



***Ambulant statt stationär in
der Psychiatrie, ein sozial
notwendiges Modell?***

David J. Bosshard

Luzern, 9. November 2018

Thesen



Thesen



- Kein ambulant statt, sondern ein entweder oder
- Es werden zu viele Patienten stationär behandelt ¹⁾
- Falsche Anreize verhindern eine stärkere Verlagerung in die ambulante Versorgung ¹⁾
- Die Trennung medizinisches und soziales System kann die sinnvolle Versorgung verhindern ¹⁾

1) In Anlehnung an U. Hepp, Ambulante Psychiatrie: Weichenstellungen für die Versorgung von morgen, ipw, 2018

Ambulant statt stationär?



Nein.

Kein entweder-oder – es braucht alle Settings.

Versorgungsebenen.

- (1) Grundversorgung: ambulant, breit, niederschwellig, dezentral, wohnortnah
- (2) Intermediäre Versorgung: institutionell-ambulant, spezifisch, aufsuchend (home treatment), tagesklinisch
- (3) Stationäre Versorgung: stationär, spezialisiert, zentral

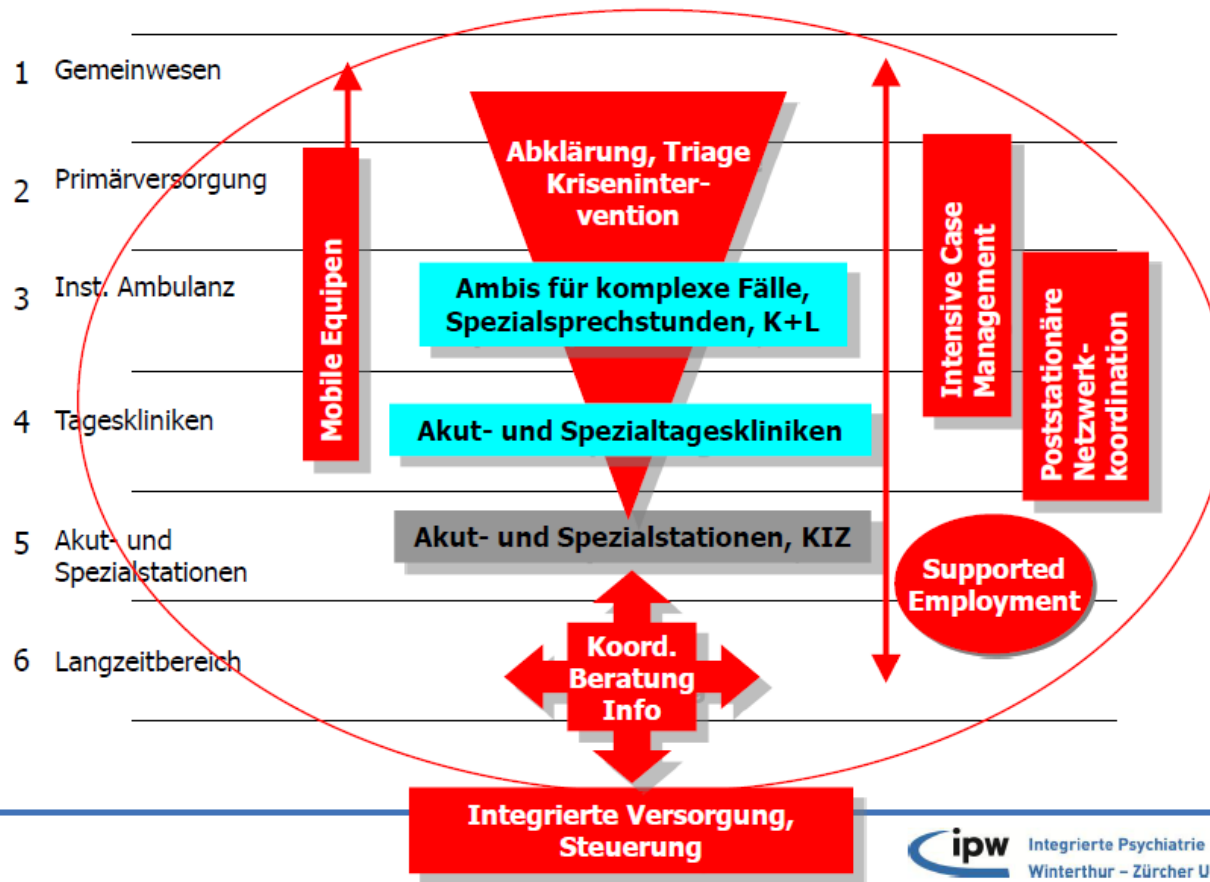
Beispiele stationärer Versorgung.

