

Einleitung

Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung

Wulf Rössler

Fragen der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung sind in der Regel Aufgabe der Gesundheitspolitik. Mediziner¹ sind meistens an Versorgungsfragen nur insoweit interessiert, als ihre jeweiligen berufsständischen Interessen tangiert sind. Es ist eine Besonderheit der Psychiatrie, dass sich Psychiater und assoziierte Berufsgruppen seit jeher grundsätzlich und über ihre berufsständischen Interessen hinaus mit den Versorgungsstrukturen für ihre Patienten auseinandersetzen. Teilweise sprechen wir diesen Versorgungsstrukturen eine eigene therapeutische Qualität zu. Dies hat sicherlich aber auch damit zu tun, dass sich nicht alle psychiatrischen Versorgungsangebote notwendigerweise aus den therapeutischen Maßnahmen ableiten lassen, sondern häufig philosophische Grundfragen des Umgangs mit verletzlichen Menschen berühren. Entsprechend war deshalb die Entwicklung dieses medizinischen Fachs Psychiatrie vor dem Hintergrund des jeweiligen Zeitgeists auch von Irrungen und Wirrungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen geprägt.

Historischer Rückblick

Der Diskurs über Versorgungsstrukturen reicht bis in die Anfänge der institutionellen Psychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts zurück, als die ersten spezialisierten Einrichtungen für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in größerem Umfang entstanden. Diese Entwicklung vollzog sich im Zeitalter der Aufklärung, nachdem sich im Verlauf der bürgerlichen und industriellen Revolution die Staaten Europas und der Schweiz der sozialen Fürsorge ihrer Bürger verstärkt zugewandt hatten. Neben staatlichen Alters- und Fremdenheimen, Waisenhäusern und Kindergärten entstanden erstmals auch von Zucht- und Tollhäusern getrennte sogenannte Irren- und Idiotenanstalten.

1 In diesem Buch haben wir uns für eine bessere Lesbarkeit durchgehend auf die Verwendung der männlichen Begriffsform geeinigt. Gemeint sind gleichberechtigt beide Geschlechter. Natürlich könnte man auch durch das Buch hinweg die weibliche Begriffsform benutzen. Dies ist allerdings für die meisten Leser eher noch irritierend, wobei es bei der männlichen Begriffsform weitgehend akzeptiert ist, dass beide Geschlechter gemeint sind.

Damit etablierte sich die Psychiatrie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nebst Chirurgie und innerer Medizin als eigenständiges medizinisches Fach, ohne dass diesem Fach damals in einem engeren Sinne therapeutische Maßnahmen zur Verfügung gestanden hätten. Vor allem die Isolation in der Stille und Ruhe geographisch von den städtischen Ballungsräumen abgeschiedener Anstalten schien die angemessene Behandlungsmethode zu sein, um den Kranken von möglichst allen krankmachenden Einflüssen seiner Lebenswelt fernzuhalten. Auch wurde in der Architektur der Anstalten ein Therapeutikum gesehen, die Irren wieder zur Vernunft zu bringen. Entlang den gesellschaftlichen Entwicklungen des 19. Jahrhunderts fanden sich in der Psychiatrie sowohl autoritär-disziplinierende Ansätze wie auch freiheitliche Entwicklungen, psychisch Kranke von ihren Ketten zu befreien.

Schweizer Psychiatrie

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sind weltweit wie auch in der Schweiz (z. B. in Genf, Neuenburg, Münsterlingen, Pirminsberg, Bern und Solothurn) eine Reihe psychiatrischer Kliniken entstanden. Die Zürcher Klinik Burghölzli wurde erst 1870 nach rund 40-jähriger Planungs- und Bauzeit eröffnet.² Der Schwerpunkt der psychiatrischen Versorgung lag von da an bis zur Mitte des 20. Jahrhundert bei den zunächst sogenannten Nervenheilanstalten, die aufgrund des vorgenannten Mangels an wirksamen Therapien zunehmend unter einer ständig wachsenden Überfüllung litten. Mit der Umbenennung dieser Anstalten in Heil- und Pflegeanstalten wurde diesem Umstand Rechnung getragen. Damit trat in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Entwicklung ein, die allen Reformbestrebungen des 19. Jahrhunderts entgegenstand. Der wachsende Aufnahmedruck und die fehlenden Möglichkeiten, Menschen mit psychischen Erkrankungen wieder aus stationärer Behandlung zu entlassen, hatten letztlich alle therapeutischen Überlegungen des 19. Jahrhunderts zunichtegemacht. Aufgrund der geographischen Isolation, von Behörden und der Öffentlichkeit immer mehr im Stich gelassen, war schließlich auch die investive und personelle Ausstattung der psychiatrischen Kliniken soweit abgesunken, dass selbst eine adäquate Langzeitversorgung der Patienten nicht mehr möglich war.

