möglich eingesetzt werden (Regierungsrat 1998: 2).

Abbildung 22: Einteilung psychiatrischer und ergänzender Angebote (Stufenmodell)

1. Ebene	Selbst- und Laienhilfe in der Gemeinde, professionelle Angebote (Seelsorge, Sozialdienst)	
2. Ebene	Primärversorgung* durch HausärztInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie, PsychotherapeutInnen und Spitex-Organisationen	
	Institutionelle Grundversorgung (allgemeine Psychiatrie gemäss Sektorisierungs- bzw. Regionalisierungsmodell)	Institutionelle Spezialangebote nicht sektorierte, überregionale Angebote
3. Ebene	Ambulante Behandlung Sozialpsychiatrische Ambulatorien inkl. mobile Equipen	Poliklinische Zentren für Psychotherapie und Verhaltensmedizin
4. Ebene	Intensive Akutbehandlung (inkl. akute Rezidive bei Chronischkranken) Akutstationen, Kriseninterventionsprogramme (z.B. Tageszentren)	Psychotherapiestationen, Kriseninterventionsstationen an Notfallzentren, weitere Spezialstationen (z.B. für psychisch kranke Drogenabhängige, Affektkranke)
5. Ebene	Intensive Intermediärbehandlung Rehabilitationsstationen, Nachtkliniken, Tageskliniken, ausserklinische Angebote der beruflichen und sozialen Rehabilitation	Forensische Psychiatrie
6. Ebene	Langzeitbetreuung und –behandlung Tageszentren, geschützte Werkstätten, Wohngruppen, Wohnheime, Abteilungen und Heime für psychiatrische Langzeitpflege etc.	
parallel zu Ebenen 3-6	Gesonderte Angebote für Alterspsychiatrie und Suchtpsychiatrie	

* subsidiär übernehmen auch Institutionen Aufgaben der Primärversorgung

Quelle: Gesundheitsdirektion (1999: 58)

Die institutionelle psychiatrische Versorgung ist in zwei Versorgungsstufen mit drei Organisationsebenen gegliedert. Während die spezialisierte Versorgung überregional bzw. auf kantonaler Ebene konzentriert in (z.T. universitären) medizinischen Zentren anzubieten ist, erfolgt die institutionelle Grundversorgung auf der Ebene der Regionen und Sektoren. Als Basiseinheit sieht das Psychiatriekonzept die Sektoren vor, welche je nach Siedlungsstruktur ein Gebiet von 50'000 bis 100'000 Einwohnern umfassen. In ihnen soll ein möglichst patienten- und gemeindeorientiertes Basisangebot an institutionellen Hilfeleistungen zur Verfügung stehen. Die Region als übergeordnete Einheit ist für Angebote zuständig, die in den Sektoren nicht dezentralisiert eingerichtet werden können (Regierungsrat 1998: 7; Gesundheitsdirektion 1999: 59f.). Für die Ausstattung und Ausgestaltung der Regionen bzw. Sektoren mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten sind die vom Kanton bezeichneten Regions- bzw. Sektorkliniken verantwortlich. Dementsprechend sah der RRB 1830 vom 12. August 1998 folgende Sektoreinteilung und Leistungsaufträge vor (Tabelle 1; vgl. Regierungsrat 1998: 7f.):

Tabelle 11: Leistungsaufträge der psychiatrischen Versorgung 1998

Regionale Angebote	Institutionelle Grundversorgung
Region Zürich	3-4 Sektoren
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Regionsklinik)	Sektoren Ost und West
Psychiatrische Abteilung (evtl. Spital Limmattal)	Sektor Limmattal
Psychiatrische Klinik Hohenegg	Sektor Rechtes Seeufer
Region Winterthur	2-3 Sektoren
Krankenhaus Wülflingen (zukünftige Regionsklinik)	1-2 Sektoren
Psychiatrische Klinik Rheinau	Sektor Andelfingen
Region Oberland	1-2 Sektoren
Psychiatrische Klinik Schlössli	1-2 Sektoren
Region Unterland	3 Sektoren
Psychiatrie-Zentrum Hard	Sektoren Stadt, Land, Dielsdorf
Region Horgen	2 Sektoren
Sanatorium Kilchberg	Sektoren Linkes Seeufer, Affoltern
Überregionale Angebote	Spezielle Versorgung
Psychiatrische Klinik Rheinau	Massnahmenpsychiatrie, Forensik, PatientInnen mit hohem Gewaltpotenzial
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Universitäre Spezialangebote
Psychiatrie-Zentrum Hard	Drogenentzug für Jugendliche
Klinik am Zürichberg	Psychiatrie und Psychotherapie
Psychotherapiestation USZ	Psychotherapie
Psychotherapiestation KSW	Psychotherapie
Psychiatrische Klinik Hohenegg	Psychotherapie
Psychiatrische Klinik Schlössli	Psychotherapie
Krankenhaus Bergheim	Alterspsychiatrie
Krankenhaus Sonnalpe	Alterspsychiatrie
Krankenhaus Wülflingen	Alterspsychiatrie

Quelle: Regierungsrat (1998: 7f.)

3.3 Veränderungen

Seit der Festsetzung des Psychiatriekonzepts im August 1998 wurde bei dessen Umsetzung insbesondere in folgenden Bereichen Massnahmen ergriffen:

- Aufbau eines gemeindenahen, bedarfsgerechten Versorgungsnetzes
- Förderung der Vernetzung und Integration der Angebote
- Ausgliederung von Langzeitpflegefällen

Die folgenden Abschnitte skizzieren die bisher in jeder Region getroffenen Massnahmen und erfolgten Veränderungen in der Versorgungsstruktur der Zürcher Psychiatrie. Sie beruhen auf diversen Unterlagen der Gesundheitsdirektion (2004a; 2004b), den Regierungsratsbeschlüssen 676 vom 5. Mai 2004 und 1036 vom 7. Juli 2004 (Regierungsrat 2004b und

2004c) sowie diversen Jahresberichten der Gesundheitsdirektion (Regierungsrat 2003a und 2004a) und der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK 2003).

3.3.1 Aufbau von gemeindenahen Angeboten

Für die Region Zürich formulierte das Psychiatriekonzept prioritären Handlungsbedarf im stationären Bereich, da in der Region Zürich ein Bettendefizit bestand. Im Anschluss an das Psychiatriekonzept wurde die Klinik Hohenegg mit einem partiellen Versorgungsauftrag für den Sektor Rechtes Zürichseeufer in die psychiatrische Grundversorgung eingebunden. Durch einen Akutbettenausbau an der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) konnten Umleitungen von PatientInnen aus ihrer Region weitgehend vermieden bzw. verhindert werden (PUK 2003). Im ambulanten und teilstationären Bereich konnten ebenfalls verschiedene Umsetzungsschritte realisiert werden. So wurde das Ambulatorium Ost aus dem Gebäude der Militärstrasse (Sektor West) ausgegliedert und neu im Versorgungsgebiet des Sektors Ost angesiedelt, wo auch das Tageszentrum Ost eingerichtet wurde. Stattdessen wurde an der Militärstrasse ein Kriseninterventionszentrum geschaffen. Im Sektor West wurde das Drop-In Dietikon zu einem sozialpsychiatrischen Ambulatorium ausgebaut. Im Psychiatriekonzept war der Aufbau eines stationären Angebots im Limmattal im Rahmen von Massnahmen zweiter Priorität vorgesehen. Darauf wurde bislang verzichtet. An der PUK wurden teilstationäre Angebote im Bereich Drogen grundsätzlich neu aufgebaut. Im gerontopsychiatrischen Bereich subventioniert die Gesundheitsdirektion seit 2002 neu zusätzlich zum bestehenden Angebot der PUK auf der Basis eines befristeten Leistungsauftrages das Tageszentrum des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) für ältere chronisch kranke Menschen. Eine Akuttagesklinik an der PUK sowie mobile Equipen konnten bislang nicht realisiert werden (Regierungsrat 2004b: 4).

Die Reorganisation der Psychiatrieregion Winterthur genoss bei der Umsetzung des Psychiatriekonzepts erste Priorität und wurde im Rahmen eines Pilotprojekts der kantonalen Verwaltungsreform (wif) 1999-2003 realisiert. Die zentralen Massnahmen der Reorganisation bestanden in der Ansiedlung der akutpsychiatrischen Versorgung in Winterthur und der Zusammenfassung aller institutionellen Psychiatrieangebote der Region in der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw). Zu diesem Zweck wurde die Klinik Rheinau, die bisher die akutpsychiatrische Versorgung der Region Winterthur sicherstellte, redimensioniert, was die Schliessung der Inselklinik Rheinau im Jahr 2000 zur Folge hatte. Parallel dazu wurde die psychiatrische Versorgung in Winterthur ausgebaut. Kernstück bildete dabei die Umnutzung des Krankenhauses Wülflingen in eine psychiatrische Regionsklinik mit einem gerontopsychiatrischen Kompetenzzentrum. Bereits im Jahr 2001 wurde in Winterthur ein Kriseninterventionszentrum realisiert, dessen Angebot ab 1. Juli 2003 auf das Unterland ausgedehnt wurde. Die ipw wurde am 1. Januar 2002 operativ tätig und umfasst heute insgesamt 11 Standorte:

Neben der Klinik Schlosstal (ehemaliges Krankenhaus Wülflingen) gehören die psychiatrischen Angebote des Kantonsspitals Winterthur (Psychiatrische Poliklinik, Psychotherapiestation Villa, Beratungsstelle für Jugend und Drogen), die zentrumsnahen ambulanten und teilstationären Angebote im Bereich der allgemeinen Psychiatrie und der Gerontopsychiatrie sowie das Kriseninterventionszentrum zur ipw. Die Akutstationen des Psychiatriezentrums Rheinau wurden im Jahr 2002 ebenfalls administrativ in die ipw eingegliedert. Nach der Fertigstellung des Umbaus des Trakts H der Klinik Schlosstal erfolgte der Umzug der Akutstationen nach Winterthur-Wülflingen im Februar 2005. In der Region Winterthur nicht umgesetzt wurden bisher hingegen eine flexible Abklärungs- und Triagestation (FLATS) sowie eine Tagesklinik am Kantonsspital Winterthur (Regierungsrat 2004b: 4).

In der Region Oberland bestand mit dem Psychiatrischen Zentrum Wetzikon (PZW), dem Ambulatorium Bahnhofstrasse (ABW) sowie dem Klinikambulatorium der Klinik Schlössli bereits vor 1998 ein relativ gut ausgebautes, ambulantes und teilstationäres Angebot. Diese Angebote wurden per 1. Januar 2003 unter einer einheitlichen Leitung zusammengefasst, indem das PZW und das ABW in die Strukturen der Klinik Schlössli AG integriert wurden. Mit der Eröffnung des Psychiatriezentrums Männedorf (PZM) im Jahr 2003 wurde die ambulante und teilstationäre Versorgung der südlichen Gemeinden der Region Oberland und des Sektors Rechtes Zürichseeufer erweitert. Das PZM wird als Aktiengesellschaft von den Kliniken Schlössli und Hohenegg geführt. Sein Angebot umfasst einen Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischen Dienst zur Unterstützung des Kreisspitals Männedorf sowie Ambulatorien im Bereich der allgemeinen Psychiatrie, der Gerontopsychiatrie und der Suchtbehandlung. Mitte 2004 eröffnete das PZM zudem eine allgemeine und eine gerontopsychiatrische Tagesklinik. In der Region Oberland wurde bislang auf den Aufbau eines regionalen Kriseninterventionszentrums verzichtet (Regierungsrat 2004b: 4).

Die Region Unterland wurde im Anschluss an das Psychiatriekonzept verkleinert. Der Stadtkreis 10 wurde neu der Region Zürich, die Gemeinden Dübendorf und Wangen-Brüttisellen der Region Oberland zugeteilt (Gesundheitsdirektion 1997: 45). Weitere Massnahmen wurden bis ins Jahr 2004 nicht umgesetzt, folglich bestehen in der Region Unterland nach wie vor Lücken in der ausserstationären Versorgung. Das ambulante Angebot besteht nach wie vor aus den vier Ambulatorien in Embrach, Oerlikon, Bülach und Dielsdorf sowie dem Drop-in Zürich Nord in Schwamendingen. Das gerontopsychiatrische Ambulatorium am Psychiatriezentrum Hard wurde leicht ausgebaut (Gesundheitsdirektion 2004b). Teilstationäre Angebote in der Region fehlen damit gänzlich. Zur Zeit ist eine Arbeitsgruppe mit der Ausarbeitung einer Planung für die ausserstationäre Versorgung beschäftigt. Mit konkreten Ergebnissen ist jedoch erst im Jahr 2005 zu rechnen (Regierungsrat 2004b: 5).

In der Region Horgen wurde im Anschluss an das Psychatriekonzept eine Tagesklinik in Kilchberg eingerichtet und der Umzug und Ausbau des Drop-In Thalwil zum sozialpsychiatrischen Ambulatorium Zimmerberg Horgen realisiert. Im Jahr 2004 wurde das Angebot des Ambulatoriums durch den Bereich der Gerontopsychiatrie erweitert. Nach der Fertigstellung der Gesamtsanierung des Spitals Zimmerberg in Horgen ist als weitere Massnahme die räumliche Integration des sozialpsychiatrischen Ambulatoriums ins Spital vorgesehen. Im Oktober 2004 wurde am Bezirksspital Affoltern ein Psychiatriestützpunkt eröffnet. Damit wird die bereits bestehende Tagesklinik mit einem stationären Angebot ergänzt. Auf den Aufbau eines Tageszentrums in Horgen und sowie eines Ambulatoriums im Kreis 2 der Stadt Zürich wurde bisher verzichtet (Regierungsrat 2004b: 5).

3.3.2 Förderung der Vernetzung und Integration der Angebote

Um sowohl die Vernetzung und Integration der institutionellen Psychiatrieversorgung in das soziale und medizinische System als auch die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Behandlungsstufen und -angebote zu fördern wurden verschiedene, teilweise je nach Region variierende Massnahmen umgesetzt.

Auf regionaler Ebene schlägt das Psychatriekonzept vor, die regionalen Psychiatriekommissionen mit der Vernetzung und Koordination der institutionellen Grundversorgung mit der Primärversorgung und mit weiteren privaten oder staatlichen Angeboten zu betrauen. Ihre zentrale Aufgabe besteht in der fortlaufenden Wertung und Abstimmung des psychiatrischen Dienstleistungsangebots im Hinblick auf die Zweckmässigkeit, Zusammenarbeit und allfällige Versorgungsmängel (Gesundheitsdirektion 1999: 95). Die Gesundheitsdirektion legte den Kommissionen ein Musterreglement vor, das auf die Bedingungen der jeweiligen Region anpassbar ist, und erteilte ihnen einen Leistungsauftrag zur Förderung der Koordination und Vernetzung in ihrer Region. Zum heutigen Zeitpunkt verfügt jede Psychiatrieregion über eine regionale Psychiatriekommission (Gesundheitsdirektion 2004b: 4).

Im Bereich der überregionalen Koordination und Vernetzung ist einerseits der Ausschuss der Präsidenten und Präsidentinnen der Psychiatriekommissionen zu nennen, der regelmässig tagt. Andererseits ist auch der Psychiatrieverbund Unterland-Winterthur zu erwähnen, der mit dem Ziel gegründet wurde, betriebliche Synergien unter den beteiligten Kliniken zu nutzen und das psychiatrische Angebot für die Regionen optimal zu gestalten.⁴

Auf der Ebene der psychiatrischen Einrichtungen ist als zentrale Massnahme die in zahlreichen Regionen erfolgte Zusammenfassung der stationären, teilstationären und ambulanten Bereiche unter eine gemeinsame Leitung zu nennen. So wurden in der Region Winterthur die

⁴ Der Psychiatrieverbund verfügt über eine Geschäftsleitung, welche aus Kadern der Kliniken besteht. Im Rahmen des Verbundes wurde beispielsweise im Jahr 2002 in Zusammenarbeit mit dem Hochbauamt das Projekt "Versorgungsbetriebe" durchgeführt, welches zum Ziel hatte, die Küchen- und Versorgungssituation im Verbundsgebiet zu analysieren (Das Projekt läuft zur Zeit noch, vgl. Regierungsrat 2003a und 2004a).

regionalen Angebote in der Institution ipw zusammengeführt und in der Region Oberland das PZW und ABW der Leitung der Klinik Schlössli unterstellt. Die Regionen Zürich und Unterland haben im Rahmen der Sektorisierung die jeweiligen Angebote eines Sektors unter eine ärztliche Leitung zusammengefasst bzw. die Vernetzung der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote durch organisatorische Massnahmen vorangetrieben. So wurden beispielsweise im Sektor West der Region Zürich die teilstationären und ambulanten Einrichtungen im Zentrum für Rehabilitation an der Militärstrasse zusammengeführt (PUK 2003), um für die PatientInnen die Angebote einrichtungsübergreifend verfügbar zu machen. In der Region Unterland organisierte das Psychiatrie-Zentrum Hard sein Angebot im Akutbereich entlang der Sektoreinteilung (Nord/Süd), um die Betreuungskontinuität zu verbessern. In der ipw wurde zudem eine Reihe von innovativen Schnittstellenangeboten konzipiert und realisiert, welche die Verbindung und die Zusammenarbeit mit den vor- und nachgelagerten nicht-staatlichen Anbietern der Behandlungskette (z.B. HausärztInnen, TherapeutInnen, Wohnheime) professionalisieren und verstärken. So wurde eine Koordinationsstelle für Langzeitangebote (Kola) geschaffen, ein Case Management eingeführt und eine Notfall- und Triagestelle eingerichtet. Im Jahr 2003 wurden schliesslich im Kanton Zürich an allen Stammkliniken TriageärztInnen eingesetzt, die eine effiziente Zuordnung der angemeldeten und notfallmässig eintretenden PatientInnen zur geeigneten Behandlungseinheit ermöglichen (Regierungsrat 2004a).

3.3.3 Ausgliederung von Langzeitpflegefällen

Parallel zum Aufbau der ambulanten und teilstationären Angebote sah das Psychiatriekonzept die Ausgliederung der LangzeitpatientInnen in geeignete Wohn- und Pflegeinstitutionen vor und ging zudem davon aus, dass sich die Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen zunehmend verkürzt. Dementsprechend rechnete das Psychiatriekonzept mittel- bis langfristig mit einem Bedarfsrückgang an stationären Plätzen und damit verbunden mit einem Bettenabbau. Die so frei werdenden Ressourcen sollten zur Finanzierung neuer ambulanter und teilstationärer Angebote beitragen (Gesundheitsdirektion 1997: 7 und 31ff.; Regierungsrat 1998).⁵ Gleichzeitig wurde auch eine Umlagerung der Akutbettenbestände zwischen den einzelnen Psychiatrieregionen angestrebt (Gesundheitsdirektion 1997: 36).

Zwischen 1998 und 2003 wurden an den psychiatrischen Einrichtungen insbesondere in der PUK, der Klinik Schlössli, der Klinik Rheinau und im Krankenhaus Wülflingen, insgesamt 494 Langzeitbetten abgebaut, indem zahlreiche psychiatrische Langzeitpflegefälle in geeignete Wohn- und Pflegeinstitutionen ausgegliedert wurden. Gleichzeitig erfolgte im selben Zeit-

⁵ Ursprünglich wurde davon ausgegangen, dass die Umsetzung der Massnahmen des Psychiatriekonzepts auf der Ebene der Betriebskosten bzw. der Staatszuschüsse an die Betriebsdefizite mindestens kostenneutral gestaltet werden könne (Regierungsrat 1998: 11). Dieses Vorhaben scheiterte aufgrund des starken Anstiegs der Behandlungen im Akutbereich (vgl. Tabelle 3).

raum ein Aufbau von 175 Akutbetten. Damit resultiert im stationären Bereich gesamthaft betrachtet ein Abbau von insgesamt 332 Betten (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Entwicklung des Psychatriebettenangebots⁶

	1998	2003	Veränderung
Akutbetten	982	1187	+20,9%
Langzeit- und Pflegebetten	1262	768	-39,1%
Total Betten	2244	1925	-14,2%

Quelle: Gesundheitsdirektion (2000a und 2004c)

Gleichzeitig mit dem Bettenabbau und dem Rückgang von Langzeithospitalisationen nahm die Zahl der behandelten Patienten im Akutbereich massiv zu. Dass die Anzahl Pflegetage insgesamt trotzdem leicht zurückging, ist einerseits auf die Abnahme von Langzeitpatienten, andererseits auf eine markante Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Akutbereich zurückzuführen. Tabelle 3 unterstreicht diese Entwicklung mit konkreten Zahlen:

Tabelle 3: Entwicklung der Patientenaustritte und Pflegetage⁷

	1998	2003	Veränderung
Patientenaustritte Akut	6'462	9'791	+51,5%
Patientenaustritte Langzeit	1'177	519	-55,9%
Patientenaustritte Total	7'639	10'310	+35,0%
Pflegetage Akut	325'609	377'491	+15,9%
Pflegetage Langzeit	380'553	258'161	-32,2%
Pflegetage Total	706'162	635'652	-10,0%

Quelle: Gesundheitsdirektion (2002a und 2004c)

3.3.4 Entwicklung in der überregionalen spezialisierten Versorgung

Das Psychatriekonzept befasst sich neben der Grundversorgung auch mit der Entwicklung der spezialisierten Psychiatrie. Neben der speziellen Psychosomatik und Psychotherapie, der Neuropsychiatrie und der psychiatrischen Behandlung geistig Behinderter geht es insbesondere auf die Spezialisierung in der forensischen Psychiatrie ein, die vordringlich zu fördern sei. Bei der Umsetzung des Psychatriekonzepts waren jedoch abgesehen von der Zentralisierung der Massnahmenpsychiatrie in der Klinik Rheinau keine konkreten Massnahmen im Bereich der spezialisierten Versorgung vorgesehen (vgl. Gesundheitsdirektion 1997 und Re-

⁶ Einrichtungen der Spitalliste Psychiatrie, ohne Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

⁷ Einrichtungen der Spitalliste Psychiatrie, ohne Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

gierungsrat 1998). Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden deshalb die Entwicklungen in den angesprochenen Bereichen nicht systematisch abgeklärt.

