



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006

Hans Christian Kuhl

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden auf www.obsan.ch und auf www.nationalegesundheits.ch.

Die Arbeitsdokumente des Obsan sind Fachberichte, welche vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Experten in Auftrag gegeben oder von eigenen Mitarbeitenden erarbeitet wurden. Sie sollen Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen. Der Inhalt der Arbeitsdokumente unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autoren und Autorinnen.

Hans Christian Kuhl
Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006

Arbeitsdokument 31
November 2008

Bestellung:
Bundesamt für Statistik
CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-Mail: order@bfs.admin.ch
Fr. 10.– (exkl. MWST)
Bestellnummer: 873-0801
ISBN: 978-3-907872-49-9

© Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Projektleitung Obsan:
Daniela Schuler, Tel. 032 713 63 34

Anschrift des Autors:
Hans Christian Kuhl
UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Psychologischer Dienst
Arbeitsbereich Versorgungsforschung und Qualitätssicherung
Wilhelm-Klein-Strasse 27
4025 Basel



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006

Arbeitsdokument 31

Hans Christian Kuhl
(unter Mitarbeit von Carolin Junge)

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
(UPK Basel)

November 2008

Neuchâtel

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Résumé	8
1 Einführung	11
1.1 Ausgangslage	11
1.2 Ziel der vorliegenden Studie	11
1.3 Kapitelübersicht	12
2 Einflussfaktoren auf die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung	13
2.1 Politische Rahmenbedingungen	14
2.2 Gesellschaftliches Umfeld	15
2.3 Finanzielle Rahmenbedingungen	16
2.4 Veränderung von Inanspruchnahme und Hospitalisierungsraten	17
2.5 Die psychiatrische Versorgungsstruktur in der Schweiz	18
2.6 Massnahmen zur Qualitätssicherung	20
3 Methodisches Vorgehen	22
3.1 Datenquelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser	22
3.1.1 Enthaltene Daten	22
3.1.2 Selektionskriterien	23
3.2 Vergleichbarkeit der Auswertungsjahre und Vollständigkeit der Daten	24
3.2.1 Minimaldatensatz	24
3.2.2 Psychiatrie-Zusatzdaten	25
3.3 Datenqualität	26
3.4 Expertenbefragung	27
3.4.1 Selektion und Beschreibung der Expertinnen und Experten	27
3.5 Hinweise zur Ergebnisdarstellung	28
4 Ergebnisse	29
4.1 Minimaldaten	29
4.1.1 Anzahl der Fälle, Patient/innen und Wiedereintrittsraten	29
4.1.2 Aufenthaltsdauer	32
4.1.3 Patientenvariablen	34
4.1.4 Diagnosen	38
4.1.5 Nebendiagnosen	39
4.1.6 Behandlungsvariablen	41

4.2	Psychiatrische Kliniken und Abteilungen (Psychiatrie-Zusatzdaten).....	43
4.2.1	Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE).....	43
4.2.2	Medikation	44
4.2.3	Behandlung in psychiatrischen Abteilungen	46
4.3	Zusätzliche Ergebnisse der Expertenbefragung.....	48
5	Fazit.....	50
5.1	Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse	50
5.2	Ausblick	52
6	Literatur.....	55
7	Anhang	59

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Vorhandene Psychiatrie-Zusatzdaten nach Spitalart.....	25
Abbildung 2:	Befragte Expertinnen und Experten nach beruflichem Hintergrund.....	28
Abbildung 3:	Anzahl Patient/innen und Behandlungsfälle im Zeitverlauf.....	29
Abbildung 4:	Mittlere Wiedereintrittsraten bezogen auf Indexeintritte	30
Abbildung 5:	Mittlere und mediane Aufenthaltsdauer im Zeitverlauf	32
Abbildung 6:	Mediane Aufenthaltsdauer nach Kanton in den Jahren 2000 und 2006	34
Abbildung 7:	Prozentanteile der häufigsten Diagnosegruppen	38
Abbildung 8:	Mittlere Anzahl psychischer Nebendiagnosen nach Spitalart.....	39
Abbildung 9:	Anteil der Eintritte mit fürsorgerischem Freiheitsentzug nach Kanton	43
Abbildung 10:	Prozentanteile der Behandlungsfälle mit entsprechender Medikation	44
Abbildung 11:	Behandlung in psychiatrischen Abteilungen.....	47

Zusammenfassung

Ausgangslage

Die Ziele der Psychiatrie-Enquete 1975 in Deutschland waren unter anderem, dauerhospitalisierte Patient/innen gemeindenah, bedarfsgerecht und patientenzentriert zu versorgen und ausserdem weitestgehend sozial zu integrieren sowie die gesellschaftliche Gleichstellung von psychischen und somatischen Erkrankungen zu erreichen. In der Folge wurden auch in der Schweiz Psychiatriereformen durchgeführt bzw. begonnen. Die psychiatrische Versorgung befindet sich seit längerer Zeit in einem Umstrukturierungsprozess, der bis heute noch nicht abgeschlossen ist.

Fragestellung und methodisches Vorgehen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den stetigen Entwicklungsprozess der psychiatrischen Versorgungssituation anhand von Behandlungsdaten zu analysieren. Ab dem Jahr 1998 wurde mit der *Medizinischen Statistik der Krankenhäuser* vom Bundesamt für Statistik eine einheitliche Basisdokumentation in allen Spitälern der Schweiz eingeführt, so dass ab dem Jahre 2000 eine relativ vollständige Datenbasis aller stationär behandelten Fälle für die Untersuchung von Veränderungsprozessen besteht. Aus den Jahren 2000 bis 2006 werden alle abgeschlossenen stationären Behandlungen mit Haupt-F-Diagnose (484'990 Fälle) im Hinblick auf Veränderungen der Versorgungssituation und der Patientenstruktur im Zeitverlauf analysiert. Weiterhin wird an zentralen Punkten auch auf kantonal und institutionell unterschiedliche Entwicklungen eingegangen.

Ein weiteres Ziel besteht darin, Erklärungsansätze für die Veränderungen und Entwicklungen, die sich in den Daten der Medizinischen Statistik erkennen lassen, aufzuzeigen. Hierfür wurde eine *Befragung von schweizerischen Fachpersonen* aus der psychiatrischen Versorgung, aus Gesundheitsdiensten sowie aus Wissenschaft und Forschung durchgeführt. Ergänzt werden diese Experteneinschätzungen mit Erklärungsansätzen aus der aktuellen Literatur.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die zentrale Veränderung im Zeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2006 ist die *Zunahme von psychiatrischen Behandlungen bei eher stabilen Patientenzahlen*. Grund dafür ist eine deutliche Zunahme an Wiedereintritten von über 30%. Von den befragten Fachpersonen wird als wichtigster Erklärungsansatz hierfür eine stärkere Patientenbewegung zwischen ambulanten und stationären Angeboten genannt. Diese Entwicklung nimmt gerade im letzten Auswertungsjahr (2006) besonders zu. Parallel zu den ansteigenden Wiedereintritten ist eine stetige Abnahme der Aufenthaltsdauern zu verzeichnen, mit allerdings recht grossen kantonalen Unterschieden.

Die zunehmende Vernetzung von Angeboten und die häufigeren Wechsel zwischen den Versorgungsangeboten sehen die befragten Expert/innen eher als positive Entwicklung für die Patient/innen, da dies eine spezialisiertere und angemessenere Behandlung ermöglicht. Es gilt jedoch auch für die Patientengruppe mit sehr vielen stationären Wiederaufnahmen

(häufig als „Heavy User“ bezeichnet) besonders zugeschnittene Angebote bereitzustellen, um nicht die so genannte „Drehtürpsychiatrie“ noch zu verstärken.

Insgesamt spiegeln die Ergebnisse eine *zunehmende Tendenz zu fachspezifischer Versorgung* wider. Mehr Verlegungen zwischen Spitälern, die Zunahme von Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen bei gleichzeitiger prozentualer Abnahme der Behandlungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose in somatischen Abteilungen sowie die häufigeren Weiterbehandlungen in Pflegeheimen sind hier zu nennen. Es fällt auf, dass insbesondere depressive Erkrankungen zunehmend in psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen behandelt werden (+10%), während für diese Störungsgruppe die Behandlung in somatischen Einrichtungen in gleichem Umfang abnimmt. Mit der veränderten Verlegungspraxis in spezialisierte Einrichtungen dürfte auch der Rückgang behandelter Langzeitpatienten (>1 Jahr) um fast 25% zusammenhängen.

Nicht als so positiv wie für die Patient/innen werden häufige Wechsel der Versorgungseinrichtungen für die behandelnden Institutionen eingeschätzt. Für diese ist die beschriebene Entwicklung mit einem erhöhten administrativen Aufwand verbunden. Die befragten Fachpersonen sehen jedoch die Bemühung um Vernetzung mit anderen Versorgungseinrichtungen als eine wichtige Aufgabe. Eine weitere bedeutsame Veränderung für die Institutionen ist die Abnahme des ohnehin geringen Anteils von Selbstzahlern bzw. privat und halbprivat Versicherten.

Trotz dieser in den Daten der Medizinischen Statistik gut zu erkennenden Entwicklung hin zur integrierten Versorgung sehen alle Expert/innen die *Verlagerung zu teilstationären und ambulanten Angeboten* auch für die nächsten Jahre als wichtigen Aspekt. Dementsprechend wird ein weiterer Auf- und Ausbau dieser Angebote gefordert. Gerade hier zeigt sich aber auch, dass die Medizinische Statistik, die bisher ausschliesslich für (teil-)stationäre Behandlungen vorliegt, immer nur einen Ausschnitt der psychiatrischen Versorgung beleuchten kann. Basisdaten aus ambulanten und teilstationären Behandlungen sind für eine umfassende Analyse der psychiatrischen Versorgung unverzichtbar. Das Fehlen dieser Daten wird auch von einigen Fachpersonen im Rahmen der Befragung bedauert.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der vorliegenden Auswertungen und der Befragung ist, dass die Patient/innen heute *schlechter sozial integriert* sind, als noch vor wenigen Jahren. Dies zeigt sich sowohl an den Daten zur Wohnsituation als auch am Zivilstand und dem Erwerbstatus. Einige Experten nennen dies als Mitgrund für die zunehmenden Wiedereintritte.

Eine zusätzlich wesentliche Entwicklung ist der tendenziell *abnehmende Anteil der Zwangseinweisungen*, was sich auch in anderen europäischen Ländern beobachten lässt.

Insbesondere in psychiatrischen Abteilungen von somatischen Spitälern hat sich die dokumentierte Behandlung in den letzten Jahren sehr verändert. Eine überaus deutliche Zunahme ist bei der *integrierten psychiatrischen Behandlung* zu verzeichnen. Grund dafür könnte sein, dass sich die Patientenstruktur verändert und insbesondere die Multimorbidität von Patient/innen, die in somatischen Spitälern psychiatrisch behandelt werden, zugenommen hat. Dies lässt sich anhand der dokumentierten Nebendiagnosen erkennen. Hierfür könnten jedoch auch eine verbesserte Diagnostik und eine höhere Sensibilität für psychische Störungen verantwortlich sein.

Insgesamt lässt sich in den Ergebnissen erkennen, dass sich die aktuelle psychiatrische Versorgung der Schweiz in einem *Prozess der Veränderung* befindet. Auch wenn bezüglich der ambulanten Versorgung aufgrund der Datenlage keine gesicherten Aussagen gemacht werden können, geht die Entwicklung in die von den Reformen beabsichtigte Richtung: Eine verstärkte integrierte Versorgung mit kürzeren stationären Aufenthalten und weitgehend ambulanter Behandlung sowie eine Zunahme spezialisierter psychiatrischer Angebote lassen sich aus den Ergebnissen schliessen und stellen für die Patientenversorgung eine Verbesserung dar.

Ausblick

Für die zukünftige Entwicklung sehen die befragten Fachpersonen die Notwendigkeit, die integrierte Versorgung in regionalen Einrichtungen weiter voranzutreiben. Hierfür gilt es weiter ambulante und teilstationäre Angebote auf- und auszubauen und insbesondere die Übergänge für die Patient/innen unkompliziert und sinnvoll zu gestalten. Gerade bei psychiatrischen Patienten ist ein häufiger Wechsel von behandelnden Institutionen eine zusätzliche Belastung und daher eine Betreuungskonstanz z.B. im Sinne eines Case-Managements wünschenswert.

Eine grosse Herausforderung sehen die Fachpersonen in der Finanzierung der psychiatrischen Versorgung der nächsten Jahre. Auch wenn bei der stationär-ambulanten Schnittstellenoptimierung langfristig ein Einsparpotential bis zu 25% vermutet wird, so werden für die beschriebene Umgestaltung je nach Stand der bisherigen Versorgung kurzfristig vermutlich weitere Mittel benötigt. Zum anderen wird von einigen befragten Expert/innen befürchtet, dass die Qualität der psychiatrischen Behandlungen unter einem zunehmenden Spardruck leiden könnte. Um eine gute Versorgung für alle Patient/innen unabhängig vom Versicherungsstatus zu gewährleisten, bleibt zu hoffen, dass die aufgezeigten und für die Patient/innen positiven Entwicklungen zu effizienteren Behandlungen führen und damit kostenneutral gestaltet werden können.

Résumé

Contexte

Une enquête sur la psychiatrie a été réalisée en 1975 en Allemagne dans le but de faire évoluer la prise en charge des patientes et des patients hospitalisés pour une longue durée en psychiatrie. Dans le sillage de cette enquête – qui visait à mieux adapter la prise en charge psychiatrique à la situation et aux besoins des malades, à favoriser leur intégration sociale et à établir un rapport d'égalité entre maladies psychiques et maladies somatiques – des réformes ont été accomplies ou mises en chantier également dans la psychiatrie en Suisse. Les soins psychiatriques sont engagés depuis assez longtemps déjà dans un processus de restructuration qui n'est pas encore terminé.

Problématique et méthode

Le but du présent travail est d'analyser l'évolution de la prise en charge psychiatrique en Suisse telle que reflétée dans la *statistique médicale des hôpitaux* de l'Office fédéral de la statistique. Cette dernière introduite en 1998, récolte des données de base de tous les hôpitaux de Suisse de manière uniforme. Depuis 2000, les données disponibles concernant les soins intra-muros sont suffisamment complètes pour examiner l'évolution des traitements. Les données des patients ayant bénéficié d'un traitement intra-muros entre 2000 et 2006, en raison d'un diagnostic principal psychiatrique (484'990 cas), ont été examinées dans le but de mettre en évidence les changements survenus dans la prise en charge et dans la structure de cette catégorie de patients. Nous avons étudié également les différences qui existent, sur plusieurs points importants, entre les cantons et entre les établissements de soins.

Notre objectif était aussi de proposer des éléments d'explication pour les changements et les évolutions que la statistique médicale a permis de mettre en évidence. Nous avons réalisé à cet effet une *enquête auprès de professionnels* qui travaillent dans des établissements psychiatriques, dans des services de santé ou issus du domaine de la science et de la recherche. Les réponses de ces experts ont été complétées par des informations tirées de la littérature spécialisée récente.

Résultats et conclusions

La principale évolution observée de 2000 à 2006 est une *augmentation du nombre de traitements psychiatriques alors que le nombre de patients reste stable*. Cette évolution traduit une augmentation nette du nombre de réadmissions (hausse de plus de 30%). Les spécialistes interrogés avancent, comme principal élément d'explication, l'intensification des mouvements de patients entre les services ambulatoires et hospitaliers. Cette évolution s'est accélérée au cours de la dernière année considérée (2006). Parallèlement à l'augmentation des réadmissions, on observe une baisse constante des durées de séjour, avec toutefois des différences assez importantes entre les cantons.

Les experts interrogés considèrent que l'intégration croissante des soins, et les passages plus fréquents entre les différents systèmes de soins, sont une évolution plutôt favorable pour les patientes et les patients, qui reçoivent ainsi des traitements plus spécialisés, adap-

tés à leurs besoins. Il faut toutefois veiller à proposer aux patients recourant à des hospitalisations fréquentes (« heavy user ») une prise en charge appropriée, qui limite la « spirale des réadmissions ».

Globalement, les résultats de l'enquête reflètent une tendance croissante à la *spécialisation des soins*, qui se traduit notamment par davantage de transferts entre hôpitaux, par une hausse des traitements en clinique et en division psychiatrique de patientes et patients ayant un diagnostic principal psychiatrique – jointe à une baisse des traitements en division somatique –, et par une fréquence accrue des traitements de suivi dans des établissements médico-sociaux. On constate que les maladies dépressives, en particulier, sont traitées de plus en plus en clinique ou en division psychiatrique (+10%) tandis que le traitement de ces maladies en établissement somatique a diminué dans la même proportion. La pratique plus fréquente des transferts en établissement spécialisé explique sans doute aussi le recul de près de 25% du nombre de patients recevant un traitement de longue durée (>1 ans).

Si la fréquence élevée des transferts entre les différents systèmes de soins est positive pour les patientes et les patients, elle est moins favorable pour les établissements eux-mêmes, car elle va de pair avec une augmentation des tâches administratives. Les spécialistes interrogés pensent néanmoins que les efforts d'intégration des soins méritent d'être poursuivis. Un autre changement important pour les établissements de soins réside dans la baisse de la part – déjà faible auparavant – des patients assurés en division privée ou semi-privée.

Malgré cette évolution vers des soins plus intégrés mise en évidence dans la statistique médicale, tous les experts considèrent qu'il faudra dans les années à venir évoluer encore vers *davantage de soins semi-hospitaliers et ambulatoires* et qu'il faut poursuivre le développement de l'offre dans ces domaines. C'est ici qu'apparaissent les limites de la statistique médicale, qui ne porte que sur les traitements (semi-)hospitaliers et qui de ce fait n'éclaire qu'un seul segment des soins psychiatriques. Une analyse complète des soins psychiatriques nécessiterait des données de base sur les traitements ambulatoires et semi-hospitaliers. L'absence de ces données a été déplorée par quelques-uns des professionnels interrogés.

Autre résultat important de notre analyse et de notre enquête : les patientes et les patients sont *moins bien intégrés socialement* aujourd'hui qu'il y a quelques années. Ce constat ressort aussi bien des données sur les conditions de logement des patients que de celles relatives à leur état civil et à leur situation professionnelle. Certains experts voient là l'une des raisons de l'augmentation des réadmissions.

Une autre évolution importante réside dans la *baisse tendancielle des admissions forcées*, qui s'observe également dans d'autres pays d'Europe.

Au cours des dernières années, la forme des traitements a particulièrement changé dans les divisions psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques. On observe notamment une augmentation très nette des *traitements psychiatriques intégrés*. Cette évolution est peut-être due au fait que la structure de la population traitée a changé, avec une hausse de la multimorbidité parmi les patientes et les patients traités en établissement somatique pour des troubles psychiatriques. Cette explication s'appuie sur l'analyse des données relatives aux diagnostics supplémentaires. Elle pourrait être due également à une amélioration des diagnostics et à une sensibilité accrue du corps médical aux troubles psychiques.

D'une manière générale, ces analyses montrent que les soins psychiatriques en Suisse sont *en évolution*. Même si aucune information n'est disponible concernant les soins ambulatoires, l'évolution semble aller dans le sens des réformes souhaitées : plus grande intégration des soins, avec des séjours hospitaliers plus courts et des traitements en grande partie ambulatoires, et augmentation des soins psychiatriques spécialisés. Cette évolution constitue une amélioration pour les patient(e)s et les patients.

Perspectives

Selon les professionnels interrogés, il est nécessaire de poursuivre à l'avenir l'intégration des soins dans les établissements régionaux. Dans cette perspective, il faut créer et développer encore les soins ambulatoires et semi-hospitaliers, mais aussi simplifier et rationaliser le passage des patients entre les différents systèmes de soins. Cependant, les changements fréquents d'établissements peuvent constituer, en particulier pour les patients psychiatriques, une charge psychologique non négligeable. Par conséquent, il serait souhaitable de développer des prises en charge qui garantissent une certaine continuité des soins, par exemple sous forme de « *case-management* ».

Les spécialistes interrogés considèrent que le financement des soins psychiatriques constituera dans les années à venir un défi important à relever. Même si l'on peut espérer à long terme un potentiel d'économies pouvant aller jusqu'à 25% en optimisant les modalités de passage entre soins intra-muros et soins ambulatoires, des ressources supplémentaires – plus ou moins importantes selon la situation actuelle des soins – seront sans doute nécessaires à court terme pour procéder aux réorganisations évoquées plus haut. Certains des experts interrogés craignent que la qualité des traitements psychiatriques ne vienne à souffrir d'une volonté croissante d'économies. Pour pouvoir assurer de bons traitements à tous les patients, indépendamment de la manière dont ils sont assurés, il reste à espérer que les évolutions constatées – qui sont positives pour les patientes et les patients – conduiront à des traitements plus efficaces, ce qui permettrait d'assurer la neutralité des coûts.

1 Einführung

In vielen Ländern ist in der psychiatrischen Versorgung der letzten Jahrzehnte ein andauernder Prozess der Umstrukturierung zu erkennen. In Deutschland war die Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 mit den Empfehlungen von 200 Sachverständigen ein Meilenstein in der Geschichte der Reformbewegung der psychiatrischen Versorgung. Aber auch in der Schweiz und vielen anderen Ländern wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Psychiatriereformen durchgeführt oder begonnen, wobei die Ziele immer ähnlich sind: Dauerhospitalisierte Patient/innen sollen gemeindenah, bedarfsgerecht und patientenzentriert versorgt und ausserdem weitestgehend sozial integriert werden (Brenner, Rössler & Fromm, 2003).

1.1 Ausgangslage

Bei jeder Psychiatriereform müssen komplexe Zusammenhänge aus politischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen und nicht zuletzt den vorhandenen Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden. Um in diesem komplexen Gefüge die erwünschten Ergebnisse bestimmter Veränderungsmaßnahmen evaluieren zu können, werden aussagekräftige und zuverlässige Daten und Auswertungen einer Basisdokumentation benötigt.

Zum einen kann man mit Hilfe dieser Daten erkennen, ob verschiedene Reformen die erwünschten Wirkungen bei der Routineversorgung psychisch erkrankter Personen zeigen, und ob es eventuell Fehlentwicklungen gibt, auf die man frühzeitig reagieren sollte. Zum anderen sind regelmässige Auswertungen der wesentlichen Basisdaten zwingend erforderlich, um die Notwendigkeit für zukünftige Anpassungen von Versorgungsangeboten zu bestimmen.

Im Jahre 1998 wurde in der Schweiz eine einheitliche Krankenhausstatistik (Medizinische Statistik der Krankenhäuser) eingeführt. Auch wenn die vollständige Umsetzung in den Spitälern einige Zeit in Anspruch genommen hat, liegt heute eine einheitliche Basisdokumentation für alle Spitäler vor, in denen Patient/innen stationär psychiatrisch versorgt werden. Ab dem Jahr 2002 können diese Daten als ausreichend zuverlässig angesehen werden, so dass bis zum Jahr 2006 ein aussagekräftiger Zeitraum für die Analyse von Entwicklungen der letzten Jahre zur Verfügung steht (vgl. Kapitel 3).

1.2 Ziel der vorliegenden Studie

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Routinedaten der Medizinischen Statistik der stationären psychiatrischen Versorgung aus den Jahren 2000 bis 2006 im Zeitverlauf auszuwerten. Die schweizweiten Daten werden dabei im Hinblick auf Veränderungen der Versorgungssituation und der Patientenstruktur analysiert. Weiterhin wird an zentralen Punkten auch auf kantonale oder institutionelle Unterschiede eingegangen.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, Erklärungsansätze für die Veränderungen und Entwicklungen, die sich in den Daten der Medizinischen Statistik erkennen lassen, aufzuzeigen. Hierfür wurden verschiedene Experten/innen aus der Schweiz zu den konkreten Ergebnissen befragt. Ergänzt werden die Experteneinschätzungen mit Erklärungsansätzen aus der Literatur.

1.3 Kapitelübersicht

Zunächst werden in Kapitel 2 (*Einflussfaktoren auf die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung*) verschiedene Rahmenbedingungen bzw. Einflussfaktoren der psychiatrischen Versorgung kurz beschrieben und dabei auch auf die schweizerische Situation im internationalen Vergleich eingegangen. In Kapitel 3 (*Methodisches Vorgehen*) wird dann das konkrete Vorgehen für die vorliegenden Auswertungen zum Mehrjahresvergleich 2000–2006 dargestellt. Insbesondere wird auf die Datenquellen, die Datenqualität sowie die Vergleichbarkeit der Auswertungsjahre eingegangen. Weiterhin wird dort das Vorgehen bei der Expertenbefragung beschrieben.

Im *Ergebnisteil* (Kapitel 4) werden wesentliche Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Jahre 2000 bis 2006 aufgezeigt. Dabei werden die aus der Expertenbefragung resultierenden Einschätzungen und Erklärungsansätze integriert. Anschliessend werden im *Fazit* (Kapitel 5) die wichtigsten Ergebnisse und deren Bewertung zusammengefasst sowie ein Ausblick für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz gegeben.

2 Einflussfaktoren auf die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung

Die 1975 veröffentlichte Psychiatrie-Enquete (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland) wurde von einer, durch die deutsche Bundesregierung berufenen, unabhängigen Sachverständigenkommission aus 200 Mitarbeitern aller Bereiche der Psychiatrie erstellt. Aufgrund grosser Unzulänglichkeiten in der Behandlung psychisch Kranker stellte die Kommission verschiedene Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung vor: Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen, gemeindenaher Versorgung, Umstrukturierung der psychiatrischen Krankenhäuser, getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte, Gleichstellung körperlich und psychisch Kranker, Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung sowie Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. DGPPN, 2007).

