



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Planung und Investitionen

Zürcher Psychiatrie- planung 2012

1. Teil: Versorgungsbericht Psychiatrie

Vernehmlassungsversion September 2011

Vorwort des Gesundheitsdirektors

Liebe Leserin, lieber Leser

Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden in der Gesellschaft oft als «anders» angesehen. Schlimmer noch: Sie gelten als durchgeknallt, haben nicht alle Tassen im Schrank, ticken nicht richtig. Solche Sprachbeispiele zeigen, wie schwer sich die Gesellschaft tut, psychische Erkrankungen einzuordnen, mit den Betroffenen umzugehen. Dabei sind sie ebenso ein Teil unserer Gesellschaft wie Menschen mit körperlichen Krankheiten oder Behinderungen. Und die Psychiatrie ist genauso ein Teil der Gesundheitsversorgung wie die Hausarztmedizin oder die Akutspitäler.

Was heisst das für die Psychiatrieplanung? Vieles ist genau gleich wie im Spitalbereich: die Patientinnen und Patienten brauchen eine angemessene Betreuung nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Angebote müssen für alle zugänglich sein, im Notfall sofort. Auch spezialisierte Angebote sind nötig, etwa für Kinder und Jugendliche oder für alte Menschen. Es braucht eine Versorgung für Patientinnen und Patienten in akuten, vorübergehenden Lebenskrisen genauso wie für Menschen mit langjährigen psychischen Beeinträchtigungen. All das muss für die Allgemeinheit langfristig finanzierbar sein. Es gilt also, das richtige Mass zu finden, sich an den notwendigen Leistungen zu orientieren.

Wenn der Kanton Zürich zurzeit eine neue Spitalplanung erarbeitet, tut er dies ebenso in der Psychiatrie. Mit demselben Instrument, mit denselben Schritten. In einer ersten Etappe der Psychiatrieplanung 2012 wurde erhoben, welche Leistungen in den nächsten zehn Jahren notwendig sind. Die Ergebnisse dieser Etappe werden im vorliegenden Versorgungsbericht dargestellt. Darauf basierend gilt es in der nächsten Etappe zu bestimmen, welche Institutionen in Zukunft einen Auftrag erhalten, um die prognostizierten Leistungen zu erbringen.

In der Psychiatrieplanung hat zudem der folgende Grundsatz ein besonderes Gewicht: «ambulant vor stationär». Psychisch kranke Menschen sollen möglichst lange dort verbleiben und behandelt werden, wo sie vernetzt und eingebunden sind. Denn oft spielt das gewohnte Umfeld eine wichtige Rolle im Behandlungsprozess. Ein Klinikeintritt hingegen kann einen unnötigen Bruch bedeuten. «Ambulant vor stationär» – daran orientiert sich der Kanton Zürich nicht nur mit der Psychiatrieplanung 2012, sondern seit mehreren Jahren. Mit Erfolg, davon bin ich überzeugt. Denn die psychiatrische Versorgung findet nicht irgendwo hinter dicken Mauern, in abgelegenen Gebieten statt; psychisch kranke Menschen leben mit uns, sind unter uns. Und genau da sind auch die Behandlungsangebote anzusiedeln. Heute, im Jahr 2012 und darüber hinaus.

Zürich, im Juni 2011



Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger,
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich

Inhalt

1	Zusammenfassung	7
2	Einleitung	9
2.1.	Bisherige Zürcher Spitalplanungen und -listen	9
2.2.	KVG-Revision 2007	11
2.3.	Projekt Psychiatrieplanung 2012	13
3	Methodik	15
3.1.	Datengrundlagen	15
	Datenquellen	15
	Abgrenzung der Psychiatriedatensätze	15
	Verwendete Variablen	16
	Darstellungsebenen	17
	Datenqualität und -konsistenz	17
3.2.	Leistungsgruppen	18
3.3.	Methodik Bedarfsprognose	19
	Prognosetechnik und -zeitraum	19
	Prognosemodell und Einflussfaktoren	19
3.4.	Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020	24
	Einflussfaktor Demografie	24
	Einflussfaktor Inanspruchnahme inkl. Substitution	26
	Einflussfaktor Ökonomie	26
3.5.	Methodik Langlieger und forensische Psychiatrie	26
	Methodik Langlieger	26
	Methodik forensische Psychiatrie	27
4	Koordination mit anderen Kantonen	28
5	Bedarfsanalyse	29
5.1.	Bisherige Nachfrageentwicklung	29
5.2.	Bedarfsanalyse nach Diagnosehauptgruppe	31
5.3.	Bedarfsanalyse nach Altersgruppen	33
5.4.	Bedarfsanalyse nach Wohnregion	35
6	Leistungsangebot 2009	39
7	Zu- und Abwanderung	43

8	Bedarfsprognose bis 2020	45
	Entwicklung der Inanspruchnahme inkl. Substitution	45
	Demografische Entwicklung	46
	Ökonomische Einflussfaktoren und Substitution	46
8.1.	Übersicht Bedarfsprognose 2020	47
8.2.	Bedarfsprognose 2020 nach Hauptdiagnosegruppe	48
	Leistungsbereiche mit steigendem Bedarf an Pflegetagen	49
	Leistungsbereiche mit sinkendem Bedarf an Pflegetagen	49
8.3.	Bedarfsprognose 2020 nach Altersgruppe	50
8.4.	Bedarfsprognose 2020 nach Geschlecht	51
9	Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose Spezialbereiche	52
9.1.	Langlieger	52
	Nachfragestruktur Langlieger 2004 bis 2009	52
	Erbrachte psychiatrische Leistungen Langlieger 2009	54
	Bedarfsprognose Langlieger 2020	54
9.2.	Forensische Psychiatrie	55
	Nachfragestruktur Forensische Psychiatrie 2009	55
	Bedarfsprognose 2020 - Erwachsenenforensik	55
	Bedarfsprognose 2020 - Kinder- und Jugendforensik	56
10	Anhang	57
10.1.	Zuteilung zu den Wohn-/Psychiatrieregionen	57
10.2.	Methodik Einflussfaktoren Bedarfsprognose	58
	Einflussfaktor Demografie	58
	Einflussfaktoren Inanspruchnahme und Substitution	58
	Einflussfaktor Ökonomie	60
10.3.	Glossar und Abkürzungsverzeichnis	61
10.4.	Abkürzungen und Symbole in Tabellen und Abbildungen	65
10.5.	Abbildungsverzeichnis	66
10.6.	Tabellenverzeichnis	67
10.7.	Verzeichnis Internetverweise	68

Redaktionelle Hinweise

Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im nachfolgenden Text die männliche Form im geschlechtsneutralen Sinn verwendet.

Der Austritt eines Patienten aus einer psychiatrischen Klinik wird in diesem Bericht teilweise als *Fall* und teilweise als *Patient / Behandlung* bezeichnet. Die Bezeichnung *Patient* ist insofern nicht ganz korrekt, weil sich gewisse Patienten jährlich mehrfach in einer Klinik behandeln lassen müssen und damit ein Patient mehrere Fälle generiert. Im nachfolgenden Text werden *Patienten* und *Fälle* als Synonyme verwendet, gemeint sind aber immer die Anzahl Austritte aus einer Klinik, also die Anzahl Fälle.

Wir bitten die Leserinnen und Leser für dieses Vorgehen um Verständnis.

1 Zusammenfassung

Der vorliegende Versorgungsbericht Psychiatrie ist ein Zwischenbericht und das Resultat der ersten Etappe der Zürcher Psychiatrieplanung 2012. Der Bericht beschreibt die bisherige Nachfrage an stationären psychiatrischen Leistungen und ermittelt den zukünftigen Leistungsbedarf bis ins Jahr 2020.

Bedarfsanalyse und -prognose Psychiatrie

Die Hauptanalyse des bisherigen Bedarfes bezieht sich auf Hospitalisationen, die kürzer als ein Jahr dauern (unter Ausschluss von Langliegern). Sie zeigt, dass die Anzahl psychiatrisch hospitalisierter Zürcher Patienten von 10'268 im Jahr 2004 um 16.5 Prozent auf 11'963 im Jahr 2009 gestiegen ist. Diese Steigerung kann einerseits durch das Bevölkerungswachstum im Kanton Zürich im gleichen Zeitraum um 7.1 Prozent erklärt werden. Andererseits ist die Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohner von 82 auf 89 gestiegen. Die Anzahl Pflgetage hat sich trotz der Fallsteigerung nur um 13 Prozent auf 430'771 erhöht, da sich die mittlere Aufenthaltsdauer gleichzeitig um rund 3 Prozent von 37.2 auf 36 Tagen verringert hat.

Für die Bedarfsprognose wurden die voraussichtlichen Entwicklungen der Inanspruchnahme, die erwarteten demographischen und ökonomischen Veränderungen und die erwartete Substitution von Hospitalisationen durch ambulante und teilstationäre Behandlungen als wesentlich moderierende Faktoren erachtet. Aufgrund des weiteren Bevölkerungswachstums und einer intensivierten Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen ist bis 2020 mit einer Fallsteigerung um 11.7 Prozent zu rechnen. Da jedoch über alle Leistungsgruppen hinweg aufgrund der Einflussfaktoren Ökonomie und Substitution eine deutliche Reduktion der Aufenthaltsdauern um 14.75 Prozent prognostiziert wird, werden zukünftig 4.81 Prozent weniger Pflgetage in Anspruch genommen werden.

Die Prognosen für die einzelnen Leistungsbereiche zeigen grosse Unterschiede. Im Leistungsbereich F2 (Schizophrenie) und F4 (neurotische Störungen) werden die grössten Rückgänge an Pflgetagen erwartet. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in geringerem Ausmass auch bei F3 (affektive Störungen) werden hingegen eine Zunahme der Pflgetage prognostiziert.

Langlieger

Die Versorgungsstrategie des Kantons Zürich im Bereich der Langlieger verfolgt entsprechend dem Psychiatriekonzept von 1998 das Ziel, chronisch erkrankte Patienten weit möglichst in geeigneten Pflege- und Wohninstitutionen der Langzeitpflege unterzubringen. Aus diesem Grund hat sich die Anzahl der Langlieger von 2004 bis ins Jahr 2009 um 70 Prozent verringert. Im gleichen Zeitraum haben sich die Pflgetage dieser Langlieger von rund 370'000 auf 31'000 massiv reduziert. Ebenso hat sich die mittlere Aufenthaltsdauer von 6.4 Jahren auf 1.7 verkürzt.

Dieser Prozess ist derzeit grossteils vollzogen. Dass Patienten aufgrund einer schwersten und persistierenden Symptomatik einer längeren Hospitalisation in der Akutpsychiatrie bedürfen, wird künftig nur noch bei aussergewöhnlichen Einzelfällen erwartet.

Forensische Psychiatrie

Die Analyse und Bedarfsplanung der forensischen Psychiatrie erfolgt aufgrund der wesentlich divergenten Rahmenbedingungen kapazitäts- und nicht leistungsorientiert.

Im Jahre 2009 wurden rund 200 forensisch-psychiatrische Patienten in psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich behandelt. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 2.1 Jahre. Von den 25'000 beanspruchten Pflagetagen wurden 85 Prozent von der einzigen spezialisierten forensischen Einrichtung (Psychiatriezentrum Rheinau) erbracht. Die restlichen Patienten waren in verschiedenen anderen psychiatrischen Kliniken hospitalisiert.

Aufgrund von Änderungen im Strafgesetzbuch bezüglich Anordnung, Durchführung und Stellenwert von forensisch-psychiatrischen Massnahmen wird in den nächsten Jahren eine deutliche Zunahme von forensisch-psychiatrischen Patienten erwartet. Deshalb wird ein Ausbau der bestehenden Kapazitäten der forensischen Psychiatrie unumgänglich.

2 Einleitung

Die eidgenössischen Räte verabschiedeten am 21. Dezember 2007 eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung mit dem Ziel, die Kostenentwicklung zu bremsen. Damit kam dem Kanton Zürich die Aufgabe zu, die Spitalplanung, welche der geltenden Zürcher Spitalliste zugrunde liegt, zu überarbeiten. Der Regierungsrat beauftragte die Gesundheitsdirektion, die Ablösung der derzeit gültigen Spitalliste Akutsomatik und Rehabilitation mit dem Projekt «Spitalplanung 2012» vorzubereiten.

Mitte des Jahres 2010 lancierte die Gesundheitsdirektion für den psychiatrischen Versorgungsbereich das Projekt «Psychiatrieplanung 2012». Dieses soll per Ende 2011 abgeschlossen werden, damit auch die neue Spitalliste Psychiatrie auf den 1. Januar 2012 in Kraft treten kann. Soweit zweckmässig und möglich, wird dabei auf die Konzepte und Daten der Psychiatrieplanung aus dem Jahr 2004 zurückgegriffen. Zudem orientiert sich das Vorgehen so weit wie möglich an der Planung der Akutsomatik und Rehabilitation.

Die Psychiatrieplanung 2012 erfolgt in drei Phasen: 1. dem Versorgungsbericht Psychiatrie, 2. dem Strukturbericht Psychiatrie und 3. der Verabschiedung der kantonalen Spitalliste Psychiatrie 2012 durch den Regierungsrat.

Der vorliegende Versorgungsbericht Psychiatrie ist das Resultat der ersten Etappe der Psychiatrieplanung 2012. Der Versorgungsbericht thematisiert die Frage, welche stationären psychiatrischen Leistungen (Art und Menge) die Zürcher Wohnbevölkerung in Zukunft benötigt. Dazu wurde die bisherige Nachfrage untersucht (Bedarfsanalyse) und der zukünftige Leistungsbedarf mit einem Prognosehorizont bis ins Jahr 2020 (Bedarfsprognose) ermittelt.

Der Versorgungsbericht ist ein Zwischenbericht, der die Basis für die spätere Auswahl der Listenspitäler darstellt. Die Ergebnisse der Evaluation und die daraus resultierende provisorische Spitalliste Psychiatrie werden in einem späteren Bericht, dem Strukturbericht, dargestellt. Da die Gesundheitsdirektion in der aktuellen Psychiatrieplanung grossen Wert auf die Einbindung der betroffenen Akteure legt, führt sie nach der Publikation des Strukturberichtes eine breite Vernehmlassung durch.

2.1. Bisherige Zürcher Spitalplanungen und -listen

Gestützt auf die kantonale und eidgenössische Gesundheitsgesetzgebung und mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Spitalversorgung, erstellte der Kanton Zürich in den letzten 60 Jahren verschiedene Spitalplanungen. Im Jahr 1947 wurde ein erster Plan für den Ausbau des Krankenhauswesens veröffentlicht. Dieser umfasste alle Versorgungsbereiche - Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

In den Jahren 1957 und 1965 wurden neue Planungen erstellt. Die Planung 1965 ging entsprechend den damals gültigen Prognosen noch von stark steigenden Bevölkerungszahlen

aus und sah zahlreiche Neubauten und Erweiterungen vor. In den sechziger Jahren stagnierte die Wohnbevölkerung, die Alterung nahm zu und es traten vermehrt neue Abhängigkeitskrankheiten auf. Die Krankenhausplanung von 1978 war eine Reaktion auf diese Umstände. Die weiter fortschreitende Alterung, die Ausbreitung von Abhängigkeitskrankheiten und die sprunghafte medizinische Entwicklung forderten in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre eine erneute Überarbeitung der Spitalplanung. Die Planung von 1991 beruhte im Wesentlichen auf der von 1978, wurde jedoch in vielen Bereichen verfeinert und präzisiert. Insbesondere wurde sie durch medizinische Fachkonzepte ergänzt.

Aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes vom 18. März 1994, in Kraft getreten am 1. Januar 1996, wurden die Kantone verpflichtet, eine bedarfsgerechte Spitalplanung durchzuführen und darauf abgestützt eine nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Spitalliste zu erlassen. Die Spitalliste 1998 differenzierte in der Folge erstmals zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, und für die Psychiatrie entstand eine separate Spitalliste.

Die Spitalliste Psychiatrie von 1998 beruhte auf den Planungsgrundsätzen und Zielsetzungen der Krankenhausplanung 1991. Eine Bedarfsanalyse zeigte, dass die stationären Kapazitäten aufgrund abnehmender Aufenthaltsdauern kurz bis mittelfristig reduziert werden können. Man orientierte sich zudem am Psychatriekonzept von 1998, das eine patientenorientierte, gemeindenaher und weit möglichst ambulante oder teilstationäre Versorgung vorsah. Getreu dem Gebot «ambulant vor teilstationär vor stationär» wurden die nicht-stationären Versorgungsangebote stark ausgebaut. Zudem wurde eine Unterteilung von Akut- und Langzeit-Psychiatrie vorgenommen, wobei die Langzeit-Versorgung von chronisch psychisch Erkrankten überwiegend in entsprechenden Wohn- und Pflegeheimen erfolgen sollte.

Seit ihrer erstmaligen Festsetzung im 1998 ist die Zürcher Spitalliste Psychiatrie zweigeteilt und gliedert sich in eine Liste A und B:

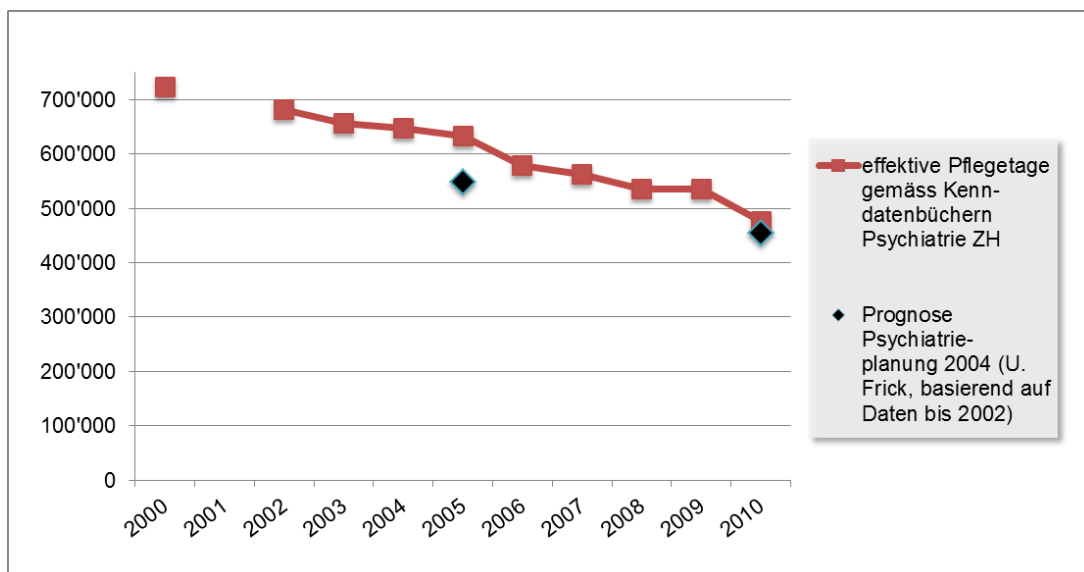
- Die Spitalliste A führt alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf. Die Aufnahme von Spitälern erfolgt bei ausgewiesenem Bedarf. Die verzeichneten Leistungserbringer haben kantonale Leistungsaufträge und sind zur stationären Versorgung von Patienten der Allgemeinabteilung verpflichtet.
- Die Spitalliste B umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung. In diesem Bereich gilt grundsätzlich der freie Wettbewerb. Der Kanton sorgt lediglich für gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen der im eigenen Kanton gelegenen Institutionen.

Aufgrund der angespannten Finanzlage des Kantons Zürich beschloss der Regierungsrat im Jahr 2003 ein Sanierungsprogramm, das den Staatshaushalt im Zeitraum 2004 bis 2007 um mehrere Millionen Franken entlasten sollte. Das «Sanierungsprogramm 2004 (San04)» hatte auch für die Psychiatrie einschneidende Konsequenzen. Die Zürcher Spitalliste Psychiatrie wurde in der Folge im Jahr 2004 substantiell überarbeitet und angepasst. Die entsprechenden Projekte teilten sich im Wesentlichen in strukturbezogene und effizienz- bzw. qualitätsbezogene Massnahmen auf.

Zur Überprüfung des Einsparpotentials wurde eine Bedarfsanalyse und -prognose durchgeführt. Diese erfolgte bereits fall- und leistungsorientiert.

Der Psychiatrieplanung 2004 lagen weitgehend die gleichen Leistungsgruppen zu Grunde wie der aktuellen. Die Leistungsgruppen waren nach Hauptdiagnosegruppen, Geschlecht und Altersbereichen differenziert. Es wurden fünf thematische Bereiche identifiziert und erfasst: Allgemeine Psychiatrie (inkl. Gerontopsychiatrie), Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchteinrichtungen, Gerontopsychiatrische Pflege und Forensik. Zusätzlich erfolgte eine Unterteilung in die Behandlungsarten «Akut» und «Langzeit». Die Bedarfsanalyse beruhte auf Trendexplorationen, ausgehend von den Leistungszahlen der Jahre 1995 bis 2002, und resultierte in einer Bedarfsprognose für den Zeitraum bis 2010. Die heutige Datenlage zeigt, dass diese Bedarfsprognose weitgehend zutreffend war und im Jahr 2010 nur um 4 Prozent tiefer lag als der in der Folge tatsächlich beobachtete Bedarf (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Psychiatrische Pfl egetage im Kanton Zürich und Prognose 2004



Quantitatives Resultat der Psychiatrieplanung von 2004 war unter der Voraussetzung einer vorgegebenen Steigerung der Normbettenbelegung von 92 auf 95 Prozent ein Minderbedarf von mindestens 300 Betten für das Jahr 2005. In der Folge waren die wichtigsten strukturbezogenen Massnahmen einerseits der Entzug des kantonalen Leistungsauftrages und der Staatsbeitragsberechtigung der Klinik Hohenegg in Meilen und andererseits der Verzicht auf den Ausbau des gerontopsychiatrischen Angebots der integrierten Psychiatrie Winterthur im ursprünglich geplanten Ausmass.

2.2. KVG-Revision 2007

Das zentrale Element der Teilrevision des KVG vom 21. Dezember 2007 ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung, beziehungsweise ein Wechsel vom Prinzip der Kostenerstattung zu einem Preissystem: Ab 2012 müssen alle auf den Spitallisten geführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem DRG-System entschädigt werden.

Wurden Spitäler und Kliniken zuvor nach ihrem Ressourcenaufwand entschädigt, wird zukünftig also ein leistungsbezogenes Entgelt zur Anwendung kommen. Ziel dieser Massnahmen ist eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch verstärkten Wettbewerb und die Verbesserung der Behandlungsqualität durch systematische Qualitätsvergleiche.