Akute Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, akute Fremdgefährdung, Verhaltensstörungen bei Demenz, Delir, akute Manie / Wahn / dissoziative Störung, ...

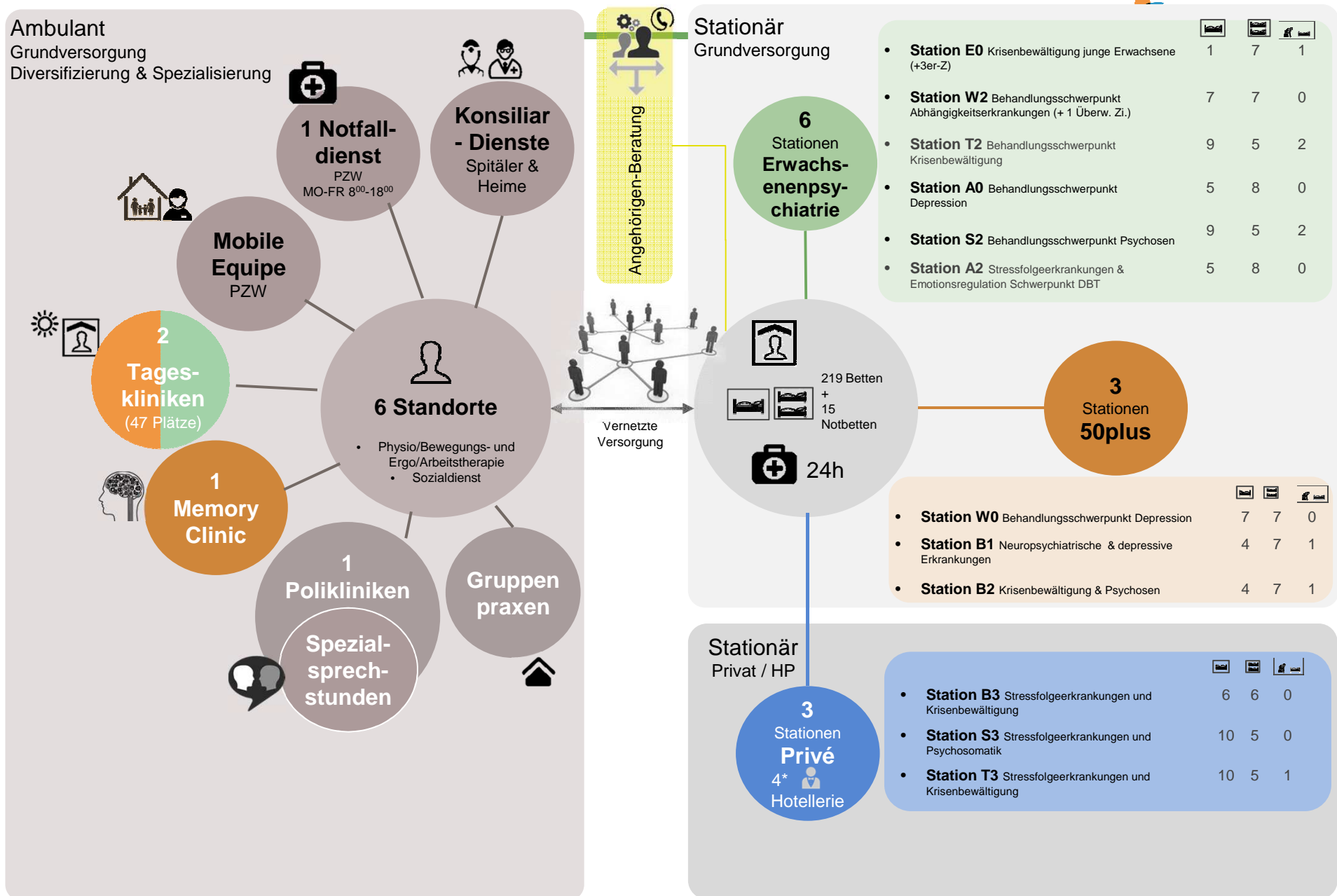


Puzzleteile der integrierten Versorgung

(nach Andreas Andreae, ehem. ÄD ipw)



Exemplarische Versorgungsstruktur (Region Zürich Oberland, rechtes Seeufer)



Zu viele stationäre Behandlungen?



Ja.

Studien (u.a. Stulz, Hepp, et al.) zeigen, dass eine gute Triage sowie Home Treatment bis zu 30% der Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie vermeiden könnten.

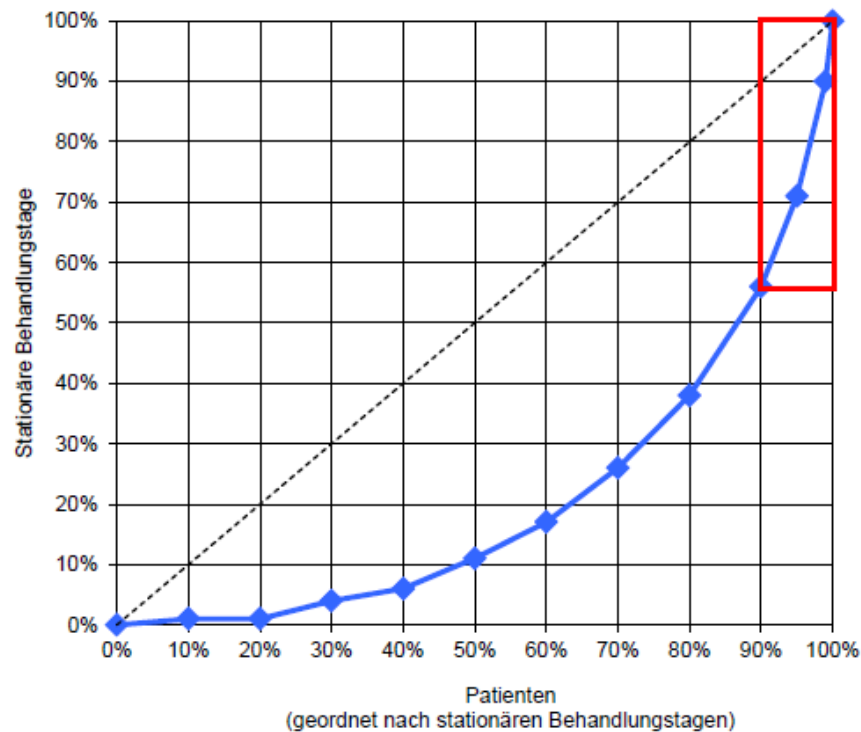
Hospitalisierungsraten.

Der Obsan Bericht 2016 (Psychische Gesundheit in der Schweiz) zeigt eine leichte Zunahme der Hospitalisierungsraten von 7/1000 auf knapp 9/1000 seit 2000. Die Rate ist im internationalen Vergleich eher hoch.

Aufenthaltsdauern.

Der Obsan Bericht 2016 (Psychische Gesundheit in der Schweiz) zeigt eine Abnahme der Behandlungsdauern bei beiden Geschlechtern um ca. 8 Tage (auf unter 30 Tage im Mittel) seit 2000 . Dies ist im Internationalen Vergleich aber nach wie vor eher hoch.

Stationäre Inanspruchnahme



Heavy User.

10% der stationären Patienten beanspruchen ca. 50% der stationären Ressourcen (Stulz, Hepp et al. 2012)

Ansatzpunkte.

