

# **Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich**

**Studie erstellt im Auftrag des Gesundheitsnetzes 2025  
(GN2025)**

**Prof. Dr. med. Urs Hepp**

**hepp-health** GmbH

[www.hepp-health.ch](http://www.hepp-health.ch)

[hepp@hin.ch](mailto:hepp@hin.ch)

**Februar 2023**

## Impressum

<b>Auftraggeber</b>	Gesundheitsnetz 2025 (GN2025)
<b>Finanzierung</b>	Gesundheitsnetz 2025 (GN2025) Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich CSS Krankenversicherung SWICA Krankenversicherung Verband Zürcher Krankenhäuser VZK
<b>Autor</b>	Prof. Dr. med. Urs Hepp hepp-health GmbH ( <a href="http://www.hepp-health.ch">www.hepp-health.ch</a> ) Mitwirkung: Frau Dr. Nesrin Raible-Destan
<b>Bezug</b>	Der Bericht wird auf <a href="http://www.GN2025.ch">www.GN2025.ch</a> veröffentlicht.
<b>Zitervorschlag</b>	Hepp U (2022) Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich. Bericht im Auftrag des Gesundheitsnetzes 2025 (GN2025)

Der Inhalt dieses Berichtes entspricht nicht zwangsläufig der Sichtweise der Auftraggeber.

# INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	5
EMPFEHLUNGEN.....	9
1 Einleitung.....	11
2 Ausgangslage.....	11
2.1 Definitionen.....	11
2.1.1 Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie.....	11
2.1.2 Koordinierte und integrierte Versorgung.....	13
2.2 Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Aufgabengebiete.....	13
2.3 Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgungsmodelle im Akutspital.....	14
3 Zielsetzung und Fragestellungen.....	16
3.1 Zielsetzung.....	16
3.2 Fragestellungen.....	16
4 Methode.....	17
5 Resultate.....	18
5.1 Resultate der Literaturrecherche.....	18
5.1.1 Epidemiologie psychischer Störungen.....	18
5.1.2 Somatopsychische Komorbidität.....	18
5.1.3 Screening.....	20
5.1.4 Wirksamkeit von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten.....	21
5.1.5 Demographische Entwicklung.....	21
5.1.6 Fachkräfteentwicklung.....	22
5.1.7 Die Rolle der Pflege im konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Kontext.....	23
5.1.8 Interprofessionalität.....	23
5.2 Resultate der Befragungen.....	24
5.2.1 Organisation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung.....	24
5.2.2 Leistungen der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Angebote.....	26
5.2.3 Verantwortlichkeiten.....	26
5.2.4 Nutzen der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung.....	27
5.2.5 Übergang zur Langzeitpflege.....	28
5.2.6 Übergang zur ambulanten Versorgung.....	29
5.2.7 Dokumentation.....	31
5.2.8 Somatopsychiatrische Dual-Stationen.....	32
5.2.9 Interprofessionalität.....	33

5.2.10	Bildung.....	35
5.2.11	Tarife und Vergütung der konsiliarpsychiatrischen Versorgung.....	36
5.3	Resultate der quantitativen Analyse.....	38
5.3.1	Prävalenz psychiatrischer (Neben-)Diagnosen.....	38
5.3.2	Einfluss psychischer Komorbidität auf Aufenthaltsdauern.....	40
5.3.3	Häufigkeit von Konsilien.....	41
5.3.4	Personelle Ressourcen der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Angebote.....	42
5.4	Good-Practice Beispiele.....	43
5.4.1	Universitäts-Kinderspital (KISPI) - Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie.....	43
5.4.2	Der Service de psychiatrie de liaison (PLI) CHUV, Lausanne.....	43
5.4.3	Zentrum für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik - Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG).....	44
5.4.4	Projekt «SomPsyNet» Basel.....	44
5.5	Fazit.....	45
6	Danksagungen.....	46
7	Literaturverzeichnis.....	47
8	Anhang.....	51
8.1	Liste der Interview-Partner:innen.....	51
8.2	Ausführliche Darstellung der Good Practice Beispiele.....	52
8.2.1	Universitäts-Kinderspitals (KISPI) - Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie.....	52
8.2.2	Service de psychiatrie de liaison (PLI) CHUV, Lausanne.....	54
8.2.3	Zentrum für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik - Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG).....	57
8.2.4	Projekt «SomPsyNet» Basel.....	59
8.3	Fallbespiele.....	62
8.3.1	Primär körperliche Erkrankung mit sekundärer psychischer Störung.....	62
8.3.2	Primär psychische Störung mit sekundären körperlichen Folgen.....	62
8.3.3	«Eigentliche» Komorbidität, d.h. Vorliegen von unabhängigen körperlichen und psychischen Erkrankungen.....	63

