

Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie

Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamts für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Dr. Désirée Stocker, Jolanda Jäggi, Victor Legler, Kilian Künzi

Bern, 28.02.2018

Impressum

Vertragsnummer:

17.006812 / 704.0001-869/1

Laufzeit:

01.07.2017 – 31.03.2018

Leitung des Projekts im BAG:

Dr. Lea Meier, Direktionsbereich Gesundheitspolitik,
Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Projektzuständige von Seiten

Gesundheitsdirektorenkonferenz:

Diana Müller

Kontakt:

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zitievorschlag: Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie*. Bern: Bundesamt für Gesundheit

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Zusammenfassung	III
1 Ausgangslage	1
1.1 Zielsetzungen	1
1.2 Definition «Mobile Dienste in der Psychiatrie»	1
1.3 Vorgehen	2
1.3.1 Kantons- und Anbieterbefragung	2
1.3.2 Workshop	3
1.3.3 Berichterstattung	3
2 Organisationsstrukturen mobiler Dienste in der Psychiatrie	4
2.1 Fachpersonen und Fachdisziplinen	4
2.2 Organisation, Leistungserbringung und Auslastung	5
3 Zielgruppen	9
3.1 Altersgruppen und Wohnort	9
3.2 Erkrankung und Einschränkung	10
4 Leistungen und Finanzierung	13
4.1 Grundlagen der Finanzierung von Leistungen mobiler Dienste	13
4.2 Leistungen mobiler Dienste in der Psychiatrie	17
4.3 Modalitäten der Leistungserbringung und -finanzierung	18
5 Erfolgsfaktoren und Herausforderungen	21
5.1 Erfolgsfaktoren und spezifische Leistungen	21
5.2 Herausforderungen und Handlungsbedarf	25
6 Synthese und Diskussion	30
6.1 Typisierung mobiler Dienste in der Psychiatrie	30
6.2 Diskussion der relevanten Faktoren und Schlussfolgerungen	32
6.2.1 Faktoren zur Verankerung mobiler Dienste	32
6.2.2 Erwartete und beobachtete Auswirkungen mobiler Dienste	35
6.2.3 Schlusswort	37
7 Literaturverzeichnis	38
Anhang	39
7.1 Programm Workshop	39

Zusammenfassung

Ausgangslage

Nationale und internationale Studien verweisen auf das Potential intermediärer Angebote wie Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchenden Diensten als **Ergänzung zur stationären und ambulanten Versorgung** psychisch erkrankter Menschen. In der Schweiz sind in den letzten Jahren vermehrt entsprechende Angebote und Modellprojekte entstanden, ein substanzialer Ausbau intermediärer Behandlungskapazitäten ist jedoch erst zögerlich erfolgt (BAG, 2016).

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit BAG – in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektor/innen GDK ein Projekt in Auftrag gegeben, das sich auf mobile psychiatrische Dienste als eine Form intermediärer Angebote konzentriert.

Zielsetzung und Vorgehen

Ein erstes Ziel des Projekts war es, einen Überblick zu vorhandenen Angeboten bzw. Angebotstypen mobiler psychiatrischer Dienste in der Schweiz zu erstellen. Dazu wurden eine **Kantonsbefragung** (n=26) und eine **Befragung von Leistungserbringern** (n=265) durchgeführt. Zweites Ziel war die Vernetzung von Kantonen, Anbietern und weiteren Stakeholdern und die gemeinsame Diskussion von Erfolgsfaktoren und Herausforderungen für den bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler Dienste in der Psychiatrie. Dazu wurde ein **nationaler Workshop** organisiert, der am 27.11.2017 in Bern stattgefunden hat.

Definitionsriterien «mobile Dienste» im Bereich Psychiatrie

- Angebot zur Unterstützung **psychisch erkrankter Personen** (Behandlung, Begleitung, Abklärung).
- Das Angebot ist **aufsuchend**, d.h. die Betroffenen werden in ihrem (häuslichen) Umfeld von Fachpersonen behandelt
- Aufsuchende Angebote können sich an **alle Altersgruppen** richten und umfassen nebst der Akutbehandlung auch die **Übergangsbehandlung, die Nachbetreuung** nach stationärem Aufenthalt und den Bereich der **Langzeitbehandlung** (z.B. psychiatrische Pflege).¹

¹ Nicht im Fokus der Untersuchung standen Angebote spezifisch für Demenz-Erkrankte, aufsuchende Familienhilfen ohne Bezug zur psychischen Gesundheit sowie nicht-aufsuchende intermediäre Angebote wie Tageskliniken und Ambulatorien.

Typologie mobiler Dienste in der Schweiz

Basierend auf den Ergebnissen der Anbieterbefragung zu den Organisationsstrukturen, den involvierten Fachpersonen, den Zielgruppen und den angebotenen Leistungen können drei Kategorien mobiler psychiatrischer Dienste unterschieden werden:

■ **Typ 1: Ambulante psychiatrische Pflege** von freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen und Spitäler-Diensten. Hauptsächlich monodisziplinär organisiert, jedoch Zusammenarbeit mit verordnenden Ärztinnen und Ärzten. Im Fokus stehen häufig Langzeitbehandlungen. Unter den befragten Anbietern gehören über drei Viertel zu dieser Kategorie. Obwohl die Befragung nicht repräsentativ ist, lässt sich festhalten, dass Pflegefachpersonen die grösste und wichtigste Berufsgruppe in der mobilen psychiatrischen Versorgung darstellt, auch in multiprofessionellen Teams.