Die grösste Veränderung im Bereich der spezialisierten Psychiatrie erfolgte in Zusammenhang mit der Reorganisation der Psychiatrieregion Winterthur. Die redimensionierte Klinik Rheinau wurde in Psychiatriezentrum Rheinau umbenannt und mit der überregionalen spezialisierten Versorgung im Bereich der Forensik und Massnahmenpsychiatrie sowie der psychiatrischen Rehabilitation beauftragt. Für das Psychiatriezentrum Rheinau wurde ein Gesamtentwicklungskonzept erarbeitet, das insbesondere einen Ausbau des Sicherheits- und Massnahmenbereichs in der Forensik vorsieht (Gesundheitsdirektion 2004b). Der dazu notwendige Baukredit wurde am 27. Februar 2005 von der Zürcher Stimmbevölkerung angenommen. Die Umsetzung des Gesamtentwicklungskonzepts im Bereich der Rehabilitation erfolgt laufend. So wurden bisher im Jahr 2002 eine neue Spezialstation für Alkohol- und Medikamentenabhängige und im Jahr 2003 eine geschlossene Station zur längerfristigen Rehabilitation von psychisch kranken Menschen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten eröffnet.

Weitere Veränderungen in der Spezialversorgung wurden im Rahmen des Sanierungsprogramms 04 initiiert. So erfolgte im Bereich der stationären Suchtbehandlung die Schliessung der Klinik Sonnenbühl in Brütten per 31. Dezember 2003 (Gesundheitsdirektion 2004a). Die Klinik war auf die abstinentorientierte Therapie von Drogenabhängigen spezialisiert. Weiter tangiert das Sanierungsprogramm die spezialisierte Versorgung im Bereich der stationären Psychotherapie, da es vorsieht, die Klinik Hohenegg per 1. Januar 2005 von der Spitalliste zu streichen. Aufgrund einer Beschwerde der Klinik Hohenegg beim Bundesrat, der aufschiebende Wirkung gewährt wurde, ist dieser Entscheid allerdings noch nicht vollzogen (vgl. Kapitel 7, Fussnote 17). Die von ihr bisher geleistete Psychotherapie soll von den Stammkliniken übernommen werden (Regierungsrat 2004d). Die Umsetzung dieser geplanten Dezentralisierung ist vom Beschwerdeentscheid des Bundesrates abhängig.

Weiter ist geplant, am Sanatorium Kilchberg ein Spezialangebot für Personen mit Essstörungen aufzubauen. Die Mutter-Kind-Behandlungsangebote der PUK, des Spitals Uster (Casa Florina) sowie der Klinik Hohenegg sollen neu am Bezirksspital Affoltern zusammengefasst werden. Dieses bietet seit dem 1. Januar 2005 Mutter-Kind-Behandlungen an. Die Casa Florina in Uster wurde bereits geschlossen, und der PUK der entsprechende Leistungsauftrag entzogen. Die Spezialbehandlungen im Bereich des psychiatrischen Rehabilitation sollen vermehrt gemeindenah ambulant und teilstationär erbracht werden, während die stationäre Rehabilitation vom überregionalen Psychiatriezentrum Rheinau übernommen wird (Regierungsrat 2004d).

3.4 Situation 2004

Um die erfolgten Veränderungen in den Versorgungsstrukturen der Erwachsenenpsychiatrie des Kantons Zürich zu illustrieren stellt die nachfolgende Tabelle 4 die Situation des Jahres 1997 derjenigen Ende 2004 gegenüber und zeigt gleichzeitig auf, welche Einrichtungen ab- bzw. aufgebaut wurden und inwiefern Veränderungen in den Trägerschaften erfolgten. Die Tabelle macht nur beschränkt Aussagen über die inhaltliche Ausrichtung der bestehenden Angebote.

Wie bereits skizziert erfolgten die grössten Veränderungen durch die Einrichtung ausserstationärer Versorgungsangebote, insbesondere in den Regionen Oberland und Horgen, sowie durch die Schaffung der Integrierten Psychiatrie Winterthur und den damit verbundenen Anpassungen. In der Region Zürich konsolidierte sich die Sektorstruktur durch die Verlagerung und Neuordnung der teilstationären und ambulanten Einrichtungen der PUK, die nun pro Sektor organisiert sind. Demgegenüber erfuhren die Versorgungsstrukturen in der Region Unterland kaum Veränderungen.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der psychiatrischen Strukturen 1997 und 2004

Region Zürich - Einrichtungen mit regionalem Versorgungsauftrag			
1997	Abbau	Aufbau	2004
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich			Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Stationärer Bereich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach Therapiestation Steinwies	Therapiestation Steinwies (2000)	Kriseninterventionszentrum (2000)	Stationärer Bereich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach Kriseninterventionszentrum
Teilstationärer Bereich: Nachtklinik Hochstrasse (West) Nachtklinik Klusstrasse (Ost) Tagesklinik Tageszentrum Tagesklinik GPZ Hegibach Berufsförderungskurs	Nachtklinik Hochstrasse (2000)	Tageszentrum Ost (2000) Tagesklinik für Drogenrehab. (2000)	Teilstationärer Bereich: Nachtklinik Villa Klus Tagesklinik Tageszentrum West Tagesklinik GPZ Hegibach Berufsförderungskurs Tageszentrum Ost Tagesklinik für Drogenrehabilitation
Ambulanter Bereich: Klinikambulatorium Ambulatorium West Ambulatorium Ost Ambulatorium GPZ Hegibach Kant. psychiatrische Familienpflege Therapiestelle für Drogenprobleme Drop-in Zürich Drop-in Dietikon		Erweiterung zum Sozialpsych. Zentrum Limmattal (2001)	Ambulanter Bereich: Klinikambulatorium Ambulantes Zentrum West Ambulantes Zentrum Ost Ambulatorium GPZ Hegibach Kantonale psychiatrische Familienpflege Therapiestelle für Drogenprobleme Drop-in Zürich Sozialpsychiatrisches Zentrum Limmattal

Weitere, ergänzende Einrichtungen mit regionalem und überregionalem Versorgungsauftrag in der Region Zürich			
1997	Abbau	Aufbau	2004
Stationärer Bereich: Hohenegg Universitätsspital, Psychotherapiestation Klinik am Zürichberg			Stationärer Bereich: Hohenegg Universitätsspital, Psychotherapiestation Klinik am Zürichberg
Teilstationärer Bereich:		SRK, Tageszentrum(2002) PZM, Tagesklinik Psychiatrie (2004) PZM, Tagesklinik Gerontopsych. (2004)	Teilstationärer Bereich: Schweiz. Rotes Kreuz, Tageszentrum für ältere chronisch psychisch Kranke Psychiatriezentrum Männedorf ⁸ , Tagesklinik allg. Psychiatrie und Gerontopsychiatrie
Ambulanter Bereich: Hohenegg, Klinikambulatorium Universitätsspital, Psychiatrische Poliklinik Universitätsspital, Psychosoziale Medizin Klinik am Zürichberg, Klinikambulatorium			Ambulanter Bereich: Hohenegg, Klinikambulatorium Universitätsspital, Psychiatrische Poliklinik Universitätsspital, Psychosoziale Medizin Klinik am Zürichberg, Klinikambulatorium Psychiatriezentrum Männedorf, Ambulatorien Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtberatung

⁸ Das Psychiatriezentrum Männedorf wird als Aktiengesellschaft der Kliniken Schöslli und Hohenegg geführt und ist für die ambulante und teilstationäre Versorgung des Sektors Rechtes Zürichseufers sowie die südlichen Gemeinden der Region Oberland zuständig.

Region Winterthur			
1997	Abbau	Aufbau	2004
Psychiatrische Klinik Rheinau, Kantonsspital Winterthur (KSW), Stadt Winterthur (Win)			Integrierte Psychiatrie Winterthur, Stadt Winterthur (Win)
Stationärer Bereich: Rheinau Inselklinik Neu-Rheinau KSW, Psychotherapiestation Villa	Schliessung der Inselklinik (2000) und Umzug der gerontopsychiatrischen und allgemeinpsychiatrischen Angebote nach Winterthur-Wülflingen in die Klinik Schlosstal		Stationärer Bereich: Klinik Schlosstal (Winterthur-Wülflingen) Psychotherapiestation Villa Kriseninterventionszentrum
Teilstationärer Bereich: Nachtklinik Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie Gerontopsychiatrische Tagesklinik	Nachtklinik (2001)	Kriseninterventionszentr. (2001)	Teilstationärer Bereich: Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Ambulanter Bereich: Ambulatorium Allgemeine Psychiatrie Gerontopsychiatrisches Ambulatorium KSW, Psychiatrische Poliklinik Win/KSW, Beratungsstelle für Jugendliche und Drogenprobleme Win, Fachstelle für Alkoholprobleme Win, Ikarus			Ambulanter Bereich: Ambulatorium Allgemeine Psychiatrie Gerontopsychiatrisches Ambulatorium Psychiatrische Poliklinik ipw, Beratungsstelle für Jugendprobleme Win/ipw, Beratungsstelle für Drogenprobleme Win/ipw, Fachstelle für Alkoholprobleme Win/ipw, Ikarus Koordinations- und Beratungsstelle, Case Management

⁹ Die dargestellte Struktur des stationären Bereichs der Integrierten Psychiatrie Winterthur entspricht der Versorgungsstruktur ab Anfang 2005. Im Rahmen des wif-Projekts Nr. 058 wurde im Jahr 2000 die Inselklinik in Rheinau geschlossen. Gleichzeitig wurden die regionalen gerontopsychiatrischen Angebote von Rheinau nach Winterthur-Wülflingen ins ehemalige Krankenhaus Wülflingen (neu Klinik Schlosstal) überführt. Der Umzug der regionalisierten Allgemeinen Psychiatrie von Neu-Rheinau nach Winterthur-Wülflingen erfolgte Anfang 2005.

Region Oberland			
1997	Abbau	Aufbau	2004
Klinik Schlössli und Psychiatrisches Zentrum Wetzikon (PZW)			Klinik Schlössli ¹⁰ und Psychiatrisches Zentrum Männedorf (PZM)
Stationärer Bereich: Klinik Schlössli			Stationärer Bereich: Klinik Schlössli
Teilstationärer Bereich: PZW, Tagesklinik Allg. Psychiatrie PZW, Gerontopsych. Tagesklinik Uster PZW, Gerontopsych. Tagesklinik Wetzikon			Teilstationärer Bereich: Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie Gerontopsychiatrische Tagesklinik Uster Gerontopsychiatrische Tagesklinik Wetzikon PZM, Tagesklinik Allgemeine Psychiatrie PZM, Tagesklinik Gerontopsychiatrie
Ambulanter Bereich: Klinikambulatorium PZW, Ambulatorium Allg. Psychiatrie PZW, Gerontopsych. Beratungsdienst PZW, Drop-in Züri Oberland		Tagesklinik Psychiatrie (2004) Tagesklinik Gerontopsychiatrie Umzug und Erweiterung zum Psychiatrischen Zentrum Männedorf mit Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtberatung (2003)	Ambulanter Bereich: PZM, Ambulatorium Psychiatrie PZM, Ambulatorium Gerontopsychiatrie PZM, Suchtberatung Ambulatorium Allgemeine Psychiatrie Gerontopsychiatrischer Beratungsdienst Ambulatorium Bahnhofstrasse

¹⁰ Das Psychiatrische Zentrum Wetzikon (PZW) wurde per 1. Januar 2003 in die Strukturen der Klinik Schlössli integriert.

Region Unterland			
1997	Abbau	Aufbau	2004
Psychiatrie-Zentrum Hard			Psychiatrie-Zentrum Hard
Stationärer Bereich: Psychiatrie-Zentrum Hard			Stationärer Bereich: Psychiatrie-Zentrum Hard
Ambulanter Bereich: Klinikambulatorium Ambulatorium Bülach Ambulatorium Dielsdorf Ambulatorium Oerlikon Drop-in Zürich Nord Drop-in Dübendorf	Drop-in Dübendorf (1997)		Ambulanter Bereich: Klinikambulatorium Ambulatorium Bülach Ambulatorium Dielsdorf Ambulatorium Oerlikon Drop-in Zürich Nord
Region Horgen			
1997	Abbau	Aufbau	2004
Sanatorium Kilchberg und Bezirksspital Affoltern (BSA)			Sanatorium Kilchberg und Bezirksspital Affoltern (BSA)
Stationärer Bereich: Sanatorium Kilchberg		Psychiatriestützpunkt (2004)	Stationärer Bereich: Sanatorium Kilchberg BSA, Psychiatriestützpunkt
Teilstationärer Bereich: BSA, Tagesklinik		Tagesklinik Kilchberg (2003)	Teilstationärer Bereich: BSA, Tagesklinik Tagesklinik Kilchberg
Ambulanter Bereich: Klinikambulatorium Kilchberg Drop-In Thalwil		Umzug und Erweiterung zum Ambulatorium Zimmerberg (ab 2002) Klinikambulatorium (2004)	Ambulanter Bereich: Klinikambulatorium Kilchberg Suchtberatung Zimmerberg Ambulatorium Psychiatrie Zimmerberg Ambulatorium Gerontopsychiatrie Zimmerberg BSA, Klinikambulatorium

Überregionale Einrichtungen (Stationäre Versorgung)				
1997	Abbau	Aufbau	2004	
Akuteinrichtungen für Suchtkranke			Akuteinrichtungen für Suchtkranke	
Forel Klinik			Forel Klinik (inkl. frauenspez. Abteilung Hirschen)	
Therapiestation Hirschen				
Frankental			Frankental	
Beth Shalom			Beth Shalom	
Klinik Sonnenbühl	Schliessung (2003)			
Gerontopsychiatrische Pflegeheime			Gerontopsychiatrische Pflegeheime	
Krankenheim Wülflingen	Abbau Langzeitpflege		Integrierte Psychiatrie Winterthur	
Psych. Pflegeheim Bergheim			Psych. Pflegeheim Bergheim	
Psych. Pflegeheim Sonnhalde			Psych. Pflegeheim Sonnhalde	
Forensik und psych. Rehabilitation			Forensik und psych. Rehabilitation	
Psychiatrische Klinik Rheinau			Psychiatriezentrums Rheinau	
Stationärer Bereich: Rheinau Inselklinik Neu-Rheinau	Schliessung (2000) Umzug regionale Versorgung nach Winterthur-Wülflingen		Stationärer Bereich: Neu-Rheinau: - Klinik für forensische Psychiatrie - Klinik für Rehabilitation	Aufbau Spezialversorgung (Forensik und Rehabilitation)

4 Einschätzung der Versorgungssituation

Nachdem die erfolgten Veränderungen in der Angebotsstruktur der Zürcher Psychiatrie kurz zusammengefasst wurden, widmen sich die nachfolgenden Abschnitte der Oberfrage, wie die heutige Versorgungssituation aus Sicht der Hauptbeteiligten und –betroffenen zu beurteilen ist. Dabei wird zunächst auf die Bedarfsgerechtigkeit des vorhandenen Angebots eingegangen (Frage 5), danach auf die angestrebte Verlagerung von stationären Behandlungen auf ambulante und teilstationäre Angebote (Frage 4) und schliesslich auf die Eignung der bestehenden Angebote (Frage 3).

4.1 Bedarfsgerechtigkeit des bestehenden psychiatrischen Angebotes

Die Bedarfsgerechtigkeit der bestehenden Versorgungsstrukturen konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht mittels objektiver Kriterien beurteilt werden. Stattdessen wurde in den geführten Interviews explizit nach Anzeichen für Unter-, Fehl- und Überversorgung sowie nach Patientengruppen, deren Bedürfnisse nicht abgedeckt werden bzw. die keinen Zugang zur psychiatrischen Versorgung finden, gefragt. Letztere wurden auch in der schriftlichen Befragung erhoben.

4.1.1 Unterversorgung

Auf die Frage, ob im Kanton Zürich Anzeichen für Unterversorgung auszumachen seien, wiesen die meisten GesprächspartnerInnen auf punktuelle Lücken im Versorgungsangebot hin. Diese betreffen primär die Regionen Horgen, Oberland und Unterland. In den Regionen Zürich und Winterthur waren die befragten Personen mehrheitlich der Ansicht, es bestehe keine Unterversorgung, allerdings machten auch diese in einzelnen Bereichen einen nicht ausreichend abgedeckten Versorgungsbedarf aus.

In der Primärversorgung wurde die niedrige Versorgungsdichte an frei praktizierenden PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen in den Regionen Horgen und Unterland erwähnt. Diese Situation werde sich mittelfristig aufgrund der geltenden und vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen und der generell sinkenden Nachfrage nach Landpraxen weiter verschlechtern. Bezüglich der institutionellen Versorgung wurden fehlende Angebote im sozialpsychiatrischen Bereich (Wohnheime), insbesondere auch für gerontopsychiatrische PatientInnen, in den Regionen Unterland, Horgen und vereinzelt in Winterthur am häufigsten als Beispiele für Unterversorgung genannt. In den Interviews wie in der schriftlichen Befragung wurde mehrmals auf fehlende ambulante und teilstationäre Angebote, vor allem für alte und psychisch schwer kranke Personen, im Zürcher Unterland verwiesen.

Zur teilstationären Versorgung kann aufgrund der schriftlichen Antworten grundsätzlich festgehalten werden, dass störungsspezifisch differenzierte Settings weitgehend fehlen und so

insbesondere Alkohol- und andere SuchtpatientInnen nicht teilstationär betreut werden können. Ebenfalls ohne oder mit eingeschränktem Zugang zu teilstationären – wie auch zu ambulanten – Angeboten sind gemäss der Befragung PatientInnen aus den Diagnosegruppen F4, F5 und F6¹¹. In Bezug auf die stationäre Versorgung bemerkten zwei Personen, der Kanton Zürich verfüge über zu wenig Akutbetten. Unterversorgung zeige sich daran, dass wegen den hohen Auslastungsvorgaben PatientInnen oft früher entlassen würden, als dies aufgrund ihres Krankheitszustandes angebracht sei (vgl. auch Abschnitt 4.2). Ebenfalls zwei GesprächspartnerInnen wiesen weiter darauf hin, dass die im Psychiatriekonzept vorgesehene Früherkennung bzw. Frühbehandlung nach wie vor ungenügend ausgestattet sei, insbesondere im Bereich der Schizophrenie.