Triage (Indikationsqualität), Case Management, Home Treatment, Tageskliniken, tragfähige Heimstrukturen,

...

Falsche Anreize?



Ja.

Finanzielle Fehlanreize sind offensichtlich.

Stationär = TARPSY.

Finanzierung soweit heute beurteilbar kostendeckend.

Intermediär = ?.

Kein gesamtschweizerisches Tarifsysteem, grosse kantonale Unterschiede in der Finanzierung über GWL, fehlende Gesetzesgrundlage (teilstationär).

Achtung: EFAS ist gut bezüglich Finanzierung, aber bezüglich Tarifierung keine Lösung!

Niedergelassene Psychiater/Psychologen = Tarmed.

Finanzierung für selektive Patientenversorgung ausreichend. Für ambulante institutionelle Psychiatrie (Notfälle, Sozialpsychiatrie, Spezialsprechstunden) ungenügend.

Einschub Finanzierung



Tarifierung: Festsetzung einer Tarifstruktur für die Leistungen (TARPSY, Swiss DRG, Tarmed, ...)

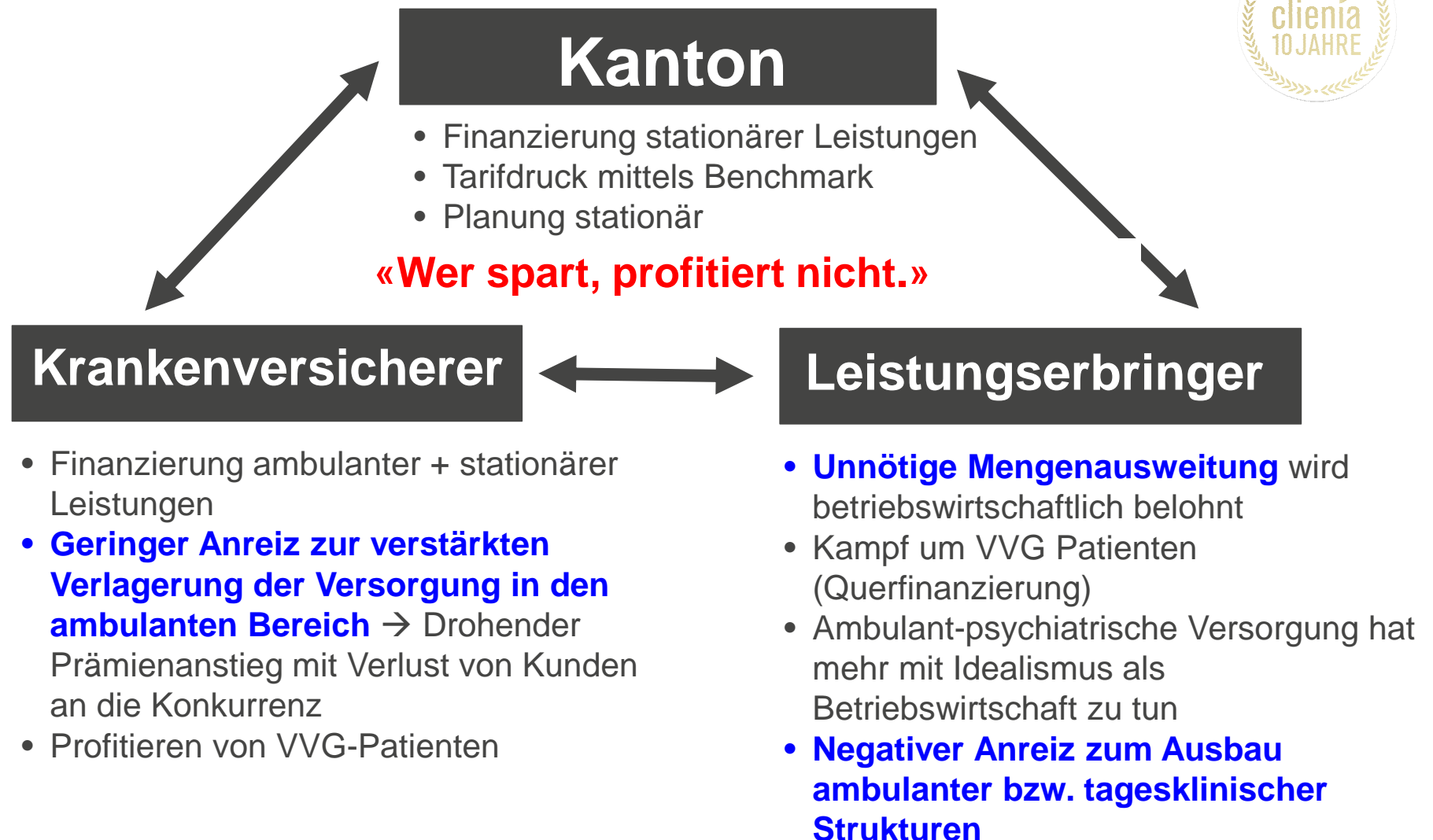
Preisfindung: der eigentliche Preis wird zwischen Leistungserbringern und Leistungseinkäufern festgelegt durch den Basispreis (z.B. Taxpunktwert, Base-Rate)