In der nationalen und internationalen Diskussion wird heute mehrheitlich die Meinung vertreten, dass diagnosebezogene Fallpauschalen den Besonderheiten der Psychiatrie nicht gerecht werden. Derzeit wird im Kanton Zürich in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz ein Tarifsysteem für die Psychiatrie (TARPSY) entwickelt, welches voraussichtlich ab 2015 zur Anwendung kommen wird.

Zudem werden mit der KVG-Revision die inner- und ausserkantonale, freie Spitalwahl¹ garantiert und die Listenspitäler verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton aufzunehmen.

Im Rahmen dieser Revision sind auch die kantonalen Spitallisten und Spitalplanungen zu überarbeiten. Wie bisher verpflichtet auch das revidierte KVG die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen. Die Spitalplanung im somatischen Bereich hat zwingend leistungsorientiert zu erfolgen. In der Rehabilitation und Psychiatrie sind sowohl leistungs- als auch kapazitätsbezogene Vorgehensweisen zulässig². Der Kanton Zürich hat sich im Bereich Psychiatrie für eine vorwiegend leistungsorientierte Planung entschieden. Einzig der Spezialbereich forensische Psychiatrie wird kapazitätsorientiert geplant. Für die Planung stehen also nicht mehr die Bettenkapazitäten, sondern die medizinischen bzw. psychiatrischen Leistungen im Vordergrund. Zusätzlich zur bisherigen Zulassungspraxis muss sich die Evaluation der Listenspitäler auf Betriebsvergleiche zu Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit stützen.

Die heutige Zürcher Spitalliste ist zweigeteilt. In Zukunft wird nur noch eine integrale Spitalliste zulässig sein. Diese hat diejenigen Leistungen sicherzustellen, die für die stationäre Versorgung der kantonalen Wohnbevölkerung erforderlich sind. Künftig wird zwischen den folgenden drei Typen von Spitalern unterschieden:

- Listenspitäler mit staatlichem Leistungsauftrag und gesetzlichem Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht)
- Vertragsspitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag mit Vergütung durch die Versicherer gemäss abzuschliessenden Verträgen
- Ausstandsspitäler ohne Anspruch auf Vergütung gemäss KVG

Der Kanton Zürich übernimmt gemäss KVG bei den Listenspitälern den kantonalen Kostenanteil ab 2012 von mindestens 45 und ab 2017 von mindestens 55 Prozent³.

¹ Das heisst gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG, dass die versicherte Person unter denjenigen Spitalern (bzw. Kliniken) wählen kann, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG aber höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

² Gemäss Art. 58c lit. b KVV.

³ Die Kantone setzen ihren Finanzierungsanteil nach Artikel 49a Absatz 2 spätestens per 1. Januar 2012 fest. Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene im Einführungszeitpunkt nach Absatz 1 die schweizerische Durchschnittsprämie für Erwachsene unterschreitet, können ihren Vergütungsanteil zwischen 45 und 55 Prozent festlegen. Bis zum 1. Januar 2017 darf die jährliche Anpassung des Finanzierungsanteils ab erstmaliger Festsetzung höchstens

2.3. Projekt Psychiatrieplanung 2012

Der Zürcher Regierungsrat hat entschieden, die auf der neuen Spitalplanung basierenden Spitallisten per 1. Januar 2012 umzusetzen. Diese Zielvorgabe gilt auch für die Psychiatrie, weshalb die Gesundheitsdirektion Anfang 2010 das Projekt «Psychiatrieplanung 2012» lanciert hat.

Die Vorgehensweise in der Psychiatrie erfolgt weit möglichst analog zur Planung in der Akutsomatik und Rehabilitation. Die spezifischen Eigenheiten der Psychiatrie verlangen jedoch teilweise auch abweichende Vorgehensweisen. In der Psychiatrie steht kein DRG-System zur Verfügung. Damit sind die Leistungsgruppen nicht vorbestimmt und müssen definiert werden. Darüber hinaus ist der kostendämpfende Effekt der DRGs in der Psychiatrie nicht gegeben, was möglicherweise notwendig macht, dass Beschränkungen der Leistungsmengen vorgenommen werden müssen.

Wie im KVG und in der KVV vorgesehen, wird im Rahmen der Psychiatrieplanung ein interkantonaler Abgleich vorgenommen und die Planung so angelegt sein, dass eine periodische Revision möglich gemacht wird.

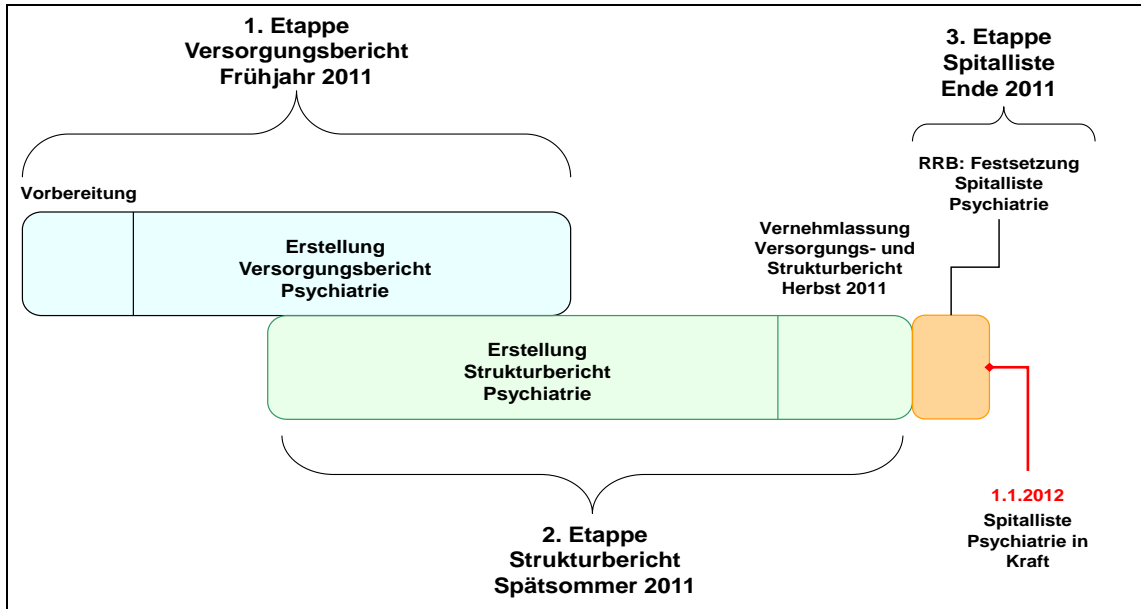
Das Projekt Psychiatrieplanung 2012 gliedert sich in drei Phasen: Der «Versorgungsbericht Psychiatrie» ermittelt zunächst die bisherige Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen. Auf dieser Basis wird, unter Berücksichtigung der demografischen und ökonomischen Entwicklungen sowie der zu erwartenden Entwicklung der Inanspruchnahme und der Substitution stationärer durch ambulante Leistungen, der Bedarf für das Jahr 2020 prognostiziert. In einem zweiten Schritt wird nach den Kriterien der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit evaluiert, welche psychiatrischen Institutionen für die Bedarfsdeckung am besten geeignet sind. Darauf gestützt werden die provisorische Spitalliste und vorläufige Leistungsaufträge formuliert. Im «Strukturbericht Psychiatrie» werden diese Ergebnisse zusammengefasst und gemeinsam mit dem Versorgungsbericht in die Vernehmlassung gegeben.

In einem letzten Schritt wird voraussichtlich bis Ende 2011 die revidierte Spitalliste Psychiatrie 2012 vom Regierungsrat verabschiedet und auf den 1. Januar 2012 in Kraft gesetzt. Die Überarbeitung der Psychiatrieplanung wird vom Fachbereich Psychiatrie der Gesundheitsdirektion Zürich vorgenommen.

Diagnosebasierte Leistungsgruppen dienen als Grundlage für die Ermittlung der bisherigen Inanspruchnahme und der Bedarfsprognose, wie auch der Bewerbung und Evaluation der psychiatrischen Kliniken.

Für die Psychiatrieplanung 2012 ist folgender Zeitplan vorgesehen:

Abbildung 2: Zeitplan des Projektes Psychiatrieplanung 2012



Die Gesundheitsdirektion will den psychiatrischen Kliniken eine möglichst grosse unternehmerische Freiheit einräumen. Deshalb wird erstmals ein Bewerbungsverfahren durchgeführt. Alle an einem Leistungsauftrag interessierten Kliniken erhalten die Gelegenheit, sich für einzelne oder mehrere Leistungsgruppen zu bewerben. Im Rahmen des Evaluationsverfahrens werden jene Bewerber für die Spitalliste berücksichtigt, die für die Bedarfsdeckung notwendig sind und die die generellen und spezifischen Anforderungen erfüllen. Übertreffen die Kapazitäten der Bewerber den prognostizierten Bedarf, erfolgt die Auswahl gemäss KVV Art. 58b nach den Kriterien der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit.

3 Methodik

Während die Planung in der Akutsomatik gemäss Art. 58c KVV zwingend leistungsorientiert erfolgen muss, kann in der Rehabilitation und Psychiatrie zwischen einer leistungs- und einer kapazitätsorientierten Planung gewählt werden. Die Psychiatrieplanung des Kantons Zürich erfolgt - ausser für den Bereich der forensischen Psychiatrie - analog zur Akutsomatik leistungsorientiert.

3.1. Datengrundlagen

Datenquellen

Die Analyse der stationären Behandlungen in der Psychiatrie erfolgt mittels der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamtes für Statistik. Diese Daten liefern soziodemografische, administrative und medizinische Informationen (Diagnosen und Behandlungen) zu jedem stationären Klinikaufenthalt.

Die Medizinische Statistik wird seit 1998 erhoben. Als qualitativ ausreichende Grundlage für eine Planung kann sie aber erst ab dem Jahr 2003 verwendet werden. Für das Jahr 2009 wurden die der Medizinischen Statistik äquivalenten PSYREC-Daten der Gesundheitsdirektion Zürich verwendet⁴. Die PSYREC-Daten entsprechen den Anforderungen der Medizinischen Statistik des Bundes.

Für die Bestimmung der demografischen Entwicklung wurde auf die Bevölkerungsstatistik und -prognose des statistischen Amtes des Kantons Zürich abgestützt.

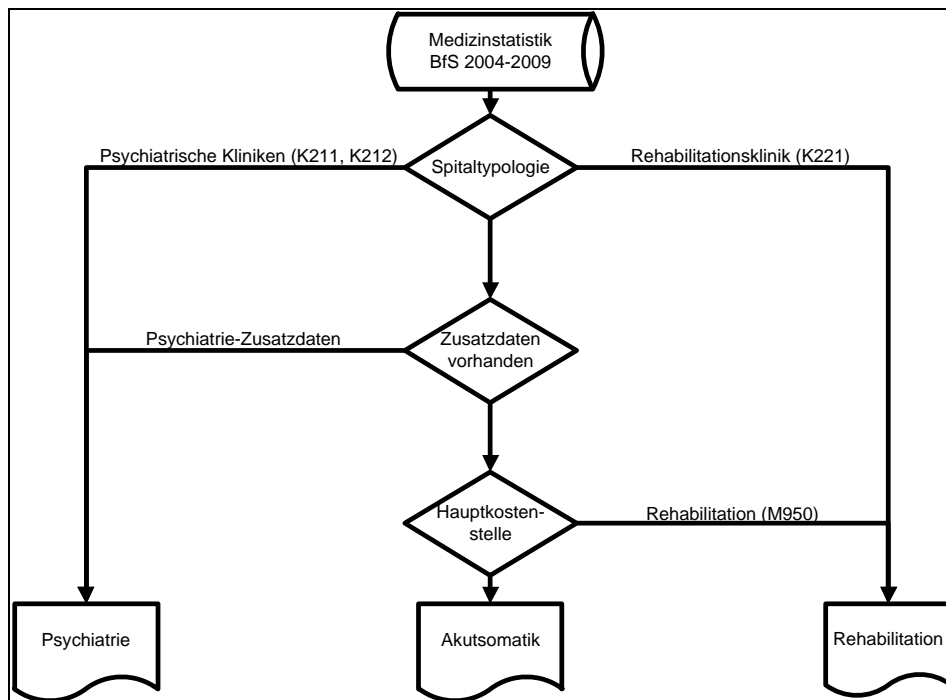
Abgrenzung der Psychiatriedatensätze

Die stationären Fälle der Medizinischen Statistik für die Jahre 2004 bis 2009⁵ wurden in die drei Datensätze Psychiatrie, Akutsomatik und Rehabilitation aufgeteilt (vgl. Abbildung 3). Für die Selektion wurden die Variablen Spitaltypologie (BfS 0.0.v11), Psychiatrie-Datensatz (BfS 0.3.V02) und Hauptkostenstelle (BfS 1.3.v04) verwendet.

⁴ Psychiatriepatientenrecord (PSYREC): Fallbezogene psychiatrische Statistik der Gesundheitsdirektion Zürich (gültige Erhebung bis einschliesslich 2009). Die Spitäler und Kliniken im Kanton Zürich liefern die Daten der Medizinischen Statistik an die Gesundheitsdirektion Zürich, die diese plausibilisiert und anschliessend an das BfS weiterleitet. Die Daten sind in einem ähnlichen Format wie die Medizinische Statistik des BfS und somit einfach zusammenzuführen. Da bei den Daten der Gesundheitsdirektion Zürich die ausserkantonalen Behandlungen von Zürcher Patienten (rund 5% der Fälle) fehlen, wurden die ausserkantonalen Behandlungen aus dem Jahr 2008 auch für das Jahr 2009 übernommen.

⁵ Die Fälle der Medizinischen Statistik müssen folgende Kriterien erfüllen, um berücksichtigt zu werden: Behandlungsart (1.2.V03) = 3, Statistikfall (0.1.V011) = A.

Abbildung 3: Zuteilung der Fälle zum Datensatz Psychiatrie



Zusätzlich wurden alle Fälle des Bergheims in Uetikon ausgeschlossen, da dieses seit 2010 auf der Pflegeheimliste figuriert. Darüber hinaus wurden alle Langliegerfälle (länger als ein Jahr hospitalisiert) und die Fälle der forensischen Psychiatrie entfernt. Letztere Leistungsbereiche werden separat behandelt (vgl. Kapitel 9). Die verbleibenden Fälle bilden den Datensatz Psychiatrie.

Verwendete Variablen

In Tabelle 1 sind die im Versorgungsbericht verwendeten Variablen aufgeführt. In der Spalte Kurzbeschreibung wird erläutert, aus welchem BfS-Merkmal die Variable abgeleitet wurde.

Tabelle 1: Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik

Variable	Kurzbeschreibung
JAHR	Aus der BfS-Variable Austrittsdatum (1.5.V01) wird das Jahr des Patientenaustritts bestimmt.
SPITALKANTON	Standortkanton der Institution (0.1.V04) (26 Ausprägungen)
GEM	Gemeindenummer (171 Ausprägungen) nach BfS.
WOHNKANTON	Wohnkanton des Patienten (1.1.V04) (26 Ausprägungen)
GENDER	Geschlecht (1.1.V01)
ALTER	Alter bei Eintritt (1.1.V03)
HPP	Liegeklasse des Patienten (1.3.V02), binäre Ausprägung 1 = halbprivat oder privat (Ausprägung 2 oder 3 nach BfS) 0 = sonst
KVG	Hauptkostenträger für Grundversicherungsleistungen (1.4.V02), binäre Ausprägung 1 = Abrechnung nach Krankenversicherung (Ausprägung 1) 0 = sonst (Ausprägung null, 2, 3, 4, 8, 9)
NOTFALL	Eintrittsart (1.2.V03) ins Spital, binäre Ausprägung 1 = Notfall (Ausprägung 1) 0 = sonst
ICD	ICD-Hauptdiagnose (1.6.V01)
STAYD	Effektive Aufenthaltsdauer in Tagen

Darstellungsebenen

Basis der Psychiatrieplanung 2012 sind 48 Leistungsgruppen. Diese umfassen acht Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10 (Variable ICD), die weiter in drei Altersgruppen (Variable ALTER) und nach Geschlecht (Variable GENDER) differenziert werden. Die Variable ALTER wurde zu drei Altersgruppen aggregiert: 0-17, 18-59, 60+ Jahren.

Die Gemeinden (Variable GEM) wurden in vier Regionen zusammengefasst: Zürich, Winterthur-Zürcher Unterland, Zürcher Oberland und Horgen. Diese entsprechen den Psychiatrieregionen, welche auf das Psychiatriekonzept von 1998 zurückgehen. Eine Karte der Psychiatrieregionen ist im Anhang (Kapitel 10) zu finden.

Datenqualität und -konsistenz

Die Medizinische Statistik und die PSYREC-Daten werden von jeder Institution eigenständig erhoben. Damit ist die Datenqualität primär von den einzelnen Spitälern und Kliniken abhängig. Die Daten der Medizinischen Statistik und des PSYREC aller Zürcher Institutionen werden von der Gesundheitsdirektion plausibilisiert und anschliessend an das Bundesamt für Statistik weitergeleitet. Dank diesen Massnahmen hat sich die Datenqualität bei den Zürcher Kliniken in den letzten Jahren erheblich verbessert und ist mittlerweile auf einem sehr guten Niveau.

Die Konsistenz der Daten hängt zudem davon ab, ob Datenerhebung und Definitionen über die Jahre unverändert bleiben. In den letzten Jahren fanden nur kleinere Anpassungen der Medizinischen Statistik statt, sei es durch spitalinterne Optimierungen in der Datenerfassung oder durch externe Richtlinien der Gesundheitsdirektion oder des Bundesamts für Statistik. Der PSYREC war seit seiner Einführung im Jahre 2007 nur wenigen Veränderungen unterworfen. Die Daten des PSYREC weisen deshalb für die letzten Jahre eine sehr gute Datenkonsistenz auf. Die Bedarfsprognose basiert auf den PSYREC-Daten 2009, was fundierte detaillierte Betrachtungen und Analysen möglich macht.

3.2. Leistungsgruppen

Die Analysen für die Psychiatrieplanung 2012 basieren auf acht Hauptdiagnosegruppen psychischer Störungen nach ICD-10. Diese sind weiter in die drei Altersgruppen 0 bis 17, 18 bis 59 und 60+ Jahren differenziert. Diese werden weiter nach Geschlecht unterteilt. Dies ergibt insgesamt 48 Leistungsgruppen (vgl. Abbildung 4). Wird von mehreren Leistungsgruppen gesprochen, werden diese als Leistungsbereich bzw. Leistungsbereiche bezeichnet.

Die Leistungsgruppen basieren weitgehend auf der Zürcher Psychiatrieplanung aus dem Jahr 2004. Die einzige Modifikation besteht darin, dass die Hauptdiagnosegruppe F6 (Persönlichkeitsstörungen) als eigenständige Leistungsgruppe eingeführt wurde, da bei dieser Diagnosekategorie mittlerweile eine substantielle Anzahl Fälle und Pfl egetage zu verzeichnen ist.

Abbildung 4: Leistungsgruppen Psychiatrieplanung 2012

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

Erklärung: Die Gruppe «F5, 7-9 übrige» beinhaltet: F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, F7 Intelligenzminderung, F8 Entwicklungsstörungen und F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

3.3. Methodik Bedarfsprognose

Prognosetechnik und -zeitraum

Prognosestellungen können grundsätzlich entweder mittels Fortschreibungen bisheriger Entwicklungen (Trendextrapolationen) oder Bestimmungen angenommener wirksamer Einflussfaktoren vorgenommen werden. Auch Mischungen dieser beiden Techniken sind möglich.

Das Erstellen von Trendextrapolationen erscheint relativ einfach, setzt aber voraus, dass längere Datenreihen ohne grössere Änderungen in der Datenerhebung und -definition vorhanden sind. Ausserdem können sie nur stimmig sein, wenn die bisherigen Einflussfaktoren auch in Zukunft verhältnismässig konstant bleiben und keine «Brüche» in der Entwicklung vorhanden sind beziehungsweise bevorstehen. Im Bereich der stationären Psychiatrie sind beide Bedingungen nicht erfüllt. Zum einen steht die Medizinische Statistik erst seit wenigen Jahren zur Verfügung und durchlief mehrere Änderungen. Zum anderen steht voraussichtlich 2015 mit der Einführung eines leistungsorientierten Entgelts ein Systemwechsel in der Finanzierung bevor, der in einer Trendfortschreibung nicht berücksichtigt würde. Auch der Abbau von Leistungen bei Langliegern, der in den letzten Jahren stattgefunden hat, ist nicht fortschreibbar.

Aus diesem Grund wurde in der vorliegende Prognose nicht mit Trendextrapolationen, sondern mit der Bestimmung von Einflussfaktoren gearbeitet. Dabei wurde die aktuelle psychiatrische Leistungsnachfrage als Ausgangspunkt genommen. Danach wurde untersucht, welche Faktoren den Leistungsbedarf beeinflussen und wie sich diese Faktoren in den nächsten Jahren entwickeln.

Hinsichtlich der Grösse des Prognosezeitraums besteht ein Zielkonflikt: Einerseits ist es wünschenswert, den zukünftigen Bedarf möglichst weit voraus einschätzen zu können. Andererseits nimmt die Genauigkeit der Prognose mit zunehmender Prognosedauer ab. Aufgrund dieser Überlegungen wurde als Prognosehorizont das Jahr 2020 gewählt.