Etwas konkreter kann die Versorgungssituation anhand der Frage nach nicht erreichten Patientengruppen erörtert werden. Diesbezüglich ist zunächst darauf zu verweisen, dass aufgrund der unbekanntenen Dunkelziffer psychisch kranker Menschen keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden können. Von den bestehenden Versorgungsstrukturen nicht erfasst werden vor allem PatientInnen, die nicht von sich aus psychiatrische Behandlung suchen¹², weil ihnen dies aufgrund ihrer Krankheit nicht möglich ist (soziale Isolation, Verwahrlosung) und/oder sie keine Krankheitseinsicht zeigen. Dies betrifft insbesondere Personen mit Psychosen, Schizophrenie und Depression sowie SuchtpatientInnen. Diesem Umstand könne mit der Schaffung oder dem Ausbau von Angeboten der aufsuchenden Psychiatrie begegnet werden. Als weiterer Aspekt wurde in zahlreichen Gesprächen auf die immer noch vorhandene Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sowohl in der breiten Bevölkerung als auch teilweise bei den somatischen ÄrztInnen erwähnt. Es bestünden vielerorts, gemäss einigen GesprächspartnerInnen vor allem in ländlichen Regionen, ausgeprägte Hemmschwellen, psychiatrische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Als Patientengruppe mit ungenügendem oder gar fehlendem Zugang zur psychiatrischen Versorgung wurden in allen Psychiatrieregionen sowohl in den Expertengesprächen als auch in der schriftlichen Befragung MigrantInnen bzw. fremdsprachige Personen mit Abstand am häufigsten genannt. Sprachliche bzw. kulturelle Barrieren (z.B. unterschiedliches Krankheitsverständnis, Stigmatisierung der Psychiatrie) und fehlende soziale Integration werden als Hauptgründe dafür angeführt. Ein Unterangebot bestehe zudem für PatientInnen mit Bedarf an stationärer Psychotherapie, mit Borderline-Syndrom oder Dualdiagnosen sowie für gerontopsychiatrische PatientInnen mit erhöhtem Betreuungsbedarf. Mehrere Personen machten weiter geltend, die bevorstehende Schliessung der Klinik Hohenegg verursache in den von ihr angebotenen Fachgebieten (insbesondere Mutter-Kind-Hospitalisationen und Essstörungen) Unterversorgung, weil der bestehende Bedarf von den übrigen Kliniken oder

¹¹ F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

¹² Darauf deutet laut einem Gesprächspartner auch die hohe Rate von FFE-Einweisungen im Kanton Zürich hin.

anderen Einrichtungen nicht vollständig abgedeckt werden könne. Die auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierte psychiatrische Poliklinik am USZ machte in der schriftlichen Befragung generelle Unterversorgung geltend, weil sie lange Wartezeiten aufweise (vgl. Tabelle 5). Drei GesprächspartnerInnen aus verschiedenen Regionen wiesen auf fehlende Betreuungsmöglichkeiten für Jugendliche und junge Erwachsene hin, die in Zusammenhang mit Problemen bei der Lehrstellensuche psychische Probleme entwickelten und für welche weder die Angebote des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) noch der Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie geeignet seien.

Als Indikator für die Versorgungssituation kann auch auf die Fristen abgestellt werden, innert derer ein Platz in einer Einrichtung bzw. ein Behandlungstermin verfügbar ist. Diese wurden in der schriftlichen Befragung erhoben und sind in Tabelle 5 aufgeführt. Diese macht deutlich, dass die Mehrheit der stationären Einrichtungen Wartelisten führt, was als Hinweis für die vereinzelt angesprochene Bettenknappheit gedeutet werden kann. Ausser in der Region Zürich (je nach Situation) und in den Angeboten der spezialisierten Versorgung sind jedoch gemäss den Angaben der Kliniken stationäre Plätze bei Bedarf sofort verfügbar. In den teilstationären Angeboten bestehen Wartefristen zwischen einer Woche und einem Monat. Die Wartefristen für ambulante Behandlungen variieren unter den einzelnen Einrichtungen, wobei sie in den Regionen Winterthur, Oberland und Zürich allgemein etwas kürzer ausfallen als im Unterland und in der Region Horgen, wo gemäss den gemachten Angaben auch bei den niedergelassenen PsychiaterInnen Engpässe bestünden.

Tabelle 5: Wartefristen für Klinikaufenthalte bzw. teilstationäre/ambulante Behandlungen

	stationär	teilstationär	ambulant
Region Zürich			
PUK, Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste	Je nach Situation sofort, häufige Weiterleitungen an andere Kliniken. Warteliste für SuchtpatientInnen	Wartefrist bis 1 Monat	innert 1 Woche
Klinik Hohenegg	In geschlossenen Akutstationen und Spezialstationen für akute Rehabilitation sofortige Aufnahme möglich, in offener Akut- und Psychotherapiestation Wartefristen bis zu 3 Wochen	siehe PZM	siehe PZM
Psych. Poliklinik USZ	Warteliste	-	Wartefrist bis 1 Monat
Klinik am Zürichberg	sofort	-	innert 1 Woche

Tabelle 5 (Fortsetzung): Wartezeiten für Klinikaufenthalte bzw. teilstationäre/ambulante Behandlungen

	stationär	teilstationär	ambulant
Region Winterthur			
ipw	sofort	innert 1 Woche	sofort
Region Oberland			
Klinik Schlössli	sofort	Wartezeit bis 1 Monat	sofort
Psychiatriezentrums Männedorf (PZM)	-	innert 2 Wochen	innert 1-2 Wochen, bei Notfällen sofort
Region Unterland			
Psychiatrie-Zentrum Hard	sofort	-	innert zwei Wochen, in dringenden Fällen früher
Region Horgen			
Sanatorium Kilchberg	sofort	Wartezeit bis 1 Monat	für Notfälle und zur Krisenintervention innert 1 Woche, für längere Therapien werden PatientInnen weitervermittelt. Bei Kapazitätsengpässen Wartezeiten von 2-3 Wochen möglich.
Psychiatriestützpunkt Affoltern	Warteliste, Weiterleitungen an Sanatorium Kilchberg	Wartezeit von 1-2 Wochen	für Notfälle so rasch wie möglich, sonst Wartezeit von 1-2 Monaten. Weiterleitung an niedergelassene PsychiaterInnen, dort jedoch auch lange Wartezeiten
Spezialisierte überregionale Einrichtungen			
Forel-Klinik	Warteliste	-	-
Pflegeheim Sonnalde	Warteliste, Wartezeit 4-6 Wochen	-	-
Psych'zentrum Rheinau	Warteliste	-	-
Forensik Rheinau	Warteliste	-	-

- : keine entsprechenden Angebote

keine Antwort: PUK Sektor Ost, Pflegeheim Bergheim

4.1.2 Fehlversorgung

Fehlversorgung zeigt sich gemäss der einhelligen Einschätzung der meisten Interviewten daran, dass PatientInnen in für sie ungeeigneten Settings behandelt werden. Sie betrifft verschiedene Patientengruppen und Einrichtungen und lässt sich in den Augen einiger Befragten kaum vollständig vermeiden. Rund ein Drittel der GesprächspartnerInnen erwähnte spontan die von der Gesundheitsdirektion 2002 durchgeführte Stichtagerhebung, welche einen Anteil von insgesamt 28% in ungeeigneten Settings platzierten PatientInnen auswies

(Gesundheitsdirektion 2002b: 4). Als fehlversorgte Patientengruppen wurden unabhängig von der Psychiatrieregion Straffällige bzw. PatientInnen der Forensik, Kinder und Jugendliche, die statt durch den KJPD in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie versorgt werden, Behinderte mit psychischen Erkrankungen sowie pflegebedürftige Langzeit- und gerontopsychiatrische PatientInnen genannt. In Zusammenhang mit dem Stichwort 'Fehlversorgung' erwähnten drei Personen die 2003 geschaffenen Triagestellen in allen Kliniken, welche zu einer Verbesserung der Situation beitragen sollen. Davon äusserte sich nur eine zu deren bisherigen Wirkungen, die positiv zu beurteilen seien.

Aus den Interviews lassen sich zwei grundsätzliche Problemfelder herausfiltern. Zum einen wurde die Psychiatrie mehrmals als Sammelbecken für nicht anderweitig platzierbare Personen bezeichnet, die entweder von somatischen Versorgern, Behinderteninstitutionen oder Sozialdiensten zugewiesen werden, zum anderen erfolgten Fehlplatzierungen oft, weil PsychiatriepatientInnen nicht an die geeigneten Anschlussinstitutionen weitergeleitet werden. Gemäss den Interviewaussagen hängt das im Fall von ambulanten und teilstationären Einrichtungen mit fehlenden Aufnahmekapazitäten zusammen (Region Winterthur),¹³ im Fall von Wohnheimen und gerontopsychiatrischen Langzeiteinrichtungen eher mit intransparenter Information über verfügbare Plätze als mit fehlenden Kapazitäten (Zürcher Oberland). Dasselbe gilt für die Überweisung von PatientInnen an Einrichtungen der spezialisierten Psychiatrie. VertreterInnen zweier Spezialkliniken äusserten die Vermutung, ihr Angebot sei den zuweisenden Stellen zu wenig bekannt, weshalb ihr Angebot die designierten Zielgruppen nicht erreiche. Demgegenüber liegen Hinweise dafür vor, dass die ökonomisch motivierte Fokussierung auf die Bettenauslastung den Kliniken der Grundversorgung Anreiz dafür biete, PatientInnen so lange wie möglich selber stationär zu versorgen, anstatt sie rechtzeitig an eine geeignete Spezialeinrichtung zu überweisen.

Die gemachten Feststellungen zur Fehlversorgung deuten auf die bestehende Allokationsproblematik hin, deren Ausmass vom Grad der Vernetzung unter den verschiedenen Einrichtungen, den interinstitutionellen Informationsflüssen, den verfügbaren Behandlungskapazitäten und den ökonomischen bzw. politischen Anreizen abhängig ist.

4.1.3 Überversorgung

Die Frage nach Anzeichen von Überversorgung wurde von der Mehrheit der GesprächspartnerInnen klar verneint, muss allerdings differenziert beurteilt werden. So wurde nicht bestritten, dass auf individueller Ebene Überversorgung im Sinne einer übermässigen Inanspruchnahme bzw. Überbetreuung bestehen könne. Mehrmals wurde in diesem Zusammenhang die auch im interkantonalen Vergleich überaus hohe Dichte frei praktizierender Psychi-

¹³ Die Klinik Hohenegg gab an, dass es auch klinikintern bei erwünschten Verlegungen von der geschlossenen auf offene Akutstationen oder auf die Psychotherapiestation aufgrund von Wartelisten zu Verzögerung kommen könne.

aterInnen und PsychotherapeutInnen, vorwiegend in der Region Zürich, erwähnt. Auch in der stationären Psychiatrie wurde auf die vergleichsweise hohe Bettendichte des Kantons Zürich hingewiesen, was statistisch betrachtet als Anzeichen für Überversorgung gedeutet werden kann, andererseits jedoch auch als Ausdruck eines hochstehenden Versorgungsniveaus und als Reaktion auf eine bestehende Nachfrage. Einige GesprächspartnerInnen, darunter auch zahlreiche Vertreter psychiatrischer Kliniken, waren der Ansicht, der Akutbettenbestand könne noch weiter reduziert werden, da nicht alle Kliniken vollständig ausgelastet seien. Dass in der Vergangenheit einzelne Klinikabteilungen aufgrund ungenügender Auslastung geschlossen worden seien, deute auf vorhandene Überkapazitäten hin. Über das Ausmass des noch möglichen Bettenabbaus gehen hingegen die Meinungen auseinander. Einige Personen vertreten zudem die Ansicht, eine stationäre Kapazitätsreduktion könne nur bei einem gleichzeitigen Ausbau ausserstationärer Angebote erfolgen. Eine Beurteilung der Situation anhand der Bettenauslastung ist insbesondere schwierig, da die Auswirkungen der erfolgten und geplanten strukturellen Veränderungen (Schaffung neuer ambulanter und teilstationärer Angebote, vorgesehene Schliessung der Hohenegg) auf die Patientenströme noch nicht abgeschätzt werden können. Bei einem Bettenabbau sei zudem zu beachten, dass sich eine verkürzte Aufenthaltsdauer unter Umständen negativ auf die Behandlungsqualität auswirken sowie eine erhöhte Nachfrage nach ambulanten und teilstationären Angeboten auslösen könne. Angesichts der obigen Feststellungen, dass die Versorgungssituation in diesen Bereichen als eher ungenügend beurteilt wird, ist gesamthaft betrachtet in der institutionellen Versorgung nicht von grundsätzlichen Überkapazitäten auszugehen, sondern eher von einer suboptimalen Angebotsstruktur hinsichtlich der verfügbaren Behandlungssettings.

4.2 Verlagerung von stationären auf teilstationäre/ambulante Behandlungen

Durch den Aufbau ausserstationärer Angebote und die Verkürzung der Aufenthaltsdauer konnten in den stationären Kliniken zahlreiche Betten abgebaut werden. Trotzdem nahm, wie bereits in Tabelle 3 ausgewiesen, die Zahl stationärer Hospitalisationen (Austritte) in der Akutpsychiatrie (ohne KJPD) zwischen 1999 und 2003 von 6'944 auf 9'791 zu (+41%). Gleichzeitig erhöhte sich die Anzahl teilstationärer Behandlungen (ohne KJPD) um 29% von 786 auf 1013¹⁴, diejenige ambulanter Behandlungen (ohne KJPD) von 14'642 (1999) auf 16'363 (2003) (+12%).¹⁵ Die Feststellung, dass die stationären Behandlungen am stärksten zunahmen, deutet zunächst nicht auf eine Verlagerung stationärer Behandlungen in ambulante oder teilstationäre Einrichtungen hin, wie sie das Psychiatriekonzept vorsieht (vgl. Ab-

¹⁴ Die Anzahl teilstationärer Behandlungstage erhöhte sich von 36'567 (1999) auf 37'550 (2003) um 2%, während sich die durchschnittliche Anzahl Tage pro Behandlung von 46,5 auf 37 reduzierte (eigene Berechnung anhand der Kenndaten der Gesundheitsdirektion).

schnitt 3.2). Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass die aggregierten Daten keine Rückschlüsse auf die individuellen Behandlungsverläufe zulassen bzw. nichts darüber aussagen, ob PatientInnen, die 1998 noch vorwiegend stationär behandelt wurden, mit derselben oder einer vergleichbaren Diagnose heute häufiger in ausserstationären Einrichtungen versorgt werden. Deshalb wurde im Rahmen der Interviews und der schriftlichen Befragung versucht, konkretere Hinweise auf mögliche Interpretationen dieser Zahlen zu finden.

Nach einhelliger Meinung zahlreicher GesprächspartnerInnen hat vor allem die bei der Umsetzung des Psychiatriekonzepts mit Priorität verfolgte Verlagerung von chronisch Kranken aus den Akutkliniken in Wohnheime und andere Institutionen (vgl. Abschnitt 3.3.3) den Aufnahmepressure in den stationären Einrichtungen etwas zu lindern vermocht. Auch der Aufbau von ambulanten und teilstationären Versorgungsangeboten (vgl. Abschnitt 3.3.1) ermöglichte in den Augen der meisten befragten Personen eine gewisse Reduktion bzw. Verkürzung stationärer Behandlungen. Unabhängig von der Region sei es insbesondere frei praktizierenden PsychiaterInnen in zahlreichen Fällen möglich gewesen, PatientInnen z.B. an Kriseninterventionszentren oder Tageskliniken weiter zu verweisen und so stationäre Klinikaufenthalte zu vermeiden. Vor allem in der Region Winterthur betonen die GesprächspartnerInnen mehrheitlich, es habe eine Verlagerung stationärer Behandlungen an ambulante und teilstationäre Einrichtungen stattgefunden. Demgegenüber habe die ungenügende Dotierung mit ausserstationären Angeboten dies in der Region Unterland bisher noch kaum ermöglicht. In der Region Horgen ermögliche die neu geschaffene Tagesklinik am Sanatorium Kilchberg eine gewisse Verlagerung, es fehle aber nach wie vor an ambulanten Einrichtungen. In der Region Zürich fallen die Ansichten ambivalent aus. Zwar habe dank der ausserstationären Angebote ein Bettenabbau realisiert werden können, hingegen habe man sich grössere Entlastungseffekte erhofft. Von drei GesprächspartnerInnen wird erwähnt, dass die finanziellen Anreize nach wie vor die stationäre Behandlung begünstigen, da sie für die Kliniken lukrativer sind. Dementsprechend flössen z.B. in der Region Zürich 80% der finanziellen Mittel in die stationäre Versorgung.

Diverse Personen aus dem Zürcher Oberland wiesen darauf hin, dass durch den Ausbau ambulanter und teilstationärer Einrichtungen neue, zusätzliche Behandlungsangebote geschaffen wurden. So seien neue Patientenschichten erschlossen worden, die zuvor keine psychiatrische Versorgung in Anspruch genommen hätten und deren Zugang durch die niederschweligen Angebote nun erleichtert worden sei.

Die meisten befragten Personen halten eine Auslagerung stationärer Behandlungen an ambulante und teilstationäre Einrichtungen grundsätzlich für machbar. Das Ziel, Hospitalisationen möglichst zu vermeiden und psychiatrische PatientInnen vor der Klinik abzufangen,

¹⁵ Die Anzahl ambulanter Konsultationen erhöhte sich von 112'279 (1999) auf 144'559 (2003) um 28%, die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Behandlung von 7,67 auf 8,83 (eigene Berechnung anhand der Kennzahlen der Gesundheitsdirektion).

könne allerdings nur erreicht werden, wenn zum einen ausreichende ausserstationäre Angebote wie mobile Equipen, Tageskliniken oder Spitex zur Verfügung stünden, und zum anderen die Früherkennung funktioniere und zu raschen Massnahmen führe. Dies gelte insbesondere für schwer kranke PatientInnen mit Schizophrenie, Depression oder Psychosen.

Das Subsidiaritätsprinzip in der Behandlung ("ambulant vor teilstationär vor stationär") wird von keinem Gesprächspartner angezweifelt, allerdings könne es nicht darum gehen, stationäre Behandlungen grundsätzlich zu vermeiden, da nicht alle Patientengruppen an ausserstationäre Einrichtungen ausgelagert werden könnten. Es gelte stets die Behandlungsqualität und das geeignete Setting im Auge zu behalten. Wie auch aus der schriftlichen Befragung hervorgeht, gibt es PatientInnen, deren Zustand eine ausserstationäre Betreuung nicht zulässt, wie z.B. Personen mit neuropsychologischen Defiziten, SuchtpatientInnen oder Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und fehlender Compliance und/oder erhöhtem Selbst- und Fremdgefährdungspotenzial. Mit der Betreuung von letzteren, aber insbesondere auch von älteren, chronisch kranken, multimorbiden PatientInnen seien ausserstationäre Einrichtungen oft überfordert, weil die dazu notwendigen Einrichtungen und das Know-how fehlten. Dementsprechend befürchteten einzelne GesprächspartnerInnen in gewissen Fällen einen Qualitätsabbau in der Versorgung, wenn stationäre Behandlungen auf andere Settings verlagert werden oder wenn geeignete Anschlussinstitutionen fehlen und die PatientInnen sich selber überlassen würden.

Als negativen Aspekt der durch Auslagerung erfolgten Verkürzung stationärer Aufenthalte weisen einzelne Personen darauf hin, dass PatientInnen teilweise gar nicht zur Krankheitseinsicht gelangen könnten, weil ihnen die Zeit dafür nicht gegeben werde. Eine weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauer wird deshalb von mehreren GesprächspartnerInnen als nicht sinnvoll erachtet.

4.3 Eignung der Versorgungsangebote

Bei der Beurteilung der bestehenden Versorgungssituation interessiert auch, wie die Ausrichtung der verfügbaren Angebote zu beurteilen ist. Konkret geht es dabei um die Frage, wofür sie geeignet bzw. nicht geeignet sind und welche Patientengruppen Zugang zur Versorgung finden bzw. welche nicht.

Aus den verschiedenen Antworten in den Expertengesprächen und der schriftlichen Befragung lässt sich grundsätzlich ableiten, dass die Eignung der psychiatrischen Institutionen und ihrer Settings primär von der Komplexität und dem Verlauf der zu behandelnden Krankheiten und dem entsprechenden Grad der zu leistenden Betreuung, d.h. dem zeitlichen, personellen und fachlichen Aufwand abhängig ist. So böten stationäre Angebote den PatientInnen u.a. Stabilität und eine Rückzugsmöglichkeit aus dem mitunter als bedrohlich oder belastend empfundenen Alltag, aber auch eine Entlastung für die Angehörigen von psychisch

Kranken. Teilstationäre und ambulante Angebote sowie die explizit genannten Kriseninterventionszentren eignen sich demgegenüber als niederschwellige Anlaufstellen.

