

Psychiatrische Versorgung in der Akutsomatik

## «Die Psychiatrie muss in die Standard-abläufe des Spitals integriert werden»

Am 11. Mai 2023 diskutierten in einem Podiumsgespräch fünf Fachpersonen über die psychiatrische Versorgung in der Akutsomatik:

- Ruedi Schweizer, Ärztlicher Leiter Zentrum für psychische Gesundheit, Spital Zollikerberg;
- Ursina Degonda, Teamcoach Psychosoziale Pflege und Betreuung, Spitex Zürich;
- Renate Monego, Direktorin Gesundheitszentren für das Alter Stadt Zürich;
- Luca Emmanuele, Leiter Einkaufsmanagement Leistungen, CSS;
- Urs Hepp, Autor des Berichts «Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich», den das GN2025 in Auftrag gegeben hatte.

Nachfolgend haben wir die Diskussion zusammengefasst. Und [hier](#) finden Sie den Bericht und vieles mehr zum Thema.

### A. Situation im Spital / Pflegeheim

- Die Psychiatrie ist traditionell von der Somatik getrennt; die Gründe dafür sind schleierhaft. Diese Trennung offenbart ein völlig veraltetes Gesundheitsverständnis.
- Es ist erschreckend, dass bei so vielen Menschen im Spital die psychischen Beschwerden nicht erkannt werden – da gerät die Behauptung, wir hätten eines der besten Versorgungssysteme der Welt, arg ins Wanken.
- Früher hatten Spitäler eine sozialpolitische Aufgabe, heute sind sie Profitcenter.
- Eigentlich ist es stossend, dass es einen Konsiliar- und Liaisondienst braucht, der bei Bedarf ins Spital kommt. Vielmehr braucht es die Grundhaltung, dass Krankheit in aller Regel bio-psycho-soziale Ursachen hat – und als Konsequenz ganzheitliche Behandlungskonzepte nötig sind.
- Im Notfall ist die Psychiatrie praktisch unsichtbar.
- Die psychiatrische Versorgung ist auch eine Frage der Spitalgrösse: Grosse Institutionen sind in der Regel gut ausgestattet mit Konsiliar- und Liaisondiensten sowie Gerontopsychiatrie. Schwierig ist es bei mittleren und kleinen Institutionen.
- Spitäler mit ungenügender psychiatrischer Versorgung sollten keine Einweisungen in psychiatrische Kliniken per Fürsorgerischer Unterbringung vornehmen dürfen.
- Als grobes Qualitätsmerkmal könnte die Konsil-Rate pro stationären Fall dienen: 5% für kleine Spitäler, 10% für grosse Spitäler sind realistische Werte.
- Wer nimmt psychische Beschwerden wahr im Spital? 1. Der Patient; 2. Die Pflege; 3. Der Arzt. Bis dieser regiert, kann wertvolle Zeit verloren gehen.

- Stationäre Langzeitpflege: Das Hausarztssystem ist ungeeignet, um psychische Beschwerden zu erkennen. Die Hausärzt:innen kommen nur selten und nur kurz. Deshalb bleibt vieles am Pflorgeteam hängen – und das kann belastend sein.
- Der Übergang in die stationäre Langzeitpflege ist in der Regel gut organisiert: Die meisten Spitäler können auf langjährige Kooperationen zählen und die Sozialdienste der Spitäler sind gut vernetzt.
- Die Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich machen gute Erfahrungen mit der stationären Übergangspflege: Instabile, meist geriatrische Patientinnen und Patienten, werden vom Spital in die spezialisierte Übergangspflege verlegt und von dort zurück nach Hause, sobald sie sich in einem stabilen Zustand befinden.
- Die Politik ist tendenziell überfordert mit dem Thema: Wofür braucht es Konsiliar- und Liaisondienste, wenn es psychiatrische Kliniken gibt?

