

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

hepp@hin.ch

Februar 2023

Impressum

Auftraggeber	Gesundheitsnetz 2025 (GN2025)
Finanzierung	Gesundheitsnetz 2025 (GN2025) Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich CSS Krankenversicherung SWICA Krankenversicherung Verband Zürcher Krankenhäuser VZK
Autor	Prof. Dr. med. Urs Hepp hepp-health GmbH (www.hepp-health.ch) Mitwirkung: Frau Dr. Nesrin Raible-Destan
Bezug	Der Bericht wird auf www.GN2025.ch veröffentlicht.
Zitiervorschlag	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 hat die zweithöchste FU-Rate in der Schweiz.

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 Psychiater: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) 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.

1 Einleitung

«No health, without mental health» - gemäss WHO ist psychische Gesundheit selbstverständlich integraler Bestandteil der Gesundheit.

In der Realität sieht es aber oft anders aus. Die traditionelle organisatorische und örtliche Trennung zwischen der somatischen Medizin und der Psychiatrie führt dazu, dass oft keine umfassende Behandlung erfolgt. Menschen mit psychischen Störungen sind bis heute der Stigmatisierung ausgesetzt, dies nicht zuletzt auch im Kontext der Gesundheitsversorgung. Dies führt zu deutlich schlechterer Gesundheitsversorgung und in der Folge erhöhter Morbidität und Mortalität.

Vor diesem Hintergrund hat das GN2025, eine Plattform mit 35 Akteuren aus dem medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich, die vorliegende Analyse in Auftrag gegeben. Der Bericht soll eine solide Grundlage für die Einschätzung der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung der Akutsomatik im Raum Zürich liefern und Empfehlungen zur Optimierung der psychiatrisch-psychologischen Versorgung in der Akutsomatik formulieren.

Wenn die Erhebung dazu beiträgt, die psychiatrisch-psychologische Versorgung in der Akutsomatik zu verbessern, wird ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung im Kanton Zürich davon profitieren, ebenso die betroffenen Leistungserbringer.

2 Ausgangslage

2.1 Definitionen

2.1.1 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie

Unter Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie versteht man das Arbeitsgebiet eines Psychiaters im somatischen Spital oder in anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung (Buchi, Berney et al. 2010). Während das Feld der Konsiliarpsychiatrie primär die Beratung im Einzelfall an der Schnittstelle von körperlichen und psychischen Störungen ist, geht die Liaisonpsychiatrie 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 (Buchi, Berney et al. 2010) und gleichzeitig ein Knowhow Transfer gewährleistet ist. In diesen Bereich gehören z.B. die Psychoonkologie oder die interdisziplinäre Schmerzbehandlung. Die zaghaften Anfänge der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie gehen auf den Beginn des 20. Jahrhunderts zurück, die Entwicklung der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie erfolgte dann in den 1960-70er Jahren (Aitken, Lloyd et al. 2016).

Was leistet die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie

Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie ist das Arbeitsgebiet einer Psychiater:in im somatischen Spital oder in anderen Institutionen der Gesundheitsversorgung.

Die Konsiliarpsychiatrie i.e.S. bietet Beratung im Einzelfall an der Schnittstelle von körperlichen und psychischen Störungen an.

Die Liaisonpsychiatrie ist im Behandlungsteam der Akutsomatik integriert. Es bestehen regelmässige formelle Kontakte (Teilnahme an Visiten, Rapporten oder interdisziplinären Spezialsprechstunden). Die Interventionen erfolgen mehr auf der Systemebene und weniger auf der Ebene des Einzelfalls und beinhalten auch Coaching und Teaching der Teams in psychosozialen Fragestellungen.

Die Konsiliar und Liaisonpsychiatrie kann dazu beitragen, dass somatopsychische Komorbidität frühzeitig erfasst und im Behandlungsprozess einbezogen wird. Die Behandlungsqualität wird verbessert, die Behandlungs-Adhärenz erhöht, die Aufenthaltsdauern verkürzt und die Belastung insbesondere der Pflorgeteams reduziert.

Im konsiliarpsychiatrischen Team sind auch andere Professionen integriert (Psychologie, Pflege) oder es besteht eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit (Somatische Medizin, Pflege, Soziale Arbeit, Ethik, Seelsorge u.a.)

Der Begriff «Psychosomatik» ist weniger gut definiert. Psychosomatische und Psychosoziale Medizin hat zum Ziel, biologische, psychologische und soziale Aspekte im Verstehen von kranken Menschen sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Behandlung zu integrieren (SIWF 2019). Oft wird der Begriff Psychosomatik bei Patient:innen mit primär (leichteren) psychiatrischen Diagnosen (z.B. «Burn-out») verwendet, die z.T. in Reha-Kliniken behandelt werden. Es widerspiegelt auch das Bestreben, psychische Störungen zu «entstigmatisieren», was aber eher die Gefahr birgt, schwere psychiatrische Störungen noch mehr zu stigmatisieren.

Der Begriff «Psychosomatik» führt deshalb oft zu Unklarheiten. In diesem Bericht wird deshalb i.d.R. von «somatopsychischen Störungen» gesprochen. Dieser Begriff ist zwar auch nicht eindeutig definiert, soll aber verdeutlichen, dass es um das ganze Spektrum von somatopsychischen Komorbiditäten (siehe Kapitel 2.2.) geht.

Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie ist ein Weiterbildungs-Schwerpunkt innerhalb der Psychiatrie und seit 2010 ist der Schwerpunkttitel «Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie» als Zusatz zum Facharztstitel «Psychiatrie und Psychotherapie» von der SIWF anerkannt (SIWF 2017). Der/die Titelträger:in absolviert zusätzlich zur Facharztweiterbildung ein zweijähriges Curriculum (Zwei Jahre Arbeit in einer anerkannten Weiterbildungsstätte für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und einer gleichzeitigen berufsbegleitenden theoretischen Weiterbildung).

Der interdisziplinäre Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPm ist ebenfalls von der SIWF anerkannt. Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen können den

Schwerpunkt erlangen. Er bescheinigt, dass der/die Titelträger:in über eine vertiefte Weiterbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin verfügt (SIWF 2019).

Biopsychosoziales Modell

Das biopsychosoziale Modell, in Abgrenzung zur rein biomedizinischen Sicht, versteht Gesundheit und Krankheit vor dem Hintergrund biologischer, psychischer und sozialer Bedingungen. Soziale Faktoren spielen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung vieler Krankheiten eine wichtige Rolle. Körperliche und psychische Faktoren können sich ebenfalls gegenseitig positiv und negativ beeinflussen. So spielen z.B. Coping-Mechanismen bei der Bewältigung von somatischen Krankheiten eine wesentliche Rolle.

Eine umfassende Behandlung im Akutspital bedingt den Einbezug der psychischen und der sozialen Situation und eine intensive interprofessionelle Zusammenarbeit (Somatisch Medizin, Psychiatrie und Psychologie, Pflege, soziale Arbeit etc.).

2.1.2 Koordinierte und integrierte Versorgung

Mit dem Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020» wurde das Ziel verfolgt, die Interprofessionalität im Gesundheitswesen zu stärken und zu einer erhöhten Effizienz beizutragen (Bundesamt für Gesundheit 2018). Die «koordinierte Versorgung» wird definiert als die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung (Schlapbach and Ruffin 2017, Giger, Häusler et al. 2018, Spiess and Ruffin 2018, Bundesamt für Gesundheit 2022, Schmid and Giger 2022). Heute spricht man vermehrt auch von Integrierter Versorgung. Der Begriff wird teils synonym verwendet (GDK Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren 2020), teils aber auch weiterführend, im Sinne der Vernetzung über die rein medizinischen Behandlungsanbieter hinaus (Berchtold and Zanoni 2018).

2.2 Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Aufgabengebiete

Vereinfacht können drei Gruppen von Patient:innen mit somatopsychischen Problemen identifiziert werden (Hepp and Jenewein 2018) (siehe Fallbeispiele Kap. 8.3):

- Primär körperlich kranke Menschen mit sekundären psychischen Störungen (z.B. akuter Verwirrungszustand (Delir) als Folge eines Infektes; depressive Reaktion im Rahmen einer onkologischen Erkrankung)
- Menschen mit primär psychischen Störungen mit sekundären körperlichen Folgen (z.B. Magersucht mit schweren körperlichen Mangerscheinungen)

- Menschen mit «eigentlicher» Komorbidität, d.h. Vorliegen von zwei Erkrankungen, die nichts miteinander zu tun haben (z.B. Schizophrenie und gleichzeitige Krebserkrankung)

Für alle drei Konstellationen sind weder somatische Spitäler noch psychiatrische Kliniken optimal auf die Bedürfnisse dieser Menschen ausgerichtet. Die historisch klare örtliche und organisatorische Trennung zwischen somatischen Spitälern und der Psychiatrie im Kanton Zürich erschwert die integrierte Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg – mit Folgen für Behandlungsqualität, Morbidität, Lebensqualität und Kosten.

Somit stellt sich die Frage, wie das psychiatrische Spezialwissen den Weg in die Somatik findet. Dafür gibt es grundsätzlich drei Wege /Ebenen (Hepp and Jenewein 2018):

1. Die Patient:in kommt zur Spezialist:in
2. Die Spezialist:in kommt zur Patient:in
3. Know-how-Transfer

Ebene 1 ist die klassische (konsiliarische) Überweisung zur Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine solche Überweisung ist bei hospitalisierten und älteren multimorbiden Patient:innen aber meist nicht möglich.

Ebene 2 und 3 sind die klassischen Felder der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Die Konsiliar-Psychiater werden fallspezifisch direkt beigezogen oder sind im Rahmen des liaison-psychiatrischen Dienstes in die interprofessionellen Behandlungsteams integriert. Durch Schulung solcher Teams kann der notwendige Wissenstransfer erfolgen. Zum zweiten können die somatisch tätigen Teammitglieder befähigt werden, die alltäglichen psychischen Probleme selbständig zu handhaben (Caduff and Georgescu 2004, Diefenbacher 2015, Hepp 2018).

Die spezifischen liaisonpsychiatrischen Bereiche wie Psychoonkologie, Psychokardiologie, Psychogynäkologie etc. bewegen sich auf allen drei Ebenen.

2.3 Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgungsmodelle im Akutspital

Es gibt zahlreiche Formen von Verträgen und Kooperationsvereinbarungen zwischen Spitälern und konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten. Leider besteht keine aktuelle schweizweite Übersicht. Die letzte Erhebung stammt von 2004 (Caduff and Georgescu 2004).

Folgende Haupt-Modelle (mit unzähligen Zwischenformen) sind zurzeit in der Schweiz verbreitet:

- Spital hat einen eigenen konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst
- Spital kauft konsiliar- und liaisonpsychiatrische Grundleistungen sowie Zusatzmodule bei einer psychiatrischen Institution ein

- Spital hat einen Basisvertrag (Basis- und Vorhalteleistungen) und kauft zusätzlich Einzelleistungen bei einer psychiatrischen Institution ein
- Spital kauft nur Konsilien (Einzelleistungen) bei einer psychiatrischen Institution oder einer niedergelassenen Fachärztin ein

Welches Modell welche Effekte hat, ist bisher kaum untersucht.

Aktuell hat die Gesundheitsdirektion im Rahmen der Spitalplanung 2023 generelle Anforderungen für die konsiliarische Zusammenarbeit ab 2023 im Bereich Psychiatrie oder Psychosomatik definiert (Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt) (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2022).

3 Zielsetzung und Fragestellungen

3.1 Zielsetzung

- Die Erhebung liefert eine solide Grundlage für die Einschätzung der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung der Akutsomatik im Raum Zürich (bezüglich Quantität, Qualität, Abläufe, Übergänge, 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.

3.2 Fragestellungen

Folgende Fragen werden bearbeitet und beantwortet:

- Wie ist die konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung in den Akutspitälern im Raum Zürich organisiert? (Modelle)
- Welche Leistungen umfasst die konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung? Wie werden die Verantwortlichkeiten geregelt?
- Wie wird die psychiatrisch-psychologische Versorgung nach dem Spitalaustritt gewährleistet? (Schnittstelle stationär/ambulant; Schnittstelle Langzeitpflege)
- Gibt es Abmachungen/Vereinbarungen/Verträge zwischen dem Akutspital und dem konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst, die über die Behandlung hinausgehen, zum Beispiel Regeln zur Qualitätssicherung oder zum Datenaustausch?
- Wo bestehen Lücken in der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung?
- Welche Modelle der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung bewähren sich?
- Wie werden die konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Leistungen finanziert/vergütet?
- Welchen Einfluss haben die Fallpauschalen (DRG) auf die konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung?
- Welche Empfehlungen lassen sich aus der Erhebung ableiten, um die konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung zu verbessern?

4 Methode

Die Erhebung erfolgt qualitativ und soweit möglich auch quantitativ. Sie fokussiert auf den Raum Zürich.

Im Zeitraum Juni 2022 bis November 2022 wurden insgesamt über 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.

Die semi-strukturierten qualitativen Interviews wurden verschriftlicht und den Interview-Partner:innen zum Gegenlesen zugestellt, so dass offene Punkte noch geklärt und gegebenenfalls Präzisierungen vorgenommen werden konnten. Die Interviews werden einerseits aus Platzgründen im Bericht nicht abgedruckt (mit Ausnahme der Good-Practice Beispiele, die im Anhang in gekürzter Form aufgeführt werden), andererseits enthalten sie auch Informationen, die nicht personalisiert wiedergegeben werden.

Von 13 angefragten Spitälern, konnten 11 quantitative Angaben zu psychiatrischer Komorbidität und Inanspruchnahme von psychiatrischen Konsilien machen. Zwei Spitäler konnten die Daten nicht zur Verfügung stellen oder die Anfragen blieben unbeantwortet. Bei diesen Spitälern konnten aber Daten über den Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischen Dienst sowie die im Internet zugänglichen Informationen erhoben werden. Die qualitativen Daten wurden auf einem aggregierten Niveau ausgewertet, so dass keine Rückschlüsse auf die einzelnen Spitäler möglich sind.

Insgesamt war die Bereitschaft der angefragten Institutionen an der Analyse teilzunehmen sehr hoch und es ist gelungen, sehr kompetente Interview-Partner:innen aus verschiedenen Berufsgruppen sowie Funktions- und Hierarchiestufen zu gewinnen. Somit ergibt sich ein interprofessionelles Bild mit Innen- und Aussenperspektiven auf unterschiedlichen «Flughöhen». Das Ziel war nicht eine flächendeckende Analyse zu machen, sondern möglichst viele Perspektiven zu beleuchten. Eine Liste der Interview-Partner:innen findet sich im Anhang (Siehe Kap. 8.1.)

Im Weiteren wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um das Bild abzurunden.

Es werden im Bericht inhaltlich-fachliche, organisatorische, interprofessionelle, und finanziell-tarifarisches Themen beleuchtet. Den Resultaten aus der Stadt und dem Kanton Zürich werden drei ausserkantonale Beispiele und ein Zürcher Good-Practice Beispiel gegenübergestellt. Die internationale Perspektive wurde in der Literatur-Recherche mitberücksichtigt, auf Interviews mit internationalen Partner:innen wurde aber bewusst verzichtet, da die versorgungs- und berufspolitischen Bedingungen sowie die Finanzierungssysteme zu sehr von den Schweizer Verhältnissen abweichen.

5 Resultate

5.1 Resultate der Literaturrecherche

5.1.1 Epidemiologie psychischer Störungen

Psychische Störungen sind häufig in der Allgemeinbevölkerung, gleichzeitig zählen sie zu den am stärksten einschränkenden Krankheiten. Psychische Erkrankungen werden jedoch oft nicht diagnostiziert und bleiben in der Folge vielfach unbehandelt, mit negativen Konsequenzen auf individueller, gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Ebene (Schuler, Tuch et al. 2020).

Psychische Beschwerden gehen allgemein mit einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher, mit steigender psychischer Belastung nehmen die Arztbesuche deutlich zu (Schuler, Tuch et al. 2020).

Bei Personen mit psychischen Störungen liegen häufiger komorbide somatische Erkrankungen vor als bei Menschen ohne psychische Störungen. Rund drei Viertel der Personen mit starker psychischer Belastung oder schweren Depressionssymptomen haben gleichzeitig starke körperliche Beschwerden (Schuler, Tuch et al. 2020).

Menschen mit psychischen Störungen sind körperlich deutlich behandlungsbedürftiger als der gleichaltrige Bevölkerungsdurchschnitt und werden um den Faktor 2,5 (Frauen) respektive 3,1 (Männer) häufiger somatisch hospitalisiert, verglichen mit dem gleichaltrigen Bevölkerungsdurchschnitt (Frick and Frick 2010).

5.1.2 Somatopsychische Komorbidität

«Somatopsychische Komorbidität»

Der Begriff «somatopsychische Komorbidität» beinhaltet alle Formen körperlicher und psychischer Störungen, die zeitgleich oder sequenziell auftreten:

- Primär körperliche Erkrankungen mit sekundären psychischen Störungen
- Primär psychische Störungen mit sekundären körperlichen Folgen
- Komorbidität i.e.S., d.h. Vorliegen von unabhängigen Erkrankungen

Die Begriffe «Psychosomatik» / «psychosomatisch» sind weniger gut definiert. Oft wird der Begriff «Psychosomatik» bei Patient:innen mit primär (leichteren) psychiatrischen Störungen (z.B. «Burn-out») verwendet, die z.T. in Reha-Kliniken behandelt werden. Es widerspiegelt auch das Bestreben, psychische Störungen zu «entstigmatisieren», was aber eher die Gefahr birgt, schwere psychiatrische Störungen noch mehr zu stigmatisieren. Der Begriff «Psychosomatik» führt deshalb oft zu Unklarheiten. In diesem Bericht wird deshalb i.d.R. von «somatopsychischen Störungen» gesprochen.

In somatischen Spitälern und Ambulatorien sind komorbide psychische Störungen häufig, werden aber oft nicht erkannt (Burgmer, Fiori et al. 2004, Häuser, Grandt et al. 2005, Rose, Wahl et al. 2011, Gschoßmann 2020). Die Prävalenz psychischer Störungen in Akutspitälern wird sehr unterschiedlich angegeben und ist auch von der Patientenzusammensetzung abhängig, bewegt sich aber seit langem in der Grössenordnung bis ca. 30% (Mayou and Hawton 1986, Silverstone 1996, Häuser, Grandt et al. 2005). In einer aktuellen Metaanalyse wurden Prävalenzen von 12-20% für Depressionen, 8% für Angststörungen und 15% für Delirien gefunden (van Niekerk, Walker et al. 2022). Bei Demenzen variieren die Zahlen zwischen 3 und 63%, je nach Setting (van Niekerk, Walker et al. 2022). Auch bei Delirien schwanken die Prävalenzen sehr stark zwischen allgemein medizinischen Stationen und Intensivpflegestationen, auf denen Prävalenzraten bis zu 80% Delirien beschrieben werden (Nikooie, Neufeld et al. 2019, Oh, Needham et al. 2019).

Patient:innen mit psychiatrischer Komorbidität zeigen längere Spitalaufenthalte (Saravay and Lavin 1994, Wood and Wand 2014, Jansen, van Schijndel et al. 2018), höhere Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung (Koopmans, Donker et al. 2005, Jansen, van Schijndel et al. 2018), sowie höhere Behandlungskosten (Wood and Wand 2014, Jansen, van Schijndel et al. 2018), die jedoch im DRG nicht adäquat abgebildet werden (Hochlehnert, Niehoff et al. 2007).