Aus den Gesprächen und der schriftlichen Befragung geht klar hervor, dass die Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie als ungeeignet für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen erachtet werden. In drei Regionen (Unterland, Horgen, Oberland) wird die Betreuung straffälliger Personen bzw. PatientInnen der Forensik als problematisch empfunden. Während die Kapazitäten in der dafür spezialisierten Klinik Rheinau nicht ausreichen, seien die allgemeinspsychiatrischen Kliniken nicht für die erhöhten sicherheitstechnischen Anforderungen eingerichtet. Ebenfalls spezifische Anforderungen an die Betreuung stellen MigrantInnen, deren Behandlung oft durch kulturelle Barrieren und fehlende Übersetzungsmöglichkeiten erschwert wird. Auf diesen Umstand wird in allen Psychiatrieregionen hingewiesen. Gemäss der schriftlichen Befragung ist die stationäre Versorgung auch für adoleszente PatientInnen sowie Mütter mit Kindern als inadäquat, da keine spezifischen Behandlungssettings angeboten werden. Eine weitere Patientengruppe, für deren Betreuung akutenpsychiatrische Institutionen als ungeeignet erachtet werden, stellen gemäss zahlreichen GesprächspartnerInnen pflegebedürftige, chronisch kranke ältere Personen dar. Diese seien stattdessen in gerontopsychiatrischen Wohnheimen unterzubringen. Auch geistig behinderte und sozial isolierte, zurückgezogene psychisch kranke Personen, z.B. mit schweren Persönlichkeitsstörungen, PatientInnen mit ausgeprägtem bzw. sekundärem Suchtleiden sowie besonders erregte und fremdgefährliche PatientInnen, v.a. bei FFE-Einweisungen, könnten gemäss den verschiedenen Antworten in psychiatrischen Kliniken vielfach nicht adäquat behandelt werden, da diese nicht dafür eingerichtet seien. Zahlreiche InterviewpartnerInnen aus verschiedenen Psychiatrieregionen äussern zudem Zweifel daran, dass die psychiatrischen Kliniken dafür geeignet seien, die infolge der Schliessung der Klinik Hohenegg zu übernehmenden Spezialbehandlungen, insbesondere die frauenspezifischen und die Mutter-Kind-Angebote, adäquat fortzuführen. Das entsprechende Know-how sei anderswo nicht vorhanden und gehe durch die Schliessung verloren.

Interessant ist, dass die ärztlichen Leiter zweier privater Kliniken der Grundversorgung angaben, sämtliche stationär aufgenommenen PatientInnen adäquat betreuen zu können. Mindestens eine dieser Kliniken trifft gemäss ihren Angaben offenbar eine Vorselektion aufzunehmender PatientInnen. Die Poliklinik am USZ macht geltend, ihre PatientInnen mit Essstörungen könnten aufgrund der schlechten Infrastruktur kaum adäquat behandelt werden.

In den teilstationären Einrichtungen fehlt es laut den Ergebnissen der schriftlichen Befragung in den Regionen Zürich, Horgen und Winterthur an störungsspezifischen Settings, so dass Sucht-, Angst- und DepressionspatientInnen sowie Adoleszente, chronische (v.a. schizophrene) und gerontopsychiatrische PatientInnen sowie PatientInnen aus den Diagnosegruppen F4, F5 und F6 nicht adäquat behandelt werden könnten. Die teilstationären Einrichtungen in der Region Oberland gaben an, bisher alle PatientInnen behandeln zu können.

Im ambulanten Bereich äussern die Betriebe aus dem Oberland keine Probleme. Im Unterland sei die angemessene Nachbetreuung von schweren sozialpsychiatrischen Fällen wegen fehlenden Kapazitäten erschwert, während in der Region Horgen grundsätzliche Kapazitätsengpässe bestünden, so dass insbesondere MigrantInnen und Mütter mit Kindern nicht adäquat versorgt werden könnten. In Zürich seien wiederum PatientInnen aus den Diagnosegruppen F4, F5 und F6 in den Ambulatorien unterrepräsentiert, während in der Region Winterthur mangels aufsuchender Behandlungsteams Personen mit schweren chronischen Erkrankungen, Schizophrenie oder Doppeldiagnosen mit häufigen Hospitalisationen keine adäquate Versorgung fänden.

Die schriftliche Frage nach Patientengruppen mit gehäuften Wiedereintritten erlaubt ebenfalls gewisse Rückschlüsse auf die Eignung von Behandlungsangeboten. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass Wiedereintritte in der Natur psychischer Krankheiten liegen können, z.B. wenn PatientInnen keine Krankheitseinsicht zeigen, Therapien abbrechen oder ablehnen oder Rückfälle erleiden. Dies betrifft gemäss den eingegangenen Antworten insbesondere SuchtpatientInnen, aber auch verschiedene andere Patientengruppen. Eine Klinik gab zudem an, Wiedereintritte für Kriseninterventionen könnten im Fall von Persönlichkeitsstörungen zum Behandlungskonzept gehören.

Strukturelle Gründe von Wiedereintritten in stationäre Einrichtungen können insbesondere sein, dass ambulante und teilstationäre Angebote oder Wohnheime entweder die fachlichen, zeitlichen oder personellen Anforderungen an intensivere Behandlungen nicht zu erfüllen vermögen, aber auch, dass solche grundsätzlich fehlen. Dies bezieht sich nicht auf konkrete Patientengruppen, sondern im Wesentlichen auf den individuell unterschiedlichen und nicht primär von der Krankheit abhängigen Behandlungsaufwand.

Wiedereintritte in teilstationäre Einrichtungen werden von den meisten antwortenden Personen auf krankheitsbedingte Faktoren zurückgeführt, einzig in der Region Horgen wird explizit auf Kapazitätsprobleme in Ambulatorien und zu hohen Aufwand für praktizierende FachärztInnen verwiesen.

In der ambulanten Versorgung kann nicht von eigentlichen Wiedereintritten gesprochen werden. Sinngemäss können jedoch auch Patientengruppen mit erhöhter Inanspruchnahme identifiziert werden. Es handelt sich dabei generell um PatientInnen mit chronischen, rezidivierenden oder langsam progredienten Krankheitsverläufen, wenig Compliance und/oder Therapieresistenz – Gründe, die in der Regel krankheitsbedingt sind und vor allem SuchtpatientInnen, aber auch weitere Diagnosegruppen betreffen. Ebenfalls genannt werden schlecht integrierte MigrantInnen mit Schmerzstörungen. In der Region Unterland werden ambulante Angebote auch von solchen PatientInnen stark in Anspruch genommen, die eine intensivere teilstationäre Behandlung benötigten, welche jedoch mangels entsprechender Einrichtungen nicht angeboten werden kann.

5 Einschätzung der Auswirkungen des Psychiatriekonzepts

In den nachfolgenden Abschnitten wird Frage 2 der Evaluation nachgegangen. Diese interessiert sich dafür, wie weit die im Psychiatriekonzept formulierten Versorgungsgrundsätze bisher verwirklicht werden konnten, welchen Einfluss die zur Umsetzung des Konzepts ergriffenen Massnahmen (vgl. Abschnitt 3.3) auf die stattgefundenen Veränderungen hatten, und ob diesbezüglich regionale Unterschiede bestehen. Die Synthese der in den Expertengesprächen geäusserten Meinungen und Einschätzungen wird wo möglich mit Angaben der ärztlichen LeiterInnen der schriftlich befragten psychiatrischen Einrichtungen ergänzt.

5.1 Patientennähe

Die Mehrheit der befragten Personen ist der Ansicht, die Patientennähe in der psychiatrischen Versorgung habe sich verbessert, eine starke Minderheit kann keine wesentliche Entwicklung feststellen. Positiv wirkte sich die Schaffung zahlreicher niederschwelliger ambulanter und teilstationärer Einrichtungen aus. Dies senkte einerseits die mit der Stigmatisierung psychiatrischer Kliniken verbundene Hemmschwelle, psychiatrische Versorgung in Anspruch zu nehmen, und ermöglicht es andererseits, differenzierte Behandlungsformen anzubieten, die besser auf die individuellen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen abgestimmt sind und eine höhere Flexibilität bieten. Dies betrifft insbesondere die Region Winterthur. Die Aussagen sind dahingehend zu deuten, dass das Psychiatriekonzept allgemein zu einer Sensibilisierung beigetragen und in zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen Anpassungsprozesse ausgelöst hat. Die Umsetzung ist gemäss zahlreichen GesprächspartnerInnen jedoch unterschiedlich weit fortgeschritten und hängt stark vom Hintergrund und dem Engagement der leitenden und behandelnden Personen ab. Vereinzelt wird darauf hingewiesen, dass in der Zürcher Psychiatrie noch ein patriarchalisches, entmündigendes Psychiatrieverständnis vorherrsche und dass die Behandlung sich oft an institutionellen Erfordernissen ausrichte, statt an den Patientenbedürfnissen. So entspreche z.B. die Beschäftigungstherapie in der stationären Behandlung den Lebenswelten der PatientInnen oft nur wenig und werde deren Bedürfnis nach Unterstützung bei der Alltagsbewältigung kaum gerecht. Diesem Umstand könne mit vermehrter teilstationärer oder ambulanter Behandlung begegnet werden.

Der positiven Entwicklung und dem Anspruch einer möglichst patientennahen Behandlung stehen begrenzte finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen entgegen. Zum einen ist aus finanziellen Gründen der Aufbau von ambulanten und teilstationären Institutionen oder mobilen Equipen mit patientennahen Settings nur beschränkt möglich, zum anderen ist es in stationären Einrichtungen aufgrund der Verkürzung der Aufenthalte und der hohen Auslastung oft nicht möglich, mit der nötigen Intensität auf die Individualität der einzelnen PatientInnen einzugehen. Vereinzelt wird die medikamentenzentrierte Behandlung kritisiert, welche

die PatientInnen zwar stabilisiere und ihre Funktionsfähigkeit wiederherstelle, jedoch wenig zur Bewältigung der eigentlichen Krankheit beitrage. Zahlreiche GesprächspartnerInnen weisen darauf hin, dass bei einer zu raschen Entlassung aus einer stationären Behandlung die Angehörigen von PatientInnen mitunter stark belastet würden und die Kliniken auch den Anliegen und den Behandlungsressourcen der Angehörigen vermehrt Rechnung tragen sollten. Dies gilt insbesondere dann, wenn aus Kapazitäts- oder anderen Gründen keine Nachbehandlung in einer ambulanten, teilstationären oder sozialpsychiatrischen Anschlussinstitution erfolgen kann.

5.2 Integration der Psychiatrie in das medizinische und soziale Versorgungssystem

Das Psychiatriekonzept bezeichnet die regionale Psychiatriekommissionen, die Integration der Psychiatrie in die somatischen Spitäler sowie die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie als wichtige Instrumente, um die Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale System zu realisieren (Gesundheitsdirektion 1999: 76-78, 82, 86, 95, vgl. auch Kapitel 3.3.2). Im Folgenden wird zuerst die Einschätzung der befragten Personen zur allgemeinen Entwicklung der Integration skizziert. Anschliessend wird dargelegt, wie die GesprächspartnerInnen die Integration, insbesondere die Zusammenarbeit und Vernetzung durch die regionale Psychiatriekommission in ihrer Region beurteilen. Abschliessend folgt eine Synthese der Antworten aus der schriftlichen Befragung zum externen Schnittstellenmanagement sowie den konsiliarpsychiatrischen Tätigkeiten der psychiatrischen Institutionen.

Die Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem bzw. die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen den Beteiligten haben sich je nach Region und Partner (PsychiaterInnen, sozialpsychiatrische Vereine, somatische Spitäler usw.) unterschiedlich entwickelt. Die Aussagen der befragten Personen weisen insgesamt auf eine zögerliche und noch nicht ausreichende Integration und Zusammenarbeit hin. Erstens stosse die Vernetzung und Zusammenarbeit aufgrund von fehlenden verbindlichen Zusammenarbeitsformen sowie unterschiedlichen Zuständigkeiten und Finanzierungsmechanismen an Grenzen. Konkret wurden folgende strukturellen Probleme genannt: zu machtvolle Stellung der Chefärzte resp. zu marginale Rolle der Psychiatriekommissionen aufgrund fehlender Kompetenzen, Verteilungskonflikte, fehlende Anreize für eine Abstimmung mit den Angeboten der sozialpsychiatrischen Vereine sowie ungeklärte Finanzierung der psychiatrischen Spitex. Zweitens stosse die Integration der Psychiatrie in die somatischen Spitäler auf Widerstände und sei abgesehen vom neuen Psychiatriestützpunkt Affoltern und dem Psychiatriezentrum Männedorf noch zuwenig verwirklicht worden. Diese zwei Institutionen werden von mehreren befragten Personen unabhängig von ihrer Regionszugehörigkeit als positive Beispiele für die Integration der Psychiatrie ins medizinische Versorgungssystem genannt.

In der Region Winterthur werden die Integration und die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten am besten und grundsätzlich sehr positiv beurteilt. Einerseits wird betont, dass die Koordinationsstelle, welche die verschiedenen Angebote zusammenführt und aufeinander abstimmt, die Informationen aufbereitet, für die interdisziplinäre Weiterbildung sorgt und die Gefässe der Zusammenarbeit moderiert, einen wichtigen Beitrag zum Gelingen der interdisziplinären und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit leiste. Andererseits wird auf die verschiedenen Gefässe der Zusammenarbeit hingewiesen. Auf strategischer Ebene habe sich die regionale Psychiatriekommission nach einem Eklat vor zwei Jahren in einer neuen verkleinerten Zusammensetzung mit entscheidungsbefugten, mandatierten Mitgliedern etabliert. In dieser Zusammensetzung könne die regionale Psychiatriekommission die Grundlage für verbindliche Strategien und Umsetzungen erarbeiten. Auf einer mehr operativen Ebene bilden das alterspsychiatrische Forum sowie die sozialpsychiatrischen Foren von Winterthur und Effretikon wichtige Gefässe der Vernetzung. Allerdings wird in Winterthur auch kritisiert, dass die regionale Psychiatriekommission bei der Gesundheitsdirektion zu wenig Gehör erhalte und allgemein die Integration und Vernetzung von der Bereitschaft der beteiligten Personen zur Zusammenarbeit abhängen. Wünschenswert seien stärkere Anreize zur Zusammenarbeit, beispielsweise durch ein gemeinsames Budget, welches die Akteure zu einer verbindlicheren Abstimmung zwingen würde.

In der Region Horgen habe sich die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Partnern insbesondere durch die fruchtbare Zusammenarbeit in der regionalen Psychiatriekommission und deren Auftrag, ein regionales Psychiatriekonzept auszuarbeiten, intensiviert. Allerdings werden auch hier die fehlenden Kompetenzen sowie die fehlende langfristige Finanzierung der Tätigkeiten der regionalen Psychiatriekommission bemängelt. Die Integration in die medizinische Versorgung habe sich aufgrund der engeren Zusammenarbeit mit dem Spital Zimmerberg sowie der Eröffnung des Psychiatriestützpunktes in Affoltern verbessert, allerdings sei es zu früh, um letzteres zu beurteilen.

In der Region Oberland habe sich die Zusammenarbeit mit den somatischen Spitälern insbesondere durch die Eröffnung des Psychiatriezentrums Männedorf verstärkt und in Uster werde künftig eine intensivere Zusammenarbeit mit dem Spital angestrebt. Die Zusammenarbeit zwischen der Regionsklinik Schlössli und dem sozialpsychiatrischen Verein Zürcher Oberland sowie im Rahmen der regionalen Psychiatriekommission wird von verschiedener Seite als mangelhaft beurteilt. Es bestünden Konkurrenzdenken und Ideologiekonflikte. Zudem mangle es der Kommission an klaren Kompetenzen.

In der Region Unterland habe die Kommission lange Zeit nur eine marginale Rolle gespielt. Die Zusammenarbeit habe sich intensiviert, nachdem die Kommission von der Gesundheitsdirektion beauftragt wurde, ein regionales Psychiatriekonzept zu erarbeiten, und dafür auch finanzielle Mittel erhielt. Dieser Prozess der Konzepterarbeitung wird von den befragten Personen als positiv beurteilt. Allerdings wird auch hier kritisiert, dass die Kompetenzen der

Kommission trotz Musterreglement nicht klar definiert seien und die Gesundheitsdirektion die Kommission zuwenig in wichtige Entscheidungsprozesse einbeziehe. Als positive Entwicklung wird in der Region Unterland auch die Zusammenarbeit mit der Region Winterthur im Rahmen des Psychiatrieverbundes beurteilt. Die Zusammenarbeit mit den somatischen Spitälern habe sich verbessert.

Die Integration und Vernetzung wird in der Region Zürich insgesamt am kritischsten beurteilt. Der PUK wird vorgeworfen, dass sie sich gegenüber der regionalen Psychiatriekommission zu reserviert verhalte und sich zuwenig um eine Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen bemühe. Allerdings schränke die zunehmende Belastung vor allem auch im administrativen Bereich die Ressourcen der Chefärzte für die Zusammenarbeit ein. Auch in dieser Region wird eine verbindliche Zusammenarbeitsform oder ein institutionsübergreifendes Leitungsorgan vermisst.

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass die Psychiatriekommissionen allgemein als wichtige Gremien betrachtet werden und die Zusammenarbeit darin in den Regionen, in welchen vergleichsweise viele konzeptuelle Arbeiten anstanden (Winterthur, Horgen und Unterland), positiver beurteilt wird. Die Mehrheit der befragten Personen ist der Meinung, dass es eine verbindlichere Zusammenarbeit der verschiedenen Partner bräuchte und die Kommissionen gestärkt und von der Gesundheitsdirektion besser einbezogen werden sollten. Es gelte zu beachten, dass der zunehmende Spardruck die freiwilligen Partnerschaften bedrohe und die Vertretung von Eigeninteressen fördere. Deshalb sei eine Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen durch die Schaffung stärkerer Anreize für eine institutionsübergreifende Kooperation und Koordination erstrebenswert.

Auch die Antworten auf die schriftlichen Fragen zu externen Schnittstellen geben Auskunft darüber, wie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren eingeschätzt wird. Gemäss diesen scheint die Zusammenarbeit bzw. das Schnittstellenmanagement mit den zuweisenden Stellen der Primärversorgung sowie den regionalen Spitälern aus der Perspektive der psychiatrischen Institutionen grundsätzlich zu funktionieren. Die angegebenen Schwierigkeiten variieren von Region zu Region (vgl. für detailliertere Informationen dazu Abschnitt 5.4 zur Betreuungskontinuität). In der Region Zürich bestünden Schwierigkeiten bei den Schnittstellen zu den Angeboten der sozialpsychiatrischen Vereine, in der Region Horgen zu den Alterspflegeheimen, Heimen für chronisch Kranke sowie zu den kommunalen Sozialdiensten und Vormundschaftsbehörden. In der Region Unterland erwähnt das Psychiatrie-Zentrum Hard Schnittstellenprobleme zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und zur Forensik, da sich diese gegenüber der übrigen Psychiatrie verschliesse. Die Institutionen in der Region Oberland geben an, die Zusammenarbeit mit den gerontopsychiatrischen Einrichtungen, den regionalen Suchtberatungsstellen der Gemeinden sowie den Angeboten des sozialpsychiatrischen Vereins sei verbesserungswürdig. Die von der ipw erwähnten Schnittstellenprobleme schliesslich beziehen sich auf die Arbeitsintegration.

Tabelle 6: Regelmässige Übernahme von Konsilien/enge Zusammenarbeit

	Somat. Spitäler	andere psych. Kliniken	Alters-/ Pflegeheime	Wohnheime	Spitex	Hausärzte	Spezialärzte
Region Zürich							
PUK/West	-	-	-	-	-	-	-
Hohenegg	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
USZ Psych. Poliklinik	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Klinik am Zürichberg	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Region Winterthur							
ipw	ja	nein	ja	ja	-	-	-
Region Oberland							
Klinik Schlössli	ja	nein	ja	ja	nein	ja	ja
PZM	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja
Region Unterland							
PZH	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein
Region Horgen							
Sanatorium Kilchberg	ja	nein	ja	ja	nein	ja	ja
Stützpunkt Affoltern	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Spezialisierte überregionale Einrichtungen							
Forel-Klinik	ja	ja	nein	nein	nein	ja	ja
PZ Rheinau	nein	-	-	-	-	-	-
Forensik Rheinau	-	-	-	-	-	-	-
Pflegeheim Sonnhalde	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein

- : keine Angabe

keine Antwort: PUK Sektor Ost, Pflegeheim Bergheim

Als wichtiges Instrument der Zusammenarbeit bzw. Vernetzung der Primärversorgung und der somatischen Spitäler mit der psychiatrischen Versorgung kann die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie betrachtet werden. Das Psychiatriekonzept sieht vor, dass sowohl niedergelassene PsychiaterInnen wie psychiatrischen Polikliniken fachspezifische Beratung und Unterstützung zuhanden von PrimärversorgerInnen und somatischen Spitälern leisten sollten (Gesundheitsdirektion 1997: 82 und 86). Wie in den Interviews als auch im Rahmen der schriftlichen Befragung (vgl. Tabelle 6) deutlich wurde, übernehmen viele psychiatrische Kliniken diese Dienstleistungen für somatische Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Wohnheime sowie HausärztInnen. Auffallend ist, dass in der Region Zürich die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie weniger verbreitet zu sein scheint. Allerdings liegt keine Antwort der PUK Sektor Ost auf die schriftliche Befragung vor, und die PUK Sektor West weist in ihrer Antwort darauf hin, dass mit fast allen Einrichtungen eine informelle Zusammenarbeit etabliert sei, Konsilien aber nur sporadisch durchgeführt würden. Die Hohenegg führt keine Konsilien durch, da diese Dienstleistung vom Psychiatriezentrum Männedorf erbracht wird. Der Psychiatrie-

stützpunkt Affoltern sieht sich gemäss seinen Angaben mit Anfragen verschiedener Institutionen konfrontiert, kann diese Konsilien aber aus Kapazitätsgründen nur beschränkt leisten. Das Psychiatriezentrum Rheinau führt an, dass es MassnahmenpatientInnen im Justizvollzug beurteilt und strafrechtliche Gutachten erstellt. Konsilien sollen zukünftig angeboten werden. Einige Interviewaussagen deuten darauf hin, dass die konsiliarischen Tätigkeiten der psychiatrischen Einrichtungen zugenommen haben. Ob die niedergelassenen PsychiaterInnen vermehrt auch solche fachspezifischen Beratungen und Unterstützungen anbieten, kann im Rahmen dieser Evaluation nicht dargelegt werden.