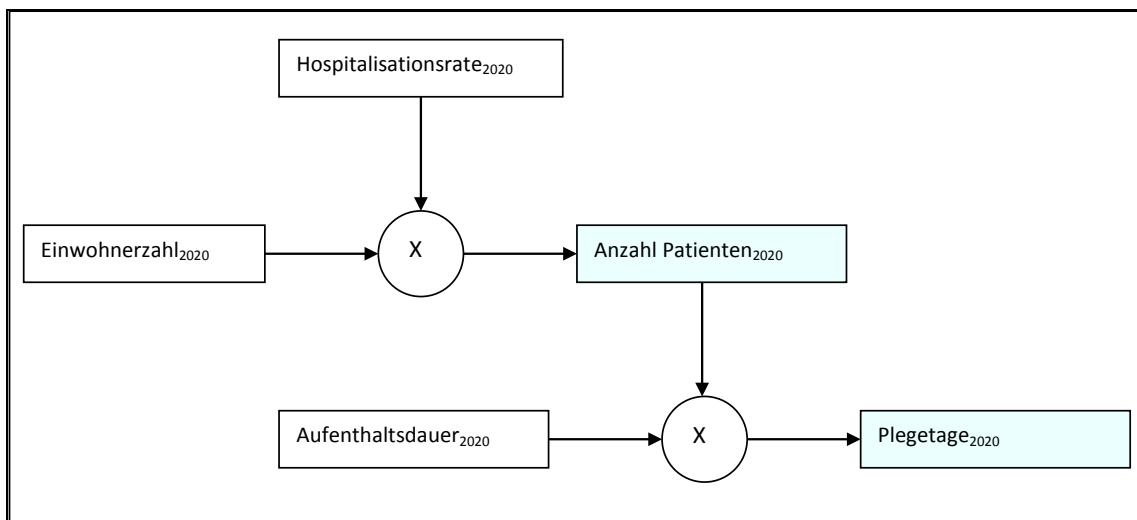
Prognosemodell und Einflussfaktoren

Das Prognosemodell der Psychiatrieplanung geht davon aus, dass im Referenzjahr 2009 weder eine Über- noch eine Unterversorgung der Wohnbevölkerung vorhanden waren. Wohl gab es Bereiche (vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie), wo die innerkantonalen Kapazitäten durch ausserkantonale ergänzt werden mussten. Da jedoch der Bedarfsanalyse die Daten der gesamtschweizerischen Leistungen zugrunde liegen, sind also auch diese ausserkantonale erbrachten Leistungen an Zürcher Patienten mit berücksichtigt. Damit kann die Nachfrage im Referenzjahr mit dem Bedarf gleich gesetzt werden.

Die Prognose zielt primär ab auf eine Abschätzung künftiger Pfl egetage und Patientenzahlen pro psychiatrische Leistungsgruppe bis 2020. Dabei gelten folgende Zusammenhänge: Die Patientenzahlen bis zum Jahr 2020 hängen davon ab, wie sich die Bevölkerungszahl entwickelt und wie gross der Anteil der Einwohner ist, die in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden (Hospitalisationsrate). Die Pfl egetage werden zusätzlich durch die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern beeinflusst. Auch diese Grösse unterliegt

Veränderungen. Für die Ermittlung der Patientenzahlen im Jahr 2020 müssen somit die Einwohnerzahl und die Hospitalisationsrate des Jahres 2020 und für die Ermittlung der Pflage tage die dann zu erwartenden Aufenthaltsdauern prognostiziert werden (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Herleitung der Patientenzahlen und Pflage tage 2020

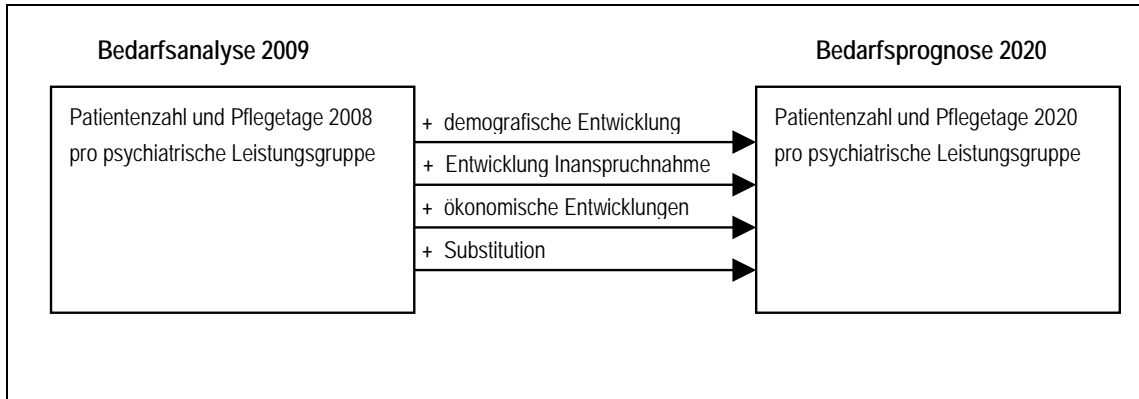


Die demografische Entwicklung kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. Die Hospitalisationsraten und Aufenthaltsdauern werden dagegen massgeblich beeinflusst durch Faktoren innerhalb des Gesundheitswesens, deren Wirkungen nur mit einer gewissen Unsicherheit vorhergesagt werden können (vgl. Abbildung 6).

Die Hospitalisationsrate wird primär von der Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer Leistungen beeinflusst. Hierunter fallen Faktoren wie das Zuweiserverhalten von Ärzten sowie gewisse, sich verändernde «Schwellenphänomene». Zu beobachten ist, dass in der Folge einer teilweisen Ent-Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren auch die Schwelle für einen Eintritt in eine Psychiatrische Klinik etwas gesunken ist. Eine weitere Komponente der Inanspruchnahme ist zudem die mögliche Substitution stationärer Aufenthalte durch ambulante oder teilstationäre Behandlungen.

Die Aufenthaltsdauer wird einerseits vom Krankheitsbild respektive Krankheitsverlauf, andererseits auch von ökonomischen Rahmenbedingungen, wie der Einführung eines neuen Tarifsystems, beeinflusst. Ebenfalls einen Einfluss auf die mittlere Aufenthaltsdauer hat die Verfügbarkeit respektive Nicht-Verfügbarkeit von tragfähigen ambulanten oder teilstationären Angeboten («Nachsorge»).

Abbildung 6: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen



Folgende weitere potentielle Einflussfaktoren auf den künftigen Bedarf gehen nicht in die Berechnungen ein, da sie im Prognosezeitraum als konstant angenommen wurden:

- Epidemiologie
- Region
- medizinischer Fortschritt
- gesellschaftlicher Wandel

Bei der Epidemiologie-Entwicklung kann aufgrund von Angaben in der einschlägigen Literatur und von Expertenmeinungen davon ausgegangen werden, dass im Prognosezeitraum keine relevanten Veränderungen zu erwarten sind.

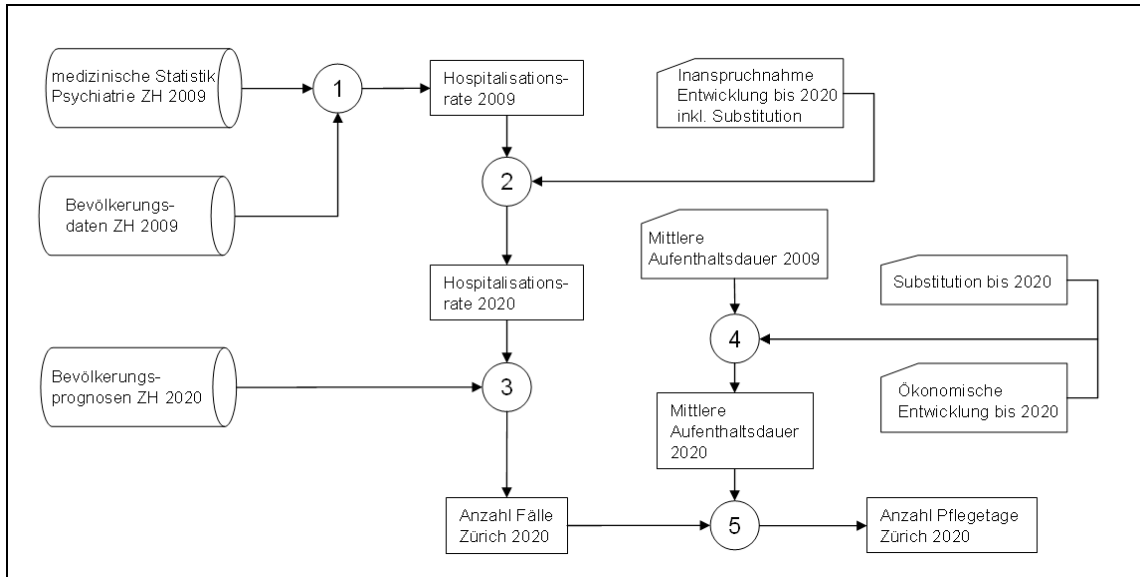
Regionale Unterschiede (Wohnregionen, Psychiatrieregionen) haben sich bereits in der letzten Planung von 2004 als klein erwiesen und können deshalb vernachlässigt werden, insbesondere auch, wenn man von einer zunehmenden Mobilität der Patienten ausgeht. Deshalb wurden bei der Ist-Analyse (Bedarfsanalyse) der aktuellen Versorgung regionale Aspekte noch teilweise dargestellt, die Prognose des zukünftigen Bedarfes erfolgt jedoch für den gesamten Kanton Zürich.

Den medizinischen Fortschritt betreffend sind in den nächsten zehn Jahren keine umwälzenden medikamentösen oder therapeutischen Entwicklungen zu erwarten. Der Einfluss der gesellschaftlichen Entwicklung auf den psychiatrischen Bedarf, wie beispielsweise der soziale Wandel oder der Wandel der Lebensformen, kann nur schwer eingeschätzt werden. Solche Wandlungsprozesse finden - sofern vorhersehbar - implizit beim Faktor «Inanspruchnahme» Eingang in die Prognose.

Mit der Einführung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes per 2013 wird das Verfahren der psychiatrischen Zwangseinweisung verändert werden. Die Psychiatrieplanung nimmt an, dass der Bedarf dadurch unbeeinflusst bleibt.

Der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den zukünftigen Leistungsbedarf wurde im Prognosemodell folgendermassen berücksichtigt:

Abbildung 7: Prognosemodell Psychiatrieplanung 2012



Die Prognose der Patientenzahlen und Pflgetage 2020 erfolgte in folgenden fünf Schritten:

- (1) Die Hospitalisationsraten des Jahres 2009 wurden aus den Daten der Psychiatrischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik berechnet. Da sich die Hospitalisationsraten je nach Art der psychischen Erkrankung stark unterscheiden, wurden die Hospitalisationsraten pro Hauptdiagnosegruppe berechnet. Bei vielen psychischen Erkrankungen haben zudem das Alter und das Geschlecht der Patienten einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate. Daher wurden diese weiter in drei Altersgruppen und nach Geschlecht unterteilt.
- (2) Basierend auf den Hospitalisationsraten 2009 wurden die Hospitalisationsraten 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten Entwicklungen der Inanspruchnahme, inklusive der erwarteten Substitution von bisher stationär erbrachten durch ambulante Behandlungen, prognostiziert.
- (3) Für die Prognose der Patientenzahlen bzw. Anzahl Fälle im Jahr 2020 wurden die Hospitalisationsraten 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Zürich multipliziert.
- (4) Auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2009 basierend, wurden unter Berücksichtigung der erwarteten ökonomischen Entwicklungen und der potentiellen Substitution von stationären durch ambulante Leistungen die mittleren Aufenthaltsdauern bis 2020 geschätzt.
- (5) Für die Berechnung der Pflgetage bis 2020 wurden die Patientenzahlen 2020 mit den Aufenthaltsdauern 2020 multipliziert.

Beispiel für die Bedarfsprognose bis 2020 für die Leistungsgruppe: ICD-Hauptdiagnosegruppe «F3 Affektive Störungen», Altersgruppe 18 bis 59 Jahre, Geschlecht weiblich

- (1) Im Jahre 2009 hatten Zürcherinnen, die zwischen 18 und 59 Jahre alt waren und eine psychische Erkrankung der Hauptdiagnosegruppe «F3 Affektive Störungen» aufwiesen, in 1'308 Fällen einen stationären psychiatrischen Aufenthalt in Anspruch genommen. Die Bevölkerung dieser Altersgruppe betrug 2009 im Kanton Zürich 401'084 Einwohner. Somit ergibt sich für diese Leistungsgruppe eine *Hospitalisationsrate 2009* von 32.61 auf 10'000 Einwohner ($1'308 / 401'084 * 10'000 = 32.61$).
- (2) Gemäss dem Expertengutachten zur Veränderung der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen ist bei der Hauptdiagnosegruppe «F3 Affektive Störungen» eine Zunahme der Hospitalisationsrate von 11.85 Prozent zu erwarten. Die *Hospitalisationsrate 2020* voraussichtlich 36.48 betragen ($32.61 + (32.61 * 0.1185) = 36.48$).
- (3) Im Jahr 2020 wird es im Kanton Zürich gemäss demografischer Prognose voraussichtlich rund 417'239 weibliche Einwohner im Alter von 18 bis 59 Jahren geben. Multipliziert mit der zuvor berechneten Hospitalisationsrate 2020 von 36.48 auf 10'000 Einwohner ergeben sich für diese Leistungsgruppe somit 1'522 *Fälle bis 2020* ($417'239 / 10'000 * 36.48 = 1'522$).
- (4) Die *mittlere Aufenthaltsdauer* betrug im Jahre 2009 bei dieser Leistungsgruppe 37.13 Tage. Es wird erwartet, dass sich aufgrund des ökonomischen Einflussfaktors die Aufenthaltsdauern bis 2020 um 2.625 Prozent verkürzen werden. Gemäss Expertengutachten wird sich die Aufenthaltsdauer zudem aufgrund des Substitutionspotentials stationärer durch ambulante Leistungen in dieser Hauptdiagnosegruppe bis 2020 um 9 Prozent verkürzen. Die *mittlere Aufenthaltsdauer 2020* wird sich somit insgesamt um 11.625 Prozent verkürzen und beträgt dann 32.81 Tage ($37.13 - (37.13 * 0.11625) = 32.81$).
- (5) Die prognostizierte Anzahl Fälle bis 2020 von 1'522 multipliziert mit der erwarteten mittleren Aufenthaltsdauer 2020 von 32.81 Tagen ergibt für weibliche Patienten mit einer affektiven Störungen der Altersgruppe 18 bis 59 Jahre rund 49'938 *Pflegetage bis 2020*. Dies entspricht einer Zunahme von 1'374 Pflegetagen ($1'522 * 32.8 = 49'938$).

Die Expertenbefragung zur Prognose bezüglich der Entwicklung der Inanspruchnahme und des Substitutionspotentials ergab keine Differenzierung nach Geschlecht und Alter. Deshalb wird über alle Altersgruppen und Geschlechterkategorien hinweg derselbe Faktor verrechnet.

3.4. Entwicklung der Einflussfaktoren bis 2020

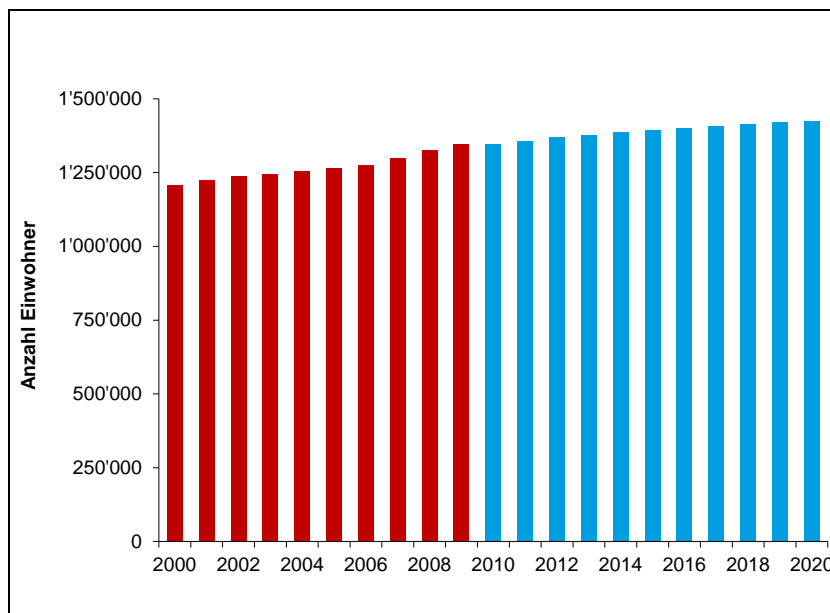
Ein ausführlicher Beschrieb des methodischen Vorgehens zur Bestimmung der Einflussfaktoren ist im Anhang 10.2 zu finden. Das vollständige Expertengutachten ist im Internet⁶ abrufbar. Die detaillierte Bedarfsprognose ist in Kapitel 8 beschrieben.

Einflussfaktor Demografie

Die demografische Entwicklung wurde vom statistischen Amt des Kantons Zürich errechnet. Das Amt verwendete für die Bevölkerungsprognose einen deterministischen Ansatz: Von einem bestimmten Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung wurde durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen die Wohnbevölkerung von Jahr zu Jahr fortgeschrieben.

Zwischen dem Jahr 2000 und 2009 ist die Zürcher Bevölkerung von 1'206'735 auf 1'344'866 gestiegen, was einer Zunahme von rund 11 Prozent entspricht. Gemäss Prognose wird die Zürcher Bevölkerung zwischen 2009 und 2020 von 1'344'866 weiter auf 1'453'269 anwachsen, also nochmals um rund 8 Prozent (vgl. Abbildung 8).

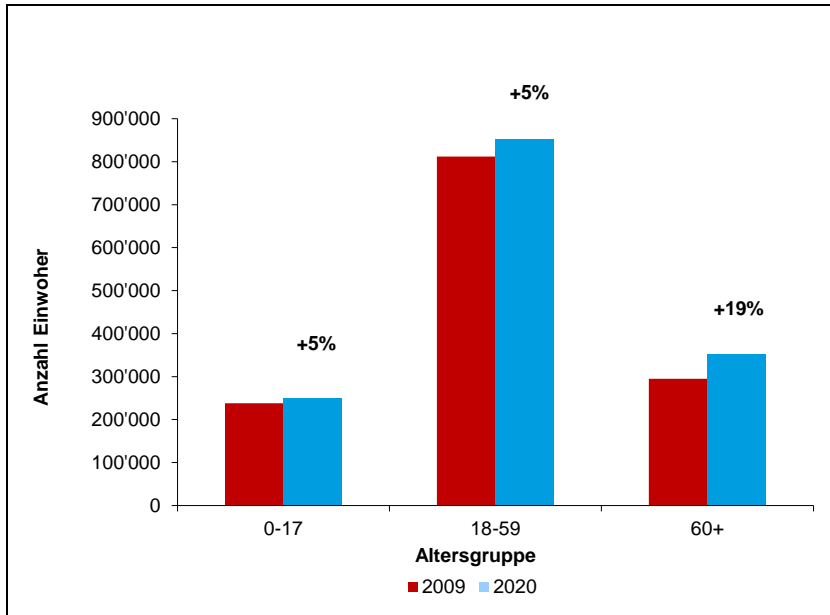
Abbildung 8: Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2000-2020



In Abbildung 9 ist die Prognose der Zürcher Wohnbevölkerung nach Altersgruppen gegliedert dargestellt. Gemäss den statistischen Berechnungen ist vor allem eine deutliche Zunahme von älteren Einwohnern zu erwarten. Die Altersgruppe der über 60-Jährigen wird in den nächsten Jahren mit 19 Prozent überdurchschnittlich wachsen.

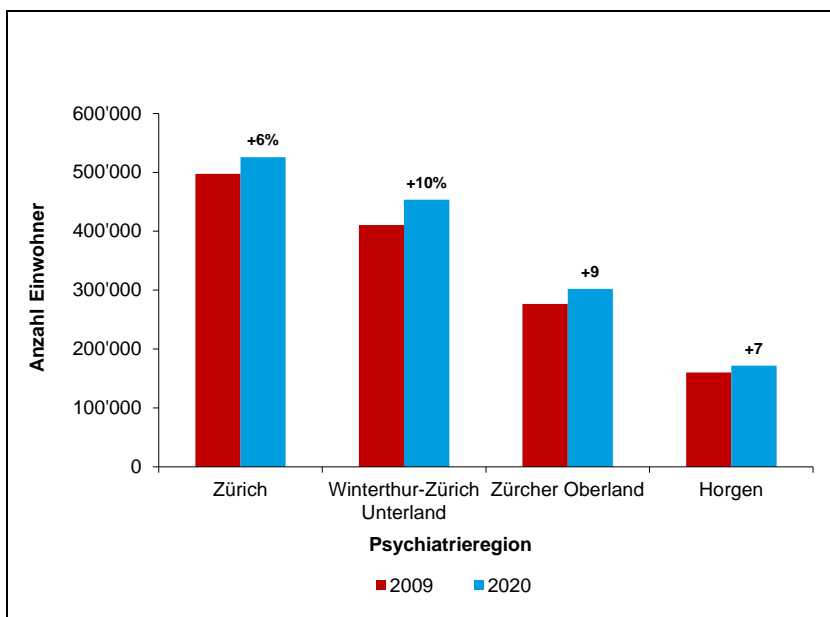
⁶ <http://www.gd.zh.ch/psych2012>

Abbildung 9: Bevölkerungsprognose im Kanton Zürich 2009-2020 nach Altersgruppe



Wie Abbildung 10 zeigt, unterscheidet sich die Bevölkerungsprognose in regionaler Hinsicht nur in geringem Masse. Während für die Psychiatrieregionen (Stadt) Zürich und Horgen eher ein schwaches Wachstum prognostiziert wird, wird für das Zürcher Unterland und Oberland eine leicht höhere Wachstumsrate erwartet:

Abbildung 10: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2009-2020 nach Region



Einflussfaktor Inanspruchnahme inkl. Substitution

Für die Bestimmung der Entwicklung der Inanspruchnahme wurde ein externes Experten-gutachten in Auftrag gegeben. Der Auftrag umfasste auch die potentielle Substitution von stationären Aufenthalten durch ambulante Behandlungen. Ebenso wurde der Einfluss des Substitutionspotentials auf die mittlere Aufenthaltsdauer von diesem Expertengremium prognostiziert.

Das beauftragte Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) führte zu einer strukturierten schriftlichen Expertenbefragung hinsichtlich der zu erwartenden Veränderungen von Hospitalisationsraten aufgrund der veränderten Inanspruchnahme durch. Zum anderen wurde eine breite Literaturrecherche in Datenbanken zu wissenschaftlichen Publikationen vorgenommen. Die Befragung wie auch die Literaturrecherche umfassten auch das potentielle Substitutionspotential von stationären psychiatrischen Leistungen durch ambulante und dessen Einfluss auf die psychiatrische Inanspruchnahme. Die befragten Experten stellten ihre Angaben zur Prognose auf die ICD-Hauptdiagnose ab, hatten jedoch auch die Möglichkeit zur zukünftigen Entwicklung der Alters- und Geschlechterverteilung Stellung zu nehmen.