■ **Typ 2: Mobile psychiatrische Dienste von Spitälern und Psychiatrien:**

2a: Konsiliar- und Liaisondienste

2b: Mobile Einheiten von Spitälern und psychiatrischen Kliniken

Dieser Angebotstyp ist institutionell an Spitäler oder Kliniken gebunden, die Leistungserbringung erfolgt jedoch (unter anderem) aufsuchend. **Mobile Konsiliar- und Liaisondienste** nehmen häufig nicht nur Abklärungen vor, sondern sind in Settings wie Pflegeheimen oder Gefängnissen auch direkt in die Behandlung und Begleitung von Patient/innen involviert.

Mobile Einheiten gemäss Typ 2b sind in der Regel multiprofessionell aufgestellt und verfügen je nach Zielgruppe und Angebotsspektrum über verschiedene Bezeichnungen, z.B. Home Treatment, mobile Krisenintervention, gemeindeintegrierte Akutbehandlung oder Intensive Case Management. Bei einem Teil dieser Angebote handelt es sich um Alternativen zu stationären Klinikaufenthalten und insofern um Behandlungen von begrenzter Dauer. Andere sind auf längerfristige Begleitung angelegt.

■ **Typ 3: Mobile Dienste anderer Anbieter**

Bei dieser Restkategorie handelt es sich um aufsuchende Angebote, die von Stiftungen oder Vereinen erbracht werden und primär von der Invalidenversicherung, Sozialdiensten oder über Steuergelder finanziert werden, z.B. Wohnbegleitung.

Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Die nachhaltige Verankerung und der Behandlungserfolg mobiler psychiatrischer Dienste sind eng mit **folgenden vier Schlüsselfaktoren** verbunden:

■ **Vernetzung:** Sowohl auf **Einzelfallebene** wie auch generell an den **Schnittstellen** zwischen ambulanten, intermediären und stationären Behandlungsformen ist die Zusammenarbeit zwischen Akteuren des Gesundheitswesens zentral. Diesem Aspekt wird vielerorts bereits Rechnung getragen. Die Angst vor Konkurrenz, die Klärung des Zusammenspiels verschiedener Angebotsformen, die noch geringe Bekanntheit mobiler Versorgungsangebote und deren konsequente Einbindung sowie die bereichsübergreifende Zusammenarbeit zwischen **Gesundheits- und Sozialwesen** stellen jedoch Herausforderungen dar.

■ **Finanzierung:** Ein wichtiger Erfolgsfaktor – und gleichzeitig eine zentrale Herausforderung für mobile psychiatrische Dienste – ist eine gesicherte und langfristige Finanzierung. Ge-wisse Finanzierungsmöglichkeiten sind dabei durchaus vorhanden, insgesamt aber stellen die ungenügende **Finanzierung gewisser Einzelleistungen** (v.a. Wegzeiten, Koordinationsaufwand, zeitliche Limitierung der Vergütung nichtärztlicher Fachpersonen im TAR-MED) sowie die **Planungsunsicherheit** von Angeboten, die auf öffentliche Finanzierungsbeiträge der Kantone angewiesen sind, grosse Herausforderungen dar. Die unterschiedlichen Regelungen im Bereich der **Pflegefinanzierung** (Normkosten, Restfinanzierung) sind ein weiterer Faktor, der dazu beiträgt, dass die **Verfügbarkeit** mobiler psychiatrischer Versorgungsangebote je nach Wohnort mehr oder weniger gut gewährleistet ist.

■ **Fachpersonen:** Das bestehende Angebot an mobilen psychiatrischen Diensten wird durch **gut ausgebildete** Fachpersonen bereitgestellt. Diese müssen sich hierzu **spezifisches Know-how** aneignen; wichtig sind auch der kontinuierliche Fachaustausch und Weiterbildungen. Als zentraler Faktor für den Behandlungserfolg gilt die Behandlungs- und **Beziehungskontinuität**.

■ **Niederschwelligkeit:** Der niederschwellige Zugang zum Versorgungssystem ist eine spezifische Leistung aufsuchender Dienste. Davon profitieren insbesondere Personen, die krankheitsbedingt oder aufgrund ihres Funktionsniveaus ein besonderes Risiko für Unterversorgung aufweisen. Dabei ist nicht nur das aufsuchende Element zentral: ebenso wichtig scheint die zeitliche **Flexibilität** und die kurzfristige **Erreichbarkeit** der Fachpersonen, um Unsicherheiten und Fragen rasch klären zu können. In urbanen Gegenden gelingt es den Anbietern in der Regel, bei Bedarf innert nützlicher Frist bei den Patient/innen vor Ort zu sein – in ländlichen Gebieten sind die weiten

Wege und die unbezahlten **Wegzeiten** hingegen eine Herausforderung.

Schlussfolgerungen

Mobile Dienste verfolgen in der Regel einen **patientenzentrierten Ansatz**. Zielgruppe aufsuchender Behandlungsangebote sind dabei oft Patientengruppen, die ein erhöhtes Risiko für Unterversorgung und Desintegration aufweisen (u.a. Personen mit stark eingeschränktem Funktionsniveau, Suchtproblemen, psychischen und/ oder somatischen Komorbiditäten). Darüber hinaus werden Angehörige als «zweite Zielgruppe» mobiler psychiatrischer Dienste bezeichnet, da sie stärker als in anderen Settings eingebunden und informiert sind, was in vielen Fällen entlastend wirkt.

Eine grundsätzliche Herausforderung in der Psychiatrie ist der Umgang mit Patient/innen, die krankheitsbedingt oder aufgrund psychosozialer Probleme die Behandlung verweigern, Termine nicht einhalten etc. Die medizinische oder psychosoziale **Stabilisierung der Patient/innen**, die Früherkennung und Abfederung von Krisen und die Senkung des Suizidrisikos gehören zu den Hauptzielen mobiler psychiatrischer Dienste. Im Zentrum vieler Angebote steht das Ziel, die Behandlung und Betreuung auf die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen auszurichten. Dies entspricht den Prinzipien einer Gesundheitsversorgung, wie sie in der Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten festgehalten sind.