Aufgrund der teilweise skandalösen und unmenschlichen Zustände in den Psychiatrischen Anstalten entstand ab Mitte des 20. Jahrhunderts europaweit und in den angelsächsischen Ländern eine Reformbewegung, die zu einer drastischen Reduktion der Langzeitbetten in den Anstalten führte und die Betreu-

2 Rössler W, Danuser H (2013) Burg aus Holz. Das Burghölzli. Von der Irrenheilanstalt zur Psychiatrischen Universitätsklinik. Entwicklungen, Innen- und Aussenansichten. Verlag Neue Zürcher Zeitung.

ung schwer psychisch Kranker in die Gemeinden verlagerte. Dieser Prozess vollzog sich in der Schweiz mit einigen Jahrzehnten Verspätung. Die Gründe hierfür sind darin zu suchen, dass die Versorgungsbedingungen in den psychiatrischen Anstalten der Schweiz bei weitem nicht so durch Vernachlässigung geprägt waren wie in den meisten europäischen und angelsächsischen Ländern dieser Zeit, nicht zuletzt weil die stationäre Versorgung einschließlich der Langzeitversorgung finanziell einigermaßen gut abgesichert waren. Die Kleinräumigkeit der Kantone ließ dann auch die ursprünglich außerhalb der Gemeinden errichteten Anstalten relativ rasch mit den Gemeinden zusammenwachsen. So blieben die Bande zwischen den Langzeitpatienten und ihren Familien eher erhalten und das Leben in den kantonalen Anstalten war nicht ganz so abgeschottet wie in den übrigen europäischen und angelsächsischen Anstalten.

Umso mehr wurde die psychiatrische Versorgung in der Schweiz in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts hinterfragt, weil die hiesigen psychiatrischen Versorgungsangebote nicht mehr einem zeitgemässen psychiatrischen Versorgungsverständnis entsprachen. Die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch Kranker war nicht mehr aufzuhalten, wie auch in der Allgemeinbevölkerung zunehmend weniger schwere psychische Störungsbilder bewusster wahrgenommen und als behandlungsbedürftig anerkannt wurden.

Damit vollzog sich auch in der Schweiz ein Angebotswandel: Neben die psychiatrische Klinikversorgung traten zunehmend die ambulante Versorgung mit niedergelassenen Psychiatern, Ambulatorien und für die schwerer und längerfristig Kranken teilstationäre sowie betreute Wohn- und Arbeitsangebote. Die institutionelle Angebotspalette orientierte sich dabei allerdings vorwiegend an den Versorgungsvorstellungen der ersten Reformphase der Psychiatrie. Hinzu kam auch, dass – wie in der gesamten Medizin – allmählich die Rechte der Patienten gestärkt und ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten erweitert wurden. Gleichwohl traute man in rechtlicher Hinsicht den psychisch Kranken und ihren Betreuern nicht so recht über den Weg. So benötigte ein stationär behandlungsbedürftiger Patient bis in die neunziger Jahre ein Einweisungszeugnis eines Arztes von außerhalb der Klinik, um in eine Klinik eintreten zu können. Heutzutage undenkbar, dass in der somatischen Medizin ein subjektiv leidender Mensch seine Behandlungswünsche nicht selbst formulieren und gemeinsam mit einem Arzt über seine Aufnahme in stationäre Behandlung entscheiden dürfte.