Das obsan hat in einer aktuellen Analyse der Medizinischen Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) schweizweit bei 11,4% aller Akutsomatik-Fälle neben einer somatischen Grunderkrankung zusätzlich mindestens eine psychische Störung gefunden (Tuch 2018). Die *organischen psychischen Störungen* (Demenz und Delir) und die *affektiven Störungen* waren mit je ungefähr einem Drittel die häufigsten Formen psychischer Komorbidität, gefolgt von den *psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* mit einem Anteil von rund einem Fünftel. Die malignen Erkrankungen sind am häufigsten mit psychischer Komorbidität assoziiert. (Da es sich hier um die von den somatischen Spitälern routinemässig erfassten psychiatrischen Nebendiagnosen handelt, ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Prävalenzen deutlich höher sind). Die Aufenthaltsdauern im Spital und die Wiedereintrittsraten waren bei Patient:innen mit psychischer Komorbidität deutlich erhöht und auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und somatischen Komplexitäts- und Komorbiditätslevel, blieben signifikante Unterschiede bestehen. Der ökonomische Ressourcenaufwand (nach Adjustierung), gemessen anhand der netto Kostengewichte, war bei Fällen mit somatisch-psychischer Komorbidität um rund 28% höher als bei Fällen mit rein somatischen Erkrankungen (Tuch 2018).

Unerkannt und unbehandelt führen psychische Erkrankungen zu längeren und komplizierteren Behandlungsverläufen, reduzierter Adherence und erhöhten Kosten (Chen, Evans et al. 2016, Schlapbach and Ruffin 2017, Hepp 2018, Hepp and Jenewein 2018, Spiess and Ruffin 2018). Gezielte liaisonpsychiatrische Interventionen können Depressionen reduzieren, psychisches und physisches Befinden verbessern und Re-Hospitalisierungen reduzieren (Stiefel, Zdrojewski et al. 2008, Chen, Evans et al. 2016).

Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen haben eine 10 bis 20 Jahre reduzierte Lebenserwartung. Die «verlorenen» Lebensjahre gehen dabei mehrheitlich zulasten somatischer Erkrankungen. Dabei sind kardiovaskuläre und respiratorische Erkrankungen, Infektionen und Krebs die häufigsten Ursachen der erhöhten Mortalität. Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsum, Fehlernährung und Übergewicht, sowie mangelnde Bewegung sind weitere Faktoren. Die pharmakologische Behandlung psychiatrischer Störungen wiederum begünstigt Übergewicht und die Entwicklung des metabolischen Syndroms, was die Behandelnden vor grosse Probleme und Dilemmata stellt (Wahlbeck, Westman et al. 2011, Lawrence, Hancock et al. 2013, Nordentoft, Wahlbeck et al. 2013, Chesney, Goodwin et al. 2014, Hare, Toukhsati et al. 2014, Walker, McGee et al. 2015, Liu, Daumit et al. 2017).

5.1.3 Screening

Psychische Komorbiditäten bei somatisch erkrankten Menschen sind häufig.

Patient:innen nach Herzinfarkt z.B. weisen drei Mal häufiger die Diagnose einer Depression auf als dies in der Normalbevölkerung der Fall ist; 10-15% erfüllen die Kriterien für eine Major Depression und noch mehr zeigen erhöhte Depressionswerte (Lichtman, Bigger et al. 2008). Patient:innen mit Depression haben ein deutlich schlechteres Outcome in Bezug auf Morbidität und Mortalität und das Re-Infarkt-Risiko in den 2 Jahren nach dem Erstereignis ist doppelt so hoch (Nicholson, Kuper et al. 2006, Lichtman, Bigger et al. 2008). Wie weit die Depression als unabhängiger Risikofaktor gelten kann, ist allerdings noch nicht restlos geklärt (Nicholson, Kuper et al. 2006).

Diese Ergebnisse führten zu Empfehlungen, Patient:innen mit akuter koronarer Herzkrankheit im Akutspital einem generellen Depressions-Screening zu unterziehen, allerdings konnte der Gewinn eines flächendeckenden Screenings nach akutem koronarem Syndrom in (randomisierten) Studien nicht nachgewiesen werden (Kronish, Moise et al. 2020)

Vergleichbare Prävalenzen (8% bis 17%) für Depressionen finden sich auch für verschiedene chronische Erkrankungen; zudem nehmen Patienten mit Depressionen häufiger ambulante Termine und Notfallkonsultationen in Anspruch und haben ein schlechteres Funktionsniveau im weiteren Verlauf (Egede 2007). Auch onkologische Patient:innen haben eine rund doppelt so hohe Prävalenz depressiver Störungen verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, dennoch fehlt bisher auch hier die Evidenz für den Nutzen eines generellen Screenings (Meijer, Roseman et al. 2011). Ebenso bei postpartalen Frauen (Thombs, Arthurs et al. 2014) bei Kindern- und Jugendlichen (Roseman, Saadat et al. 2017) oder in der Primärversorgung (Thombs, Markham et al. 2021) findet sich keine generelle Evidenz für den Einsatz von Screenings. Resultate aus randomisierten kontrollierten Studien fehlen weitgehend und die Gründe für den fehlenden Nutzen der Screenings sind vielfältig (Thombs, Saadat et al. 2017).

Delir ist eine ebenfalls häufige Störung bei akutsomatischen Patient:innen. Die Prävalenz des Delirs in akutsomatischen Spitälern liegt zwischen 20% auf allgemein medizinischen Stationen bis zu 80% bei beatmeten Intensivpatient:innen (Nikooie, Neufeld et al. 2019, Oh, Needham et al. 2019). Delirien sind mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert und die Hospitalisationsdauer ist verlängert. Hier empfiehlt sich, ein klares multimodales interprofessionelles Konzept für das Delir-Management (Prävention und Behandlung) zu erarbeiten und die Mitarbeitenden entsprechend zu schulen (NICE National Institute for Health and Care Excellence 2019, Leon-Salas, Trujillo-Martin et al. 2020).

Aufgrund der derzeitigen Evidenz kann die Implementierung genereller Screenings für psychiatrische Störungen nicht empfohlen werden. Screenings sind gegebenenfalls dann indiziert, wenn auch eine entsprechende Intervention angeboten werden kann und eine klarer Kosten-Nutzen-Vorteil gegeben ist. Eine randomisierte Studie in Lausanne konnte den Nutzen eines Screenings zeigen, allerdings wurde dort in der Folge auch eine entsprechende Intervention angeboten (Stiefel, Zdrojewski et al. 2008). Im Rahmen des «SomPsyNet» Projektes in Basel (s. Kapitel 5.4.4) wird systematisch ein Screening für psychosoziale Belastung angewendet; die wissenschaftlichen Resultate, ob das Screening und die nachfolgend über ein psychosomatisches Konsil initiierte Intervention wirkungsvoll sind und die «richtigen Patient:innen» gefunden werden, sind noch ausstehend.

5.1.4 Wirksamkeit von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten

Wie oben dargestellt, haben somatische Patient:innen mit psychischer Komorbidität deutlich längere Hospitalisationszeiten, häufigere Re-Hospitalisierungen, höhere Behandlungskosten und eine schlechtere Adherence. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, eines verbesserten somatopsychischen Zugangs zu den Patient:innen (Aitken, Lloyd et al. 2016). Dennoch wird die Wirksamkeit von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten in der Literatur uneinheitlich beurteilt, wobei viele der vorhandenen Studien qualitativ nicht sehr elaboriert sind (Wood and Wand 2014)(Aitken, Lloyd et al. 2016)(Camus, Viret et al. 2003)(Chen, Evans et al. 2016)(Stiefel, Zdrojewski et al. 2008).

5.1.5 Demographische Entwicklung

Die demographischen Prognosen für den Kanton Zürich gehen von einer überproportionalen Zunahme in den Altersgruppen der über 80-Jährigen sowie der 65- bis 79-Jährigen in den nächsten Jahren aus. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen wird bis 2032 um rund 46 Prozent wachsen, die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen um rund 23 Prozent. Die stationären Fallzahlen werden auf Grund des Bevölkerungswachstums um rund 14 Prozent steigen. Die Altersstruktur führt nochmals zu einer Zunahme um rund 7 Prozent, weil ältere Personen mehr stationäre Behandlungen benötigen als jüngere Personen. Der Trend zu kürzeren Aufenthaltsdauern wird gemäss Prognosen weitergehen (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2021).

Gemäss obsan wächst die Altersklasse 65+ bis 2040 um die Hälfte (+52%), während sich die Altersklasse 80+ nahezu verdoppelt (+88%). Der Bedarf an Alters- und Langzeitpflege wird allein aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung bis ins Jahr 2040 um die Hälfte (+56%) steigen. In der Spitex-Pflege ist ebenfalls mit einer Zunahme in derselben Grössenordnung (+52%) zu rechnen (Pellegrini, Dutoit et al. 2022).

In der Akutsomatik ist somit von einer Zunahme von somatopsychisch multimorbiden Patient:innen auszugehen und der Bedarf an entsprechendem Knowhow wird an Bedeutung gewinnen.

5.1.6 Fachkräfteentwicklung

Laut obsan zeichnet sich bei den Fachärzt:innen Psychiatrie & Psychotherapie eine Unterversorgung ab, die in Zukunft auch durch Zuwanderung nicht oder höchstens ganz knapp gedeckt werden kann. Ohne ausländische Fachärztinnen und Fachärzte würde die Schweiz in der Psychiatrie und Psychotherapie auf einen massiven Mangel zusteuern (Burla, Widmer et al. 2022).

Im Unterschied zu anderen Fachgebieten kann ein Teil der psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufgaben durch die Berufsgruppen der Psycholog:innen übernommen werden. Gerade im konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Bereich ist dies aber nur begrenzt möglich, da fundiertes medizinisch-somatisches Knowhow wichtig ist. In speziellen Bereichen wie der Psychoonkologie können aber durchaus Psycholog:innen eingesetzt werden. Durch entsprechende Weiter- und Fortbildung könnte auch die Pflege gewisse Aufgaben übernehmen, allerdings herrscht gerade auch in der Pflege ein enormer Fachkräftemangel. Das obsan hat auf der Basis demografischer, epidemiologischer und ausbildungsspezifischer Szenarien den Bedarf an Pflegefachkräften in den Zeitraum bis 2029 prognostiziert. Die Autoren rechnen damit, dass mit dem verfügbaren Nachwuchs 67% des Bedarfs an Pflegefachpersonen der Tertiärstufe und 80% des Bedarfs an Personal der Sekundarstufe II abgedeckt werden können (Merçay, Grünig et al. 2021). Dies ist zu berücksichtigen, wenn vermehrt Aufgaben von anderen Berufsgruppen auf die Pflege übertagen werden (s. Kapitel 5.1.7, 5.2.9, 5.1.8).

Bei den Psycholog:innen werden aktuell noch genügend Fachkräfte ausgebildet. Mit dem Anordnungsmodell ist allerdings damit zu rechnen, dass viele gut ausgebildete und erfahrene Fachkräfte aus den Institutionen in die freie Praxis wechseln werden. Das Ausmass und die Auswirkung dieser Entwicklung lässt sich im Moment noch schlecht abschätzen.

Gerade im konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Kontext sind die somatischen Kenntnisse von grosser Bedeutung. Die Psychiatrie als Fachgebiet der Medizin bringt dieses Knowhow mit. Psycholog:innen die in diesem Bereich arbeiten, müssen sich diesbezüglich zusätzlich weiterbilden.

5.1.7 Die Rolle der Pflege im konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Kontext

Eine aktuelle Übersichtsarbeit zeigt den Mehrwert von auf psychiatrische Themen spezialisiertem Pflegepersonal (Mental Health Nurse Consultants), was in der Schweiz den ANPs entspricht. Die Rolle der ANPs wird vom Spitalpersonal generell sehr geschätzt. Die Patienten mit psychischen Komorbiditäten fühlen sich besser behandelt, und das Pflegepersonal erlebt eine Verbesserung der Kompetenzen im Umgang mit psychischen Begleitstörungen. Gleichzeitig wird auch auf den Mangel an Forschung in diesem Bereich hingewiesen (Sharrock, Happell et al. 2022).

5.1.8 Interprofessionalität

Gemäss Policy Letter des Bundesamts für Gesundheit (BAG) sind psychische Krankheiten noch immer mit Unsicherheiten und Stigmata behaftet, was den Einbezug von Menschen mit psychischen Leiden in die Versorgung erschwert. Gleichzeitig ist das Bewusstsein über die gegenseitige Abhängigkeit zwischen psychischer und physischer Gesundheit noch nicht bei allen Leistungserbringern vorhanden. Fehlende Kenntnisse über die verschiedenen Berufsprofile behindern die Zusammenarbeit an Schnittstellen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021).

Die Pflege ist häufig nahe an den Patient:innen und hat das Potential, früh die somatopsychische Komorbidität zu erkennen, wobei im Bericht zur Koordinierten Versorgung vor allem auf den Einsatz von ANPs in der Akutpsychiatrie zur Erkennung und Behandlung von komorbiden somatischen Erkrankungen hingewiesen wird (Schlapbach and Ruffin 2017). Gleichzeitig leidet das Pflegepersonal unter der Belastung durch Patient:innen mit psychiatrischer Komorbidität. Fachpersonen fühlen sich unsicher in Bezug auf ihre Kompetenzen, diese Patient:innen adäquat und bedarfsgerecht versorgen zu können. Gefordert wird ein besseres interprofessionelles Wissen und Können (Rettke, Petry et al. 2020).

Der Einsatz von ANPs im Spital wird nicht zusätzlich abgegolten und deren Leistungen sind mit den stationären Tarifen (DRG) bereits abgegolten (Giger, Häusler et al. 2018). Gemäss BAG sind die momentanen Tarif- und Vergütungssysteme zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht optimal (Bundesamt für Gesundheit BAG 2021).

Neben der Pflege und den Psycholog:innen (siehe 5.1.6. und 5.1.7) sind im Kontext somatopsychischer Komorbidität aber weitere Berufsgruppen wichtig. Der Sozialen Arbeit kommt eine wesentliche Rolle zu, Gesundheit und soziale Sicherheit können kaum getrennt werden (Kornacher and Strehle 2022). Der Einbezug weiterer Berufsgruppen ist zu diskutieren, in Lausanne laufen derzeit interessante Projekte (siehe Interview, Kap. 8.2.2).

5.2 Resultate der Befragungen

5.2.1 Organisation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung

Die konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung ist in den Spitälern im Kanton Zürich sowohl qualitativ als auch quantitativ auf sehr unterschiedlichen Niveaus ausgestaltet.

Einige Spitäler kaufen konsiliarpsychiatrische Einzel-Leistungen bei niedergelassenen Psychiater:innen (Abb. 1A) ein, wobei dies eher ein «Auslaufmodell» ist, und die meisten Spitäler auf Verträge mit psychiatrischen Institutionen (Abb. 1B-D) umstellen oder bereits umgestellt haben. Dabei gibt es unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen Institutionen und den akutsomatischen Spitälern: Teilweise bestehen Konsiliarverträge mit Kliniken und Mitarbeitende der Kliniken werden auf Abruf beigezogen (Abb. 1B). Dies umfasst i.d.R. lediglich einen Basis-Konsiliardienst. Häufiger bestehen Verträge mit ambulanten psychiatrischen Diensten (Abb. 1C-D), wobei die Ambulatorien räumlich entfernt (Abb. 1C) oder ans Spital angebunden (Abb. 1D) sein können. Letzteres ermöglicht eher einen liaisonpsychiatrischen Dienst. Das Universitätsspital Zürich hat als einziges Spital im Erwachsenenbereich einen integrierten psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst (Abb. 1E). Das Kinderspital Zürich verfügt ebenfalls über einen integrierten psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst und in Winterthur ist das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) im Kantonsspital Winterthur integriert.

Ein Spital verfügt über keinen konsiliarpsychiatrischen Dienst und es werden keine psychiatrischen Konsilien durchgeführt. Dies hat zur Folge, dass Patient:innen mit psychischen Problemen niederschwellig in die psychiatrischen Kliniken eingewiesen werden, teils auch per Fürsorgerischer Unterbringung (FU). Dies führt zu unnötigen psychiatrischen Hospitalisationen und zu enormen Mehrkosten im Gesundheitswesen. Zwar entlastet dieses Vorgehen die somatischen Spitäler finanziell und personell, es werden dafür aber personelle und finanzielle Ressourcen der Psychiatrie, der Krankenkassen und des Kantons belastet. Zudem führt dies zu einem Missbrauch des Instruments der Fürsorgerischen Unterbringung, die nur als äusserste Massnahme, wenn alle anderen Mittel ausgeschöpft sind, zum Einsatz kommen darf. Dies ist auch aus Sicht der Menschenrechte inakzeptabel. Zürich steht schweizweit an der Spitze in Bezug auf die Anzahl Fürsorgerischer Unterbringungen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium obsan 2022). Die Akutspitäler spielen hier eine gewichtige Rolle als Zuweiser (Regierungsrat Kanton Zürich 2022).

Die Liaisonpsychiatrische Versorgung i.e.S. ist in den Zürcher Spitälern wenig etabliert. Nur einzelne Spitäler haben liaisonpsychiatrische Angebote. Am ehesten finden sich diese in Bereichen, wo auf Grund von Zertifizierungen diese Leistungen vorausgesetzt werden (z.B. Psychoonkologie). Gerade dort findet sich aber teilweise auch eine Fragmentierung, wenn z.B. Psycholog:innen direkt von somatischen Kliniken angestellt werden, und diese losgelöst vom konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst operieren. Gut funktionieren konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienste vor allem dann, wenn alles «aus einer Hand» kommt (S. Kapitel 5.4.2).