Seit der Psychiatrie-Enquete ist in vielen Ländern bis heute ein andauernder Veränderungsprozess der psychiatrischen Versorgung zu beobachten. In Deutschland haben die Reformen zu einigen positiven Veränderungen geführt (Schmidt, 2004; Wagner, 2006). Auch die psychiatrische Versorgung in der Schweiz unterliegt seit Jahren einem Prozess der Umstrukturierung (Ebner, 2007). Die gesamte psychiatrische Versorgungsorganisation hat international einen Umbruch erlebt (Brenner, 2004) und in vielen westlichen Ländern wurden Psychiatriereformen begonnen (Becker, 2006).

International besteht Konsens über die Ziele der Psychiatriereformen, bei denen es im Wesentlichen darum geht, dauerhospitalisierte Patient/innen gemeindenaher, bedarfsgerecht und patientenzentriert zu versorgen und zudem weitestgehend sozial zu integrieren (Brenner, Rössler & Fromm, 2003). Hierzu gilt es ambulante Hilfsangebote im Lebensumfeld der Patient/innen und ihrer Familien aufzubauen (Gemeindenähe und Ambulantisierung), stationäre Hilfen zu dezentralisieren und zu regionalisieren (Deinstitutionalisierung und Regionalisierung), Hilfen zu koordinieren, die Gleichstellung psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranken voranzutreiben sowie stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden (Bedarfsorientierung).

Insgesamt kann man sagen, dass die psychiatrischen Reformbewegungen in Europa nur einige ihrer Ziele erreicht haben und der Umsetzungsprozess zum Teil immer noch im Gange ist (Becker, 2006). Dabei gibt es erhebliche regionale Variationen und der Prozess hat sich in den verschiedenen Ländern und auch Kantonen der Schweiz ungleich schnell entwickelt (Brenner, Rössler & Fromm, 2003). Zum einen wurde mit Psychiatriereformen unterschiedlich früh begonnen, zum anderen wurden die Zielsetzungen der Reformen über die Zeit unterschiedlich intensiv vollzogen, was auf unterschiedliche finanzielle Ressourcen und die Akzeptanz der Veränderung innerhalb der Länder zurückzuführen ist (Rössler & Salize, 1996; Becker, 2006). Eine zeitlich definierte Psychiatriereform wie beispielsweise in Deutschland findet sich in der Schweiz nicht (Ebner, 2007). Die Veränderungen psychiatrischer Versorgung vollziehen sich möglicherweise auch aus diesem Grund in geringerem Umfang als in den Nachbarländern. Dennoch werden auch in der Schweiz seit den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts sozialpsychiatrisch ausgerichtete Reformschritte wie Normalisierung,

Bedarfsorientierung, Gemeindeintegration, Patientenzentrierung und integrierte Behandlung kontinuierlich fortgesetzt und eingeführt (Brenner, Rössler & Fromm, 2003).

Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung wird dabei von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, zu denen politische, gesellschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen genauso zu zählen sind, wie neue Behandlungskonzepte und -strategien. Durch neue Therapiekonzepte, Behandlungsmethoden, steigenden Kostendruck und weitere Einflussfaktoren verändert sich jedoch auch die Angebotslandschaft.

Ein zentrales Ziel fast aller Reformen ist, die Behandlungen stärker von dem stationären in den ambulanten und gemeindenahen Bereich zu verschieben. In den letzten Jahren ist zusätzlich in vielen europäischen Ländern der Kostendruck im Gesundheitswesen sowie die Bemühung, die Versorgung psychisch Kranker effizienter und kostengünstiger zu gestalten, gestiegen. All diese genannten Rahmenbedingungen und vielschichtigen Faktoren können jedoch nicht getrennt betrachtet werden, sondern interagieren miteinander und beeinflussen im Zusammenspiel die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Über diese Faktoren, welche Einfluss auf die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung ausüben, wird im Folgenden ein kurzer Überblick gegeben.

2.1 Politische Rahmenbedingungen

Psychiatrische Versorgung meint die „institutionellen Strukturen sowie die Quantität und Qualität der Leistungsangebote im psychiatrischen Bereich, mit denen dem Hilfebedarf von Menschen mit psychischen und psycho-sozialen Störungen professionell begegnet wird“ (zit. aus Baer & Cahn, 2005; S. 11). Bei Veränderungen des Gesundheitswesens und damit der psychiatrischen Versorgung spielen politische und gesellschaftliche Faktoren eine entscheidende Rolle. Auf politischer Ebene existieren in der Schweiz keine nationale Psychiatriepolitik, keine gemeinsame Strategie und auch keine verbindlichen Grundsätze, die eine einheitliche nationale psychiatrische Versorgung sicherstellen (Baer & Cahn, 2005; Brenner, 2004). Aufgrund dessen haben sich kantonale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung entwickelt und dies hat zu verschiedenen Versorgungsmodellen geführt. In vielen Kantonen sind Reformen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Richtung der internationalen Forderungen begonnen worden, aber nicht überall wurden diese auch abgeschlossen (Meyer & Hell, 2004). Beispiele für solche Reformen sind das seit 1980 bestehende Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft und dessen Folgeplanung (Baer & Cahn, 2003) und das seit 1998 bestehende Zürcher Psychiatriekonzept (Hell et al., 1999). In vielen anderen Kantonen wurden Psychiatriekonzepte entwickelt und Pilotprojekte mit verschiedenen Schwerpunkten durchgeführt oder zumindest begonnen. Beispielsweise wurde ein Modellprojekt zum Thema *gemeindeintegrierte Akutbehandlung* für den Kanton Luzern im Jahr 2007 eingeführt.

Insgesamt unterscheiden sich die kantonalen Versorgungskonzepte untereinander in Angebotsumfang und -struktur (Baer & Cahn, 2005). Neben fehlenden politischen Vorgaben und kantonal unterschiedlichen Konzepten führen die Dezentralisierung der psychiatrischen Angebote, die Auftrennung gesetzlicher und finanzieller Zuständigkeiten sowie institutionelle, versicherungsrechtliche und behördliche Anliegen zu einem fragmentierten Versorgungssys-

tem in der Schweiz (Baer & Cahn, 2005). Diese Aspekte erschweren ein gemeinsames Verständnis sowie eine gemeinsame Planung und Steuerung der Versorgung (Ebner, 2007).

Im Februar 2004 legte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine nationale Strategie zur psychischen Gesundheit vor (Bundesamt für Gesundheit, 2004). Diese weist auf bestehende Lücken im System der psychischen Gesundheit allgemein und deren Versorgung hin und definiert zehn Empfehlungen für einen Aktionsplan. Die inhaltlichen Empfehlungen beziehen sich auf die vier Arbeitsfelder: Früherkennung von psychischen Störungen und Frühintervention, Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit, Bewusstseinsbildung gegenüber psychischer Gesundheit und Krankheiten in der Bevölkerung sowie Förderung der Selbst- und Freiwilligenhilfe.

Ausserdem wurde von der Gesundheitsdirektorenkonferenz ein Grundsatzpapier ausgearbeitet (Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, 2008). Es ist der Versuch, eine über die Kantone hinausgehende Strategie in der Versorgung psychisch kranker Menschen festzulegen.

2.2 Gesellschaftliches Umfeld

Neben politischen Bedingungen spielen gesellschaftliche Faktoren in der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen eine wichtige Rolle. Seit die Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin etabliert ist, kämpft diese um gesellschaftliche Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich kranken Menschen, um deren Integration und gegen ihre Diskriminierung (Hinterhuber, 2007). Auch der Stellenwert der Psychiatrie innerhalb der Medizin wäre verbesserungsfähig, was sich z.B. an den Rekrutierungsproblemen für Assistenzärzte /innen zeigt. Laut Wahl (1999) ist die Stigmatisierung eines der schwerwiegendsten Probleme, die Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen erleben. Sie beeinträchtigt ihre Selbstachtung, trägt dazu bei, dass Familienbeziehungen zerbrechen und wirkt sich negativ auf die Fähigkeit zur Anknüpfung sozialer Beziehungen sowie auf Wohnungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten aus. Ursachen sind oft fehlende Information und mangelndes Verständnis für psychisch kranke Personen. Häufig stossen die betroffenen Personen bei anderen Menschen immer noch auf Ablehnung und Vorurteile, schämen sich und fühlen sich ausgeschlossen. Die Folgen von psychischen Störungen sind oft sehr einschneidend und betreffen häufig das gesamte Lebensumfeld. Zunehmend häufiger ist zum Beispiel die Erwerbstätigkeit von den Auswirkungen betroffen. Kuhl, Junge & Bader (2007) fanden in einer Studie in Basel, dass zwischen 2001 und 2006 der Anteil der erwerbstätigen stationären Patient/innen von 17,7% auf 10,3% abgenommen hat (Rückgang um 42%). Die Quote psychisch kranker Personen ohne Beschäftigung ist ohnehin relativ hoch. Rund 25% der Menschen, die stationär in der Psychiatrie behandelt werden, sind erwerbslos, mit steigender Tendenz. Trotz dem Wunsch in den Arbeitsprozess zurückzukehren, bleibt ein Zugang in den allgemeinen Arbeitsmarkt häufig versagt. Nicht zuletzt aufgrund der Informationstechnologie hat sich die Arbeitswelt verändert, viele einfache Tätigkeiten sind weggefallen oder ins Ausland verlagert worden. Personen, die aufgrund psychischer Störungen weniger belastbar sind, sind meistens die ersten, die ihren Arbeitsplatz verlieren. Oft bleibt nur die berufliche Rehabilitation, z.B. in Werkstätten für Behinderte. Neben der zunehmenden Erwerbslosigkeit psychiatrischer Patient/innen haben sich in den letzten 10 Jahren in der Schweiz Berentungen aufgrund psychischer Leiden durch die Invalidenversicherung verdoppelt (Baer & Cahn, 2005).

1986 wurden noch 20% der IV-Renten wegen psychischer Krankheit ausgesprochen, im Jahr 2005 ist bei 37% der Fälle eine psychische Krankheit der Grund für eine Invalidenrente (Schuler, Rüesch & Weiss, 2007). Ein ähnlicher Anstieg ist in allen OECD-Ländern zu verzeichnen, in der Schweiz allerdings schneller und das Durchschnittsalter bei Neuberentungen liegt tiefer (Rizzi, 2007).

In absoluten Zahlen hat sich die Zahl der IV-Rentenbezieher mit psychischen Störungen in der Schweiz von 52'000 (1998) auf fast 100'000 im Jahre 2007 nahezu verdoppelt (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Statistik, 2007). Nach Schöpf (2005) besteht der Hauptgrund der zahlreichen IV-Renten darin, dass die Langzeitprognose vieler psychischer Krankheiten schlechter ist als weithin angenommen. Baer und Cahn (2005) weisen als Erklärung für die Zunahme der IV-Renten darauf hin, dass die beruflichen Eingliederungsmassnahmen bei psychisch Erkrankten eher eine schlechte Wirkung zeigen. Hinsichtlich der Berentung gibt es kantonale Unterschiede. Nach Schuler, Rüesch und Weiss (2007) zeigt sich der grösste Unterschied im Jahr 2005 zwischen der Zentralschweiz mit einer Rate von 14 IV-Fällen pro 1'000 Einwohner/innen und dem Tessin mit rund 27 IV-Fällen. In der gesamten Schweiz ist jedoch ein Zuwachs zu verzeichnen. Unter Umständen liegt der Anstieg zum Teil darin begründet, dass heute IV-Renten aus psychischen Gründen bewilligt werden, die früher als somatisch gezählt haben (beispielsweise Rückenschmerzen, die heute als somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden).

Trotz bestehender Widerstände können in den letzten Jahrzehnten Veränderungen der Haltung gegenüber psychisch Kranken und gegenüber den behandelnden Institutionen festgestellt werden (Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, 2002). Das BAG (2004) spricht von einer Erhöhung der gesellschaftlichen Akzeptanz. Hierzu haben die Betroffenen, Selbsthilfeorganisationen und Angehörigen-Netzwerke massgeblich beigetragen. Ein Projekt, bei dem die gesellschaftliche Akzeptanz erhoben wurde ist beispielsweise das Projekt *Zuger Bündnis gegen Depression*. Es hat dazu beigetragen, die Hemmschwelle herabzusetzen, sich mit dieser Krankheit zu beschäftigen. Dadurch ist sowohl der Weg von Betroffenen zu fachlicher Hilfe erleichtert, wie auch die Wahrnehmung und Akzeptanz – und somit die Hilfsbereitschaft – im sozialen Umfeld gefördert worden. Zu dieser Entwicklung hat auch das Angebot an Selbsthilfegruppen, das von der Frauenzentrale Zug im Auftrag des Kantons koordiniert wird, beigetragen (vgl. Gesundheitsdirektion Kanton Zug, 2007).

2.3 Finanzielle Rahmenbedingungen

Im gesamten Schweizer Gesundheitssystem war in den Jahren 2000 bis 2005 eine Kostenzunahme um durchschnittlich 4,1% pro Jahr zu beobachten. Die ambulante Behandlung in den Krankenhäusern verzeichnete in diesem Zeitraum einen stärkeren Zuwachs von durchschnittlich 10,3% pro Jahr, während der Anstieg im stationären Bereich bei 3,2% lag (vgl. BFS, 2007a).

Eine ähnliche Kostenentwicklung zeigt sich auch in der alleinigen Betrachtung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und zwar sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Zwischen den Jahren 1998 und 2002 liegt die Kostenzunahme der obligatorischen Krankenversicherung für ambulante Psychiatrie bei 15% und für die stationäre

Psychiatrie bei 18% (Meyer & Hell, 2004). Laut *santésuisse* zahlte die Grundversicherung im Jahr 2000 333 Mio. Franken für die ambulante Psychiatrie, während es im Jahr 2002 bereits 354 Mio. Franken waren (Sturny, Cerboni, Christen & Meyer, 2004; Meyer & Hell, 2004). Allein für die psychiatrischen Kliniken ohne psychiatrische Abteilungen von somatischen Spitälern betragen die Kosten im Jahr 2003 insgesamt 1,76 Mrd. Franken (Bundesamt für Statistik, 2005). Für Psychotherapie übernahm die obligatorische Grundversicherung im Jahr 2004 rund 500 Mio. Franken (Spycher, Margraf & Meyer, 2005).

Die Kosten des Gesundheitssystems werden zu 44% von der Grundversicherung, zu 26% vom Staat und zu 20% von Privathaushalten getragen. Der Rest verteilt sich auf Sozialversicherungen (AHV-IV, UV, MV), Privatversicherungen und sonstige private Finanzierungen (BFS, 2007a). Die beiden Sozialversicherungen KVG und IVG spielen daneben auch eine zentrale Rolle bei der Mitbestimmung und -gestaltung des psychiatrischen Versorgungssystems und der Etablierung innovativer Versorgungsstrukturen und -konzepte in der Versorgungspraxis (Brenner, Rössler, & Fromm, 2003).

Bei der Vergütung von stationären Versorgungsleistungen werden in den letzten Jahren verschiedene Modelle und deren Auswirkungen diskutiert. Im schweizerischen Gesundheitswesen wurde für die stationäre Versorgung ein grundsätzlicher Wechsel zu leistungsbezogenen Pauschalen vollzogen. Trotzdem bleibt bei vielen Dauerbehandlungen, insbesondere in der Psychiatrie, die Anwendung von Tagespauschalen alternativlos, obwohl der tatsächliche Behandlungsaufwand zum Teil sehr unterschiedlich sein kann.

In der somatischen Medizin wurden in den letzten Jahren leistungsbezogene Anreize für eine wirtschaftliche und effiziente Versorgung durch die Einführung von DRGs geschaffen. Für die Psychiatrie besteht Einigkeit, dass eine Fallpauschale nach dem Modell DRG für psychische Erkrankungen nicht Erfolg versprechend ist. Aufgrund der hohen Individualität und Heterogenität psychischer Erkrankungen und deren Verläufen können diese nicht über Diagnosecodes als Fallkosten abgebildet und die heutigen Tagesvollpauschalen nicht abgelöst werden.

Die Zielsetzung ist jedoch auch für die Psychiatrie, die Vergütung stärker leistungsbezogen zu gestalten. Aktuell werden in dem Projekt *psysuisse* von H+ hierfür Vorschläge erarbeitet. Eine „Fachkommission Tarife“ wurde beauftragt, Alternativen zur Fallpauschale nach DRG, also eine leistungsorientierte Abgeltung, die differenzierter als eine Tagesvollpauschale ist, zu suchen, zu bestimmen und zu berechnen. Der Schweregrad des Leidens und die Intensität der Behandlung sollen die Grundlage des Leistungsfinanzierungssystems bilden (vgl. *psysuisse*, 2008). Weitere Modelle wie z.B. das Pilotprojekt Fallgruppierung Psychiatrie der PUK Zürich oder das regionale Psychiatriebudget, wie es im Berner Oberland ausprobiert wird, sind ebenfalls zu nennen.

2.4 Veränderung von Inanspruchnahme und Hospitalisierungsraten

Wesentliche Veränderungen in der Schweizer Psychiatrie zeigen sich auch im Inanspruchnahmeverhalten psychisch kranker Patient/innen, beispielsweise in der Zunahme der Hospitalisierungen. Einen Anstieg der Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung in den letzten 10 Jahren konnten Baer und Cahn (2005) feststellen. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass dies nicht auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen zurückgeführt wer-

den kann, sondern vielmehr auf einen durch eine gewisse Entstigmatisierung erhöhten Bedarf an Behandlungen. Die Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) zeigte zwischen den Jahren 1997 und 2002 eine tendenzielle Zunahme der Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund eines psychischen Problems von 4% auf 4,5%. Der Anstieg geht im Wesentlichen auf die Inanspruchnahme durch Frauen zurück, deren Anteil im Jahr 1997 5,2% und 2002 6,0% betrug. Der ohnehin geringere Anteil von Männern, die aufgrund eines psychischen Problems Hilfe in Anspruch nahm, blieb zwischen 1997 und 2002 mit 3% nahezu konstant. Dabei sind auch Besuche bei nicht-ärztlichen Fachpersonen wie zum Beispiel Psychologe/innen mitberücksichtigt worden (vgl. Schuler, Rüesch & Weiss, 2007).

Möglicherweise tragen der gesellschaftliche Trend einer sinkenden Stigmatisierung von psychisch Kranken und eine zunehmende Professionalisierung der Hilfe zu einer stärkeren Inanspruchnahme bei (Baer & Cahn, 2003). Studer (2004) weist auf eine Verdoppelung der stationären Behandlungen und einen gleichzeitigen Rückgang der Aufenthaltsdauer seit Anfang der Neunziger Jahre hin. Trotz der erhöhten Inanspruchnahme und der zunehmenden Hospitalisierungsraten haben laut einer Metaanalyse von Kessler et al. (2005) die Prävalenzraten für psychische Störungen im Zeitraum von 1990–2003 nicht zugenommen (vgl. auch Wittchen, 2007). Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Kuhl und Herdt (2007), wonach zwischen den Jahren 2000 und 2004 ein Anstieg der Behandlungsfälle um 16,5% zu verzeichnen ist, während die Anzahl der stationär behandelten Personen nur um 6,2% angestiegen ist. Dies ist auf eine Zunahme der Wiedereintritte zurückzuführen. Möglicherweise ist diese Entwicklung eine Folge von Spardruck und damit einhergehenden kürzeren Aufenthaltsdauern. Eine weitere Erklärung könnte auch eine stärkere Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Angeboten darstellen. Weiterhin drängen Patient/innen und Angehörige häufig auf kürzere Hospitalisationen, was bei geänderten rechtlichen Voraussetzungen teilweise zu früheren Entlassungen führt als medizinisch indiziert wäre.

Im Zeitraum von 2003 bis 2005 haben Störungen durch Alkoholkonsum und Störungen des depressiven Formenkreises relativ deutlich zugenommen, bei Patient/innen mit Störungen durch psychotrope Substanzen sowie für Patient/innen mit Störungen des schizophrenen Formenkreises bleiben die Hospitalisierungsraten in psychiatrischen Kliniken im Vergleichszeitraum eher konstant (Obsan-Einzelindikatoren 6.3.20–6.3.23, 2007). Kontinuierliche Zunahmen der Hospitalisierungsraten wegen Störungen durch Alkoholkonsum weisen insbesondere die Kantone Basel-Stadt, Genf, Neuenburg und Jura auf (Obsan-Einzelindikatoren 6.3.20, 2007).

2.5 Die psychiatrische Versorgungsstruktur in der Schweiz

Die durchgeführten Psychiatriereformen haben auch in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten zu einer Veränderung der Psychiatriestrukturen und zu einer Reorganisation der psychiatrischen Grosseinrichtungen beigetragen. Damit verbunden sind bis heute Enthospitalisierungsbemühungen und ein massiver Bettenabbau in den psychiatrischen Kliniken. In der Schweiz dominiert jedoch immer noch die traditionelle stationäre Psychiatriestruktur. Gemäss der Projektdatenbank ATLAS des gleichnamigen WHO-Projekts (WHO, 2005; ATLAS: Mapping Mental Health Resources in the World) umfasst die Bettenzahl im Jahr 2000 in der

Schweiz 1,3 Betten pro 1'000 Einwohner/innen. Damit gehört die Schweiz zu den oberen 15% der 191 untersuchten Staaten, obwohl sich die Bettenzahl¹ seit dem Jahr 1970 halbiert hat (Ebner, 2007; Frick & Rössler, 2006). Die Schweiz liegt deutlicher als ihre Nachbarländer über der von der WHO empfohlenen Rate von 0,5 bis 0,8 Betten pro 1'000 Einwohner/innen (Binswanger, 2005; Brenner, 2004).

Weitere Ziele der Psychiatriereformen sind gemeindenahe Versorgungsstrukturen sowie der Ausbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (Schaub, 2004). Auf internationaler Ebene hat sich die Versorgungsorganisation gewandelt (Brenner, 2004). In der Schweiz finden diese Veränderungen langsamer als beispielsweise in den Ländern Italien, Frankreich oder Deutschland statt (Meyer & Hell, 2004). Einem zunehmenden Bedarf stehen zu wenig ausgebaute und genutzte ambulante und teilstationäre Versorgungsstrukturen gegenüber (Baer & Cahn, 2005). In der Schweiz genießt die stationäre immer noch Vorrang vor der ambulanten Versorgung (Brenner, Rössler & Fromm, 2003). In den letzten 10 Jahren konnte schweizweit eine starke Zunahme stationärer Aufnahmen beobachtet werden. Hierbei hat sich die Zahl der stationären Behandlungen etwa verdoppelt (Brenner, Rössler & Fromm, 2003). Die angestrebte sinnvolle Gewichtung von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten ist in der Schweiz bisher noch nicht erreicht (Brenner, 2004).

Viele Autoren begründen die Unausgewogenheit zwischen stationären und ambulanten Angeboten unter anderem mit der Immobilität der Tarife (Brenner, 2004; Brenner, Rössler & Fromm, 2003; Ebner, 2007; Frick & Rössler, 2006; Junghan & Ricka, 2006). Es existieren keine finanziellen Anreize für die Verlagerung der Versorgung in Richtung des ambulanten und teilstationären Bereichs, da das Krankenversicherungsgesetz eine pauschalierte Finanzierung über Krankenversicherung und Kantone vorzieht (Ebner, 2007). Zudem wird mit der Argumentation der Kostenausweitung der Aufbau komplementärer und ergänzender nicht-stationärer Angebote behindert (Junghan & Ricka, 2006). Weiterhin fehlen versorgungspolitische Vorgaben, z.B. in Form von verbindlichen Psychiatrieplänen, die den Übergang von klinik- zu gemeindezentrierten Angeboten steuern (Brenner, 2004).

Dabei zeigen sich hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung grosse kantonale Differenzen. Im ambulanten Sektor kann in urbanen Kantonen wie Zürich, Basel und Genf das grösste Angebotsnetz beobachtet werden, in eher ländlichen Kantonen wie Appenzell sind relativ wenige niedergelassene Psychiater/innen vertreten. In einigen Regionen besteht im Gegensatz dazu im ambulanten Sektor ein gutes Angebot an ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapieangeboten. Im Zeitraum von 1984 bis 2002 ist die Zahl der nicht-ärztlichen Psychotherapeut/innen um das 15,6-fache, für psychiatrische Fachärzt/innen um das 2,7-fache angestiegen (Meyer & Hell, 2004). Mit 22 Psychiater/innen auf 100'000 Einwohner/innen gehört die Schweiz zu den oberen 13% der Länder (Frick & Rössler, 2006).

Auch wenn die Zahl der Niedergelassenen zunimmt, besteht nach wie vor Konsens in der Forderung eines vermehrten Angebotes von institutionellen ambulanten und teilstationären Versorgungseinheiten sowie einer stärkeren Vernetzung von ambulanten, teilstationären

¹ Es ist relativ schwierig die Bettenzahl sauber zu erfassen, da nicht klar definiert ist, was unter einem „Psychiatriebett“ zu verstehen ist (z.B. in der Gerontopsychiatrie die Unterscheidung zwischen Pflegebetten und psychiatrischen Betten).

und stationären Angeboten. Beispiele für die Schaffung kleiner vernetzter Versorgungsgebiete (Sektorisierung) lassen sich nur vereinzelt in einigen Kantonen finden. In ländlichen Gebieten sind die gemeindenahen, ambulanten und teilstationären Angebote heute dennoch besser verfügbar als noch vor 15 Jahren.