### **B. Situation bei der ambulanten Nachsorge**

- Die Organisation der Nachsorge geschieht oft nach dem Zufallsprinzip. Die Übergänge laufen nicht optimal ab und die Versorgungskette ist kaum gewährleistet, da zu wenig Ressourcen für die benötigten ambulanten Behandlungen vorhanden sind.
- Die Spitex ist bei vielen entscheidenden Gesprächen zur Austrittsplanung nicht dabei – das ist unsinnig.
- Hilfreich ist, dass in den Sozialdiensten der Spitäler viele langjährige Mitarbeiter:innen tätig sind mit viel Knowhow und einem guten Beziehungsnetz.
- Einzelne Spitäler verfügen über ein eigenes Case Management zur Organisation der Nachbehandlung. Die Austrittsplanung erfolgt hier in enger Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen.
- Noch längst nicht alle Spitäler betrachten die Spitex als Partner auf Augenhöhe. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass die Spitex bei der Austrittsplanung nicht dabei ist oder keinen Einblick in den Austrittsbericht erhält.
- Das Knowhow für somatopsychiatrische Ko-Morbiditäten ist bei vielen niedergelassenen Psychiater:innen ungenügend. Das setzt sich beim Anordnungsmodell der Psycholog:innen fort.

### **C. Vorschläge / Ansätze, um die Situation zu verbessern**

- Das bio-psycho-soziale Modell wird seit 30 Jahren unterrichtet – jetzt muss es in der Praxis verankert werden!
- Es braucht ein klares Bekenntnis der Spitalleitung zur ganzheitlichen Betrachtung und Behandlung. Wenn es von einzelnen Personen abhängt, ist es rasch wieder vorbei, wenn diese Personen das Spital verlassen.
- Die Psychiatrie muss in die Standardabläufe des Spitals integriert werden – die Stigmatisierung würde schlagartig abnehmen.
- Das Thema darf nicht alleine auf die Ärzteschaft ausgerichtet sein. Die Pflege hat die Patientennähe und das Knowhow, um massgebend mitzuwirken. Das gilt für den stationären wie den ambulanten Bereich.

- Mittlere und grössere Spitäler sollten den Einsatz von psychiatrischen Advanced Practice Nurses prüfen.
- Alle Spitäler der Akutversorgung sollten über ein interprofessionell erarbeitetes Delir-Konzept verfügen.
- Alle Spitäler sollten mit der Spitex über [OPAN](#) kommunizieren und ihr die Austrittsberichte zukommen lassen. Die Datenübermittlung ist verschlüsselt, die administrativen Daten werden validiert. Eine Schnittstelle vom Klinikinformationssystem zu OPAN vereinfacht die Anmeldung, was enorm Zeit spart.
- Wer baut ein ambulantes Nachsorgenetz auf, in dem alle Beteiligten, namentlich die niedergelassenen Psychiater:innen, genügend Knowhow für somatopsychiatrische Ko-Morbiditäten haben?
- Hilfreich wäre der Aufbau von somatopsychiatrischen Polikliniken mit Spezialsprechstunden.
- Im Kanton Zürich sollte an einem (akutsomatischen) Standort eine somatopsychiatrische Dual-Station aufgebaut werden.
- Es braucht eine nachhaltige Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in der Akut-somatik, denn die heutige Situation ist – gelinde gesagt – unbefriedigend. Ein Ansatz könnte der Paragraph 11, Absatz 2\*, im Spital Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz des Kantons Zürich sein.
- Die Politik (Kantonsrat) muss die Konsilar- und Liaisondienste als finanzierter Leistungsauftrag für Spitäler angehen.
- Wenn es sich langfristig rechnet, sind die Versicherer offen für neue Ansätze zur Unterstützung der psychiatrischen Versorgung in der Akut-somatik.
- Die Finanzierung muss über SwissDRG geregelt werden – das Problem betrifft die ganze Schweiz.

\* <sup>2</sup> Subventionen bis zu 100% der ungedeckten Kosten können für weitere Versorgungsangebote gewährt werden, sofern sie versorgungspolitisch sinnvoll sind, insbesondere die Versorgungskette verbessern oder die stationäre Spitalversorgung entlasten.

27. Mai 2023