Gemäss aktuellem Forschungsstand gelingt es auch in der Schweiz, mit mobilen Akut- und Krisenteams **stationäre Behandlungstage zu reduzieren** – mit tendenziell weniger Kostenaufwand. Durch regelmässige Kontakte können Krisen rechtzeitig erkannt und ggf. Klinikaufenthalte vermieden werden. Welche Formen der Kosteneinsparung effektiv möglich sind – bei gleichwertiger oder erhöhter Behandlungsqualität – müsste in wissenschaftlichen Studien für den Schweizer Versorgungskontext vertieft untersucht werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des vorliegenden Projekts, dass mobile Dienste in der Psychiatrie als komplementäre Ergänzung zu klassischen Behandlungsstrukturen dazu beitragen können, **Versorgungslücken zu schliessen** und im Sinne einer integrierten, patientenzentrierten Versorgung die Behandlungsqualität zu verbessern. Bei der Weiterentwicklung sollte dabei ein Augenmerk auf die verschiedenen Angebotstypen gelegt werden, welche je ihre spezifische Funktion im Versorgungssystem übernehmen können.

1 Ausgangslage

Der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitete Postulatsbericht Stähelin (10.3255) zur Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz verweist auf das Potential von sogenannten intermediären Versorgungsstrukturen, welche zwischen den klassischen Angeboten im ambulanten Bereich (Sprechstunde bei niedergelassenen Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen) und der stationären Behandlung in psychiatrischen Kliniken angesiedelt sind (BAG, 2016). Auch die Ergebnisse der vom BAG in Auftrag gegebenen Studie zur Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz (Stocker et al., 2016) zeigen eine Unterversorgung bezüglich intermediärer Angebotsstrukturen wie Tageskliniken, Ambulatorien oder aufsuchenden Diensten wie Psychiatrie-Spitex und mobile Equipen. Zwar sind in den letzten Jahren entsprechende Angebote und Modellprojekte entstanden, ein substantieller Ausbau intermediärer Behandlungskapazitäten und die Überführung von erfolgreichen Pilotprojekten ins Regelangebot sind bislang jedoch erst zögerlich erfolgt (BAG, 2016).

Vor diesem Hintergrund hat das BAG – in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – ein Projekt in Auftrag gegeben, das sich auf *mobile psychiatrische Dienste* als eine Form intermediärer Angebote konzentriert.

1.1 Zielsetzungen

Ziel des Projekts ist es erstens, einen Überblick über die verschiedenen in der Schweiz vorhandenen mobilen psychiatrischen Dienste zu erhalten. Dabei geht es nicht um eine repräsentative Strukturerhebung mit einer abschliessenden Darstellung aller Angebote, sondern primär um eine Übersicht zu den verschiedenen *Typen* mobiler Dienste, die in der Schweiz existieren. Zweitens soll das Projekt, basierend auf den Erfahrungen der Kantone beim Auf- und Ausbau unterschiedlicher mobiler psychiatrischer Dienste, den Austausch über Erfolgskriterien und Herausforderungen fördern. Die *wichtigsten Zielsetzungen* sind:

- Überblick über vorhandene Angebote/Angebotstypen im Bereich mobile Dienste in der Psychiatrie
- Vernetzung von Kantonsverantwortlichen, Anbietern und weiteren Akteuren für Austausch und Diskussion von Erfolgsfaktoren und Herausforderungen
- Definition von Erfolgskriterien zum bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler Dienste

1.2 Definition «Mobile Dienste in der Psychiatrie»

In der Schweiz bestehen keine gesetzlich verankerten Vorgaben, was unter «mobilen psychiatrischen Diensten» zu verstehen ist. Auch in der Forschungsliteratur existiert keine einheitliche und allgemein gültige Definition, welche für das vorliegende Projekt hätte genutzt werden können. Basierend auf den bereits bestehenden Beschreibungen im Bundesratsbericht zum Postulat Stähelin (BAG, 2016) wurde deshalb eine erweiterte Definition und Abgrenzung des Gegenstandes vorgenommen.

Definition: Unter «mobile Dienste» im Bereich Psychiatrie verstehen wir folgendes:

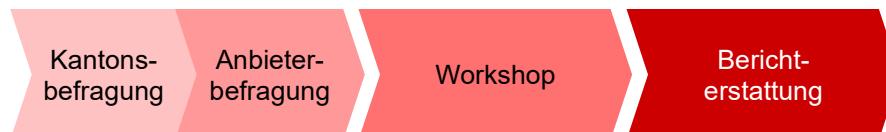
- Angebot zur Unterstützung **psychisch erkrankter Personen** (Behandlung, Begleitung, Abklärung)
- Zentrales Kriterium ist, dass das Angebot **aufsuchend** ist, d.h. die Betroffenen werden in ihrem (häuslichen) Umfeld von Fachpersonen behandelt
- Aufsuchende Angebote können sich an **alle Altersgruppen** richten und umfassen nebst der **Akutbehandlung** (z.B. Notfall-Triage, Krisenintervention) auch die **Übergangsbehandlung** sowie die **Nachbetreuung** nach stationärem Aufenthalt sowie den Bereich der **Langzeitbehandlung** (z.B. psychiatrische Pflege)

Beispiele bzw. Bezeichnungen für solche mobilen Dienste sind: Mobile Equipe, Home Treatment, Psychiatrische Spitex, mobiler Konsiliar- und Liaisondienst, freiberuflich tätige Psychiatrie-Pflegefachperson. **Nicht im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen** Angebote spezifisch für Demenz-Erkrankte, aufsuchende Familienhilfen ohne Bezug zur psychischen Gesundheit sowie nicht-aufsuchende intermediäre Angebote wie Tageskliniken und Ambulatoen.