2.6 Massnahmen zur Qualitätssicherung

In den letzten 10 bis 15 Jahren haben viele Massnahmen und Projekte unter dem Dach der Qualitätssicherung Einzug in die psychiatrische Versorgung gehalten. Qualitätssicherung beschreibt dabei alle Bemühungen, die Behandlungsgüte zu verbessern und die Versorgung psychisch erkrankter Personen effizienter zu gestalten.

Das im Jahr 1994 revidierte Krankenversicherungsgesetz sieht Qualitätssicherung als einen wichtigen Aspekt im Gesundheitsbereich vor. Der Bundesrat bindet hierbei die Qualitätssicherung an Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Seit 1998 ist diese in einem Vertrag zwischen H+ und santésuisse für den stationären Bereich festgelegt (Baer & Cahn, 2005). Hierin ist die schrittweise Entwicklung qualitätssichernder Massnahmen geregelt, und von den Spitälern wird die Einführung eines Qualitätsmanagements gefordert.

Zahlreiche Kliniken orientieren sich inzwischen an etablierten Qualitätsmanagementsystemen und durchlaufen Zertifizierungen. Nahezu jede Klinik hat einen Qualitätsbeauftragten und führt verschiedene Massnahmen und Projekte zur Qualitätssicherung durch. Die schrittweise Einführung von ergebnisrelevanten Qualitätsmessungen dient der klinikinternen Evaluation sowie dem Initiieren von Verbesserungsprozessen, aber auch dem Rechenschaftsbericht gegenüber der Öffentlichkeit und der Bereitstellung relevanter Qualitätsinformationen für Patient/innen, Finanziern und politische Entscheidungsträger. Letztlich dienen diese Qualitätsmessungen auch der Optimierung des Versorgungssystems (vgl. KIQ, 2008).

Die häufigsten Projekte in diesem Bereich basieren auf verschiedenen Messungen zum Behandlungsergebnis (Outcome). Dazu zählen sowohl Einschätzungen von behandelnden Ärzt/innen als auch von den Patient/innen. In nahezu allen Spitälern werden Befragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt, die allgemeiner konzipiert sind und sich häufig nicht nur auf das Behandlungsergebnis beziehen. Weiterhin werden häufig Symptombelastung, Lebensqualität sowie kritische Ereignisse erhoben. Einen guten Überblick über eingesetzte Verfahren in diesen Bereichen gibt der *Zwischenbericht der Expertengruppe Psychiatrie* (KIQ, 2002).

Im Rahmen von Qualitätsverbesserungen in der psychiatrischen Versorgung wird häufig eine bessere Vernetzung von behandelnden Institutionen gefordert. Aus diesem Grund wurden von einigen psychiatrischen Kliniken in den letzten Jahren Zuweiserbefragungen durchgeführt. Diese Projekte bezwecken eine bessere Kommunikation und Interaktion der am Versorgungsprozess beteiligten Stellen.

Eine in Zukunft zunehmende Rolle im Qualitätsmanagement werden Vergleiche von Spitälern bezüglich verschiedener Indikatoren spielen (Benchmarking). In der Schweiz wurden bereits einzelne Benchmarkprojekte realisiert. Beispielsweise wird von den drei deutschsprachigen psychiatrischen Universitätskliniken dazu seit 2005 ein multizentrisches Projekt

durchgeführt, bei welchem verschiedene qualitätsrelevante Indikatoren aus den Bereichen Versorgung und Forschung vergleichend ausgewertet werden (Kuhl et al., 2008). Im Jahr 2008 startet das *Pilotprojekt Psychiatrie der Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (KIQ)*. Bei diesem Pilotprojekt nehmen ca. 13 psychiatrische Kliniken an einem Benchmarking teil. Es ist geplant, dieses Projekt für alle psychiatrischen Kliniken in der Schweiz weiterzuführen (vgl. auch KIQ, 2008). Ein Benchmarking bietet die Möglichkeit, spezifische Schwachstellen eines Spitals zu erkennen und Verbesserungspotenziale aufzuzeigen.

Das Ziel all dieser qualitätssichernden Massnahmen ist eine sinnvolle Optimierung der psychiatrischen Versorgung unter gesamtgesellschaftlicher Perspektive. Hierbei soll nicht die betriebswirtschaftliche Optimierung einzelner Einrichtungen, sondern eine optimierte Versorgung angestrebt werden (vgl. Cording, 2006).

3 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden werden die Datengrundlage, die Vergleichbarkeit über die Jahre sowie die Expertenbefragung dargestellt.

3.1 Datenquelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Die Erhebung der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser gründet auf dem Bundesstatistikgesetz. Diese medizinischen Basisdaten werden vom Bundesamt für Statistik seit 1998 in jährlichem Rhythmus erfasst. Hierbei handelt es sich um eine obligatorische patientenbezogene Vollerhebung von medizinischen, stationären Behandlungen in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken. Diese obligatorischen Daten werden im Minimal-Datensatz erfasst. Freiwillig ist die Erhebung von Daten mit einem Psychiatrie-Zusatzmodul, das vertiefte Analysen von psychiatrischen Behandlungen erlaubt. Die Erhebungseinheit ist immer der durch die Hauptdiagnose definierte Behandlungsfall (bestehend aus: Eintritt, Behandlung, Austritt) in einem Krankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung (vgl. aus Christen & Christen, 2003, S. 5; dort ist auch eine detailliertere Beschreibung der Medizinischen Statistik zu finden). Diese Erhebung wird von jedem Krankenhaus, bzw. von jeder Klinik durchgeführt.

3.1.1 Enthaltene Daten

In der Medizinischen Statistik sind folgende Angaben enthalten:

Minimaldatensatz

- Erhebungstechnische Merkmale (z.B. Betriebsidentifikation)
- Betriebswirtschaftliche Merkmale (z.B. Leistungserbringer, Kostenträger)
- Patientenmerkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität, anonymer Verbindungscode bzw. Patienten-ID)
- Aufenthaltsmerkmale (Eintrittsbedingungen, Austrittsbedingungen)
- Diagnosen nach ICD 10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005).

Psychiatrie-Zusatzdaten

- Soziodemografische und sozioökonomische Daten (z.B. Zivilstand, Ausbildungsstand, Erwerbsstatus)
- Behandlung (z.B. Psychopharmakotherapie)
- Genauere Eintrittsbedingungen (z.B. einweisende Instanz, Freiheitsentzug).

3.1.2 Selektionskriterien

In der vorliegenden Analyse wurden zum Teil aus inhaltlichen und zum Teil aus Gründen der Übereinstimmung mit anderen Obsan-Mandaten bzw. aufgrund der Datenlage folgende Einschlusskriterien festgelegt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Beschreibung der Daten und Selektionskriterien

Selektionskriterium	Nähere Angaben
F-Hauptdiagnosen	Um möglichst alle stationären psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz einbeziehen zu können, wurden alle Fälle mit F-Hauptdiagnose aus psychiatrischen Kliniken (K21 ²), psychiatrischen Abteilungen und somatischen Kliniken berücksichtigt ³ . Aufgrund der Komplexität multimorbider Störungen bezieht sich die Studie analog zu anderen Obsan-Auswertungen allein auf psychiatrische <i>Hauptdiagnosen</i> (ICD-10: F00–F99). Die Analyse von Multimorbidität und Nebendiagnosen wird in einem separaten Obsan-Mandat durchgeführt.
Stationäre Behandlungsfälle	Die Medizinische Statistik ist schwerpunktmässig eine Statistik über stationär erbrachte Leistungen. Teilstationäre Behandlungen machen nur einen verschwindend geringen Teil der Fälle aus und ihre Definition ist kantonal nicht einheitlich. Daher wurden die Auswertungen nur für stationäre Patient/innen durchgeführt ⁴ .
Altersbereich	Die vorliegende Studie bezieht sich nur auf die Erwachsenenpsychiatrie. Analog zu bisherigen Obsan-Publikationen wurden nur Behandlungen von Personen einbezogen, die 15 Jahre oder älter sind.
Abgeschlossene Behandlungsfälle	In die Auswertung wurden nur abgeschlossene Fälle einbezogen. Dabei wird jeder Behandlungsfall in dem Jahr gezählt, in welchem die Behandlung abgeschlossen wurde.

Die Auswertungen beziehen sich auf alle stationären psychiatrischen Behandlungen in der Schweiz aus den Jahren 2000–2006 mit F-Hauptdiagnose (484'990 Fälle). Für die Auswertungen der Patientenzahlen und der Wiedereintritte werden mit Hilfe der Anonymen Verbindungs-codes (AVCs) die Behandlungsfälle den Patient/innen zugeordnet. Um die zeitlichen Verläufe analysieren zu können werden dabei die Personen pro Jahr gezählt. Beispielsweise wird ein Patient, der im Jahr 2002 und 2005 stationär behandelt wurde, in beiden Jahren als behandelte Person gezählt.

² Bundesamt für Statistik: Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens – Krankenhaustypologie. Neuchâtel, November 2001, Version 5.1.

³ Behandlungen aus nicht-psychiatrischen Kliniken können danach unterschieden werden, ob sie über die Kostenstelle M500 (Psychiatrie) abgerechnet wurden oder nicht. Ersteres bedeutet im Wesentlichen eine Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung. Andere Fälle mit F-Hauptdiagnosen wurden vornehmlich in somatischen Abteilungen behandelt.

⁴ 21,8% der Patienten mit teilstationären Fällen hatten eine vorangehende stationäre Behandlung. Diese Patienten wurden mit den stationären Daten in die Analyse eingeschlossen.

3.2 Vergleichbarkeit der Auswertungsjahre und Vollständigkeit der Daten

Für eine sinnvolle Interpretation einer zeitlichen Entwicklung ist es massgeblich, sich zu den untersuchten Zeitpunkten auf eine gleiche oder zumindest vergleichbare Datenbasis zu beziehen. Hierbei müssen zwei Blöcke der Medizinischen Statistik unterschieden werden. Die so genannten Minimaldaten sind für jeden Behandlungsfall obligatorisch und liegen seit dem Jahr 2000 nahezu vollständig vor. Die psychiatrie-spezifischen Zusatzdaten sind fakultativ und liegen auch im Jahr 2006 noch nicht vollständig für alle behandelten Fälle vor.

3.2.1 Minimaldatensatz

Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser wurde im Jahr 1998 eingeführt. Die Umsetzung in den Spitälern hat jedoch einige Zeit in Anspruch genommen. Laut der administrativen Krankenhausstatistik liegt die Teilnahmequote der psychiatrischen Kliniken im Jahr 2000 bei 86% und im Jahr 2001 bei 97% der Krankenhäuser. Ab dem Jahr 2002 werden von allen Spitälern die Behandlungsfälle für die Statistik gemeldet (Quelle: BFS; www.bfs.admin.ch).

In Tabelle 2 sind verschiedene Angaben zu den Statistikdaten dargestellt, die Rückschlüsse auf die Vollständigkeit und die Datenqualität zulassen. Die Teilnahmequoten der Kliniken geben an, von wie vielen Kliniken zumindest Minimaldaten geliefert wurden. Auch wenn 2001 bereits 97% der Kliniken teilnahmen, ist nach 2001 noch eine deutliche Verbesserung der Vollständigkeit zu erkennen. Dies wird auch durch die Angaben der anonymen Verbindungscodes (AVCs) bestätigt, die zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu Patient/innen notwendig sind. Hier ist ebenfalls zwischen 2001 und 2002 eine deutliche Verbesserung zu erkennen. Insgesamt kann man sagen, dass bei den dargestellten Merkmalen ab dem Jahr 2002 die Vollständigkeit der Minimaldaten erreicht ist. In jedem Fall können für diese Daten ab dem Jahr 2002 Artefakte, die rein auf unterschiedlicher Datenbasis basieren, ausgeschlossen werden.

Tabelle 2: Vollständigkeit verschiedener Statistikdaten für die Jahre 2000–2006

Quelle: *= Standardtabellen (A1) der Krankenhausstatistik; **= Medizinische Statistik der Krankenhäuser

Alle Angaben in %	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Teilnahmequote psychiatrische Kliniken*	85,7	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Teilnahmequote Krankenhäuser Total*	91,2	97,0	99,0	100,0	100,0	99,0	100,0
Vorhandene anonyme Verbindungscodes (AVCs)**	75,3	77,8	99,7	100,0	100,0	100,0	100,0
Vorhandene Psychiatrie-Zusatzdaten **	50,0	48,8	51,8	51,8	61,0	63,9	63,3

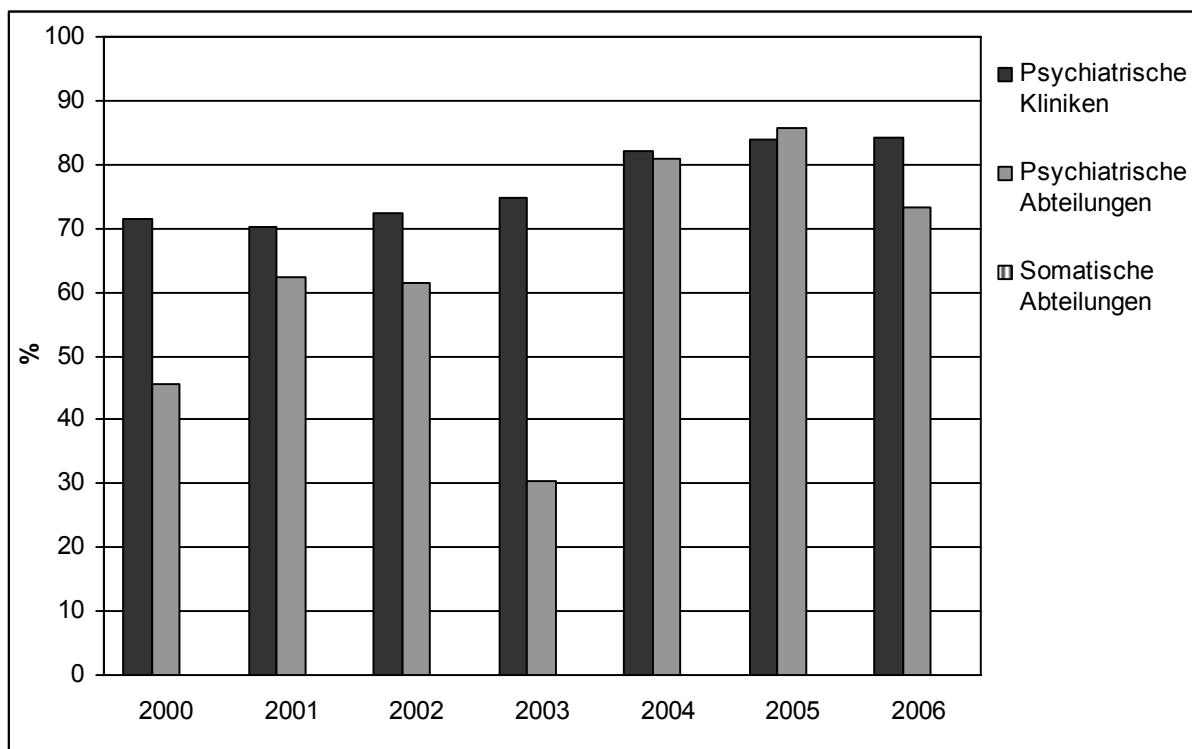
Bei den Minimaldaten wird aufgrund der gesicherten Vollständigkeit im Wesentlichen die Entwicklung von 2002 bis 2006 interpretiert, allerdings werden die Ergebnisse auch für die Jahre 2000 und 2001 dargestellt. Zum einen ist für diese Jahre der Anteil der unvollständigen oder unsicheren Angaben relativ klein und zum anderen ermöglicht dies die Betrachtung

eines längeren Zeitraums. Ausserdem gibt es im strukturellen Vergleich der Jahre bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnosen, Spitalart etc. keine Anzeichen dafür, dass die Datenbasis nicht vergleichbar wäre. Vielmehr legen die relativ stabilen Werte bei diesen Variablen nahe, dass auch die Ergebnisse vor 2002 repräsentativ für alle Behandlungsfälle sind (vgl. Tabelle 14 im Anhang).

3.2.2 Psychiatrie-Zusatzdaten

In Tabelle 2 ist zu erkennen, dass die optionalen Psychiatrie-Zusatzdaten in den verschiedenen Jahren nur für 50% bis 63% der Fälle vorliegen. Aus diesem Grund ist eine differenziertere Betrachtung der Vergleichbarkeit der Jahre notwendig.

Ein Strukturvergleich der Fälle mit und ohne Psychiatrie-Zusatzdaten zeigt bezüglich Alter, Geschlecht und Diagnosen leichte Unterschiede. Eine Ursache hierfür dürfte darin bestehen, dass je nach Spitalart eine sehr unterschiedliche Datenbasis vorliegt (vgl. Abbildung 1).



Quelle: Medizinische Statistik 2004, eigene Berechnungen

Abbildung 1: Vorhandene Psychiatrie-Zusatzdaten nach Spitalart

In Abbildung 1 ist dargestellt, für welchen Anteil der Fälle die Psychiatrie-Zusatzdaten vorliegen. Bei den psychiatrischen Kliniken ist eine stetige Zunahme von 70% bis über 85% im Jahre 2006 zu erkennen. Bei den psychiatrischen Abteilungen ist das Bild eher uneinheitlich mit 30% im Jahr 2003 und mehr als 85% im Jahr 2005. Bei F-Hauptdiagnosen in somatischen Spitälern bzw. Abteilungen liegen nahezu keine Psychiatrie-Zusatzdaten vor, d.h. diese werden hier fast nie dokumentiert. Eine ausführliche Übersicht über Unterschiede der

Medizinischen Statistik bezüglich des Spitaltyps wird bei Christen und Christen (2005b) gegeben.

Die Art und die Anzahl der Institutionen, die sich an der fakultativen Erfassung der Psychiatrie-Zusatzdaten beteiligen, ist variabel und aus den verfügbaren Daten nicht erkennbar. Veränderungen über die Zeit zeigen allenfalls Trends mit Hypothesen-Charakter; für fundierte Aussagen wären Analysen über Institutionen mit vollständigen Daten im gesamten Vergleichszeitraum nötig. Aufgrund eines Strukturvergleichs bezüglich Alter, Geschlecht und Diagnosen können die vorhandenen Daten jedoch als repräsentativ für die jeweilige Spitalart angesehen werden.

Dies bedeutet, dass die Ergebnisse zu den Zusatzdaten (FFE, Psychopharmaka u. a.) sich im Wesentlichen auf Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen beziehen. In psychiatrischen Kliniken werden mit 68% auch die mit Abstand meisten Behandlungen durchgeführt. Der Anteil an Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen ist mit 6% relativ gering und es werden nur dann separate Ergebnisse dargestellt, wenn sie von denen der psychiatrischen Kliniken deutlich abweichen. Über die psychiatrie-spezifischen Angaben (Medikation, FFE) in somatischen Spitälern kann aufgrund der Datenlage keine Aussage gemacht werden. Der Anteil an FFE in somatischen Spitälern ist jedoch als unbedeutend anzusehen.

Im Gegensatz zu den Minimaldaten liegt für die Jahre 2002 bis 2006 nur ein Teil der Psychiatrie-Zusatzdaten vor. Da der Anteil der vorliegenden Psychiatrie-Zusatzdaten in diesem Zeitraum von 52% auf 63% anwächst, können Effekte aufgrund der zunehmenden Datenbasis nicht sicher von tatsächlichen zeitlichen Entwicklungen abgegrenzt werden. Die Ergebnisse aus den Psychiatrie-Zusatzdaten sind daher immer mit Fussnoten gekennzeichnet, können nur Tendenzen aufzeigen und sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Aufgrund dieser Unschärfe nehmen die Auswertungen zu den Psychiatrie-Zusatzdaten insgesamt einen relativ kleinen Raum ein.

3.3 Datenqualität

Bei der im Rahmen des vorliegenden Projektes durchgeführten Expertenbefragung bezeichneten die Experten die Qualität der medizinischen Statistikdaten insgesamt als befriedigend, wobei eine gewisse Varianz der Antworten zu verzeichnen ist.

Aus den Daten kann die Datenqualität nur indirekt geschlossen werden. Ein Indikator ist die Kategorie „unbekannt“, die bei verschiedenen Variablen ausgewählt werden kann. Über alle Variablen liegt der Prozentsatz dieser Kategorie bei 3,7%, wobei Ausbildungsstand, Erwerbstätigkeit und Behandlung nach Austritt stark nach oben abweichen, während andere Variablen fast keine unbekanntes Angaben enthalten. Da der „unbekannt“-Anteil bei verschiedenen Variablen nicht stabil über die Zeit ist, wurden diese Werte als fehlende Werte behandelt, da sonst unplausible Zeitverläufe entstehen könnten.

Bei der Erwerbstätigkeit wurde bei 2,1% der Fälle die Kategorie „unbekannt“ gewählt, obwohl gleichzeitig eine andere Kategorie angegeben wurde, was einer unplausiblen Dokumentation entspricht.

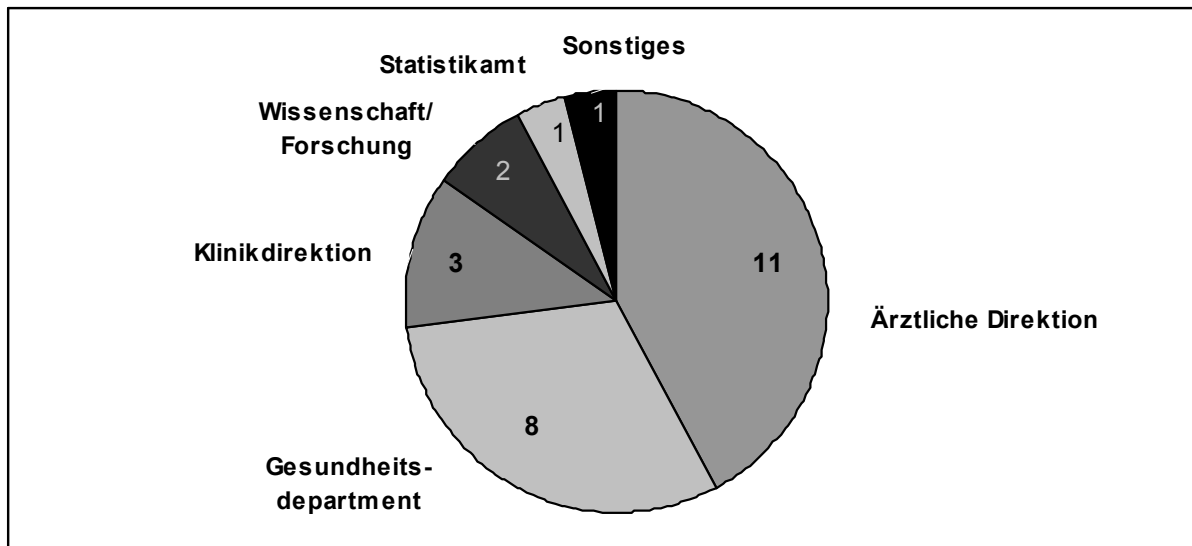
3.4 Expertenbefragung

Die im Zusammenhang mit dem vorliegenden Obsan-Mandat durchgeführte Expertenbefragung hatte zum Ziel, die aus den Daten der Medizinischen Statistik gewonnenen Ergebnisse zum Mehrjahresvergleich durch Expert/innen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund im Gesundheitsbereich zu validieren, Erklärungsansätze für zeitliche Veränderungen zu erfragen sowie Einflussfaktoren auf Entwicklungen, die sich nicht direkt in den Daten zeigen, in Erfahrung zu bringen. Aus diesem Grund wurden den Fachpersonen die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zusammen mit spezifischen Fragen zugesandt. Dabei gab es zum Teil Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien und zum Teil offene Fragen. Zu diesem Zeitpunkt lagen erst die Auswertungen bis zum Jahr 2005 vor, so dass das Jahr 2006 für die Befragung nicht berücksichtigt werden konnte.

3.4.1 Selektion und Beschreibung der Expertinnen und Experten

Bei der Auswahl der Fachpersonen sollten einerseits möglichst alle Kantone vertreten sein, andererseits sollte bezüglich des beruflichen Hintergrunds ein breites Spektrum und unterschiedliche Perspektiven abgedeckt werden. Es wurden mehrheitlich Personen aus der psychiatrischen Versorgung, im Weiteren aber auch aus Gesundheitsdirektionen und wissenschaftlichen Stellen angefragt. Insgesamt wurde der Fragebogen per Post an 31 Expert/innen versandt. Zusätzlich wurde von einem Befragten ein Bogen kopiert und weitergegeben, so dass insgesamt 32 Bögen mit frankiertem Rückumschlag verschickt wurden. Der Fragebogen wurde abhängig vom Kanton in deutscher oder französischer Sprache gestellt. Drei Wochen später erhielten alle Befragten ein Erinnerungsschreiben.

Von den 32 Fragebögen wurden 24 zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 75% entspricht. Darunter waren folgende Kantone in entsprechender Häufigkeit vertreten: Aargau, Appenzell-Ausserroden, Basel-Land, Basel-Stadt (2), Bern (2), Freiburg, Genf (2), Glarus, Graubünden, Jura, Luzern, Nidwalden, Solothurn, Schwyz (2), St. Gallen, Tessin, Thurgau, Zug, Zürich und ein Bogen ohne Angabe des Kantons.