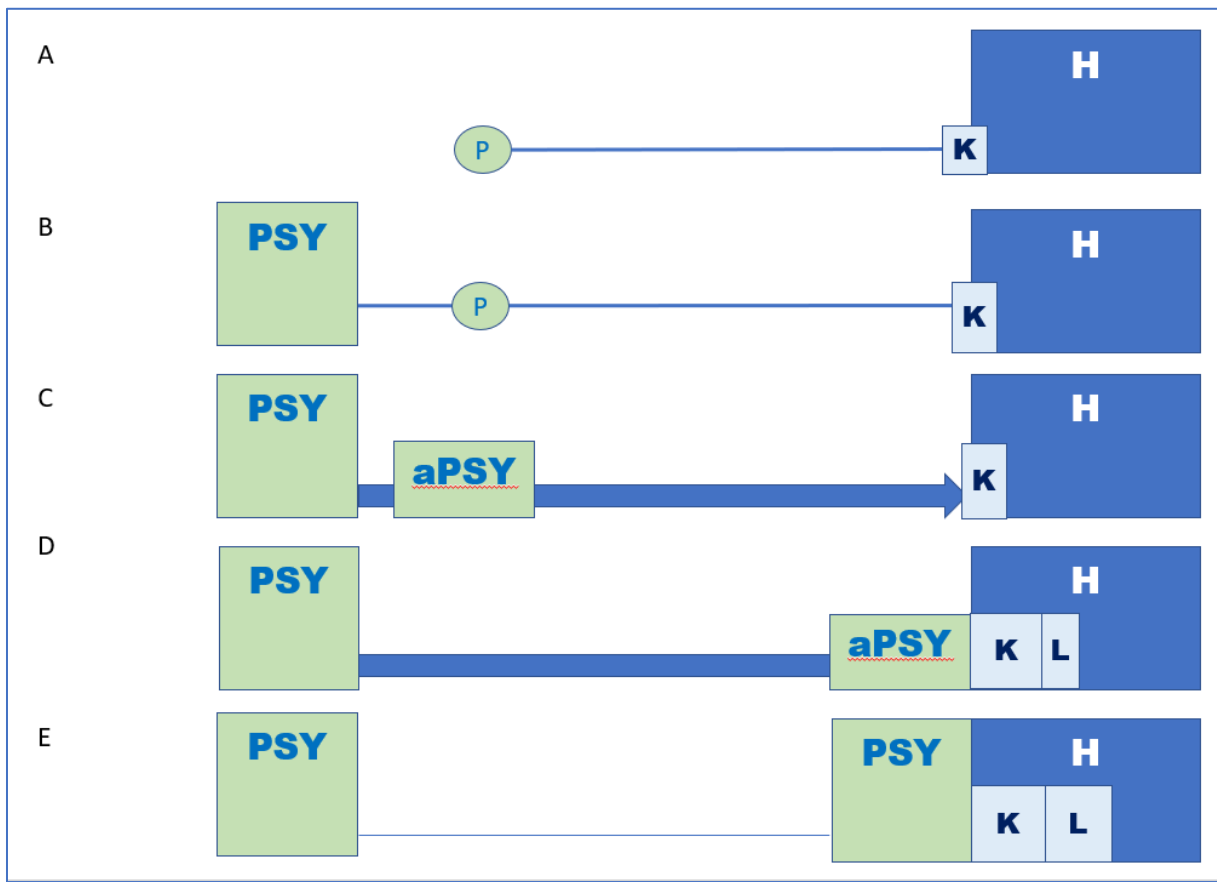


Abb. 1 A-E: Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgung

- A Niedergelassene Konsiliarpsychiater:in auf Abruf; Meist keine festen Service-Zeiten; Vertretung nicht gesichert; Nicht im Spital integriert (z.B. KIS-Zugang).
- B Verträge mit Psychiatrischer Institution; Konsiliarpsychiater:in auf Abruf; Teils feste Service-Zeiten; Vertretung gesichert; Teilweise im Spital integriert (z.B. KIS-Zugang).
- C Verträge mit externer (ambulant-)psychiatrischer Institution; Meist feste Service-Zeiten; Vertretung gesichert; Teilweise im Spital integriert (z.B. KIS-Zugang).
- D Verträge mit (ambulant-)psychiatrischer Institution; räumlich am Spital; organisatorisch an Psychiatrie angebunden; Meist feste Service-Zeiten; Vertretung gesichert; Im Spital integriert (z.B. KIS-Zugang)
- E Ambulante Psychiatrie, räumlich und organisatorisch voll im Spital integriert, nicht direkt an Psychiatrie angebunden; Meist feste Service-Zeiten; 24h Notfalldienst.

5.2.2 Leistungen der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Angebote

Die Service-Zeiten und die Ressourcen sind entsprechend den Organisationsgraden der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienste ebenfalls sehr unterschiedlich geregelt. Ein Spital hat einen 24h Präsenz Konsiliar- und Liaisondienst inklusive 24h Notfalldienst, zwei Spitäler haben eine 24h Picket-abdeckung, wobei diese mit unterschiedlichen Modellen (Abb. 1A und 1D) kombiniert ist. Die meisten Spitäler haben Servicezeiten wochentags zu Bürozeiten, wobei die meisten auf Abruf zur Verfügung stehen. Zwei Spitäler verfügen in unmittelbarer Nähe zum Spital über ambulante Dienste, so dass Konsilien jederzeit zu den vereinbarten Servicezeiten ohne Latenz abrufbar sind. Ausserhalb der Service-Zeiten gibt es Spitäler, die zumindest einen telefonischen Konsiliardienst in der Nacht und an Wochenenden anbieten, einige Spitäler haben ausserhalb der vereinbarten Service-Zeiten keinen Zugang zum Konsiliardienst. Der ambulante Dienst der niedergelassenen Psychiater:innen ist nicht für die Abdeckung der Spitäler zuständig. Hier müssen die Zeiten überbrückt werden, oder die Ärzt:innen der Spitäler weisen Patient:innen direkt, freiwillig oder per Fürsorgerischer Unterbringung in die psychiatrischen Kliniken ein. Auf diese Problematik wurde bereits hingewiesen (S. Kapitel 5.2.1).

Nur ein Spital hat keinen konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst.

5.2.3 Verantwortlichkeiten

Die konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienste sind im Erwachsenenbereich meist an interne oder externe psychiatrische Institutionen gebunden und stehen somit unter ärztlicher Leitung (Im Kinderbereich ist das im Kinderspital Zürich anders geregelt). Psycholog:innen arbeiten meist unter ärztlicher Leitung, wobei im ambulanten Setting bisher das Delegationsmodell zur Anwendung kam, dass aber Ende 2022 durch das Anordnungsmodell abgelöst wird. Im stationären Setting sind Delegations- und Anordnungsmodelle nicht direkt relevant. In einzelnen Kliniken werden Psycholog:innen, z.B. im Rahmen der Psychoonkologie, direkt durch die somatischen Kliniken angestellt. Durch Wegfall des Delegationsmodells könnte diese Entwicklung noch weitergehen, was aber zu einer Fragmentierung der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung führen könnte.

Pflegefachpersonen, die noch selten im konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Setting arbeiten, sind meist auch in der Pflegehierarchie eingebunden. In diesen Fällen ist ein intensiver Austausch der in der psychosozialen Versorgung involvierten Fachkräfte wichtig.

Ein wichtiges Prinzip der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Tätigkeit ist, dass die Fallverantwortung bei den behandelnden somatischen Ärzt:innen bleibt; Die Konsiliarärzt:innen übernehmen eine beratende Funktion. Dies gilt insbesondere bei der Verordnung von Medikamenten.

Eine Ausnahme findet sich in einem Spital, in dem traditionellerweise Fürsorgerische Unterbringungen in Absprache mit den behandelnden Ärzt:innen durch die Konsiliarpsychiater:innen ausgestellt werden. Dies geht zwar über den eigentlichen Konsiliarauftrag hinaus, erhöht aber klar die Qualität der Indikation der Fürsorgerischen

Unterbringung. In den meisten Spitälern werden Fürsorgerische Unterbringungen im Rahmen der psychiatrischen Konsilien empfohlen, aber durch die behandelnden Ärzt:innen durchgeführt. Ausserhalb der Servicezeiten oder bei fehlendem Konsiliardienst, werden die Fürsorgerischen Unterbringungen direkt durch die behandelnden Ärzt:innen der somatischen Kliniken ausgestellt (im Kanton Zürich können alle Ärzt:innen, die über ein eidgenössisches oder ein eidgenössisch anerkanntes ausländisches Diplom verfügen und über eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung in der Schweiz verfügen oder unter der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes mit einer entsprechenden Bewilligung arbeiten eine Fürsorgerische Unterbringung anordnen. Die einweisenden Ärztinnen und Ärzte dürfen jedoch nicht in einem Unterstellungsverhältnis zur ärztlichen Leitung der aufnehmenden Einrichtung stehen. Letztere Bestimmung ist insbesondere zu beachten, wenn die Konsiliarärzt:innen von einer psychiatrischen Institution angestellt sind).

5.2.4 Nutzen der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung

An erster Stelle ist der Patient:innen Nutzen zu erwähnen. Im Sinne der Value-based Healthcare sollte es selbstverständlich sein, dass die psychische Gesundheit integraler Bestandteil der Gesundheit ist, gemäss WHO-Motto –«no health, without mental health».

Menschen leiden oft an psychischen Störungen als Folge der somatischen Erkrankung, oder sie haben primär eine psychische Störung mit somatischen Folgeproblemen. Auch Komorbidität i.e.S., d.h. es liegen gleichzeitige unabhängig voneinander somatische und (vorbestehende) komorbide psychische Störungen vor. (s. Kapitel 2.2)

In allen Fällen kann dies zu einer verminderten Behandlungs-Adherence führen. Die Behandlungsqualität leidet darunter, die Patienten verweilen länger im Spital, es kommt zu vermehrten (somatischen) Rehospitalisationen und höheren Kosten (siehe Kapitel 5.1.2 und 5.3.2).

In grosser Übereinstimmung wurde von allen Interviewpartner:innen der Mehrwert einer ausgebauten konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung anerkannt. Die reine Konsiliarpsychiatrie kommt aber an ihre Grenzen, da sie oft erst sehr spät im Behandlungsverlauf beigezogen wird. Hier wird das Potential eines in die Behandlung integrierten Liaisondienstes hervorgehoben.

Die Zusammenarbeit des konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienstes mit dem Austrittsmanagement könnte einen deutlichen qualitativen Gewinn bringen.

Ein Aspekt, der bisher auch in der Literatur kaum Beachtung fand (Rettke, Petry et al. 2020), aber von verschiedenen Interview-Partner:innen hervorgehoben wurde, ist die Belastung, insbesondere der Mitarbeitenden der Pflege. Patient:innen mit psychiatrischer Komorbidität werden oft als «schwierig» erlebt. Sie brauchen in der Regel mehr Aufmerksamkeit und Betreuung, können in der Interaktion herausfordernd sein bis hin zu aggressivem Verhalten. Gelegentlich bringen Patient:innen mit psychiatrischen Komorbiditäten ganze Teams an den Rand der Belastbarkeit. Auch die Themen Gewalt und Suizidalität sind sehr belastend. Gleichzeitig fühlt sich das Spitalpersonal mit den Situationen überfordert und es fehlt an den

Ressourcen für die aufwändige Betreuung. Dies ist eine Konstellation, die für die Professionellen selbst ein Risiko für psychische Belastung darstellt. In der heutigen Situation ist es unerlässlich, die Belastung des Pflegepersonals zu minimieren. Hier kann ein niederschwelliger, ins Behandlungsteam integrierter liaisonpsychiatrischer Dienst einen wesentlichen Beitrag leisten.

In den Interviews wurde deutlich, dass somatische Spitäler den Impact von psychisch belasteten Patient:innen auf das Personal massiv unterschätzen und zu wenig realisieren, was sie durch einen gut ausgebauten liaisonpsychiatrischen Dienst gewinnen könnten. Es gehe dabei nicht nur um die direkte Betreuung der Patient:innen, sondern viel mehr um die Unterstützung der Behandlungsteams (Supervision, Sensibilisierung, Schulung, Care Teams) .Das Thema werde oft ausgeblendet und die Stigmatisierung finde auch in den Spitälern statt.

5.2.5 Übergang zur Langzeitpflege

Übereinstimmend wurde von fast allen Interview-Partner:innen attestiert, dass der Übergang in die Institutionen der stationären Langzeitpflege gut organisiert ist und die Zusammenarbeit gut funktioniert. Die meisten Spitäler können hier auf langjährige Kooperationen zählen und die Sozialdienste der Spitäler sind gut vernetzt. Hilfreich ist hier, dass in den spitalinternen Sozialdiensten eine, im Vergleich zu den Ärzt:innen in Weiterbildung, hohe Personalkonstanz herrscht. Einzelne Spitäler verfügen über ein eigenes Case Management zur Organisation der Nachbehandlung (Übertritte in die Reha, ambulante Nachsorge, Spitex etc.). Die Austrittsplanung erfolgt hier in enger Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen.

Es gibt aber durchaus Verbesserungspotential beim Anmeldeprocedere und der Übergabe der Patient:innen mit somatopsychischer Komorbidität:

I.d.R. erfolgt der Erstkontakt gezielt, meist telefonisch oder per Mail-Anfrage, zur Klärung, ob eine Institution überhaupt in Frage komme, erst dann werden weitere Informationen übermittelt. Selten würden direkt Unterlagen zugeschickt. Häufig sei auch ein Übertritt in die Übergangspflege. Von da aus werden schliesslich das weitere Procedere sowie die definitive Platzierung vorgenommen (zurück in die angestammte Situation, Heimplatzierung).

Die Anfragen erfolgen fast immer über den Spital-Sozialdienst. Insbesondere bei Menschen mit psychischen Beschwerden, kennen die Sozialarbeitenden die Betroffenen nicht oder zu wenig persönlich und sind über die spezifischen Probleme nur rudimentär informiert. Die Frage sei oft, wie man zu detaillierten Informationen komme. Als schwieriges Thema wird der Umgang mit Alkohol identifiziert (im Spital, in der «geschützten Umgebung» ist das oft kein Problem); die «Realität draussen sei den Behandelnden im Akutspital oft zu wenig bewusst.».

Wichtig sei deshalb der Kontakt zur Pflege, wobei auch diese meist nur die Spitalsicht kenne. Generell fehlen oft die Informationen von «ausen». Häufig finden sich gerade bei somatopsychisch belasteten Patient:innen keine Angehörigen. Manchmal können

Informationen von vorbehandelnden Psychiater:innen, Beiständ:innen u/o anderen Personen die die Betroffenen von früher kennen, eingeholt werden.

Vielfach findet sich eine Kombination von somatischen, psychischen und sozialen Problemen (z.B. Wohnungsauflösung, was eine Rückkehr nach Hause verunmöglicht). Wichtig wäre z.B. in solchen Fällen, die Gründe für einen Wohnungsverlust zu kennen.

Der zeitliche Druck sei überall immer mehr spürbar. Wünschenswert wäre eine aktiv vom Spital aus organisierte psychiatrische Nachbetreuung.

Ein grosses Anliegen von Seiten der Langzeitpflege ist, dass keine Änderungen der (Psycho-) Pharmaka, ohne Rücksprache mit den Vorbehandelnden vorgenommen werden.

Für die Heime, auf der anderen Seite, seien die Einweisungen in somatische Spitäler in Notfallsituationen sehr belastend und personalintensiv. Die Überlastung der Notfallstationen ist deutlich spürbar und führt zu langen Wartezeiten. Dies erfordert teilweise mehrstündige Begleitungen durch Fachpersonal der Heime (Personal, das dann in den Heimen fehle).

5.2.6 Übergang zur ambulanten Versorgung

Spitex:

Die Übertritte aus dem Spital zur Spitex laufen grossmehrheitlich sehr gut. Dies wird der langjährigen Zusammenarbeit zugeschrieben. So wurde z.B. 2012 im Hinblick auf die Einführung der Fallpauschalen «Spitexpress» gestartet, um die Schnittstelle Akutspital – ambulante Nachsorge zu optimieren. Es wurden Zusammenarbeitsvereinbarungen erstellt und Anmeldeprozesse definiert. Die Vernetzung braucht aber kontinuierliche Efforts, da das Knowhow auf Grund personeller Fluktuationen verloren geht. Die «Schnittstelle Mensch» spielt oft eine wichtige Rolle, trotz aller Vereinbarungen und definierter Prozesse.

Seit 4-5 Jahren können online-Anmeldungen über OPAN (Online Patientenmeldung der Spitex, <https://www.opanspitex.ch/>) erfolgen. Dies sei ein Meilenstein in der Kommunikation zwischen Zuweisern und Spitex gewesen. Alle Spitäler können Patient:innen kostenlos über die Plattform anmelden. Die Datenübermittlung ist verschlüsselt, die administrativen Daten werden validiert. Eine Schnittstelle vom Klinikinformationssystem zu OPAN vereinfacht die Anmeldung, was zu einer enormen Zeitersparnis führt. Immer mehr Spitäler nutzen diese Plattform und 70-80% der Anmeldungen erfolgen über OPAN. Mit zusätzlicher Digitalisierung könnte ein noch besserer Informationsfluss erreicht werden.

Somatopsychische Störungen werden als Herausforderung erlebt. Die psychosoziale Spitex (Psychiatrie-Spitex) braucht eine ärztliche – psychiatrische Verordnung. Menschen mit psychischen Problemen die nur hauswirtschaftliche Leistungen brauchen, sind oft nicht optimal betreut, weil das Personal für hauswirtschaftliche Spitex-Leistungen an Grenzen kommt (Professionen: Pflegehelferinnen Ausbildung SRK, keine fundierte Pflegeausbildung; wie FaGe und Pflege – Spannungsfeld berufliche Überforderung bei langen Hauswirtschaftseinsätzen bei komplexen Patient:innen). Einige Patient:innen wünschen trotz gegebener Indikation keine psychosoziale (psychiatrische) Spitex.

Spezialisierte Angebote:

In der Stadt gibt es neben der psychosozialen Spitex spezielle Demenzteams (SiL – Sozialmedizinische individuelle Lösungen für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen – Begleitforschung und Evaluation eines Projekts im Rahmen des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich), was von verschiedenen Interviewpartner:innen als sehr hilfreich beurteilt wurde. Zudem gibt es den Aufsuchenden Gerontopsychiatrischen Interprofessionellen Liaisondienst (AGIL) der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie. Weiter gibt es in der Stadt Zürich die mobile Krisenintervention MoKit & Kompass, ein multiprofessionelles Team mit Fachpersonen der Sozialarbeit, Pflege, Psychologie und Psychiatrie sowie Genesungsbegleitung (Peer-Mitarbeitende). Schwierig ist die Nachbetreuung von Menschen mit Suchterkrankungen; insbesondere für ältere Menschen mit Alkohol und Suchterkrankungen besteht eine grosse Versorgungs-Lücke.

Übergangspflege:

In der Stadt Zürich wurde die stationäre Übergangspflege in den Pflegezentren (jetzt GFA) sehr gut aufgebaut. Instabile, meist geriatrische Patientinnen und Patienten, werden vom Spital in die spezialisierte Übergangspflege verlegt und von dort wieder zurück nach Hause, häufig mit Spitex, sobald sie sich in einem stabilen Zustand befinden. Viele waren bereits vor Spitaleintritt Spitex-Kundschaft. Die Übertritte können aus der Übergangspflege in Ruhe geplant werden, was für alle Seiten hilfreich ist. Stationäre Übergangspflege wird im ganzen Kanton angeboten, allerdings nicht so stark zentralisiert und ausgebaut wie in der Stadt Zürich.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbehandlung:

Ein zentrales Problem ist die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbehandlung von Patient:innen mit somatopsychischer Komorbidität. Dies wird übereinstimmend in mehreren Interviews bestätigt. Die Übergänge laufen nicht optimal und die Versorgungskette ist nicht gegeben, da zu wenig Ressourcen für eine adäquate ambulante Behandlung vorhanden sind. Idealerweise wäre eine personelle Konstanz von stationären Konsilien zu den ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Nachbehandelnden. Die Weiterweisung an niedergelassene Psychiater:innen gestaltet sich schwierig, mangels Kapazitäten, und eine interne ambulante Weiterbehandlung ist selbst im Universitätsspital aus Ressourcengründen kaum möglich. Ein Ausbau von Poliklinik-Konstrukten wäre wünschenswert, der Bedarf wäre klar gegeben. Multimorbide Patienten mit somatopsychischer Komorbidität sind schwer zu überweisen, es wären dafür spezielle psychosomatische Spezialprechstunden notwendig. Das Knowhow bei niedergelassenen Psychiater:innen / Psychotherapeut:innen ist oft ungenügend. Auch das Anordnungsmodell der Psycholog:innen wird hier gerade für diese Patient:innen-Gruppe kaum Entlastung bringen, da es hier das somatopsychiatrische Knowhow braucht. Ein Aufbau eines Netzwerks ambulanter Psychiater:innen mit somatopsychiatrischer Erfahrung, gegebenenfalls in enger Zusammenarbeit mit Psycholog:innen, wäre hier sinnvoll.