# ZUSAMMENFASSUNG

## **Ausgangslage**

Psychische Störungen sind häufig in der Allgemeinbevölkerung, gleichzeitig zählen sie zu den am stärksten einschränkenden Krankheiten. Sie werden jedoch oft nicht erkannt und behandelt, mit negativen Konsequenzen auf individueller, gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Ebene.

Psychische Beschwerden gehen allgemein mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher. Personen mit psychischen Störungen leiden häufiger unter komorbiden somatischen Erkrankungen als Menschen ohne psychische Belastung. Sie sind körperlich deutlich behandlungsbedürftiger und werden bis zu dreimal häufiger somatisch hospitalisiert, verglichen mit dem gleichaltrigen Bevölkerungsdurchschnitt.

Rund ein Drittel aller in akutsomatischen Spitälern hospitalisierten Patient:innen haben komorbide psychische Störungen, wobei vereinfacht drei Gruppen definiert werden können:

Menschen mit

- primär körperlichen Erkrankungen und sekundären psychischen Störungen
- primär psychiatrischen Störungen und sekundär körperlichen Folgen
- somatopsychischer Komorbidität i.e.S. - unabhängiges Vorliegen von körperlichen und psychischen Erkrankungen

Komorbide psychische Störungen werden im Spital oft nicht diagnostiziert. Patient:innen mit psychiatrischer Komorbidität zeigen längere Spitalaufenthalte, häufigere Wiedereintritte und generell höhere Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung sowie höhere Behandlungskosten.

Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen haben eine um 10 bis 20 Jahre reduzierte Lebenserwartung. Die «verlorenen» Lebensjahre gehen dabei mehrheitlich zulasten somatischer Erkrankungen.

Auf Grund der demographischen Entwicklung wird der Anteil an (hoch-) betagten Menschen zunehmen. Es ist daher mit einer Zunahme von somatopsychisch multimorbiden Patient:innen auszugehen und der Bedarf an entsprechendem Knowhow wird an Bedeutung gewinnen.

Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen mit einem Fachkräftemangel, speziell bei den Pflegefachpersonen, sowie steigenden Kosten konfrontiert.

Nach dem Motto der WHO «without mental health there can be no true physical health», muss die Akutsomatik psychische Störungen in den Behandlungsprozess integrieren um eine umfassende Qualität zu erreichen.

Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie ist das Arbeitsgebiet der Psychiater:innen im somatischen Spital oder in anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung. Während die Konsiliarpsychiatrie primär die Beratung im Einzelfall an der Schnittstelle von körperlichen

und psychischen Störungen beinhaltet, geht die Liaisonspsychiatrie darüber hinaus: Es bestehen regelmässige formelle Kontakte (Teilnahme an Visiten, Rapporten oder Spezialsprechstunden) und die Konsiliarpsychiater:innen sind im interprofessionellen Team integriert, wodurch psychiatrisch relevante Probleme schneller erkannt und effektiver behandelt werden können.

## **Zielsetzung**

- Die Erhebung liefert eine solide Grundlage für die Einschätzung der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung der Akutsomatik im Raum Zürich (bezüglich Quantität, Qualität, Abläufen, Übergängen, Finanzen etc.).
- Die Empfehlungen, die sich daraus ableiten lassen, tragen dazu bei, die konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich zu verbessern.
- Die Erhebung ergänzt die Grundlagen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, um die psychiatrische Versorgung in der Akutsomatik (neu) zu konzipieren.

