SwissMentalHealthcare

FMPP
Foederatio Medicorum
Psychiatricorum et
Psychotherapeuticorum

PSY & ISP

Fakten und Daten zur Psychiatrie in der Schweiz

Psychische Erkrankungen…

… haben die höchste globale Krankheitslast (1/4 bis 1/3 der verlorenen gesunden Lebensjahre).

… sind der Hauptgrund für Frühberentungen.

... verursachen soziale Kosten in der Grössenordnung von 16 Milliarden Franken pro Jahr (3% - 4 % des BIP).

… verursachen ca. 10% der stationären Behandlungskosten und ca. 6% der ambulanten Behandlungskosten.

… verursachen 1% der Todesfälle (1400 Suizide, bei den 15 – 25 Jährigen ist jeder 4. Todesfall ein Suizid!).

… betreffen etwa jede zweite Person einmal in ihrem Leben (ohne Sucht, d.h. Substanzabhängigkeiten sind es 35% – 40% der Bevölkerung).

… treffen jährlich jede fünfte Person und ca. 1% der Einwohner neu (= ca. 75‘000 Neuerkrankungen, 1,5 Millionen Personen erleiden pro Jahr eine relevante psychiatrische Erkrankung).

… werden nur bei jedem zweiten Erkrankten ärztlich behandelt, nur bei jedem vierten Erkrankten fachärztlich behandelt und gar nur bei jedem 10 Erkrankten adäquat fachärztlich behandelt. 8 von 1‘000 Einwohnern werden jedes Jahr stationär psychiatrisch behandelt.

… weisen etwa 30% der Patienten in Allgemein-Krankenhäusern als Erst- oder Zweitdiagnose auf.

… belasten heute die Gesellschaft stärker als Herz-/Kreislauferkrankungen, Krebs oder Atemwegserkrankungen.

... könnten effizient behandelt werden. Die Wirksamkeit der psychiatrischen Behandlung hat höhere Effektstärken, als kardiovaskuläre Behandlungen beispielsweise mit Statinen.

- Die jährlichen Kosten der stationären psychiatrischen Behandlung werden auf 1,75 Mia. Franken geschätzt, die der ambulanten Behandlung auf 500 Mio. Franken, Psychopharmakakosten ca. 1 Mia. Franken, das Total der psychiatrischen Behandlungskosten macht zwischen 9%-10% der gesamten Gesundheitskosten aus (WHO, Schweiz).
- In psychiatrischen Institutionen sind knapp 10'000 Betten verfügbar. Dies entspricht 1,3 Betten pro 1'000 Einwohner (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht). Mittelfristiges Ziel der Maxime „Ambulant vor Stationär“ ist eine Reduktion auf 0,7 Betten pro 1'000 Einwohner. In der forensischen Psychiatrie existieren schweizweit nur etwa 250 Betten mit sehr unterschiedlichem Sicherheitsstandard.
- Die ***Diagnosehäufigkeiten*** ändern sich:
  - Depressionen und Angststörungen nehmen zu
  - Substanzabhängigkeit breitet sich weltweit aus
  - Schizophrenien scheinen stabil oder sogar tendenziell rückläufig zu sein
  - Psychische Krankheiten in der Kindheit und Jugend nehmen zu
- Gemäss WHO werden im Jahre 2020 Depressionen die weltweit zweihäufigste Krankheitsursache sein (zur Zeit Platz 4)

Psychiatrische Erkrankungen betreffen **nicht nur das KVG**, sondern auch das **IVG**, den **Strafvollzug, die Sozialversicherung und die Fürsorge.**

⇨ Es besteht das Risiko von Verschiebungen zwischen den verschiedenen Finanzierungstöpfen, die aber jeweilen auf der Basis anderer gesetzlicher Grundlagen gespiesen werden.

SMHC, Postgasse 17, Postfach 686, CH-3000 Bern 8
Tel. 031 313 88 49, welcome@swissmentalhealthcare.ch

FMPP, Postgasse 17, Postfach 686, CH-3000 Bern 8,
Tel. 031 313 88 33, sgpp@psychiatrie.ch

- Hier spielen v.a. unterschiedliche Aufgaben zwischen Kantonen und Bund sowie
- die duale Finanzierung im stationären und die monistische Finanzierung im ambulanten Bereich eine Rolle.