Probleme der psychiatrischen Versorgung

Als die Zahlen der stationär zu behandelnden Patienten Mitte der neunziger Jahre steil anstiegen, traten einige Mängel der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz umso deutlicher hervor. Dieser weltweit beobachtete Patientenzu-

wachs ist vermutlich nicht einer wesentlich gestiegenen Zahl psychisch kranker Menschen in der Allgemeinbevölkerung zuzuschreiben als vielmehr einer Psychologisierung des Alltags und einer daraus folgenden gesteigerten Bereitschaft, sich psychiatrisch/psychotherapeutisch behandeln zu lassen.

Obwohl die Schweiz im internationalen Vergleich über überdurchschnittlich viele Betten verfügte und bis heute verfügt, war die stationäre Psychiatrie diesem Ansturm nicht gewachsen. Dieser großen Zahl von Patienten konnte zunächst nur mit einer Verkürzung der stationären Verweildauer begegnet werden, was große Teile der Schweizer Psychiatrie in ihrem Selbstverständnis traf. Die stationäre Versorgung war auf »Schutz« der Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf gerichtet und nicht als Krisenintervention angelegt. Außerdem hatte sich der Schwerpunkt der stationären Versorgung gewandelt: Während bis in die 1980er Jahre stationäre Versorgung mehrheitlich die Behandlung von Schizophreniekranken, also schwer und chronisch psychisch kranker Menschen, bedeutete, traten jetzt andere Patientengruppen z. B. mit affektiven und nicht unbedingten chronischen sowie mit schweren Behinderungen einhergehenden Störungen in den Vordergrund.³ Die Klinikpsychiatrie war damit mitten in der Gesellschaft angekommen.

Die mediale Kritik an dieser Entwicklung im stationären Bereich war allerdings beträchtlich, nicht zuletzt getragen von Angehörigenorganisationen und einer Reihe von Klinikpsychiatern, die glaubten, sich dieser »Amerikanisierung« und »Ökonomisierung« der Psychiatrie entgegenstellen zu müssen. Die Gesundheitspolitik hatte darauf insoweit reagiert, als in der Folge nur wenig Betten abgebaut und die ambulante, teilstationäre und komplementäre Versorgung im Wohn- und Arbeitsbereich hingegen weiter ausgebaut wurde. In der Vorstellung vieler professioneller Helfer aus dem komplementären Bereich kommt die stationäre Psychiatrie aber bis heute ihrer eigentlichen Aufgabe, chronisch Schwerstkranke langfristig zu versorgen, nicht mehr angemessen nach.

Und in der Tat versteht sich heute die Schweizer Klinikpsychiatrie vorwiegend als Akutpsychiatrie trotz im internationalen Vergleich immer noch recht langen Verweildauern. Der Frage nach der Verweildauer in stationärer Behandlung ging eine Arbeitsgruppe der Zürcher Gesundheitsdirektion nach. Ergänzend führte die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich einige Analysen mittels der kantonalen Psychiatriedokumentation hierzu durch. Um einen langen Diskussions- und Analyseprozess in Kürze darzustellen: In keiner der Analysen gelang es, mehr als rund 20 % der Varianz der Hospitalisationsdauer aufzuklären, was bedeutet, dass die Gründe, warum Patienten wie lange in stationär-psychiatrischer Behandlung bleiben, weitgehend im Dunklen bleiben.⁴ Dies

3 Lay B, Nordt C, Rössler W (2007) Trends in psychiatric hospitalisation of people with schizophrenia: a register-based investigation over the last three decades. *Schizophr Res* 97(1–3): 68–78.

4 Warnke I, Rössler W, Herwig U (2011) Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services. *BMC Psychiatry* 29(11): 120.

steht im Einklang mit der internationalen Literatur. Bilanzierend muss man wohl feststellen, dass die Länge eines Aufenthaltes in stationär-psychiatrischer Behandlung mehrheitlich von der philosophischen Grundhaltung der Klinikleitungen zur Funktion eines solchen Aufenthaltes und weniger vom Krankheitsgeschehen selbst geprägt zu sein scheint.