Finanzierung: Festlegung wer was bezahlt **und** wie das Geld fließt (z.B. fix-duale Finanzierung oder als Idee EFAS)

Honorierung: Festlegung welchen Anteil die Bezahlung des Arztes am Gesamtertrag ausmacht (z.B. AL / TL in Tarmed)



System voller Fehlzanreize



Konsequenzen



Überversorgung.

Die Primärversorger (niedergelassene Psychiater) behandeln tendenziell selektiv, möglicherweise zu viel und nicht bedarfsgerecht. Limitationen (Tarmed), fehlende Leistungen (Sozialarbeit) und unzuverlässige Patienten (no shows) zwingen sie zur selektiven Patientenwahl.

Unterversorgung.

Sozialpsychiatrische aufwändige Patienten sind tendenziell unterversorgt. Die institutionelle ambulante Psychiatrie (Polikliniken, Tageskliniken) ist aufgrund tieferer Tarmed Erträgen und sinkender GWL stark unter Druck. Alle wollen die intermediäre Versorgung, aber keine will sie bezahlen.

Fehlversorgung.

Die stationäre Psychiatrie ist der letzte Hort und mangels Alternativen zu stark beansprucht.

Ein sozial notwendiges Modell?



Ja, aber settingübergreifend, integriert und ganzheitlich.

- Viele Psychiatrische Patienten haben erhebliche soziale Probleme. Wenn die Wohnsituation nicht geklärt ist, Patienten keine Arbeit haben und die Finanzen im Argen liegen, kann auch eine psychiatrische Behandlung nicht greifen: „Säen auf gefrorenem Boden“ (Zitat nach U. Hepp, ipw).

Das Beispiel Arbeitslosigkeit.

Die Arbeitsintegration ist keine KVG Leistung. Es bestehen unterschiedliche Zuständigkeiten und Anreize (RAV, Taggeldversicherung, IV, Sozialämter). Oft ist alles zu spät...

Das Beispiel Wohnsituation.

Die Sozialarbeit ist gem. Art. 35 KVG kein zugelassener Leistungserbringer. In Tarifverhandlungen streichen die Kassen diese Kosten, GWL sind für diese Leistungen keine vorgesehen. Ein stationärer Wiedereintritt ist absehbar...

Lösungsansätze



Lösungsansätze



- **Nationales Bekenntnis zur Strategie der integrierten Versorgung.**
- **Fokus auf chronisch psychisch kranke Menschen inklusiver deren sozialer Situation.**
- **EFAS ja, als Basis für die Korrektur der Anreize (Finanzierung).
Aber zusätzlich Tarifierung: Schaffung eines adäquaten intermediären Tarifsystems (ev. via nationalen Tarifbüro) für home treatment, case management, Triage, ...**
- **Einbezug sozialer Leistungen in die Tarife.**
- **Kurzfristig: Korrektur Tarmed (Limitationen, Ausschlüsse, Senkung etc.)**