Einflussfaktor Ökonomie

In Zukunft wird die Leistungsvergütung auch für den Versorgungsbereich Psychiatrie auf der Basis schweizweit einheitlicher leistungsbezogener Tarifstrukturen erfolgen. Derzeit ist die konkrete Ausgestaltung der künftigen Tarifstrukturen noch offen. Die Inkraftsetzung erfolgt jedoch voraussichtlich spätestens per 2015.

Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass die künftigen Tarifstrukturen finanzielle Anreize beinhalten werden, die frühere Austritte begünstigen und damit zu einer Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern führen. Da früh austretende Patienten oftmals ambulante oder teilstationäre Nachsorge in Anspruch nehmen werden, wird es damit zu einer weiteren Verlagerung vom stationären zum ambulanten oder teilstationären Leistungsbereich kommen.

3.5. Methodik Langlieger und forensische Psychiatrie

Aufgrund der spezifischen Charakteristika von Langliegern und forensisch-psychiatrischer Patienten hat die Gesundheitsdirektion diese beiden Spezialbereiche gesondert analysiert und geplant.

Methodik Langlieger

Wie bereits erwähnt, werden so genannte «Langlieger» als Fälle definiert, die länger als ein Jahr stationär psychiatrisch behandelt worden sind. Die Hauptanalyse des vorliegenden Versorgungsberichtes Psychiatrie beruht auf einer Austrittsstatistik. Diese ist zur Darstellung der Langlieger aus verschiedenen Gründen ungeeignet: Erstens sind die meisten dieser Fälle im Referenzjahr 2009 nicht ausgetreten. Zweitens werden in der Austrittsstatistik

alle Pflgetage einer Hospitalisation zum Jahr des Austrittes gezählt. Damit würden sich hinsichtlich der Bedarfsdaten der Langlieger erhebliche Verzerrungen ergeben. So würde der allgemeine Rückgang der Fälle von Langliegern - der mit einer Häufung von Langlieger-Austritten verbunden ist - in der Austrittsstatistik eine scheinbare Zunahme der für Langlieger erbrachten Pflgetage ausweisen. Drittens würde über die letzten Jahre hinweg betrachtet eine massive Verkürzung der gesamthaften mittleren Aufenthaltsdauer resultieren, die, würde sie als Trend angesehen und fortgeschrieben, zu nicht realitätsgerechten Annahmen führen würde.

Der Rückgang der beanspruchten psychiatrischen Leistungen und die starke Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauern von Langliegern in den letzten Jahren sind auf eine adaptierte Versorgung von chronisch psychisch erkrankten Patienten bzw. deren Unterbringung in Wohn- und Pflegeinstitutionen der Langzeitpflege zurückzuführen. Diese ist bereits weitgehend umgesetzt worden.

Um Verzerrungen zu vermeiden und den Veränderungen im Bereich der Langlieger gerecht zu werden, werden Langlieger-Patienten in der Hauptbedarfsanalyse respektive -prognose nicht berücksichtigt. Dieser Bereich wird separat analysiert und geplant (vgl. Kapitel 9.1).

Dabei werden zunächst die Leistungsbereiche identifiziert, in welchen aktuell noch in einem relevanten Mass Langlieger zu verzeichnen sind. Anschliessend wird beurteilt, ob es sich um grundsätzlich der (Akut-)Psychiatrie zugehörige Leistungen handelt. Danach wird in einer kapazitätsorientierten Vorgehensweise festgelegt, ob es in bestimmten Bereichen allfällig spezifische Wirkfaktoren gibt, die den zukünftigen Bedarf beeinflussen.

Methodik forensische Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie muss wegen divergierender gesetzlicher und fachlicher Rahmenbedingungen aufgeteilt werden in den Erwachsenen- und den Kinder- und Jugendbereich. Aufgrund der Einbettung der forensischen Psychiatrie in den Justizvollzug ist die Entwicklung des Leistungsbedarfes grundsätzlich anderen Einflüssen unterworfen als in anderen Versorgungsbereichen. So haben hier Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen ungleich höhere Auswirkungen, während Faktoren wie Inanspruchnahme oder ökonomische Veränderungen vergleichsweise unbedeutend sind.

Aus den genannten Gründen erfolgt die Planung der forensischen Psychiatrie grundsätzlich kapazitätsorientiert. Dabei wird die bisherige Auslastung der bestehenden Kapazitäten untersucht. Allfällig zu erwartende oder aus medizinisch-qualitativen Gründen erwünschte Veränderungen werden gemeinsam mit forensisch-medizinischen und juristischen Experten geprüft. Daraus wird schliesslich der zukünftige Kapazitätsbedarf eingeschätzt (vgl. Kapitel 9.2).

4 Koordination mit anderen Kantonen

Gemäss Art. 58a der KVV haben die kantonalen Spitalplanungen die Versorgung der Einwohner der jeweiligen Kantone sicher zu stellen. Gleichzeitig muss gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG und Art. 58d KVV eine Koordination mit den anderen Kantonen erfolgen. Deshalb fand im Rahmen der Psychiatrieplanung 2012 eine interkantonale Abstimmung mit den Nachbarkantonen statt, und es werden die interkantonalen Patienten-Wanderungsströme ausgewertet (vgl. Kapitel 7). Alle Nachbarkantone wurden einzeln angeschrieben und nach ihren Plänen und Strategien in der Psychiatrieplanung gefragt.

5 Bedarfsanalyse

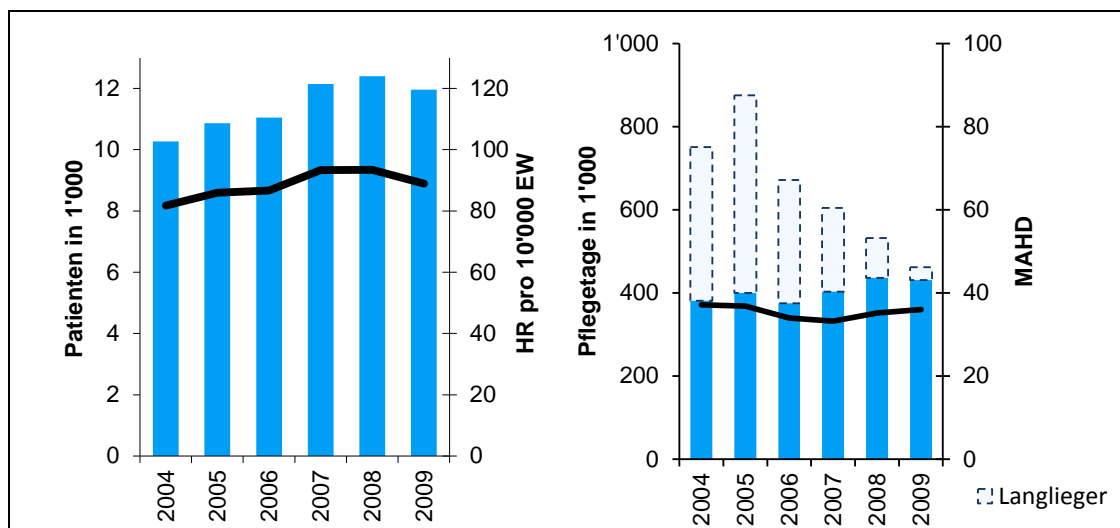
Die Analyse in diesem Kapitel bezieht sich nur auf Fälle, die weniger als ein Jahr lang hospitalisiert waren. Die psychiatrische Inanspruchnahme so genannter «Langlieger», das heisst von Patienten, die länger als ein Jahr in stationärer Behandlung waren, und die Fälle der forensischen Psychiatrie werden separat analysiert und in einem eigenen Kapitel beschrieben (vgl. Kapitel 9.1 und 9.2).

5.1. Bisherige Nachfrageentwicklung

Abbildung 11 links zeigt, dass die Zürcher Wohnbevölkerung im Jahr 2004 10'268 stationäre psychiatrische Klinikaufenthalte in Anspruch genommen hatte. Für das Jahr 2009 waren 11'963 Fälle zu verzeichnen⁷. Diese Fallsteigerung von 16.5 Prozent kann auf verschiedene Einflüsse zurückgeführt werden:

- Die Wohnbevölkerung des Kantons Zürich ist zwischen 2004 und 2009 um 7.1 Prozent gewachsen.
- Die Hospitalisationsrate (HR), das heisst die Anzahl Hospitalisationen pro 10'000 Kantoneinwohner, stieg in diesem Zeitraum um 8.8 Prozent von 82 auf 89.

Abbildung 11: Entwicklung der Patientenzahl und Pflegetage 2004-2009

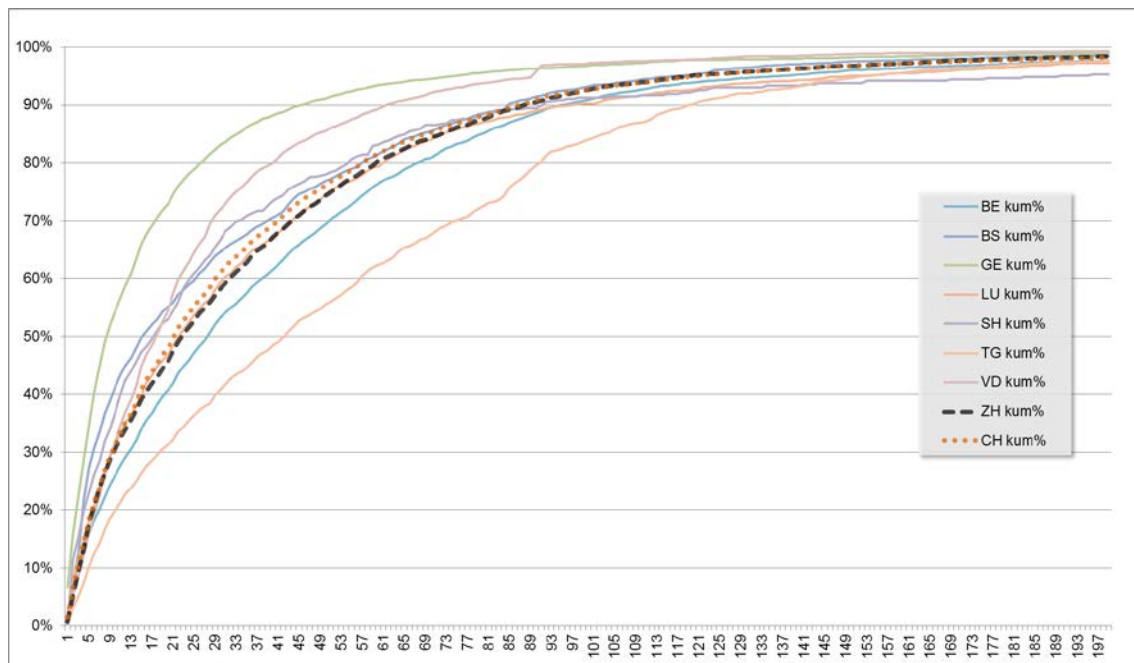


In Abbildung 11 rechts ist ersichtlich, dass im selben Zeitraum die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) von 37.2 auf 36 Tage, gesunken ist. Aus diesem Grund hatte sich die Anzahl Pflegetage trotz der Fallsteigerung nur mässig von 381'540 auf 430'771 erhöht.

⁷ Mehrfacheintritte einer Person pro Jahr werden auch als mehrere Fälle/Patienten gezählt. Die beschriebenen Zahlen beziehen sich daher nicht auf die Anzahl Personen, sondern die Anzahl Aufenthalte der Zürcher Bevölkerung in einer psychiatrischen Klinik.

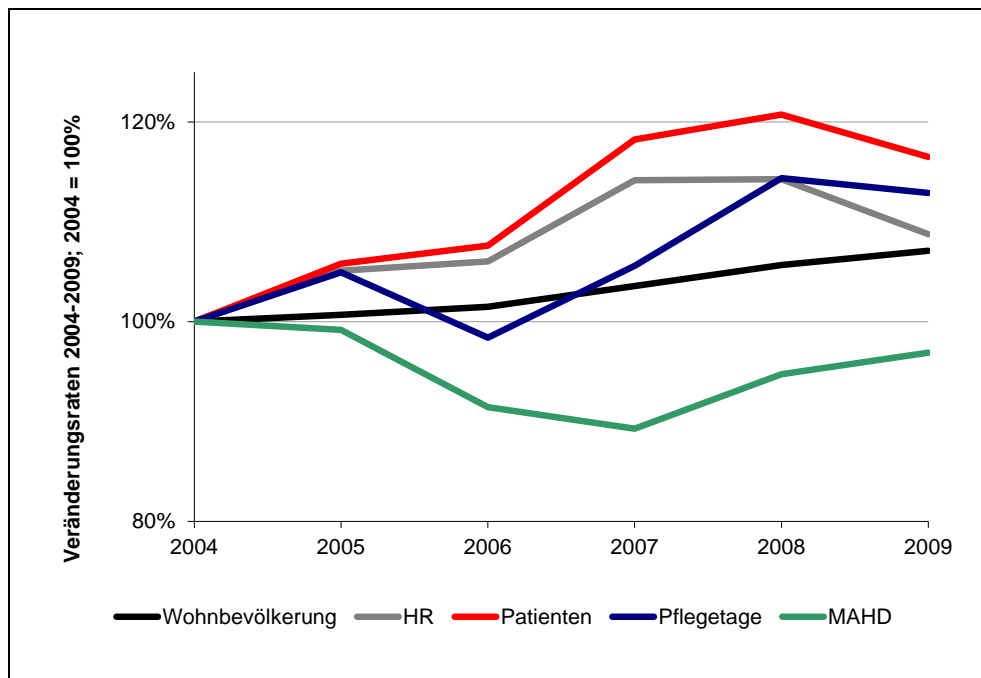
Im gesamtschweizerischen Vergleich weist der Kanton Zürich eher eine überdurchschnittlich hohe Hospitalisationsrate auf. Die mittleren Aufenthaltsdauern liegen im schweizerischen Schnitt (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Stationäre Psychiatrie Schweiz - kumulierte Austritte bei ausgewählten Kantonen



Zusammenfassend kann festgehalten werden (vgl. Abbildung 13): Zwischen 2004 und 2009 nahm trotz der Bevölkerungszunahme (+7.1 Prozent), der Erhöhung der Hospitalisationsrate (+8.8 Prozent) und der Fallsteigerung (+16.5 Prozent) die Anzahl der Pflegetage nur moderat zu (+13 Prozent). Grund dafür ist die gleichzeitige Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer (-3 Prozent).

Abbildung 13: Veränderungsraten 2004-2009 (ohne Langlieger)



5.2. Bedarfsanalyse nach Diagnosehauptgruppe

In Tabelle 2 und Tabelle 3 sind die stationären psychiatrischen Leistungen der Zürcher Wohnbevölkerung im Jahr 2009 nach Hauptdiagnosegruppe und ausgewählten Merkmalen charakterisiert:

Tabelle 2: Patienten nach Hauptdiagnosegruppe 2009 (I)

Hauptdiagnosegruppe	Patienten		Ø - Alter Jahre	Anteil Frauen in %	Notfall in %	HR / 10'000 EW	MAHD in Tg.	Pflegetage	
	abs.	in %						abs.	in %
F0 organische Störungen	873	7%	74	55%	49%	6.5	47.1	41'097	10%
F10 Alkohol	1'882	16%	45	34%	38%	14.0	32.3	60'712	14%
F11-F19 Drogen	1'025	9%	34	31%	28%	7.6	24.2	24'823	6%
F2 Schizophrenie	2'148	18%	42	47%	64%	16.0	39.5	84'918	20%
F3 affektive Störungen	2'920	24%	48	62%	37%	21.7	41.1	120'145	28%
F4 neurotische Störungen	1'551	13%	39	59%	46%	11.5	27.2	42'241	10%
F6 Persönlichkeitsstörungen	964	8%	34	75%	50%	7.2	28.2	27'155	6%
F5,7-9 übrige	600	5%	30	51%	35%	4.5	49.5	29'680	7%
Total	11'963	100%	44	52%	44%	89.0	36.0	430'771	100%

Die Zürcher Bevölkerung beanspruchte im Jahr 2009 insgesamt in 11'963 Fällen einen stationären psychiatrischen Aufenthalt. Mit 24 Prozent waren Behandlungen aufgrund *affektiver Störungen (F3)* am häufigsten. In fast einem Fünftel der Fälle waren Patienten aus der Hauptdiagnosegruppe *F2 Schizophrenie* betroffen. An dritter Stelle stehen mit 16 Prozent psychische *Störungen durch Alkohol (F10)*.

Die Patienten waren im Durchschnitt 44 Jahre alt. Am ältesten waren mit 74 Jahren Patienten des Leistungsbereiches *F0 Organische Störungen*.

Die Geschlechterverteilung war, über alle Leistungsbereiche hinweg betrachtet, in etwa ausgewogen. Sie unterscheidet sich zwischen einzelnen Hauptdiagnosegruppen jedoch merklich: Weibliche Patienten waren in der Hauptdiagnosegruppe *Persönlichkeitsstörungen* mit 75 Prozent deutlich übervertreten. Auch bei stationären Behandlungen von *affektiven* und *neurotischen Störungen* waren fast zwei Drittel weiblichen Geschlechtes. Dagegen nahmen Männer bei *Störungen durch Alkohol* und *Drogen (F10 und F11-F19)* deutlich mehr stationäre psychiatrische Aufenthalte in Anspruch.

In 44 Prozent aller Fälle erfolgte der Eintritt in eine stationäre psychiatrische Einrichtung als Notfall, das heisst unangemeldet und ungeplant. Patienten mit der Hauptdiagnose *Schizophrenie* wurden mit 64 Prozent am häufigsten notfallmässig hospitalisiert. Auch in den Leistungsbereichen *Organische Störungen* und *Persönlichkeitsstörungen* wurden Patienten überdurchschnittlich oft per Notfall eingewiesen.

Insgesamt beanspruchten 89 Personen pro 10'000 Einwohnern des Kanton Zürichs einen stationären psychiatrischen Aufenthalt. Mit 21.7 wies der Leistungsbereich *F3 affektive Störungen* die höchste Hospitalisationsrate auf. Die Hauptdiagnosegruppe *F5, 7-9 übrige* hatte dagegen die niedrigste Rate an psychiatrischen Hospitalisationen (4.5).

Die mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD) war mit 49.5 Tagen in der *Restkategorie F5, 7-9* allerdings am höchsten. Dies ist auf die deutlich längeren Aufenthaltsdauern im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich zurückzuführen. Patienten mit *organischen Störungen* wurden im Vergleich ebenfalls länger stationär behandelt. Mit durchschnittlich 24.2 Tagen waren Patienten aus der Hauptdiagnosegruppe *Störungen durch Drogen* am kürzesten hospitalisiert.

Insgesamt beanspruchte die Zürcher Bevölkerung 430'771 Pfl egetage. Der höchste Anteil, knapp ein Drittel, entfällt dabei auf den Leistungsbereich *affektive Störungen*, gefolgt von den Fällen aus der Hauptdiagnosegruppe *Schizophrenie* und *Störungen durch Alkohol*. Der Anteil an Pfl egetagen der einzelnen Hauptdiagnosegruppen wies also eine analoge Verteilung auf wie die der Patientenzahlen.

Tabelle 3 zeigt, dass über alle Leistungsgruppen hinweg betrachtet die stationären psychiatrischen Aufenthalte zu 95 Prozent über die *obligatorische Krankversicherung* abgerechnet wurden. Jeder zehnte Patient war im Jahr 2009 in der *Liegeklasse halbprivat* oder *privat* hospitalisiert. Dabei wurden Patienten der Hauptdiagnosegruppen *affektive, organische* und *neurotische Störungen* deutlich häufiger in der Liegeklasse halbprivat oder privat behandelt. Mit 5 Prozent war der generelle Anteil Patienten, die in anderen Kantonen behandelt wurden, eher gering. Die höchste Rate wies mit 11 Prozent der Leistungsbereich *F5, 7-9 übrige* auf, die möglicherweise auf knappe Kapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Zürich zurückgeführt werden könnte.

Tabelle 3: Patienten nach Diagnosehauptgruppe 2009 (II)

Hauptdiagnosegruppe	Kostenträger	Liegeklasse	Behandlungsort
	KVG in %	HPP in %	AK in %
F0 organische Störungen	90%	16%	0%
F10 Alkohol	98%	2%	2%
F11-F19 Drogen	95%	2%	3%
F2 Schizophrenie	96%	5%	4%
F3 affektive Störungen	95%	20%	8%
F4 neurotische Störungen	95%	13%	8%
F6 Persönlichkeitsstörungen	96%	6%	6%
F5,7-9 übrige	86%	7%	11%
Total	95%	10%	5%

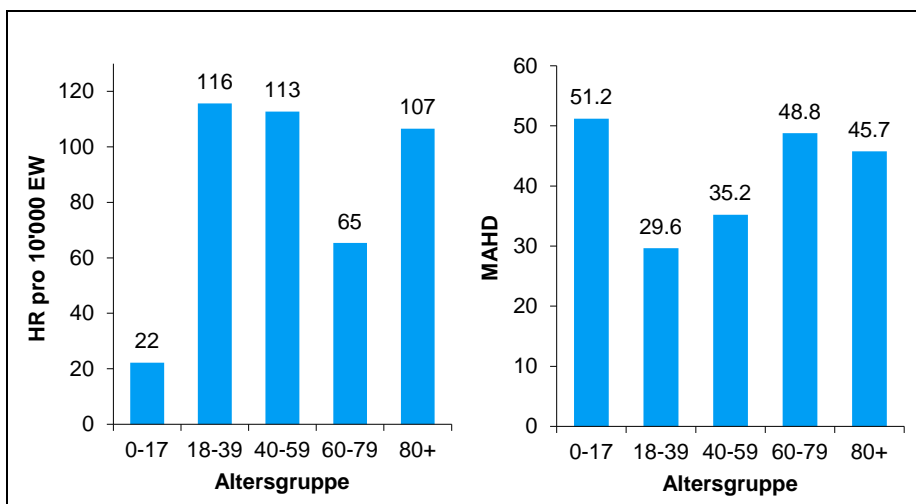
Die Variable Kostenträger gibt den prozentualen Anteil, der durch das KVG finanziert wurde (95%) im Verhältnis zur Gesamtfinanzierung an. Die Gesamtfinanzierung umfasst jedoch auch andere Finanzierungsarten wie beispielsweise IV, MTK oder andere. Diese würden hier demnach 5% ausmachen.