1.3 Vorgehen

Zwei Befragungen und ein Workshop bildeten die Hauptbestandteile des Projekts (vgl. **Abbildung 1**).

Abbildung 1: Projektablauf



Quelle: Darstellung BASS

In einem ersten Schritt wurden im Sommer/Herbst 2017 Kantone und Leistungserbringer zu mobilen Diensten in der Psychiatrie befragt. Ziel war, anhand der Befragungen zu erfahren, welche aufsuchenden psychiatrischen Angebote in den verschiedenen Kantonen vorhanden sind, wie sie sich organisieren und finanzieren, welche Patientengruppen versorgt werden und welche Erfolgskriterien und Herausforderungen für eine nachhaltige Sicherung mobiler Dienste relevant sind.

In einem zweiten Schritt wurden Kantonsverantwortliche, Anbieter, Verbände und weitere Akteure zu einem *Workshop* zum Thema «mobile Dienste in der Psychiatrie» eingeladen. In diesem Workshop (27.11.2017) wurden die Ergebnisse der Befragungen präsentiert und anhand von Inputreferaten die Erfolgsfaktoren und Herausforderungen zum bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste vertieft beleuchtet und diskutiert.

1.3.1 Kantons- und Anbieterbefragung

Zur Erhebung bestehender Angebote in den Kantonen wurde zunächst eine kurze Kantonsbefragung (de/fr/it) durchgeführt. Angeschrieben wurden alle kantonalen Verantwortlichen für die psychiatrische Versorgung. *Alle Kantone* haben an der Befragung teilgenommen.

Ergänzend zu den Ergebnissen dieser Befragung wurde anschliessend eine etwas ausführlichere Anbieterbefragung (de/fr/it) durchgeführt, in der auch Fragen zum Angebotsspektrum, den behandelten Patient/innen und den konkreten Finanzierungsmodalitäten gestellt wurde. Insgesamt haben 265 *mobile psychiatrische Dienste* an der Anbieterbefragung teilgenommen.

Zur Anbieterbefragung eingeladen wurden alle von den Kantonsverantwortlichen genannten Personen bzw. Angebote. Zusätzlich wurden alle Mitglieder des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP), die Mitglieder vom Fachverband für freiberufliche Pflege (CURACASA; darunter auch Mitglieder ohne Spezialisierung in Psychiatrie), alle psychiatrischen Kliniken sowie alle öffentlichen kantonalen Spitex-Verbände angeschrieben und auf die Befragung aufmerksam gemacht. Angefragt wurden folgende Gruppen:

- Psychiatrische Kliniken (universitär, kantonal, regional) (*rund 35*)
- Spitex-Dienste (öffentliche und private) (*rund 40*)
- Freiberufliche Pflegefachpersonen (VAPP, CURACASA) (*rund 2000*)
- Weitere Organisationen / gemeinnützige Institutionen (*rund 25*)

Eine genaue Zahl der angeschriebenen Personen bzw. Organisationen kann aus verschiedenen Gründen nicht definiert werden. So wurden die Verantwortlichen der Spitex-Kantonalverbände gebeten, den Link allen im Verband vorhandenen spezialisierten Einheiten im Bereich Psychiatriepflege (z.B. Team, Abteilung, Standort) weiterzuleiten, wobei pro mobilen psychiatrischen Dienst (Team / Abteilung / Organisation) die Befragung nur einmal auszufüllen war. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse freiberuflich tätige Pflegefachpersonen in beiden Verbänden Mitglied sind und deshalb doppelt kontaktiert wurden.

1.3.2 Workshop

Mit dem Ziel, den Austausch zwischen verschiedenen Akteuren zu fördern, wurden Kantonsverantwortliche, Anbieter und Verbände am 27.11.2017 zu einem Workshop zum Thema «Erfolgskriterien für mobile Dienste in der Psychiatrie» ins BAG nach Bern eingeladen.

In einem ersten Schritt wurden Kantonsverantwortliche sowie Vertreter/innen ausgewählter Verbände (Dachverbände von Versicherungen, Leistungserbringern, Betroffenen und Angehörigen)² eingeladen. In einem zweiten Schritt ging die Einladung an alle Leistungserbringer, die sich an der Befragung beteiligt hatten. Rund 100 Personen haben am Workshop teilgenommen.

Im Workshop wurden die Ergebnisse der Kantons- und Anbieterbefragung vorgestellt und anhand von Inputreferaten im Plenum und in Diskussionsgruppen verschiedene Aspekte mobiler psychiatrischer Dienste behandelt. Anhand konkreter Angebote und ausgewählter Fragestellungen wurden Erfolgsfaktoren und Herausforderungen zum bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste diskutiert (vgl. Programm des Workshops im Anhang).

1.3.3 Berichterstattung

Im vorliegenden Bericht werden die wichtigsten Erkenntnisse des Projekts zusammengefasst. Im Vordergrund steht dabei die Darstellung der Ergebnisse aus der Kantons- und Anbieterbefragung. Zentrale Punkte aus den Referaten und Diskussionen anlässlich des Workshops vom 27.11.2017 fliessen punktuell in die Ergebnisdarstellung ein.