## **Methode**

Die Erhebung erfolgte qualitativ und soweit möglich auch quantitativ. Sie fokussierte auf den Raum Zürich.

Im Zeitraum Juni 2022 bis November 2022 wurden insgesamt mehr als 30 Personen mittels semi-strukturierten qualitativen Interviews oder bei spezifischen Fragestellungen mittels freien Interviews befragt. Neben Vertreter:innen von Spitälern und konsiliar-psychiatrischen Diensten wurden auch Exponent:innen weiterer Institutionen oder Organisationen befragt.

Quantitative Daten wurde von den Spitälern der Akutsomatik angefragt.

## **Ergebnisse**

### Organisation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung

Die konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung ist sehr unterschiedlich organisiert. Sie reicht vom Einkauf von Einzelleistungen (Konsilien), über Kooperationsverträge mit fixen Servicezeiten bis zu integrierten konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten mit 24h Abdeckung. Ein Spital verfügt über keinen konsiliarpsychiatrischen Dienst und keinerlei Kooperationen.

Eine Liaisonspsychiatrische Versorgung i.e.S. existiert mit wenigen Ausnahmen – im Gegensatz zum kindermedizinischen Bereich – im Erwachsenenbereich kaum.

### Quantitative Daten

Die Häufigkeit psychiatrischer (Neben-) Diagnosen variiert sehr stark zwischen den Spitälern, was eher auf die Erfassungsqualität als auf die tatsächlichen

Prävalenzunterschiede zurückzuführen ist. Im Durchschnitt liegen die Prävalenzen nahe am schweizweiten Durchschnitt.

Patient:innen mit psychischer Komorbidität verweilen in den Zürcher Spitälern rund doppelt so lange wie Patient:innen ohne psychiatrische Zusatzdiagnosen.

Die personelle Ausstattung der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienste ist sehr unterschiedlich, entsprechend den verschiedenen Organisationsformen. Die eingesetzten Ressourcen und die Anzahl Konsilien variieren beträchtlich. Die Unterschiede lassen sich nur bedingt auf unterschiedliche Patient:innen-Zusammensetzungen zurückführen. Generell liegt die Anzahl Konsilien unter dem, was auf Grund der Häufigkeit von psychischen Komorbiditäten zu erwarten und zu fordern wäre.

### Qualitative Daten (Interviews)

In vielen Spitälern werden aus Kostengründen konsiliarpsychiatrische Leistungen nur sehr restriktiv in Anspruch genommen, was insbesondere für die Pflegefachleute eine Belastung darstellt. Es fehlt oft am Bewusstsein, wie sehr sich psychische Komorbidität auf die Behandlungsqualität, die Aufenthaltsdauern, die Wiedereintrittsquote und die Behandlungskosten auswirkt. Eine gut ausgebaute konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung ist deshalb auch aus qualitativer und ökonomischer Sicht sinnvoll.

Eine mangelnde oder fehlende konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung führt zu Fehl-Einweisungen in psychiatrische Kliniken, was zu unnötigen Hospitalisationen und Rückverlegungen führen kann. Spitäler mit ungenügender konsiliar- und liaisonpsychiatrischer Versorgung verlegen Patient:innen teilweise per Fürsorgerischer Unterbringung (FU) zur weiteren Abklärung in psychiatrische Kliniken, was ein Missbrauch dieser ultimativen Massnahme darstellt. Der Kanton Zürich ist schweizweit der Kanton mit der höchsten FU-Rate. Hier besteht Handlungsbedarf.

Zu betonen ist auch die Belastung des Spitalpersonals durch Patient:innen mit psychischer Komorbidität. Gerade in Zeiten, in denen viele Pflegefachleute frühzeitig aus dem Beruf aussteigen, sollte diesem Aspekt dringend mehr Beachtung geschenkt werden. Der Mehrwert der Liaisonpsychiatrie in diesem Bereich wird unterschätzt.