Die Liegeklasse gibt den prozentualen Anteil bezüglich aller hospitalisierten Patienten an, die in halbprivaten oder privaten Abteilungen behandelt worden sind (10%). Der restliche Anteil ist in der allgemeinversicherten Liegeklasse hospitalisiert worden. Diese würden in obigem Fall 90 Prozent aller Fälle ausmachen.

5.3. Bedarfsanalyse nach Altersgruppen

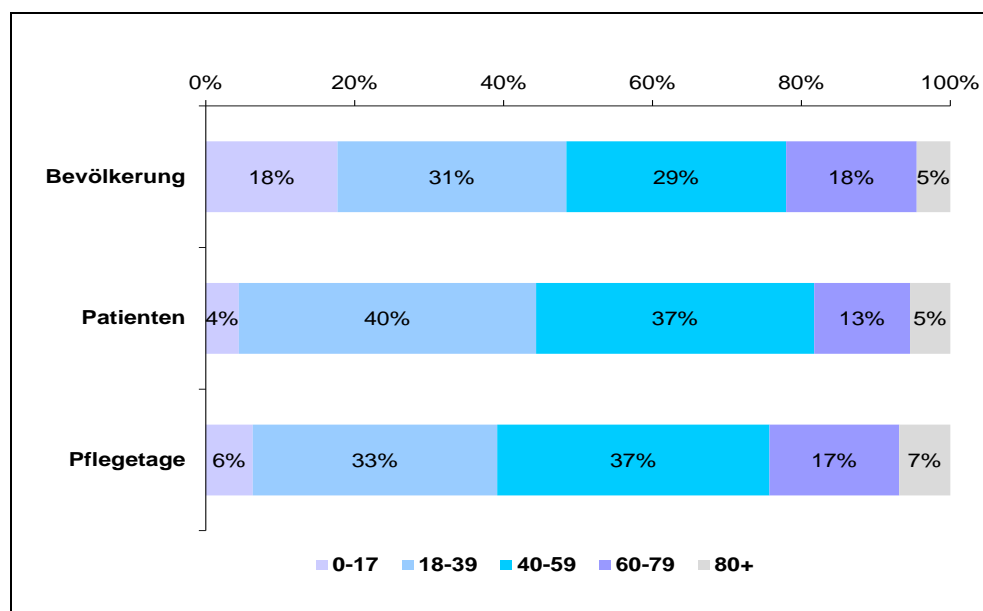
Wie in Abbildung 14 links ersichtlich ist, war die Hospitalisationsrate in den Altersbereichen *18 bis 39* und *40 bis 59* Jahre am höchsten. Mit 116 bzw. 113 Hospitalisationen pro 10'000 Einwohnern war im Jahr 2009 also gut jeder hundertste Kantonseinwohner dieser Altersklasse in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt worden.

Abbildung 14: Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer nach Altersgruppe 2009



Nur unwesentlich weniger Hospitalisationen pro 10'000 Einwohner sind im Altersbereich von *80 Jahren und älter* zu verzeichnen. *Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre* wiesen dagegen eine sehr geringe Hospitalisationsrate auf, aber mit 51.2 Tagen die höchste mittlere Aufenthaltsdauer (vgl. Abbildung 14 rechts). Ältere Patienten verweilten im Schnitt ebenfalls länger in einer stationären psychiatrischen Institution. Obschon die beiden Altersbereiche mit den höchsten Hospitalisationsraten (18-39 und 40-59) auch den höchsten Anteil an Pfl egetagen beanspruchten (33% und 37%), waren diese Patienten deutlich kürzer stationär behandelt worden (MAHD = 29.6 und 35.2).

Abbildung 15: Wohnbevölkerung, Patienten und Pfl egetage nach Altersgruppen 2009



18 Prozent der Bevölkerung sind Personen der Altersgruppe *0 bis 17 Jahre*, aber nur 4 Prozent der Fälle und 6 Prozent der Pfl egetage lagen in diesem Altersbereich (vgl. Abbildung 15). Etwa je ein Drittel der Zürcher Wohnbevölkerung waren 2009 in der Altersgruppe *18 bis 39 Jahre* und *40 bis 59 Jahre*. Diese nahmen mit 33 bzw. 37 Prozent auch die meisten Pfl egetage in Anspruch. Kantonseinwohner im Alter von *60 bis 79 Jahren* hatten bei einem Patientenanteil von 13 Prozent lediglich 17 Prozent der Pfl egetage beansprucht. Patienten, die *80 Jahre oder älter* waren, hatten mit 7 Prozent einen leicht höheren Anteil von Pfl egetagen im Vergleich zum Bevölkerungs- und Patientenanteil von je 5 Prozent.

Unsere Analysen zeigen zudem, dass in den Altersbereichen 60-79 Jahre und 80+ Jahre die Frauen mit 60 bzw. 65 Prozent überrepräsentiert waren. Die anderen Altersbereiche zeigten ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Patienten nach Altersgruppen und ausgewählten Merkmalen

Altersgruppe	Patienten		Ø - Alter	Anteil Frauen	Notfall	Kostenträger	Liegeklasse	Behandlungsort
	abs.	in %	Jahre	in %	in %	KVG in %	HPP in %	AK in %
0-17	530	4%	15	48%	47%	85%	2%	14%
18-39	4'776	40%	30	50%	45%	96%	4%	5%
40-59	4'471	37%	48	50%	43%	96%	11%	6%
60-79	1'539	13%	69	60%	44%	93%	23%	4%
80+	647	5%	85	65%	43%	89%	19%	1%
Total	11'963	100%	44	52%	44%	95%	10%	5%

Die Variable Kostenträger gibt den prozentualen Anteil, der durch das KVG finanziert wurde (95%) im Verhältnis zur Gesamtfinanzierung an. Die Gesamtfinanzierung umfasst jedoch auch andere Finanzierungsarten wie beispielsweise IV, MTK oder andere. Diese würden hier demnach 5% ausmachen.

Die Liegeklasse gibt den prozentualen Anteil bezüglich aller hospitalisierten Patienten an, die in halbprivaten oder privaten Abteilungen behandelt worden sind (10%). Der restliche Anteil ist in der allgemeinversicherten Liegeklasse hospitalisiert worden. Diese würden in obigem Fall 90 Prozent aller Fälle ausmachen.

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil Patienten, die sich privat oder halbprivat behandeln liessen. Knapp ein Viertel der Patienten im Alter von *60 bis 79 Jahre* und etwa ein Fünftel, die *älter als 80 Jahre* alt waren, waren in der zusatzversicherten Liegeklasse hospitalisiert, während der Anteil bei den *Kindern und Jugendlichen* gerade 2 Prozent betrug.

Durchschnittlich traten 44 Prozent der Patienten notfallmässig in eine psychiatrische Klinik ein; wobei sich zwischen den Altersklassen kein nennenswerter Unterschied zeigt.

Die Anzahl Patienten, die ausserkantonale behandelt wurden, nahm mit zunehmendem Alter ab. Konnten im Altersbereich der *bis 17-Jährigen* doch 14 Prozent ausserkantonale Behandlungen ausgemacht werden, machten diese bei den Patienten, die *80 und älter* sind, nur gerade ein Prozent aus. Der hohe Anteil ausserkantonaler Behandlungen von Kindern und Jugendlichen ist jedoch auch möglicherweise auf eine zu knappe Aufnahmefähigkeit im Kanton Zürich zurückzuführen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Personen zwischen 18 und 59 Jahren den grössten Anteil der psychiatrisch behandelten Patienten ausmachten, die höchste Hospitalisationsrate aufwiesen und auch die meisten Pflgetage beanspruchten. Sie wurden aber im Schnitt deutlich kürzer stationär behandelt. Patienten der zusatzversicherten Liegeklasse sind in der Regel älter als 60 Jahre. Ausserkantonale Behandlungen nehmen dagegen mit zunehmendem Alter ab.

5.4. Bedarfsanalyse nach Wohnregion

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der stationären Psychiatrieaufenthalte der Zürcher Bevölkerung im Jahre 2009 nach Psychiatrieregionen beschrieben und in Bezug zum regionalen Anteil der Zürcher Wohnbevölkerung insgesamt betrachtet. Analysiert werden auch ausgewählte Merkmale in Bezug zur Psychiatrieregion.

Der Kanton Zürich ist in vier Psychiatrieregionen unterteilt: *Zürich*, *Winterthur-Zürcher Unterland*⁸, *Zürcher Oberland* und *Horgen*.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich die Analyseperspektive auf die Wohnbevölkerung und nicht auf die Zürcher Psychiatrieeinrichtungen bezieht. Wenn im Folgenden beispielsweise Aussagen zu der Wohnregion *Horgen* gemacht werden, so sind die Patienten mit Wohnsitz in der Region *Horgen* gemeint – unabhängig von der Institution in der sie sich behandeln liessen.

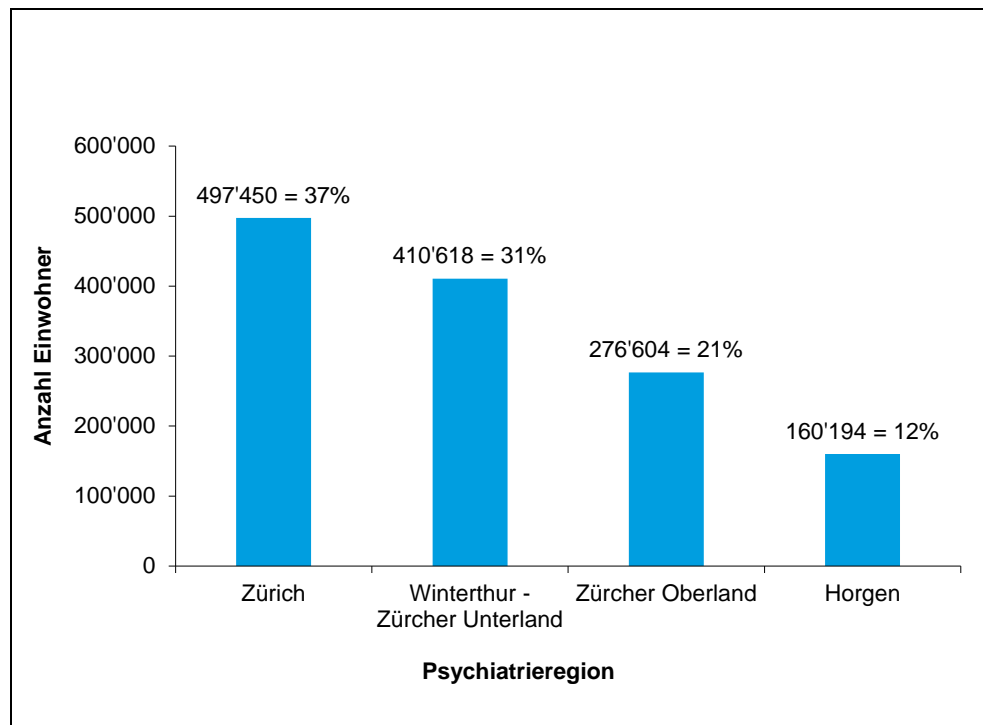
Tabelle 5: Patienten nach Wohnregion und ausgewählten Merkmalen (I)

Psychiatrieregion	Patienten		Ø - Alter Jahre	Anteil Frauen in %	Notfall in %	HR / 10'000 EW	MAHD in Tg.	Pflegetage	
	abs.	in %						abs.	in %
Zürich	4'633	39%	45	49%	47%	93.1	37.5	173'598	40%
Winterthur-Zürcher Unterland	3'489	29%	43	52%	42%	85.0	34.6	120'553	28%
Zürcher Oberland	2'332	19%	43	54%	39%	84.3	35.3	82'275	19%
Horgen	1'509	13%	44	54%	49%	94.2	36.0	54'345	13%
Total	11'963	100%	44	52%	44%	89.0	36.0	430'771	100%

Von allen stationär behandelten Patienten im Kanton Zürich stammten 39 Prozent aus der Psychiatrieregion *Zürich* (vgl. Tabelle 5). Dies entspricht in etwa dem Verhältnis der Bevölkerung im Kanton (vgl. Abbildung 16). Diese Region wies mit 93.1 Hospitalisationen pro 10'000 Einwohnern auch eine der höchsten Raten auf und beanspruchte 40 Prozent aller Pflegetage. Patienten dieser Regionen wurden zu 47 Prozent als Notfall in eine Klinik eingewiesen. Die mittlere Aufenthaltsdauer fiel trotz hoher Fallzahl und höherer Pflegetage allerdings im Vergleich zu den anderen Psychiatrieregionen nur in geringem Masse höher aus.

⁸ Die Psychiatrieregionen Winterthur und Zürcher Unterland wurden 2009 zur Psychiatrieregion Winterthur-Zürcher Unterland zusammengeschlossen.

Abbildung 16: Wohnbevölkerung nach Psychiatrieregion 2009



Knapp ein Drittel der Fälle und Pflēgetage waren in der Psychiatrieregion *Winterthur-Zürcher Unterland* zu verzeichnen, was genau mit dem Bevölkerungsanteil im Kanton Zürich übereinstimmt. Davon waren 42 Prozent als Notfall in eine psychiatrische stationäre Einrichtung der Region eingewiesen worden. Die Patienten dieser Region hatten aber trotz hoher Fallzahl und Pflēgetage mit 34.6 Tagen die niedrigsten Verweildauern. Die Region Winterthur-Zürcher Unterland wies mit einer Hospitalisationsrate von 85 einen vergleichsweise niedrigen Wert auf.

Jeder fünfte Patient war in der Region *Zürcher Oberland* wohnhaft, was fast genau dem Bevölkerungsanteil von 20.6 Prozent des Kantons Zürich entspricht. Diese Region beanspruchte auch knapp ein Fünftel der gesamten Pflēgetage im Kanton Zürich. Im regionalen Vergleich traten die Patienten aus dieser Region mit nur 39 Prozent am wenigsten oft, als Notfall in eine psychiatrische Klinik ein. Die Region wies mit 84.3 eine eher tiefe Hospitalisationsrate und mit 35.3 Tagen auch eine tiefe mittlere Aufenthaltsdauer aus.

Die Psychiatrieregion *Horgen* wies bei einem Bevölkerungsanteil von 11.9 Prozent mit 13 Prozent die niedrigste Anzahl Patienten auf, hat aber mit 94.2 die höchste Hospitalisationsrate im Kanton Zürich. Patienten dieser Region wurden am häufigsten, fast zur Hälfte, per Notfall hospitalisiert.

Das durchschnittliche Alter war für alle Psychiatrieregionen in etwa gleich. Auch die Geschlechterverteilung variierte nur in geringem Masse.

Tabelle 6: Patienten nach Wohnregion und ausgewählten Merkmalen (II)

Psychiatrieregion	Kostenträger	Liegeklasse	Behandlungsort
	KVG in %	HPP in %	AK in %
Zürich	94%	10%	4%
Winterthur-Zürcher Unterland	94%	8%	7%
Zürcher Oberland	96%	10%	5%
Horgen	98%	13%	5%
Total	95%	10%	5%

Die Variable Kostenträger gibt den prozentualen Anteil, der durch das KVG finanziert wurde (95%) im Verhältnis zur Gesamtfinanzierung an. Die Gesamtfinanzierung umfasst jedoch auch andere Finanzierungsarten wie beispielsweise IV, MTK oder andere. Diese würden hier demnach 5% ausmachen.

Die Liegeklasse gibt den prozentualen Anteil bezüglich aller hospitalisierten Patienten an, die in halbprivaten oder privaten Abteilungen behandelt worden sind (10%). Der restliche Anteil ist in der allgemeinversicherten Liegeklasse hospitalisiert worden. Diese würden in obigem Fall 90 Prozent aller Fälle ausmachen.

In Tabelle 6 ist ersichtlich, dass Patienten aus der Psychiatrieregion *Horgen* mit 13 Prozent am häufigsten zusatzversichert behandelt worden sind. Bewohner der Region Winterthur-Zürcher Unterland wiesen dagegen nur 8 Prozent halbprivate und private Aufenthalte auf.

Im Schnitt liess sich die Zürcher Bevölkerung lediglich zu fünf Prozent ausserkantonale behandeln. Nur die Psychiatrieregion *Winterthur-Zürcher Unterland* wies einen leicht höheren Anteil auf. Dieser lässt sich damit erklären, dass der Kanton Zürich eine Vereinbarung mit dem Psychiatriezentrum Breitenau des Kantons Schaffhausens hat, die Versorgung von Patienten grenznaher Wohnorte zu gewährleisten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Anzahl Fälle und Pflegetage pro Psychiatrieregion ziemlich genau mit dem Bevölkerungsanteil im Kanton Zürich übereinstimmen. Minimale Unterschiede fanden sich hinsichtlich der mittleren Aufenthaltsdauern. Regionale Unterschiede lassen sich vor allem bei der Hospitalisationsrate feststellen; so wiesen *Horgen* und *Zürich* deutlich höhere Raten als die Psychiatrieregionen *Winterthur-Zürcher Unterland* und *Zürcher Oberland*, auf. Die Anzahl Notfalleintritte ist generell eher hoch: Zwei Fünftel bis die Hälfte der Zürcher Patienten wurden als Notfall in eine psychiatrische Klinik eingewiesen.

6 Leistungsangebot 2009

Tabelle 7 zeigt, dass im Jahr 2009 die Zahl der Patienten, die in einer Zürcher psychiatrischen Klinik behandelt wurden, 12'266 betrug. Die meisten Patienten, rund 25 Prozent, wurden in der *Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich* behandelt, etwa ein Fünftel in der *Klinik Schlössli* und je 13 Prozent in der *integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw)* und im *Sanatorium Kilchberg*. An fünfter Stelle steht mit 12 Prozent das *Psychiatriezentrum Hard*⁹.

Der prozentuale Anteil der Pfl egetage bezogen auf die insgesamt 442'933 Psychiatriepfl egetage im Kanton Zürich entspricht in etwa dem prozentualen Anteil der Fallzahlen. Würde man allerdings die Langlieger in die Betrachtung mit einbeziehen, dann käme für das *Psychiatriezentrum Rheinau* etwa ein Drittel der Pfl egetage hinzu. Dies lässt sich durch dessen rehabilitativen Leistungsauftrag erklären, der die Behandlung von chronisch erkrankten Patienten umfasst. Auch die Modellstation SOMOSA hätte eine deutlich höhere Anzahl an Pfl egetagen auszuweisen. Sie betreut Jugendliche mit schweren Adoleszenzstörungen (vgl. Kapitel 9).

Tabelle 7: Psychiatrische Leistungen pro Klinik im Kanton Zürich 2009 (I)

Klinik	Patienten		Ø - Alter Jahre	Anteil Frauen in %	Notfall in %	MAHD Tage	Pfl egetage	
	abs.	in %					abs.	in %
Affoltern	244	2%	39	80%	25%	28.8	7'030	2%
Beth Shalom	50	0%	29	48%	14%	36.5	1'825	0.4%
Forel Klinik	436	4%	45	32%	0%	79.0	34'435	8%
Frankental	157	1%	33	20%	0%	26.0	4'079	1%
Hohenegg	365	3%	51	64%	6%	47.2	17'221	4%
ipw	1'650	13%	44	55%	42%	27.4	45'185	10%
Kilchberg	1'588	13%	47	55%	58%	36.1	57'338	13%
KJPD	157	1%	13	45%	29%	90.6	14'222	3%
PUK	3'125	25%	44	50%	59%	32.1	100'416	23%
PZH	1'475	12%	42	46%	56%	31.3	46'176	10%
PZR	537	4%	42	36%	4%	54.5	29'251	7%
Schlössli	2'302	19%	46	54%	42%	32.9	75'812	17%
SOMOSA	12	0%	17	0%	0%	152.2	1'826	0.4%
Zürichberg	168	1%	48	74%	1%	48.3	8'117	2%
Total	12'266	100%	44	51%	44%	36.1	442'933	100%

⁹ Das Psychiatriezentrum Hard wurde per 1.1.2009 in die ipw integriert und hat im Laufe des Jahres ihre Angebote reduziert. Die Zusammenführung wurde per Ende 2010 abgeschlossen.

Deutliche Unterschiede finden sich in den mittleren Aufenthaltsdauern: Mit 152.2 Tagen hatte die *Modellstation SOMOSA* die längsten Behandlungszeiten. Diese würden noch wesentlich höher ausfallen, würde man die Langlieger-Fälle hinzunehmen (vgl. Kapitel 9). Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst wies mit drei Monaten ebenfalls eine überdurchschnittliche mittlere Aufenthaltsdauer auf. Ebenso hatte die *Forel Klinik* mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 79 Tagen längerdauernde Hospitalisationen. In den Kliniken mit einem akut- und allgemeinspsychiatrischen Leistungsauftrag mit Schwerpunkt allgemeinversicherte Patienten¹⁰ wurden Patienten hingegen im Schnitt drei bis vier Wochen stationär behandelt. Einrichtungen, die auf Drogenentzugs- und -entwöhnungsbehandlung spezialisiert sind, hatten teils noch kürzere Aufenthaltsdauern.

Akut- und allgemeinspsychiatrische Kliniken¹¹ hatten im Vergleich zu den anderen psychiatrischen Einrichtungen eine deutlich höhere Anzahl von Notfalleintritten zu verzeichnen. Die *Forel Klinik*, die *Suchtbehandlung Frankental* und die *Modellstation SOMOSA* hatten indes nur geplante Eintritte.

Das *durchschnittliche Alter* variierte dem Leistungsauftrag entsprechend. So behandelten Kliniken, die den kinder- jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich abdecken, deutlich jüngere Patienten (KJPD, SOMOSA). Ebenso wiesen psychiatrische Institutionen, deren Kernkompetenz Drogenentzugsbehandlungen sind, etwas jüngere Patienten als der kantonweite Durchschnitt auf (Frankental, Beth Shalom). Dagegen hatten psychiatrische Kliniken, die nur oder vorwiegend privat- und halbprivat versicherte Patienten betreuten, ein leicht höheres Durchschnittsalter (Privatklinik Hohenegg, Klinik am Zürichberg).

Bezüglich der Geschlechterverteilung kann ebenfalls festgestellt werden, dass diese mit dem Leistungsauftrag oder dem Behandlungsschwerpunkt der Kliniken korrespondierte. So betreibt der *Psychiatriestützpunkt Affoltern* eine Mutter-Kind-Abteilung, die den hohen Anteil von 80 Prozent Frauen in dieser Einrichtung erklärt.

Psychiatrische Kliniken mit einem Leistungsauftrag zur *Alkohol- oder Drogenbehandlung* hatten entsprechend auch einen deutlich höheren Männeranteil. Die *Modellstation SOMOSA* nimmt nur männliche Jugendliche auf.