Im Folgenden werden zunächst die Charakteristika der mobilen psychiatrischen Dienste in der Schweiz hinsichtlich Organisationsstrukturen (Kapitel 2), Zielgruppen (Kapitel 3) sowie Leistungsspektrum und Finanzierungsmodalitäten (Kapitel 4) beschrieben. Kapitel 5 beschreibt die wichtigsten Erfolgsfaktoren und Herausforderungen aus Sicht der verschiedenen involvierten Akteure. In Kapitel 6 wird eine Kategorisierung der verschiedenen Angebotstypen vorgenommen und ein abschliessendes Fazit zu Erfolgskriterien, Handlungsbedarf und möglichen weiteren Schritten gezogen.

² Pro Mente Sana, Vereinigung der Angehörigen von psychisch Kranken (VASK), tarifuisse ag, curafutura, Swiss Mental Health Care (SMHC), Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz (CURACASA), Spitex Schweiz, Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP), Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz (FMPP), Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP).

2 Organisationsstrukturen mobiler Dienste in der Psychiatrie

Im vorliegenden Kapitel werden die Merkmale mobiler Dienste in der Psychiatrie dargestellt. Die Informationen basieren primär auf den Ergebnissen der Anbieterbefragung. Obwohl nicht von einem für die Schweiz repräsentativen Bild ausgegangen werden kann, geben die Zahlen Hinweise auf Schwerpunkte, Tendenzen und Größenverhältnisse.

2.1 Fachpersonen und Fachdisziplinen

Insgesamt haben 265 einzelne mobile psychiatrische Dienste, welche der eingangs erwähnten Definition entsprechen, an der Anbieterbefragung teilgenommen. Mehr als die Hälfte (55%) davon sind Ein-Personen-Dienste, werden also von einer einzelnen Fachpersonen erbracht. Konkret sind dies freiberuflich tätige Psychiatrie-Pflegefachpersonen (bis auf eine Ausnahme). Auch in den Mehrpersonen-Diensten ist die Pflege die am häufigsten vertretene Berufsgruppe, wie sich in der **Tabelle 1** zeigt. In der ersten Spalte ist die Zahl (bzw. in Klammern der Prozentanteil) der Dienste angegeben, in denen mindestens eine Fachpersonen der jeweiligen Disziplin tätig ist.

In knapp 90 Prozent der Dienste sind Pflege- und Betreuungsfachpersonen mit Tertiär A/B-Abschluss tätig. Nimmt man die Fachkräfte mit Sek II-Abschluss hinzu, sind Pflege- und Betreuungsfachpersonen in 247 (96%) mobilen Diensten vertreten. Ärzt/innen sind in 20 Prozent der Dienste tätig. Neben Pflege und Ärzteschaft sind es primär Fachpersonen aus der Sozialarbeit, Psychologie und Sozialpädagogik, welche in den mobilen psychiatrischen Diensten Leistungen erbringen. Zusätzlich genannt wurden Fachpersonen mit administrativen und koordinativen Aufgaben (6 Personen), Peers (4), Sozialbegleiterinnen (2), Wohn-Coach (3), Berater im psychosozialen Bereich (2), Hauspflege (2) und Heilpädagogin (1).

Bei mobilen Diensten, in denen mehr als eine Person tätig ist (45%), ist die Hälfte der Teams interdisziplinär zusammengesetzt, die übrigen monodisziplinär, mit Fachpersonen aus dem Bereich Pflege und Betreuung.

Tabelle 1: Fachdisziplinen der befragten mobilen psychiatrischen Dienste

	Anzahl (%) Dienste mit mind. 1 Person dieser Fachdisziplin	Anzahl (%) Personen	Vollzeitstellen Total
Pflege- und Betreuungsfachpersonen Tertiär A/B-Abschluss	228 (89%)	553 (60%)	131
Ärzt/innen mit Facharzttitle und Assistenzärzt/innen	52 (20%)	154 (17%)	30
Pflege- und Betreuungsfachpersonen Sek II-Abschluss	43 (17%)	93 (10%)	20
Sozialarbeiter/innen	23 (9%)	36 (4%)	14
Psycholog/innen mit Fachtitel	21 (8%)	59 (6%)	12
Sozialpädagog/innen	9 (4%)	21 (2%)	5
Ergotherapeut/innen	1 (0%)	1 (0%)	1
Total	257=100%	917	214

Anmerkungen: n (pro Spalte) = 257; 257; 218 (von übrigen Diensten fehlen Angaben zum Fachpersonal); keine Nennung der Fachdisziplin «Physiotherapeut/innen»

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Was die Anzahl Personen anbelangt, wurden 917 in den mobilen Diensten tätige Fachpersonen gemeldet (siehe Spalte 2 in Tabelle 1), was einem Mittelwert von 3.5 Fachpersonen pro Dienst entspricht. 60 Prozent aller aufgeführten Fachpersonen sind Pflege- und Betreuungsfachpersonen mit