Auch der oft erhobene Vorwurf, dass ökonomische Zwänge, also Sparmaßnahmen, der eigentliche Treiber der Versorgungsreformen seien, verdient eine separate Überlegung. Es war und ist legitim, in der Gesundheitsversorgung zu diskutieren, wofür Geld ausgegeben wird. Die Schweiz liegt mit ihren Gesundheitsausgaben weltweit mit an der Spitze. Speziell für die psychiatrische Versorgung wird rund 4 % des Bruttosozialprodukts ausgegeben, ein im internationalen Vergleich hoher Wert.⁵ Aus gesundheitsethischen Überlegungen heraus sollte deshalb bei verschiedenen Versorgungsansätzen mit jeweils gleicher Wirksamkeit immer der kostengünstigere Ansatz gewählt werden, was zum Beispiel den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung rechtfertigt. Denn jeder Franken, der unnütz ausgegeben wird, fehlt an anderer Stelle.

Stellen wir also einmal die Versorgung schizophreniekranker Menschen in finanzieller Hinsicht auf den Prüfstand. In einer Untersuchung aus dem Jahr 2009 konnten wir zeigen, dass die Versorgung für Schizophreniekranke in Zürich weitaus die höchsten Kosten europaweit verursacht und ungefähr 12 mal so hoch sind wie z. B. in der Spanischen Stadt Granada.⁶ Die Schweiz verfügt in allen Sektoren der psychiatrischen Versorgung im internationalen Vergleich über eine bessere Ausstattung, insbesondere im Wohn- und Arbeitsbereich. Das bedeutet natürlich nicht unbedingt, dass in Zürich zu viel ausgegeben wird. Möglicherweise geben andere Länder zu wenig für die psychiatrische Versorgung Schwerkranker aus. Zusammenfassend darf man aber feststellen, dass die finanzielle Situation der Schweizer Psychiatrie im internationalen Vergleich komfortabel ist.

In der Tat dürfen wir uns hinsichtlich der Ausstattung der psychiatrischen Versorgung nicht unbedingt beklagen. Der erreichte Ausbau in den vergangenen zwei bis drei Jahrzehnten ist weitgehend konsensuell entsprechend dem Schweizer Gesellschaftsmodell verlaufen. Kritisch könnte man allerdings anmerken, dass der Ausbau hauptsächlich dadurch zustande kam, dass neue Versorgungsangebote hinzugefügt, alte, um nicht zu sagen veraltete Angebote hingegen so gut wie nie abgebaut wurden.

5 Jäger M, Sobocki P, Rössler W (2008) Cost of disorders of the brain in Switzerland with a focus on mental disorders. *Swiss Med Wkly* 12, 138(1–2): 4–11.

6 Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Reinhard I, Rössler W, Svensson B, Torres-Gonzalez F, van den Brink R, Wiersma D, Priebe S (2009) Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophr Res.* 111(1–3): 70–77.

Leitfaden zur Psychiatrieplanung der Gesundheitsdirektorenkonferenz 2008

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat sich 2008 in einem Leitfaden zur Psychiatrieplanung zur weiteren Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung geäußert. Mit der gebotenen Zurückhaltung wurde einerseits festgestellt, dass zukünftig eine Reduktion des stationären Angebots möglich sein sollte und es weiterhin an teilstationären und gemeindenahen Institutionen mangelt. Letzteres ist natürlich auch ein Hinweis darauf, dass sehr ausgeprägte kantonale Unterschiede in der Ausstattung mit Versorgungsangeboten bestehen. Neben der generell guten Beurteilung der Schweizer Versorgungssituation gibt es natürlich immer noch einen hohen Bedarf, regionale Unterschiede auszugleichen. Selbst die Schweiz mit einem der weltweit besten Gesundheitssysteme ist in der Psychiatrie noch weit davon entfernt, jedem Bürger dieses Landes eine nur annähernd vergleichbare Versorgungsqualität anbieten zu können. Einige kleinere Kantone lösen z. B. ihre stationär-psychiatrischen Versorgungspflichten durch Einkauf in weit entfernte Kliniken anderer Kantone. Es ist aber bekannt, dass mit wachsender Entfernung einer Versorgungseinrichtung die Inanspruchnahme proportional abnimmt. Von einem so hochstehenden Gesundheitswesen wie der Schweiz erwarten wir allerdings, dass die Schwelle zur Inanspruchnahme für einen subjektiv empfundenen Leidenszustand niedrig ist. Eine der vornehmsten Aufgaben der Ärzte besteht dann darin, im Rahmen einer Bedarfsprüfung festzustellen, welche Hilfen – wenn überhaupt – gegebenfalls notwendig sind.