¹⁰ Die so genannten Zürcher Stammkliniken: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, integrierte Psychiatrie Winterthur, Psychiatrie Zentrum Hard, Clieai Schössli AG; Sanatorium Kilchberg

¹¹ dito Fussnote 10

Tabelle 8: Psychiatrische Leistungen pro Klinik im Kanton Zürich 2009 (II)

Klinik	Kostenträger	Liegeklasse	Behandlungsort
	KVG in %	HPP in %	AK in %
Affoltern	80%	10%	20%
Beth Shalom	72%	0%	32%
Forel Klinik	72%	2%	26%
Frankental	97%	0%	0%
Hohenegg	69%	100%	43%
ipw	92%	5%	2%
Kilchberg	90%	19%	9%
KJPD	75%	0%	1%
PUK	88%	6%	5%
PZH	89%	4%	5%
PZR	91%	0%	3%
Schlössli	92%	13%	7%
SOMOSA	92%	0%	8%
Zürichberg	90%	43%	14%
Total	88%	11%	8%

Insgesamt wurden 88 Prozent der Fälle über den *Kostenträger KVG* abgerechnet (vgl. Tabelle 8). Dabei wies die Klinik Hohenegg mit 69 Prozent den tiefsten Anteil auf. In den Institutionen, die keine staatlichen Beiträge erhalten, nahmen deutlich mehr Patienten eine Behandlung mit Zusatzversicherung in Anspruch. Bei der Klinik Hohenegg, die nur auf der Spitalliste B¹² figuriert, waren demgemäss alle Patienten in der *Liegeklasse halbprivat oder privat* hospitalisiert. In der Klinik am Zürichberg, die zwar auf der Spitalliste A gelistet ist, aber keine staatlichen Subventionen erhält, betrug dieser Anteil 43 Prozent.

Das Merkmal *Behandlungsort* informiert zum Anteil Patienten, die aus anderen Kantonen (AK) und dem Ausland kommen. Zum einen hatten spezialisierte psychiatrische Kliniken wie der Psychiatriestützpunkt Affoltern (Mutter-Kind-Station), das Beth Shalom (Drogenentzugsbehandlungen) oder die Forel Klinik (Alkoholbehandlungen) einen hohen Anteil an ausserkantonalen Patienten. Zum anderen behandelten nicht-subventionierte psychiatrische Kliniken, wie die Klinik Hohenegg und die Klinik am Zürichberg, deutlich mehr Patienten, die nicht aus dem Kanton Zürich stammten. Die Grenznahe zu anderen Kantonen hatte auch einen Einfluss auf den Anteil der ausserkantonalen Aufenthalte; so war in der Forel Klinik, im Beth Shalom und im Psychiatriestützpunkt Affoltern ein relativ hoher Anteil von Patienten aus dem Nachbarkanton Thurgau bzw. Aargau hospitalisiert.

¹² B-Listenspitäler haben (soweit keine ausserkantonalen Leistungsaufträge bestehen) keine Berechtigung Patienten, die ausschliesslich grundversichert sind, zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abzurechnen.

Die Bedeutung der einzelnen Leistungsbereiche einer psychiatrischen Klinik im Kanton Zürich lässt sich am Marktanteil¹³ stationärer Patienten erkennen (vgl. Tabelle 9).

Die fünf Zürcher Stammkliniken - *Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*, das *Sanatorium Kilchberg*, die *Klinik Schlössli*, die *ipw* und das *Psychiatriezentrum Hard* - deckten den grössten Teil der psychiatrischen Versorgung des Kantons Zürich ab. Der Marktanteil reicht von 25 bis 12 Prozent. Diese wiesen auch ein breites Leistungsspektrum auf. Spezialisierte Einrichtungen zur Drogen- oder Alkoholentzugs- und -entwöhnungsbehandlung hatten ebenfalls einen hohen Marktanteil (*Psychiatriezentrum Rheinau*, *Forel Klinik* und *Frankental*). Der *Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst* konnte im Leistungsbereich «F5, 7-9 übrige», der Störungen des Kindes- und Jugendalters umfasst, einen Marktanteil von 15 Prozent erzielen.

Tabelle 9: Marktanteil Patienten der Kliniken nach Leistungsbereichen

	F0	F10	F11-19	F2	F3	F4	F6	F5,7-9 übrige	Total
Affoltern	0%	1%	1%	1%	2%	4%	2%	4%	2%
Beth Shalom	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0.4%
Forel Klinik	0%	22%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%
Frankental	0%	2%	12%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Hohenegg	0%	0%	0%	0%	7%	7%	2%	1%	3%
ipw	21%	8%	7%	10%	13%	19%	20%	20%	13%
Kilchberg	15%	9%	9%	12%	18%	11%	12%	10%	13%
KJPD	0%	0%	0%	0%	1%	2%	0%	15%	1%
PUK	24%	16%	25%	37%	22%	26%	30%	23%	25%
PZH	11%	10%	22%	14%	7%	17%	9%	12%	12%
PZR	1%	17%	2%	3%	0%	2%	6%	1%	4%
Schlössli	27%	15%	18%	20%	24%	11%	17%	12%	19%
SOMOSA	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%
Zürichberg	0%	0%	0%	0%	4%	1%	1%	1%	1.0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

¹³ Anzahl Patienten in Prozent, Spaltensumme = 100 Prozent

7 Zu- und Abwanderung

In Kapitel 5 wurde der Bedarf an stationären psychiatrischen Leistungen für das Jahr 2009 dargestellt. Dieser setzt sich aus allen Behandlungen von Zürcher Patienten im Kanton Zürich sowie von Zürcher Kantoneinwohnern, die sich ausserkantonale behandeln liessen, zusammen (Abwanderer). Demgegenüber standen in Kapitel 6 die psychiatrischen Institutionen im Kanton Zürich im Vordergrund und damit die Zürcher, die sich im Kanton Zürich behandeln liessen, sowie die Patienten aus anderen Kantonen (Zuwanderer).

Tabelle 10 zeigt, in welchen Kantonen sich wie viele Zürcher Patienten behandeln liessen und aus welchen Kantonen wie viele ausserkantonale Patienten nach Zürich kamen.

Tabelle 10: Zu- und Abwanderung von Patienten Kanton Zürich 2009

	Zu- wanderung	Ab- wanderung	Netto- wanderung
Aargau	165	105	60
Basel	35	23	12
Bern	42	78	-36
Graubünden	38	45	-7
Schaffhausen	69	25	44
Schwyz	85	0	85
St. Gallen	82	42	40
Thurgau	59	236	-177
Zug	50	35	15
Andere Kantone	194	41	153
Ausland	114	0	114
Total	933	630	303

Angesichts der gesamten Fallzahlen in der stationär-psychiatrischen Versorgung, fallen diese Wanderungen kaum ins Gewicht. Mit anderen Worten: es kann festgehalten werden, dass sich die Zürcher Wohnbevölkerung hauptsächlich im Kanton Zürich psychiatrisch behandeln liess. Nur 630 Zürcher Patienten waren in anderen Kantonen hospitalisiert worden. Das entspricht 5.3 Prozent der gesamthaften psychiatrischen Inanspruchnahme. Die Zürcher Psychiatriepatienten gehen für ausserkantonale Behandlungen am häufigsten in den Kanton Thurgau (Nettoabwanderung um -177).

Im Jahr 2009 betrug die Patientenzahl der Zuwanderer an den psychiatrischen Institutionen im Kanton Zürich 933. Das entspricht 7.8 Prozent aller in Zürich behandelten Patienten. Die Zuwanderer wohnen hauptsächlich in den angrenzenden Kantonen Aargau, Schwyz und St. Gallen. Rund 114 Patienten hatten einen Wohnsitz im Ausland.

Tabelle 11: Nettowanderung von Patienten Kanton Zürich nach Leistungsbereichen 2009

	F0	F10	F11-19	F2	F3	F4	F6	F5,7-9 übrige	Nettowanderung
Aargau	3	12	0	13	-1	29	3	1	60
Bern	0	-6	-1	-7	-15	-1	-4	-2	-36
Basel	0	16	1	-3	-7	6	-1	0	12
Graubünden	-1	-6	0	-6	13	3	-3	-7	-7
St. Gallen	4	9	3	-7	33	12	0	-14	40
Schaffhausen	1	15	17	-4	7	5	2	1	44
Schwyz	5	14	1	12	29	20	2	2	85
Thurgau	-1	13	-3	-7	-68	-76	-15	-20	-177
Zug	1	4	3	-1	5	7	-4	0	15
Andere Kanton	5	24	0	24	57	28	10	5	153
Ausland	4	11	4	44	21	24	4	2	114
Total	21	106	25	58	74	57	-6	-32	303

Erklärung: Eine Minus-Zahl bedeutet eine Abwanderung von Zürcher Patienten in andere Kantone oder ins Ausland. Eine Plus-Zahl eine Zuwanderung von Patienten aus anderen Kantonen oder aus dem Ausland in den Kanton Zürich. Die Nettowanderung errechnet sich aus der Zuwanderung minus der Abwanderung.

Die Nettowanderung umfasste über alle Leistungsbereiche hinweg +303 Patienten, was lediglich +2.5 Prozent der Fälle entspricht (vgl. Tabelle 11). Ohne ausländische Patienten beträgt diese noch +1.6 Prozent. Patienten aus den Hauptdiagnosegruppen *affektive und neurotische Störungen* liessen sich überdurchschnittlich oft im Kanton Thurgau behandeln. Dies kann mit dem breit ausgebauten Angebot der Clenia Privatlinik Littenheid für diese Störungsgruppe erklärt werden. Weiter haben vor allem Patienten mit Störungen aus dem kinder- jugendpsychiatrischen Bereich (*F5, 7-9 übrige*) ausserkantonale psychiatrische Aufenthalte in Anspruch genommen. Dies ist auf die knappen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten im Kanton Zürich zurückzuführen.

Der Leistungsbereich *Störungen durch Alkohol* hatte mit rund einem Drittel (106 Fälle) den höchsten Anteil an Nettozuwanderung zu verzeichnen. Dies ist vermutlich durch den grenznahen Standort der auf Alkoholentwöhnungsbehandlungen spezialisierten Forel Klinik zum Kanton St. Gallen bedingt.

8 Bedarfsprognose bis 2020

Nachfolgend wird der Einfluss der verschiedenen Faktoren auf den Leistungsbedarf bis 2020 im Einzelnen dargestellt. Dies dient lediglich der Veranschaulichung der Effekte, die aufgrund dieser Einflussfaktoren erwartet werden können. Die gesamte Bedarfsprognose bestimmt schliesslich die Anzahl prognostizierter Fälle und Pflergetage nach Berücksichtigung aller erwarteten Entwicklungen.

Entwicklung der Inanspruchnahme inkl. Substitution

Der Einflussfaktor «Inanspruchnahme» wurde hauptsächlich durch eine Expertenbefragung bestimmt. Die Experten wurden nach ihrer Einschätzung befragt, wie sich die Inanspruchnahme bis zum Jahr 2020 pro ICD-Hauptdiagnosegruppe verändern werde. Diese Einschätzung umfasste auch die erwartete Substitution von stationären Aufenthalten durch ambulante Behandlungen. In Tabelle 12 sind die prognostizierten Veränderungen der Hospitalisationsrate pro Hauptdiagnosegruppe und deren potentielle Auswirkungen auf die Anzahl Fälle dargestellt:

Tabelle 12: Prognose der Veränderung durch Entwicklung der Inanspruchnahme

Diagnosehauptgruppe	Fälle 2009	Prognosefaktor Inanspruchnahme	Veränderung Fälle Inanspruchnahme
F0 organische Störungen	873	+4.91%	43
F10 Alkohol	1'882	+5.53%	104
F11-F19 Drogen	1'025	-1.48%	-15
F2 Schizophrenie	2'148	-4.27%	-92
F3 affektive Störungen	2'920	+11.85%	346
F4 neurotische Störungen	1'551	-4.16%	-65
F6 Persönlichkeitsstörungen	964	+7.09%	68
F5,7-9 übrige Störungen	600	+12.52%	75
Total	11'963	3.89%	465

Die Experten gingen davon aus, dass die stationäre psychiatrische Inanspruchnahme vorwiegend für Patienten aus den Hauptdiagnosegruppen *F5, F7-F9 übrige Störungen* (+12.52%) und *F3 affektive Störungen* (+11.85%) überdurchschnittlich zunehmen wird.

Das höchste Wachstum wurde in der Hauptdiagnosegruppe *F5, F7-F9 übrige Störungen* erwartet. Die Experten begründeten dies damit, dass hier vorwiegend Kinder und Jugendliche betroffen sind und für diesen Bereich von einer bisherigen Unterversorgung ausgegangen werden müsse. Von den Experten wurde des Weiteren auf eine steigende migrationsbedingte Problematik für diese Altersgruppe hingewiesen.

Die prognostizierte Zunahme bei *affektiven Störungen* begründeten die Experten mit einer weiter fortschreitende Ent-Stigmatisierung sowie einer sinkende Schwelle bei der Behandlung von Depressionen.

Die zukünftigen Hospitalisationsraten der Diagnosegruppen *F11-F19 Störungen durch Drogen*, *F2 Schizophrenie* und *F4 neurotische Störungen* wurden dagegen als abnehmend eingeschätzt. Begründet wurde dies damit, dass der Ausbau von tagesklinischen Drogenentzügen, intensives Case Management bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und gut ambulant zu behandelnde Erkrankungen wie Angststörungen zu einer Abnahme von stationären Aufenthalten führen werden.

Betrachtet man nur den Einfluss des Faktors «Inanspruchnahme» unter Berücksichtigung des Substitutionspotentials auf die Entwicklung der Patientenzahl, kann man bis 2020 mit einer gesamthaften Zunahme von 3.89 Prozent rechnen.

Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung wirkt sich nicht nur durch eine Zunahme der Bevölkerung, sondern auch durch eine zunehmende Alterung der Zürcher Bevölkerung auf den zukünftigen psychiatrischen Leistungsbedarf aus (vgl. Kapitel 3.4). Deshalb hat die demografische Entwicklung vor allem einen Einfluss auf Leistungsbereiche mit vorwiegend älteren Patienten wie *F0 Organische Störungen* (vgl. Tabelle 13). Wenn alleinig der Faktor «Demografie» berücksichtigt würde, müsste man in dieser Diagnosegruppe mit rund 17 Prozent mehr Fällen rechnen. Bezogen auf die Gesamtanzahl der Patienten, müsste man von einer Zunahme von etwa 7.5 Prozent ausgehen.

Tabelle 13: Prognose der Veränderung durch Entwicklung Demografie

Diagnosehauptgruppe	Fälle 2009	Prognosefaktor Demografie	Veränderung Fälle Demografie
F0 organische Störungen	873	17.01%	149
F10 Alkohol	1'882	6.91%	130
F11-F19 Drogen	1'025	5.69%	58
F2 Schizophrenie	2'148	6.68%	143
F3 affektive Störungen	2'920	7.89%	230
F4 neurotische Störungen	1'551	6.31%	98
F6 Persönlichkeitsstörungen	964	4.85%	47
F5,7-9 übrige Störungen	600	6.53%	39
Total	11'963	7.48%	894

Ökonomische Einflussfaktoren und Substitution

Auf die zukünftige mittlere Aufenthaltsdauer wirken sich zum einen die erwarteten Veränderungen durch veränderte ökonomische Faktoren und zum anderen die Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen aus.

Tabelle 14: Prognose MAHD durch Entwicklung Ökonomie und Substitution

Diagnosehauptgruppe	MAHD 2009 in Tg.	Prognose- faktor Substitution	Prognose- faktor Ökonomie	Prognose- faktoren Total	MAHD 2020 in Tg.
F0 organische Störungen	47.08	-25.00%	-2.625%	-27.625%	34.07
F10 Alkohol	32.26	-9.00%	-2.625%	-11.625%	28.51
F11-F19 Drogen	24.22	-11.00%	-2.625%	-13.625%	20.92
F2 Schizophrenie	39.53	-24.00%	-2.625%	-26.625%	29.01
F3 affektive Störungen	41.15	-9.00%	-2.625%	-11.625%	36.36
F4 neurotische Störungen	27.23	-14.00%	-2.625%	-16.625%	22.71
F6 Persönlichkeitsstörungen	28.17	-7.00%	-2.625%	-9.625%	25.46
F5,7-9 übrige Störungen	49.47	-3.00%	-2.625%	-5.625%	46.68
Total	36.00		-2.625%		30.69

Hinsichtlich des Einflusses des ökonomischen Faktors wird über alle Leistungsgruppen hinweg eine Abnahme der mittleren Aufenthaltsdauer von -2.625 Prozent angenommen (für eine detaillierte Herleitung vgl. Kapitel 10.2). Das Expertengutachten prognostizierte eine generelle Verkürzung der Behandlungsdauern aufgrund von Substitutionsprozessen. Diese differieren jedoch je nach Hauptdiagnosegruppe beträchtlich (vgl. Tabelle 14).

Bei Patienten aus den Hauptdiagnosegruppen *F0 Organische Störungen* (-25%) und *F2 Schizophrenie* (-24%) wird die grösste Reduktion der Aufenthaltsdauern erwartet. Die befragten Experten nahmen an, dass Patienten mit organischen Störungen aufgrund der zunehmenden «Ambulantisierung» und einer besseren Zusammenarbeit mit Pflegeheimen zukünftig zwar vermehrt, aber deutlich kürzer hospitalisiert werden. Bei Patienten mit Erkrankungen aus dem *schizophrenen Formenkreis (F2)* seien stark verkürzte stationäre Interventionen aufgrund der besseren Tragfähigkeit und Vernetzung mit externen Angeboten zu erwarten. Auch bei der *Hauptdiagnosegruppe F4* wie beispielsweise Angsterkrankungen sowie bei *Drogenentzügen und -entwöhnungen (F11-19)* wird erwartet, dass zunehmend ambulante Therapien zur Anwendung kommen und deshalb die stationären Aufenthalte substituiert oder zumindest stark verkürzt werden.

Der prognostizierte Bedarf an psychiatrischen Leistungen für die Zürcher Bevölkerung bis 2020 wird gesamthaft und nach den Merkmalen Hauptdiagnosegruppe, Altersgruppe und Geschlecht betrachtet.

8.1. Übersicht Bedarfsprognose 2020

Tabelle 15 gibt einen Überblick über den prognostizierten Bedarf an stationären psychiatrischen Leistungen bis 2020. Zwischen dem Jahr 2009 und 2020 wird die Bevölkerung des Kantons Zürich um circa 8 Prozent wachsen. Die Hospitalisationsrate auf 10'000 Einwohner wird nur geringfügig von 89 um rund 3 Prozent auf 92 steigen. Obwohl eine Zunahme der Anzahl Fälle von gut 11 Prozent erwartet wird, werden aufgrund der prognostizierten Verringerung der mittleren Aufenthaltsdauer um 14.75 Prozent zukünftig 4.8 Prozent weniger Pflgegetage beansprucht werden.

Tabelle 15: Übersicht Bedarfsprognose 2020

	2009	2020	Δ in %
Bevölkerung	1'344'866	1'453'269	+8.06
Hospitalisationsrate/10'000 EW	89	92	+3.30
Fälle / Anzahl Patienten	11'963	13'361	+11.69
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	36.00	30.69	-14.75
Pflegetage	430'771	410'070	-4.81

8.2. Bedarfsprognose 2020 nach Hauptdiagnosegruppe

Der prognostizierte Bedarf an Pflegetagen bis 2020 ist je nach Hauptdiagnosegruppe sehr unterschiedlich (vgl. Abbildung 17). Während bei der Hauptdiagnosegruppe F2 Schizophrenie fast ein Viertel weniger Pflegetage erwartet werden, wird bei Störungsbildern, die vor allem die Kinder- und Jugendpsychiatrie (F5, 7-9) betreffen, eine deutliche Zunahme um rund 13.5 Prozent angenommen. Auch bei affektiven Störungen (F3) werden zukünftig mehr stationäre psychiatrische Aufenthalte in Anspruch genommen werden (+7.68%). Eine nur geringfügige Zunahme von stationären Interventionen resultiert für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (F6). In den übrigen Hauptdiagnosegruppen ist mit einer Abnahme der Hospitalisationen zu rechnen. Je nach Hauptdiagnosegruppe wird die Entwicklung der Pflegetage von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst.

Abbildung 17: Prognostizierte Veränderung Pflegetage bis 2020 nach Hauptdiagnosegruppe

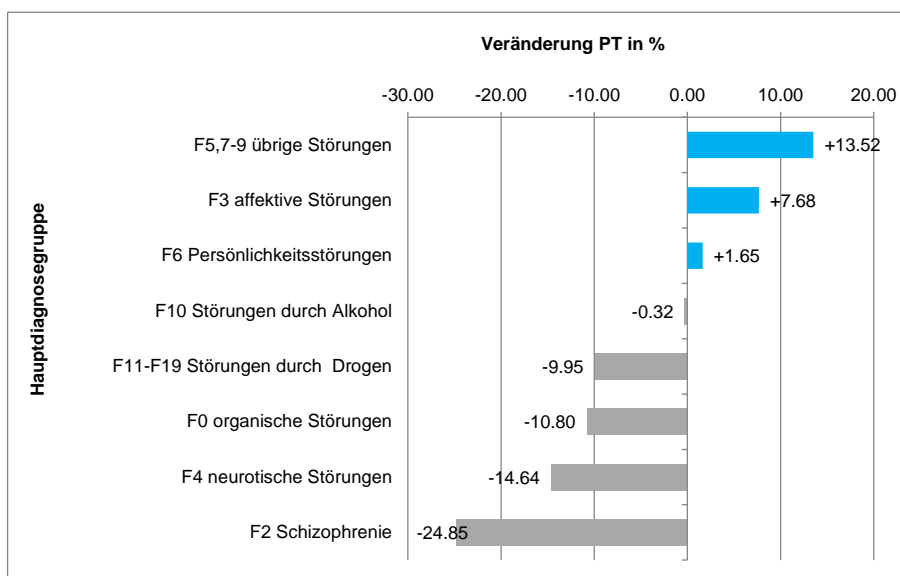


Tabelle 16 zeigt eine Übersicht über die Auswirkungen der Einflussfaktoren Inanspruchnahme, Demografie, Ökonomie und Substitution auf die Anzahl Fälle bzw. die mittleren Aufenthaltsdauern und legt den zukünftigen Bedarf an stationären psychiatrischen Leistungen (Pflegetage) pro Hauptdiagnosegruppe dar. Die einzelnen Einflussfaktoren und deren Effekte auf den Bedarf stationärer psychiatrischer Leistungen sind zu Beginn dieses Kapitels beschrieben.