Quelle: Expertenbefragung im Rahmen dieses Mandats (Obsan)

Abbildung 2: Befragte Expertinnen und Experten nach beruflichem Hintergrund (zwei Mehrfachnennungen)

In Abbildung 2 ist der berufliche Hintergrund der Fachpersonen dargestellt. Zwei Experten haben Doppelnennungen vorgenommen. Weiterhin gaben 16 Befragte (66%) an, in der psychiatrischen Versorgung tätig zu sein.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte anonym. Es konnten alle 24 Fragebögen in die Analyse aufgenommen werden, auch wenn nicht immer alle Fragen beantwortet wurden. Bei vier Fragebögen wurden die freien Antworten von der französischen in die deutsche Sprache übersetzt.

3.5 Hinweise zur Ergebnisdarstellung

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden in den Abbildungen zum Teil nur die Jahre 2000 und 2006 dargestellt. Da dies in gewisser Hinsicht eine zufällige Auswahl ist, sind die Zwischenwerte immer auch im Anhang aufgeführt (vgl. Tabelle 14). Für alle Variablen werden auch die Differenzen der Prozentanteile in diesem Zeitraum angegeben (Prozentpunkte). Dabei wird für das bessere Erkennen von Veränderungen jeweils ein „+“ oder „-“ vorangestellt.

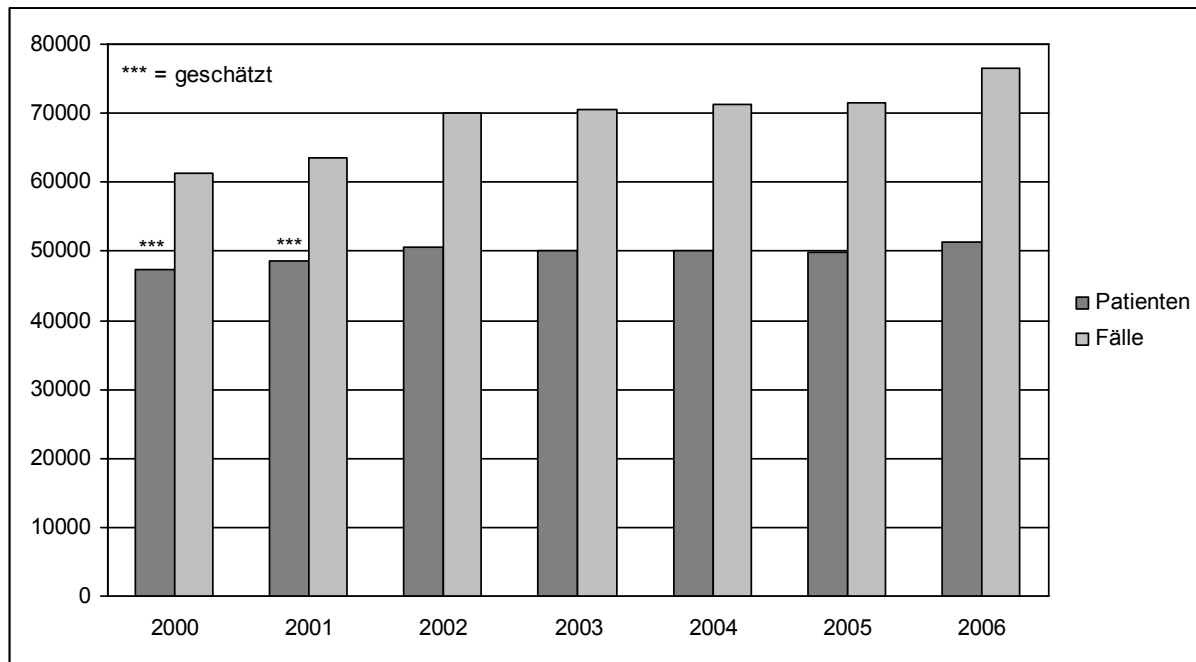
Aufgrund des Umfangs werden die Ergebnisse im Wesentlichen für alle Störungsgruppen gemeinsam dargestellt. Für die Diagnosegruppen alkoholbedingte Störungen, Schizophrenie und Depression sind die wichtigsten Anteile in separaten Tabellen im Anhang dargestellt.

4 Ergebnisse

Aufgrund der unterschiedlichen Vollständigkeit werden Minimaldaten und Psychiatrie-Zusatzdaten getrennt dargestellt (vgl. Kapitel 3.2).

4.1 Minimaldaten

4.1.1 Anzahl der Fälle, Patient/innen und Wiedereintrittsraten



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen; ***=geschätzt

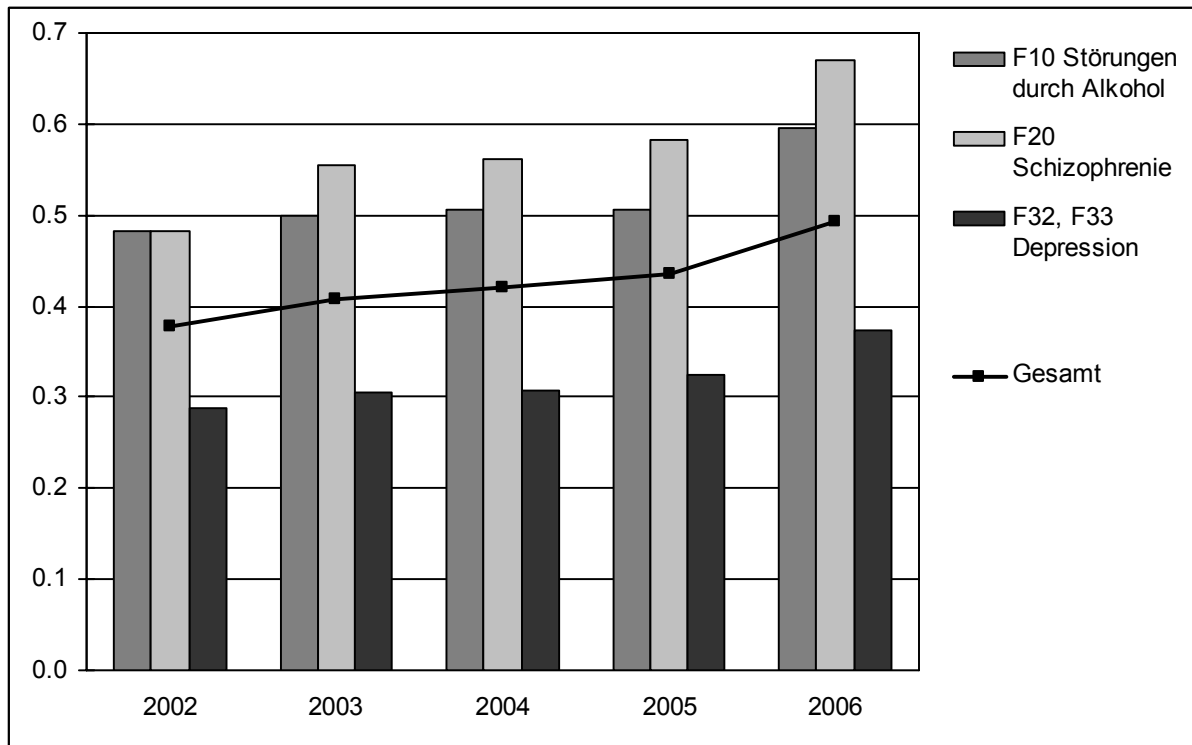
Abbildung 3: Anzahl Patient/innen und Behandlungsfälle im Zeitverlauf^{5,6}

In der Abbildung 3 sind Patientenzahlen und die Anzahl der Behandlungsfälle im Zeitverlauf dargestellt. Es ist zu erkennen, dass die Patientenzahlen seit 2002 kaum zugenommen haben (1,3%), während die Fälle im Vergleich überproportional ansteigen (9,3%). Insbesondere im Jahr 2006 ist ein deutlicher Zuwachs zu erkennen. Dieses Auseinanderdriften der Entwicklungen kann nur durch zunehmende Wiedereintrittsraten erklärt werden (Zunahme um 30,5% in vier Jahren; Anhang, Tabelle 14). Diese Zunahme der Wiedereintritte wird auch in Abbildung 4 für verschiedene Diagnosegruppen deutlich. Pro Patient/in und Jahr hat sich die durchschnittliche Anzahl der Wiedereintritte von 0,38 im Jahr 2002 auf 0,49 im Jahr 2006 erhöht, allerdings mit „schiefer“ Verteilung (Viele Patient/innen haben nur eine Behandlung, wenige Patient/innen viele Wiedereintritte, daher wird die letztere Gruppe häufig auch als „Heavy User“ bezeichnet). Aufgrund der Datenlage kann leider nicht analysiert werden, in-

⁵ *** = Für die Jahre 2000 und 2001 musste die Anzahl der Patient/innen aus der Anzahl der Fälle für 25,9% bzw. 23,1% der Daten mit fehlenden AVCs geschätzt werden. Eine ausführliche Beschreibung der Zuordnung von Behandlungsfällen zu Patienten ist in Kuhl & Herdt (2007) zu finden.

⁶ Bei den Jahren 2002 und 2003 fehlen 0,3 bzw. 0,005% der anonymen Verbindungs-codes für die Bestimmung der Patientenanzahl.

wiefern sich die Abstände zwischen den Wiedereintritten im gleichen Zeitraum verändert haben⁷. Analog zu den Patientenzahlen können die Wiedereintritte erst ab dem Jahr 2002 ausreichend zuverlässig bestimmt werden. Ein Teil der Wiedereintrittsraten kann mit einem veränderten administrativen Fallmanagement zusammenhängen⁸, jedoch kann dies diese deutliche Entwicklung nur zum Teil erklären.



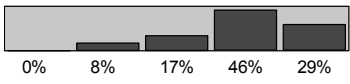
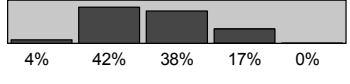
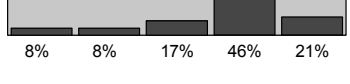
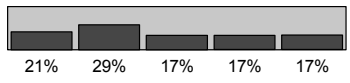
Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Abbildung 4: Mittlere Wiedereintrittsraten bezogen auf Indexeintritte (erster Eintritt pro Patient/in und Jahr)

⁷ Aus Datenschutzgründen liegen die genauen Angaben zum Ein- und Austrittsdatum nicht vor.

⁸ Z.B. Änderungen im Fallabschluss im Zusammenhang mit Rekole (Revision Kosten- und Leistungsrechnung).

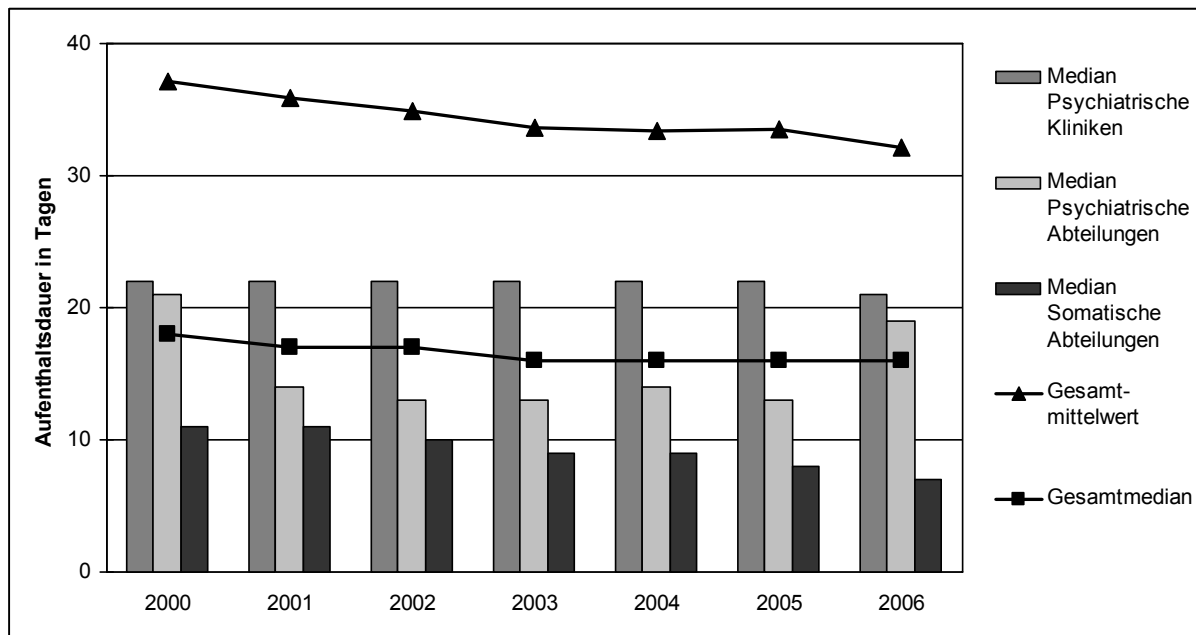
Tabelle 3: Expertenbefragung zu Fall- und Patientenzahlen

18 Wie gut stimmen diese Ergebnisse mit der Erfahrung aus Ihrem beruflichen Alltag überein?	gar nicht		vollkommen
19 Die Zunahme an Wiedereintritten ist direkte Folge des Bettenabbaus in der stationären psychiatrischen Versorgung der Schweiz.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
20 Die Ergebnisse spiegeln ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten und Einweisungsverhalten wider.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
21 Die zunehmende Zahl an Wiedereintritten ist ein ungünstiges Ergebnis, dem in jedem Fall entgegengesteuert werden sollte.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu

Die Fachpersonen geben in der Mehrzahl an, dass diese Ergebnisse gut mit Ihrer beruflichen Erfahrung übereinstimmen. Als Grund wird eher ein verändertes Inanspruchnahme- und Einweisungsverhalten als der Bettenabbau in der stationären Psychiatrie gesehen. Ob eine zunehmende Zahl an Wiedereintritten ungünstig ist, wird uneinheitlich beantwortet.

Bei den offenen Fragen wird als Erklärungsgrund vor allem eine Verbesserung der Vernetzung mit ambulanten und teilstationären Angeboten bzw. häufigerer Wechsel angegeben. Damit zusammenhängend werden kurze stationäre Aufenthalte als Grund für die zunehmenden Fallzahlen und relativ gleich bleibenden Patientenzahlen gesehen. Zudem sehen die Fachpersonen als Erklärungsmöglichkeit, dass Klinikaufenthalte häufiger in Form von Kriseninterventionen anstelle von Daueraufhalten stattfinden. Des Weiteren wird der zunehmende Druck von Kostenträgern als Grund für zum Teil „zu frühe“ Entlassungen und die Zunahme der Wiedereintritte verantwortlich gemacht.

4.1.2 Aufenthaltsdauer



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Abbildung 5: Mittlere und mediane Aufenthaltsdauer im Zeitverlauf^{9,10}

Bei der Darstellung der Aufenthaltsdauern in Abbildung 5 ist seit dem Jahr 2000 ein leichter aber kontinuierlicher Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer zu erkennen. Auch bei dem Median, der weniger von Ausreißern beeinflusst wird, bestätigt sich dieser Rückgang.

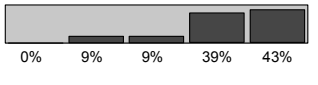
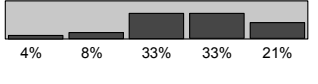
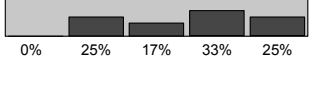
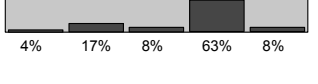
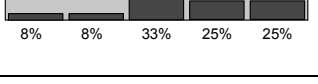
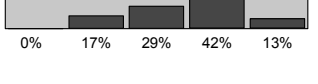
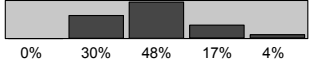
Analog zu den Indikatoren 5.4.2 und 8.1.2 (Obsan-Einzelindikatoren, 2007) gibt es bei den (mittleren/medianen) Aufenthaltsdauern gravierende Unterschiede zwischen psychiatrischen Kliniken (66/22 Tage), psychiatrischen Abteilungen (31/15 Tage) und somatischen Spitälern (17/9 Tage), wobei die abnehmende Entwicklung analog zum Gesamttrend überall vorhanden ist. Einzige Ausnahme bildet bei psychiatrischen Abteilungen das Jahr 2006, in welchem der Median mit 19 Tagen deutlich ansteigt und über dem Wert der fünf Vorjahre liegt.

Gemäss einer Medienmitteilung des Bundesamts für Statistik (BFS, 2007b) hat sich die durchschnittliche Verweildauer in allen Spitälern, also Akutspitälern und in Spezialkliniken der Langzeitpflege (Psychiatrie, Rehabilitation, Geriatrie und diverse Spezialkliniken) seit 2002 um rund 10% verkürzt.

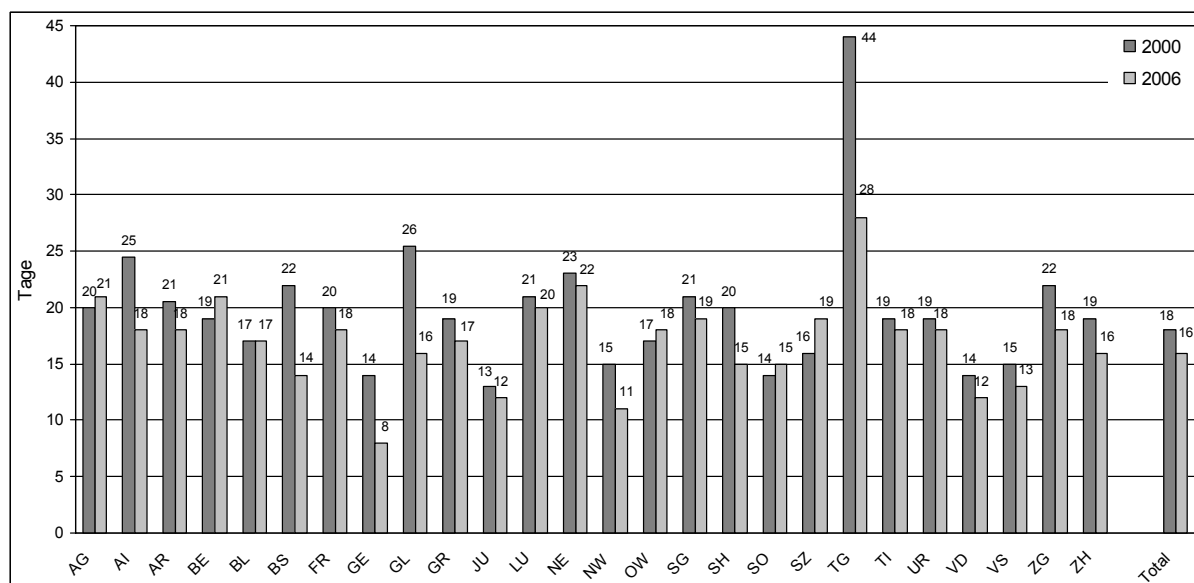
⁹ Der Median wird weniger von Ausreißern beeinflusst als der Mittelwert. Bei Aufenthaltsdauern gibt es wenige sehr extreme Werte, die den grossen Unterschied der beiden Kennzahlen erklären.

¹⁰ Für die Auswertung der Aufenthaltsdauer wurden Werte über 1'000 Tagen abgeschnitten, da von den zum Teil deutlich darüber liegenden Werten der Mittelwert sehr nach oben gezogen wird und Datenfehler bei diesen Extremwerten nicht sicher ausgeschlossen werden können.

Tabelle 4: Expertenbefragung zur Aufenthaltsdauer

23 Wie gut stimmen die Ergebnisse mit der Erfahrung aus Ihrer beruflichen Tätigkeit überein?	gar nicht		vollkommen
24 Die vermehrten Wiedereintritte und kürzeren Aufenthalte sind als Zeichen einer besseren Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten zu sehen.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
25 Die kürzeren Aufenthaltsdauern werden durch eine intensivere Versorgung/Behandlung ermöglicht.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
26 Die Verkürzung der stationären Behandlungen ist Zeichen eines stärkeren Kostendrucks (z.B. aufgrund des Bettenabbaus) in der psychiatrischen Versorgung.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
27 Kürzere Aufenthalte sind Zeichen einer veränderten Inanspruchnahme.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
28 Ist dies für die Patienten/innen eine positive Entwicklung?	gar nicht		vollkommen
29 Ist dies für die Institutionen eine positive Entwicklung?	gar nicht		vollkommen

Im Rahmen der geschlossenen (Tabelle 4) und der offenen Fragen erklären die Fachpersonen den Rückgang der Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie hauptsächlich damit, dass ambulante und teilstationäre Angebote zugenommen haben und ein häufigerer und schnellerer Wechsel zwischen den verschiedenen Angebotsformen stattfindet. Weiterhin sind nach Meinung der Experten effizientere Behandlungskonzepte und -therapien, eine bessere Fürsorge sowie verbesserte Medikamente (z.B. neue Atypika) wichtige Gründe. Als eine weitere Erklärung lässt sich sowohl aus Frage 26 als auch aus den offenen Antworten des Expertenfragebogens schliessen, dass durch zunehmenden Kostendruck der Krankenversicherer und durch eine stärkere Sparpolitik die Aufenthaltsdauern zurückgegangen sind und in Einzelfällen evtl. zu kurz sind. Ob diese kürzeren stationären Aufenthalte und der vermutete häufigere Wechsel zwischen stationären und ambulanten Angeboten als positiv einzuschätzen sind, wird von den Expert/innen uneinheitlich beurteilt (vgl. Frage 28 und 29). Insgesamt jedoch wird diese Entwicklung für die Patient/innen positiver eingeschätzt als für die behandelnden Institutionen, da dies mit erhöhtem administrativem Aufwand verbunden ist.



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Abbildung 6: Mediane Aufenthaltsdauer nach Kanton in den Jahren 2000 und 2006

In Abbildung 6 sind die medianen Aufenthaltsdauern für alle Kantone¹¹ jeweils für das Jahr 2000 und das Jahr 2006 dargestellt. Die Zwischenjahre sind im Anhang tabellarisch aufgeführt (Tabelle 12). Zum einen sind deutliche Unterschiede bei der absoluten Höhe der Verweildauern zu erkennen, zum anderen fallen die kantonalen Veränderungen innerhalb dieses Zeitraumes sehr unterschiedlich aus, wobei insgesamt eine Abnahme überwiegt.

Für die grossen kantonalen Unterschiede hinsichtlich der Aufenthaltsdauern machen die Expert/innen in der Befragung vor allem unterschiedliche kantonale Versorgungsstrukturen und -angebote, aber auch unterschiedliche Binnenstrukturen der Kliniken verantwortlich. In diesem Zusammenhang werden insbesondere Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme aufgrund der Entfernung zu psychiatrischen Einrichtungen diskutiert.

4.1.3 Patientenvariablen

Alter und Geschlecht

Über alle behandelten Fälle zusammen zeigt sich bei den soziodemografischen Variablen der stationär-psychiatrischen Patient/innen ein relativ stabiles Bild. Eine detaillierte Auflistung mit den Einzeljahren ist im Anhang (Tabelle 14) zu finden. Der etwas höhere Anteil der Frauen lag im Jahr 2000 bei 53,5% und im Jahr 2006 bei 52,7%.

Bezüglich des Alters ist bei der Gruppe der über 65-Jährigen eine Abnahme zu erkennen, die im Jahr 2006 bei -2 Prozentpunkten liegt. In der Befragung gaben 53% der Expert/innen an, dass dieser Rückgang für sie unerwartet ist. Die Expert/innen gaben bei den offenen Fragen an, dass eine verbesserte Spitex-Betreuung und Pflegeheime mit integrierter psychi-

¹¹ Es handelt sich hierbei um den Wohnkanton der Patient/innen, nicht um den Standort der Klinik.

atrischer Versorgung, die sich besser auf demente Patient/innen eingestellt haben, Gründe für den leichten Rückgang der Altersgruppe über 65 Jahren in der stationären psychiatrischen Versorgung sein könnten. Dafür spricht auch das Ergebnis, dass bei der Weiterbehandlung nach Austritt die Kategorie „Stationäre Behandlung und Pflege“ im gleichen Zeitraum um +4,7 Prozentpunkte zugenommen hat (vgl. Kapitel 4.1.6).

Die geringe Zunahme der Altersgruppe unter 25 Jahren mit knapp +1 Prozentpunkt war dagegen für fast alle Befragten erwartungsgemäss. Die Altersgruppe mit der stärksten Zunahme sind die 45- bis 65-Jährigen (Zunahme von +2,7 Prozentpunkten, vgl. Anhang Tabelle 14). Dies liegt sehr wahrscheinlich in der entsprechenden demografischen Entwicklung begründet.

Versicherungsbedingungen und Kostenträger

Bei den Versicherungsbedingungen zeigt sich im Zeitraum von 2000 bis 2006 eine leichte aber stetige Entwicklung. Der Anteil der Behandlungen, die halbprivat abgerechnet wurden, ist von 7,6% auf 5,4% zurückgegangen, der Anteil der privaten ging sogar um -3,1 Prozentpunkte zurück (von 7,2% auf 4,1%). Entsprechend dem Rückgang bei den privaten Abrechnungen ist der Anteil der allgemein abgerechneten Behandlungsfälle von 85,2% auf 90,5% gestiegen.