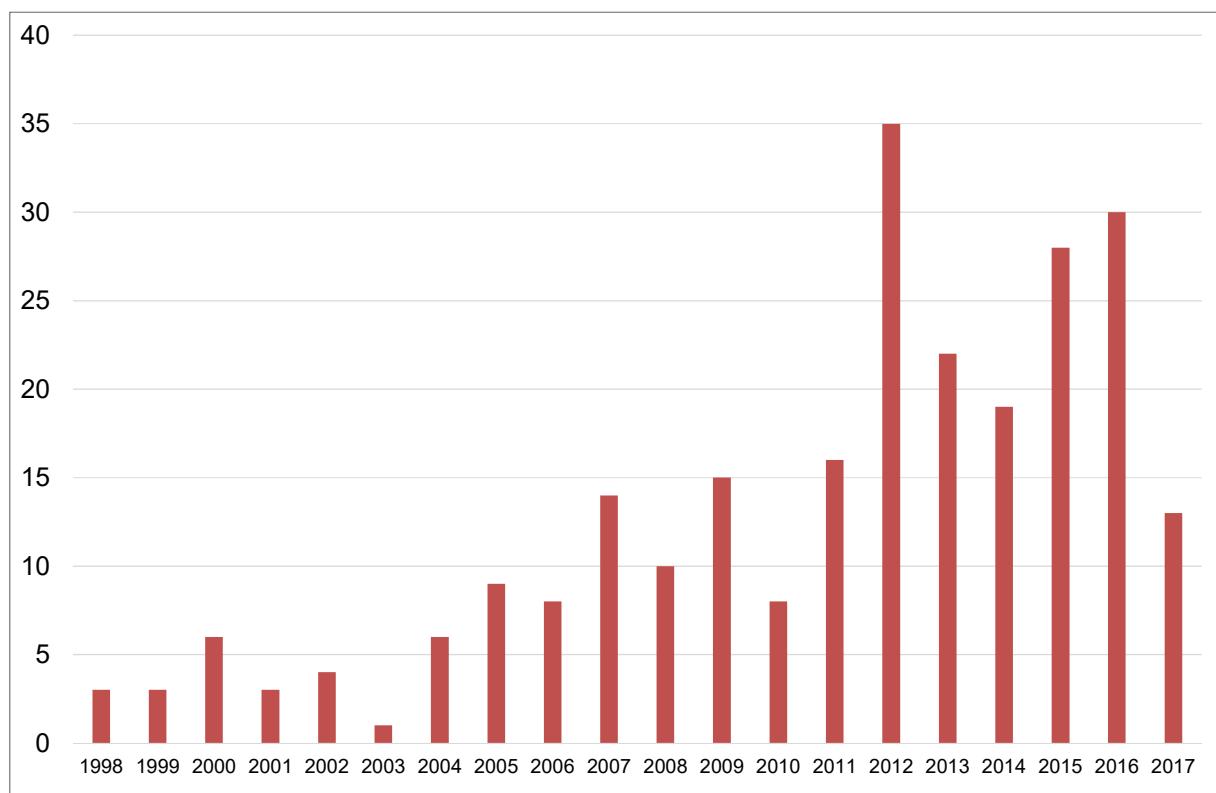
Tertiär A/B-Abschluss. In der letzten Spalte in Tabelle 1 ist aufgeführt, wie viele Vollzeitstellen von den befragten Diensten berichtet wurden. Im Durchschnitt ergeben die Berechnungen einen Beschäftigungsgrad von 68 Prozent. Da bei dieser Frage die Zahl der Missings besonders hoch war (47, n=218), sind diese Angaben jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

2.2 Organisation, Leistungserbringung und Auslastung

Bestehendsdauer, organisatorische Einbettung und Versorgungspflicht

Die Befragung der Anbieter zeigt, dass die 265 mobilen psychiatrischen Dienste im Mittel seit 7 Jahren bestehen. Die gesamte Bandbreite der Bestehendsdauer beträgt 0 bis 75 Jahre, wobei 80 Prozent aller Dienste maximal 10 Jahre alt sind. Die Verteilung der Dienste mit Bestehen seit weniger als 20 Jahren ist in der **Abbildung 2** dargestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die grosse Mehrheit der mobilen Dienste in der Schweiz erst seit wenigen Jahren existiert und zudem in den vergangenen Jahren eine grössere Anzahl neuerer Dienste hinzugekommen ist.

Abbildung 2: Verteilung der befragten Anbieter nach Bestehendsdauer (< 20 Jahre)



Frage: «Seit welchem Jahr gibt es das Angebot?» n = 253 (8 Dienste bestehen länger als 20 Jahre)
 Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die Bestehendsdauer von Ein-Personen-Diensten ist signifikant kürzer (Mittelwert = 5 Jahre) als die Bestehendsdauer von Mehr-Personen-Diensten (Mittelwert = 8 Jahre). Vergleicht man bei den Mehr-Personen-Diensten monodisziplinäre versus interdisziplinäre Teams, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Bestehendsdauer. In den letzten Jahren sind dementsprechend sowohl mono- als auch interdisziplinäre Teams entstanden. Insgesamt 16 Prozent der Dienste gibt an, dass zu Beginn ihres Bestehens ihr Dienst in einer Pilotphase getestet wurde, welche im Mittel 2 Jahre.

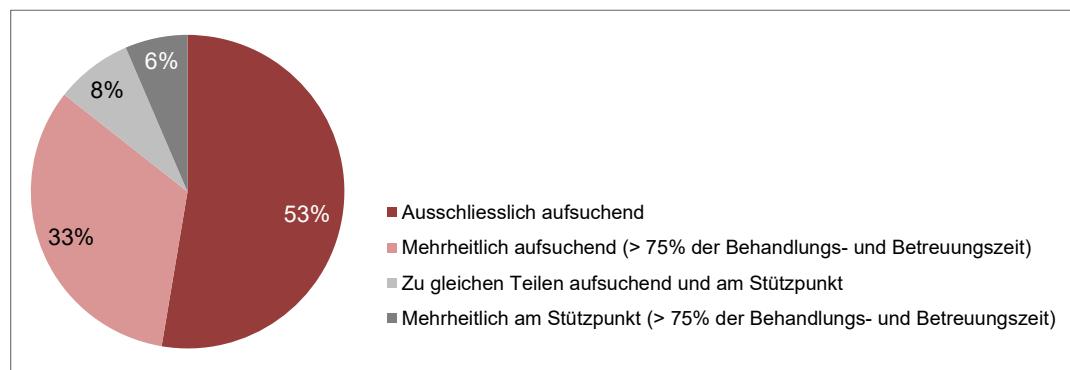
In einem weiteren Frageblock wurden organisatorische Eckwerte der mobilen psychiatrischen Dienste erhoben. Knapp 40 Prozent der Dienste gibt an, Bestandteil einer grösseren Organisation zu sein

(z.B. psychiatrische Spitex ist Abteilung von Spitex; mobiler Dienst ist Angebot einer psychiatrischen Klinik). Rund ein Drittel der Dienste arbeitet zudem mit einem öffentlichen Leistungsauftrag und hat damit eine Versorgungspflicht im Bereich Grundversorgung. Im Durchschnitt besteht diese Versorgungspflicht seit 7 Jahren.