5.3 Gemeindenähe/Erreichbarkeit

Die Mehrheit der befragten Personen ist der Ansicht, die Gemeindenähe der psychiatrischen Versorgung habe sich im Kanton Zürich insgesamt sehr gut entwickelt. Positiv habe sich einerseits die Schaffung von dezentralen teilstationären und ambulanten Angeboten ausgewirkt. Zudem habe die Entlastung der Akutstationen durch den Bettenausbau und die ausgeglichene regionale Verteilung (vgl. Abschnitt 3.3.3) dazu geführt, dass die PatientInnen nicht mehr anderen Kliniken zugewiesen werden mussten, sondern in ihrer Region stationär behandelt werden konnten. Verschiedene GesprächspartnerInnen betonten, dass sich der Grundsatz der Gemeindenähe nicht nur auf die örtliche Erreichbarkeit beziehe, sondern auch die Vertrautheit mit der Umgebung und die Integration ins soziale Umfeld umfasse. Die Erreichbarkeit der Angebote sei grundsätzlich durch die guten Verkehrsverbindungen im Kanton Zürich gegeben. Hingegen seien die anderen Dimensionen der Gemeindenähe, die ein gemeindenahes ambulantes und teilstationäres Behandlungsnetz sowie eine gute Vernetzung mit der Primärversorgung und anderen paramedizinischen Diensten bedinge, noch nicht vollständig realisiert (vgl. Abschnitt 5.2). Insbesondere wird von verschiedenen befragten Personen als Mangel empfunden, dass die aufsuchende Psychiatrie (mobile Equipen, psychiatrische Spitex) mit wenigen Ausnahmen noch nicht verwirklicht wurde. Einzelne wiesen darauf hin, dass die gemeindenahen Angebote der Bevölkerung teilweise noch zu wenig bekannt seien.

Betrachtet man die einzelnen Regionen, wird deutlich, dass in der Region Unterland die Situation bezüglich der Gemeindenähe ganz klar als ungenügend beurteilt wird. In der Region Unterland habe sich die Gemeindenähe nicht verbessert, da sie nach wie vor über keine teilstationären Angebote verfüge und die ambulanten Angebote nicht ausreichten. Insbesondere die Bevölkerung von Zürich Nord (Kreis 11/12) sei stark benachteiligt. Der mehrmals geplante Auf- und Ausbau dieser Angebote sei an fehlenden finanziellen Ressourcen und einer ungenügenden Zusammenarbeit zwischen der Regionsklinik und der regionalen Psychiatriekommission gescheitert. Stossend empfand man, dass besser versorgte Regionen diese Angebote ausbauen konnten, während dies in der Region Unterland trotz allgemein anerkannter Mängel nicht der Fall war. Dementsprechend hofft man, dass das kürzlich eingereichte Kon-

zept zur psychiatrischen Versorgung der Region Unterland bei der weiteren Planung der Psychiatrieversorgung des Kantons Zürich berücksichtigt werde und die Gemeindenähe in den kommenden Jahren dadurch verbessert werden könne. In der Region Horgen fällt die Beurteilung der Gemeindenähe für die beiden Bezirke Affoltern und Horgen sehr unterschiedlich aus. Im Bezirk Affoltern habe man durch die Eröffnung des Psychiatriestützpunktes im Oktober 2004 eine maximale Gemeindenähe erreicht. Die hohe Auslastung durch PatientInnen aus dem Bezirk Affoltern zeige, dass in der Bevölkerung ein Bedürfnis nach stationärer, gemeindenaher Psychiatrieversorgung bestehe. Im Bezirk Horgen hingegen sei das Zielkriterium insbesondere aufgrund eines fehlenden Tageszentrums für soziale Rehabilitation und eines fehlenden Ambulatoriums im Kreis 2 der Stadt Zürich noch nicht ausreichend realisiert. Besonders positiv fällt die Beurteilung der Gemeindenähe in der Region Winterthur aus. Der Umzug der Psychiatrieversorgung von Rheinau nach Winterthur und der Aufbau eines dezentralisierten, vielfältigen Angebots werden als eindeutige Verbesserung der Gemeindenähe betrachtet. Verschiedene befragte Personen, insbesondere PrimärversorgerInnen, führen an, dass der Aufbau des Kriseninterventionszentrums einen besonders wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation geleistet habe. In der Region Oberland wird die Gemeindenähe allgemein als gut bezeichnet. Positiv habe sich die Schaffung des Psychiatriezentrums Männedorf ausgewirkt. Wünschenswert wäre eine stärkere Einbindung des Spitals Uster, die durch den bereits geplanten Umzug der gerontopsychiatrischen Tagesklinik an das Spital Uster realisiert werde. In der Region Zürich wird die Gemeindenähe der Angebote als gut bewertet.

5.4 Betreuungskontinuität

Die Entwicklung der Betreuungskontinuität wird von den befragten Personen sehr unterschiedlich beurteilt. Einzelne GesprächspartnerInnen konnten zudem die Situation aufgrund ihrer Stellung im psychiatrischen Versorgungssystem nicht oder nur vage einschätzen. Laut einer knappen Mehrheit der befragten Personen hat sich die Betreuungskontinuität leicht, aber nicht in ausreichendem Masse verbessert. Die übrigen Befragten stellen entweder keine Verbesserung fest, oder ihre Einschätzung fällt sehr ambivalent aus. Auffallend ist, dass Personen aus der institutionellen Grundversorgung mehrheitlich der Meinung sind, dass sich die Betreuungskontinuität verbessert hat, während VertreterInnen der Primärversorgung, der sozialpsychiatrischen Vereine und der VASK die Situation viel kritischer beurteilen und von keiner oder nur einer teilweisen Verbesserung ausgehen.

Im Folgenden wird zuerst die Betreuungskontinuität innerhalb der institutionellen Grundversorgung diskutiert. Anschliessend werden die Einschätzungen der Betreuungskontinuität über die Grenzen der institutionellen Grundversorgung hinaus dargelegt sowie auf die Doppelspurigkeiten hingewiesen, die gemäss der schriftlichen Befragung in der Versorgung von bestimmten Patientengruppen bestehen. Schliesslich werden Massnahmen aufgeführt, die

sich gemäss den interviewten Personen eignen würden, um die Betreuungskontinuität zu verbessern.

Die KlinikvertreterInnen stellen in erster Linie eine Verbesserung innerhalb der institutionellen Grundversorgung fest. Sie betonen, dass die Sektorenbildung und die Zusammenfassung der Behandlungskette unter eine einheitliche Leitung die Kontinuität verbessert habe. Zwar halten sie das Konzept, wonach die Patientin oder der Patient vom gleichen Team auf allen Behandlungsstufen der institutionellen Grundversorgung der/des jeweiligen Region/Sektors betreut werden soll, für nicht oder nur in sehr kleinen Sektoren für realisierbar. Die gemeinsame Leitung könne jedoch gewährleisten, dass der Informationsaustausch sichergestellt und die Ressourcen gezielt eingesetzt werden. Positiv beurteilt wird die Vernetzung auf Kaderebene, beispielsweise durch behandlungsstufenübergreifende Kaderrapporte, OberärztInnen der Akutstationen, die einen Tag pro Woche in den Ambulatorien tätig sind oder durch die funktionale Zusammenfassung von Fachbereichen unter die Tandem-Leitung aus ChefärztIn und BereichsleiterIn Pflege. Die Sektorbildung ermögliche, dass PatientInnen bei Wiedereintritten in den gleichen Stationen behandelt werden können.

Die positive Einschätzung der Betreuungskontinuität innerhalb der institutionellen Grundversorgung unterstreichen die ärztlichen LeiterInnen der psychiatrischen Einrichtungen in ihren Antworten, die sie im Rahmen der schriftlichen Befragung auf die Frage nach der Qualität des internen Schnittstellenmanagement gaben. Die Mehrheit beurteilt dieses durchwegs positiv, nur vier von ihnen weisen auf spezifische Probleme ihrer Institution hin. Im Falle der psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals behindere das Fehlen einer Tagesklinik die adäquate Versorgung von PatientInnen mit Essstörungen und akuten Störungen. Gemäss Angaben der Zentralen Sozialpsychiatrischen Dienste der PUK gestaltet sich der Übergang aus der stationären in die ambulante Behandlung schwierig. Eine Verbesserung könnte durch die Bildung von stufenübergreifenden Behandlungsteams erzielt werden. Schliesslich verläuft im Sanatorium Kilchberg laut eigenen Angaben die Abstimmung zum stationären paramedizinischen Bereich nicht optimal, da dieser aus Spargründen zentralisiert wurde. Eine Verbesserung würde die Reintegration der paramedizinischen Angebote in die einzelnen Abteilungen verbunden mit einer Aufstockung des Personals bringen. Laut Angaben der Klinik Hohenegg kann es bei wünschbaren Verlegungen von einer geschlossenen auf eine offene Akut- oder die Psychotherapiestation aufgrund von Wartelisten zu Verzögerung kommen. Eine Verbesserung könnte durch die Erhöhung der Bettenzahl erzielt werden.

Die GesprächspartnerInnen, die keine Klinik vertreten, äusserten sich selten zur Betreuungskontinuität innerhalb der institutionellen Grundversorgung und beurteilten diese eher kritisch. So bemängeln drei Personen, dass die PatientInnen bei jeder Einweisung und jedem Stationswechsel eine/n neue/n AnsprechpartnerIn erhalten würden. Eine weitere kritische Stimme, die ebenfalls nicht der institutionellen Grundversorgung zuzuordnen ist, führt an, dass die gemeinsamen Strukturen wenig zur Verbesserung der Betreuungskontinuität beitra-

gen würden, da nur wenige PatientInnen mehrere Behandlungsstufen durchliefen. Ein Gesprächspartner gab zu bedenken, dass die geplante Umverteilung der Grundversorgung im Sektor rechtes Zürichseeufer infolge der Schliessung der Klinik Hohenegg den Grundsatz der Kontinuität in Frage stelle, da die ambulante Versorgung durch das Psychiatriezentrum Männedorf und die stationäre Versorgung durch die PUK erfolgen soll.

Die Betreuungskontinuität über die Grenzen der institutionellen Grundversorgung hinaus zur Primärversorgung und zu den Angeboten der sozialpsychiatrischen Vereine wurde in den Expertengesprächen allgemein, aber besonders von den klinikexternen VersorgerInnen sowie den Angehörigen kritisch beurteilt. Häufig wird angeführt, dass die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Partner sehr von den betreuenden Personen abhängt und in den Kliniken nicht nachhaltig verankert sei, so dass die Kommunikation bei Austritten nicht in jedem Fall gewährleistet sei. Es wurde auch bemerkt, dass die angespannte finanzielle Lage und die sehr hohen Vorgaben zur Bettenauslastung die Betreuungskontinuität behinderten und weiter verschlechtern könnten, weil so noch weniger Zeit für die Sicherstellung der nötigen Kommunikation vorhanden sein werde. Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass eine nachhaltige Nachbetreuung nach einem stationären Klinikaufenthalt oft nicht gewährleistet sei, da die nötigen und passenden Anschlussangebote (z.B. teilstationäre, tagesstrukturierende Angebote oder betreute Wohnformen) nicht vorhanden seien oder die Kliniken nicht ausreichend über die vorhandenen Angebote und freie Plätze informiert seien.

Diese Problematik zeigt sich auch deutlich in den Antworten auf die schriftliche Frage zur Einschätzung der externen Schnittstellen. So treten laut den Zentralen Sozialpsychiatrischen Diensten der PUK bei der Überweisung von PatientInnen an Einrichtungen der sozialpsychiatrischen Vereine wie Wohnheime und Werkstätten Probleme auf, da lange Wartfristen und hohe Selektionskriterien bestünden. Auch die Klinik Schlössli bezeichnet die Zusammenarbeit mit solchen Institutionen als verbesserungswürdig. Allerdings bestünden die Schwierigkeiten darin, dass die sozialpsychiatrischen Angebote inhaltlich nicht koordiniert seien und die Kliniken als Konkurrenz wahrnehmen würden. Das Psychiatriezentrum Männedorf bezeichnet das Schnittstellenmanagement im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung aufgrund von Konkurrenzängsten und unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen als schwierig. Das Sanatorium Kilchberg weist auf Probleme hin, die bei der Überweisung an Alterspflegeheime und Heime für chronisch kranke PatientInnen auftreten, da zu lange Wartfristen bestünden bzw. vor allem für AlterspatientInnen zu wenig Plätze vorhanden seien, die eine zeitgemässe Fachpflege bereitstellen. Die Forel-Klinik bemängelt, dass die psychiatrischen Kliniken die Zuweisung an interne Sozialdienste oder an die PatientInnen selbst delegierten.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass auch aus der Perspektive der ärztlichen LeiterInnen der psychiatrischen Einrichtungen das Schnittstellenmanagement bzw. die Betreuungskontinuität über die Grenzen der institutionellen Grundversorgung nicht reibungslos verläuft. Nur

die drei ärztlichen Leiter der Kliniken Hohenegg, Zürichberg und Rheinau (Forensik) geben explizit an, keine Probleme zu kennen.

Die Hinweise zu den Problemen, die beim externen Schnittstellenmanagement auftreten, beziehen sich nicht ausschliesslich auf die Betreuungskontinuität, sondern auch allgemeiner auf die Zusammenarbeit mit klinikexternen Partnern (vgl. Kapitel 5.2). Wie zahlreiche Gespräche und teilweise auch die Antworten der schriftlichen Befragung verdeutlichen, beeinflusst ein hoher Integrationsgrad die Betreuungskontinuität positiv.

Verschiedene interviewte Personen beurteilen die Zusammenarbeit mit den teilstationären und ambulanten Angeboten und insbesondere mit dem Kriseninterventionszentrum in Winterthur positiv, da die PatientInnen durch die PrimärversorgerInnen weiterbetreut werden könnten. Für die Region Winterthur beziehen sich positive Hinweise zudem auf die umfassende Informationspolitik der ipw (Mappe mit Informationen zu den Angeboten der verschiedenen Stellen, Telefonnummern usw.) und das Case Management. GesprächspartnerInnen aus den Regionen Horgen, Unterland, Oberland und Winterthur führen an, dass die verschiedenen Formen der Triage die Kontinuität positiv beeinflussen. In der Region Oberland merkten zwei kritische Stimmen an, dass sich die Zusammenarbeit mit den beiden ambulanten Einrichtungen in Wetzikon für die nachbetreuenden Stellen komplizierter und schwerfälliger gestalten, seit diese in die Strukturen der Klinik Schlössli integriert wurden. Die Integration habe zwar vielleicht zu einer internen Effizienzsteigerung geführt, für externe Stellen seien jedoch die Kommunikations- und Entscheidungswege länger geworden. Laut den Antworten der schriftlichen Befragung scheint das Zusammenspiel mit den Akteuren der medizinischen Versorgung (andere Kliniken, somatische Spitäler, HausärztInnen, niedergelassene PsychiaterInnen) gut zu funktionieren.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden die ärztlichen LeiterInnen der psychiatrischen Einrichtungen zudem gebeten, anzugeben ob in ihrer Einschätzung die Versorgung von bestimmten Patientengruppen durch Doppelspurigkeiten gekennzeichnet ist. Die entsprechende Frage wurde fünfmal mit 'nein' und viermal nicht beantwortet. Nur drei Antworten weisen auf Doppelspurigkeiten hin. Gemäss den Angaben des Psychiatriezentrums Männedorf bestehen solche im Bereich der Sucht- und Jugendberatung, wenn der Kanton und die Gemeinden involviert seien. Eine Verbesserung würde die Zusammenlegung dieser Dienste bringen. Laut der Antwort des Psychiatrie-Zentrums Hard bestehen Doppelspurigkeiten bei der Behandlung von Somatisierungsstörungen, die durch eine frühzeitige Einbindung der Psychiatrie und durch Case Management verhindert werden könnten. Diese Feststellung wird durch die Angaben der ipw gestützt, wonach PatientInnen mit Schmerz- und somatoformen Störungen ohne Case Management so genannte "Doctor-Shoppers" seien.

Verschiedene GesprächspartnerInnen brachten im Rahmen ihrer Einschätzung der Betreuungskontinuität auch Verbesserungsvorschläge ein. Als geeignete Massnahmen erachten einige GesprächspartnerInnen unterschiedlicher Berufsgruppen die Einrichtung von Case

Management sowie die aufsuchende Psychiatrie. Dadurch würde die Situation der chronisch- und schwerkranken PatientInnen verbessert, bei welchen eine gute Betreuungskontinuität besonders angezeigt sei. Vereinzelt Stimmen erwähnten gemeinsame, behandlungsstufenübergreifende Weiterbildungen, eine Institutionalisierung der Kommunikation bei Austritten, eine bessere Einbindung der PrimärversorgerInnen in die institutionelle Grundversorgung durch gemeinsame Betreuungsstrukturen und eine konsequente und vollständige Sektorisierung als mögliche Instrumente, die zu einer Verbesserung führen könnten.

5.5 Ausreichendes Angebot an spezialisierten Angeboten

Eine Mehrheit der befragten Personen ist der Ansicht, dass sich die überregionale Spezialversorgung positiv entwickelt hat und keine gravierenden Lücken und Mängel bestehen. Allgemein mangelhaft scheint allerdings die Koordination und Bekanntheit der bestehenden Spezialangebote zu sein. Zahlreiche GesprächspartnerInnen haben entweder nur grobe Kenntnisse der aktuellen Spezialangebote oder erachten eine bessere Planung, Koordination, Kommunikation und Zuweisungspraxis als notwendig. Vereinzelt wurde auch kritisch bemerkt, dass eine Tendenz zur zunehmenden Spezialisierung bestehe, mittlerweile jede Klinik ein Spezialangebot führe und damit die Spezialversorgung ihren überregionalen Charakter verliere. Diese zunehmende Differenzierung der Angebote würde die Auslastung der entsprechenden Stationen erschweren. Zudem wurde die Befürchtung geäußert, dass eine zu forcierte Spezialisierung zur Schwächung der Grundversorgung führen könne. Diese Ausführungen skizzieren die Problematik, die höchstwahrscheinlich auf die unkoordinierte und nicht überregional geplante Entwicklung der psychiatrischen Spezialversorgung zurückzuführen ist. Das Psychiatriekonzept enthält zwar Zielvorstellungen zur spezialisierten Versorgung und benennt die bestehenden Lücken. In der Umsetzung wurde jedoch lange Zeit abgesehen von der Forensik keine überregionale Planung forciert. Erst im Jahr 2004 hat die Gesundheitsdirektion angesichts der aktuellen Sparmassnahmen grössere Veränderungen im Bereich der Spezialversorgung initiiert (vgl. Kapitel 3.3.4 und 7; Gesundheitsdirektion 2004a; Regierungsrat 2004d). Wie die Ausführungen im folgenden Abschnitt zeigen, äussert sich eine starke Minderheit kritisch zu den geplanten Massnahmen. Die Äusserungen zu den einzelnen Gebieten resp. Dienstleistungen der Spezialversorgung weisen ein grosses Spektrum auf. Im Nachfolgenden werden diejenigen Gebiete diskutiert, die mehr als einmal genannt wurden. Am weitest häufigsten wird die Forensik als sinnvolles überregionales Spezialgebiet bezeichnet. Allerdings habe sich dieses Gebiet nur sehr zögerlich entwickelt und sei qualitativ noch nicht hochstehend. Die aktuellen Ausbaupläne der forensischen Klinik in Rheinau werden einheitlich begrüsst. Verschiedene befragte Personen weisen darauf hin, dass die aktuelle Situation, dass regionale Stammkliniken forensische PatientInnen betreuen müssen, nicht optimal sei und nicht den Bedürfnissen der anderen PatientInnen entspreche. Diesbezüglich regen einige Personen an, die Koordination und Aufgabenteilung zwischen der

Justiz- und Gesundheitsdirektion zu überdenken. Mehrere GesprächspartnerInnen weisen darauf hin, dass das aktuelle Spezialangebot die Bedürfnisse von jungen Erwachsenen und von der Migrationsbevölkerung nur mangelhaft abdecke (vgl. Abschnitt 4.1). Für die jungen Erwachsenen wird ein Spezialangebot gefordert, da sie neben der psychotherapeutischen Behandlung u.a. zusätzlich pädagogische Angebote benötigen, die in der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie nicht angeboten werden. Die psychiatrische Versorgung trage Migrationsfragen nach wie vor zu wenig Rechnung. Wie mit der zunehmenden sprachlichen und kulturellen Vielfalt und den damit verbundenen spezifischen Problemstellungen umzugehen sei, sei abzuklären. Bereits im Psychiatriekonzept wurde auf die Migrationsthematik eingegangen und die Bildung einer kantonalen Informationsstelle und eines ethnopsychiatrischen Beratungsdienstes vorgeschlagen (Gesundheitsdirektion 1999: 89-92), auf die bisher verzichtet wurde. Die Aussagen der befragten Personen zeigen deutlich, dass die Migrationsfrage nach wie vor als ungelöste Problematik betrachtet wird.