Bei den Kostenträgern ist der Anteil der Krankenversicherung bis 2006 auf 97,6% leicht angestiegen und der ohnehin geringe Anteil der Selbstzahler mit 2,2% im Jahre 2000 ist bis 2006 auf 0,9% deutlich zurückgegangen.

Die Fachpersonen sehen übereinstimmend die Prämienkosten der privaten Versicherung als möglichen Grund. Ein Experte vermutet, dass privat Versicherte vermehrt Privatspitäler und andere Versorgungsangebote in Anspruch nehmen¹². Die Krankenkassenstatistik des Bundesamtes für Gesundheit zeigt, dass der gesamte Zusatzversicherungsbereich in den letzten 10 Jahren an Bedeutung verloren hat. Dazu beigetragen hat zweifellos der Ausbau der obligatorischen Grundversicherung. Die beschriebene Entwicklung im psychiatrischen Bereich ist analog auch im somatischen Bereich festzustellen. Waren im Jahr 2001 noch 30,9% der Versicherten im Spital halbprivat oder privat versichert so waren es im Jahr 2004 nur noch 27,7% (santésuisse, 2005).

Nationalität

Bezüglich der Nationalität bei allen stationär-psychiatrischen Behandlungsfällen ist im Zeitraum von 2000 bis 2006 folgende stetige Entwicklungstendenz zu beobachten: Der Anteil an Behandlungsfällen mit schweizerischer Nationalität ist von 82,1% (2000) auf 77,9% (2006) um -4,2 Prozentpunkte gesunken. Der Anteil an EU-Ausländern ist mit 6,6% und 7,1% nahezu gleich geblieben, während der Anteil an Nicht-EU-Ausländern um +3,7 Prozentpunkte gestiegen ist (11,3% im Jahr 2000 und 15% im Jahr 2006). Der Anteil der behandelten Ausländer insgesamt entspricht im Jahr 2006 in etwa dem Bevölkerungsanteil, während Ausländerinnen und Ausländer früher generell in der Klinik unterrepräsentiert waren (Quelle: BFS;

¹² Allerdings sind die privaten Spitäler ebenfalls in den vorhandenen Daten enthalten.

2008a). Dies wurde bereits von Baer & Cahn (2003) als Erklärungsansatz genannt. Ausserdem ist die Zunahme nach Meinung dieser Autoren ein Abbild davon, dass heute Menschen zunehmend aus instabilen Herkunftsländern immigrieren. Nach Ansicht einer Fachperson handelt es sich bei dieser Entwicklung also um einen erwünschten Effekt, im Sinne des gleichberechtigten Zugangs zur medizinischen Versorgung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen, unabhängig von der Herkunft. Andere Expert/innen sehen in den (älteren) Ergebnissen Hinweise für geringe Integration und ungenügende Migrations- und Asylpolitik sein, die Mehrzahl der Expert/innen gab hierzu jedoch keine Erklärung an.

Erwerbsstatus¹³

Zwischen den Jahren 2000 und 2006 geht der Anteil der Voll- bzw. Teilzeiterwerbstätigen bei stationär-psychiatrischen Patient/innen um -4,7 bzw. -1,1 Prozentpunkte zurück. Drei Viertel der Expert/innen gaben dies als erwartungsgemäss an. Nur wenige fanden das Ergebnis überraschend. Der Anteil der Rentenempfänger/innen bei den psychiatrischen Behandlungen wächst von 35,6% auf 38,9%. Diese Zunahme von +3,3 Prozentpunkten war für fast alle Fachpersonen erwartungsgemäss.

Zum Thema Erwerbstätigkeit äussern sich nur 29% der befragten Expert/innen bei den offenen Fragen. Deren Meinung ist jedoch einheitlich. Es wird bestätigt, dass ein grosser Anteil der stationären Patienten ohne Erwerb ist. Einen möglichen Grund hierfür sehen die Fachleute in geringerer Toleranz auf Seiten der Arbeitgeber aber auch in zunehmendem Leistungsdruck am Arbeitsplatz, dem sich psychisch kranke Menschen weniger gewachsen fühlen. Laut den Expert/innen stellen die Ergebnisse ein Abbild der Gesellschaft und ein hohes Mass an Ausgliederung dar. Im Umkehrschluss wird diskutiert, dass eine fortschreitende Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen zu einer Senkung der Arbeitslosigkeit und mehr Gesellschaftsfähigkeit führen könnte.

Insgesamt betreffen rund 70% aller stationären psychiatrischen Behandlungen erwerbslose Menschen im Erwerbsalter von 15–64 Jahren (Indikator 8.1.11, Obsan-Einzelindikatoren, 2006). Die Gründe für die Zunahme von IV-Rentenempfänger/innen wurden bereits in der Einführung thematisiert.

Zivilstand¹³

Beim Zivilstand zeigen die einzelnen Kategorien in dem Zeitraum von 2000 bis 2006 ein sehr stabiles Bild (vgl. Tabelle 15). Geringe Zunahmen sind bei geschiedenen und getrennt lebenden Patient/innen zu verzeichnen, was in der Höhe der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung entspricht (Quelle: BFS, 2008b).

¹³ Diese Variable ist Teil der Psychiatrie-Zusatzdaten, die nicht für alle Behandlungen und nur für psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen vorliegen.

Aufenthaltsort vor und nach der Behandlung

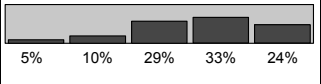
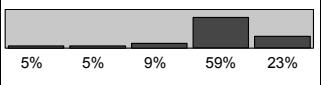
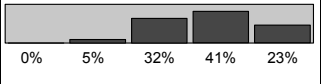
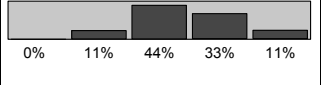
Insgesamt zeigt sich auch beim Aufenthaltsort vor und nach der stationären Behandlung ein sehr beständiges Bild bezüglich der Prozentanteile. Knapp drei Viertel der Patient/innen kommen von zu Hause zur stationären psychiatrischen Behandlung und fast ebenso viele Patient/innen werden nach der Behandlung wieder nach Hause entlassen.

Beim Aufenthalt nach der Behandlung ist eine minimale Zunahme von Verlegungen in ein anderes Krankenhaus oder eine andere psychiatrische Klinik zu verzeichnen, was für die Expert/innen eher überraschend war. Insgesamt bleiben aber alle Anteile auch für Pflegeheime, Rehabilitation etc. sehr stabil (genaue Angaben siehe Anhang; Tabelle 14).

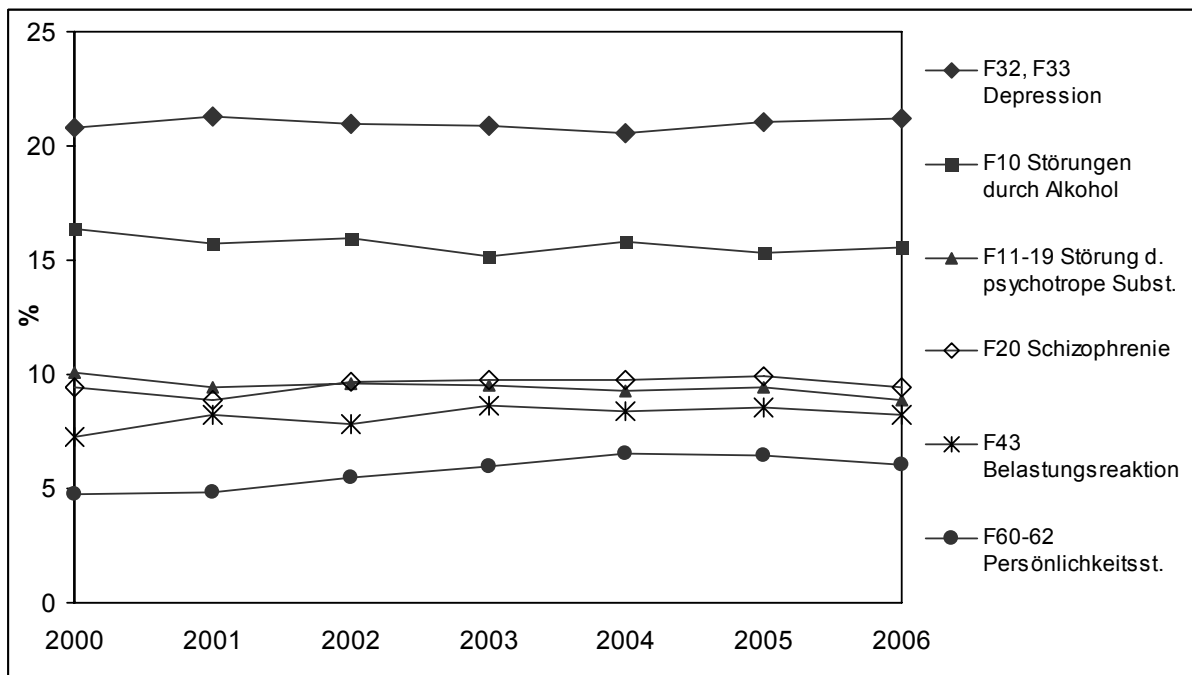
Expertenbefragung zu Patientenvariablen

Bei der Expertenbefragung zur Patientenstruktur gibt es einen deutlichen Konsens darüber, dass die Patient/innen schlechter sozial integriert sind als noch vor wenigen Jahren (vgl. Antwort 54; Tabelle 5). Ob dies auch Ursache für die häufigeren Wiedereintritte ist und ob es einen Zusammenhang zu einem veränderten Versorgungsangebot gibt, wird eher uneinheitlich aber tendenziell eher zustimmend beantwortet.

Tabelle 5: Expertenbefragung zu Veränderungen in der Patientenstruktur

⁵³ Es gibt einen Zusammenhang zwischen Veränderungen in der Patientenstruktur und einem veränderten Versorgungsangebot.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
⁵⁴ Insgesamt sind die Patient/innen schlechter integriert als noch vor wenigen Jahren (z.B. nicht erwerbstätig, alleine lebend).	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
⁵⁵ Schlechte soziale Integration ist verantwortlich für die Zunahme der Wiedereintritte.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
⁶⁵ Die Ergebnisse zur zeitlichen Veränderung zeigen insgesamt einen Wandel in der Patientenstruktur.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu

4.1.4 Diagnosen



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Abbildung 7: Prozentanteile der häufigsten Diagnosegruppen

In der Abbildung 7 sind die Prozentanteile für die häufigsten Diagnosegruppen angegeben. Die grösste Gruppe der depressiven Erkrankungen bleibt nahezu konstant bei etwas über 20%. Die Abhängigkeitserkrankungen nehmen zwischen den Jahren 2000 und 2006 leicht ab (-0,8 Prozentpunkte bei Störungen durch Alkohol und -1,2 Prozentpunkte bei Störungen durch psychotrope Substanzen). Die leicht zunehmenden Störungsbilder sind Belastungsreaktionen mit +1 Prozentpunkt und Persönlichkeitsstörungen mit +1,2 Prozentpunkten.

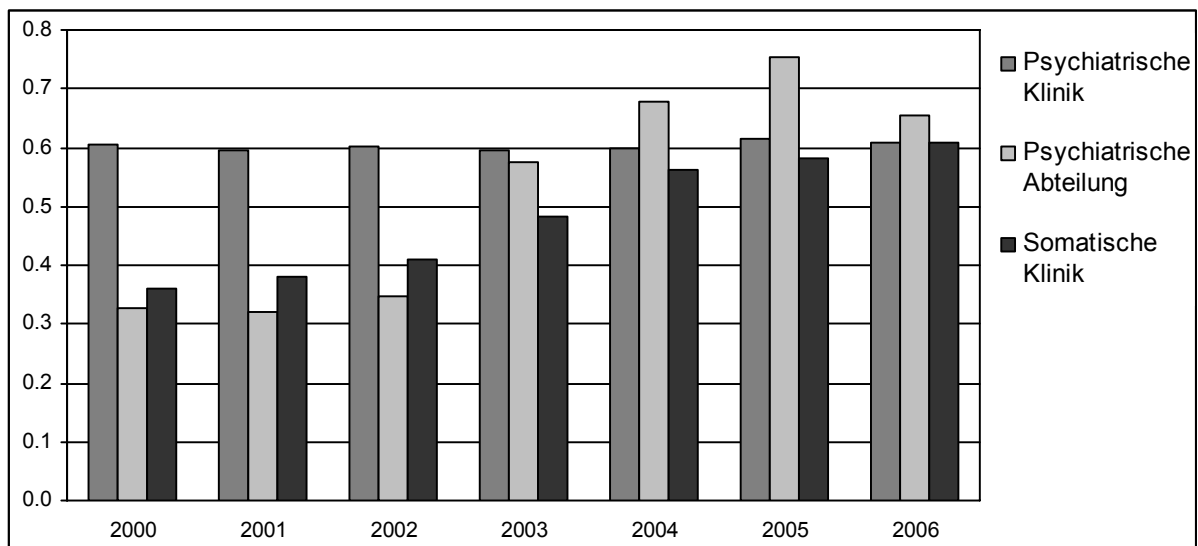
Tabelle 6: Expertenbefragung zu Diagnosegruppen

34 Wie gut stimmen diese Ergebnisse mit Ihrer beruflichen Erfahrung überein?	gar nicht		vollkommen
35 Die Diagnostik psychischer Störungen ist in den letzten Jahren verbessert worden.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
36 Die Krankheitshäufigkeiten haben sich verändert.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
37 Das Inanspruchnahmeverhalten hat sich verändert.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu

Hinsichtlich der Diagnosegruppen zeigt sich auch bei den freien Antworten ein Konsens der Experteneinschätzung bezüglich einer veränderten Praxis in der Diagnosestellung bzw. einer zunehmenden diagnostischen Sensibilität. Bezüglich der Zunahme von Persönlichkeitsstörungen gibt es zwei Antworttendenzen: Zum einen wird sie einem Wandel in der diagnostischen Aufmerksamkeit zugeschrieben, zum anderen wird die vermehrt vergebene Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als Modeerscheinung der Diagnostik verstanden. Die Zunahme von Belastungsstörungen wird als Folge von Stress am Arbeitsplatz sowie von instabilen Beziehungen und Familienverhältnissen beschrieben. Die leichte Abnahme der Abhängigkeitskrankungen dagegen lässt sich mit einem Zuwachs an Präventions- und Substitutionsprogrammen sowie durch ein verändertes Konsumverhalten der heute Jugendlichen bzw. einen Wandel der konsumierten Substanzen erklären (Verschiebung von Opioiden zu Amphetaminen).

Grundsätzlich wird von den Fachpersonen die Konstanz der Ergebnisse zu den Diagnosegruppen hervorgehoben und als eher unerwartet beurteilt. Vielmehr hätten die Expert/innen deutlichere Schwankungen über die Jahre erwartet. Einige Befragte gehen sogar von einer Veränderung der Krankheitshäufigkeiten aus (Frage 36; Tabelle 6). Dies lässt sich jedoch weder aus der Literatur noch aus den vorliegenden Ergebnissen bestätigen.

4.1.5 Nebendiagnosen



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Abbildung 8: Mittlere Anzahl psychischer Nebendiagnosen nach Spitalart

In der Abbildung 8 ist die mittlere Anzahl psychischer Nebendiagnosen nach Spitalart dargestellt. In psychiatrischen Kliniken bleibt diese relativ konstant, während sie in nicht-psychiatrischen Kliniken im beobachteten Zeitraum deutlich ansteigt.

Die Ergebnisse stimmen tendenziell mit den Erfahrungen der befragten Fachpersonen überein. Uneinig sind sie sich jedoch bei der Einschätzung, ob dies lediglich auf veränderte Dokumentationsgewohnheiten zurückzuführen ist, oder ob in nicht-psychiatrischen Kliniken zunehmend multimorbide Patient/innen behandelt werden (Frage 41 und 42; Tabelle 7).

Tabelle 7: Expertenbefragung zu psychischen Nebendiagnosen

39 Wie gut stimmen diese Ergebnisse mit Ihrer beruflichen Erfahrung überein?	gar nicht		trifft vollkommen zu
40 In psychiatrischen Abteilungen von somatischen Kliniken werden zunehmend schwerer belastete Patient/innen behandelt.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
41 Die Ergebnisse zeigen lediglich veränderte Dokumentationsgewohnheiten bzw. genauere Diagnostik in nicht-psychiatrischen Kliniken an.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
42 Die Multimorbidität bei psychiatrischen Patient/innen hat in den letzten Jahren zugenommen.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu

Nach weiterer Einschätzung können die Ergebnisse zum einen durch eine verbesserte und veränderte Diagnostik insbesondere in somatischen Kliniken begründet sein. Zum anderen wird angegeben, dass die Ärzte in somatischen Kliniken eine erhöhte Sensibilität und ein wachsendes Bewusstsein für psychische Erkrankungen und psychiatrische Belange hätten. Ausserdem wird eine zunehmende psychiatrische Versorgung in somatischen Spitälern diskutiert. Hierfür werden verschiedene Gründe wie neue und zusätzliche Einnahmemöglichkeiten, die Auslastung freier Betten mit psychosomatischen Patient/innen und ein höheres Inanspruchnahmeverhalten angeführt.

Die folgende Tabelle 8 zeigt die mittlere Anzahl der somatischen Nebendiagnosen. Erwartungsgemäss liegt der Wert in somatischen sehr viel höher als in psychiatrischen Kliniken und ausserdem ist dort eine deutliche Zunahme in der Zeitspanne von 2000 bis 2006 zu verzeichnen. Ein Mitgrund könnten hauptamtliche Codierer im Zusammenhang mit der Einführung der (somatischen) DRG's sein.

Tabelle 8: Mittlere Anzahl somatischer Nebendiagnosen nach Spitalart

Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Mittlere Anzahl somatischer Nebendiagnosen	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
psychiatrische Klinik	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3
psychiatrische Abteilungen	0.3	0.2	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
F-Hauptdiagnose in somat. Kliniken	1.6	1.7	1.7	1.9	2.0	2.2	2.3

4.1.6 Behandlungsvariablen

Diejenigen Variablen, bei welchen nur geringe Veränderungen zwischen den Jahren 2000 und 2006 festzustellen sind, werden relativ kurz beschrieben, sind aber im Anhang für alle Jahre dargestellt (vgl. Tabelle 14).

Spitalart

Die ausgewerteten Behandlungsfälle stammen zu knapp 70% aus psychiatrischen Kliniken, zu ca. 6% aus psychiatrischen Abteilungen und zu einem guten Viertel handelt es sich um Patient/innen mit F-Hauptdiagnosen, die in somatischen Spitälern behandelt wurden. Im Zeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2006 nehmen die stationären psychiatrischen Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen leicht zu (+2,2 und +2,0 Prozentpunkte). Die Behandlungen von Patient/innen mit F-Hauptdiagnosen in somatischen Spitälern nehmen im gleichen Zeitraum in ähnlicher Höhe ab (-4,3 Prozentpunkte). Gründe dafür könnten eine veränderte Verlegungspraxis hin zu spezialisierteren Versorgungsangeboten, eine Zunahme von psychiatrischen Abteilungen in somatischen Kliniken sowie eine bessere Ausstattung von psychiatrischen Einrichtungen für somatische Belange sein.

Der Anteil der ausserkantonalen Behandlungen liegt bei etwa 10% und hat sich zwischen den Jahren 2000 (10.1%) und 2006 (9.8%) nur unbedeutend verändert.

Pflegetage und Langzeithospitalisationen

Die administrative Statistik der Krankenhäuser zeigt, dass der Anteil der Pflegetage auf Kostenstelle Psychiatrie für psychiatrische Kliniken von 97% im Jahr 2000 auf 95% im Jahr 2005 zurückgegangen ist¹⁴. In nicht-psychiatrischen Kliniken steigen die Prozentanteile entsprechend an, was an einer Zunahme von psychiatrischen Abteilungen liegen könnte. Schweizweit veränderten sich weder die Raten der Betriebstage (1,1 pro 1'000 Einwohner/innen) noch die Raten der Pflegetage (1,0 pro 1'000 Einwohner/innen) für teilstationäre und stationäre Betten in psychiatrischen Kliniken (Indikator 5.2.2, Obsan-Einzelindikatoren, 2007). In 16 der 20 Kantone mit psychiatrischen Kliniken blieben die Raten der Betriebstage pro 1'000 Einwohner/innen in den Jahren 2003–2005 ganz oder fast unverändert. In 17 der 20 Kantone blieb auch die Rate der Pflegetage pro 1'000 Einwohner/innen zwischen 2003 und 2005 ganz oder fast unverändert, in drei Kantonen sank sie gegenüber dem Vorjahr.

Betrachtet man die Langzeitpatient/innen, die jeweils das ganze Kalenderjahr in Behandlung waren, so fällt zwischen den Jahren 2000 und 2006 ein deutlicher Rückgang um 23,2% auf¹⁵ (vgl. Tabelle 14 im Anhang). Diese Entwicklung verläuft nicht linear sondern mit leichten Schwankungen.

¹⁴ Eigene Berechnungen.

¹⁵ Das ist die einzige Auswertung, bei der nicht *abgeschlossene* Behandlungen ausgewertet wurden, sondern die so genannten C-Fälle, die das ganze Kalenderjahr in stationärer Behandlung waren.

Einweisende Instanz und Eintrittsart

Die Mehrzahl der Patient/innen wird von einem praktizierenden Arzt für eine psychiatrische Behandlung eingewiesen. Dieser Anteil ist zwischen den Jahren 2000 und 2006 von 72,5% auf 70,7% leicht gesunken. Minimale Zunahmen sind bei Einweisungen durch die Patient/innen selbst oder Angehörige (+1 Prozentpunkt) und durch einen Rettungsdienst beziehungsweise die Polizei zu verzeichnen (+1,5 Prozentpunkte). Andere Kategorien wie sozialmedizinischer Dienst, nichtmedizinischer Dienst und Justizbehörde sind als einweisende Instanzen mit relativ geringen Prozentanteilen stabil (s. Anhang, Tabelle 14). Bezüglich der *Eintrittsart* ergibt sich ebenfalls ein stabiles Bild. Die Anteile der Notfalleintritte in den Jahren 2000 und 2006 liegen bei 47,7% und 46,7%, die angemeldeten Eintritte liegen konstant bei 51,2%.

Behandlungsart und Behandlung nach Austritt

Über die Art der stationären psychiatrischen Behandlung liegt in den vollständigen Minimaldaten keine Information vor. In den Psychiatrie-Zusatzdaten gibt lediglich eine Variable hierüber Auskunft. Wie bereits erwähnt können diese unvollständigen Zusatzdaten nur als eingeschränkt repräsentativ angesehen werden (vgl. Kapitel 3.2.). Diese Daten, die hauptsächlich aus psychiatrischen Kliniken stammen, zeigen eine Zunahme bei den Kriseninterventionen (+1,3 Prozentpunkte) und bei den integrierten psychiatrischen Behandlungen (+2,8 Prozentpunkte). Abnahmen gibt es bei den Konsilien (-1,5 Prozentpunkte) und Sachhilfen (-0,5 Prozentpunkte). Die absoluten Zahlen für alle Jahre sind im Anhang (Tabelle 15) aufgeführt. Auch wenn nur wenige Personen während einer stationären psychiatrischen Behandlung sterben (1% im Jahr 2000 und 0,6% im Jahr 2006), so ist der Rückgang um -42% doch erwähnenswert.

Angaben zur Behandlung nach Austritt liegen wiederum für alle Patient/innen vor¹⁶. Eine deutliche Zunahme um +4,7 Prozentpunkte ist bei der stationären Weiterbehandlung und Pflege sowie um +1,1 Prozentpunkte bei ambulanter Pflege und Spitex zu verzeichnen. Bei der Befragung war dieses Ergebnis für alle Expert/innen erwartungsgemäss. Der Anteil der Behandlungsfälle mit ambulanter Weiterbehandlung geht von 71,4% auf 68% leicht zurück, was jedoch mit der Zunahme der Pflegefälle zusammenhängen könnte. Die Rehabilitation bleibt in diesem Zeitraum mit einem Anteil von 2,7% relativ stabil. Die Ergebnisse zur *Behandlung nach Austritt*, insbesondere die Zunahme von stationärer Weiterbehandlung und Pflege, steht in gewissem Widerspruch zu den stabilen Werten bei dem *Aufenthaltort nach Behandlung*, wo für Pflegeheime keine Zunahme zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 14). Dies könnte ein Hinweis für eine ungenaue Dokumentation sein.