Anteil aufsuchende Leistungserbringung und Standort

Wie in der **Abbildung 3** zu sehen ist, erbringt die überwiegende Mehrheit der Dienste die Behandlungs- und Betreuungsleistungen fast ausschliesslich oder mehrheitlich aufsuchend bei Patient/innen zu Hause oder an einem vereinbarten Ort. Nur ein kleiner Anteil der Anbieter gibt an, die Patient/innen mindestens zu gleichen Teilen oder gar hauptsächlich am Klinikstandort oder Stützpunkt zu behandeln. Auf die Frage, ob der mobile Dienst von einem oder mehreren Standorte aus arbeitet, gibt etwas mehr als ein Sechstel der Dienste an (16%, in der Abbildung nicht dargestellt), mehrere Stützpunkte zu haben, von denen aus die Patient/innen aufsuchend behandelt werden.

Abbildung 3: Anteil aufsuchende Behandlungs- und Betreuungszeit



Frage: «Bitte geben Sie an, ob die Fachperson des mobilen psychiatrischen Dienstes primär aufsuchend behandeln und betreuen (bei Patient/in zu Hause oder an sonstigem vereinbarten Ort) oder ob die Behandlung und Betreuung primär am Stützpunkt stattfindet.» n = 264

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017. Berechnungen BASS

Das im Rahmen des vorliegenden Projekts angewendete Erhebungsdesign erlaubt keine repräsentativen Aussagen dazu, wie sich die vorhandenen mobilen Dienste in der Schweiz auf die einzelnen Kantone verteilen.³ In der **Abbildung 4** sind die Verteilungen aus Kantons- und Anbieterbefragung dargestellt, die zumindest gewisse Anhaltspunkte darüber geben, in welchen Kantonen besonders viele Angebote vorhanden sind.

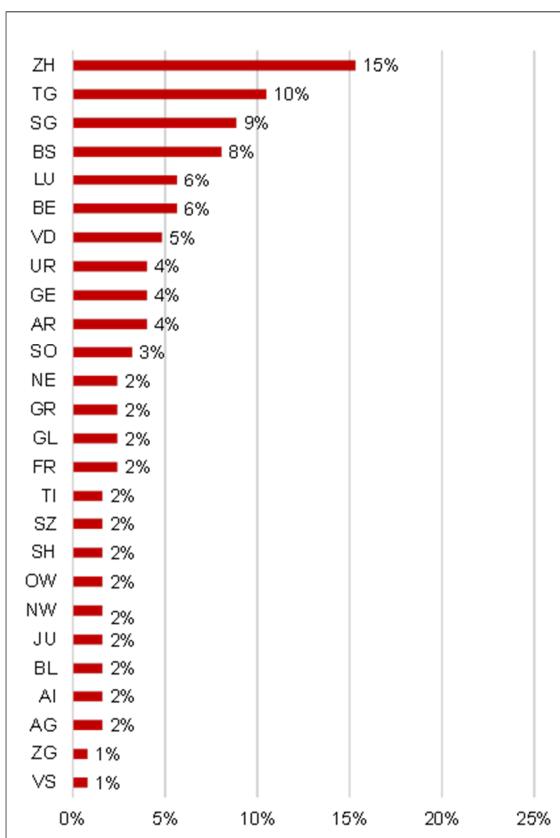
In der **linken Abbildung** findet sich eine Darstellung der Angebotsverteilung gemäss den Angaben der Kantonsverantwortlichen. Diejenigen sieben Kantone (ZH, TG, SG, BS, LU, BE, VD) die mindestens 5 Prozent der insgesamt genannten Dienste nennen, sind – ausser BS – alles eher grosse Kantone mit mindestens einer grösseren Stadtregion. Unklar ist, wie stark die Angaben durch das Antwortverhalten der Kantonsverantwortlichen beeinflusst sind (eher zurückhaltende versus eher grosszügige Nennung von Angeboten, bei denen z.B. der Grad an aufsuchenden Leistungen unklar ist).

³ Um diesbezüglich aussagekräftige Daten zu erhalten, wäre eine Strukturerhebung mit einer Erhebung bzw. Schätzung der Gesamtpopulation aller mobilen Dienste notwendig.