Modellprogramme

Der Leitfaden der Gesundheitsdirektorenkonferenz räumte 2008 Modellprogrammen und Pilotprojekten hohe Priorität ein, um neue, innovative Versorgungsangebote in die Regelversorgung integrieren zu können. Der GDK erschienen einige wenige Modellversuche erwähnens- und lobenswert, wie z. B. die Integrierte Psychiatrie Winterthur oder die Integrierte Akutversorgung in Luzern. In Zürich haben wir an der Psychiatrischen Universitätsklinik ebenfalls verschiedene innovative Versorgungsmodelle erprobt, wie z. B. ein Kriseninterventionszentrum in der Stadt Zürich, eine Tagesklinik für Suchtkranke, eine Akuttagesklinik, Betreutes Arbeiten (Supported Employment) sowie eine Modellstation mit integriertem ambulantem, teilstationärem und stationärem Angebot⁷ – alles Angebote, die in der Schweiz keineswegs zur Regelversorgung gehören.

7 Theodoridou A, Hengartner MP, Gairing SK, Jäger M, Ketteler D, Kawohl W, Lauber C, Rössler W (2015) Evaluation of a new person-centered integrated care model in psychiatry. *Psychiatr Q* 86(2): 153–68.

Bei nüchterner Betrachtung gab und gibt es aber in der Schweiz nur wenige innovative Modellprojekte. Selbst bei zurückhaltender Beurteilung muss man deshalb feststellen, dass das psychiatrische Versorgungsangebot in der Schweiz gut ist, aber kaum neue, innovative, in die Zukunft reichende Entwicklungen aufweist. Das strukturelle Angebot bleibt weitgehend der Tradition der ersten Reformphase verhaftet.

Versorgungsforschung

In Zürich haben wir in den letzten 20 Jahren viele Aspekte der psychiatrischen Versorgung empirisch analysiert. Wer sich mit psychiatrischer Versorgungsforschung auseinandersetzt, lernt schnell, dass Analysen nicht nur Gegenstand akademischer Diskussionen sind, sondern häufig öffentliche Interessen tangieren. Über viele Jahre hinweg fanden eine Reihe unserer Publikationen Widerhall in der Tagespresse und führten in der Folge auch zu entsprechenden Kommentaren aus der Politik oder von betroffenen Interessengruppen. Dabei wird die Aufgabe der Versorgungsforschung häufig missverstanden. Versorgungsforschung ist nicht Gesundheitspolitik, sondern stellt der Gesundheitspolitik sogenannte Ziel-Mittel-Argumentationen zur Seite, also Einschätzungen, ob eine bestimmte Maßnahme oder ein Angebot den erwünschten Effekt hat. So kann man beispielsweise argumentieren, dass aus gesundheitsethischen Überlegungen ambulante Maßnahmen Vorrang vor stationären Maßnahmen haben sollten. Aufgabe der Versorgungsforschung ist es zu überprüfen, ob ambulante Versorgung genauso wirksam ist wie stationäre Versorgung und wenn ja, was z. B. die damit verbundenen Kosten sind. So wissen wir, dass eine Behandlung im gewohnten Lebensumfeld für den Krankheitsverlauf wie auch für die Rehabilitation der Betroffenen von Vorteil ist. Wenn dann die ambulanten Maßnahmen darüber hinaus noch kostengünstiger sind, ist das wahrlich kein Nachteil, sondern aus bereits vorgenannten gesundheitsethischen Überlegungen sogar wünschenswert.