Entscheid für Austritt

Im Jahr 2000 wurden knapp 85% der Austritte in beidseitigem Einverständnis bzw. auf Initiative des Spitals vorgenommen. Bis zum Jahr 2006 ist dieser Anteil sogar noch um +3,1 Prozentpunkte auf 88% angestiegen. Der Anteil der Behandlungen, die auf Initiative der Pati-

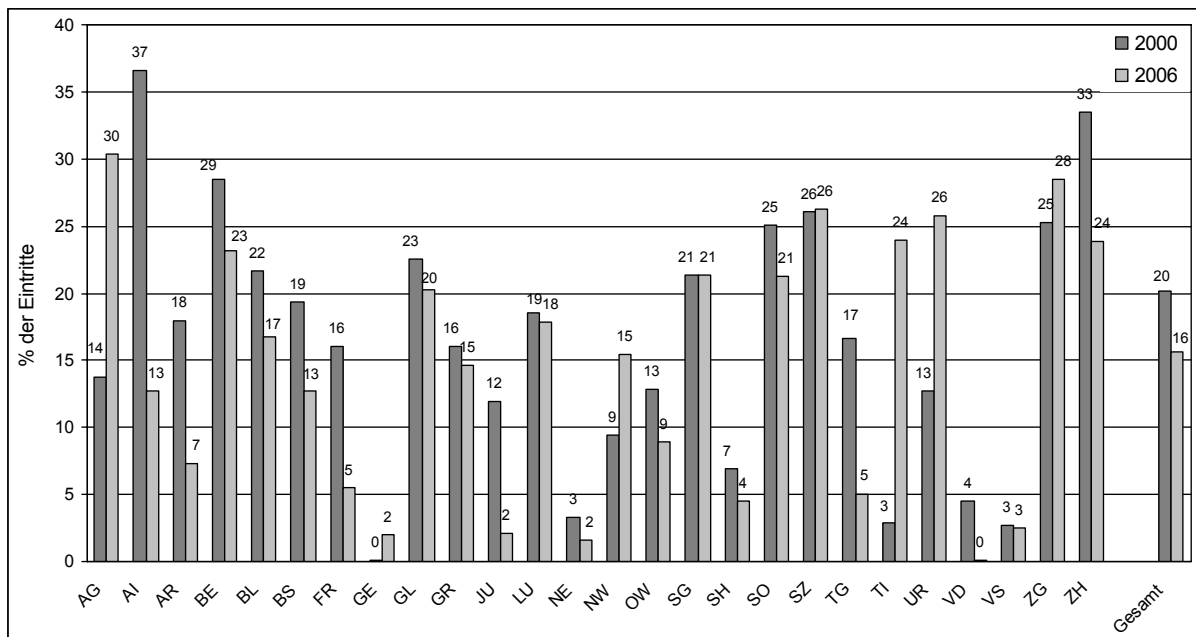
¹⁶ Da diese Angaben zum Zeitpunkt des Austritts gemacht werden, kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die Behandlungen auch wirklich durchgeführt wurden.

ent/innen beendet werden, liegt bei ca. 10% und ist um -0,9 Prozentpunkte tendenziell zurückgegangen.

4.2 Psychiatrische Kliniken und Abteilungen (Psychiatrie-Zusatzdaten)

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich aufgrund der Datenlage nur auf psychiatrische Kliniken und Abteilungen.

4.2.1 Fürsorgeterischer Freiheitsentzug (FFE)



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Abbildung 9: Anteil der Eintritte mit fürsorgeterischem Freiheitsentzug nach Kanton

In der Abbildung 9 sind die Anteile der Eintritte mit fürsorgeterischem Freiheitsentzug (FFE) für die Jahre 2000 und 2006 nach Kantonen¹⁷ dargestellt. Es sind deutliche kantonale Unterschiede zu erkennen. Aber auch die Veränderungen im beobachteten Zeitraum sind interkantonal nicht einheitlich. Tendenziell sind leichte Abnahmen vorherrschend, aber es gibt auch Kantone mit zum Teil deutlicher Zunahme. Kantone mit wenigen FFE haben dafür tendenziell mehr unfreiwillige Eintritte (ohne FFE) wodurch sich die grossen kantonalen Unterschiede zum Teil etwas angleichen (vgl. auch Christen & Christen, 2005a). Die Übereinstimmung der Angaben zur Freiwilligkeit und der FFE beträgt in der medizinischen Statistik 87%. Grosse Unterschiede zwischen diesen zwei Angaben gibt es insbesondere in den Kantonen Genf und Waadt, wo relativ viele unfreiwillige Eintritte ohne FFE zu verzeichnen sind¹⁸.

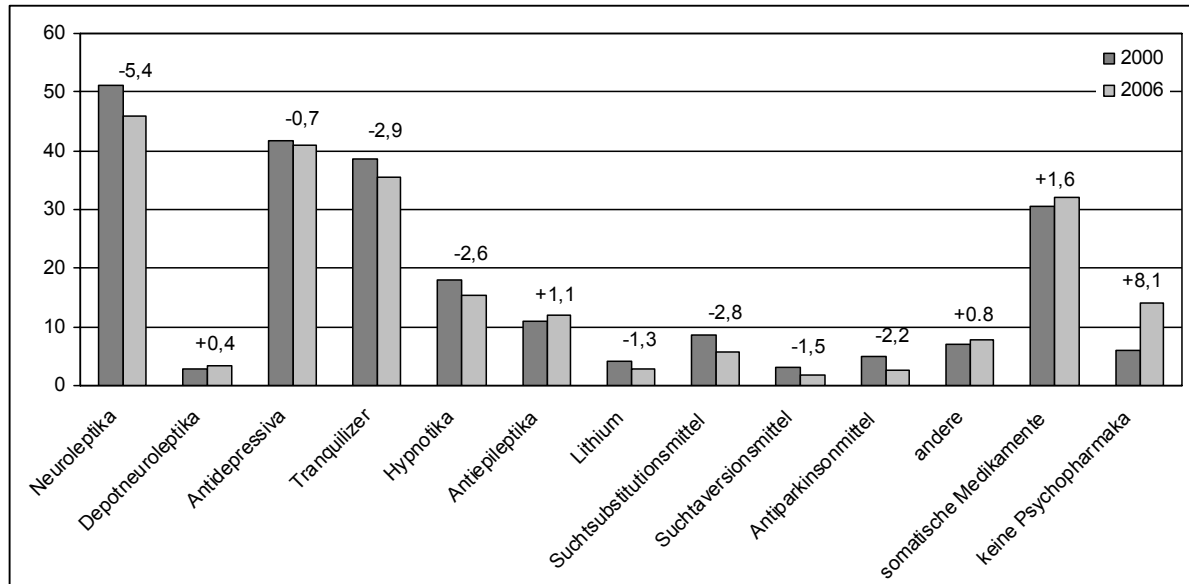
¹⁷ Es handelt sich hierbei um den Wohnkanton der Patient/innen, nicht um den Standort der Klinik.

Tabelle 9: Expertenbefragung zu fürsorgerischem Freiheitsentzug

<p>73 Die Ergebnisse basieren auf kantonal unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen.</p>	<p>trifft gar nicht zu</p>		<p>trifft vollkommen zu</p>
<p>74 Inwiefern können eine ungenaue Dokumentation und Dokumentationsfehler für die Ergebnisse verantwortlich sein?</p>	<p>gar nicht</p>		<p>sehr stark</p>

Bei den Experten/innen besteht Einigkeit darüber, dass die grossen kantonalen Unterschiede in der Häufigkeit der FFE auf kantonal unterschiedliche Gesetzesregelungen zurückzuführen sind, während Dokumentationsfehler hierfür nur selten als Ursache gesehen werden (Tabelle 9, Frage 73 und 74). Es spielt eine wesentliche Rolle, welche Instanz einen FFE aussprechen kann und nach Ansicht einiger Expert/innen gibt es interkantonale Unterschiede bzgl. Indikation und Umgang mit den FFE (kantonal „FFE-Kulturen“). Ebenso wird darauf hingewiesen, dass Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten sowie Differenzen hinsichtlich institutioneller Rahmenbedingungen bestehen. Meyer und Hell (2004), Christen und Christen (2005a) sowie Sturny und Hell (2007) verweisen ebenfalls auf die kantonal unterschiedliche Handhabung des FFE. Dokumentationsfehler sind laut den Fachleuten nicht für die kantonalen Unterschiede verantwortlich.

4.2.2 Medikation



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

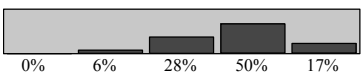
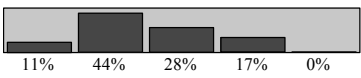
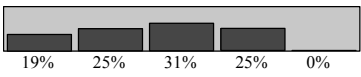
Abbildung 10: Prozentanteile der Behandlungsfälle mit entsprechender Medikation

¹⁸ Die Dokumentation der Freiwilligkeit scheint kantonal nicht einheitlich gehandhabt zu werden.

Abbildung 10 zeigt die Prozentanteile an stationären Behandlungsfällen, bei welchen die entsprechende Medikamentenklasse verordnet wurde¹⁹ für die Jahre 2000 und 2006. Die Zwischenjahre sind im Anhang in Tabelle 15 angegeben. Rückgänge sind bei Neuroleptika, Tranquilizern, Hypnotika aber auch Suchtaversions- und Suchtsubstitutionsmitteln sowie Antiparkinsonmitteln zu verzeichnen. Depotneuroleptika, Antiepileptika und somatisch wirkende Medikamente zeigen dagegen eine leichte Zunahme. Die Behandlungen, bei denen keine Psychopharmaka dokumentiert bzw. verordnet wurden, haben überaus deutlich zugenommen.

Diagnosespezifische Ergebnisse für alkoholbedingte Störungen sowie schizophrene und depressive Erkrankungen sind im Anhang zu finden (vgl. Tabelle 16–Tabelle 18). Hier fallen bei den *Störungen durch Alkohol* die Zunahme somatisch wirkender Medikamente um +6,2 Prozentpunkte und die Abnahme von Suchtaversionsmittel um -3,6 Prozentpunkte auf. Bei *schizophrenen Störungen* gehen die Verordnungen von Neuroleptika um -6,4 Prozentpunkte und von Antiparkinsonmitteln um -7,1 Prozentpunkte zurück. Ein deutlicher Rückgang zeigt sich ebenfalls bei Neuroleptika (-6,5 Prozentpunkte) und Tranquilizern (-6,3 Prozentpunkte) bei der Gruppe der *depressiven Erkrankungen*.

Tabelle 10: Ergebnisse der Expertenbefragung zur Medikation

<p>⁶⁸ Wie gut stimmen diese Ergebnisse der gesamten Schweiz mit den Erfahrungen aus Ihrer Arbeit überein?</p>	<p>gar nicht</p>		<p>vollkommen</p>
<p>⁶⁹ Inwiefern können die Veränderungen durch eine veränderte Dokumentation zustande gekommen sein?</p>	<p>gar nicht</p>		<p>vollkommen</p>
<p>⁷⁰ Die Anteile der Behandlungen ohne Psychopharmaka zeigen Sprünge. Inwiefern können dafür Dokumentationsfehler verantwortlich sein?</p>	<p>gar nicht</p>		<p>vollkommen</p>

Laut den befragten Fachleuten stimmen die dargestellten Ergebnisse grösstenteils mit ihren Erfahrungen aus der Praxis überein. Der Rückgang von Neuroleptika und Suchtsubstitutionsmitteln sowie die Zunahme der Behandlungen ohne Psychopharmaka werden allerdings als überraschend beschrieben²⁰.

Die Abnahme der *Neuroleptika* bei stationären Behandlungen wird mit einer vermehrten Behandlung im teilstationären und ambulanten Bereich erklärt. Der Anteil an *Depotneuroleptika* ist gemessen an der Evidenzbasierung laut einigen Befragten erschreckend gering.

Die Rückgänge bei den *Suchtsubstitutionsmitteln* könnten mit vermehrt greifenden Präventionsprogrammen zusammenhängen. Zur Abnahme von Tranquilizern und *Suchtaversionsmitteln* äussern sich die Expert/innen nicht.

¹⁹ Mehrfachnennungen möglich.

Die Abnahme von *Antiparkinsonmitteln* erklären sich die Expert/innen damit, dass stattdessen vermehrt atypische Neuroleptika eingesetzt werden. Diese haben jedoch auch abgenommen. Zudem wird vermutet, dass eine Veränderung des Patientenmix insbesondere eine Reduktion der Langzeitpatient/innen vorliegen könnte.

Die Zunahme von *Antiepileptika* könnte mit neuen Leitlinien in der Behandlung bipolarer Störungen zusammenhängen. Denn gleichzeitig wird weniger *Lithium* verschrieben, was auf einen Verordnungswechsel hindeutet. Nicht zuletzt weil der Einsatz von Antiepileptika als Stimmungs-Stabilisierer und zur Akuttherapie von Manien als gesichert gilt.

Der stabile Einsatz von *Antidepressiva* entspricht der Konstanz der Patientenpopulation bzw. der Prävalenz depressiver Erkrankungen.

Als Gründe für die Zunahme der Behandlungen *ohne Psychopharmaka* werden eine neue Patientengruppe und eine bessere Sozialpsychiatrie diskutiert. Eine Fachperson ist der Meinung, dass das Bewusstsein, dass die Patient/innen eher keine Psychopharmaka wollen, zugenommen hat und für dieses Ergebnis verantwortlich sein könnte. Von einigen Fachleuten wird diese Entwicklung als positiv beurteilt. Nur ein Viertel der Befragten können sich vorstellen, dass diese unerwartete Zunahme durch ungenaue bzw. fehlende Dokumentation zustande gekommen ist (vgl. Frage 70; Tabelle 10).

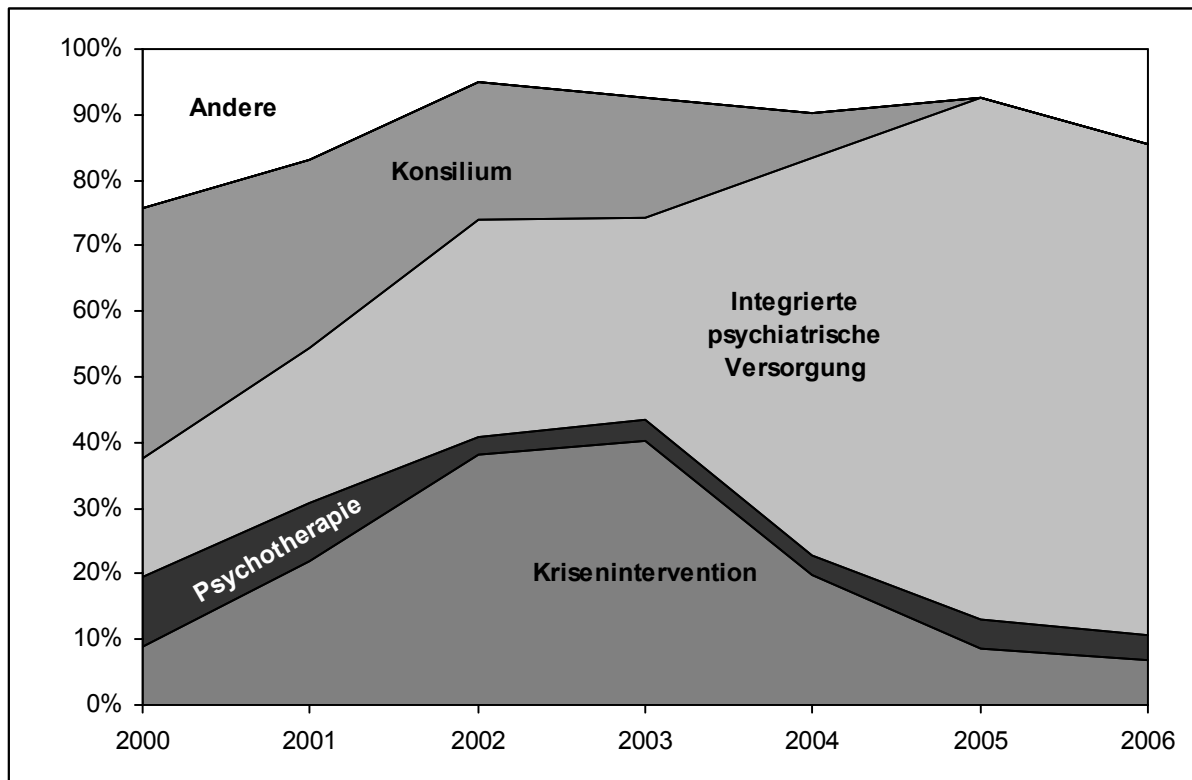
4.2.3 Behandlung in psychiatrischen Abteilungen

Ein Ergebnis, bei dem deutliche Unterschiede im Zeitverlauf zwischen den Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und in psychiatrischen Abteilungen (Abrechnung über Hauptkostenstelle „Psychiatrie“ in nicht-psychiatrischen Kliniken) zu sehen sind, ist die Variable *Behandlung*.

Für *psychiatrische Kliniken* ergibt sich hier ein relativ stabiles Bild mit einem Anteil an *integrierter psychiatrischer Behandlung* von 50% und durchgehend einem Drittel *Kriseninterventionen*.

Die Ergebnisse für *psychiatrische Abteilungen* mit starken Verschiebungen im beobachteten Zeitraum 2000–2006 sind in Abbildung 11 dargestellt. Es ist deutlich zu erkennen, dass der Anteil an *integrierter psychiatrischer Versorgung* in diesen sechs Jahren massiv zugenommen hat, während *stationäre Konsilien* fast ganz verschwunden sind und *Psychotherapie* sowie *andere* Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen eher abgenommen haben. *Kriseninterventionen* werden in den Jahren 2002 und 2003 sehr häufig dokumentiert, davor und ab 2004 aber wieder deutlich weniger.

²⁰ Eine Fachperson gab an, dass ein früher häufig verwendetes Suchtaversionsmittel (Disulfiram = Antabus® in der Alkoholentwöhnungsbehandlung) durch die Lancierung anderer nicht als Aversionsmittel zu klassifizierende Medikamente (Acomprosat = Campral®) weniger häufig verordnet wird.



Quelle: Medizinische Statistik, eigene Berechnungen

Abbildung 11: Behandlung in psychiatrischen Abteilungen

Tabelle 11: Expertenbefragung zur Behandlung in psychiatrischen Abteilungen

76 Spiegeln die Ergebnisse die Erfahrungen aus Ihrem beruflichen Alltag wider?	gar nicht		Sehr stark
77 Diese Ergebnisse sind lediglich Ausdruck von veränderten Dokumentationsgewohnheiten.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu
78 Die Art der Behandlung in psychiatrischen Abteilungen hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert.	trifft gar nicht zu		trifft vollkommen zu

Aus der Expertenbefragung ergeben sich keine eindeutigen Meinungen oder Erklärungen hinsichtlich der Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen, ausser dass 70% der Fachpersonen die vorliegenden Ergebnisse auf veränderte Dokumentationsgewohnheiten zurückführen. Knapp die Hälfte der Befragten ist aber trotzdem der Ansicht, dass sich die Art der Behandlung in psychiatrischen Abteilungen in den letzten Jahren verändert hat.

Für einen Teil der Fachleute ist die Abnahme von *Kriseninterventionen* schwer zu begründen. Ein Erklärungsversuch besteht darin, dass diese auch ambulant mit Hilfe von sog. „mobilen Equipen“ durchgeführt werden.

Das trifft ebenfalls als Argument für die Abnahme von *stationären Konsilien* zu, die ebenso mehrheitlich ambulant erfolgen. Weiterhin haben sich die Finanzierungsmodelle geändert, so dass Konsilien nicht mehr direkt über die Krankenkassen verrechnet werden können.

Bezüglich der *integrierten Versorgung* besteht Uneinigkeit. Für zwei Expert/innen ist fraglich, ob die Beschreibung und Handhabung der Antwortkategorien klar ist und einheitlich angewendet wird.

4.3 Zusätzliche Ergebnisse der Expertenbefragung

Bei der Frage, ob die Schweiz bei Reformen im internationalen Vergleich eher vorne oder eher zurück liegt, spaltet sich die Einschätzung der Expert/innen in zwei Lager, mit leicht positiver Tendenz. Dies steht in gewissem Widerspruch zur Literatur, in der insbesondere der geringe Ausbau an nicht-stationären Angeboten im internationalen Vergleich genannt wird.

Wichtigste Veränderungen und zukünftige Tendenzen

Die Aussagen zu den wichtigsten Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung der letzten 5 bis 10 Jahre ergeben ein einheitliches Bild. Es wird deutlich, dass eine *bessere Vernetzung* zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten wahrgenommen und die Relevanz dieses Aspekts am höchsten eingeschätzt wird.

Die Tendenz der psychiatrischen Versorgung geht nach mehrheitlicher Meinung zunehmend in Richtung *integrierte Versorgung, Früherfassung und Frührehabilitation*. In diesem Zusammenhang machen die Fachpersonen auf die Zunahme der Akuthospitalisationen sowie der mehrmaligen Aufenthalte und auf eine gleichzeitige Abnahme der Langzeithospitalisationen sowie auf die kürzeren Aufenthaltsdauern aufmerksam.

Es existiert ebenfalls die Ansicht, dass die Entwicklung der Sozial- und Gemeindepsychiatrie ins Stocken geraten und vielmehr die biologische Psychiatrie auf dem Vormarsch sei.

Bei der eingeschätzten Wichtigkeit folgen hinter der zunehmenden Vernetzung von Versorgungsangeboten die personelle Ausstattung der Kliniken, finanzielle und politische Rahmenbedingungen sowie ein Wandel der Inanspruchnahme. Weniger bedeutsam für die Veränderung der Versorgung wurden neue Behandlungskonzepte, veränderte Krankheitshäufigkeiten und nationale Besonderheiten der Schweiz angegeben.

Von der Mehrheit der Expert/innen wird beobachtet, dass nach Einführung des Krankenversicherungsgesetzes ein steigender Kostendruck und eine vermehrte Ökonomisierung der Versorgungspolitik zu beobachten ist. In erhöhtem Mass wird die Finanzierung durch Krankenversicherer zu Ungunsten der Langzeit-Patient/innen (stationär und ambulant) abgelehnt. Ausserdem geben die Expert/innen als wichtige Entwicklung an, dass die Stigmatisierung von psychiatrischen Patient/innen in der Gesellschaft langsam abnimmt und Stigma-reduzierende Aktivitäten zunehmen.

Kostenzuwachs im Gesundheitswesen

Gründe für das kontinuierliche Kostenwachstum in der schweizerischen Psychiatrie sehen die Expert/innen zum einen in neuen, spezifischen und differenzierten aber auch personalisierten psychotherapeutischen Möglichkeiten. Zum anderen werden neue und teure Medikamente, wie atypische Neuroleptika oder neuere Antidepressiva, als Erklärung genannt. Ausserdem könnten eine Angebotssteigerung und die Löhne für einen Teil der Kostenzunahme verantwortlich sein.

Gleichzeitig werde das breite Angebot an medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen erfreulicherweise von zunehmend mehr Patient/innen in Anspruch genommen. Das führen einige Expert/innen auf die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Erkrankungen zurück.

Ein weiterer Kostenfaktor ist laut Expertenmeinung der zunehmende gesellschaftliche Druck, der sich beispielsweise im Arbeitsalltag der Menschen niederschlägt. Dies kann zu stressbedingten Defiziten und psychischen Leiden führen.

Im Allgemeinen scheitere die Realisierung kostengünstiger Versorgungsangebote an der politischen Realität, wie z.B. unterschiedliche Zuständigkeiten (vgl. Kapitel 2).

Datengrundlage Psychiatrie-Zusatzdaten

Alle befragten Expert/innen halten die Erhebung der psychiatrie-spezifischen Daten im Rahmen der Medizinischen Statistik für wichtig und bedauern die Unvollständigkeit dieser fakultativen Erhebung. Insbesondere das Fehlen der Erhebung von ambulanten Daten sowie Daten aus dem Heimbereich gebe häufig ein unvollständiges Bild und ist deshalb nur eingeschränkt aussagekräftig.

Um dem Problem der Nicht-Erfassung entgegen zu treten, müssten nach Ansicht der Fachpersonen die Verantwortlichen vermehrt geschult werden, um ihnen Hinweise für die notwendige Dokumentation zu geben. Ausserdem sollten finanzielle Anreize gesetzt werden, um eine gute Datenqualität zu erreichen. Einige Expert/innen fordern, diese Erhebungen obligatorisch zu machen. Ein weiteres Problem bestehe darin, dass die Datenauswertung teilweise zu spät erfolge.

5 Fazit

Ziel der vorliegenden Studie ist es, in einem Mehrjahresvergleich Entwicklungen der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz in den Jahren 2000 bis 2006 darzustellen sowie Erklärungsansätze aufzuzeigen. Die Auswertungen wurden mit Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser durchgeführt, wobei zwischen den obligatorischen Minimaldaten und den fakultativen Psychiatrie-Zusatzdaten unterschieden werden muss. Die Minimaldaten sind ab dem Jahr 2002 vollständig vorhanden, so dass ab diesem Zeitpunkt zuverlässige Aussagen zur zeitlichen Veränderungen gemacht werden können. Entwicklungen die sich aus den Psychiatrie-Zusatzdaten ergeben (z.B. Medikation, FFE) müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da der zeitliche Verlauf und die zunehmende Vollständigkeit der Daten konfundiert sein können.

5.1 Zusammenfassung und Beurteilung der Ergebnisse

Es gibt untersuchte Variablen, die zwischen dem Jahr 2000 und 2006 sehr stabil sind, wie z.B. die Patientenstruktur und die Anteile der Diagnosegruppen. Auf der anderen Seite sind auch deutliche Veränderungen in diesem relativ kurzen Zeitraum zu erkennen. Die gravierendste Veränderung ist sicherlich die Zunahme von Behandlungsfällen bei eher stabilen Patientenzahlen. Damit zusammen hängt eine deutliche Zunahme an Wiedereintritten von über 30%. Von den befragten Fachpersonen wird als wichtigster Erklärungsansatz der stärkere Wechsel von ambulanten und stationären Angeboten im Sinne einer integrierten Versorgung angegeben. Gerade im letzten Auswertungsjahr (2006) zeigt sich eine besondere Zunahme der Wiedereintritte. Es ist bekannt, und auch aus den vorliegenden Daten zu erkennen, dass ein relativ kleiner Teil der Patient/innen einen grossen Teil der Wiedereintritte verantwortlich ist. Die beschriebene Zunahme der Wiedereintritte legt daher nahe, die Versorgung dieser so genannten „Heavy User“ noch stärker als bisher in den Focus zu stellen. Ein kleinerer Teil zunehmenden Wiederaufnahmen könnte jedoch durch administrative Gründe bedingt sein. Parallel zu den zunehmenden Wiedereintritten ist eine stetige Abnahme der Aufenthaltsdauern im gleichen Zeitraum zu verzeichnen, mit allerdings recht grossen kantonalen Unterschieden.