5.2.7 Dokumentation

Interne Dokumentation:

Die interne Dokumentation von Konsilien erfolgt i.d.R. über das spitalinterne Klinikinformationssystem (KIS). Die KIS sind in sich geschlossene Systeme und der Austausch mit psychiatrischen Institutionen ist nicht oder nur sehr begrenzt möglich. Im USZ ist die Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik vollständig im KIS integriert, was den Zugriff auf alle Patient:innendaten erleichtert. In den meisten anderen Spitälern, haben die Konsiliarpsychiater:innen Zugang zum Spital-KIS und dokumentieren auch im KIS. Ausserhalb der regulären Service Zeiten ist der Zugang zum KIS jedoch nicht immer gegeben.

Austrittsdokumentation:

Grundsätzlich wird die Qualität der Austrittsberichte von den nachgelagerten Stellen als gut eingeschätzt. I.d.R. seien die wichtigsten Informationen in den Berichten enthalten. Die Konsilien finden jedoch nicht immer Eingang in die Austrittsberichte, was zu Informationsverlust führt. Psychiatrische Nebendiagnosen werden i.d.R. aufgeführt.

Manchmal erhalten Heime einen provisorischen Austrittsbericht, mit zeitlicher Latenz komme dann noch der definitive Austrittsbericht. Der Pflegebericht komme immer an. Oft finden sich im Pflegebericht und im Austrittsbericht unterschiedliche Medikamente. Dies sei eines der mühsamsten Probleme. Es sei unklar wer dann zuständig sei, das Spital oder die Hausärzt:innen. Die Nachforschungen seien mit viel Aufwand verbunden und die Behandlungsqualität leide darunter.

Angabe von Kontaktpersonen (von der Zeit vor der Hospitalisation) wären wichtig.

Bei den Überweisungen fehle manchmal das Bewusstsein, dass die Heime offen geführt sind und die Umgebung / die Bedingungen anders sind als in den Spitälern.

OPAN (Online Patientenmeldung der Spitex, <https://www.opanspitex.ch/>) war ein grosser Schritt. Mit zusätzlicher Digitalisierung könnte ein noch besserer Informationsfluss erreicht werden (s. Kapitel 5.2.6.). Es gibt seit längerem Diskussionen mit den Spitälern bezüglich der Zustellung von Arztberichten an die Spitex. Für die Spitex sind die Austrittsberichte von grosser Bedeutung für eine gute Behandlungsübergabe und -qualität. Die Berichte werden häufig nicht direkt an die Spitex weitergeleitet. Berichte werden an Patient:innen abgegeben, die die Berichte an die Spitex weiterleiten. Die Berichte werden schliesslich eingescannt in die Dokumentation übernommen, was aufwändig ist. Das Stadtspital Zürich (Triemli und Waid) hat nun offiziell eingewilligt, Berichte direkt an die Spitex, als Teil des Behandlungsteams, weiterzuleiten. Der Rechtsdienst habe bestätigt, dass dies gemäss Patientengesetz rechtlich korrekt sei. Dieses Vorgehen ist sehr zu unterstützen und sollte auch von anderen Spitälern so praktiziert werden (Opt-out Prinzip). Dies würde die Akzeptanz der Spitex als gleichwertiger Partner stärken.

5.2.8 Somatopsychiatrische Dual-Stationen

Übereinstimmend wurde von fast allen Interview-Partner:innen betont, dass ein Bedarf an integrierten Betten in akutsomatischen Institutionen (somatopsychiatrische Dual-Station / Med-Psych-Unit) mit qualifiziertem Fachpersonal für die Intensivbehandlung von sowohl psychischen als auch somatischen Erkrankungen besteht, wie es sie in Deutschland an einigen universitären Zentren, in angelsächsischen Ländern und in den Niederlanden etabliert sind (Rettke, Petry et al. 2020). Diese Stationen müssten klar an die somatischen Spitäler angegliedert sein, da es einfacher und kostengünstiger ist «die Psychiatrie ins somatische Spital zu bringen als die somatische Medizin in die psychiatrische Klinik». In den somatischen Spitälern ist die teure medizinische Infrastruktur bereits vorhanden, die in den psychiatrischen Kliniken fehlt bzw. erst aufgebaut werden müsste, was in den Tarpsy Tarifen nicht abgebildet ist.

In den somatischen Kliniken gebe es immer weniger Toleranz gegenüber Patient:innen mit psychischer Komorbidität, einerseits wegen der Belastung der Behandlungsteams, andererseits auf Grund des finanziellen Drucks (längere Aufenthaltsdauern bei somatopsychisch komorbiden Patient:innen (s. Kapitel 5.1.2; 2). Auch psychiatrische Kliniken nehmen diese Patienten nicht gerne auf. Viele Patienten an der Schnittstelle Somatik – Psychiatrie sind somit unterversorgt. Die Anzahl von multimorbiden Patient:innen nehme zu, was oft auch zu häufigen Hin- und Rückverlegungen zwischen den somatischen Spitälern und der Psychiatrie, mit hohen Transportkosten, führe.

Eine somatopsychiatrische Dual-Station ist nicht mit einer «psychosomatischen Station», wie sie teils in Rehakliniken angeboten wird, zu verwechseln. Dort werden oft Patient:innen mit eher leichteren psychischen Störungen und meist nicht ausgeprägten somatischen Erkrankungen behandelt.

Die Notwendigkeit einer solchen Station ist seit vielen Jahren bekannt, aber aus finanziellen Gründen (nicht bzw. nicht vollständig über die Tarife gedeckte Leistungen/Kosten) bisher nicht umgesetzt worden. Eine Station für den Kanton Zürich würde genügen, ev. wäre es sogar sinnvoll, im Rahmen einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung, eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung, in Analogie zur hochspezialisierten Medizin (HSM) (GDK 2022) (s. Kapitel 5.2.11), vorzunehmen. Es ist zu prüfen, ob gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit angrenzenden Kantonen ein solches Angebot aufgebaut werden kann.

In Bern betreiben die Universitären Psychiatrischen Dienst (UPD) Die «Spezialstation Wernicke» mit 18 Behandlungsplätzen und einen tertiärmedizinischen Auftrag im Bereich der Intensivpsychiatrie. Zwei Plätze sind, mit Monitoren auf intermediate-care-(IMC) Niveau ausgestattet, zur fachgerechten Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Patienten mit schweren somatischen Beeinträchtigungen. Die Abgeltung erfolgt über Tarpsy und deckt die Kosten nicht.

Im Kinder- und Jugendbereich ist gemäss Psychiatrischer Universitätsklinik eine gemeinsame somatopsychiatrische Station angedacht, im Kinderbereich ist das Bewusstsein

höher als im Erwachsenenbereich. Zudem werden nicht (vollständig) über die Tarife gedeckte Leistungen/Kosten z.T. über Spendengelder gedeckt.

5.2.9 Interprofessionalität

Interprofessionalität im Rahmen der Aus- und Weiterbildung:

Der Begriff «Interprofessionalität» ist zwar aktuell weitverbreitet, aber nicht immer klar definiert. Oft wird der Begriff auf Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen reduziert. Auch die Abgrenzung gegenüber der Interdisziplinarität (Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen innerhalb der Medizin) wird nicht immer gemacht.

Interprofessionalität i.e.S. beinhaltet Dienstleistungen am Patienten, die nur mangelhaft erbracht werden können, wenn nur eine Profession beteiligt ist. Alle Berufe bringen sich gemeinsam ein und es kommt zu einem mehr als additiven Mehrwert für Patient:innen. Nicht alle Situationen können zwingend besser bewältigt werden, wenn mehrere Berufsgruppen involviert sind. Wenn klare Prozesse definiert sind, kann eine Berufsgruppe u.U. ausreichend sein. Im Alltag zeige sich oft, dass man die Tätigkeiten (Möglichkeiten und Grenzen) der anderen Berufsgruppen zu wenig kennt, so dass die Zusammenarbeit nicht optimal laufe und man sich im eigenen Silo bewege (Hierfür gäbe es einfache Lösungen: z.B. Work Shadowing für eine begrenzte Zeit).

Einen neuen Weg geht das innovative Projekt «Zürcher interprofessionelle klinische Ausbildungsstation» (www.zipas.ch). Bei zipas handelt es sich um eine Ausbildungsstation auf der Interprofessionalität «am Patienten» gelebt wird. Studierende und Lernende aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen und Bildungstufen betreuen unter Anleitung und Aufsicht Patient:innen und machen die Erfahrung in interprofessionellen Teams zu arbeiten. Partnerspitäler sind das USZ; KISPI, KSW und Balgrist. Bildungspartner sind Careum, ZHAW und UZH.

Das Projekt ist vorbildlich, es wird aber nur ein kleiner Prozentsatz der Studierenden / Auszubildenden erreicht und es ist bei weitem nicht flächendeckend. Es müsste Pflicht sein, z.B. im Wahlstudienjahr (Praktisches Jahr im Medizinstudium), eine Zeitlang an einer solchen Ausbildungsstation zu arbeiten. Weitere Ausbildungsstationen müssten von den Spitälern aufgebaut werden. Um dies zu erreichen, müssten alle Beteiligten verpflichtet werden. Auf freiwilliger Basis funktioniert dies nicht über den Rahmen eines Projektes hinaus.

Neben der Ausbildung müsste das Thema auch in der Weiter- und Fortbildung verankert werden, was noch anspruchsvoller ist. Entscheidend ist, wie weit die Spitalleitungen hinter dem Konzept stehen und das auch wirklich im Alltag unterstützen und fördern.

Die Berner Fachhochschule hat die Curricula für Gesundheitsberufe auf Bachelor Stufe umgestellt: Es wird eine interprofessionelle Ausbildung über alle Gesundheitsberufe (ausser Medizin; diese Kooperation kam nicht zustande) mit drei fachübergreifenden Modulen

angeboten (Personenzentrierte Gesundheitsversorgung, Interprofessionelle Zusammenarbeit und eHealth, Gesundheitsförderung im interprofessionellen Kontext).

Im Ausland (z.B. Schweden) gibt es eine gemeinsame Ausbildung bis Stufe Bachelor in Gesundheitswissenschaften. Erst später erfolgt die Spezialisierung in die jeweiligen Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, Physio etc.). Die Modelle sind interessant, aber kaum 1:1 auf die Schweiz übertragbar, weil es gewachsene Strukturen zu berücksichtigen gilt.

Interprofessionalität im Kontext des Fachkräftemangels:

Im Kontext des Fachkräftemangels wird oft die Skill-Grade-Mix Debatte geführt, wobei die Motive unterschiedlich und nicht immer transparent sind:

- Entlastung der Ärzte («Mangelberuf»)
- Emanzipatorische Bewegung im Pflegeberuf
- Pflege im Beruf halten

Motiv Entlastung der Ärzte: Hier stellt sich für die Zukunft der ärztlichen Bildung die Frage, was der Kern der ärztlichen Leistungen ist (was kann ohne Verlust delegiert werden).

Weiterqualifikation aus emanzipatorischen Gründen schaffe viel Widerstand. Sie muss immer mit Blick auf die Versorgung erfolgen. Gewisse Tätigkeiten müssen nicht zwingend von Ärzten übernommen werden, die Patient:innen sollten im Vordergrund stehen.

Pflege im Beruf halten: Karriereoptionen für Pflegende wären eine gute Perspektive. Aber es braucht einen Kranz von Massnahmen mit Weiterqualifikation und Weiterbildung, adäquater Entlohnung, angepassten Hierarchien, attraktiven Arbeitszeitmodellen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.

Andere Einsatzfelder mit Zusatzqualifikationen zu erschliessen, mit der Idee, dass Leute länger im Beruf bleiben, sei grundsätzlich bedenkenswert. Wichtig wäre es, Pflegefachleute zu motivieren, weiter zu studieren, z.B. auf Masterstufe oder sich weiterzubilden und fachlich zu vertiefen.

Advanced Practice Nurse (APN) / Advanced Nursing Practice (ANP) mit Schwerpunkt Psychiatrie in der Akutsomatik:

Die Advanced Practice Nurse (APN) (auch Advanced Nursing Practice (ANP)) ist ein Schirmbegriff für Vertiefungen:

- Clinical Nurse Specialist (auf gewisse Themen / Krankheiten spezialisiert, meist im stationären Setting; z.B. Aggression oder akute Psychose, Spezialgebiet; z.B. auch Psychosomatik – Schulung, Beratung, Forschung)
- Nurse Practitioner: mehr selbständig unterwegs, tagtäglich in der Patientenversorgung unterwegs
- Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner

Die Clinical Nurse Specialist werden im stationären Bereich eingesetzt und beraten Stationen in der Behandlung/ Betreuung von Patienten mit psychiatrischen Symptomen. Sie

sind weniger auf «psychosomatische Patient:innen» ausgerichtet, sondern auf «psychiatrische Patienten im Akutspital». Die Arbeit sei grundsätzlich attraktiv: geregelte Arbeitszeiten, kein Schichtbetrieb und keine Verantwortung.

In einzelnen Spitälern im Kanton Zürich werden schon Pflegeexpert:innen als Clinical Nurse Specialist eingesetzt, bisher jedoch keine CNP mit spezifischem Schwerpunkt Psychiatrie. Es gäbe aber CNPs mit Spezialisierung, z.B. auf Delir oder Aggressionsmanagement.

In einem Spital ist seit kurzem eine ANP mit Hintergrund Psychiatrie auf der Akutsomatik eingesetzt, und der Bedarf sei gross. Es besteht aber die Gefahr, dass im Rahmen des bekannten «Silo-Denkens» in den Spitälern, die Verbindung zum ärztlichen Dienst und zur Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie zu wenig gepflegt wird.

Aktuell wird der Einsatz der Pflegeexpert:innen / ANPs / CNPs und die interprofessionelle Zusammenarbeit in den Spitälern und Kliniken unterschiedlich gelebt. Im Alltag steht und fällt vieles mit den jeweiligen Chefärzt:innen der Kliniken. Hier bräuchte es klare und einheitliche Vorgaben von Seiten der Spitalleitung.

Die Mental Health Nurse Practitioner oder eben die Nurse Practitioner wären für die Arbeit im Konsiliar- und Liaisondienst geeignet. Sie müssen sich natürlich einarbeiten, die Kompetenzen dafür erhalten sie aber schon jetzt im Studium.

Die Weiterbildung zu Medical Assistants (Klinische Fachspezialistin CAS) entspreche nicht mehr dem Pflegeberuf und es sei fraglich, ob es damit gelinge, die Pflegefachkräfte zu halten. Diese fehlen dann in der Pflege und die Arbeit sei längerfristig wenig befriedigend und lasse zu wenig Raum für Weiterentwicklung.

5.2.10 Bildung

Gemäss Bildungsexpert:innen seien psychosoziale Gesundheit, Salutogenese, Gesundheitsförderung, Prävention, etc. gut in den Ausbildungscurricula der Pflegeberufe integriert und verankert. Was fehle sei, wie man das Wissen für sich selbst anwende, und Resilienz entwickle, um die Fachleute langfristig im Beruf zu halten. Die Ausbildung sei gut, die Gewichtung in der Praxis problematisch («nicht mehr gefragt»).

Die gesetzlichen Anforderungen an die Ausbildung von Gesundheitsberufen (Medizinalberufegesetz (MedBG), Psychologieberufegesetz (PsyG) und Gesundheitsberufegesetz (GesBG)) sind sehr hoch. Gemäss CanMEDS Framework sollten die Studierenden 60-80 Kompetenzen während des Studiums erlernen. Fachliches Wissen ist nur eine dieser Kompetenzen. Es brauche hier einen Paradigmen-Wechsel: Das Bild, dass man am Ende der Ausbildung ein Individuum habe, das über alle Kompetenzen verfüge, sei überholt. Vielleicht sollte man 80 gehört haben, aber 50 können. Entscheidend sei, wie erreicht werden kann, dass später in der Weiterbildung noch weitere Kompetenzen erworben werden. Von allen Seiten komme die Forderung, es müsse mehr ausgebildet werden. Obwohl viele dieser Anliegen grundsätzlich berechtigt wären, stelle sich die Frage,

auf Kosten von was man etwas Neues fördern solle. Die Lehrpläne sind schon jetzt «gesättigt».

Wichtig sind auch Bildungs-Kooperationen, die den Austausch zwischen den Settings erleichtern. Zusätzliche Ausbildungsplätze im Akut- und Langzeitbereich wären wichtig. Die Spitex bildet auch FaGe, HF und FH aus, braucht aber Praktikumsplätze in den Spitälern. Die Spitex bietet Praktikumsplätze an. Die Spitäler bilden selbst aus und benötigen die Plätze selbst (Mit den Spitälern Zollikerberg und Waid gebe es bereits gute Kooperationen). Mit Hausarztpraxen läuft z.B. ein Projekt «Ausbildungskooperation MPA- und Spitex-Lernende», was für beide Seiten sehr gut ist und die Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis für die Zukunft fördert.

5.2.11 Tarife und Vergütung der konsiliarpsychiatrischen Versorgung

Finanzierung von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Leistungen:

So unbestritten die Notwendigkeit von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Leistungen in Akutspitälern ist, so unübersichtlich ist die Tarifierung und somit die Vergütung dieser Leistungen. Für *ambulante* Konsilien in Spitälern gilt der Tarmed-Tarif (Tarifposition 00.2110 und 00.2120 für Erstkonsilien, 02.0020 für Folgekonsultationen). Der Tarmed deckt jedoch keine Vorhalteleistungen.

Für Konsilien von stationär behandelten Spitalpatienten ist der DRG-Tarif massgeblich. Psychiatrische Konsilien werden bisher nicht zusätzlich abgegolten und sind im DRG enthalten (Giger, Häusler et al. 2018). Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Leistungen im stationären Bereich werden von den Leistungserbringern gegenüber den Spitälern oft nach Tarmed¹, nach einem ausgehandelten Zeittarif oder als Pauschale abgerechnet.

Auf Grundlage der CHOP-Version 2022 ist es seit 1.1.2022 möglich, in der Akutsomatik und Rehabilitation Teile der interdisziplinären somatopsychischen Versorgung durch die Codierung der Position 94.92.2 «Psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliar- und Liaison-Behandlung, nach Dauer in Stunden pro Einzelleistung» besser zu erfassen (Bundesamt für Statistik 2021). Ob und wann dieser CHOP-Code kostenrelevant wird, ist ungewiss, es ist aber damit zu rechnen, dass dies mehrere Jahre dauern wird.

Die Befragung ergab, dass lediglich eines von 13 angefragten Spitälern den CHOP-Code 94.92.2 überhaupt erfasst. Somit ist zu befürchten, dass dieser gar nicht kostenrelevant werden wird.

Potenziell erlösrelevante psychiatrische Neben-Diagnosen sind im jährlichen Definitionshandbuch SwissDRG aufgeführt. Das betrifft alle F-Codes mit CCL>0 (SwissDRG AG 2021). Einige Autoren weisen darauf hin, dass psychiatrische Nebendiagnosen im DRG-System zu wenig abgebildet werden (Häuser, Grandt et al. 2005, Burgmer, Fiori et al. 2004).

¹ Ambulante Leistungen während eines stationären Aufenthaltes können nicht zusätzlich den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden. Der Tarmed dient hier lediglich als «Referenztarif».