Weiter führen einige Befragte an, dass die überregionale Spezialisierung im Bereich der Persönlichkeitsstörungen noch grosses Entwicklungspotenzial aufweise. Eine starke Minderheit vor allem aus Akteuren ausserhalb der institutionellen Grundversorgung äusserte sich besorgt über die Auswirkung der vorgesehenen Schliessung der Klinik Hohenegg. Dieser Schritt führe zu einem Know-how Verlust und zu einer unsicheren Versorgungssituation im Bereich der stationären Psychotherapie sowie der frauenspezifischen Angebote. Es wird stark bezweifelt, dass andere Kliniken die entstehenden Lücken schliessen könnten, da diese nicht über die nötigen spezialisierten Kompetenzen verfügten.

6 Konzeptevaluation

Nachdem die Auswirkungen des Psychiatriekonzepts aus der Perspektive der befragten Akteure erörtert wurden, stehen in den folgenden Abschnitten das Konzept und seine zentralen Grundannahmen (vgl. Abschnitt 3.2) im Vordergrund des Interesses. Konkret wird Frage 1 nachgegangen, die sich für die Beurteilung der Einteilung in Regionen und Sektoren, der Zielkriterien der Versorgung und der Zusammensetzung und Vernetzung der Angebote innerhalb einer Versorgungsregion interessiert.

6.1 Einteilung in Regionen und Sektoren, Zusammensetzung und Vernetzung der Angebote

Wie bereits in Abschnitt 3.2 dargelegt, sah das Psychiatriekonzept vor, die bestehenden Psychiatrieregionen zusätzlich in Sektoren zu unterteilen. Laut Konzept sollten die Sektoren mit einer Grösse von 50'000 bis 100'000 EinwohnerInnen als kleinste psychiatrische Versorgungseinheit im Kanton Zürich in der Lage sein, sämtliche allgemeinspsychiatrischen Grundversorgungsleistungen ihres Gebiets vollumfänglich, d.h. ambulant, teilstationär und stationär, zu erbringen. Im stationären Bereich sollten optimalerweise Akut- und Rehabilitationsstationen von bestehenden psychiatrischen Regionskliniken an somatische Spitäler verlegt oder zumindest in den Regionskliniken eine sektorielle Zuständigkeit innerhalb des stationären Bereichs geschaffen werden (Gesundheitsdirektion 1999: 72-73, für konkrete Varianten dieser Vorschläge vgl. S. 76-77). Wie die aktuelle Situation zeigt, wurde die Sektorisierung nur zögerlich und unsystematisch realisiert. Nur in den Regionen Zürich und Unterland wurden Sektoren gebildet, hauptsächlich durch die interne organisatorische Aufteilung der jeweiligen Regionskliniken, der PUK (Sektoren Ost und West) und des Psychiatrie-Zentrums Hard (Sektoren Nord und Süd). In der Region Zürich wurde zusätzlich die Klinik Hohenegg eingebunden und mit der institutionellen Grundversorgung des dritten Sektors (rechtes Zürichseeufer) beauftragt. Während die Sektorisierung in der Region Zürich auch im ausserstationären Bereich konsequent umgesetzt wurde, ist sie in der Region Unterland aufgrund des nicht erfolgten Aufbaus von ambulanten und teilstationären Angeboten zumindest nicht vollumfänglich realisiert. In der Region Horgen zeichnet sich mit der Eröffnung des Psychiatriestützpunktes am Bezirkspital Affoltern im Oktober 2004 eine Sektorisierung ab. Im Bezirk Affoltern wurde folglich im stationären Bereich die im Psychiatriekonzept vorgeschlagene optimale Lösung umgesetzt. Ob der Psychiatriestützpunkt zusammen mit den bereits bestehenden ambulanten und teilstationären Einrichtungen des Bezirks sämtliche allgemeinspsychiatrische Grundversorgungsleistungen seines Gebiets vollumfänglich abdecken kann, wird sich in der Zukunft zeigen. In den Regionen Winterthur und Oberland wurden keine Sektoren gebildet. Dementsprechend wurde die von der Regierung vorgesehene dreistufige Versorgungsstruktur (vgl. Tabelle 1) bisher nicht umfassend realisiert.

In den Expertengesprächen wurde deutlich, dass beinahe alle befragten Personen die Regionalisierung der psychiatrischen Grundversorgung immer noch für angebracht halten. Allerdings gehen die Meinungen bezüglich der Bildung von Sektoren, der sinnvollen Grösse und Einteilung der Versorgungseinheiten auseinander. Eine Mehrheit der befragten Personen ist der Meinung, dass die aktuelle Versorgungsstruktur sinnvoll sei und eine Sektorisierung nicht unbedingt weiter forciert werden sollte. Für die Region Winterthur halten zahlreiche GesprächspartnerInnen eine Sektorbildung aufgrund ihrer Siedlungsstruktur nicht für sinnvoll. In der Region Oberland sei die Sektorbildung wegen unterschiedlichen Ansichten über die sinnvolle Regionseinteilung gescheitert. Viele GesprächspartnerInnen sind der Ansicht, dass insbesondere die stationäre Grundversorgung aufgrund knapper finanzieller Mittel auf regionaler Ebene bei den Stammkliniken angesiedelt bzw. belassen werden sollte. Aus ökonomischer Perspektive wird angeführt, eine Klinik müsse eine gewisse Grösse haben, um die Umlagekosten zu tragen und Synergien zu nutzen. Aus einer patientenorientierten Perspektive wurde bemerkt, dass sich eine gute Betreuungskontinuität, die insbesondere bei chronisch Kranken oder so genannten "heavy users" wichtig sei, auch durch andere Massnahmen wie das Case Management sichergestellt werden könne (vgl. Abschnitte 5.3 und 5.4).

Eine Minderheit der befragten Personen hält eine Sektorisierung, so wie sie im Konzept vorgesehen ist, nach wie vor für erstrebenswert. Nur durch ein umfassendes, kleinräumiges Grundversorgungsangebot könnten die Zielkriterien des Psychiatriekonzepts erfüllt werden. Einig sind sich die befragten Personen darin, dass die teilstationären und ambulanten Angebote je nach Demographie der Region dezentral zu verteilen seien. Ein Gesprächspartner wies diesbezüglich darauf hin, dass die Regions- bzw. Sektoreinteilung den Patientenströmen noch besser gerecht werden könnte. Insbesondere die Zuteilung der Kreise 11 und 12 der Stadt Zürich zur Region Unterland entspreche nicht der städtischen Ausrichtung der dortigen Bevölkerung. Diese suche eher die PUK auf als das eigentlich für sie zuständige Psychiatrie-Zentrum Hard.

In den Gesprächen wurde deutlich, dass die Regionalisierung bzw. Sektorisierung nicht ohne Interessenskonflikte abliefe, die wohl auch eine optimale Ausgestaltung des bedarfsgerechten Behandlungsnetzes aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten behinderten. Die meisten befragten Personen befürworteten eine weitere Optimierung des bedarfsgerechten Behandlungsnetzes und wünschen sich eine flexible und autonome Ausgestaltung. So sollen die Sektoreinteilung und -grösse je nach Region und Verkehrsflüsse variieren dürfen sowie regionale Verbünde und Kooperationen zulassen. Letztere werden am Beispiel des Psychiatriezentrums Männedorf, dessen Einzugsgebiet auf zwei Regionen fällt, sowie des Kriseninterventionszentrums in Winterthur, das auch die Region Unterland betreut, von zahlreichen befragten Personen positiv bewertet. Von anderer Seite wurde gleichzeitig kritisch bemerkt, durch die Schaffung regionsübergreifender Einzugsgebiete werde das im Psychiatriekonzept verankerte Grundprinzip der sektor- bzw. regionsorientierten Versorgung unterlaufen. Eine

weitere Kritik am Konzept der Regionalisierung lautet, dass dadurch das im KVG¹⁶ verankerte Prinzip der freien Arzt- und Spitalwahl eingeschränkt werde.

In der schriftlichen Befragung wurde danach gefragt, welche psychiatrischen Leistungen auf den verschiedenen Versorgungsebenen angeboten werden sollten. Die gemachten Angaben fallen unterschiedlich aus und unterstreichen damit das Ergebnis der Interviews, wonach kein Konsens oder keine Klarheit über die ideale Versorgungsstruktur besteht. Die unterschiedlichen Angaben zur sektoralen bzw. regionalen Ebene lassen sich möglicherweise durch die unterschiedlich konsequente Sektorbildung erklären. Die Personen aus den Regionen mit Sektoren (Zürich und Unterland) siedeln die gesamte institutionelle Grundversorgung bestehend aus ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen auf sektoraler Ebene an. Eine Antwort aus der Region Zürich zählt Kriseninterventionszentren explizit zu den Leistungen, die im Sektor angeboten werden sollten. Auf regionaler Ebene sollte gemäss den Angaben aus diesen zwei Regionen eine ausreichende Spezialisierung erfolgen. Explizit genannt werden neben den speziellen Bereichen der Grundversorgung, Gerontopsychiatrie und Sucht, die Rehabilitation, die Psychosomatik und der Langzeitbereich.

Laut den Angaben aus den Regionen ohne Sektoren (Oberland, Horgen und Winterthur) hingegen ist die Sektorisierung nur in einzelnen Bereichen der institutionellen Grundversorgung sinnvoll. Die ärztlichen Leiter der Klinik Schlössli und der ipw sind der Ansicht, nur die ambulanten und teilstationären Angebote sollten auf sektoraler Ebene bzw. sehr dezentral angeboten werden, während die stationäre Behandlung regional zu erbringen sei. Daneben seien aufgrund der Zunahme der Fallzahlen der häufigsten Diagnosen wie Depression, Angst und Schizophrenie-Ersterkrankungen bereits auf regionaler Ebene eine Spezialisierung und stationäre Psychotherapiestationen nötig. Der ärztliche Leiter der ipw weist in seiner Antwort darauf hin, dass sich für gewisse Angebote im Suchtbereich (z.B. Spezialstation Medikamentenabhängige) oder für psychisch kranke Jugendliche eine Kooperation zwischen zwei Regionen anbiete. Gemäss dem ärztlichen Leiter der Klinik Schlössli sind die Angebote des sozialpsychiatrischen Wohn-/Arbeitsbereichs auf regionaler Ebene anzusiedeln. Aus der Perspektive der Stammklinik der Region Horgen sollten demgegenüber nur sozialpsychiatrische Massnahmen wie begleitete Wohnformen, Tagesstätten oder Wohnheime auf Sektorebene angesiedelt werden, da diese Angebote möglichst gemeindenah verfügbar sein sollen. Auf regionaler Ebene sollte ein Netz aus stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten unterhalten werden. Seitens der spezialisierten Einrichtungen des Suchtbereichs und der Gerontopsychiatrie wird eingebracht, dass auf regionaler Ebene Tageskliniken für Alkoholabhängige (Forel-Klinik) und für besonders schwere Fälle der Gerontopsychiatrie spezialisierte Institutionen (Sonnhalde) unterhalten werden sollten.

¹⁶ Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)

Bezüglich der psychiatrischen Leistungen, die auf kantonaler Ebene angeboten werden sollen, wurde wie in den Interviews auch in der schriftlichen Befragung die Forensik am häufigsten als Gebiet bezeichnet, das sich für die überregionale Spezialisierung eignet. Drei Institutionen der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie sind zudem der Meinung, dass Spezialangebote für Frauen mit Kleinkindern auf überregionaler Ebene anzusiedeln seien. Eine weitere Patientengruppe, deren spezifischen Umstände ein überregionales Spezialangebot bedingen, sind laut drei Institutionen Jugendliche mit psychischen Erkrankungen. Ebenfalls zweimal erwähnt werden stationäre Psychotherapiestationen, neuropsychiatrische Angebote, gerontopsychiatrische Einrichtungen für besonders behandlungsbedürftige PatientInnen sowie Angebote für PatientInnen mit hohem Gefährdungspotenzial. Laut vier Antworten sind auch bestimmte Angebote im Suchtbereich geeignete Dienstleistungen, die auf überregionaler Ebene erbracht werden können. Allerdings werden verschiedene Angebote erwähnt (Kompetenzzentrum für Alkoholprobleme zur besseren Koordination der Angebote und zur fachlichen Unterstützung der ärztlichen Grundversorgung, stationärer Drogenentzug, sowie betreute Wohnformen für PatientInnen mit einer Dualdiagnose). Je einmal erwähnt werden akute und berufliche Rehabilitation sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

6.2 Beurteilung der Zielkriterien

Die grosse Mehrheit der befragten Personen hält den Grundsatz der Patientennähe nach wie vor für wichtig und anstrebenswert. Hinweise für inhaltliche Anpassungen beziehen sich auf den Einbezug des sozialen Umfelds der PatientInnen, auf die Berücksichtigung von Konzepten wie Selbstbestimmung und Empowerment sowie auf die stärkere Betonung der patientenspezifischen Eigenschaften, Bedürfnisse und Ressourcen nicht nur bei der Behandlung, sondern bereits bei der Anamnese und der Therapieplanung.

Den Versorgungsgrundsatz der Integration der Psychiatrie ins medizinische und soziale Versorgungssystem bzw. die konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten erachten praktisch alle befragten Personen für immer noch wichtig. Viele GesprächspartnerInnen sind der Ansicht, dass die Bedeutung dieses Grundsatzes angesichts des Spardrucks noch zugenommen habe und mit Nachdruck weiterverfolgt werden sollte, damit Doppelspurigkeiten vermieden, Synergien genutzt und die Psychiatrieversorgung optimal auf die Bedürfnisse der PatientInnen abgestimmt werden können. Die Machbarkeit wie auch die Wünschbarkeit von Psychiatriestationen an jedem Akutspital wird von einigen befragten Personen kritisch eingeschätzt. Vereinzelt Stimmen, insbesondere aus der Region Unterland, erachten eine Vernetzung über die Regionsgrenzen hinaus durch Verbünde als wegweisende Massnahme einer besseren Koordination und Kooperation der psychiatrischen Versorgung.

Die Mehrheit der GesprächspartnerInnen ist der Ansicht, dass den regionalen Psychiatriekommissionen und auf kantonaler Ebene dem Ausschuss derer PräsidentInnen eine wichtige Rolle bei der Planung, Koordination und Abstimmung der verschiedenen Bereiche zukommt.

Verschiedene befragte Personen sind der Meinung, dass die Psychatriekommissionen gestärkt werden sollten, damit sie ihre Rolle als Koordinations- und Planungsgremium optimal wahrnehmen können. Sie sollten mit den entsprechenden Kompetenzen ausgestattet, mit den nötigen Informationen versorgt und bei wichtigen Entscheidungen einbezogen werden. Nicht alle GesprächspartnerInnen sind jedoch der Ansicht, dass den Psychatriekommissionen eine bedeutendere Stellung zukommen sollte, da die (finanzielle) Verantwortung für die Versorgung aufgrund ihres Leistungsauftrages bei den Stammkliniken liege. Die weiter oben dargelegten Hindernisse einer guten Vernetzung und Abstimmung der Angebote zeigen jedoch deutlich, dass die Forderungen des Psychatriekonzepts nach einer konstruktiven Zusammenarbeit und institutionsübergreifenden Koordination (Gesundheitsdirektion 1999: 57 und 79) nach wie vor grosse Bedeutung zukommt.

Für beinahe alle befragten Personen ist der Grundsatz einer gemeindenahen und gut erreichbaren psychiatrischen Versorgung nach wie vor wichtig und anstrebenswert. Insbesondere in der Region Unterland wird diesem Grundsatz angesichts des Mangels an gemeindenahen teilstationären und ambulanten Angeboten sehr grosse Bedeutung zugemessen. Die Aussagen der befragten Personen zur Regionalisierung bzw. Sektorisierung der Psychiatrieversorgung (vgl. Abschnitt 6.1) verdeutlichen, dass die Mehrheit der befragten Personen eine Verbesserung dieses Zielkriteriums nur noch im ambulanten und teilstationären Bereich erstrebenswert hält. Vereinzelt forderten GesprächspartnerInnen eine Relativierung des Grundsatzes bzw. des Ziels einer immer noch gemeindenäheren Psychiatrie. Sie begründeten dies entweder mit der angespannten Finanzlage oder damit, dass es nicht den Bedürfnissen aller PatientInnen entspreche, in ihrem Wohngebiet eine Klinik aufzusuchen.

Beinahe alle befragten Personen erachten die Betreuungskontinuität als zentrales Zielkriterium, dem in der psychiatrischen Versorgung Rechnung zu tragen sei. Die Betreuungskontinuität müsse laufend thematisiert und verbessert werden. Unterbrüche in der Betreuungskontinuität würden oft zu Therapieabbrüchen oder Rückfällen führen, die in der Chronifizierung resp. in unerwünschten erneuten Hospitalisationen münden. Die Hinweise zur inhaltlichen Anpassung beziehen sich auf mögliche Massnahmen zur Realisierung einer besseren Betreuungskontinuität wie zum Beispiel das Case Management, die aufsuchende Psychiatrie (mobile Equipen, Spitex) oder genügend personelle Ressourcen.

Eine überregionale Spezialisierung der psychiatrischen Versorgung halten alle GesprächspartnerInnen für sinnvoll. Allerdings bestehen unterschiedliche Ansichten darüber, welche konkreten Dienstleistungen überregional angeboten werden sollen. Vereinzelt erachten dies nur für die Forensik als sinnvoll; wünschenswert sei in diesem Bereich nach wie vor eine überkantonale bzw. nationale Planung. Alle anderen Spezialisierungen würden einerseits aufgrund der steigenden Fallzahlen auf regionaler Ebene gebraucht, andererseits sollten auch spezialisierte Angebote um eine möglichst gute Integration ins soziale Umfeld bemüht sein und müssten deshalb gemeindenah und je nach Bedürfnis der PatientInnen ambulant erfol-

gen. Andere befragte Personen halten es nach wie vor für sinnvoll, die im Konzept beschriebenen Gebiete der speziellen Psychiatrie durch überregionale Angebote abzudecken. Konkret wurden u.a. folgende Bereiche genannt: affektive Störungen (biopolare Störungen), Essstörungen, Dualdiagnosen sowie Angebote für junge Erwachsene und die Migrationsbevölkerung. Diese überregionale Spezialisierung dürfe aber nicht zu Lasten der Grundversorgung erfolgen. Auch sei zu beachten, dass eine starke Differenzierung die Auslastung der Angebote erschwere. Die Aussagen sind dahingehend zu deuten, dass zwar einerseits sehr unterschiedliche Meinungen darüber bestehen, was die überregionale Spezialisierung umfassen soll, aber andererseits das Wissen über das aktuelle überregionale Spezialangebot bei der Mehrheit der befragten Personen eher bescheiden ist. In diesem Zusammenhang sind auch die zahlreichen Forderungen nach einer periodischen Bedarfsabklärung, einer besseren Kommunikation, Planung und Koordination der überregionalen Spezialangebote zu sehen.