Tabelle 16: Bedarfsprognose 2020 nach Hauptdiagnosegruppe

Hauptdiagnosegruppe	Fälle 2009	Fälle 2020	Δ Fälle	MAHD 2009	MAHD 2020	Δ MAHD	PT 2009	PT 2020	Δ PT
F0 organische Störungen	873	1'072	22.76%	47.08	34.07	-27.63%	41'097	36'658	-10.80%
F10 Störungen durch Alkohol	1'882	2'123	12.82%	32.26	28.51	-11.63%	60'712	60'520	-0.32%
F11-F19 Störungen durch Drogen	1'025	1'067	4.12%	24.22	20.92	-13.63%	24'823	22'354	-9.95%
F2 Schizophrenie	2'148	2'194	2.12%	39.53	29.01	-26.63%	84'918	63'816	-24.85%
F3 affektive Störungen	2'920	3'524	20.68%	41.15	36.36	-11.63%	120'145	129'368	7.68%
F4 neurotische Störungen	1'551	1'580	1.89%	27.23	22.71	-16.63%	42'241	36'058	-14.64%
F6 Persönlichkeitsstörungen	964	1'082	12.29%	28.17	25.46	-9.62%	27'155	27'602	1.65%
F5,7-9 übrige Störungen	600	719	19.87%	49.47	46.68	-5.63%	29'680	33'694	13.52%
Total	11'963	13'361	11.69%	36.00	30.69	-14.75%	430'771	410'070	-4.81%

Leistungsbereiche mit steigendem Bedarf an Pflegetagen

Deutlich zunehmen werden gemäss Prognoseberechnungen stationäre Aufenthalte aufgrund von Störungen der Gruppe F5, 7-9 (vgl. Abbildung 17). Dies betrifft vorwiegend Kinder und Jugendliche. Hier wirke sich insbesondere die zunehmende Inanspruchnahme stationärer Leistungen aus, da in diesem Bereich innerhalb des Kantons gegenwärtig ein Versorgungsengpass besteht, der mittels ausserkantonaler Hospitalisationen kompensiert werden muss. Ausserdem wird ein Teil der Jugendlichen derzeit aufgrund von Kapazitätsengpässen - wenn zum Teil auch nur für kurze Zeit - in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt, was im Hinblick auf die Behandlungsqualität sicherlich ungünstig ist.

Das Wachstum in den Leistungsbereichen mit den Hauptdiagnosegruppen *F3 affektive Störungen* und *F6 Persönlichkeitsstörungen* ist ebenfalls auf eine erhöhte Inanspruchnahme bzw. auf eine Zunahme der Fälle zurückzuführen. Es wird angenommen, dass infolge einer fortschreitenden Ent-Stigmatisierung und einer höheren Behandlungsbereitschaft in diesen Störungsgruppen mehr stationäre Aufenthalte in Anspruch genommen werden.

Da sich die mittleren Aufenthaltsdauern bei all diesen Leistungsbereichen nur in moderatem Masse verkürzen werden, wird die Fallzunahme bei diesen Leistungsbereichen zu einer Erhöhung der Pflegetage führen.

Leistungsbereiche mit sinkendem Bedarf an Pflegetagen

Die stärkste Abnahme der Hospitalisationen wird bei der Diagnosehauptgruppe F2 Schizophrenie prognostiziert (vgl. Abbildung 17). Bei diesem Leistungsbereich wird nur eine minimale Zunahme der Fälle, jedoch eine deutliche Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauer erwartet. Auch bei *F4 neurotische Störungen* und etwas weniger stark ausgeprägt auch bei *Störungen durch Drogen (F11-19)* werden geringfügige Fallzunahmen, aber stark verkürzte

Aufenthaltsdauern angenommen. Obwohl die Fallzahlen insbesondere infolge der demografischen Entwicklung (Alterung der Bevölkerung) bei organischen Störungen bis 2020 stark zunehmen werden, wird hier eine deutliche Verringerung der Hospitalisationsdauern prognostiziert. Die Abnahme der Pflage tage ist bei all diesen Störungsgruppen durch den Einflussfaktor Substitution stationärer Aufenthalte durch ambulante Behandlungen bedingt. Bei Patienten mit *Störungen durch Alkohol (F10)* wird aufgrund von Geschlechterangleichungsprozessen ebenfalls eine Erhöhung der Fallzahlen erwartet. Da die Dauer der Hospitalisationen gemäss Prognose geringfügig zurückgehen wird, ist hier mit praktisch unveränderten Pflage tagen zu rechnen.

8.3. Bedarfsprognose 2020 nach Altersgruppe

Wie in Tabelle 17 ersichtlich, wird bei allen Altersgruppen - allerdings in unterschiedlichem Masse - mit einer Zunahme der Fälle gerechnet. Ebenso wird über alle Altersgruppen hinweg eine Reduktion der mittleren Aufenthaltsdauern prognostiziert.

Tabelle 17: Bedarfsprognose 2020 nach Altersgruppe

Altersgruppe	Fälle 2009	Fälle 2020	Δ Fälle	MAHD 2009	MAHD 2020	Δ MAHD	PT 2009	PT 2020	Δ PT
0-17	530	592	11.64%	51.18	46.42	-9.30%	27'127	27'467	1.25%
18-59	9'247	10'027	8.44%	32.33	27.48	-15.02%	298'970	275'507	-7.85%
60+	2'186	2'743	25.46%	47.88	39.05	-18.45%	104'674	107'096	2.31%
Total	11'963	13'361	11.69%	36.00	30.69	-14.75%	430'771	410'070	-4.81%

Die 25-prozentige Zunahme des Anteils der Patienten *über 60 Jahren* wirkt sich aufgrund der prognostizierten Abnahme der Aufenthaltsdauern um 18 Prozent in einer nur geringfügigen Zunahme an Pflage tagen aus. Die Anzahl Patienten im Alter von *18 bis 59 Jahren* wird gemäss Bedarfsprognose am wenigsten zunehmen. Die gleichzeitige Verringerung der mittleren Aufenthaltsdauer hat jedoch für diese Altersgruppe die stärkste Abnahme an Pflage tagen zur Folge. Bei der Altersgruppe *0 bis 17 Jahre* werden etwa 12 Prozent mehr Patienten bis 2020 erwartet. Bei Kindern und Jugendlichen werden sich aber die Hospitalisationsdauern am wenigsten stark reduzieren. Es kann deshalb in dieser Altersgruppe mit einer leichten Zunahme an Pflage tagen gerechnet werden.

8.4. Bedarfsprognose 2020 nach Geschlecht

Die Prognose des psychiatrischen Leistungsbedarfes unterteilt nach Geschlechtern zeigt für beide Geschlechter in etwa die gleichen Effekte (vgl. Tabelle 18). Es wird eine Fallzunahme von 11 bis 12 Prozent erwartet. Gleichzeitig werden verringerte Aufenthaltsdauern von knapp 15 Prozent prognostiziert. Für *Frauen* wie *Männer* wird sich die Anzahl beanspruchter Pflage tage bis 2020 um knapp 5 Prozent reduzieren.

Tabelle 18: Bedarfsprognose 2020 nach Geschlecht

Geschlecht	Fälle 2009	Fälle 2020	Δ Fälle	MAHD 2009	MAHD 2020	Δ MAHD	PT 2009	PT 2020	Δ PT
Frauen	6'178	6'890	11.52%	36.44	31.09	-14.69%	225'130	214'196	-4.86%
Männer	5'785	6'472	11.87%	35.55	30.27	-14.86%	205'641	195'873	-4.75%
Total	11'963	13'361	11.69%	36.00	30.69	-14.75%	430'771	410'070	-4.81%

9 Bedarfsanalyse und Bedarfsprognose Spezialbereiche

Aufgrund ihrer spezifischen Eigenheiten werden zwei Bereiche der psychiatrischen Versorgung des Kantons Zürich separat behandelt. Zum einen geht es um die Analyse von Patienten, die länger als ein Jahr psychiatrisch hospitalisiert waren. Obwohl die so genannten «Langlieger» derzeit nur einen geringen Teil der Hospitalisationen ausmachen, fallen sie dennoch mit ihren langen Aufenthaltsdauern ins Gewicht.

Zum anderen erfolgt die Planung der forensischen Psychiatrie aufgrund der begrenzten Anwendbarkeit des Vorgehens und der Kriterien der Psychiatrieplanung 2012 in diesem Bereich kapazitäts- und nicht leistungsorientiert.

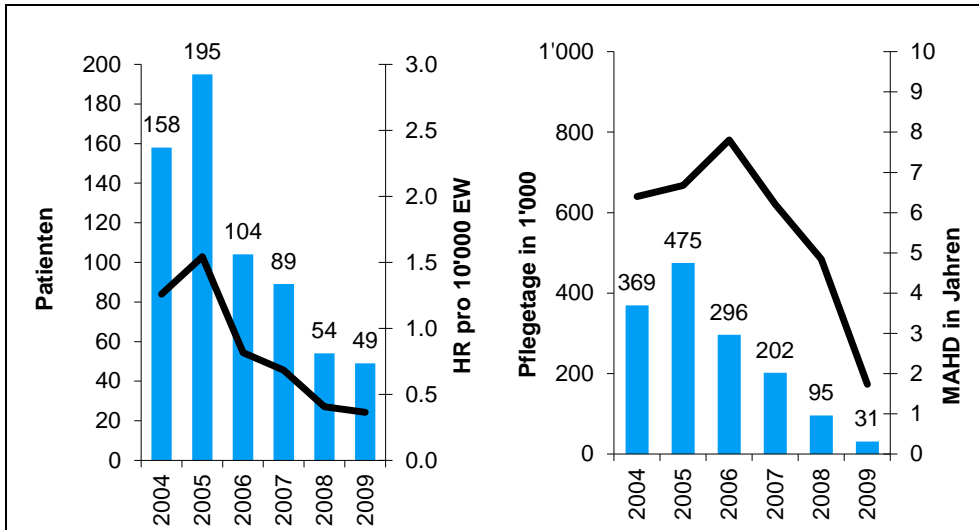
9.1. Langlieger

Unter «Langlieger»-Patienten werden Fälle und Pflegetage subsumiert, die eine Hospitalisationsdauer von mehr als einem Jahr aufweisen.

Nachfragestruktur Langlieger 2004 bis 2009

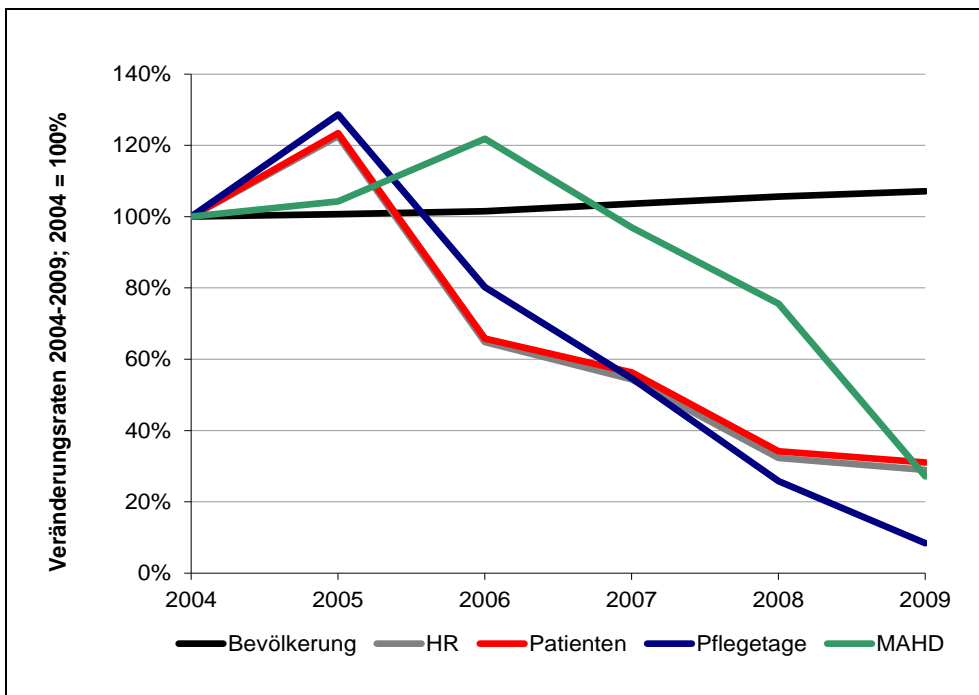
Im Zeitraum von 2004 bis 2009 ist ein markanter Rückgang der Anzahl Patienten, die über ein Jahr lange hospitalisiert waren, zu verzeichnen. Wie in Abbildung 18 links ersichtlich, hat sich die Zahl der Langlieger um rund 70 Prozent von 158 Patienten auf 49 reduziert, was noch 7 Prozent aller Fälle entspricht. Demgemäss hat sich auch die Langlieger-Hospitalisationsrate pro 10'000 Kantonseinwohner von 1.26 auf 0.36 verringert. Ebenso ist die Anzahl Pflegetage von rund 370'000 auf 31'000 gesunken. Waren die Patienten im Jahre 2004 im Schnitt noch 6.4 Jahre - 2006 sogar 7.8 Jahre - hospitalisiert gewesen, verweilten sie 2009 noch durchschnittlich 1.7 Jahren in einer psychiatrischen Institution (vgl. Abbildung 18 rechts).

Abbildung 18: Patientenzahlen und Pflergetage 2004-2009 - Langlieger



Der starke Rückgang der Inanspruchnahme der psychiatrischen Leistungen geht darauf zurück, dass in den letzten Jahren verstärkt angestrebt wird, chronisch erkrankte Menschen in entsprechenden Wohn- und Pflegeinstitutionen zu betreuen. Mit dieser Massnahme ist es den psychiatrischen Kliniken möglich, sich verstärkt auf die Akut-Behandlung von Patienten zu konzentrieren.

Abbildung 19: Veränderungsdaten 2004 bis 2009 - Langlieger



Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich zwischen 2004 und 2009 die Anzahl Langlieger-Fälle bzw. Patienten (-69 Prozent), die Hospitalisationsrate (-71 Prozent) wie auch die mittlere Aufenthaltsdauer (-73 Prozent) markant reduziert haben. Dies schlägt sich denn auch in einer drastischen Verringerung der Anzahl Pfl egetage (-92 Prozent) nieder (vgl. Abbildung 19). Diese Entwicklung ist durch eine Neuausrichtung der Langzeitversorgung chronisch und schwer kranker psychiatrischer Patienten im Kanton Zürich bedingt.

Erbrachte psychiatrische Leistungen Langlieger 2009

Tabelle 19 zeigt, dass im Jahr 2009 lediglich 49 Patienten länger als ein Jahr in einer Zürcher psychiatrischen Klinik behandelt wurden. Von diesen 49 Patienten waren 53 Prozent im Psychiatriezentrum Rheinau hospitalisiert, davon die Hälfte (13 Fälle) in der Klinik für Forensische Psychiatrie. Die langen Liegedauern sind durch die Spezialaufträge der Klinik bedingt: Zum einen besteht ein rehabilitativer Leistungsauftrag für die Behandlung von chronisch erkrankten Patienten und zum anderen für die Behandlung von forensischen Patienten. Dieses Patientensegment hatte erwartungsgemäss die höchste mittlere Aufenthaltsdauer und beanspruchte etwa zwei Drittel der Pfl egetage der Langlieger. Die anderen psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich hatten nur in vereinzelt en Fällen Hospitalisationen von über einem Jahr.

Tabelle 19: Psychiatrische Leistungen pro Klinik 2009 - Langlieger

Klinik	Patienten		MAHD	Pfl egetage	
	abs.	in %	in Jahren	abs.	in %
Affoltern	0	0%	0	0	0%
Beth Shalom	0	0%	0	0	0%
Forel Klinik	0	0%	0	0	0%
Frankental	0	0%	0	0	0%
Hohenegg	0	0%	0	0	0%
ipw	5	10%	1.3	2'373	8%
Kilchberg	2	4%	1.1	803	3%
KJPD	1	2%	1	365	1%
PUK	5	10%	1.4	2'555	8%
PZH	3	6%	1.2	1'314	4%
PZR Reha	13	27%	1.4	6'805	22%
PZR Forensik	13	27%	2.8	13'124	42%
Schlössli	2	4%	1.6	1'168	4%
SOMOSA	5	10%	1.4	2'555	8%
Zürichberg	0	0%	0	0	0%
Total	49	100%	1.7	31'062	100%

Bedarfsprognose Langlieger 2020

Der Bereich der Langlieger hat im Verlauf der letzten Jahre eine markante Veränderung erfahren. Während früher die Betreuung von Langliegern mitunter als Kernaufgabe der psychiatrischen Kliniken aufgefasst wurde, ist man heute der Ansicht, dass Kliniken hauptsächlich für die zeitlich begrenzte Akutbehandlung zuständig sind.

Die in Kapitel 9 dargestellte Zeitreihenanalyse zeigt, dass die Anzahl von Langlieger-Fällen in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat. Dieser Rückgang war bei allen Kliniken des Kantons Zürich - mit Ausnahme der forensischen Psychiatrie - zu beobachten.

Besonders ausgeprägt zeigte sich dieser Prozess im Bereich der Gerontopsychiatrie. Heute hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass die zeitlich überdauernde Betreuung von alten Menschen mit einer chronischen psychiatrischen Problematik in die Zuständigkeit der Langzeitpflege fällt. Zahlreiche Patienten, die bisher eine mehrheitlich pflegerische Dauerbetreuung in einer psychiatrischen Klinik erhielten, wurden in Wohn- oder Pflegeheime untergebracht. Daneben wurden einzelne Einrichtungen, die früher als Psychiatrische Kliniken galten, neu den Angeboten der Langzeitpflege zugeordnet.

Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Prozess der «Akutisierung der Psychiatrie» heute zum grösseren Teil bereits vollzogen ist. Voraussichtlich wird es weiterhin Einzelfälle geben, die aufgrund ihrer persistierenden Symptomatik die Tragfähigkeit von Heimen übersteigen und tatsächlich als überdauernd klinisch behandlungsbedürftig betrachtet werden müssen. Es ist deshalb zu erwarten, dass der Anteil an Langliegern in akut-psychiatrischen Einrichtungen noch etwas sinkt, jedoch nicht vollkommen verschwindet.

9.2. Forensische Psychiatrie

Bei der forensischen Psychiatrie handelt es sich um einen Versorgungsbereich im Schnittstellenbereich zwischen Psychiatrie und Strafrecht. Die forensische Psychiatrie befasst sich mit der Begutachtung und Behandlung von psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen. Sie arbeitet dabei eng mit dem Gerichtswesen und dem Justizvollzug zusammen. Wie bereits erwähnt, macht es die spezifische Charakteristik der forensischen Psychiatrie erforderlich, diesen Versorgungsbereich kapazitätsorientiert zu planen.

Nachfragestruktur Forensische Psychiatrie 2009

Im Jahre 2009 wurden rund 200 forensisch-psychiatrische Patienten in Einrichtungen des Kantons Zürich stationär behandelt. Insgesamt waren knapp 25'000 Pflage tage zu verzeichnen. Den weitaus grössten Anteil dieser Leistungen, rund 85 Prozent, wurde vom Psychiatriezentrum Rheinau erbracht. Das Psychiatriezentrum Rheinau ist die einzige Institution des Kantons Zürich mit einem Spezialauftrag für forensische Psychiatrie. Das Zentrum betreute rund 110 Patienten, deren mittlere Aufenthaltsdauer 190 Tage betrug.

Knapp 70 forensische Patienten wurden im Jahr 2009 - allerdings nur für kurze Zeit - in den allgemeinspsychiatrischen Kliniken hospitalisiert. Auf Sucht spezialisierte Einrichtungen wie die Forel Klinik, das Beth Shalom und Frankental betreuten etwa 10 Prozent aller forensisch-psychiatrischen Patienten und erbrachten 5 Prozent der gesamthaften forensisch-psychiatrischen Pflage tage.

Bedarfsprognose 2020 - Erwachsenenforensik

Wie in Kapitel 3.5 beschrieben, erfolgt die Bedarfsprognose in der forensischen Psychiatrie kapazitätsorientiert. Gemäss übereinstimmenden Rückmeldungen der führenden forensisch-klinischen und juristischen Experten des Straf- und Massnahmenvollzuges des Kantons Zürich, bestehen seit Jahren im Bereich der stationären Massnahmen

(nach Art. 59 StGB¹⁴) konstante Vollausslastungen. Daneben gibt es ebenfalls seit Jahren eine Warteliste mit durchschnittlich 30 Zürcher Patienten und Wartezeiten von circa 6 Monaten.

Aufgrund der Revision des Strafgesetzbuches (StGB) vom 1.1.2007 ergeben sich für die Anordnung, Durchführung und den Stellenwert von Massnahmen im Bereich psychischer Störungen (Art. 59 StGB) neue Rahmenbedingungen: Dazu gehören die nachträglichen Umwandlungen von Verwahrungen oder Freiheitsstrafen in stationäre therapeutische Massnahmen. Bei sämtlichen Verwahrungen muss zudem alle zwei Jahre von verschiedenen Massnahme-Institutionen überprüft werden, ob diese noch zweckmässig sind. Diese Modifikationen haben insgesamt zur Folge, dass eine deutliche Zunahme an forensisch-psychiatrischen Massnahmen erwartet werden muss, wobei für die durchschnittliche Verweildauer keine Änderungen erwartet werden. Damit ist im Versorgungsbereich der forensischen Psychiatrie ein Ausbau der Kapazitäten erforderlich.

Bedarfsprognose 2020 - Kinder- und Jugendforensik

Der Bereich der psychiatrischen Kinder- und Jugendforensik wird im Kanton Zürich bisher hauptsächlich durch die Konsiliar- und Liaisontätigkeit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes abgedeckt. Dabei handelt es sich um ambulante Leistungen, die in und für Einrichtungen der Justiz und der Bildung erbracht werden. Stationäre Kapazitäten der Kinder- und Jugendforensik werden im Rahmen der bisherigen Spitalliste nicht bereitgestellt.

Da die Bedarfsprognose der Psychiatrieplanung generell mittels einer Extrapolation bisher erbrachter Leistungen erstellt wird, resultiert in diesem Bereich rein rechnerisch eine Nullprognose. Diese muss möglicherweise mittelfristig durch eine genauere Situationsanalyse im Bereich der Kinder- und Jugendforensik ergänzt werden.