Da es sich bei DRGs um fallbezogene Abgeltungen handelt, werden liaisonpsychiatrische Leistungen i.e.S., die nicht einem einzelnen Fall zugeordnet werden können, im Tarif ungenügend abgebildet.

Bei allen konsiliar- und liaison-psychiatrischen Diensten fallen – unabhängig vom Setting – erhebliche Vorhalteleistungen an, da Konsilien nur bedingt planbar sind, bei Bedarf aber rasch verfügbar sein sollen. Diese Vorhalteleistungen sind kostenintensiv. Spitäler sind deshalb sehr zurückhaltend bei der Etablierung von konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Diensten und der Anmeldung von psychiatrischen Konsilien im stationären Rahmen – die Beanspruchung der Dienste führt zu Mehrkosten, die nicht direkt abgegolten sind (Giger, Häusler et al. 2018).

Mehrheitlich übereinstimmend haben die Interview-Partner:innen bestätigt, dass die konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Leistungen nicht kostendeckend abgegolten werden, für die Vorhalteleistungen kommen somit die psychiatrischen Leistungserbringer auf. De facto heisst das, dass psychiatrische Institutionen die somatischen Spitäler quersubventionieren. Hier gäbe es andere Modelle (S. Kapitel 5.4.3).

Finanzierung von somatopsychiatrischen Stationen:

Für stationäre Patient:innen mit somatischen *und* psychiatrischen Diagnosen werden die Leistungen gemäss DRG Regeln je nach Behandlungsort entweder nach DRG oder Tarpsy verrechnet, eine doppelte Abrechnung ist nicht vorgesehen (SwissDRG AG 2020). Dies ist problematisch, weil diese Patient:innen einen deutlich erhöhten Behandlungsaufwand haben und die Aufenthaltsdauern deutlich verlängert sind, was vor allem unter DRG-Bedingungen problematisch ist. Hier handelt es sich um nicht oder nicht vollständig über die Tarife gedeckte Leistungen/Kosten.

5.3 Resultate der quantitativen Analyse

5.3.1 Prävalenz psychiatrischer (Neben-)Diagnosen

Die Daten zu psychiatrischen Diagnosen / Nebendiagnosen und stationären Aufenthaltsdauern wurden von 11 von 13 angefragten Spitälern zur Verfügung gestellt und können somit als repräsentativ gelten.

Bei knapp 14% der Patientinnen wurden psychiatrische Diagnosen codiert. (Abb. 2).

Die Resultate liegen somit höher als in der gesamtschweizerischen Untersuchung des obsan (Tuch 2018). Während COVID gab es keine wesentlichen Verschiebungen. Die codierten psychiatrischen Diagnosen entsprechen nicht den tatsächlichen Prävalenzen, die gemäss Literatur bei rund 30% liegen dürften. Psychiatrische Diagnosen werden i.d.R. dann codiert, wenn sie auch mit diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen verbunden sind. Zudem ist damit zu rechnen, dass psychiatrische Diagnosen oft «übersehen» werden. Die tatsächlichen Prävalenzen dürfte wohl deutlich höher liegen.

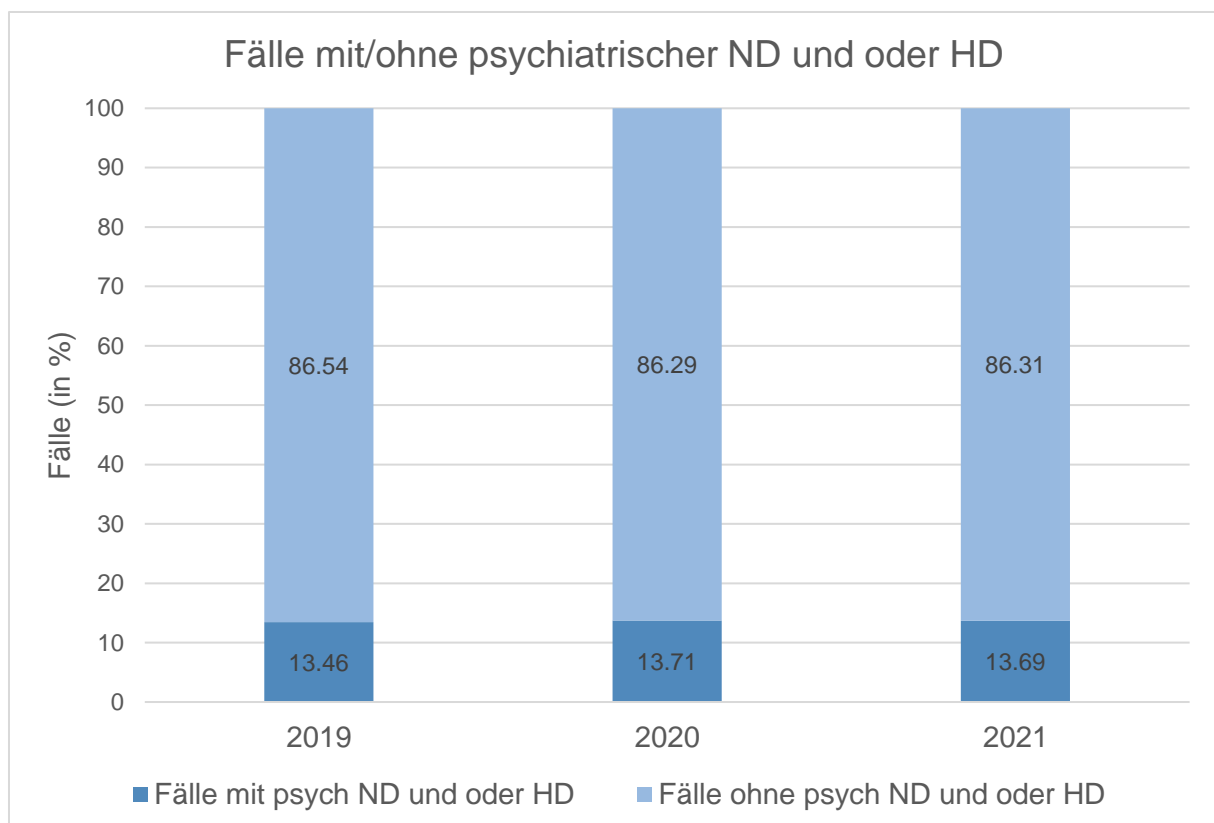


Abb. 2: Anteil codierter psychiatrischer Haupt- / Nebendiagnosen

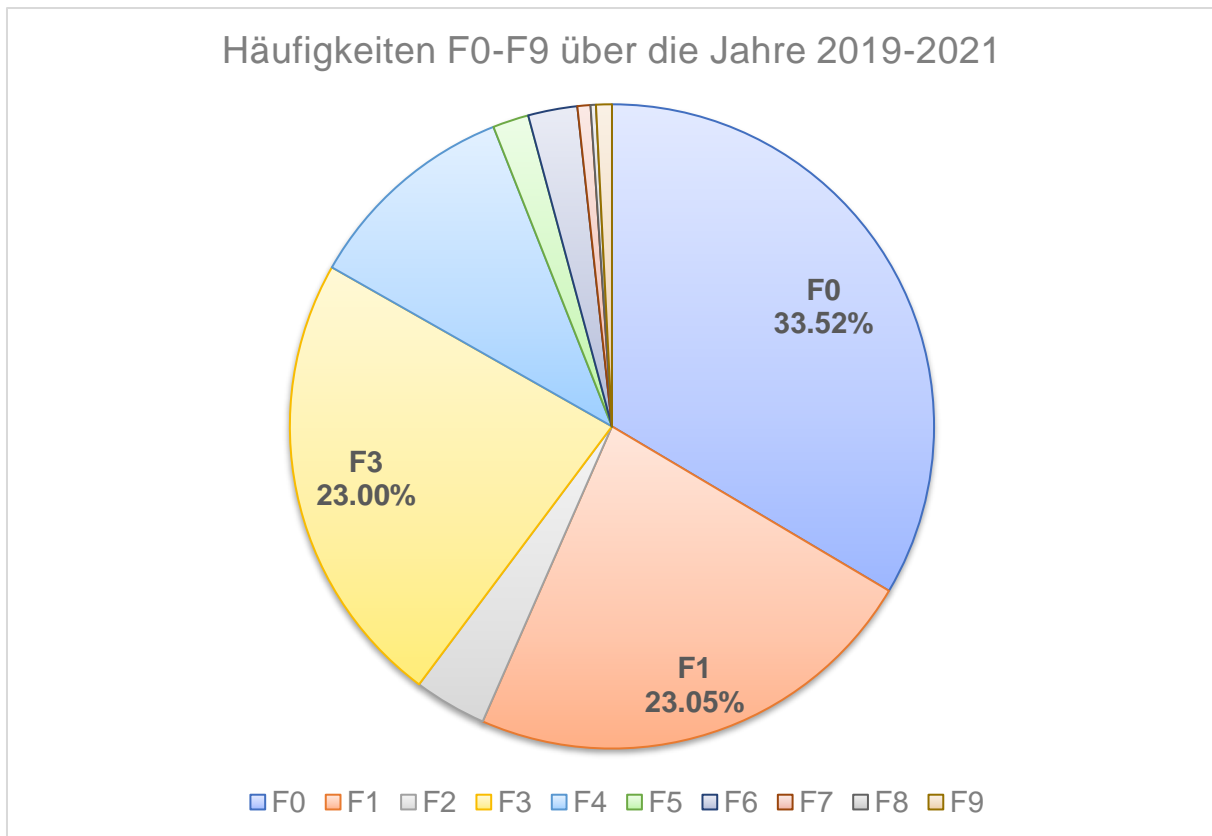


Abb. 3: Verteilung codierter psychiatrischer Haupt- / Nebendiagnosen

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzstörung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die häufigsten psychiatrischen (Neben-)Diagnosen waren die «organischen einschliesslich symptomatischen psychischen Störungen» (ICD-10:F0). Dabei handelt es sich in erster Linie um Delirien und Demenzen. Insbesondere Delirien sind Störungen, die mit erhöhter Morbidität und Mortalität einhergehen (Oh, Needham et al. 2019).

An zweiter Stelle kommen die «psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10:F1). Hier stehen die Störungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum / Alkoholabhängigkeit im Vordergrund.

An dritter Stelle sind die «affektiven Störungen» (ICD-10:F3), wobei es sich hier in erster Linie um Depressionen handelt.

Andere Störungen sind wesentlich seltener. «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren» (ICD10:F5) und «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» (ICD-10:F6) machen zusammen rund 5% der Diagnosen aus. Aber gerade Menschen mit Essstörungen (ICD-10:F50) und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10:F60-F61) können für die Spitäler sehr aufwändig und für das Pflegepersonal belastend sein. (Abb. 3)

5.3.2 Einfluss psychischer Komorbidität auf Aufenthaltsdauern

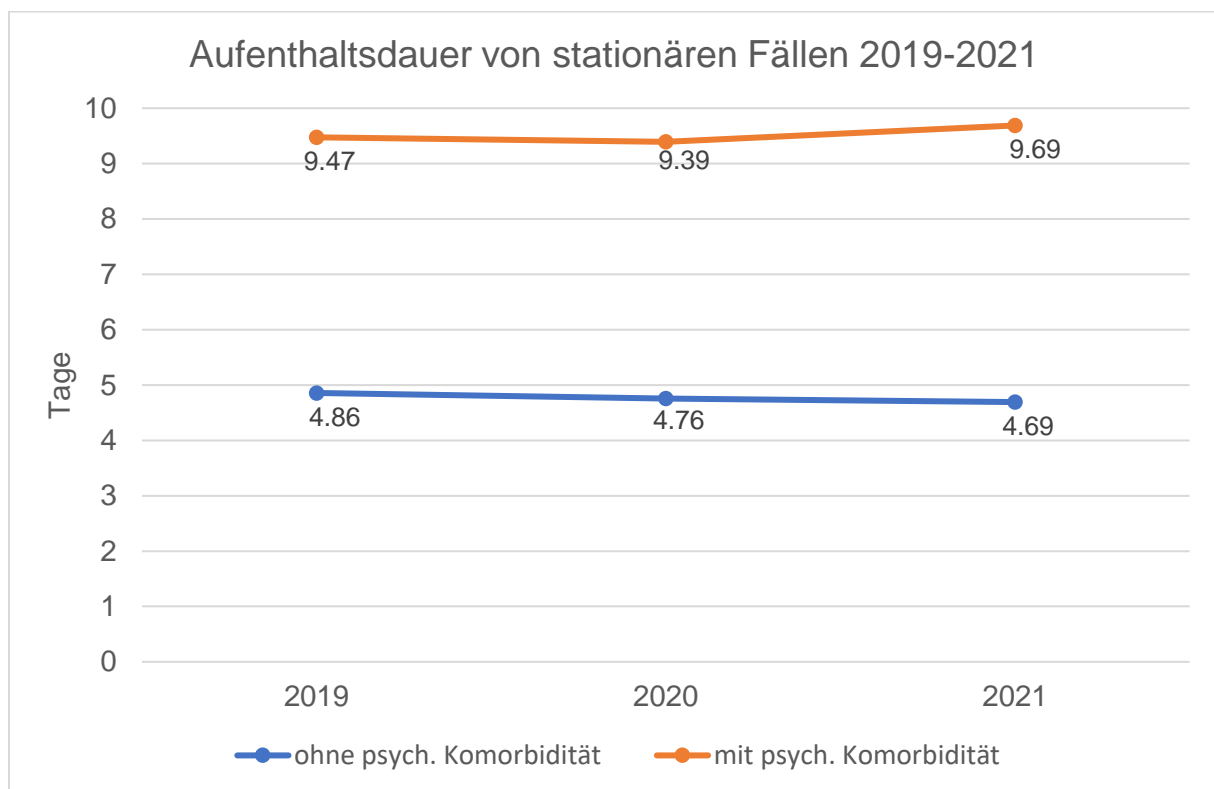


Abb. 4: Aufenthaltsdauer von stationären Fällen 2019-2021 mit/ ohne psychische/r Komorbidität

Die Aufenthaltsdauer von Patient:innen mit einer zusätzlich zur somatischen Diagnose codierten psychiatrischen Diagnose ist im Durchschnitt rund doppelt so lange wie bei Patient:innen ohne somatopsychische Komorbidität. (Abb. 4)

Dieses Resultat steht in Einklang mit Resultaten des obsan (Tuch 2018). Die obsan Studie konnte zeigen, dass die Aufenthaltsdauern im Spital und die Wiedereintrittsraten bei Patient:innen mit psychischer Komorbidität deutlich erhöht und auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und somatischen Komplexitäts- und Komorbiditätslevel signifikante Unterschiede bestehen blieben. Der ökonomische Ressourcenaufwand (nach Adjustierung), war bei Fällen mit somatisch-psychischer Komorbidität um rund 28% höher als bei Fällen mit rein somatischen Erkrankungen.

5.3.3 Häufigkeit von Konsilien

Die Anzahl Konsilien pro Spital ist sehr unterschiedlich und ist auch von der Anzahl stationärer Fälle und Pflage tage abhängig. Als vergleichbares Mass kann die %-Rate von Konsilien pro akutsomatischem Behandlungsfall dienen. Die Qualität der Daten ist nicht in allen Spitälern auf demselben Niveau, weshalb die Raten mit einer gewissen Vorsicht beurteilt werden müssen. Einzelne Akutspitäler geben tiefere Konsil-Zahlen an als der zuständige konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienst, wobei da wahrscheinlich die Zahlen der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienste zuverlässiger sind, da Konsilien in den Akutspitälern wahrscheinlich nicht konsequent erfasst werden. Die Rate reicht von 0% bis knapp über 10% aller akutsomatisch hospitalisierten Patient:innen. Im Durchschnitt liegt die Rate bei knapp über 4%.

Übereinstimmend findet sich in der Literatur, dass die Anzahl Konsilien weit unter dem liegt, was auf Grund der zur Verfügung stehenden Prävalenz zu erwarten wäre (Huyse, Herzog et al. 2001, Diefenbacher and Strain 2002, Bourgeois, Wegelin et al. 2005, Schmid 2011, Chen, Evans et al. 2016, Spiess and Ruffin 2018). Gemessen an der Prävalenz psychiatrischer Nebendiagnosen, liegt die Rate an Patient:innen, die konsiliarpsychiatrisch gesehen werden auch in den Zürcher Spitälern eher tief, in einigen Spitälern ist die Versorgung klar ungenügend oder nichtexistent.

Fast in allen Spitälern wird sowohl von Seiten der Somatik als auch von Seiten der Konsiliarpsychiatrie festgehalten, dass die Schwelle zur Anmeldung von Konsilien zu hoch ist. Dies hat insbesondere mit finanziellen Überlegungen zu tun und weniger mit mangelnden personellen Ressourcen. In einigen Akutspitälern sind Ärzt:innen angehalten, Konsilien nur restriktiv anzumelden, was dazu führt, dass Konsilien, wenn überhaupt sehr bzw. zu spät angefordert werden. Übereinstimmend wurde von vielen Gesprächspartner:innen betont, dass die Pflege sehr nahe an den Patient:innen ist, aber nicht die Kompetenz hat, Konsilien direkt anzumelden.

Was in einigen Interviews deutlich wurde ist, dass von Seiten der Akutspitäler teilweise die Vorstellung herrscht, psychiatrische Komorbidität sei ein «Problem der Psychiatrie»: Zwar werden die konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Leistungen möglichst rund um die Uhr erwartet, gleichzeitig fehlt aber die Bereitschaft, die Leistungen, insbesondere die Vorhalteleistungen, entsprechend abzugelten. Dies ist vor dem Hintergrund, dass diese Leistungen im DRG auch kaum abgebildet werden, zumindest nachvollziehbar, dennoch ist

die organisatorische und finanzielle Sicherstellung eines konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienstes Aufgabe der Akutspitäler (Spitalplanung 2023). Wie oben ausgeführt, führen ungenügende konsiliar- und liaisonpsychiatrische Abdeckungen zu vermehrten und nicht sinnvollen Einweisungen in die psychiatrischen Kliniken, oftmals per Fürsorgerischer Unterbringung (Siehe Kap. 5.2.1).

Was sich jedoch auch deutlich in den Interviews zeigte, ist die Bedeutung der Spitalleitungen (medizinisch und administrativ): Dort wo sich die Spitalleitung einer umfassenden Behandlungsqualität verpflichtet fühlt, wird auch eine psychiatrischer Konsiliar- (und Liaison-) Dienst unterstützt, was sich auch auf Ebene der Zahlen klar widerspiegelt.

5.3.4 Personelle Ressourcen der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Angebote

Das bestdotierte Spital hat ca. 0.04 Stellen-Prozent (0.0004 Full Time Equivalent / FTE) konsiliar- und liaisonpsychiatrische Ressourcen pro stationären Fall (Entsprechend 1 FTE /2'500 stationären Fällen). Grössere Spitäler haben rund 0.01 Stellen-Prozent (0.0001 FTE) pro stationären Fall (Entsprechend 1 FTE /10'000 stationären Fällen). Mittlere und kleinere Spitäler haben <0.01 Stellen-Prozent (<0.0001 FTE) pro stationären Fall (Entsprechend 1 FTE />10'000 stationären Fällen). Für einige Spitäler lassen sich die Ressourcen nicht quantifizieren, weil die Konsilien als Einzelleistungen eingekauft werden und somit keine feste Ressourcenzuordnung hinterlegt ist.