Auf Grund der traditionell starken örtlichen und organisatorischen Trennung der somatischen Medizin und der Psychiatrie im Kanton Zürich, sind Patient:innen mit somatopsychischer Komorbidität oft in beiden Settings ungenügend versorgt. Hier besteht eindeutig eine Versorgungslücke: Eine somatopsychiatrische Dual-Station, auf der somatische und psychiatrische Probleme interprofessionell und interdisziplinär angegangen werden könnten, wäre dringend notwendig. Dies ist bisher jedoch primär an der Finanzierung gescheitert, weil weder DRG- noch Tarpsy-Tarife diese Patient:innen-Gruppe adäquat abbilden.

Die Übergänge von somatopsychisch komorbiden Patient:innen der Akutsomatik in das ambulante Setting und in die Langzeitpflege sind teilweise gut geregelt, es bestehen aber weiterhin erhebliche Lücken: Die Zusammenarbeit mit der Spitex funktioniert auf einem hohen Niveau und die Anmeldeprozesse sind sehr gut etabliert. Noch nicht alle Spitäler betrachten die Spitex als Partner auf Augenhöhe, was sich z.B. in der Berichterstattung

zeigt. Hier zeichnet sich aber eine positive Entwicklung ab, die es zu fördern gilt. Auch die Übergänge in die Übergangs- und Langzeitpflege sind gut organisiert. Lücken gib es bei Patient:innen mit Suchtproblemen. Auch die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung von Patient:innen mit somatopsychischer Komorbidität gestaltet sich schwierig. Oft fehlt das entsprechende (somatische) Knowhow bei den niedergelassenen Psychiatr:innen, zudem ist diese Patient:innen-Gruppe aufwändig und verlangt einen hohen Koordinationsaufwand, der über die ambulanten Tarmed Tarife ungenügend abgegolten wird. Den spitalnahen ambulanten psychiatrischen Diensten fehlt es an entsprechenden Kapazitäten. Das neueingeführte Anordnungsmodell für Psycholog:innen wird hier kaum Entlastung bringen.

Die Pflege als Berufsgruppe ist nahe an den Patient:innen dran und erkennt psychosoziale Problemstellungen meist frühzeitig, die Pflege hat aber nicht die Kompetenz, psychiatrische Konsilien anzufordern. Neue Berufsrollen wie Advanced Practice Nurse (APN) bieten eine Chance, psychosoziales Knowhow in die Akutsomatik zu implementieren. Als attraktive Weiterentwicklung innerhalb des Pflegeberufs können die ANP auch dazu beitragen, die Fachkräfte zu halten. Hier braucht es aber auch ein neues Verständnis der interprofessionellen Rollenverteilung. Einen neuen Weg der interprofessionellen Integration geht das Projekt «Zürcher interprofessionelle klinische Ausbildungsstation» ([www.zipas.ch](http://www.zipas.ch)) wo Studierende und Lernende aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen gemeinsam unter Anleitung und Aufsicht Patient:innen betreuen. Ein umfassendes biopsychosoziales Behandlungsverständnis setzt eine Zusammenarbeit der somatischen Medizin mit der Psychiatrie, der Psychologie, der sozialen Arbeit und weiteren Berufsgruppen voraus.

### Finanzierung und Tarife

Die stationäre Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie ist in zweifacher Hinsicht unterfinanziert, was zur Folge hat, dass die Leistungen oft nicht oder zu spät in Anspruch genommen werden. Einerseits existiert im DRG zwar ein CHOP-Code für psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliar- und Liaison-Behandlung, dieser ist aber nicht kostenrelevant und wird kaum angewendet. Andererseits werden konsiliar- und liaisonpsychiatrische Leistungen gegenüber den Leistungserbringern über den ambulanten Tarmed-Tarif (als Referenztarif) abgegolten, dieser Tarif deckt aber die Kosten, insbesondere die Vorhalteleistungen, nicht ab, was de facto zu einer Quersubventionierung von der Psychiatrie in die Akutsomatik führt. Hier braucht es neue Finanzierungsmodelle.

Die Kosten der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie belaufen sich grob geschätzt auf CHF 25-100 / stationärem Fall. Dem stehen doppelt so lange Aufenthaltsdauern und deutlich erhöhte Behandlungskosten bei Patient:innen mit somatopsychischer Komorbidität entgegen.