Versorgungsforschung wurde in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten als eigenes Forschungsfeld anerkannt. Ungleich den angelsächsischen Ländern, wo Versorgungsforschung ein konstitutives Element der Gesundheitspolitik mit entsprechender finanzieller Ausstattung darstellt, ist die Bereitschaft der nationalen Forschungsförderer in Europa deutlich geringer, finanzielle Mittel für diese Forschung bereit zu stellen. Der Schweizer Nationalfonds sieht aufgrund finanzieller Restriktionen seine Hauptaufgabe in der Förderung der Grundlagenwissenschaften. Gesundheitspolitik steht in diesem Fall im Risiko, gesundheitspolitische Entscheide ohne entsprechende empirische Absicherung treffen zu müssen. Ob Gesundheitspolitiker dies jeweils beklagen, bleibt eher unklar, weil es nicht immer der politischen Tradition entspricht, seine Überzeugungen auch auf den (empirischen) Prüfstand zu stellen.

Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP)

Für die Zürcher Psychiatrie war es ein Glücksfall, dass sich 2007 ein privater Spender entschloss, die angewandte Psychiatrie mit einem namhaften finanziellen Betrag zu unterstützen. In einem ersten Schritt wurden zunächst diverse Einzelprojekte gefördert u. a. das o. g. Projekt einer integrierten Abteilung mit ambulantem, teilstationärem und stationärem Angebot.

Nachdem dieser Schritt positiv verlaufen war, stellte der Spender einen weiteren, sehr erheblichen finanziellen Betrag für ein ganzes Forschungsprogramm zur Verfügung. Zusammen mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wurde ein Programmentwurf entwickelt und die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich als Projektträger bestimmt. Aus Anlass des Projektes wurde eine Stiftung gegründet.

Das Projekt gliederte sich zunächst in sechs Teilprojekte auf, drei weitere Teilprojekte folgten im Verlauf des Gesamtprojektes, das 2009 startete und Mitte 2015 offiziell endete.

Der Aufbau des Forschungsprogramms folgte einer inneren Logik, startend mit einem epidemiologischen Projekt, das sich der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und der Inanspruchnahme medizinisch-psychiatrischer Leistungen wegen dieser Erkrankungen widmet.

Danach folgt ein Projekt zur Früherkennung psychischer in Sonderheit psychotischer und bipolarer Erkrankungen, unter der Vorstellung, dass frühzeitige oder präventive Interventionen den Ausbruch psychischer Erkrankungen möglicherweise verhindern, verzögern oder den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen können.

Weiter wurden zwei Projekte an der Nahtstelle ambulant-stationär gefördert, und zwar einmal bei der Einweisung und ein anderes Mal bei der Entlassung aus stationärer Behandlung. Die Einweisung in stationäre Behandlung erfolgt allzu oft gegen den Willen der Betroffenen. Maßnahmen, unnötige Einweisungen zu verhindern oder zumindest im Einverständnis mit den Betroffenen durchzuführen, sind dringend erforderlich. Erfahrungsgemäß stellt auch die Entlassung aus stationärer Behandlung einen Krisenpunkt in der Betreuung psychisch Kranker dar. Deshalb widmet sich ein Projekt der poststationären Netzwerkkoordination.

Ein nächstes Projekt geht dann der Frage nach, wie viel Betreuung es braucht, um Menschen mit psychischen Erkrankungen (wieder) in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren.

Das sechste Projekt ist ein sogenanntes Querschnittsprojekt über die vorgeannten Teilprojekte hinweg, das nach möglichen biologischen oder psychologischen Markern sucht, um zu helfen, psychische Erkrankungen besser zu charakterisieren oder ihren Verlauf vorherzusagen. Ein weiteres Querschnittsprojekt fokussiert auf die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen über verschiedene Lebens- und Versorgungsbereiche hinweg. Dieses Projekt schließt auch verschiedene gesundheitsökonomische Aspekte der diversen Teilprojekte ein.

Später hinzugekommen sind noch weitere zwei Projekte, je eines aus dem Bereich der Alterspsychiatrie bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ersteres wendet sich der Frage zu, warum einige Hochbetagte (psychisch) gesund bleiben, und letzteres führt eine in den neunziger Jahren in Zürich begonnene epidemiologische Studie an Kinder fort, u. a. mit der Frage, was aus diesen damals untersuchten Kindern geworden ist. Die Gliederung dieses Buches folgt dem Aufbau des Impulsprogramms.