7 Ausblick auf die künftige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung

Nachdem das Psychiatriekonzept sowie seine bisherige Umsetzung und Wirkungen diskutiert wurden, wendet sich das letzte Kapitel den aktuellen Herausforderungen und der zukünftigen Entwicklung zu. Ausgangspunkt ist die Feststellung, dass sich seit Mitte der 1990er Jahre nicht nur die Psychiatrie weiterentwickelt hat, sondern auch der Kontext, in den die psychiatrische Versorgung eingebettet ist. Dabei ist zunächst auf Bundesebene das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) 1996 zu nennen, welches primär auf der Ebene der Finanzierung medizinischer bzw. psychiatrischer Leistungen wichtige Rahmenbedingungen und Anreize setzt. Eines seiner drei Hauptziele stellt die Kostendämpfung im Gesundheitswesen dar, weshalb das KVG auch verschiedene Instrumente (Globalbudgets, Betriebsvergleiche etc.) vorsieht, welche den Kantonen dazu dienen sollen, dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit verstärkte Nachachtung zu verschaffen (vgl. PVK 2001).

In diesem Sinn, jedoch anderem Zusammenhang, nämlich als Teilprojekt der kantonalen Verwaltungsreform wif!, wurden 1995-1999 im Rahmen des Projekts LORAS in der Akutsonomatik Grundlagen für Leistungsaufträge und Globalbudgetierung auf der Basis einer Kostenstellenrechnung erarbeitet. Diese wurden per 2003 auch in den grossen psychiatrischen Einrichtungen eingeführt. Ab 2005 sollen diese zudem sukzessive zur Kostenträgerrechnung übergehen (Gesundheitsdirektion 2004b).

Neben diesen Veränderungen der Steuerungsmechanismen stellt die zunehmende Ressourcenknappheit eine weitere zentrale Kontextbedingung dar. So führte zunehmender Spar- druck zur Erarbeitung des Sanierungsprogramms 04, welches die Laufende Rechnung des Kantons Zürich über die Jahre 2004-2007 kumuliert um rund 2,5 Milliarden Franken entlasten soll (vgl. Regierungsrat 2003b: 12). Dieses Programm betrifft die psychiatrische Versorgung sehr konkret. Die Gesundheitsdirektion ist beauftragt, in den Jahren 2004-2007 einen Betrag von insgesamt 286 Mio. Franken einzusparen. Der Anteil der Psychiatrie daran beläuft sich auf 71 Mio. Franken (Gesundheitsdirektion 2004a).

Die Sparbemühungen erfolgen einerseits über strukturbezogene, andererseits über effizienz- bzw. qualitätsbezogene Massnahmen. Eine Bedarfsanalyse des Instituts für Suchtforschung identifizierte für die stationäre Versorgung gegenüber 2002 einen Überhang von 305 Betten im Jahr 2005 und 605 Betten im Jahr 2010. Dieser Berechnung liegt die Annahme zugrunde, dass eine Erhöhung der jahresdurchschnittlichen Auslastung von 92 auf 95% sowie eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um 19,9% bis 2005 bzw. um 41,5% bis 2010 erreicht werden können (Gesundheitsdirektion 2004a: 19). Um die so ermittelten Überkapazitäten abzubauen wurden per Ende 2003 die Suchtklinik Sonnenbühl in Brütten geschlossen und per 1. Januar 2005 die Klinik Hohenegg von der Spitalliste Psychiatrie ge-

strichen sowie die Staatsbeitragsberechtigung entzogen.¹⁷ Die bisher von ihr erbrachten Leistungen sollen von den übrigen Kliniken im Kanton Zürich sowie den ambulanten und teilstationären Einrichtungen erbracht werden (vgl. Abschnitt 3.3.4). Als weitere Massnahme wird in der Region Winterthur das gerontopsychiatrische Angebot weniger stark ausgebaut als vorgesehen. Eine noch strengere Abgrenzung zwischen gerontopsychiatrischer Behandlung und geriatrischer Langzeitpflege erlaube, anstelle der sechs zusätzlich geplanten Stationen nur deren zwei zu realisieren (Gesundheitsdirektion 2004a). Diese strukturellen Massnahmen führen zu einem Verlust von voraussichtlich 210 Stellen in der Hohenegg und 85 Stellen in der ipw. Zusätzlich sollen rund 50 Stellen durch effizienz- und qualitätsbezogene Massnahmen in den übrigen Kliniken abgebaut werden. Die Schliessung der Klinik Sonnenbühl hatte zudem einen Abbau von 21 Stellen zur Folge.

Angesichts der skizzierten Dynamik in der Systemumwelt und den Steuerungsmechanismen der Gesundheitsversorgung kommt vor dem Hintergrund der in den vorangehenden Abschnitten skizzierten Beurteilung der Umsetzung und Auswirkungen des Zürcher Psychiatriekonzepts der Frage nach der zukünftigen Gestaltung der Zürcher Psychiatrie eine besondere Bedeutung zu. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der Expertengespräche nach den grössten Problemen, künftigen Schwerpunkten und allfälligen weiteren Einsparmöglichkeiten gefragt, um Frage 6 der vorliegenden Evaluation beantworten zu können.

7.1 Grösste Probleme in der Zürcher Psychiatrie

Die Frage nach den grössten Problemen in der Zürcher Psychiatrie in den kommenden Jahren wurde von den GesprächspartnerInnen höchst unterschiedlich beantwortet. Ein Teil der Antworten bezog sich auf Krankheitsbilder (Schizophrenie, Essstörungen) und psychiatrienahe Problemstellungen (Migration, Gewaltproblematik, soziale Verwahrlosung, Kinder- und Jugendpsychiatrie), die es künftig zunehmend zu bewältigen gebe, andere auf diverse strukturelle oder inhaltliche Aspekte der psychiatrischen Versorgung. Dabei kamen auch diverse fachgruppen-, regionen- oder klinikspezifische Forderungen zur Sprache. Die wenigen Mehrfachnennungen bezeichnen jedoch eindeutig die Frage, wie unter den gegebenen finanziellen Rahmenbedingungen die vorhandenen Mittel noch effizienter eingesetzt, die bestehende Versorgungsqualität aufrecht erhalten sowie destruktive Verteilungskämpfe unter den psychiatrischen Institutionen vermieden werden können, als Hauptproblem. Angesichts der demographischen Veränderungen weisen zwei Personen auf mögliche Kapazitätsengpässe in der Gerontopsychiatrie sowie bei Wohneinrichtungen hin. Ebenfalls mehrmals wurde die Weiterführung des Prinzips, stationäre Kapazitäten zugunsten ambulanter und teilstationärer Angebote abzubauen, als Herausforderung und zu verfolgende Stossrichtung genannt. Dabei

¹⁷ Die Klinik Hohenegg hat gegen die Streichung von der Spital-Liste beim Bundesrat Beschwerde erhoben. In einer Zwischenverfügung vom 26. August 2004 hat des Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement der Beschwerde für die Verfahrensdauer die aufschiebende Wirkung gewährt.

gelte es aber in den Augen mehrerer GesprächspartnerInnen, eine weitere Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauern zu vermeiden, um die Behandlungsqualität nicht zu gefährden bzw. nicht einer unerwünschten "Drehtürpsychiatrie" Vorschub zu leisten. Gleichzeitig seien mobile Equipen und Spitex-Angebote zu fördern, um die Patientennähe der Psychiatrie noch zu steigern und denjenigen Patientengruppen, welche die vorhandenen Angebote nicht erreichen, Zugang zu psychiatrischer Versorgung zu ermöglichen.

7.2 Künftige Schwerpunkte in der Zürcher Psychiatrie

Auch die Frage nach den künftigen Schwerpunkten in der Zürcher Psychiatrie wurde sehr heterogen und individuell beantwortet. Analog zu den künftigen Problemen besteht ein von mehreren Personen genannter Schwerpunkt in der Suche nach Möglichkeiten, wie mit weniger Geld die Versorgung optimiert werden, gleichzeitig jedoch die vorhandene Qualität aufrecht erhalten und Verteilungskonflikte vermieden werden können. In diesem Zusammenhang stelle explizit die Bewältigung der Schliessung der Klinik Hohenegg eine konkrete Herausforderung dar. Bezüglich der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen wurde von mehreren GesprächspartnerInnen aus verschiedenen Bereichen die Stärkung der ambulanten und teilstationären Angebote genannt, um stationäre Behandlungen weitgehend zu vermeiden. Dies wurde insbesondere im Zürcher Unterland als wichtige zukünftige Stossrichtung bezeichnet, wo der Aufbau von Tageskliniken und ambulanten Angebote sowie die Klärung der für die Region geeigneten Spezialisierung als vordringliche Aufgabe bezeichnet wurden. Dabei wurde auch auf die Umsetzung des der Gesundheitsdirektion vorgelegten regionalen Versorgungskonzepts verwiesen. Zahlreiche Personen sprachen die Notwendigkeit einer besseren und umfassenderen interdisziplinären Vernetzung an, was auch die Klärung der Schnittstellen zwischen den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen sowie den Versorgungsangeboten ausserhalb der institutionellen Psychiatrie beinhalte.

In diesem Zusammenhang verwiesen mehrere InterviewpartnerInnen auf die Rolle der regionalen Psychiatriekommissionen. Diese seien in ihrer Funktion als interdisziplinäre Austausch- und Koordinationsgremien zu stärken, was eine intensivere Zusammenarbeit mit Akteuren ausserhalb der institutionellen Psychiatrie (z.B. HausärztInnen, Spitex etc.) bedinge. Es wurde mehrmals kritisch bemerkt, die Psychiatriekommissionen unterlägen einem zu starkem Einfluss der psychiatrischen Kliniken und würden von deren Chefärzten sowie der Gesundheitsdirektion zu wenig ernst genommen. Diese verfüge zudem über eine zu grosse Definitionsmacht und müsse ihre Gesprächskultur und Informationspolitik ändern bzw. transparenter gestalten.

Weitere mehrmals genannte Schwerpunkte betreffen zum einen die Schliessung der Versorgungskette, um eine Chronifizierung und Invalidisierung von psychischen Krankheiten, insbesondere auch bei jungen Erwachsenen, zu vermeiden und die betroffenen Personen möglichst wieder in den Arbeitsalltag integrieren zu können. Dies bedinge gemäss einer Einzel-

person auch verstärkte präventive Aufmerksamkeit. Zum anderen wird aufgrund des demographisch bedingten zunehmenden Problemdrucks die Alterspsychiatrie als Schwerpunkt betrachtet.

7.3 Mögliche Sparmassnahmen

In Anbetracht der eingangs erwähnten zunehmenden Bedeutung des Spardrucks auf kantonaler Ebene wurde im Rahmen der Expertengespräche auch danach gefragt, welche Möglichkeiten für zusätzliche Einsparungen in der Zürcher Psychiatrie noch bestehen würden.

Ein grosser Teil der befragten Personen sah gewisses Einsparpotenzial im weiteren Abbau stationärer Angebote in den Akutkliniken, plädierte jedoch gleichzeitig dafür, einen Teil der so frei werdenden Mittel in die ambulante und teilstationäre Versorgung zu lenken, welche gemeinde- und patientennah, jedoch in einzelnen Regionen noch unterentwickelt sei. Bei einer Umverteilung der Mittel sei eine Zentralisierung der Versorgungsangebote zu vermeiden; mehrere GesprächspartnerInnen äusserten Zweifel daran, dass grössere Einheiten effizienter bzw. billiger seien als kleine. Andererseits müsse eine psychiatrische Einrichtung eine gewisse Mindestgrösse aufweisen, um wirtschaftlich zu sein. Ein allfälliger Abbau müsse schlecht ausgelastete oder "unnötige" bzw. "irrelevante" Angebote betreffen, deren Wirkung nicht belegt sei. Lediglich ein Gesprächspartner führte ein explizites Beispiel an und nannte die stationäre Psychotherapie. Grundsätzlich sei darauf zu achten, dass das bestehende Qualitätsniveau der psychiatrischen Versorgung aufrechterhalten werden könne, dieses solle im Falle eines Abbaus vielmehr als Beurteilungskriterium dienen. Zwei Personen regten zudem an, auf der Basis der erfolgten Veränderungen in der Kostenrechnung bessere Entscheidungsgrundlagen zu schaffen und Benchmarking anzuwenden, um Transparenz bezüglich der Kosten und Leistungen zu schaffen.

Drei Personen schlugen eine Straffung des Versorgungsangebots im Sinne einer Spezialisierung vor. Statt dass die psychiatrischen Einrichtungen ein möglichst breites Leistungsangebot anbieten, sollten sie sich auf ihre Stärken konzentrieren. Damit ist implizit eine Zentralisierung einzelner psychiatrischer Leistungen angesprochen, die jedoch mehrheitlich abgelehnt wird und dem im Psychiatriekonzept verankerten Grundsatz der Regionalisierung widersprechen dürfte. Ebenfalls angeregt werden eine bessere Koordination der Leistungserbringung, insbesondere in den sozial- und gerontopsychiatrischen Einrichtungen, und die Verstärkung des Case Managements. In eine ähnliche Richtung zielt der Vorschlag, vermehrt medizinische und administrative Klinikverbünde zu schaffen. Ebenfalls zwei Personen sehen im Bereich der Medikamente Einsparpotenzial (Verwendung von Generika, Parallelimporte, zurückhaltender Medikamenteneinsatz).

Punktuelle Optimierungsmöglichkeiten mit Einsparpotenzial bestünden somit durchaus, diese seien jedoch nicht pauschal zu beschliessen, sondern vor Ort und gemeinsam mit den Betroffenen genau zu prüfen. Darüber hinaus gehende weitere Einsparungen sind gemäss

den meisten befragten Personen nur unter Inkaufnahme des Verlusts von Versorgungsangeboten oder von Qualitätseinbussen möglich.

Mit einer Ausnahme waren sich ausserdem sämtliche Personen, die sich über die Vorgehensweise zur Entscheidungsfindung äusserten, darin einig, dass nicht die Gesundheitsdirektion oder Chefarztgremien alleine Sparmassnahmen beschliessen sollten, sondern dass dies in einem partizipativen Prozess erfolgen sollte und die regionalen Psychiatriekommissionen ein ideales Gefäss dafür darstellen würden.

Literatur

- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (1997). *Psychiatriekonzept des Kantons Zürich. Bedarf und prioritäre Massnahmen*. Zürich: Gesundheitsdirektion.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (1999). *Psychiatriekonzept. Leitbild und Rahmenkonzept*. Zürich: Gesundheitsdirektion.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2002a). *Psychiatrische Versorgung. Kenndaten 2000*. Zürich: Gesundheitsdirektion.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2002b). Eignung des aktuellen Behandlungssettings für die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Ergebnisse einer Stichtagserhebung. Kurzfassung. Zürich: Gesundheitsdirektion.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2004a). Sanierungsprogramm 04. Strukturelle Massnahmen Psychiatrie. Vernehmlassungsbericht.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2004b). Zwischenbericht und Bilanz zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts. Interne Notiz.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2004c). *Psychiatrische Versorgung. Kenndaten 2003*. Zürich: Gesundheitsdirektion.
- Jann, Werner und Wegrich, Kai (2003). "Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle", in Schubert, Klaus und Bandelow, Nils C. (Hrsg.). *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München/Wien: Oldenbourg; 71-103.
- Knoepfel, Peter und Bussmann, Werner (1997). "Die öffentliche Politik als Evaluationsobjekt", in Werner Bussmann, Ulrich Klöti und Peter Knoepfel (Hrsg.): *Einführung in die Politikevaluation*. Basel und Frankfurt a. M.: Helbing und Lichtenhahn; 58-77.
- Knoepfel, Peter; Larrue, Corrine und Varone, Frédéric (2001). *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Genève/Basel/München: Helbing & Lichtenhahn.
- Parlamentarische Verwaltungskontrolle (PVK; 2001) *Kostendämpfungsmassnahmen im Krankenversicherungsgesetz (KVG). Materialienband 1: Eine Programmanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Handlungsspielräume des Bundes*. Bern: PVK.
- Patton, Michael Quinn (1997). *Utilization-focused Evaluation*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Psychiatrische Universitätsklinik (undatiert). Jahresbericht 2003.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (1998). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates, Sitzung vom 12. August 1998. 1830. Psychiatriekonzept für den Kanton Zürich (Festsetzung).
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2003a). *Geschäftsbericht 2002*. Zürich: Staatskanzlei.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2003b). Bericht und Antrag des Regierungsrates an den Kantonsrat über den mittelfristigen Ausgleich der Laufenden Rechnung (Sanierungsprogramm 04) vom 17. September 2003.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2004a). *Geschäftsbericht 2003*. Zürich: Staatskanzlei.

Regierungsrat des Kantons Zürich (2004b). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates, Sitzung vom 5. Mai 2004. 676. Dringliches Postulat (Evaluation des Psychiatriekonzeptes [Leitbild und Rahmenkonzept]).

Regierungsrat des Kantons Zürich (2004c). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates, Sitzung vom 7. Juli 2004. 1036. Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2005 (Fortschreibung Spitalliste Psychiatrie 2001).

Regierungsrat des Kantons Zürich (2004d): "Spitalliste Psychiatrie 2005: Entzug des Leistungsauftrages der Klinik Hohenegg in Meilen." Medienmitteilung vom 7. Juli 2004.

InterviewpartnerInnen

- Dr. med. Andreas Andreae, Chefarzt, Integrierte Psychiatrie Winterthur, Winterthur
- Rolf Bitterlin, Leiter Pflegedienst, Klinik Schlössli AG, Oetwil am See
- David J. Bosshard, Verwaltungsdirektor, Klinik Schlössli AG, Oetwil am See
- Dr. med. Christoph Bovet, Präsident Ärztesgesellschaft Winterthur-Andelfingen, Winterthur
- Markus Brandenberger, Geschäftsführer Verein für Sozialpsychiatrie Zürcher Oberland, Bubikon
- Dr. med. Toni Brühlmann, Ärztlicher Leiter, Hohenegg, Meilen
- Dr. med. Rudolf Conne, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich
- Dr. med. Ueli Dedial, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Winterthur
- Françoise de Vries, Generalsekretärin Gesundheitsdirektion, Zürich
- Verena Diserens, Präsidentin, Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken, Zürich
- Adrian Eichenberger, Leiter Abteilung Behinderten- und Sozialhilfeeinrichtungen, Kantonales Sozialamt, Zürich
- Hans Fahrni, Verein für Sozialpsychiatrie Region Winterthur, Winterthur
- Maribel Fischer, Psychoanalytische Praxis, Winterthur
- Dr. med. Ulrich Gabathuler, Kantonsarzt, Zürich
- Prof. Dr. Daniel Hell, Klinischer Direktor Sektor Ost und Zentrale Spezialangebote, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich
- Claus Herger, Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft, Präsident Regionale Psychiatriekommission Zürcher Unterland, Bülach
- Dr. med. Christian Hess, Chefarzt Medizin, Bezirksspital Affoltern, Affoltern a.A.
- Eugen Klöti, Verwaltungsdirektor, Hohenegg, Meilen
- Dr. med. Marco Lanz, Ärztlicher Direktor, Psychiatrie-Zentrum Hard, Embrach
- Dr. med. Othmar Noser, Sanatorium Kilchberg (Ambulatorium), Kilchberg
- Alfred Nutz, Leiter Pflegedienst, Psychiatrie-Zentrum Hard, Embrach
- Dr. med. Katharina Ries, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich
- Prof. Dr. Wulf Rössler, Klinischer Direktor Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich
- Karl Rüegg, Vorstandsmitglied, Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken, Zürich
- Jürg Schäfer, Verwaltungsdirektor, Psychiatrie-Zentrum Hard, Embrach
- Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen, Präsident des Stiftungsrates, Institut für Suchtforschung, Zürich
- Dr. med. Albert Wettstein, Chefstadtarzt, Stadtärztlicher Dienst, Zürich

An der schriftlichen Befragung beteiligte Einrichtungen

- Bezirksspital Affoltern, Psychiatriestützpunkt
- Forel Klinik, Ellikon a d Thur
- Hohenegg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Meilen
- Integrierte Psychiatrie Winterthur
- Klinik am Zürichberg, Zürich
- Klinik Schössli AG, Oetwil am See
- Klinik Schössli AG (Bergheim), Oetwil am See (keine Antwort)
- Pflegeheim Sonnhalde, Grüningen
- Psychiatrie-Zentrum Hard, Embrach
- Psychiatriezentrum Männedorf PZM AG
- Psychiatriezentrum Rheinau
- Psychiatriezentrum Rheinau, Forensik
- Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich (keine Antwort)
- Sanatorium Kilchberg
- Universitätsspital Zürich, Psychiatrische Poliklinik
- Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste, Zürich

Gesprächsleitfaden: Evaluation des Psychiatriekonzept ZH

Das Psychiatriekonzept wurde 1998 vom Regierungsrat festgesetzt. In unserem Gespräch möchten wir die folgenden Themenkomplexe ansprechen:

- Aktualität des Psychiatriekonzepts: Sind die Grundannahmen des Psychiatriekonzepts noch zeitgemäss?
- Umsetzung des Psychiatriekonzepts: Wie gut sind die Zielkriterien in den einzelnen Psychiatrieregionen erfüllt?
- Zukünftige Herausforderungen der psychiatrischen Versorgung

Wirkungsevaluation: Zielkriterien

Bei den folgenden Fragen geht es um den Stand der Umsetzung der Zielkriterien und ihrer Wirkungen. Dabei interessieren wir uns für Ihre Einschätzung der psychiatrischen Versorgung in Ihrer Region sowie wie für den Vergleich mit anderen Regionen bzw. der Situation der psychiatrischen Versorgung im ganzen Kanton Zürich.