Eine somatopsychiatrische Dual-Station ist unter den gegebenen Tarifsystemen kaum je kostendeckend zu führen. Hier müssen andere Finanzierungsmodalitäten gefunden werden und eine kantonsübergreifende Zusammenarbeit sollte geprüft werden.



## Fazit

Menschen mit somatopsychischer Komorbidität sind in der Akutsomatik mit wenigen Ausnahmen unterversorgt. Die Konsiliarpsychiatrische Versorgung beschränkt sich oft auf akute Notfallsituationen, liaisonpsychiatrische Modelle werden kaum umgesetzt. Dem Mangel an psychiatrisch-psychotherapeutischem Knowhow in den Spitälern wird durch Implementierung von Advanced Practice Nurse (APN) entgegengewirkt, weil insbesondere die Pflege durch Menschen mit somatopsychischer Komorbidität stark belastet ist. Dies ist zu begrüssen. Um den Bedürfnissen von Menschen mit somatopsychischer Komorbidität gerecht zu werden, braucht es interprofessionelle Teams bestehend aus Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, ANPs, Psychologie, soziale Arbeit und ev. weiteren Berufsgruppen, die eng miteinander zusammenarbeiten. Dadurch könnten die Behandlungsqualität erhöht, die professionelle Belastung reduziert und letztlich auch Ressourcen gespart werden.

## EMPFEHLUNGEN

- Alle Spitäler der Akutsomatik sollten einen funktionierenden konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst haben (nicht nur auf dem Papier)
- Bei Spitälern ohne integrierten konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst gibt es verschiedene Optionen:
  - Feste Servicezeiten, Leistungen auf Abruf (Einzelleistung)
  - Feste Servicezeiten, Präsenz vor Ort (z.B. Lohnkostenmodell)
  - Feste Servicezeiten, definierte Leistungs-Kontingente (z.B. Zeitkontingente / Anzahl Konsilien; Liaison-Leistungen Pauschalabgeltung)
  - Ausserhalb der regulären Service-Zeiten sollte ein telefonischer Konsiliardienst verfügbar sein (auch um unnötige Klinikeinweisungen mit/ohne Fürsorgerische Unterbringung zu reduzieren)
  - Als grobes Qualitätsmerkmal könnte die Konsil-Rate pro stationären Fällen dienen: 5% für kleine Spitäler, 10% für grosse Spitäler sind realistische Werte.
- Zumindest mittlere und grössere Spitäler sollten eine liaisonpsychiatrische Versorgung anbieten. Der Mehrwert für die Spitäler würde die Aufwände qualitativ und ökonomisch rechtfertigen.
- Mittlere und grössere Spitäler sollten den Einsatz von psychiatrischen ANPs prüfen.
- Generell braucht es eine solide Finanzierung. Lohnkostenmodelle inkl. Deckung der Overhead- und Vorhaltekosten sind anzustreben.
- Alle Spitäler der Akutversorgung sollten die Codierung der Position 94.92.2 «Psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliar- und Liaison-Behandlung, nach Dauer in Stunden pro Einzelleistung» konsequent vornehmen.
- Im Kanton Zürich sollte an einem (akutsomatischen) Standort eine somatopsychiatrische Dual-Station aufgebaut werden.
- Generelle Screenings können nicht empfohlen werden. In speziellen Bereichen können Screenings sinnvoll eingesetzt werden, wenn danach auch entsprechende Interventionen angeboten werden können.
- Alle Spitäler der Akutversorgung sollten über ein interprofessionell erarbeitetes Delir-Konzept verfügen.
- Spitäler mit ungenügender konsiliarpsychiatrischer Versorgung, sollten keine Einweisungen in psychiatrische Kliniken per Fürsorgerischer Unterbringung vornehmen dürfen.
- Alle Spitäler der Akutversorgung sollten mit der Spitex über OPAN kommunizieren und der Spitex die Austrittsberichte zukommen lassen.
- Der Aufbau eines ambulanten Nachsorgenetzes mit niedergelassenen Psychiater:innen (ev. in enger Zusammenarbeit mit Psycholog:innen im Anordnungsmodell) sollte geprüft werden.