Die langsam zunehmende Vernetzung von Angeboten und die häufigeren Wechsel zwischen den Versorgungsangeboten sehen die befragten Expert/innen als eher positive Entwicklung für die Patient/innen, da dies eine zielorientiertere Behandlung ermöglicht. Insgesamt kann aus den Ergebnissen eine Tendenz zu mehr fachspezifischen Angeboten erkannt werden. Verlegungen zwischen Spitälern, die Zunahme von Behandlungen in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen bei gleichzeitiger Abnahme der Behandlungen in somatischen Abteilungen sowie die häufigeren Weiterbehandlungen in Pflegeheimen wären hier zu nennen. Ein weiteres Indiz ist, dass der Anteil der F-Hauptdiagnosen, die auf Kostenstelle „Psychiatrie“ abgerechnet wurden, um 7% gestiegen ist. Dabei fällt auf, dass insbesondere depressive Erkrankungen vermehrt in psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen behandelt werden (+10%), während die Behandlungen in somatischen Abteilungen in gleichem Umfang abnehmen. Der Rückgang der Langzeitpatienten um fast 25% und die erfreuliche Reduktion der Patient/innen, die während einer stationär-psychiatrischen Behandlung gestorben sind, könnten ebenfalls mit der veränderten Verlegungspraxis in spezialisierte Einrichtungen zu-

sammenhängen. Auch wenn es sich bei den Verstorbenen nur um wenige Fälle handelt, ist der Rückgang um 42% in diesem Zeitraum beachtlich.

Nicht so positiv wie für die Patient/innen werden häufige Wechsel der Versorgungseinrichtung für die behandelnden Institutionen eingeschätzt. Für diese ist die beschriebene Entwicklung mit einem erhöhten administrativen Aufwand verbunden. Eine weitere bedeutsame Veränderung für die Versorgungseinrichtungen ist die Abnahme des ohnehin geringen Anteils von Selbstzahlenden bzw. privat und halbprivat Versicherten.

Trotz dieser in den Daten der *Medizinischen Statistik* gut zu erkennenden Entwicklung hin zur integrierten Versorgung, sehen alle Expert/innen die Verlagerung zu teilstationären und ambulanten Angeboten auch für die nächsten Jahre als sehr wichtigen (82%) bzw. eher wichtigen (18%) Aspekt. Dementsprechend wird ein weiterer Auf- und Ausbau dieser Angebote gefordert. Gerade an dieser Frage zeigt sich jedoch auch, dass die Auswertungen der Medizinischen Statistik, die bisher nur für (teil-)stationäre Behandlungen vorliegen, immer nur einen Ausschnitt der psychiatrischen Versorgung beleuchten können. Basisdaten aus ambulanten Behandlungen sind für eine umfassende Analyse der psychiatrischen Versorgung unerlässlich. Das Fehlen dieser Daten wird auch von einigen Fachpersonen bedauert. Theoretisch wäre denkbar, dass mittlere und leichte zunehmend ambulant behandelt werden, und im stationären Bereich bei stabilen Patientenzahlen der relative Anteil schwer psychisch Erkrankter zugenommen hat. Einige Fachpersonen äussern sich dahingehend, aufgrund der Datenlage kann dies aber nicht ausreichend untersucht werden.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der vorliegenden Auswertungen und der Befragung der Experten/innen ist, dass die Patienten heute schlechter sozial integriert sind, als noch vor wenigen Jahren. Dies zeigt sich sowohl an den Daten zur Wohnsituation als auch am Zivilstand und Erwerbstatus. Einige Experten nennen dies als Mitgrund für die zunehmenden Wiedereintritte. Weitere wichtige Entwicklungen sind der tendenziell abnehmende Anteil der Zwangseinweisungen und im Rahmen der Behandlung ein leichter Rückgang der Psychopharmakabehandlung, was nach Experteneinschätzung auch den Wünschen der Patient/innen entspricht. Insbesondere in psychiatrischen Abteilungen von somatischen Spitälern hat sich die dokumentierte Behandlung in den letzten Jahren sehr verändert. Eine überaus deutliche Zunahme ist bei der *Integrierten psychiatrischen Behandlung* zu verzeichnen. Grund dafür könnte sein, dass auch die Patientenstruktur insbesondere die Multimorbidität von Patient/innen, die in somatischen Spitälern psychiatrisch behandelt werden, zugenommen hat, was sich insbesondere in den dokumentierten Nebendiagnosen zeigt. Mitgrund hierfür könnte jedoch auch eine verbesserte Diagnostik und höhere Sensibilität für psychiatrische Störungen sein.

Insgesamt lässt sich in den Ergebnissen erkennen, dass sich die psychiatrische Versorgung in einem Prozess der Veränderung befindet, der bis heute nicht abgeschlossen ist. Aus diesem Grund ist es wichtig, die inzwischen vorhandene einheitliche Datenbasis der Medizinischen Statistik regelmässig im Hinblick auf zeitliche Entwicklungen zu analysieren und um Angaben aus teilstationären und ambulanten Behandlungen zu ergänzen.

5.2 Ausblick

In der Expertenbefragung wurde nach ungünstigen bzw. befürchteten und positiven Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung für die nächsten 5 bis 10 Jahre gefragt.

Befürchtete Entwicklungen

Eine der häufigsten Nennungen sind Kostendruck und Sparmassnahmen, die von Seiten der Kostenträger auf die Leistungserbringer ausgeübt würden. Diese führen laut Expert/innen zu Einbussen in der Behandlung der Patient/innen. Psychiatrie und Psychotherapie würden unter Kosten- und Effizienzdruck aufgrund unrealistischer Vorgaben leiden. Thematisiert wird auch die abnehmende Fachkompetenz in der Versorgung. Die Expert/innen kritisieren den Nachwuchsmangel im Ärzte- und Pflegebereich. Zudem bestehe Spardruck beim Personal, insbesondere in der Pflege. Es wurde auch erwähnt, dass die Anforderungen im administrativen Bereich für Evaluationsmassnahmen, bzw. Qualitätssicherungsmassnahmen, wie sie in zunehmendem Ausmass von den Versicherern gefordert werden, zu einem höheren Ressourcenverbrauch führen, der derzeit nicht durch entsprechende Personalentwicklung ausgeglichen wird.

Des Weiteren wird eine „unkontrollierte“ Enthospitalisierung diskutiert. Ohne einen genügenden Ausbau ambulanter Strukturen für die Akutversorgung könnte diese Entwicklung eher negativ für die psychiatrische Versorgung sein. Es wird kritisiert, dass die Schweiz im internationalen Vergleich als Schlusslicht bezüglich gemeindenaher, ambulanter Akutversorgung bestehen bleibt. Weiterhin wird ein zu starker Bettenabbau trotz Überbelegung und Bettennot genannt.

Positive Entwicklungen und erwünschte Veränderungen

Einstimmig wünschen sich die Expert/innen die weitere Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Angebote. Das schliesst den Auf- und Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote mit ein. Grosskliniken sollten vermehrt durch gemeindenahere psychiatrische Gesundheitszentren ersetzt werden, die mit Abteilungen in Allgemeinspitälern verbunden sind. Zudem sollten verbesserte Übergänge und Möglichkeiten zum geeigneten Wohnen geschaffen werden. Für eine optimale Versorgung muss diese nach Meinung der Fachpersonen unabhängig vom Versicherungsstatus sein. Weiterhin müssten mehr finanzielle Mittel für diese Angebote zur Verfügung gestellt werden. Ein Experte fordert für die integrierte Versorgung neue und bessere Steuerungs- und Finanzierungsmodelle wie ein „Regionales Globalbudget“ und „Kopfpauschalen“.

Auf der personellen Ebene wird eine höhere Fachkompetenz in Form von Fort- und Weiterbildungen als notwendig erachtet sowie eine Verbesserung der psychotherapeutischen Ausbildungsmöglichkeiten. Zudem wird eine Erhöhung des Personalschlüssels als unabdingbar betrachtet.

Um die Qualität psychiatrischer Versorgung zu gewährleisten, ist es nach Ansicht mehrerer Fachpersonen notwendig, bestehende Evaluations- und Qualitätssicherungsmassnahmen, Katamnesebefragungen und Benchmarks weiter zu etablieren und zu nutzen. Case-Management-Verfahren sollten als viel versprechende Innovationsansätze vermehrt einge-

setzt und weiter in den Klinikalltag integriert werden. So sinnvoll häufigere Wechsel zwischen Versorgungsangeboten aus Sicht der Behandlung und ökonomischen Überlegungen sein mögen, stellen sie gerade für psychiatrische Patient/innen eine besondere Belastung dar, so dass bei psychiatrischen Patient/innen hier eine Betreuungskonstanz z.B. im Sinne eines Case-Managements zunehmende Bedeutung gewinnt.

Weiterhin erachten es die Expert/innen als sehr wichtig, die gesellschaftliche Akzeptanz für die Patient/innen zu erhöhen. Hierzu ist es notwendig, Projekte und Strategien zur Veränderung von Einstellungen und zum Abbau von Vorurteilen voranzutreiben. Dies kann z.B. in Form von Anti-Stigma-Kampagnen geschehen. Um dieser und den oben beschriebenen Forderungen gerecht zu werden, bedarf es jedoch eines klaren Votums von Seiten der Politik gegenüber Psychiatrie und Psychotherapie.

Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne das unbezahlte Engagement von Expertinnen und Experten in der vorliegenden Form nicht zustande gekommen. Wir danken den Fachleuten, die uns im Rahmen der Expertenbefragung Ihre Einschätzungen abgegeben und wichtige Erklärungsansätze genannt haben.

Weiterhin danken wir den Fachpersonen, die uns im Rahmen des Reviewverfahrens ihre Stellungnahmen und ihre Änderungsvorschläge zukommen liessen.

6 Literatur

- Baer, N. & Cahn, T. (2003). *Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft. Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft*. Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft (KPD-BL). Online-Dokument (pdf): http://www.kpd.ch/publikationen/Schlussbericht_Folgeplanung_II.pdf. Zugriff am 2. November 2007.
- Baer, N. & Cahn, T. (2005). *Psychische Gesundheit. Anhang 2 des Strategieentwurfs zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Psychiatrische Versorgungsstrukturen: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz*.
- Becker, T. (2006). Integration psychiatrischer Versorgung: Ansätze und Grenzen in unterschiedlichen Ländern. In F. Ramseyer, R. Genner & H. Brenner (Hrsg.), *Die Schweizer Psychiatrieversorgung im internationalen Vergleich. Berner Gespräche zur Sozialpsychiatrie* (S. 11–21). Zürich: edition 8.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2004). *Psychische Gesundheit – Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). (2007). *Statistiken zur sozialen Sicherheit. IV-Statistik 2007*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2008a). http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.Document.88263.xls
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2008b). http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/lexikon/bienvenue___login/blank/zugang_lexikon.Document.67139.xls
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2007a). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005. 53 Milliarden für die Gesundheit (Medienmitteilung)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2007b). *Krankenhausstatistik 2006 / Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2006. Weitere Verkürzung der Spitalaufenthalte (Medienmitteilung)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2005). *Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern 1995–2003* (Tabelle 14.5.2.1). Bundesamt für Statistik. Online-Dokument (pdf): <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.Document.21547.xls>. Zugriff 17. März 2008.
- Binswanger, M. (2005). *Ambulant vor teilstationär vor stationär? Kontra*. In „Moderne Evidenz-basierte Psychiatrie: Was ist belegt?“. Bern: SGPP-Kongressband. (S. 37–40) Online-Dokument (pdf): <http://www.psychiatrie.ch/index-sgpp-de.php?page=221&frameset=60>. Zugriff am 20. Oktober 2007.
- Brenner, H. D. (2004). Die institutionelle Schweizer Psychiatrieversorgung: Stärken, Defizite, Herausforderungen. *Psy & Psy Bulletin*, Offizielles Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), *Sondernummer 1*, 46–48.

- Brenner, H. D., Rössler, W. & Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35), 1777–1786.
- Christen, L. & Christen, S. (2003). *Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen in der Schweiz 1998 bis 2000*. Arbeitsdokument 1. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Christen, L. & Christen, S. (2005a). *Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz Analyse der Psychiatrie-Zusatzdaten 2000–2002*. Arbeitsdokument 13. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Christen, S. & Christen, L. (2005b). *Basisdaten Psychiatrie 2003. Beschreibung der stationären Behandlungen psychischer Störungen in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Cording, C. (2006). Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. In F. Ramseyer, R. Genner & H. Brenner (Hrsg.), *Die Schweizer Psychiatrieversorgung im internationalen Vergleich. Berner Gespräche zur Sozialpsychiatrie* (S. 65–77). Zürich: edition 8.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) (o.J.). *Enquête 1975. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Deutscher Bundestag 1975)*. Online-Dokument (pdf): <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/enquete/enquete1975.pdf>. Zugriff am 13. Oktober 2007.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Ebner, G. (2007). Zum Stand der "Psychiatriereform" in der Schweiz. In M. Krisor & K. Wunderlich (Hrsg.), *Gerade in schwierigen Zeiten: Gemeindepsychiatrie verankern*. Lengerich: Pabst.
- Frick, U. & Rössler, W. (2006). Die Gesundheitsversorgung der Schweiz im internationalen Vergleich: Regiert Geld die Welt? In F. Ramseyer, R. Genner & H. Brenner (Hrsg.), *Die Schweizer Psychiatrieversorgung im internationalen Vergleich. Berner Gespräche zur Sozialpsychiatrie* (S. 78–92). Zürich: edition 8.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zug (2007). *Konzept Psychische Gesundheit im Kanton Zug. 2007–2012*. Online-Dokument: http://www.zugerbuendnis.ch/docs/psychische_gesundheit_zug_1.pdf. Zugriff am 12. Oktober 2007.
- Hell D. et al. (1999). *Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept. Leitbild und Rahmenkonzept*. Zürich: Kantonale Gesundheitsdirektion. Online-Dokument (pdf): http://www.gd.zh.ch/internet/gd/de/Zahlen_und_F/Publikatione.SubContainerList.SubContainer1.ContentContainerList.0018.DownloadFile.pdf. Zugriff am 12. November 2007.

- Hinterhuber, H. (2007). Psychiatrie und Gesellschaft. Die Verantwortung der Gesellschaft für eine menschengerechte Psychiatrie. *Psychopraxis*, 2, 2–8.
- Junghan, U. M. & Ricka, R. (2006). Kernelemente moderner psychiatrischer Versorgungsangebote. *Managed Care*, 1, 13–15.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B. & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523.
- KIQ (Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung) (2008). *Pilotprojekt Psychiatrie*. [Online]. http://www.kiq.ch/pilotprojekt_psych.html. Zugriff am 27.03.2008.
- KIQ (Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung) (2002). *Ergebnismessung in der Psychiatrie. Zwischenbericht der „Expertengruppe Ergebnisqualität in der Psychiatrie“*. Online-Dokument: http://www.kiq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/EQP_Zwischenbericht.pdf. Zugriff am 28. Februar 2008.
- Kuhl, H.-C. & Herdt, J. (2007). *Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Arbeitsdokument 28*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), www.obsan.ch.
- Kuhl, H.-C., Junge, C. & Bader, K. (2007). Erwerbstätigkeit von psychiatrischen Patienten. Sind psychiatrische Patienten von negativen Entwicklungen am Arbeitsmarkt besonders stark betroffen? *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 3, 38–41.
- Kuhl, H.-C., Krneta, D., Warnke, I., Herdt, J., Cassidy, C., von Allmen, U. & Rössler, W. (2008). Freiwilliges Benchmarking der Psychiatrischen Universitätskliniken Basel, Bern und Zürich. Methodisches Vorgehen und Erfahrungsbericht. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1, 37–40.
- Meyer, P. C. & Hell, D. (2004). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006* (S. 243–253). Bern: Verlag Hans Huber.
- Obsan-Einzelindikatoren (2006–2007). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Online-Dokumente (pdf): <http://www.obsandaten.ch/indikatoren/d/>; Zugriff am 23. März 2008.
- Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder -und Jugendpsychiatrie und der Psychosozialen Medizin. (2002). *Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz*.
- Psysuisse (2008). Projekt nationale Tarifstruktur für die Psychiatrie stationär/ teilstationär. [Online]. URL: <http://www.psysisuisse.ch> Zugriff am 15. Februar 2008.
- Rizzi, E. (2007). *Zahlen und Fakten über die IV. Strukturelle Mängel beim Schweizer Invalidenversicherungssystem*. Curaviva, 5. Online-Dokument (pdf): <http://upload.sitesystem.ch/E262A04C9D/32430F2248/61BCCF65EB.pdf> Zugriff am 19. März 2008.

- Rössler, W. & Salize, H. J. (1996). *Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen*. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.
- Santésuisse (2005). *Krankenversicherungen in der Schweiz (Entwicklung, Organisation, Kosten, Finanzierung, Ausblick)*. Online-Dokument (pdf): <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/200701100854480.pdf>. Zugriff am 23. April 2008.
- Schaub, R. (2004). Veränderungen von Versorgungsstrukturen an einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 31(2), 256–262.
- Schmidt, L. R. (2004). Verändert die Psychiatriereform die psychiatrischen Stationen? In M. Krisor & K. Wunderlich (Hrsg.), *Psychiatrie auf dem Weg: Von der Anstalt zum Menschen*. Lengerich: Pabst.
- Schöpf, J. (2005). Neuigkeiten in Psychiatrie und Psychopharmakologie. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1, 28–35.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Arbeitsdokument 24. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>.
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2008). *Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“*. Bern: GDK.
- Spycher, S., Margraf, J. & Meyer, P. C. (2005). *Zulassung der psychologischen Psychotherapeut/innen zur Krankenversicherung? Mögliche Varianten und Kostenfolgen in der ambulanten Versorgung der Schweiz, Zusammenfassung*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>.
- Studer, K. (2004). Aktualitäten und Trends in der Psychiatrie der Schweiz. *Psy & Psy Bulletin, Sondernummer 1*, 51–52.
- Sturny, I., Cerboni, S., Christen, S. & Meyer, P. C. (2004). *Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz*. Arbeitsdokument 4. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>.
- Sturny, I. & Hell, D. (2007). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009* (S. 291–304). Bern: Verlag Hans Huber.
- Wagner, F.-J. (2006). Entwicklung der Psychiatrie aus Sicht der Betroffenen. *Psychiatrische Pflege*, 12, 92–94.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467–478.
- WHO (World Health Organization) (2005). *Project Atlas: Resources for Mental Health*. Online-Dokument. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/. Zugriff am 12. Februar 2008.
- Wittchen, H. U. (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen in Deutschland: Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft? *Der Nervenarzt*, 78(2), 414.

7 Anhang

Tabelle 12: Mediane Aufenthaltsdauer nach Kanton (2000–2006)

Mediane Aufenthaltsdauer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Prozentpunkte Veränderung 2000–2006
AG	20	22	20	19	19	19	21	+1.0
AI	25	14	21	13	17	15	18	-6.5
AR	21	18	16	15	17	15	18	-2.5
BE	19	18	19	19	19	20	21	+2.0
BL	17	16	15	16	15	17	17	0.0
BS	22	10	15	15	15	15	14	-8.0
FR	20	16	16	17	17	17	18	-2.0
GE	14	15	15	13	15	12	8	-6.0
GL	26	16	15	30	18	16	16	-9.5
GR	19	12	17	17	18	18	17	-2.0
JU	13	14	13	14	13	15	12	-1.0
LU	21	20	19	20	19	20	20	-1.0
NE	23	22	22	21	21	22	22	-1.0
NW	15	18	19	16	15	15	11	-4.0
OW	17	18	17	14	17	17	18	+1.0
SG	21	22	17	19	18	19	19	-2.0
SH	20	19	20	19	18	15	15	-5.0
SO	14	14	15	13	13	14	15	+1.0
SZ	16	15	16	15	18	16	19	+3.0
TG	44	29	25	25	26	29	28	-16.0
TI	19	20	20	20	19	19	18	-1.0
UR	19	17	19	21	16	21	18	-1.0
VD	14	12	13	12	11	11	12	-2.0
VS	15	14	13	14	15	13	13	-2.0
ZG	22	19	21	19	23	21	18	-4.0
ZH	19	17	17	17	17	17	16	-3.0
Gesamt	18	17	17	16	16	16	16	-2.0

Tabelle 13: Prozentanteile fürsorgerischer Freiheitsentzug nach Kanton (2000–2006)

Anteil FFE in Prozent nach Kanton	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Prozentpunkte Veränderung 2000–2006
AG	14	13	36	33	32	31	30	+16.7
AI	37	43	20	19	20	12	13	-23.9
AR	18	19	16	15	13	15	7	-10.6
BE	29	28	28	28	28	29	23	-5.4
BL	22	20	19	18	17	19	17	-4.9
BS	19	3	11	13	14	13	13	-6.6
FR	16	21	6	13	10	5	5	-10.6
GE	0	0	0	0	0	2	2	+1.9
GL	23	23	13	12	20	29	20	-2.3
GR	16	19	18	9	17	18	15	-1.3
JU	12	18	14	14	14	7	2	-9.8
LU	19	10	20	14	23	14	18	-0.7
NE	3	3	1	1	7	2	2	-1.8
NW	9	11	10	8	6	1	15	+6.1
OW	13	5	13	11	10	4	9	-3.9
SG	21	23	21	23	21	21	21	0.0
SH	7	11	7	6	8	7	4	-2.4
SO	25	25	24	29	26	21	21	-3.8
SZ	26	30	19	14	16	15	26	+0.2
TG	17	16	17	6	5	4	5	-11.6
TI	3	33	33	28	29	30	24	+21.1
UR	13	24	18	5	6	20	26	+13.1
VD	4	3	4	5	0	0	0	-4.4
VS	3	2	6	4	5	3	3	-0.2
ZG	25	27	9	16	9	13	28	+3.2
ZH	33	31	30	27	28	26	24	-9.6
Gesamt	20	21	21	20	18	17	16	-4.4

Tabelle 14: Häufigkeiten der Kategorien aus den Minimaldaten; alle Fälle 2000–2006

Anzahlen	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ	
Behandlungsfälle	61429	63636	70035	70546	71329	71452	76563	+9.3%	
Patient/innen			AVCs unvollst.	50679	50122	50216	49756	51311	+1.3%
Wiedereintritte			AVCs unvollst.	19356	20424	21113	21696	25252	+30.5%
Mittlere Wiedereintritte je Pat.			AVCs unvollst.	0.38	0.41	0.42	0.44	0.49	+28.9%
Aufenthaltsdauer	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ	
Mittlere Aufenthaltsdauer	37.1	35.9	34.9	33.7	33.4	33.5	32.1	-5 Tage	
Mediane Aufenthaltsdauer	18	17	17	16	16	16	16	-2 Tage	
Langzeitpatient/innen (ganzes Jahr)	1573	1723	1157	1541	1511	1436	1208	-23.2%	
Diagnosekategorien	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
F10 Störungen durch Alkohol	16.4	15.7	15.9	15.2	15.8	15.3	15.5	-0.8	
F11-19 Stör. d. psychotrope Subst.	10.1	9.5	9.6	9.5	9.3	9.4	8.9	-1.2	
F20 Schizophrenie	9.4	8.9	9.7	9.8	9.8	9.9	9.4	0.0	
F32, F33 Depression	20.8	21.3	20.9	20.9	20.6	21.0	21.2	+0.4	
F43 Belastungsreaktion	7.3	8.2	7.8	8.6	8.4	8.6	8.2	+1.0	
F60-62 Persönlichkeitsstörungen	4.8	4.8	5.5	6.0	6.5	6.4	6.0	+1.2	
Sonstige F-Hauptdiagnosen	31.3	31.5	30.5	30.0	29.6	29.3	30.7	-0.6	
Auswahlgrund	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
Psychiatrische Klinik	67.4	65.4	68.3	66.0	66.7	70.1	69.6	+2.2	
Psychiatrische Abteilung	4.2	4.6	3.8	8.0	7.8	5.9	6.3	+2.0	
F-Hauptdiagnose (nicht 1 oder 2)	28.4	30.0	27.9	26.0	25.5	24.0	24.1	-4.3	
Psychiatrie-Zusatzdaten	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
Vorhanden	50.0	48.8	51.8	51.8	61.0	63.9	63.3	+13.2	
Aufenthaltsort vor Eintritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
Zuhause	76.0	76.5	75.5	75.0	74.9	73.3	73.5	-2.6	
Zuhause mit SPITEX	1.8	0.8	1.3	1.3	1.3	1.3	1.2	-0.7	
Krankenhaus/Pflegeheim	1.6	1.4	1.5	1.5	1.9	1.7	1.8	+0.2	
Altersheim/Soziale Institution.	5.0	4.6	4.8	5.0	4.8	4.9	4.9	-0.1	
Psychiatrische Klinik	2.7	2.7	2.7	2.7	3.0	3.1	2.8	0.1	
Akutspital	8.8	9.5	9.2	9.5	9.4	10.7	8.8	0.0	
Strafvollzugsanstalt	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7	0.9	0.8	0.0	
Andere	3.3	3.8	4.3	4.2	3.9	4.1	6.3	+3.0	
Nationalität	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
Schweiz	82.1	82.1	80.4	79.7	79.5	78.9	77.9	-4.2	
EU-Ausland	6.6	6.1	6.4	6.6	6.6	6.4	7.1	+0.5	
Nicht EU-Land	11.3	11.8	13.2	13.7	13.9	14.7	15.0	+3.7	
Alterskategorien	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
15–24 Jahre	11.8	12.6	12.7	13.0	12.9	13.0	12.7	+0.9	
25–44 Jahre	41.3	40.6	41.7	41.7	41.3	40.9	39.7	-1.6	
45–64 Jahre	27.9	28.4	28.1	28.2	29.1	29.6	30.5	+2.7	
65 Jahre und älter	19.1	18.3	17.5	17.1	16.7	16.5	17.1	-2.0	
Geschlecht	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
Frauen	53.5	54.0	53.2	53.6	53.3	53.3	52.7	-0.8	
Eintrittsart	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.	
Notfall	47.7	46.8	48.0	46.2	44.8	46.8	46.7	-1.0	
Angemeldet	51.1	52.1	51.1	52.9	54.6	51.9	51.2	0.0	
Andere	1.0	1.1	0.9	0.9	0.7	1.3	2.2	+1.2	