- 1) **Patientennähe:** Ein Ziel des Psychiatriekonzepts ist es, dass die Patientinnen und Patienten gemäss ihren spezifischen Bedürfnissen betreut werden. Wie hat sich die Situation in der psychiatrischen Versorgung in Ihrer Region bzw. im Kanton Zürich in den letzten Jahren diesbezüglich verändert?
 - Welchen Beitrag leisteten dabei die Massnahmen zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts? Welcher Massnahme kam dabei grosse Bedeutung zu?
 - Wird das Angebot der psychiatrischen Versorgung in Ihrer Region bzw. im Kanton Zürich den aktuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht?
 - Ist das psychiatrische Angebot einzelner Regionen besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt? Wenn ja, woran liegt das?
 - Wenn ungenügende Patientennähe, welches sind die Gründe für die nicht bedürfnisgerechte Ausrichtung des psychiatrischen Angebots? Nicht-Realisierung einzelner Massnahmen?
 - Gibt es Bedürfnisse, die nicht abgedeckt werden können? Welche? Weshalb nicht?
 - Halten Sie das Zielkriterium der Patientennähe noch für zeitgemäss oder sollte es überprüft, ergänzt oder verändert werden? Inwiefern hat sich die Situation verändert, die diesem Zielkriterium zugrunde liegt? Wie sollte es verändert bzw. angepasst werden?
- 2) **Integration ins medizinische und soziale Versorgungssystem:** Wie hat sich die Zusammenarbeit zwischen der psychiatrischen Versorgung und den somatischen Akutspitalern, Privatärzten, Angeboten privater Trägerschaften und spitalexternen Diensten (Spitex, Sozialdiensten, Wohnheimen usw.) auf regionaler und kantonaler Ebene in den letzten Jahren verändert?
 - Hat die Intensität der Beziehungen zugenommen? Hat sich der Kreis der Beteiligten vergrössert? Ist die Zusammenarbeit qualitativ besser geworden?
 - Wenn ja, haben die Massnahmen zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts massgeblich dazu beigetragen? Welche Massnahme war besonders wirkungsvoll?
 - Wenn nein, was fehlt?
 - Erachten Sie die Zusammenarbeit in Ihrer Region bzw. im Kanton Zürich als genügend?

- Ist die Integration in einzelnen Regionen weiter fortgeschritten als in anderen? Woran liegt das?
- Wenn ungenügend, welches sind die Gründe dafür, dass noch keine ausreichende Zusammenarbeit stattfindet? Nicht-Realisierung einzelner Massnahmen des Psychiatriekonzepts?
- Halten Sie dieses Zielkriterium noch für zeitgemäss oder sollte es überprüft, ergänzt oder verändert werden? Inwiefern hat sich die Situation verändert, die diesem Zielkriterium zugrunde liegt? Wie sollte es verändert bzw. angepasst werden?

- 3) **Gemeindenähe und Erreichbarkeit:** Wie hat sich die Gemeindenähe und Erreichbarkeit der psychiatrischen Versorgung in Ihrer Region bzw. im ganzen Kanton Zürich in den letzten Jahren verändert?
 - Haben die Massnahmen zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts massgeblich dazu beigetragen?
 - Erachten Sie die Gemeindenähe und Erreichbarkeit der psychiatrischen Versorgung in Ihrer Region bzw. im Kanton Zürich als ausreichend?
 - Gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen? Wenn ja, woran liegt das?
 - Wenn nicht ausreichend, welches sind die Gründe für die ungenügende Umsetzung dieses Kriteriums? Nicht-Realisierung einzelner Massnahmen des Psychiatriekonzepts?
 - Halten Sie das Zielkriterium der Gemeindenähe und Erreichbarkeit noch für zeitgemäss oder sollte es überprüft, ergänzt oder verändert werden? Inwiefern hat sich die Situation verändert, die diesem Zielkriterium zugrunde liegt? Wie sollte es verändert bzw. angepasst werden?
- 4) **Betreuungskontinuität:** Wie hat sich die Betreuungskontinuität in der psychiatrischen Versorgung in Ihrer Region bzw. im ganzen Kanton Zürich in den letzten Jahren verändert?
 - Hat sich die Betreuungskontinuität intensiviert?
 - Wenn ja, haben die Massnahmen zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts zur Verbesserung beigetragen? Welche Massnahmen erachten Sie als besonders wirkungsvoll?
 - Erachten Sie die Betreuungskontinuität in Ihrer Region bzw. im Kanton Zürich als ausreichend?
 - Ist die Betreuungskontinuität in einzelnen Regionen besser gewährleistet als in anderen? Wenn ja, woran liegt das?
 - Wenn nicht ausreichend, welches sind die Gründe für die fehlende oder lückenhafte Betreuungskontinuität? Nicht-Realisierung einzelner Massnahmen des Psychiatriekonzepts?
 - Halten Sie das Zielkriterium der Betreuungskontinuität noch für zeitgemäss oder sollte es überprüft, ergänzt oder verändert werden? Inwiefern hat sich die Situation verändert, die diesem Zielkriterium zugrunde liegt? Wie sollte es verändert bzw. angepasst werden?

- 5) **Spezialisiertes Angebot:** Wie hat sich das überregionale Angebot der spezialisierten Psychiatrie im Kanton Zürich in den letzten Jahren verändert?
 - Welchen Beitrag leisteten die Massnahmen zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts dazu? Welche Massnahmen erachten Sie als besonderes wirkungsvoll?
 - Ist das Angebot adäquat?
 - Wenn nein, in welchen Bereichen besteht ein mangelhaftes Angebot? Welches sind die Bedürfnisse, die nicht abgedeckt werden können?
 - Welches sind die Gründe für das mangelhafte oder lückenhafte Angebot? Nicht-Realisierung einzelner Massnahmen des Psychiatriekonzepts?

- Halten Sie das Zielkriterium der überregionalen Spezialisierung noch für zeitgemäss oder sollte es überprüft, ergänzt oder verändert werden? Inwiefern hat sich die Situation verändert, die diesem Zielkriterium zugrunde liegt? Wie sollte es verändert bzw. angepasst werden?

Zusammenfassende Konzeptevaluation

6) Nachdem wir über die Umsetzung und die Wirkung der einzelnen Zielkriterien gesprochen haben, möchten wir von Ihnen wissen, ob Sie das zentrale Grundprinzip der Regionalisierung bzw. Sektoralisierung des Psychiatriekonzepts bezogen auf die Situation im ganzen Kanton Zürich noch für zeitgemäss erachten.

- Wenn nicht, was hat sich verändert?
- Wo ist die Dreigliederung noch zeitgemäss, wo nicht? (Region/Bereich)
- Wo bzw. welche Anpassungen sollten vorgenommen werden?
- Erachten Sie den Grundsatz, in jeder Region ein bedarfsgerechtes Behandlungsnetz aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten, das unter einer ärztlichen Leitung steht, anzubieten, noch für zeitgemäss? Wenn nicht was hat sich verändert? Wo sollten Anpassungen vorgenommen werden, Welche Anpassungen sind nötig? (Diese Teilfragen könnte ev. auch bei Frage 8 angeführt werden.)

Wirkungsevaluation: Beurteilung der Versorgungssituation und der Angebotsstruktur

7) Versorgungssituation/Patientengruppen: Gibt es Patientengruppen, die keinen Zugang zur psychiatrischen Versorgung finden?

- Welche Patientengruppen? Wie lassen sich diese charakterisieren?
- Woran liegt das?
- Besteht aus Ihrer Sicht Handlungsbedarf?

8) Verschiebung von stationärer zur ambulanten Behandlung: Das Psychiatriekonzept möchte den Grundsatz „ambulant vor teilstationär vor stationär“ realisieren, d.h. es wurde in den letzten Jahren eine Verlagerung der Behandlung vom stationären zum ambulanten Bereich angestrebt. Wie schätzen Sie die Verwirklichung dieses Ziels ein?

- Hat eine Verlagerung stattgefunden, d.h. entlasten die ambulanten Angebote den stationären Bereich oder bildet das ambulante Angebot lediglich ein zusätzliches Angebot?
- Wo konnte eine Verlagerung erreicht werden? (Regionen)
- In welchen Versorgungsbereichen konnte eine Verlagerung erzielt werden?
- Bei welchen Patientengruppen konnte eine Verlagerung erzielt werden?

9) Unterversorgung: Gibt es in der psychiatrischen Versorgung Anzeichen einer Unterversorgung?

- Wenn ja, in welchen Bereichen? (ambulant, teilstationär oder stationär (Akut, Langzeit, Rehabilitation), Angebote für eine spezifische Patientengruppe)
- In welchen Regionen?
- Woran ist diese Unterversorgung zu erkennen?

10) Fehlversorgung: Gibt es in der psychiatrischen Versorgung Anzeichen dafür, dass Patientinnen und Patienten eine andere als ihrem Bedarf entsprechende Behandlung erhalten? (Fehleinweisung in stationäre Behandlung, verzögerte Entlassung, Behandlung durch fachlich ungeeignete Abteilungen innerhalb einer Einrichtung, zu frühe Entlassung, fälschlicherweise Nicht-Hospitalisation)

- Wenn ja, in welchen Bereichen? (ambulant, teilstationär oder stationär (Akut, Langzeit, Rehabilitation), Angebote für eine spezifische Patientengruppe?)
- In welchen Regionen?
- Woran ist diese Fehlversorgung/Fehlbelegung zu erkennen?

11) Überversorgung: Gibt es in der psychiatrischen Versorgung Anzeichen einer Überversorgung?

- Wenn ja, in welchen Bereichen? (ambulant, teilstationär oder stationär (Akut, Langzeit, Rehabilitation), Angebote für eine spezifische Patientengruppe?)
- In welchen Regionen?
- Woran ist diese Überversorgung zu erkennen? (freie Kapazitäten, Behandlungen, die ohne entsprechenden Bedarf vorgenommen werden).

Zukünftige Gestaltung der psychiatrischen Versorgung

12) Probleme: Wo sehen Sie in den nächsten 5 Jahren die grössten Probleme der psychiatrischen Versorgung in Ihrer Region und im ganzen Kanton Zürich?

- In welchen Versorgungsbereichen?
- Hinsichtlich welcher Patientengruppen?
- In welchen Regionen?

13) Schwerpunkte: Welche Schwerpunkte müsste man in Ihrer Region und im ganzen Kanton Zürich in den nächsten 5 Jahren in Angriff nehmen?

- In welchen Versorgungsbereichen?
- Hinsichtlich welcher Patientengruppen?
- In welchen Regionen?

14) Sparmassnahmen: Es ist anzunehmen, dass bei der weiteren Gestaltung der psychiatrischen Versorgung der Kostendruck weiterhin eine prägende Rolle spielt. Wo könnten künftige Sparmassnahmen ansetzen? Welche Sparmassnahmen wären Ihrer Meinung nach am ehesten verantwortbar?

- In welchen Versorgungsbereichen?
- In welchen Regionen?
- Was könnte reduziert/abgebaut werden?
- Weshalb erachten Sie diese Sparmassnahmen als verantwortbar?

Fragebogen zur Psychiatrieversorgung im Kanton Zürich

Der vorliegende Fragebogen richtet sich an die Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung des Kantons Zürich und dient dazu, die psychiatrische Versorgungssituation im Kanton Zürich zu evaluieren. Von zentralem Interesse ist dabei, für welche Patientengruppen das bestehende Behandlungsangebot in den spezifischen Institutionen geeignet bzw. nicht geeignet ist und wo allfällige Lücken, Probleme oder Doppelspurigkeiten im Behandlungsangebot bestehen. Diese Fragen sind jeweils spezifisch für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung zu beantworten.

Wir möchten Sie bitten, in Ihren Antworten möglichst präzise Angaben zu Patientengruppen oder Versorgungsbereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtbehandlung, spezialisierte Versorgung) zu machen, damit die Auswertung der Befragung zu einem möglichst differenzierten Bild der Versorgungssituation im Kanton Zürich führt.

Hinweise zum Ausfüllen:

- Wenn bei offenen Fragen der für die Antwort vorgesehene Platz nicht ausreicht, benutzen Sie bitte die Rückseite des Blattes für die Fortsetzung. Bitte geben Sie dabei jeweils die Nummer der Frage an, auf die sich die Antwort bezieht.
- Auf Wunsch stellen wir Ihnen gerne eine elektronisch ausfüllbare Version des Fragebogens zu.
- Bei Fragen steht Ihnen Christian Rüefli unter 031 312 65 75 oder ruefli@buerovatter.ch gerne zur Verfügung.

Mit dem frankierten Antwortcouvert senden an:

Büro Vatter
Politikforschung & -beratung
Christian Rüefli
Gerberngasse 27
3011 Bern

Rücksendetermin: 31. Januar 2005

Einleitende Angaben:

Die Antworten beziehen sich auf folgende Institution:

Der/die Ausfüllende ist Inhaber/in folgender Stelle:

Adresse / Telefon für Rückfragen:

1. Gibt es bestimmte Patientengruppen, die Ihre Institution im Rahmen ihres Angebots nicht erreicht, obwohl davon auszugehen ist, dass seitens dieser Patientengruppen ein Behandlungsbedarf besteht?

1.1 Stationärer Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....

.....

.....

b) Weshalb finden diese Patientengruppen keinen Zugang zum stationären Angebot Ihrer Institution? Welches sind die Hürden, die die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe in Ihrer Einrichtung verhindern oder erschweren?

.....

.....

.....

.....

1.2 Teilstationärer Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....

.....

.....

.....

b) Weshalb finden diese Patientengruppen keinen Zugang zum teilstationären Angebot Ihrer Institution? Welches sind die Hürden, die die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe in Ihrer Einrichtung verhindern oder erschweren?

.....

.....

.....

.....

1.3 Ambulanter Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....
.....
.....
.....

b) Weshalb finden diese Patientengruppen keinen Zugang zum ambulanten Angebot Ihrer Institution? Welches sind die Hürden, die die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe in Ihrer Einrichtung verhindern oder erschweren?

.....
.....
.....
.....

2. Gibt es in Ihrer Institution bestimmte Patientengruppen, die im Rahmen des bestehenden Angebots nicht angemessen betreut werden können, obwohl deren Behandlung zum Zuständigkeitsbereich Ihrer Institution gehört?

2.1 Stationärer Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....
.....
.....
.....

b) Aus welchen Gründen ist es Ihrer Institution nicht möglich, diese Patientengruppen angemessen zu behandeln und betreuen?

.....
.....
.....
.....

2.2 Teilstationärer Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....
.....
.....
.....

b) Aus welchen Gründen ist es Ihrer Institution nicht möglich, diese Patientengruppen angemessen zu behandeln und betreuen?

.....
.....
.....
.....

2.3 Ambulanter Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....
.....
.....
.....

b) Aus welchen Gründen ist es Ihrer Institution nicht möglich, diese Patientengruppen angemessen zu behandeln und betreuen?

.....
.....
.....
.....

3. Gibt es bestimmte Patientengruppen, bei welchen gehäuft Wiedereintritte in Ihre Einrichtungen vorkommen?

3.1 Stationärer Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....

.....

.....

.....

b) Weshalb kommt es bei diesen Patientengruppen gehäuft zu Wiedereintritten in Ihre stationären Einrichtungen?

.....

.....

.....

.....

3.2 Teilstationärer Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....

.....

.....

.....

b) Weshalb kommt es bei diesen Patientengruppen gehäuft zu Wiedereintritten in Ihre teilstationären Einrichtungen?

.....

.....

.....

.....

3.3 Ambulanter Bereich

a) Bitte charakterisieren Sie diese Patientengruppen:

.....

.....

.....

.....

b) Weshalb kommt es bei diesen Patientengruppen gehäuft zu Wiedereintritten in Ihre ambulanten Einrichtungen?

.....

.....

.....

.....

4. Wie rasch kann Ihre Institution in der Regel reagieren, um einen Patienten zu behandeln und betreuen?

4.1 Stationärer Bereich

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:

- Es ist in der Regel möglich, sofort ein Bett bereit zu stellen. C
 Weiterleitungen in andere Kliniken sind häufig. C
 Es wird in der Regel eine Warteliste geführt. C

Bemerkungen:

.....

.....

4.2 Teilstationärer Bereich

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:

- Es ist in der Regel möglich, sofort einen Platz anzubieten. C
 Innert Wochenfrist kann ein Platz bereitgestellt werden. C
 Die Bereitstellung eines Platzes ist innerhalb von 2 Wochen möglich. C
 Die Wartefrist für einen Platz beträgt in aller Regel bis zu einem Monat. C
 Die Wartefrist für einen Platz beträgt in aller Regel mehr als ein Monat. C

Bemerkungen:

.....

.....

4.3 Ambulanter Bereich

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an:

- Es ist in der Regel möglich, sofort einen Termin anzubieten. C
 Innert Wochenfrist kann ein Termin angeboten werden. C
 Die Vereinbarung eines Termins ist innerhalb von 2 Wochen möglich. C
 Die Wartefrist für einen Termin beträgt in aller Regel bis zu einem Monat. C
 Die Wartefrist für einen Termin beträgt in aller Regel mehr als ein Monat. C

Bemerkungen:

.....

.....

5. Wie funktionieren die Schnittstellen hinsichtlich der Patientenbetreuung innerhalb Ihres Betriebs?

a) Welche Schnittstellen innerhalb Ihres Betriebs funktionieren gut?

.....

.....

.....

.....

b) Weshalb?

.....

.....

.....

.....

c) In welchen Bereichen innerhalb Ihres Betriebs behindern Schnittstellen die adäquate Versorgung von psychisch kranken Menschen?

.....

.....

.....

.....

d) Weshalb?

.....

.....

.....

.....

e) Was könnte unternommen werden, um die Situation zu verbessern?

.....

.....

.....

.....

6. Wie funktionieren die Schnittstellen Ihres Betriebs mit externen Einrichtungen/Partnern hinsichtlich der Patientenversorgung?

a) Welche Schnittstellen mit externen Partnern funktionieren gut?

.....

.....

.....

.....

.....

b) Weshalb?

.....

.....

.....

.....

c) In welchen Bereichen zwischen Ihnen und externen Einrichtungen/Partnern behindern Schnittstellen die adäquate Versorgung von psychisch kranken Menschen?

.....

.....

.....

.....

d) Weshalb?

.....

.....

.....

.....

e) Was könnte unternommen werden, um die Situation zu verbessern?

.....

.....

.....

.....

7. Mit welcher Art von Einrichtung/Partner besteht eine etablierte Zusammenarbeit, indem Ihre Institution regelmässig Konsilien übernimmt?

	ja	nein
Somatische Akutspitäler	C	C
andere psychiatrische Kliniken	C	C
Alters- und Pflegeheime (Krankenheime)	C	C
Wohnheime für Behinderte	C	C
Spitex-Organisationen	C	C
Hausärzte	C	C
Spezialärzte	C	C

weitere:

Bemerkungen:

.....

.....

.....

8. Gibt es Patientengruppen, deren Versorgung durch Doppelspurigkeiten gekennzeichnet ist?

a) Falls ja, bitte beschreiben Sie diese Doppelspurigkeiten:

.....

.....

.....

.....

b) Was könnte unternommen werden, um die Situation zu verbessern?

.....

.....

.....

.....

9. War es in Ihrer Institution in den letzten Jahren möglich, aufgrund des ausserstationären Angebots (Ambulatorien, Tageskliniken, Tageszentren) stationäre Hospitalisationen zu vermeiden bzw. zu verkürzen?

a) Bei welchen Patientengruppen war dies möglich?

.....

.....

.....

.....

b) Bei welchen Patientengruppen war dies wider Erwarten nicht möglich?

.....

.....

.....

c) Weshalb nicht?

.....

.....

.....

10. Welche psychiatrischen Leistungen sollten Ihrer Meinung nach auf den verschiedenen Versorgungsebenen angeboten werden? Bitte begründen Sie, weshalb.

a) im Sektor:

.....

.....

.....

b) in der Psychiatrieregion:

.....

.....

.....

c) im Kanton:

.....

.....

.....

12. Was unternimmt Ihre Institution konkret zur Gewährleistung der Qualität der psychiatrischen Versorgung?

.....

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!