Wenn man dies auf ein Lohnkostenmodell überträgt (Lohnkosten inkl. Overhead-Kosten und Vorhalte-Leistungen), ergeben sich grob geschätzt Kosten von rund CHF 100 für das bestdotierte Spital pro stationären Fall. Für grössere Spitäler liegen die Kosten bei rund CHF 25 pro stationären Fall. Bei den mittleren und kleineren Spitälern liegen die Kosten unter CHF 25 pro stationären Fall. Diese Kosten sind den rund 28% höheren Fallkosten bei Patient:innen mit somatopsychischen Komorbiditäten gegenüberzustellen (Tuch 2018).

Die Quantifizierung der Ressourcen ist schwierig, weil ambulante Dienste die Ressourcen nicht immer klar dem konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst zuordnen bzw. von der ambulanten Tätigkeit abgrenzen können. Gerade in der Psychoonkologie erfolgt z.B. ein Grossteil der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung im ambulanten Setting. Auch lassen sich die Vorhalteleistungen schlecht quantifizieren.

Vergleichszahlen aus der Literatur sind nicht bekannt.

5.4 Good-Practice Beispiele

5.4.1 Universitäts-Kinderspital (KISPI) - Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie

Die Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie (Leitung: Prof. Dr. phil. Markus Landolt) ist vollständig im Universitäts-Kinderspital (KISPI) integriert. Der Konsiliar- und Liaisondienst erfüllt in erster Linie Liaison-Tätigkeiten. Konsilien beschränken sich deshalb fast ausschliesslich auf die Notfallstation und auf wenige Stationen ohne Liaison-Zusammenarbeit.

Der konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienst erkennt durch die enge Liaisonarbeit früh die psychosozialen Probleme und hat die Möglichkeit zur frühen niederschweligen Identifikation von Risikopatient:innen. Dies verhindert unnötige somatische Abklärungen und Behandlungen und ermöglicht frühe Interventionen auf der psychosozialen Ebenen.

Die Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie mit einer langjährigen Tradition der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie könnte auch als Modell für die Erwachsenenmedizin dienen.

Der konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienst ist über die reguläre Finanzierung nicht gedeckt und kann nur dank Drittmitteln (wie bspw. private Spenden) in der jetzigen Form aufrechterhalten werden.

Das ausführliche Interview mit Herrn Prof. Dr. phil. Markus Landolt findet sich im Anhang.

5.4.2 Der Service de psychiatrie de liaison (PLI) CHUV, Lausanne

Der Service de psychiatrie de liaison (PLI) ist im Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) integriert. Die Unité de consultation de liaison CHUV ist für den konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst i.e.S. im CHUV zuständig, Die Unité de psychiatrie de liaison spécialisée ist für die die spezifischen Angebote an der Schnittstelle der psychischen und somatischen Medizin zuständig, wo sich oft auch medizinethische Probleme stellen. Dazu gehören z.B. Adipositas/ bariatrische Chirurgie, Transplantationsmedizin, Interprofessionelle Schmerzbehandlung, Onkologie inklusive Palliativmedizin, Infertilitätsbehandlung, Genetik, Endokrinologie, Gender Dysphorie, Mukoviszidose etc.

Der Dienst ist historisch sehr lange Zeit gewachsen und ist heute einer der schweizweit besten konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienste. Er geniesst eine hohe Akzeptanz in den somatischen Kliniken. Der Dienst kann aber in dieser Form nur dank solider Finanzierung mittels gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) existieren. Der Nutzen des konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienstes wurde in Lausanne erforscht und belegt (Stiefel, Zdrojewski et al. 2008).

Das ausführliche Interview mit Herrn Prof. Friedrich Stiefel findet sich im Anhang.

5.4.3 Zentrum für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik - Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)

Der konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienst ist seit 2016 der Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie (KAN) angegliedert. Die Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie ist in vier spezialisierte Zentren gegliedert:

- Zentrum für Alterspsychiatrie: aufsuchender alterspsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst in den Alters- und Pflegeheimen
- Zentrum für Neuropsychiatrie – Intellektuelle Entwicklungsstörungen: aufsuchender Konsiliar- und Liaisondienst in Heimen
- Zentrum für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik: Konsiliar- und Liaisondienst in der Akutsomatik und Rehabilitation
- Das Zentrum für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik ist im ganzen Kanton im Einsatz, mit dem Hauptstandort Ambulatorium Dättwil in unmittelbarer Nähe des Kantonsspitals Baden (KSB). Im Zentrum werden auch mehrere «somatik-nahe» Spezialsprechstunden (Bariatrie, Gynäkopsychiatrie etc. angeboten)

Der konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienst ist personell sehr gut ausgestattet. Da er die beiden grossen Kantonsspitäler, fast alle Regionalspitäler, die Alters- und Pflegeheime und Wohnheime im Kanton betreut, erreicht der Dienst eine Grösse, wo auch die Vorhalteleistungen in Kombination mit somatik-nahen Spezialsprechstunden möglichst klein gehalten werden können.

Die Finanzierung ist mehrheitlich über Verträge gesichert, wobei vor allem ein «Lohnkostenmodell» zum Tragen kommt. D.h. die Spitäler kaufen ein fixes Pensum, unabhängig von der Anzahl Konsilien, ein und bezahlen einen Bruttolohn plus Overhead (inkl. Vorhalteleistungen). Der Tarmed ist nicht kostendeckend.

Das ausführliche Interview mit Herrn Dr. med. Rafael Meyer findet sich im Anhang.

5.4.4 Projekt «SomPsyNet» Basel

Das Projekt «SomPsyNet» (<https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geoerderte-projekte/sompsynet.html>) wird von der Gesundheitsförderung Schweiz und dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Abteilung Prävention, als Modellprojekt zur kollaborativen Versorgung, gefördert.

Patient:innen mit psychosozialen Belastungen, einschliesslich psychischer Störungen, sollen in einem schweregrad-gestuftem und kollaborativen Versorgungs-Netzwerk aus vier grossen

Basler Spitälern und wichtigen Playern der ambulanten Versorgung mit sekundär- und tertiärpräventiver Intention zum einen frühzeitig identifiziert, zum anderen bedarfsgerecht und koordiniert behandelt werden.

Patient:innen für die Intervention werden durch ein 2-teiliges Screening erfasst. Bei positivem Screening Resultat (im Sinne von «psychosozial belastet») erfolgt eine Rückmeldung der Screening-Resultate sowie das Angebot eines psychosomatischen Konsils (ein oder mehrere Gespräche mit Fachperson). Falls ein Gespräch erwünscht ist, erfolgt die Übergabe an den psychosomatischen Konsiliardienst.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die Resultate sind noch nicht publiziert.

Das ausführliche Interview mit Herrn Prof. Dr. med. Rainer Schäfer, Frau Dr. phil. Iris Bänтели und Frau Christina Karpf findet sich im Anhang.

5.5 Fazit

Menschen mit somatopsychischer Komorbidität sind in der Akutsomatik mit wenigen Ausnahmen unterversorgt. Auf Grund mangelnder Finanzierung werden Kosten für konsiliar und liaisonpsychiatrische Leistungen eingespart, ungeachtet der hohen Kosten, die Menschen mit somatopsychischer Komorbidität verursachen. Hier braucht es ein Umdenken, insbesondere auf Ebene der Spitalleitung.

Die Konsiliarpsychiatrische Versorgung beschränkt sich oft auf akute Notfallsituationen, die Konsiliarpsychiatrie wird meist (zu-)spät einbezogen. 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, es besteht aber die Gefahr einer weiteren Fragmentierung, wenn dies nicht in enger Kooperation geschieht. 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.

6 Danksagungen

Allen Interview- und Auskunftspartner:innen möchte ich für die wertvollen Informationen und die zur Verfügung gestellte Zeit danken. Ebenso danken möchte ich den Spitälern, die die Daten für die quantitativen Fragestellungen bereitgestellt haben.

Der Bericht wurde von Gesundheitsnetz 2025 (GN2025) in Auftrag gegeben.

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, die CSS, die SWICA Krankenversicherung AG sowie der VZK Verband Zürcher Krankenhäuser haben sich an der Finanzierung mitbeteiligt.

7 Literaturverzeichnis

- Aitken, P., G. Lloyd, R. Mayou, C. Bass and M. Sharpe (2016). "A history of liaison psychiatry in the UK." *BJPsych Bull* 40(4): 199-203.
- Berchtold, P. and U. Zanoni (2018). "Denkstoff: Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026."
- Bourgeois, J. A., J. A. Wegelin, M. E. Servis and R. E. Hales (2005). "Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment." *Psychosomatics* 46(1): 47-57.
- Buchi, S., A. Berney and H. Kurt (2010). "Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz – Gegenwart und Zukunft." *Schweizerische Ärztezeitung* 91(4): 120-121.
- Bundesamt für Gesundheit. (2018, 17.8.2018). "Verbesserung der Rahmenbedingungen (Koordinierte Versorgung)." Retrieved 22.9.2022, 2022, from Bundesamt für Gesundheit,.
- Bundesamt für Gesundheit. (2022). "Koordinierte Versorgung." Retrieved 23.9.2022, 2022, from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2021). Interprofessionelle Zusammenarbeit an der psychisch-somatischen Nahtstelle stärken. Bern, Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Statistik (2021). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) - Systematisches Verzeichnis – Version 2022. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Burgmer, M., W. Fiori, H. Bunzemeier, N. Roeder and G. Heuft (2004). "[Comorbidity of mental disorders in the German G-DRG system -- effect on length of stay and revenue at a university hospital]." *Z Psychosom Med Psychother* 50(3): 306-316.
- Burla, L., M. Widmer and C. Zeltner (2022). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Obsan Bericht 04/2022). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Caduff, F. and D. Georgescu (2004). "Consultation-liaison psychiatry in Switzerland." *Adv Psychosom Med* 26: 25-30.
- Chen, K. Y., R. Evans and S. Larkins (2016). "Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? - a systemic review." *BMC Psychiatry* 16(1): 390.
- Chesney, E., G. M. Goodwin and S. Fazel (2014). "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review." *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 13(2): 153-160.
- Diefenbacher, A. (2015). "Psyche und Soma – was kann der Konsiliar- und Liaisonpsychiater beitragen?" *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 29(2): 54-62.
- Diefenbacher, A. and J. J. Strain (2002). "Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period." *Gen Hosp Psychiatry* 24(4): 249-256.
- Egede, L. E. (2007). "Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability." *Gen Hosp Psychiatry* 29(5): 409-416.
- Frick, U. and H. Frick (2010). «Heavy Use» in der stationären Psychiatrie der Schweiz? Ergebnisse aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser. (Obsan Dossier 11). Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- GDK. (2022). "Hochspezialisierte Medizin." Retrieved 7.10.2022, 2022, from <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin>.
- GDK Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2020). "Integrierte Versorgung in den Kantonen." Retrieved 2.12.2022, 2022, from <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung>.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2021). Zürcher Spitalplanung 2023 - Versorgungsbericht, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2022). Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen - Akutsomatik. Version 2023.1; gültig ab 1. Januar 2023. Zürich, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich,.

- Giger, M. A., E. Häusler, M. Sander and D. Staffelbach (2018). Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung - Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Gschoßmann, J. D. (2020). Prävalenzen von psychiatrischen Komorbiditäten bei somatisch behandelten Patienten an Allgemeinkrankenhäusern - ein Vergleich des Liaisonmodells zum Konsiliarmodell. MD, Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität.
- Hare, D. L., S. R. Toukhsati, P. Johansson and T. Jaarsma (2014). "Depression and cardiovascular disease: a clinical review." *European heart journal* 35(21): 1365-1372.
- Häuser, W., D. Grandt, H. Schäfer, G. Gorge and D. Krause-Wichmann (2005). "Abbildung komorbider psychischer Störungen bei internistischen Patienten im G-DRG-System." *Psychother Psych Med* 55: 442-446.
- Hepp, U. (2018). "Somatische und psychische Komorbidität: Herausforderung für die Integrierte Versorgung." *FMC Impulse*(1/2028).
- Hepp, U. and J. Jenewein (2018). "Psychiatrische Komorbidität bei somatisch Erkrankten: Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie." *FMC Impulse*(1/2018).
- Hochlehner, A., D. Niehoff, W. Herzog and B. Lowe (2007). "[Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system]." *Psychother Psychosom Med Psychol* 57(2): 70-75.
- Huysse, F. J., T. Herzog, A. Lobo, U. F. Malt, B. C. Opmeer, B. Stein, P. de Jonge, R. van Dijk, F. Creed, M. D. Crespo, G. Cardoso, R. Guimaraes-Lopes, R. Mayou, M. van Moffaert, M. Rigatelli, P. Sakkas and P. Tienari (2001). "Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study." *Gen Hosp Psychiatry* 23(3): 124-132.
- Jansen, L., M. van Schijndel, J. van Waarde and J. van Busschbach (2018). "Health-economic outcomes in hospital patients with medical-psychiatric comorbidity: A systematic review and meta-analysis." *PLoS One* 13(3): e0194029.
- Koopmans, G. T., M. C. Donker and F. H. Rutten (2005). "Length of hospital stay and health services use of medical inpatients with comorbid noncognitive mental disorders: a review of the literature." *Gen Hosp Psychiatry* 27(1): 44-56.
- Kornacher, J. and O. Strehle (2022). Denkstoff: Besseres Zusammenwirken des Gesundheits- und Sozialsystems – so kann es gelingen - Erfahrungsberichte, Analysen und Handlungsempfehlungen, Schweizer Forum für Integrierte Versorgung fmc.
- Kronish, I. M., N. Moise, Y. K. Cheung, G. N. Clarke, R. J. Dolor, J. Duer-Hefe, K. L. Margolis, T. St Onge, F. Parsons, J. Retuerto, A. Thanataveerat and K. W. Davidson (2020). "Effect of Depression Screening After Acute Coronary Syndromes on Quality of Life: The CODIACS-QoL Randomized Clinical Trial." *JAMA Intern Med* 180(1): 45-53.
- Lawrence, D., K. J. Hancock and S. Kisely (2013). "The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers." *BMJ* 346: f2539.
- Leon-Salas, B., M. M. Trujillo-Martin, L. P. Martinez Del Castillo, J. Garcia-Garcia, P. Perez-Ros, F. Rivas-Ruiz and P. Serrano-Aguilar (2020). "Multicomponent Interventions for the Prevention of Delirium in Hospitalized Older People: A Meta-Analysis." *J Am Geriatr Soc* 68(12): 2947-2954.
- Lichtman, J. H., J. T. Bigger, Jr., J. A. Blumenthal, N. Frasure-Smith, P. G. Kaufmann, F. Lesperance, D. B. Mark, D. S. Sheps, C. B. Taylor, E. S. Froelicher, N. American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular, C. American Heart Association Council on Clinical, E. American Heart Association Council on, Prevention, C. American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of, R. Outcomes and A. American Psychiatric (2008). "Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association." *Circulation* 118(17): 1768-1775.
- Liu, N. H., G. L. Daumit, T. Dua, R. Aquila, F. Charlson, P. Cuijpers, B. Druss, K. Dudek, M. Freeman, C. Fujii, W. Gaebel, U. Hegerl, I. Levav, T. Munk Laursen, H. Ma, M. Maj, M. Elena Medina-Mora, M. Nordentoft, D. Prabhakaran, K. Pratt, M. Prince, T. Rangaswamy, D. Shiers, E. Susser, G. Thornicroft, K. Wahlbeck, A. Fekadu Wassie, H. Whiteford and S. Saxena (2017). "Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas." *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association* 16(1): 30-40.
- Mayou, R. and K. Hawton (1986). "Psychiatric disorder in the general hospital." *Br J Psychiatry* 149: 172-190.

- Meijer, A., M. Roseman, K. Milette, J. C. Coyne, M. E. Stefanek, R. C. Ziegelstein, E. Arthurs, A. Leavens, S. C. Palmer, D. E. Stewart, P. de Jonge and B. D. Thombs (2011). "Depression screening and patient outcomes in cancer: a systematic review." *PLoS One* 6(11): e27181.
- Merçay, C., A. Grünig and P. Dolder (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021)*. . Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. (2019). "Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline [CG103] Published: 28 July 2010 Last updated: 14 March 2019." 2022, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations#treating-delirium>.
- Nicholson, A., H. Kuper and H. Hemingway (2006). "Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies." *Eur Heart J* 27(23): 2763-2774.
- Nikooie, R., K. J. Neufeld, E. S. Oh, L. M. Wilson, A. Zhang, K. A. Robinson and D. M. Needham (2019). "Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review." *Ann Intern Med*.
- Nordentoft, M., K. Wahlbeck, J. Hallgren, J. Westman, U. Osby, H. Alinaghizadeh, M. Gissler and T. M. Laursen (2013). "Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden." *PloS one* 8(1): e55176.
- Oh, E. S., D. M. Needham, R. Nikooie, L. M. Wilson, A. Zhang, K. A. Robinson and K. J. Neufeld (2019). "Antipsychotics for Preventing Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review." *Ann Intern Med*.
- Pellegrini, S., L. Dutoit, O. Pahud and M. Dorn (2022). *Bedarf an Alters- und Langzeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040 (Obsan Bericht 03/2022)*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Regierungsrat Kanton Zürich. (2022). "Beschluss des Kantonsrates zum Postulat KR-Nr. 211/2018 betreffend Fürsorgerische Unterbringungen reduzieren." Retrieved 2.12.2022, from <https://www.zh.ch/de/politik-staat/gesetze-beschluesse/beschluesse-des-regierungsrates/rrb/regierungsratsbeschluss-1102-2020.html>.
- Rettke, H., H. Petry, R. von Känel, K. D. Jordan and J. Ernst (2020). "Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten im Akutspital - Ein Spannungsfeld mit interprofessionellem Handlungsbedarf." *Pflege* 33(2): 85-91.
- Rose, M., I. Wahl, J. Crusius and B. Löwe (2011). "Psychische Komorbidität Eine Herausforderung in der Akutversorgung." *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 54: 83-89.
- Roseman, M., N. Saadat, K. E. Riehm, L. A. Kloda, J. Boruff, A. Ickowicz, F. Baltzer, L. Y. Katz, S. B. Patten, C. Rousseau and B. D. Thombs (2017). "Depression Screening and Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review." *Can J Psychiatry* 62(12): 813-817.
- Saravay, S. M. and M. Lavin (1994). "Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies." *Psychosomatics* 35(3): 233-252.
- Schlapbach, M. and R. Ruffin (2017). *Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik“ – Schlussbericht. , socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*.
- Schlapbach, M. and R. Ruffin (2017). *Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik“. Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Schlussbericht. Bern, socialdesign ag im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*.
- Schmid, F. and M. A. Giger (2022). *Integrierte Versorgung - Status quo und Ausblick, KPMG*.
- Schmid, R. T. (2011). *Analyse psychiatrischer Konsultationen durch somatische Disziplinen am Beispiel einer Universitätsklinik. M.D., Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*.
- Schuler, D., A. Tuch and C. Peter (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (obsan).
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium obsan. (2022). "Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien." Retrieved 7.10.2022, from <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/fuersorgerische-unterbringung-schweizer-psychiatrien>.
- Sharrock, J., B. Happell and S. Y. Jeong (2022). "The impact of Mental Health Nurse Consultants on the care of general hospital patients experiencing concurrent mental health conditions: An integrative literature review." *Int J Ment Health Nurs* 31(4): 772-795.