Das Zürcher Impulsprogramm war kein exklusives Forschungsprogramm der Psychiatrischen Universitätsklinik. Intensiv eingebunden waren v. a. der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons und der Universität Zürich, die Integrierte Psychiatrie Winterthur mit einem eigenen Projekt, das durch die ZHAW wissenschaftlich begleitet wurde, und das Sanatorium Kilchberg, das an der praktischen Umsetzung einiger Projekte beteiligt war.

Das Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung war aber nicht nur ein Forschungsprogramm, sondern auch ein wichtiges Förderprogramm für junge Wissenschaftler. Zeitweise wurden bis zu 79 Mitarbeiter in den Projekten beschäftigt. Schon während der Projektzeit gab es eine Reihe hochrangiger Publikationen, viele weitere Publikationen sind in den nächsten Jahren zu erwarten. Mehrere Dissertationen sind oder werden noch aus den Projekten hervorgehen. Einige Forschungsmitarbeiter stehen kurz vor einer Habilitation oder haben sich bereits habilitiert. Ein Ruf auf eine Professur in Deutschland ist erfolgt. Deshalb ist das Zürcher Impulsprogramm auch ein wichtiges Instrument für eine Forschungskarriere geworden.

Da die evaluierten Angebote größtenteils innovativ waren, konnten wir bei der Erprobung auch nicht auf vorhandene Angebotsstrukturen Rückgriff nehmen mit der Folge, dass ein beträchtlicher Teil der Ressourcen zunächst in den Aufbau der jeweiligen Angebotsstrukturen investiert wurde. Neben den Forschungskarrieren junger Wissenschaftler förderte das Impulsprogramm hiermit auch die Zusatzqualifizierung einer Reihe von Praktikern in innovativen Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung. Diese sollen zukünftig als Multiplikatoren ihr neu erworbenes Wissen und Können in die Versorgungspraxis tragen.

Es ist nicht vermessen, bereits jetzt festzustellen, dass dieses Forschungsprogramm ein voller Erfolg geworden ist. Es ist in seiner Konzeption einmalig und ein Leuchtturmprojekt der internationalen Sozialpsychiatrie. Es deckt wichtige Handlungsfelder und Brennpunkte der Versorgung psychisch kranker Menschen ab und soll längerfristig natürlich auch praktische Auswirkungen auf die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung haben.

Dieser Erfolg hat viele Beteiligte, denen es ausdrücklich zu danken gilt. Zuvorderst zu nennen ist der Spender, der nicht einem Automatismus folgend der Universität Forschungsgelder zur Verfügung gestellt hat, sondern den Weg über die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich gewählt hat. Die Gesundheitsdirektion hat an der Konzeption entscheidend mitgearbeitet. Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger hat das Projekt über den gesamten Verlauf hinweg wohlwollend begleitet und gefördert. Dies gilt ebenso für die Geschäftsleitung der Psychiatrischen Universitätsklinik als Projektträger. Das gesamte Projekt wurde

von einer Steuergruppe in praktischen Fragen und in wissenschaftlichen Fragen von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet und beraten. Steuergruppe und Beirat haben ebenfalls entscheidend zu dem Erfolg des Impulsprogramms beigetragen.

Die ersten Ergebnisse des Projekts wurden in einer Tagung am 17. September 2015 der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese Buchpublikation soll es der weiteren Schweizer Öffentlichkeit, den Fachleuten und den interessierten Gesundheitspolitikern ermöglichen, sich einen Eindruck über Inhalte und erste Ergebnisse des Zürcher Impulsprogramms zu machen.

Es bleibt abschließend zu hoffen, dass das Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie Forschungsförderer nachhaltig motiviert, in diesen Bereich der Forschung zu investieren, weil wir zeigen konnten, dass wir auch nach Maßgabe einer herkömmlichen Forschungsförderung sehr erfolgreich waren und auch einen praktischen Beitrag zur Schweizer Gesundheitsversorgung in der Psychiatrie leisten konnten.