Einweisende Instanz	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Selbst, Angehörige	18.6	18.2	19.1	20.3	20.1	20.3	19.6	+1.0
Rettungsdienst/Polizei	3.8	4.0	4.8	4.4	4.8	4.7	5.3	+1.5
Praktizierender Arzt	72.5	72.7	71.6	71.2	71.4	71.2	70.7	-1.8
Nichtmed. Therapeut	0.8	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	-0.2
Sozialmedizinischer Dienst	1.2	1.0	1.0	1.0	0.8	0.9	0.8	-0.4
Justizbehörde	1.1	0.9	1.0	1.1	1.2	1.2	1.2	+0.1
Andere	2.0	2.6	1.9	1.6	1.2	1.2	1.8	-0.2
Klasse	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Allgemein	85.2	87.5	85.9	89.6	90.3	90.2	90.5	+5.3
Halbprivat	7.6	7.6	6.9	6.5	5.8	6.0	5.4	-2.2
Privat	7.2	5.0	7.2	3.9	3.9	3.7	4.1	-3.1
Kostenstelle	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
M500 Psychiatrie	67.4	68.9	71.1	72.8	73.2	74.4	74.3	+7.0
M100 Innere Medizin	20.8	21.7	19.9	19.0	18.5	17.0	17.6	-3.2
M900 Geriatrie	2.6	2.7	2.1	2.1	2.1	2.0	2.0	-0.6
M950 physik. Medizin/Reha.	1.8	3.1	3.0	2.4	2.4	2.1	2.0	+0.2
Andere	7.4	3.6	3.9	3.7	3.8	4.6	4.0	-3.3
Kostenträger	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Krankenversicherung	94.8	94.3	91.0	94.7	96.1	97.2	97.6	+2.8
Invalidenversicherung	0.2	0.5	0.5	0.3	0.2	0.3	0.2	0.0
Militärversicherung	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Unfallversicherung	0.3	0.5	0.6	0.3	0.4	0.4	0.4	+0.2
Selbstzahler	2.2	2.1	1.8	1.9	1.7	0.8	0.9	-1.2
Andere	2.4	2.6	6.1	2.7	1.5	1.3	0.7	-1.8
Austrittsentscheid	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Entlassung auf Initiative Spital	84.8	85.4	86.3	84.9	86.1	86.4	87.8	+3.1
Entlassung auf Initiative Patient	10.1	10.1	9.9	11.1	10.8	10.4	9.2	-0.9
Entlassung auf Init. einer 3. Person	1.0	0.9	0.7	0.8	0.7	0.8	0.6	-0.4
Wechsel Diagnose	0.3	0.4	0.2	0.2	0.0			-0.3
Verstorben	1.0	0.9	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	-0.4
Anderes	2.8	2.4	2.0	2.1	1.7	1.8	1.7	-1.1
Behandlung nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	1.1	0.9	0.9	0.9	0.8	0.6	0.6	-0.4
Geheilt	10.2	11.7	10.4	10.3	8.3	8.3	8.6	-1.6
Ambulante Behandlung	71.4	69.3	69.9	68.7	70.0	70.0	68.0	-3.5
Ambulante Pflege/SPITEX	1.5	2.1	2.1	2.6	2.2	2.4	2.6	+1.1
Stat. Behandlung/Pflege	9.5	9.8	10.1	10.4	12.0	12.3	14.2	+4.7
Rehabilitation ambulant/stationär	2.7	2.7	2.8	3.1	2.6	2.6	2.6	-0.1
Anderes	3.6	3.5	3.7	4.1	4.1	3.7	3.5	-0.1
Aufenthalt nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	1.0	0.9	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	-0.4
Zuhause	72.6	73.4	72.9	73.3	72.6	71.6	70.6	-2.1
Krankenhaus/Pflegeheim	3.6	3.4	3.1	3.5	3.6	3.7	3.7	+0.1
Altersheim/Soz. Inst.	8.0	7.2	7.7	7.5	7.0	7.2	6.9	-1.1
Psychiatrische Klinik	5.6	6.1	6.2	5.8	6.4	6.8	7.0	+1.4
Rehabilitationsklinik	1.6	1.6	1.6	1.4	1.2	1.3	1.0	-0.6
Anderes Krankenhaus	3.6	3.4	3.3	3.4	3.8	3.9	5.4	+1.8
Strafvollzugsanstalt	0.7	0.6	0.7	0.8	0.8	0.8	0.7	+0.1
Andere	3.2	3.4	3.5	3.6	4.0	4.1	4.0	+0.7
Ausserkantonale Behandlungen	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
	10.1	10.5	10.9	11.0	10.1	9.8	9.8	-0.3

**Tabelle 15: Häufigkeiten der Kategorien für die Psychiatrie-Zusatzdaten (2000–2006).
Diese liegen nur für psychiatrische Kliniken und Abteilungen vor.**

Zivilstand	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Ledig	48.1	47.4	47.7	48.6	47.1	48.0	46.9	-1.2
Verheiratet, zusammenlebend	26.2	26.4	26.4	25.7	25.1	24.7	25.0	-1.2
Verheiratet, getrennt lebend	5.3	5.5	5.5	5.8	6.7	7.0	6.8	+1.5
Verwitwet	6.2	5.9	5.6	5.0	5.5	5.4	5.6	-0.6
Geschieden	14.2	14.8	14.8	14.8	15.6	15.0	15.7	+1.5
Beschäftigung (Mehrfachnennungen möglich)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Teilzeit	8.5	8.7	7.8	7.5	7.1	7.4	7.4	-1.1
Vollzeit	17.9	17.0	15.0	14.0	12.8	13.4	13.2	-4.7
Keine Beschäftigung	43.9	43.7	41.5	44.5	42.1	43.6	42.0	-1.9
Haushalt	22.8	22.6	19.5	19.8	17.8	18.4	17.7	-5.1
Ausbildung	4.1	4.5	4.0	4.2	4.2	4.8	4.5	0.4
Rehabilitationsprogramm	1.6	1.5	1.6	1.5	1.3	1.3	1.3	-0.3
Rente	35.6	34.0	35.4	35.6	36.8	40.4	38.9	+3.3
Geschützter Rahmen	4.4	4.2	4.4	4.5	3.9	3.9	3.7	-0.8
Abgeschlossene Ausbildung	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Keine abgeschl. Schulbildung	6.0	6.3	6.0	6.0	6.0	6.4	6.9	+0.9
Obligatorische Volksschule	33.3	34.0	33.9	33.9	34.3	34.1	33.3	+0.1
Berufslehre	46.3	44.3	45.7	44.4	43.9	43.2	43.1	-3.1
Maturitätsschule	4.6	5.5	4.9	5.4	5.3	5.4	5.3	+0.7
Höhere Fach- oder Berufsschule	5.5	5.7	5.2	5.8	5.8	5.9	5.8	+0.3
Universität oder Hochschule	4.4	4.2	4.2	4.4	4.7	5.1	5.5	+1.1
Fürsorgerischer Freiheitsentzug	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Mit Freiheitsentzug	20.1	21.2	21.2	19.7	17.8	17.2	15.7	-4.4
Behandlung	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Krisenintervention	32.3	34.9	35.3	35.1	32.8	31.3	33.6	+1.3
Beratung	0.4	0.6	0.4	0.3	0.4	0.4	0.7	+0.3
Psychotherapie (einzel)	7.8	8.6	6.7	6.8	6.3	8.0	8.2	+0.4
Psychother. (Paar oder Familie)	0.6	0.5	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	-0.3
Psychotherapie (Gruppe)	1.9	1.2	1.1	1.3	1.3	1.3	1.8	-0.1
Integrierte psychiatr. Behandlung	48.4	46.6	49.6	48.4	54.0	54.6	51.2	+2.8
Sozialpsych. Behandlung	1.1	0.9	1.4	1.0	1.3	1.1	1.2	+0.1
Konsilium, Liaisondienst	1.5	1.7	1.0	0.9	0.7	0.1	0.0	-1.5
Sachhilfe	0.9	0.7	0.6	0.4	0.4	0.4	0.5	-0.5
Abklärung (ausschliesslich)	0.6	0.6	0.4	0.4	0.5	0.5	0.8	+0.1
Begutachtung	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.1	0.2	-0.1
Andere	4.1	3.5	2.8	4.9	1.9	1.7	1.5	-2.6
Medikamente	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Neuroleptika	51.2	48.4	48.8	46.1	41.3	46.7	45.8	-5.4
Depotneuroleptika	3.0	2.8	4.4	3.4	3.0	3.4	3.4	+0.4
Antidepressiva	41.7	40.7	40.1	42.0	37.8	41.7	41.0	-0.7
Tranquilizer	38.5	39.7	39.3	40.1	35.2	37.4	35.6	-2.9
Hypnotika	17.9	17.8	19.8	17.8	15.2	15.4	15.4	-2.6
Antiepileptika	10.8	10.8	13.0	12.9	11.0	12.4	12.0	+1.1
Lithium	4.2	3.7	4.9	3.2	2.6	3.2	2.9	-1.3
Suchtsubstitutionsmittel	8.7	8.0	9.1	7.4	6.3	6.2	5.9	-2.8
Suchtaversionsmittel	3.2	2.5	3.5	1.8	1.8	1.7	1.8	-1.5
Antiparkinsonmittel	4.9	5.2	4.8	3.6	2.7	2.7	2.7	-2.2
Andere	7.0	6.8	7.0	6.3	6.0	6.5	7.7	+0.8
Somatische Medikamente	30.5	27.5	28.6	30.5	28.4	30.6	32.1	+1.6

Tabelle 16: Separate Anteile für die Diagnosegruppe F10 Störungen durch Alkohol

Auswahlgrund	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Psychiatrische Klinik	61.8	58.5	59.5	56.6	56.7	60.9	60.9	-0.9
Psychiatrische Abteilung	2.6	2.7	1.9	5.9	5.6	3.8	4.1	+1.5
F-Hauptdiagnose (nicht 1 oder 2)	35.6	38.8	38.6	37.5	37.7	35.4	35.0	-0.5
Aufenthaltsort vor Eintritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Zuhause	78.7	78.7	78.4	77.2	78.0	78.0	76.1	-2.6
Zuhause mit SPITEX	1.4	0.4	0.4	0.5	0.6	0.6	0.4	-1.0
Krankenhaus/Pflegeheim	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	0.8	1.0	+0.3
Altersheim/Soziale Institution.	2.7	2.5	2.5	2.6	2.4	2.7	2.9	+0.2
Psychiatrische Klinik	2.5	2.3	2.4	2.2	2.4	2.2	2.5	0.0
Akutspital	8.3	9.6	9.0	9.0	8.4	9.5	8.0	-0.2
Strafvollzugsanstalt	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.0
Einweisende Instanz	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Selbst, Angehörige	20.4	20.0	21.3	20.2	22.6	23.0	22.6	+2.1
Rettungsdienst/Polizei	7.0	7.9	9.6	9.8	11.3	11.2	12.6	+5.6
Praktizierender Arzt	65.1	65.2	62.3	60.4	61.3	60.6	59.1	-6.0
Nichtmed. Therapeut	0.5	0.2	0.2	0.1	0.2	0.3	0.4	-0.1
Sozialmedizinischer Dienst	1.1	1.0	1.0	0.8	0.8	0.9	0.8	-0.3
Justizbehörde	1.1	0.9	0.9	0.6	0.8	1.1	0.9	-0.2
Austrittsentscheid	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Entlassung auf Initiative Spital	82.1	83.9	84.2	80.8	85.9	84.9	86.9	+4.8
Entlassung auf Initiative Patient	10.5	10.4	9.9	10.3	10.8	11.6	10.3	-0.3
Entl. auf Initiative 3. Person	0.6	0.8	0.4	0.6	0.7	0.5	0.4	-0.2
Wechsel Diagnose	0.3	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.3
Verstorben	0.3	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	-0.2
Behandlung nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	0.3	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	-0.2
Geheilt	11.9	14.4	12.7	12.2	10.1	10.7	11.2	-0.7
Ambulante Behandlung	64.0	63.8	60.7	57.8	62.5	64.6	60.9	-3.0
Ambulante Pflege/SPITEX	0.9	1.1	1.3	1.6	1.1	1.2	1.4	+0.5
Stat. Behandlung/Pflege	8.6	8.7	9.2	9.8	11.8	12.0	15.6	+7.0
Rehabilitation ambulant/stationär	3.6	2.9	2.8	3.0	2.5	2.9	2.8	-0.8
Aufenthalt nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	0.3	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.2	-0.2
Zuhause	74.1	75.7	72.4	73.3	72.0	72.8	70.0	-4.2
Krankenhaus/Pflegeheim	1.7	1.7	1.5	1.9	1.7	2.0	1.8	+0.1
Altersheim/Soziale Institution	5.1	4.5	4.8	4.7	4.3	4.4	4.6	-0.4
Psychiatrische Klinik	5.2	5.7	5.9	6.8	7.5	7.6	9.2	+4.0
Rehabilitationsklinik	2.9	2.8	2.7	2.4	1.9	2.3	2.1	-0.8
Anderes Krankenhaus	3.7	3.1	3.3	3.2	3.6	4.1	5.7	+2.1
Strafvollzugsanstalt	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0.0
Fürsorg. Freiheitsentzug (Psy-Zusatz)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Mit Freiheitsentzug	23.0	24.7	23.8	22.7	20.3	20.4	18.4	-4.6
Medikamente (Psychiatrie-Zusatz)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Neuroleptika	27.2	27.4	24.5	21.1	20.3	23.5	22.7	-4.5
Antidepressiva	32.0	31.3	31.1	33.1	30.1	34.7	33.6	+1.6
Tranquilizer	32.8	34.5	36.3	40.7	32.9	35.5	31.8	-0.9
Hypnotika	17.2	15.0	18.1	17.7	14.2	13.1	14.1	-3.2
Antiepileptika	12.4	11.8	12.8	13.0	10.3	11.2	12.0	-0.4
Suchtsubstitutionsmittel	6.9	5.6	6.9	4.4	5.6	4.4	5.4	-1.5
Suchtaversionsmittel	11.0	9.0	11.2	7.2	7.1	7.7	7.4	-3.6
somatische Medikamente	37.7	35.3	38.4	42.1	38.6	41.1	43.9	+6.2

Tabelle 17: Separate Anteile für die Diagnosegruppe F20 Schizophrenie

Auswahlgrund	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Psychiatrische Klinik	94.0	94.0	94.3	88.6	89.5	89.8	89.7	-4.3
Psychiatrische Abteilung	2.1	2.3	2.3	8.1	7.3	7.1	6.0	+3.8
F-Hauptdiagnose (nicht 1 oder 2)	3.9	3.8	3.4	3.3	3.2	3.1	4.3	+0.5
Aufenthaltsort vor Eintritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Zuhause	66.6	66.6	64.5	64.0	63.0	61.1	62.9	-3.7
Zuhause mit SPITEX	1.3	1.0	1.1	1.3	1.2	1.5	1.4	0.0
Krankenhaus/Pflegeheim	1.8	2.0	2.1	2.1	2.4	3.0	2.9	+1.0
Altersheim/Soziale Institution	11.8	12.2	11.2	11.7	12.5	12.5	12.4	+0.6
Psychiatrische Klinik	3.8	3.8	3.7	4.3	4.7	5.1	4.9	+1.1
Akutspital	5.0	5.0	5.5	5.7	5.8	6.8	5.8	+0.8
Strafvollzugsanstalt	0.9	1.2	1.2	1.2	1.0	1.5	1.3	+0.4
Einweisende Instanz	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Selbst, Angehörige	19.4	19.9	19.2	20.0	21.1	19.9	19.4	0.0
Rettungsdienst / Polizei	1.5	1.2	2.6	1.5	1.7	1.9	2.3	+0.8
Praktizierender Arzt	68.4	69.3	68.6	66.3	69.9	71.3	70.8	+2.4
Nichtmedizinischer Therapeut	1.1	0.3	0.4	0.5	0.4	0.6	0.3	-0.8
Sozialmedizinischer Dienst	1.8	1.6	1.7	1.2	1.1	1.0	1.0	-0.8
Justizbehörde	1.5	1.5	1.8	1.9	2.4	2.3	2.3	+0.8
Austrittsentscheid	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Entlassung auf Initiative Spital	82.2	83.0	82.9	77.2	81.5	84.2	85.1	+2.9
Entlassung auf Initiative Patient	10.3	10.4	10.5	12.0	13.4	11.0	9.9	-0.4
Entl. auf Initiative 3. Person	1.2	1.2	0.7	0.7	0.8	1.2	1.0	-0.2
Wechsel Diagnose	0.3	0.4	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	-0.3
Verstorben	1.3	0.8	0.9	0.8	0.5	0.8	0.8	-0.5
Behandlung nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	1.3	0.8	0.9	0.8	0.5	0.8	0.8	-0.5
Geheilt	1.9	2.3	1.6	1.7	1.2	1.1	1.3	-0.5
Ambulante Behandlung	78.1	77.8	76.4	71.4	77.4	77.5	76.7	-1.3
Ambulante Pflege/SPITEX	1.0	1.1	1.5	2.2	1.8	2.0	2.2	+1.2
Stat. Behandlung/Pflege	7.8	8.3	9.0	8.8	10.3	10.7	11.5	+3.7
Rehabilitation ambulant/stationär	2.7	2.8	2.6	2.3	2.3	2.3	2.6	-0.1
Aufenthalt nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	1.3	0.8	0.9	0.8	0.5	0.8	0.8	-0.5
Zuhause	59.4	59.2	58.7	60.6	60.2	58.2	58.4	-1.0
Krankenhaus/Pflegeheim	2.8	2.7	2.3	3.2	3.7	4.5	4.0	+1.2
Altersheim/Soziale Institution	17.5	17.2	16.9	16.6	16.8	18.1	18.1	+0.6
Psychiatrische Klinik	5.4	5.8	6.3	6.5	6.1	6.9	6.7	+1.3
Rehabilitationsklinik	0.5	0.5	0.6	0.6	0.4	0.6	0.3	-0.1
Anderes Krankenhaus	2.6	2.0	2.2	2.3	2.6	2.5	3.2	+0.6
Strafvollzugsanstalt	0.7	1.1	0.8	1.0	1.0	1.2	0.9	+0.2
Fürsorg. Freiheitsentzug (Psy-Zusatz)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Mit Freiheitsentzug	31.5	32.7	34.0	34.4	30.2	29.0	26.2	-5.3
Medikamente (Psychiatrie-Zusatz)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Neuroleptika	86.8	82.2	80.7	80.3	71.8	80.1	80.5	-6.4
Depotneuroleptika	11.6	9.5	13.0	14.2	12.0	14.0	14.2	+2.6
Antidepressiva	18.7	18.1	14.0	15.2	14.0	15.8	15.6	-3.2
Tranquilizer	40.5	43.8	39.5	41.5	36.8	37.9	35.7	-4.8
Hypnotika	13.6	14.5	15.0	12.4	10.6	11.7	11.1	-2.5
Antiepileptika	7.3	6.8	9.6	9.1	8.7	9.3	9.5	+2.2
Antiparkinsonmittel	13.9	14.0	11.7	10.0	7.2	7.1	6.9	-7.1
somatische Medikamente	23.9	20.8	20.8	23.3	21.6	23.3	23.2	-0.7

Tabelle 18: Separate Anteile für die Diagnosegruppe F32, F33 Depression

Auswahlgrund	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Psychiatrische Klinik	64.0	63.6	67.2	66.5	68.5	72.7	70.9	+6.9
Psychiatrische Abteilung	5.2	5.8	5.8	9.1	9.3	7.3	9.2	+4.0
F-Hauptdiagnose (nicht 1 oder 2)	30.8	30.7	27.0	24.4	22.2	20.0	19.9	-10.9
Aufenthaltsort vor Eintritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Zuhause	78.2	78.7	77.7	76.4	77.0	76.3	76.8	-1.4
Zuhause mit SPITEX	2.2	0.5	1.9	1.9	1.9	1.7	1.6	-0.7
Krankenhaus/Pflegeheim	1.1	1.0	0.9	0.8	1.0	0.9	1.1	0.0
Altersheim/Soziale Institution	2.5	2.1	2.2	2.1	2.0	2.0	1.8	-0.7
Psychiatrische Klinik	2.3	2.5	1.8	1.9	2.3	2.5	2.0	-0.3
Akutspital	8.6	9.1	8.9	9.1	8.8	10.4	8.6	0.0
Strafvollzugsanstalt	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	+0.1
Einweisende Instanz	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Selbst, Angehörige	13.3	13.0	14.3	16.2	15.6	16.2	16.2	+2.9
Rettungsdienst / Polizei	2.7	1.9	2.4	1.9	1.9	1.9	1.9	-0.8
Praktizierender Arzt	79.1	79.3	79.5	75.9	79.1	78.1	77.8	-1.3
Nichtmed. Therapeut	1.0	0.9	1.0	0.7	0.5	0.6	0.7	-0.3
Sozialmedizinischer Dienst	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.6	0.5	-0.2
Justizbehörde	0.3	0.3	0.2	0.2	0.4	0.3	0.3	+0.1
Austrittsentscheid	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Entlassung auf Initiative Spital	84.7	86.0	86.2	82.3	86.9	87.3	88.8	+4.1
Entlassung auf Initiative Patient	7.3	7.6	7.8	8.8	9.2	8.8	8.0	+0.7
Entl. auf Initiative 3. Person	0.7	0.6	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	-0.3
Wechsel Diagnose	0.3	0.4	0.3	0.4	0.0	0.0	0.0	-0.3
Verstorben	0.6	0.6	0.4	0.4	0.5	0.4	0.4	-0.2
Behandlung nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	0.6	0.6	0.4	0.4	0.5	0.4	0.4	-0.2
Geheilt	9.8	11.8	9.6	9.6	7.6	7.6	8.8	-1.0
Ambulante Behandlung	68.6	67.1	69.2	66.8	70.7	71.9	69.4	+0.8
Ambulante Pflege/SPITEX	1.0	1.7	2.0	2.5	2.1	2.0	2.1	+1.1
Stat. Behandlung/Pflege	7.9	8.0	7.6	7.4	9.8	10.9	12.1	+4.3
Rehabilitation ambulant/stationär	1.9	2.5	2.6	2.9	2.6	2.6	2.9	+1.0
Aufenthalt nach Austritt	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Gestorben	0.6	0.6	0.4	0.4	0.5	0.4	0.4	-0.2
Zuhause	78.1	77.7	78.7	81.5	81.3	80.1	80.0	+1.9
Krankenhaus/Pflegeheim	2.3	2.1	1.8	1.8	1.8	2.1	2.1	-0.2
Altersheim/Soz. Inst.	3.9	3.3	3.6	3.3	3.2	3.5	3.0	-0.9
Psychiatrische Klinik	5.4	5.7	5.6	4.8	5.3	6.4	5.6	+0.1
Rehabilitationsklinik	1.2	1.2	1.1	1.0	0.8	0.7	0.5	-0.6
Anderes Krankenhaus	3.1	3.0	2.6	2.8	3.2	3.3	5.2	+2.1
Strafvollzugsanstalt	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	+0.1
Fürsorg. Freiheitsentzug (Psy-Zusatz)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Mit Freiheitsentzug	9.5	11.0	9.2	7.7	7.1	7.2	5.8	-3.7
Medikamente (Psychiatrie-Zusatz)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Δ %-P.
Neuroleptika	40.0	35.1	33.9	33.2	29.4	33.3	33.5	-6.5
Antidepressiva	76.2	70.2	75.4	73.3	66.9	72.3	72.7	-3.5
Tranquilizer	44.8	42.4	43.7	41.2	37.6	39.0	38.5	-6.3
Hypnotika	24.8	22.3	24.9	22.3	18.1	19.0	20.0	-4.8
Antiepileptika	7.9	8.1	8.1	8.8	7.3	8.4	7.8	-0.1
Lithium	4.7	4.0	5.0	2.9	2.6	3.1	2.8	-1.9
somatische Medikamente	34.7	27.3	29.5	29.6	28.0	32.4	35.9	+1.2



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI
Bundesamt für Statistik BFS
Office fédéral de la statistique OFS
Ufficio federale di statistica UST

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.