¹⁴ Es werden vor allem folgende Massnahmen unterschieden: Art. 59 StGB: Massnahmen aufgrund psychischer Störungen und Art. 60 StGB: Massnahmen aufgrund von Sucht

10 Anhang

10.1. Zuteilung zu den Wohn-/Psychiatrieregionen

Untenstehende Abbildung zeigt, welche Gemeinde welcher der vier Psychiatrieregionen des Kantons Zürich zugeteilt ist.

Abbildung 20: Zuteilung Gemeinden zu Psychiatrieregionen



10.2. Methodik Einflussfaktoren Bedarfs- prognose

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen bezüglich der einzelnen Einflussfaktoren detailliert erläutert. Ziel ist es, einen vertieften Einblick in die Vorgehensweise zu geben und diese argumentativ zu begründen.

Einflussfaktor Demografie

Die Bevölkerungsstatistik und -prognose beruhen auf den Bevölkerungserhebungen des Statistischen Amtes des Kantons Zürich für die Jahre 2000 bis 2009 sowie dessen Zürcher Prognosemodell mit dem aktuellen Prognoselauf von 2010. Dabei wird auf den zivilrechtlichen Wohnsitzbegriff, exklusive Wochen- und Kurzaufenthalter, abgestellt.

Das Statistische Amt des Kantons Zürich verwendet für die Bevölkerungsprognose die Prognosesoftware SIKURS des deutschen KOSIS. Dem Programmsystem liegt ein deterministischer Ansatz zugrunde. Das heisst, ein vorgegebener Ausgangsbestand der Wohnbevölkerung wird durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Sterbefällen und Wegzügen jährlich fortgeschrieben. Für die Prognose mussten Annahmen zu folgenden Einflussfaktoren getroffen werden:

- Geburten- und Sterberaten
- Zu- und Wegwanderungen (Aussen -und Binnenwanderungen)
- Neubautätigkeit
- Einbürgerungen

Dabei beschränkte sich das Statistische Amt des Kantons Zürich auf das Szenario «Trend», das heisst es führt die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht fort. Es ist das Szenario, das aus heutiger Sicht die wahrscheinlichste künftige Entwicklung beschreibt. Weitere Informationen sind im Internet¹⁵ abrufbar.

Für die Psychiatrieplanung interessiert vor allem die generelle Entwicklung der Wohnbevölkerung des Kantons Zürich und überdies die besondere Entwicklung unter Berücksichtigung des Alters.

Einflussfaktoren Inanspruchnahme und Substitution

Die Entwicklung der Inanspruchnahme, die auch die potentielle Substitution von stationären durch ambulante Interventionen umfasst, hat einen wesentlichen Einfluss auf die Hospitalisationsrate und auf die Hospitalisationsdauer.

Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich hat das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) beauftragt, den Einfluss der Entwicklung der Inanspruchnahme und des Substitutionspotentials für die

¹⁵ <http://www.statistik.zh.ch/produkte/bevprog>

Bedarfsprognose im Hinblick auf die stationäre Spitalplanung der psychiatrischen Versorgung für den Kanton Zürich in einem Gutachten zu erarbeiten. Das vollständige Expertengutachten ist im Internet¹⁶ abrufbar.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie wählte ein zweistufiges Vorgehen:

- (1) Eine Literaturrecherche in Datenbanken wissenschaftlicher Publikationen. Die eingeschlossenen Studien mussten Prognoseaussagen enthalten, die sich auf das Versorgungssetting der stationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung, das Outcome bzw. Prognosezahlen von Inanspruchnahme und mittleren Aufenthaltsdauern, die bisherige Inanspruchnahme und mittleren Aufenthaltsdauern, den Effekt von Versorgungsprozessen/-strukturen auf die Inanspruchnahme oder mittleren Aufenthaltsdauern und auf den Publikationszeitraum ab 2005 beziehen.
- (2) Eine strukturierte schriftliche Expertenbefragung. Die Befragung der Experten erfolgte nach einem modifizierten Delphi-Verfahren. Es wurden elf Experten aus der Deutschschweiz (mehrheitlich aus dem Kanton Zürich) für die Befragung ausgewählt. Diese hatten fundierte Kenntnisse der Versorgungsforschung bzw. -praxis aufzuweisen und waren in verschiedenen psychiatrischen Versorgungsbereichen tätig (stationär und ambulant). Die elf Fachexperten erhielten einen Fragebogen, in dem die erwarteten Veränderungen der Hospitalisationsraten und mittleren Aufenthaltsdauern in den acht Hauptdiagnosegruppen für den Zeitraum 2009 bis 2020 erfragt wurden. Die erwarteten Veränderungen der Alters- und Geschlechterverteilung hinsichtlich der einzelnen Hauptdiagnosegruppen wurden in einer separaten Frage abgehandelt. Anschliessend fand eine zweite Befragungsrunde statt. Die anonymisierten Ergebnisse der ersten Befragungsrunde wurden kontextuiert und eine erneute Erfragung der prognostizierten Hospitalisationsraten und durchschnittlichen Aufenthaltsdauern durchgeführt. Die Experten hatten in beiden Befragungsrunden zudem die Möglichkeit, zusätzliche qualitative prognostische Angaben anzubringen.

Bei der Literatursuche wurden von insgesamt 335 Studien entsprechend der Einschlusskriterien 21 Studien ausgewertet. Die Sichtung der ausgewählten Literatur lieferte jedoch keine Beiträge mit Prognosen zu zukünftigen Hospitalisationsraten oder mittleren Aufenthaltsdauern. Anders als bei Evidenzberichten zu Epidemiologie, Wirksamkeit und Kosten gibt es kaum publizierte Daten zu zukünftigen psychiatrischen Leistungsmengen. Einzelne Informationen wurden allerdings zur Vorbereitung der Expertenbefragung und zur Plausibilisierung der Daten aus der Befragung verwendet.

Die schriftliche Expertenbefragung ergab Prognosen bezüglich der acht Hauptdiagnosegruppen hinsichtlich der Veränderung der Hospitalisationsraten. Es wurden sowohl starke Zunahmen (Hauptdiagnosegruppen F5, 7-8 und F3) als auch deutliche Abnahmen (F2 und F4) prognostiziert.

Für alle acht Hauptdiagnosegruppen prognostizieren die Experten aufgrund der erwarteten Substitution von stationären Aufenthalten durch ambulante Behandlungen eine verkürzte mittlere Aufenthaltsdauer. Diese Einschätzung folgt der bisherigen Entwicklung der Hospitalisationsdauern in den letzten Jahren in der Schweiz. Die erwartete Reduktion wies allerdings eine grosse Bandbreite auf und reichte von -25 Prozent bis -3 Prozent.

¹⁶ <http://www.gd.zh.ch/psych2012>

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie interpretierte und errechnete die Prognosefaktoren für die zukünftigen Hospitalisationsraten und die mittleren Aufenthaltsdauern. Die Berechnungen basierten auf den Zürcher Psychiatricdaten 2009. Die Prognosefaktoren für die Entwicklung der Inanspruchnahme und der mittleren Aufenthaltsdauer wurden anschliessend von der Gesundheitsdirektion ins Prognosemodell eingerechnet (vgl. Kapitel 3.3).

Qualitative Prognosen konnten aufgrund fehlender Mengenangaben nicht quantifiziert werden und wurden deshalb im Rechenmodell nicht berücksichtigt. Die zusätzlichen prognostischen Informationen (z.B. qualitative Prognosen zu den erwarteten Veränderungen der Alters- und Geschlechterverteilung) wie auch die freien Kommentare wurden zusammengefasst und narrativ dargestellt.

Die prognostizierten Auswirkungen der Einflussfaktoren Inanspruchnahme und Substitution sind im Kapitel 8 beschrieben.

Einflussfaktor Ökonomie

Künftig muss die Leistungsvergütung auch im Bereich der Psychiatrie auf der Basis schweizweit einheitlicher leistungsbezogener Tarifstrukturen erfolgen. Die konkrete Ausgestaltung und die terminliche Inkraftsetzung der künftigen Tarifstrukturen sind derzeit noch offen, treten aber spätestens 2015 in Kraft. Die vorliegende Psychiatrieplanung geht davon aus, dass die von den künftigen Tarifstrukturen gesetzten finanziellen Anreize Verlagerungen von der stationären zur ambulanten Psychiatrie bewirken, aber auch zu einer generellen Verkürzung der Aufenthaltsdauern führen werden.

Obwohl die Form des zukünftigen Tarifsystems zum heutigen Zeitpunkt erst in Ansätzen vorliegt, ist mit dem Abrechnungssystem der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich bereits ein Modell (PLT) verfügbar, welches mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als Ausgangspunkt für zukünftige Anreizsysteme dienen kann. In diesem Modell wird eine Fallteilpauschale mit Tagespauschalen kombiniert. Eine Vergleichsrechnung zeigt, dass Hospitalisationen mit einer Aufenthaltsdauer bis zu 30 Tage besser abgegolten werden. Bei Hospitalisationen, die länger als 30 Tagen dauern, wird das Entgelt vergleichsweise zunehmend niedriger. Beim 42. Hospitalisationstag ist das kumulierte Entgelt bereits 10 Prozent geringer als beim traditionellen Tarifmodell.

Ausgehend von der Annahme, dass solche Mindererträge von 10 Prozent eine Wirkung entfalten, rechnen wir damit, dass ein bestimmter Anteil Patienten ab diesem Zeitpunkt früher austritt als bisher. Im Rahmen einer zurückhaltenden Prognose nehmen wir an, dass 10 Prozent der Patienten, die bisher länger als 42 Tage in der Klinik hospitalisiert waren, unter dem Einfluss eines anreizschaffenden Tarifmodelles durchschnittlich bereits am 42. Tag austreten werden. Unter rechnerischer Bezugnahme auf die Verteilung der Aufenthaltsdauern in den psychiatrischen Regionsversorgungs-Kliniken im Kanton Zürich führt dies zu einer Veränderung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer um -2.625 Prozent, was einer Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeit um knapp einen Tag gleichkommt. Dieser Wert stellt die Prognose für den ökonomischen Einflussfaktors bis zum Jahr 2020 dar.

10.3. Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung / Stichwörter	Bezeichnung / Erläuterung
Abwanderung	Patienten mit Wohnort im Kanton Zürich, die sich in anderen Kantonen behandeln liessen.
ADMIN	Administrative Datenbank der Gesundheitsdirektion Zürich
AK	Ausserkantonale Patienten, Fälle, Behandlungen etc.
Akutsomatik	Schliesst alle Patienten ein, die aufgrund einer somatischen Erkrankung im Spital stationär behandelt werden.
Akutversorgung	Versorgung von Personen, die einer kurzfristigen, intensiven ärztlichen und pflegerischen Betreuung bedürfen.
Aufenthaltsdauer (AHD)	Die Aufenthaltsdauer gibt die Zeit in Tagen an, die ein Patient in einer Klinik stationär behandelt wird. Die Aufenthaltstage werden derzeit folgendermassen berechnet: Austrittsdatum minus Eintrittsdatum abzüglich Urlaubstage zuzüglich ein Tag.
Auslandsspitäler	Auslandsspitäler haben keinen Anspruch auf Vergütung gemäss Krankenversicherungsgesetz.
BfS	Bundesamt für Statistik
Epidemiologie	Lehre von der Untersuchung der Verteilung von Krankheiten, physiologischen Variablen und sozialen Krankheitsfolgen in menschlichen Bevölkerungsgruppen sowie der Faktoren, die diese Verteilung beeinflussen (WHO-Definition).
EW	Einwohner (in der Regel wird die jeweilige Variable pro 10'000 Einwohner ausgewiesen).
Demografie	Sie macht Aussagen über die statistische Entwicklung der Bevölkerung und deren Strukturen.
DRG	Diagnosis Related Group (diagnosebezogene Fallgruppe)

(Stationärer) Fall	Patienten, die stationär behandelt werden, werden für die Dauer ihres Aufenthalts – ohne Unterbrechung – als ein Fall gezählt. Sofern ein Patient innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals einen Klinikaufenthalt hat, wird pro Aufenthalt ein Fall gezählt. Die Zählweise erfolgt anhand der Klinikaustritte. Im Text wird die Anzahl Fälle teilweise auch als «Patienten» und «Behandlungen» bezeichnet. Aufenthalte in der Klinik von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege oder von weniger als 24 Stunden, bei denen während Mitternacht ein Bett belegt wird (Mitternachtszensus) sowie bei Überweisung in eine andere Klinik oder ein anderes Spital und bei Todesfällen zählen als stationäre Fälle.
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz
Hospitalisationsdauer	Siehe Aufenthaltsdauer
Hospitalisationsrate (HR)	Sie bezeichnet die Zahl der Einwohner einer Region, die sich einer stationären psychiatrischen Behandlung unterziehen, bezogen auf die Wohnbevölkerung dieser Region. Synonyme sind auch Hospitalisationsquote, Spitalhäufigkeit, Hospitalisationshäufigkeit. In diesem Bericht wird die Hospitalisationsrate pro 10'000 Einwohner ausgewiesen.
HPP	halbprivat und privat zusatzversicherte Patienten
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO, 10. Revision, inkl. multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen
Integrierte Versorgung	Die Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.
k. A.	Keine Angaben
KOSIS	Kommunales Statistisches Informationssystem (Prognosesoftware) zur Bevölkerungsprognose
Kostenträger	Angabe desjenigen, der die Kosten der stationären Krankenversorgung im Wesentlichen übernimmt. Dies kann die Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung etc. sein.
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)

KVV	Verordnung vom 27.06.1995 über die Krankenversicherung (ST 832.102)
Langlieger	Patienten, die länger als ein Jahr stationär behandelt wurden.
Leistungsbereich	Der Leistungsbereich umfasst mehrere Leistungsgruppen.
Leistungsgruppe	Die Leistungsgruppen gliedern sich in Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10 und in drei Altersgruppen.
Liegeklasse	Beschreibt, ob der Patient privat, halbprivat oder allgemein versichert liegt, sei dies entsprechend seiner Zusatzversicherung oder eines Upgrades.
Listenspitäler	Listenspitäler haben einen staatlichen Leistungsauftrag und gesetzlichen Anspruch gegenüber dem Versicherer und dem Kanton auf Vergütung gemäss KVG (verbunden mit gewissen Auflagen wie zum Beispiel der Aufnahmepflicht etc.).
Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)	Berechnet sich aus der Summe aller Pfl egetage dividiert durch die Anzahl Fälle bzw. Austritte.
Mitternachtszensus	Der Mitternachtszensus betrifft die Definition der stationären Fälle (vgl. Fall).
Nettowanderung	Zuwanderung minus Abwanderung.
Notfall	Ein Patient, der unangemeldet und ungeplant im Spital eintritt und sofort Hilfe/Behandlung benötigt.
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Psychiatrie	Schliesst alle Patienten mit ein, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer Klinik stationär behandelt werden.
PSYREC	Fallbezogene Statistik der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich für die psychiatrische Versorgung (gültige Erhebung bis einschliesslich 2009), welche die Medizinische Statistik und die Kostenträgerrechnung beinhaltet.
Pfl egetage (PT)	Die Summe der in einem Spital / in einer Klinik während eines Jahres verrechneten Aufenthaltstage. Derzeitig werden die Ein- und Austrittstage mitgezählt.
Psychiatrieregion	Die Zürcher Gesamtbevölkerung wird nach ihrem zivilrechtlichen Wohnsitz in 5 Psychiatrieregionen eingeteilt. Die Einteilung dient der Abbildung des regionalen Versorgungsbedarfs. Der Kanton Zürich ist in vier Psychiatrieregionen gegliedert: Zürich, Winterthur-Zürcher Unterland, Zürcher Oberland und Horgen.
rev.	Revidiert

SIKURS Spitalliste A und B	SIKURS ist eine Prognosesoftware. Seit ihrer erstmaligen Festsetzung im Juni 1997 ist die Zürcher Spitalliste bis heute zweigeteilt und in eine Liste A und B gegliedert. Die Spitalliste A enthält alle Institutionen mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten in der allgemeinen Abteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Spitalliste B umfasst die Leistungserbringer mit Zulassung zur stationären Akutversorgung von Patienten der halbprivaten und privaten Abteilungen im Hinblick auf die Abrechnung des Grundversicherungsanteils über die obligatorische Krankenpflegeversicherung.
TARPSY Vertragsspitäler	Tarifsystem Psychiatrie Vertragsspitäler sind Spitäler ohne staatlichen Leistungsauftrag, aber mit vertraglichem Anspruch gegenüber dem Versicherer auf Vergütung gemäss KVG.
WHO	World Health Organisation beziehungsweise Weltgesundheitsorganisation
WIG Wohnbevölkerung Wohnregion	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie Vgl. Zürcher Wohnbevölkerung Wohnregion wird hier mit der Psychiatrieregion gleichgesetzt.
ZHAW Zürcher Wohnbevölkerung	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Patienten mit zivilstandsmässigem Wohnsitz im Kanton Zürich.
Zuwanderung	Patienten, die nicht im Kanton Zürich wohnhaft sind, sich aber im Kanton Zürich behandeln liessen.

10.4. Abkürzungen und Symbole in Tabellen und Abbildungen

Zeichen	Bedeutung
abs.	absolut
AK	Ausserkantonale (zum Beispiel Patienten, Fälle, Behandlungen)
Δ	Delta steht für Abweichung bzw. Veränderungsrate
\emptyset -Alter	Durchschnittliches Alter
EW	Einwohner
>	grösser als ...
<	kleiner als ...
HPP	halbprivat und privatversicherte zusatzversicherte Patienten
HR	Hospitalisationsrate
in Mio.	in Millionen
in %	in Prozent
in Tg.	in Tagen
k. A.	Keine Angaben
KVG	Bundesgesetz vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
MAHD	Mittlere Aufenthaltsdauer
§	Paragraph
PT	Pflegetage
%	Prozent
Σ	Summe

10.5. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Psychiatrische Pflage tage im Kanton Zürich und Prognose 2004	11
Abbildung 2: Zeitplan des Projektes Psychiatrieplanung 2012.....	14
Abbildung 3: Zuteilung der Fälle zum Datensatz Psychiatrie	16
Abbildung 4: Leistungsgruppen Psychiatrieplanung 2012.....	18
Abbildung 5: Herleitung der Patientenzahlen und Pflage tage 2020	20
Abbildung 6: Einflussfaktoren auf den zukünftigen Bedarf an stationären Leistungen .	21
Abbildung 7: Prognosemodell Psychiatrieplanung 2012	22
Abbildung 8: Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2000-2020 .	24
Abbildung 9: Bevölkerungsprognose im Kanton Zürich 2009-2020 nach Altersgruppe	25
Abbildung 10: Bevölkerungsentwicklung im Kanton Zürich 2009-2020 nach Region ...	25
Abbildung 11: Entwicklung der Patientenzahl und Pflage tage 2004-2009	29
Abbildung 12: Stationäre Psychiatrie Schweiz - kumulierte Austritte bei ausgewählten Kantonen	30
Abbildung 13: Veränderungsrate n 2004-2009 (ohne Langlieger).....	31
Abbildung 14: Hospitalisationsrate und mittlere Aufenthaltsdauer nach Altersgruppe 2009	33
Abbildung 15: Wohnbevölkerung, Patienten und Pflage tage nach Altersgruppen 2009	34
Abbildung 16: Wohnbevölkerung nach Psychiatrieregion 2009	37
Abbildung 17: Prognostizierte Veränderung Pflage tage bis 2020 nach Hauptdiagnosegruppe.....	48
Abbildung 18: Patientenzahlen und Pflage tage 2004-2009 - Langlieger.....	53
Abbildung 19: Veränderungsrate n 2004 bis 2009 - Langlieger	53
Abbildung 20: Zuteilung Gemeinden zu Psychiatrieregionen.....	57

10.6. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Variablen der Medizinischen Statistik.....	17
Tabelle 2: Patienten nach Hauptdiagnosegruppe 2009 (I).....	31
Tabelle 3: Patienten nach Hauptdiagnosegruppe 2009 (II).....	33
Tabelle 4: Patienten nach Altersgruppen und ausgewählten Merkmalen.....	35
Tabelle 5: Patienten nach Wohnregion und ausgewählten Merkmalen (I).....	36
Tabelle 6: Patienten nach Wohnregion und ausgewählten Merkmalen (II).....	38
Tabelle 7: Psychiatrische Leistungen pro Klinik im Kanton Zürich 2009 (I).....	39
Tabelle 8: Psychiatrische Leistungen pro Klinik im Kanton Zürich 2009 (II).....	41
Tabelle 9: Marktanteil Patienten der Kliniken nach Leistungsbereichen.....	42
Tabelle 10: Zu- und Abwanderung von Patienten Kanton Zürich 2009.....	43
Tabelle 11: Nettowanderung von Patienten Kanton Zürich nach Leistungsbereichen 2009.....	44
Tabelle 12: Prognose der Veränderung durch Entwicklung der Inanspruchnahme.....	45
Tabelle 13: Prognose der Veränderung durch Entwicklung Demografie.....	46
Tabelle 14: Prognose MAHD durch Entwicklung Ökonomie und Substitution.....	47
Tabelle 15: Übersicht Bedarfsprognose 2020.....	48
Tabelle 16: Bedarfsprognose 2020 nach Hauptdiagnosegruppe.....	49
Tabelle 17: Bedarfsprognose 2020 nach Altersgruppe.....	50
Tabelle 18: Bedarfsprognose 2020 nach Geschlecht.....	51
Tabelle 19: Psychiatrische Leistungen pro Klinik 2009 - Langlieger.....	54

10.7. Verzeichnis Internetverweise

Psychiatrieplanung 2012

Konzepte, Daten und Berichte zur Psychiatrieplanung 2012

<http://www.gd.zh.ch/psych2012>

Demografische Entwicklung

Weitere Informationen des Statistischen Amtes des Kantons Zürich

<http://www.statistik.zh.ch/produkte/bevprog>

Expertengutachten zur Inanspruchnahme und Substitutionspotential

Gutachten des Winterthurer Institutes für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

<http://www.gd.zh.ch/psych2012>



Zürich, Juni 2011

Herausgeberin:
Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
Postfach
CH-8090 Zürich
www.gd.zh.ch

Kontakt:
Peter Waldner
Bereichsleiter Psychiatrie
peter.waldner@gd.zh.ch