- Silverstone, P. H. (1996). "Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients." *J Nerv Ment Dis* 184(1): 43-51.
- SIWF (2017). "Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie."
- SIWF (2019). "Programm Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) vom 1. Januar 2000 (letzte Revision: 13. Juni 2019)."
- Spieß, M. and R. Ruffin (2018). *Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsomatik. Modelle guter Praxis*. Bern, socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Stiefel, F., C. Zdrojewski, F. Bel Hadj, D. Boffa, Y. Dorogi, A. So, J. Ruiz and P. de Jonge (2008). "Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial." *Psychother Psychosom* 77(4): 247-256.
- SwissDRG AG (2020). "Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY."
- Thombs, B. D., E. Arthurs, S. Coronado-Montoya, M. Roseman, V. C. Delisle, A. Leavens, B. Levis, L. Azoulay, C. Smith, L. Ciofani, J. C. Coyne, N. Feeley, S. Gilbody, J. Schinazi, D. E. Stewart and P. Zekowitz (2014). "Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review." *J Psychosom Res* 76(6): 433-446.
- Thombs, B. D., S. Markham, D. B. Rice and R. C. Ziegelstein (2021). "Does depression screening in primary care improve mental health outcomes?" *BMJ* 374: n1661.
- Thombs, B. D., N. Saadat, K. E. Riehm, J. M. Karter, A. Vaswani, B. K. Andrews, P. Simons and L. Cosgrove (2017). "Consistency and sources of divergence in recommendations on screening with questionnaires for presently experienced health problems or symptoms: a comparison of recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, UK National Screening Committee, and US Preventive Services Task Force." *BMC Med* 15(1): 150.
- Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern - Prävalenz und Inanspruchnahme. Begleitbericht zum Obsan Bulletin 1/2018*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. Prävalenz und Inanspruchnahme. (Obsan Bulletin 1/2018)*. Neuchâtel, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- van Niekerk, M., J. Walker, H. Hobbs, N. Magill, M. Toynbee, B. Steward, E. Harriss and M. Sharpe (2022). "The Prevalence of Psychiatric Disorders in General Hospital Inpatients: A Systematic Umbrella Review." *J Acad Consult Liaison Psychiatry*.
- Wahlbeck, K., J. Westman, M. Nordentoft, M. Gissler and T. M. Laursen (2011). "Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders." *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 199(6): 453-458.
- Walker, E. R., R. E. McGee and B. G. Druss (2015). "Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis." *JAMA psychiatry* 72(4): 334-341.
- Wood, R. and A. P. Wand (2014). "The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review." *J Psychosom Res* 76(3): 175-192.

8 Anhang

8.1 Liste der Interview-Partner:innen

Name	Vorname	Titel	Funktion	Institution
Aybek	Selma	Prof. Dr. med.	Leitende Ärztin Co-Leiterin Psychosomatische Medizin	Inselspital Bern
Baentli	Iris	Dr. phil.	Wiss. Mitarbeiterin, Psychosomatik Operative Co-Leitung Projekt SomPsyNet	Klinik für Psychosomatik Universitätsspital Basel SomPsyNet
Böckmann	Volker		Leitender Arzt	Psychiatriezentrum Wetzikon, Clenia Schlössli AG
Bollinger	Alfred	Dr. med.	Abteilungsleiter Medizinische Kodierung	Ärztliche Direktion Universitätsspital Zürich
Bridler	René	Dr. med.	Ärztlicher Direktor	Sanatorium Kilchberg AG, Kilchberg
Büchi	Stefan	Prof. Dr. med.	Facharzt Psychiatrie & Psychotherapie	MediX ehemaliger Ärztlicher Direktor Klinik Hohenegg
Coray	Anita		Zuweiser Management	Spitex Zürich Limmat AG
Engel	Antoinette	Dr. med.	Leitende Ärztin	Psychiatrische Poliklinik Zürich PPZ Stadtärztlicher Dienst Stadt Zürich
Euler	Sebastian	PD Dr. med.	Klinikdirektor i.V.	Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik Universitätsspital Zürich
Gugolz	Marco		Direktor	Klinik Hirslanden, Zürich
Hahn	Sabine		Leiterin Fachbereich Pflege Leiterin angewandte Forschung & Entwicklung Pflege	Departement Gesundheit Fachbereich Pfleg
Haubner	Sandra		Fachbereichsleiterin	Stadtspital Zürich - Triemli / Waid
Heinsius	Thoams	Dr. med.	Leitender Arzt	Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland ipw
Imhof	Anna	Dr. med.		Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Stationäre Versorgung und Tarife
Jordi	Michael	lic. rer. pol. MPA	Generalsekretär	GDK Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Kämpf	Christina		Leiterin Abteilung Prävention Strategische Co-Leitung SomPsyNet	Gesundheitsdepartement BS SomPsyNet
Landolt	Markus	Prof. Dr. phil.	Ordinarius UZH, Leitender Psychologe	Universitäts-Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung
Meier	Karin		Leitung Pflege und Betreuung	SAWIA, Pflege im Alter - Wohnen im Quartier
Merz	Markus		CEO	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Meyer	Rafael	Dr. med.	Stv. Chefarzt	Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie Psychiatrische Dienste Aargau AG
Müller	Rita		Leitung Pflege und Entwicklung	Kantonsspital Winterthur
Reutemann	Luzia	Dr. med.	Leitende Ärztin Klinik für Innere Medizin	Kantonsspital Winterthur
Rufer	Mirjam	Dr. med.	Expertin, stv. Abteilungsleiterin Stationäre Versorgung und Tarife	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH Stationäre Versorgung und Tarife
Rytz	Andrea		Direktorin, CEO	Schulthess Klinik
Schäfert	Rainer	Prof. Dr. med.	Chefarzt Psychosomatik Strategische Co-Leitung SomPsyNet	Klinik für Psychosomatik Universitätsspital Basel SomPsyNet
Schweigkofler	Beatrix	Dr. med.	Leitende Ärztin	Psychiatrische Poliklinik Zürich PPZ Stadtärztlicher Dienst Stadt Zürich
Schweizer	Ruedi	Dr. med.	Ärztlicher Leiter	Zentrum für psychische Gesundheit Ein Angebot der Privatklinik Hohenegg in Zusammenarbeit mit den Spitälern Zollikerberg und Männedorf
Spycher	Stefan	Dr.	CEO	Careum
Stiefel	Friedrich	Prof. Dr. med.	Chef de Service	Service de Psychiatrie de Liaison Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV, Lausanne
Tschopp	Susanne		Geschäftsleitung	WOHNSCH Wohnpflegeheime Schwamendingen Bis Frühjahr 2022 Präsidentin der Interessengemeinschaft gemeinnütziger Altersinstitutionen Stadt Zürich (IGA-Zürich)
Tuch	Alexandre	Dr. phil.	Wissenschaftlicher Projektleiter	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Turk	Alexander	Dr. med.	Chefarzt Innere Medizin	See-Spital Horgen
Unger	Jürg	Dr. med.		Ehem. Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Psychiatrischer Dienste Aargau AG Ehem. Mitglied Zentralvorstand FMH, Stationäre Versorgung und Tarife
Walther	Sebastian	Prof. Dr. med.	Stv. Direktor und Chefarzt Professor für Psychiatrische Neurowissenschaften	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universität Bern

8.2 Ausführliche Darstellung der Good Practice Beispiele

8.2.1 Universitäts-Kinderspitals (KISPI) - Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie

Die Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie (Leitung: Prof. Dr. phil. Markus Landolt) ist Teil des Universitäts-Kinderspitals (KISPI). Zum Dienst gehören:

- Die Psychosomatische Therapiestation
- Der Konsiliar- und Liaisondienst
- Der psychologische Dienst der Kinder-Reha und die Neuropsychologie-K&L
- die Neuropsychologie

Zudem gibt es den Forschungsbereich.

Der Soll-Stellenschlüssel des Konsiliar- und Liaisondienstes umfasst:

- Ärzt:innen: 2.9 FTE (Full Time Equivalent)
- Klinische Psycholog:innen: 11.4 FTE (Plus 1.3 Drittmittel)
- 3 FTE Neuropsychologie

Es gibt keine Pflege im Konsiliar- und Liaisondienst, die Sozialarbeit ist auf Ebene KISPI angliedert. Es gab über die Jahre eine Entwicklung mit kontinuierlichem Stellenaufbau, vor allem im Bereich der Psychologie, weniger im Bereich der Ärzt:innen.

Der Konsiliar- und Liaisondienst verfolgt in erster Linie eine Liaison-Tätigkeit. Konsilien beschränken sich deshalb fast ausschliesslich auf die Notfallstation und wenige Stationen ohne Liaison-Zusammenarbeit. Die Anzahl Konsilien ist dementsprechend kaum aussagekräftig. Psycholog:innen machen auch Konsilien und Dienste / Pikett. Sie übernehmen im Konsiliar- und Liaisondienst dieselben Aufgaben wie die Ärzt:innen, ausser Medikation. In den meisten Bereichen / Abteilungen vor allem mit chronisch kranken u/o schwer verletzten Kindern besteht ein Liaisonmodell. Konsilien erfolgen de facto nur auf NF-Stationen und wenigen Abteilungen ohne Liaisonzusammenarbeit. Die Servicezeiten sind regulär von 8h-18h. Eine ärztliche 24h Abdeckung ist gewährleistet, primär wegen der Psychotherapiestation.

Im Liaisonkonzept ist der Konsiliar- und Liaisondienst auch für ambulante Patienten zuständig. Z.B. in der Onkologie, mit häufigen Wechseln zwischen stationärem und ambulantem Setting, erfolgt eine kontinuierliche psychologische Betreuung so lange die Behandlung läuft (Liaisonkonzept über die Settings hinweg). Die Kapazitäten im Liaisondienst sind jedoch begrenzt, weshalb der Ausbau in den letzten Jahren hauptsächlich in die ambulante (Nach-)sorge erfolgte. Wenn die somatische Behandlung abgeschlossen ist, oder seltener wird, wird die psychosomatische Betreuung nach Möglichkeit auch extern

abgeben. Die Kompetenz der niedergelassenen Psychiater:innen / Psychotherapeut:innen ist nicht immer gegeben, weil sie weniger Expertise bei somatopsychischen Erkrankungen aufweisen.

Der Konsiliar- und Liaisondienst ist früh an den Problemen dran und hat die Möglichkeit der prompten niederschweligen Identifikation von Risikopatient:innen. Z.B. Kinder mit somatischen Problemen wie Bauch- und Kopfschmerzen, die früher somatisch abgeklärt und wieder entlassen wurden, werden heute bei funktionellen Problemen auch psychosomatisch abgeklärt. Heute besteht auch eine bessere Akzeptanz bei Eltern, wenn Konsiliarpsycholog:innen / Konsiliarärzt:innen beigezogen werden. Heute ist es auch «normal», dass die Psycholog:innen z.B. auch auf der Neonatologie oder der Intensivpflegestation vorbei kommen.

Finanzierung: Es erfolgt eine interne Verrechnung und Zeiterfassung, d.h. wieviel Zeit der jeweiligen Abteilung zur Verfügung gestellt wird (Zeittarif). Es gibt immer mal wieder Diskussionen, aber grundsätzlich ist der Konsiliar- und Liaisondienst gut integriert und akzeptiert. Es gab in der Vergangenheit Versuche von Abteilungen, selbst Psycholog:innen anzustellen, was fachlich problematisch war, da diese nicht eingebettet waren. Vor einigen Jahren wurden durch Entscheid der ärztlichen Direktion alles der Psy-Abteilung zugeordnet.

Die Finanzierung im stationären Bereich läuft heute über eine Fallpauschale, z.T. sind psychologische Leistungen einberechnet, aber bei weitem nicht kostendeckend. Im stationären Bereich wird man mit Fallpauschalen keine Kostendeckung erreichen.

Private Stiftungen bezahlen an die reguläre Versorgung, weil es zu wenige klinische Stellen gibt. Unter dem Strich besteht eine Unterfinanzierung der Stellen im stationären Bereich. Früher hat die Krebsliga noch eine klinische Stelle teilfinanziert, hat sich aber zurückgezogen (Weil das aus Sicht der Krebsliga nicht Aufgabe privater Stiftungen sei).

Interview mit Herrn Prof. Dr. phil. Markus Landolt, Ordinarius UZH, Leitender Psychologe Bereich Konsiliar- und Liaisonpsychologie und -psychiatrie.

8.2.2 Service de psychiatrie de liaison (PLI) CHUV, Lausanne

Der Service de psychiatrie de liaison (PLI) ist im Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV eingebunden (einer von mehreren Services des Département de Psychiatrie) und hat mehrere Untereinheiten:

- l'Unité de consultation de liaison CHUV
- l'Unité de psychiatrie de liaison spécialisée
- l'Unité urgences et crise qui accueille les urgences psychiatriques et propose des suivis de crise, et qui fait un travail de consultation-liaison aux urgences somatiques du CHUV
- Centre vaudois anorexie boulimie (AbC)

Der konsiliar- und liaisonpsychiatrie Bereich ist aufgeteilt auf die zwei Dienste:

- Die Unité de consultation de liaison CHUV deckt die klassische Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie am CHUV in den grossen Kliniken ab (Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Gynäkologie etc.)

Ressourcen: 100% Chefarzt, 50% Leitende Arztstellen, 210% Oberarztstellen, 500 Assistenzarztstellen, 100% Pflegefachperson, 40% Soziale Arbeit (total 1000%)

- Die Unité de psychiatrie de liaison spécialisée bietet einen spezialisierten konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienst an für «hotspots» im Spital. Dabei handelt es sich um Bereiche, in denen psychische und somatische Themen stark interagieren (und sich auch ethische Fragen stellen), wie Adipositas/ bariatrische Chirurgie, Transplantationsmedizin, Interprofessionelle Schmerzbehandlung, Onkologie inklusive Palliativmedizin, Infertilitätsbehandlung, Genetik, Endokrinologie, Gender Dysphorie, Mukoviszidose etc.)

Ressourcen: 60% Chefarzt, 140% Leitende Arztstellen, 140% Oberarztstellen. 1700% Psychologen, 40% Soziale Arbeit (Total 2080%)

Der PLI ist auf dem Areal / in den Räumlichkeiten des (somatischen) CHUV lokalisiert und nahe an der Somatik. Auch wenn er organisatorisch (laut Organigramm) im Département de psychiatrie angegliedert ist, ist er örtlich und funktionell in die Somatik des CHUV integriert, mit Ausnahme des Centre vaudois anorexie boulimie, das eine überregionale Bedeutung für die Romandie hat.

Grundsätzlich sei der PLI bei den Somatikern sehr gut akzeptiert. Die Leitung der PLI habe sich immer dafür eingesetzt, dass die Stellen, auch wenn sie von der Somatik finanziert und eng eingebunden sind, organisatorisch beim PLI angegliedert bleiben (funktionelle Hierarchie, Supervision der Mitarbeiter, gemeinsame Kolloquien und Fortbildungen) und die berufliche Verantwortung bei der Psychiatrie bleibt.

Historisch klein angefangen mit zwei Psycholog:innen, als ein rein psychosomatischer Dienst, wurde später auch der psychiatrische Notfall (Unité urgence-crise) integriert und das Centre AbC aufgebaut. Der Dienst wurde stetig ausgebaut und hat sich über die Jahre zunehmend im CHUV etabliert. Wenn Anfragen / Bedarfe von Kliniken angemeldet werden, müssen sie den Service über ihr Budget finanzieren oder einen Antrag auf Finanzierung an die Direktion des CHUV stellen. Meistens werde mit wenig Stellen gestartet, wenn dann der Bedarf sichtbar wird und die Angebote genutzt werden, erfolge der Ausbau. Die Zusammenarbeit sei unterschiedlich, je nach Klinik.

Service Zeiten: Montag bis Freitag 8h-18h. In der Nacht und an Wochenende 24h Notfallabdeckung, wobei die Synergien mit dem Psychiatrischen Notfall (im somatischen Notfall des CHUV integriert) genutzt werden. Der Notfalldienst macht auch Konsilien in der Nacht und am Wochenende.

Screening: Es wird kein generelles Screening zur Erfassung von «Risikopatientinnen» eingesetzt, aber in der Liaison spécialisée ist das INTERMED, ein Erfassungssystem für biopsychosoziale Case Complexity (www.INTERMEDconsortium.com), implementiert.

Nachbetreuung: Bei Bedarf können Patient:innen durch den PLI ambulant weiterbetreut werden. Grundsätzlich besteht ein gutes Netzwerk in Lausanne, aber gewisse Patientenpopulationen sind schwierig zu überweisen. Geplant ist der Aufbau eines Netzwerks mit niedergelassenen Psychiater:innen und Psycholog:innen.

Finanzierung: Ursprünglich war der allgemeine Konsiliar- und Liaisondienst im Globalbudget des CHUV begründet und wird seither über das CHUV finanziert (das CHUV erhält auch GWL dafür). Das hat sich nie gross verändert. Es gibt einen Sockelbeitrag vom Kanton für die allgemeine Konsiliar und Liaisonarbeit über das CHUV.

Der spezialisierte Service wird über die Budgets der somatischen Kliniken finanziert (die somatischen Kliniken kaufen die Leistung ein, die Stellen sind beim PLI angegliedert).

Aktuell sei die Finanzierung etwas schwieriger als in vergangenen Jahren. So sei z.B. die Onkologie in den letzten Jahren gewachsen, aber Psychoonkologie nicht im selben Masse nachgezogen.

Leistungen, die nicht über KVG finanziert werden können, werden über Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) abgegolten, z.B. Stellen, welche weit entfernt von einer Kostendeckung sind.

Das Anordnungsmodell für Psycholog:innen und dessen Auswirkungen auf die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie:

Es habe in der Vergangenheit immer mal wieder Versuche gegeben, dass z.B. psychoonkologische Leistungen direkt in den Kliniken integriert angeboten würden, ohne Einbezug der Psychiatrie (Direktanstellungen von Psychologen). Aber die Vorteile des im PLI integrierten konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Dienstes überwiegen und dies wird auch im gesamten CHUV so akzeptiert. Vorteile: Die fachliche Verantwortung für psychiatrische und psychotherapeutische Arbeit im CHUV liegt beim PLI; Synergien bei Ferienabwesenheiten;

bei Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Behandlung; bei versicherungstechnischen Fragen; bei Notfällen wie Suizidgefahr.

Zukunftsperspektiven:

Aktuell läuft der Aufbau eines Netzwerks mit niedergelassenen Psychiater:innen. Psycholog:innen (Anordnungsmodell) in Praxis, mit dem Ziel, diese in Zukunft besser ins Versorgungsnetzwerk einzubinden. Ev. würden auch Psychiater in Allgemeinmedizinischen Praxen eingebunden.

Weiterentwicklung der Liaisonarbeit:

Z.B. in der Onkologie ist die Zusammenarbeit bereits auf einem sehr guten Niveau (Balintgruppen, Supervisionen, Team-Schulungen, Kommunikationstrainings etc.). Ziel wäre dennoch, eine Modernisierung zu erreichen und neuere Arten der Liaisonpsychiatrie zu entwickeln. Das Projekt «Hospita-liens» sei ein aktuelles interprofessionelles Forschungsprojekt an der Schnittstelle Medizin, Anthropologie, Sozialwissenschaften. Durch Einbezug der Social Science erhoffe man sich mehr Nutzen zu generieren (Themenspektrum: Erleben von Ärzten, Arzt-Patienten-Beziehung, Zusammenspiel der inneren Welt und der institutionellen Rahmenbedingungen etc.). Bisher werde der Wissenstransfer aus anderen Disziplinen zu wenig in Forschung und Klinik der Liaisonarbeit integriert. Es sei zudem eine Professur für psychiatrische Liaison geschaffen worden (besetzt durch eine Anthropologin).