In Fachkreisen spricht man **von Integrativer Versorgung, und / oder Case-Managment (inkl. fürsorglicher Komponente) – hierzu fehlen leider eine Gesamtsicht und übergeordnetes Zahlenmaterial.** In der heutigen Gesetzgebung wird diesem Umstand nicht Rechnung getragen, denn jede „Verschiebung" eines Patienten bedeutet eine andere Finanzierungsart.

Beispiele für Angebote mit einer teilweise sehr unterschiedlichen Finanzierungsart

- Innerhalb der institutionellen Psychiatrie: Teilstationär (Tagesklinik), Ambulant (z.T. mit spezialisierten Angeboten / teilweise sozialpsychiatrischen Aufgaben), Aufsuchende Psychiatrie (mobile Equipen) mit Hintergrunds- / Notfalldienst
- Gemeindeintegrierte psychiatrische Rehabilitation (gemäss Obsan-Studie gibt es hier zu wenig Angebote, schwierige Finanzierung, am ehesten über Modellprojekte) Bsp. „niederschwellige Anlaufstellen, Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppen, psychosoziale Gruppen, Sozialarbeit u.a.m.
- Ambulante Psychiatrie ausserhalb der Institutionen (niedergelassene Psychiater) – abgerechnet über Tarmed

Das Beispiel Tagesklinken:

- In der Schweiz existieren knapp 100 Tagesklinken mit ca. 1'200 Therapieplätzen – leider sind diese Plätze bis jetzt weder in der BfS-Statistik noch in den Obsan-Studien explizit erwähnt. In der Regel werden sie dem stationären Bereich zugeordnet, gesetzlich gehören sie zum ambulanten Bereich, ebenso in der Finanzierung gemäss KVG und VKL.
- Die Finanzierung der Tageskliniken ist nicht einheitlich geregelt:
  - Mehrheitlich erhalten die Tageskliniken eine Pauschale pro Tag (im Durchschnitt ca. CHF 180.- pro Tag) durch die Krankenkassen.
  - Die öffentlichen Tageskliniken werden grossteils über die Defizitdeckung des Kantons getragen.
  - Ganz grob gerechnet sollten die Tageskliniken gut 60% eines stationären Tages abrechnen können (Kantons- und KK-Beitrag).
  - Kommt hinzu, dass seit der letzten IV-Revision auch Reintegrations-Massnahmen in Tageskliniken erbracht werden (z.B. Belastbarkeitstrainings vor dem Wiedereinstieg in die erste Arbeitswelt).
- Die SMHC und die SGPP sind überzeugt, dass das tagesklinische Angebot weiter ausgebaut werden sollte:
  - Klare Definition der Leistungen, auch derjenigen, die heute in den Finanzierungssystemen und im Gesetz nicht abgebildet sind.
  - Berücksichtigung des tagesklinischen Angebots in den relevanten Statistiken und Studien (z.B. Obsan).
  - Finanzierung analog des stationären Bereichs und nicht wie in manchen Kantonen angedacht mit einer Defizitdeckung über gemeinwirtschaftliche Leistungen.
  - **Keine finanziellen Schnittstellen innerhalb des Behandlungsnetzes**

⇨ Die Finanzierungsunterschiede und teilweise Finanzierungslücken erlauben heute Angebote als integrierte Versorgung eigentlich nur über Modellfinanzierungen, über kantonale Beiträge oder durch Querfinanzierung innerhalb einer Institution – dies widerspricht dem wegweisenden Grundsatz von „Ambulant vor Stationär" so wie es auch der GDK Leitfaden von 2008 fordert.
Es besteht weder für die Leistungserbringer noch für die Krankenkassen ein klarer Anreiz, teilstationäre Angebote zu fördern, obwohl Studien zeigen, dass damit für den Patienten gute, der sozialen Integration dienende Resultate erreicht werden können.