Ein weiteres, konkretes Beispiel für neue Forschungs- und Klinikfelder: «Survivors» in der Onkologie, bei dem der Umgang mit der Gruppe der langjährig Überlebenden von Krebserkrankungen auf Grund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten erforscht werde.

Interview mit Herrn Prof. Friedrich Stiefel, Chef de Service, Service de Psychiatrie de Liaison – CHUV Lausanne.

8.2.3 Zentrum für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik - Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)

Der konsiliar- und liaisonpsychiatrische Dienst ist seit 2016 der Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie (KAN) angegliedert. Die Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie ist in vier spezialisierte Zentren gegliedert:

- Zentrum für Alterspsychiatrie (ZAP)
- Zentrum für Neuropsychiatrie – Intellektuelle Entwicklungsstörungen (ZNP)
- Zentrum für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik (ZKL)
- Zentrale Medizinische Dienste (ZMD)

Zentrum für Alterspsychiatrie: aufsuchender Alterspsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst in den Alters- und Pflegeheimen.

Zentrum für Neuropsychiatrie – Intellektuelle Entwicklungsstörungen: aufsuchender Konsiliar- und Liaisondienst in Heimen.

Zentrum für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik: Konsiliar- und Liaisondienst in der Akutsomatik und Rehabilitation.

Das Zentrum für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie und Psychosomatik ist im ganzen Kanton im Einsatz, mit dem Hauptstandort Ambulatorium Dättwil in unmittelbarer Nähe des Kantonsspitals Baden (KSB). Im Zentrum werden auch mehrere «Somatik-nahe» Spezialsprechstunden (Bariatry, Gynäkopsychiatrie etc. angeboten).

Ressourcen: Das Zentrum hat ca. 20 MA (ca. 14-15 -FTE). Rein für Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie sind ca. 11 MA (ca. 8 FTE) zuständig.

Professionen: ca. 50/50 Ärzte / Psychologen (Psychologen Spezialsprechstunden / und Psychoonkologie). Die Konsilien in den Spitälern werden nur durch Ärzt:innen gemacht, es sind keine weiteren Professionen vertreten.

Servicezeiten:

- Kantonsspitäler Baden (KSB) und Aarau (KSA) (plus Spital Zofingen, das zu KSA gehört):

Mo-Fr 8-18h (Servicezeit, Team vor Ort); WE: auch 8-18h, aber über gesamt NF Dienst PDAG, in der Nacht: 18-08h rein telefonische Beratung.

- Regionalspitäler (Praktisch alle Regionalspitäler des Kantons):

Mo-So 8-17h auf Abruf, in der Nacht: 18-08h rein telefonische Beratung.

Spezielle Angebote KSB: Psychoonkologie / Palliativ Care, Psychokardiologie, Sprechstunde am Kinderwunschzentrum; interdisziplinäre Memory Clinic (Joint Venture PDAG/ KSB).

Die Psychoonkologie und Psychokardiologie seien historisch gewachsen und nicht einheitlich organisiert (KSB in PDAG, KSA Psychoonkologie bei Onkologie, Psychokardiologie bei PDAG).

Screening: Es wird kein generelles Risiko-Assessment durchgeführt. Delir-Screening: Delirium Observation Screening Scale (DOS).

In den Kantonsspitalern ist der Konsiliar- und Liaisondienst voll integriert mit vollem Systemzugang im KIS der Spitäler (beide mit KISIM). Es gibt ein elektronisches Anmeldeformular. In den Regionalspitalern erfolgt die Anmeldung und der Bericht per Mail, der Konsiliar- und Liaisondienst ist nicht im System integriert (Bericht als pdf).

In Konsilien Standardempfehlungen inklusive auch Aussagen zur Nachbehandlung. Ziel sei, dass die Beurteilung der Konsiliar-Bericht in die Austrittsberichte integriert werden (Der Konsil-Bericht geht nicht nach aussen).

Finanzierung:

Die Kantonsspitäler kaufen «Man-Power» ein («Lohnkostenmodell»: Fixes Pensum unabhängig von Anzahl Konsilien; Bruttolohn plus Overhead – Anstellung über PDAG); WE wird nach Tarmed verrechnet (decke die Kosten nicht).

Regionalspitäler: Keine Tarmed Abrechnung. Einzelleistungen (Einsatzpauschalen, abhängig von Versicherungsstatus), kostendeckend.

Ohne die Finanzierungsverträge gäbe es die Angebote nicht. (Bestehende Angebote zurzeit kaum unter Druck; Widerstand der kleineren Spitäler bei Umstellung von Tarmed auf Pauschalen). Bei der Weiterentwicklung zeige sich eine starke Zurückhaltung, obwohl der Wunsch und Bedarf von den Klinikern vorhanden ist (sobald es um die Finanzierung gehe, Rückzieher aus wirtschaftlichen Gründen).

Das Zusammenspiel mit den Spezialsprechstunden und den ambulanten Konsilien ermöglicht Ressourcen optimal einzusetzen, die Vorhalteleistungen können besser gesteuert werden durch somatik-nahe Spezialsprechstunden. z.T. werden konsiliarische Patient:innen als PDAG Fälle in den Spezialsprechstunden weitergeführt.

Zukunftsperspektiven:

Es brauche dringend Versorgungsforschung, der Benefit sollte ausgewiesen werden können. Es bestehe mit dem KVG-Qualitätsartikel die Chance, dass qualitätsbasierte Vergütungssysteme durch die Verknüpfung von Qualität und Finanzierung möglich werden.

Für geographisch fragmentierte Gegenden sollten telemedizinische Angebote erweitert werden.

Interview mit Dr. med. Rafael Meyer, Zentrumsleiter und Stv. Chefarzt, Zentrum für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik - Klinik für Konsiliar-, Alters- und Neuropsychiatrie (KAN) - Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG).

8.2.4 Projekt «SomPsyNet» Basel

Das Projekt «SomPsyNet» (SPN) (<https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geoerderte-projekte/sompsynet.html>) wird von der Gesundheitsförderung Schweiz und dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt/ Abteilung Prävention als Modellprojekt zur kollaborativen Versorgung gefördert. Projektträger sind das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt/ Abteilung Prävention und das Universitätsspital Basel/ Klinik für Psychosomatik.

Patient:innen mit psychosozialen Belastungen einschliesslich psychischer Störungen sollen in einem schweregrad-gestuften und kollaborativen Versorgungs-Netzwerk aus vier grossen Basler Spitälern und wichtigen Playern der ambulanten Versorgung mit sekundär- und tertiärpräventiver Intention zum einen frühzeitig identifiziert, zum anderen bedarfsgerecht und koordiniert behandelt werden.

Patient:innen für die Intervention werden durch ein 2-teiliges Screening erfasst:

- Ärzte- und die Pflerschaft sowie die Patient:innen selbst beantworten für jede/n Patient:in / für sich selbst eine «Thermometerfrage»: Auf einer Skala 0-10 «wie psychosozial belastet haben Sie sich in der letzten Woche einschliesslich heute gefühlt?»
- Patient:innen füllen einen Screening-Fragebogen aus (PHQ-8 [Depressionssymptome]; GAD-7 [Angstsymptome]; SSD-12 [Symptomschwere bei somatischer Belastungsstörung])

Bei positivem Screening Resultat (im Sinne von «psychosozial belastet») erfolgt eine Rückmeldung der Screening-Resultate sowie das Angebot eines psychosomatischen Konsils (ein oder mehrere Gespräche mit Fachperson). Falls ein Gespräch erwünscht ist, erfolgt die Übergabe an den psychosomatischen Konsildienst.

Es werden 1-3 Gespräche inkl. Rücksprache mit dem Konsil-Team angeboten. Zusätzlich zu den klinischen Inhalten sollen vermehrt auch niederschwellige Unterstützungsangebote und eine Anbindung an die ambulante Versorgung angeboten werden. Der 3. Kontakt soll, wenn möglich, in Form eines telefonischen Nachgesprächs stattfinden (4-6 Wochen nach Entlassung). Die Hausärzt:innen oder andere Fachpersonen werden mittels Entlassbrief/ Konsilbericht informiert.

Die Konsilgespräche werden grundsätzlich durch den Konsiliar- und Liaison-Dienst durchgeführt. In einzelnen Kliniken gibt es zusätzliche «SPN-Psycholog:innen». Neben der Projektleitung wurden in den Partnerspitälern zusätzliche Ressourcen bereitgestellt, die hauptsächlich von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und den Projektträgern finanziert werden.

Das Projekt bedingt enge Absprachen mit den anderen Diensten und zwischen dem Rekrutierungs- und Konsilteam, sowie Klärung von Zuständigkeiten und Abläufen. Es erfolgt auch ein regelmässiger Austausch zwischen den beteiligten Spitälern. Die «SPN-Psychologin» bildet ein wichtiges Bindeglied zwischen der Studie und dem K&L-Dienst.

Ziel der 3 Konsilgespräche ist mitunter und bei Bedarf die Anbindung an eine ambulante Weiterbehandlung, welche den Patienten langfristig begleiten kann. Ambulante Psychotherapie ist eine wichtige Option. SomPsyNet hat weiter zum Ziel, mit seinem Screening auch die «nur» mittelgradig belasteten Patienten zu erkennen. Die 1-3 Konsilgespräche haben somit auch einen präventiven Charakter und niederschwellige Unterstützungsangebote rücken neben den klassischen Interventionen ins Zentrum. Ein Teil der Patienten benötigt keine weitere Anbindung.

Es existieren mehrere Kommunikationsgefässe und -kanäle (siehe Strukturplan) und verschiedene Arbeitsgruppen, u.a. eine für «Schnittstellen». Die Kommunikation mit nachgelagerten Playern stellt eine grosse Herausforderung dar. Es wurde bereits viel investiert in dieses Thema und mit nachgelagerten Playern nach Lösungen gesucht, um die Kommunikation zu verbessern. Es zeigt sich aber, dass in der Praxis die bessere Kommunikation oft an der fehlenden Finanzierung scheitert. Der Verbesserung der Schnittstelle in die Weiterbehandlung dient auch die Angebotsplattform (www.sompsynet.bs.ch), über die die Patient:innen selbst wie auch Fachleute zusätzliche Informationen erhalten sowie Versorgungsangebote und Behandlungsplätze suchen können.

Das Projekt SomPsyNet wird in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) und dem Institute of Pharmaceutical Medicine (ECPM) der Universität Basel in ausgewählten Bereichen wissenschaftlich evaluiert. Dem Datenschutz wurde eine hohe Priorität eingeräumt. Die Studiendaten werden mit informed consent der Patient:innen erhoben.

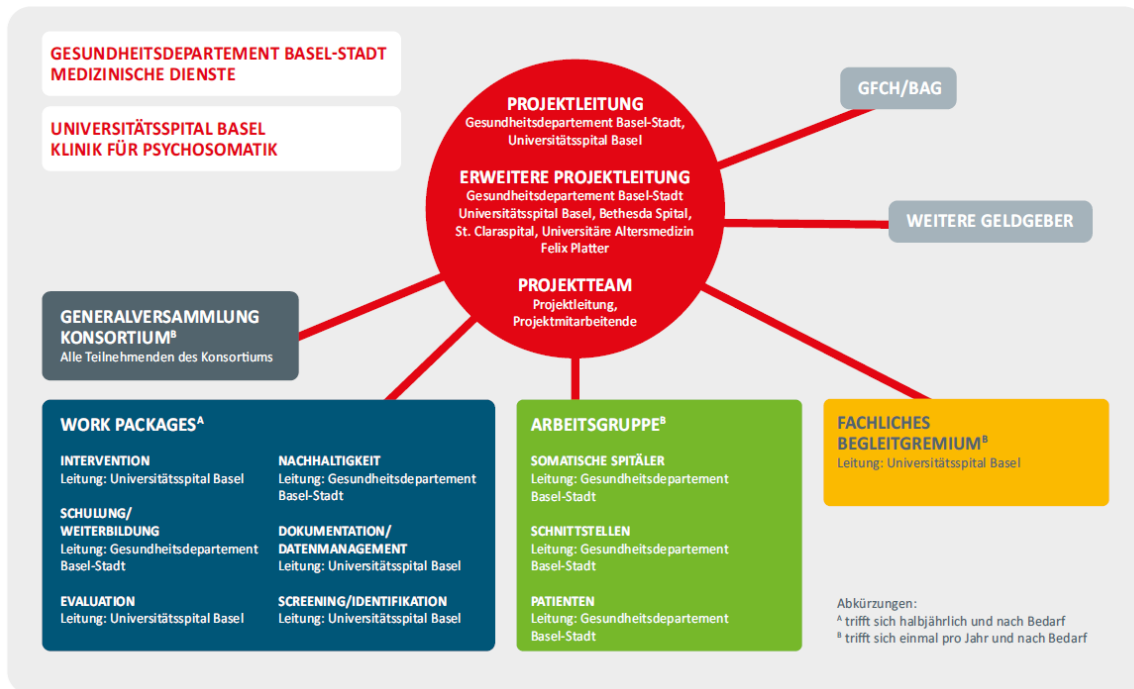
Lessons learned:

- Es zeigen sich erste Hinweise, dass basierend auf Informationen aus dem Screening, sehr wahrscheinlich mehr Patient:innen als ursprünglich angenommen psychosozial belastet sind, aber davon weniger Personen als erwartet ein psychosomatisches Konsil in Anspruch nehmen möchten. Dies ist ein Learning, das in der Planung für das Folgeprojekt weiterhilft.
- Die COVID-19-Pandemie war eine riesige Herausforderung für die Studie und das Projekt.
- Veränderungen im Routineprozess eines Spitals sind sehr zeitaufwändig.
- Pflegeschafft ist sehr interessiert an SomPsyNet und Thema der psychosozialen Gesundheit.
- Ärzteschaft ist schwieriger einzubeziehen.
- SomPsyNet-Screening in der elektronischen Krankenakte etabliert; Gedanke der Prävention wird ins Spital getragen. Aber es war und ist eine grosse Herausforderung, die Prävention und die Klinik zu vereinen.
- Die Umsetzung von SomPsyNet ist ein intensiver und anspruchsvoller Prozess.

- Bezüglich der Abläufe gibt es deutliche Unterschiede zwischen den individuellen Spitälern, worauf bei der Umsetzung zu machen ist.

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die Resultate sind noch nicht publiziert.

Strukturplan SomPsyNet



Interview mit:

- Prof. Dr. med. Rainer Schäfert, Strategische Co-Leitung
- Dr. phil. Iris Bänteli, PhD
Wiss. Mitarbeiterin, Psychosomatik
Operative Co-Leitung Projekt SomPsyNet
- Christina Karpf, Gesundheitsdepartement BS, Leiterin Abteilung Prävention
Strategische Leitung SomPsyNet von Seiten Departement Basel-Stadt

8.3 Fallbeispiele

8.3.1 Primär körperliche Erkrankung mit sekundärer psychischer Störung

Krebskranker Patient mit Suizidäusserungen

Ein Patient ist wegen einer fortgeschrittenen Krebserkrankung auf der Akutsomatik hospitalisiert. Auf der Visite äussert er, dass er so nicht mehr weiterleben wolle und macht suizidale Andeutungen. Das Behandlungsteam ist sehr beunruhigt.

Der Konsiliarpsychiater wird beigezogen mit dem Auftrag, die Suizidalität zu beurteilen und eine Überweisung in die psychiatrische Klinik zu prüfen.

Im Gespräch zeigt sich rasch, dass der Patient nicht suizidal ist, aber grosse Angst vor der bevorstehenden Chemotherapie und unkontrollierbaren Schmerzen hat. In einem gemeinsamen Gespräch mit der behandelnden Oberärztin der Onkologie, gelingt es, dem Patienten aufzuzeigen, wie die geplante Behandlung ablaufen wird und welche Möglichkeiten der Schmerzbehandlung es gibt. Es wird auch eine psychoonkologische Begleitung organisiert. Der Patient ist erleichtert und kann auch klar äussern, dass er nicht suizidal sei.

8.3.2 Primär psychische Störung mit sekundären körperlichen Folgen

Patientin mit schwerer Essstörung

Eine 45-jährige Patientin mit einer langjährigen Anorexie («Magersucht») wird somatisch hospitalisiert mit schwerstem Untergewicht. Sie leidet unter vielen körperlichen Langzeitfolgen der Mangelernährung, wie z.B. Knochenschwund und Knochenbrüchen. Trotz angeordneter Bettruhe verlässt sie ihr Zimmer wiederholt, hält sich nicht an die abgemachten Regeln und entwendet auf der Station Medikament, die die Wasserausscheidung beschleunigen, um das Gewicht tief zu halten.

Das Behandlungsteam ist überfordert und uneinig bezüglich des Umgangs mit der Patientin. Es kommt zu Spannungen innerhalb des Teams. Die Konsiliar-Psychiaterin wird beigezogen, mit dem Auftrag, die Patientin täglich konsiliarisch zu sehen. Sie erklärt, dass sie das Behandlungsteam gerne unterstützt, in dem sie zweimal wöchentlich zur gemeinsamen Fallbesprechung kommt und berät das Team bezüglich der Behandlungsmassnahmen. Die Patientin selbst sieht sie einmal wöchentlich.

Dieses liaisonpsychiatrische Setting führt zu einer Beruhigung der Situation und entlastet das Pflorgeteam.

8.3.3 «Eigentliche» Komorbidität, d.h. Vorliegen von unabhängigen körperlichen und psychischen Erkrankungen

Schwere Schizophrenie und offene Tuberkulose:

Eine 29-jährige Frau mit Migrationshintergrund wird im Akutspital wegen einer offenen Tuberkulose hospitalisiert. Die Behandlung gestaltet sich sehr schwierig, weil die Patientin gleichzeitig unter einer paranoiden Schizophrenie leidet. Sie fühlt sich bedroht und glaubt, dass man sie vergiften möchte. Sie hält sich nicht an Regeln und verlässt ihr Zimmer, was auf Grund der Ansteckungsgefahr für Mitpatient:innen und Personal nicht geht. Eine Entlassung kommt nicht in Frage. Die Konsiliarpsychiaterin wird beigezogen und gemeinsam wird nach Lösungen gesucht, wie die erste Zeit im Akutspital überbrückt werden kann. Sie berät das somatische Behandlungsteam. Parallel plant sie den Übertritt in die psychiatrische Klinik.

Weder das akutsomatische noch das akutpsychiatrische Setting sind für diese Patientin geeignet. Das Akutspital ist nicht in der Lage, die Patientin konsequent zu isolieren. In der psychiatrischen Klinik bindet die infektiologische Behandlung und Abschirmung enorme Ressourcen. Der konsiliarpsychiatrische Dienst kann aber dazu beitragen, dass die Patientin vorerst im Akutspital behandelt werden kann und der Übertritt gut vorbereitet wird, sowohl was die Behandlung und Pflege als auch die rechtliche Situation (Kindes- und Erwachsenenschutzrecht; Epidemiengesetz, EpG) betrifft. Dies verkürzt einerseits den Aufenthalt in der Akutsomatik, stellt aber auch sicher, dass es zu keinen Rückverlegungen kommt.

Idealerweise könnte diese Patientin auf einer somatopsychiatrischen Dualstation behandelt werden.