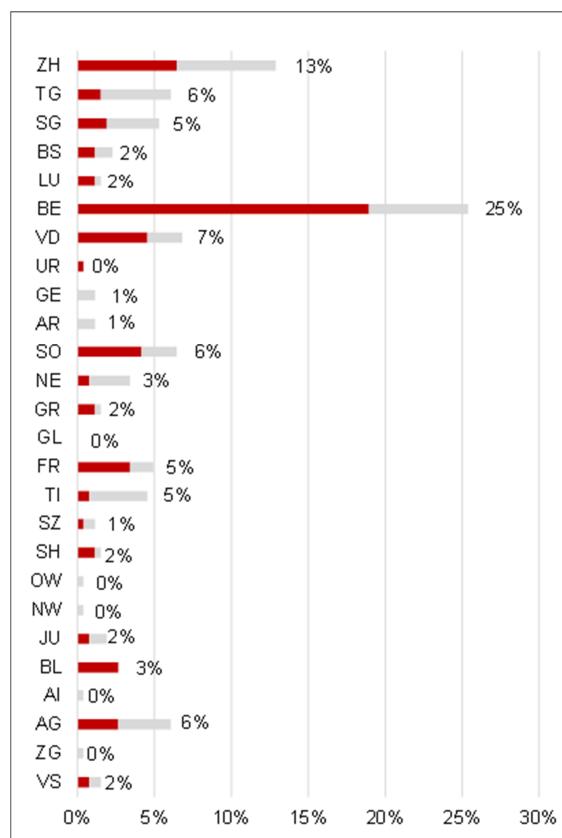
Die **rechte Abbildung** zeigt die Angebotsverteilung gemäss Anbieterbefragung. Die Resultate der Kantonsbefragung werden nur teilweise bestätigt: neben fünf der oben genannten Kantone (ZH, BE, VD, TG, SG), kommen mit SO, FR, AG auch ländlichere und kleinere Kantone hinzu. Zu beachten ist jedoch, dass die Abbildung links keine Angaben zu Verbandsmitgliedern von VAPP oder CURACASA enthält, während diese Pflegefachkräfte als einzelne mobile Dienste in der Anbieterbefragung ausgewiesen sind (dunkelroter Teil des Balkens). Insbesondere im Kanton Bern haben sich viele Freiberuflische an der Befragung beteiligt.

Abbildung 4: Verteilungen Mobile Dienste auf Kantone

Verteilung Dienste Kantonsbefragung



Verteilung Rücklauf Anbieterbefragung



Anmerkung: Kantonsbefragung n=124 genannte Dienste; Anbieterbefragung n=265 mobile Dienste, dunkelrot = Ein-Personen-Dienste, grau = Teams

Quelle: Kantons- und Anbieterbefragung 2017, Berechnungen BASS

Behandelte Patient/innen pro Woche und Auslastung der mobilen Dienste

Die befragten Anbieter behandeln und betreuen im Mittel 31 Patient/innen pro Woche (Median: 16 Patient/innen).⁴ Ein Grossteil der mobilen Dienste (81%) behandelt wöchentlich zwischen 1 und 49 Patient/innen. Auf eine Fachperson kommen im Mittel 11 Patient/innen pro Woche (Median: 10), pro Vollzeitstelle sind es im Mittel 47, im Median 25 Patient/innen. Da es sich bei der Anbieterbefragung wie erwähnt nicht um eine Strukturerhebung handelt, ist allerdings von einer gewissen Ungenauigkeit der Daten auszugehen.

In der BAG-Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) wurde die Anzahl behandelte Patient/innen pro Woche und Psychiater/in erhoben.⁵ Ein Vergleich der Ergebnisse zeigt, dass sich die Anzahl der von

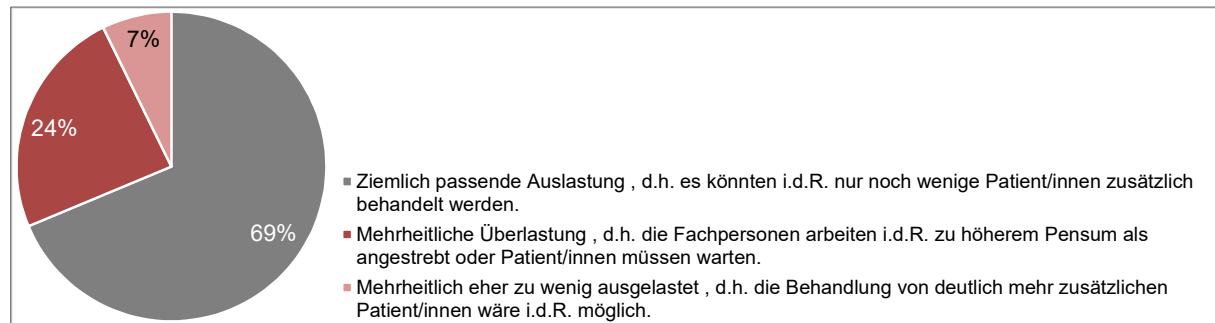
⁴ Zu beachten ist, dass Patient/innen pro Woche mehrere Behandlungsepisoden aufweisen können. Diese Informationen sind in den Zahlen nicht enthalten.

⁵ Nicht erhoben wurde die Anzahl Konsultationen pro Patient/in und Woche sowie die Konsultationsdauer.

mobilen Diensten behandelten Patient/innen in einem ähnlichen Rahmen bewegt wie die von Erwachsenen-Psychiater/innen in der Einzelpraxis (Median 20)⁶ oder von ambulanten/intermediären Institutionen behandelten Patient/innen (Median 30). Hingegen ist im stationären Bereich oder in gemischten Institutionen der Schlüssel höher mit pro Psychiater/in und Woche lediglich 6 Patient/innen (Median).

Knapp 70 Prozent der befragten Anbieter empfinden ihre Auslastung als passend, wie **Abbildung 5** zeigt. 24 Prozent geben an, sie seien mehrheitlich überlastet, d.h. das Personal wird stärker beansprucht und/oder es kommt zu Wartefristen für Patient/innen. Dass mobile Dienste zu wenig ausgelastet sind, kommt mit unter 10 Prozent der befragten Anbieter weitaus seltener vor.

Abbildung 5: Auslastung der befragten mobilen psychiatrischen Dienste



Frage: «Wie ist der mobile psychiatrische Dienst in der Regel ausgelastet?» n = 262
 Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Vergleicht man die Auslastung der befragten mobilen Dienste mit der Auslastung von niedergelassenen Psychiater/innen (siehe BAG-Versorgungsstudie Stocker et al., 2016), zeigt sich ein deutlich anderes Bild: letztere sind zu knapp zwei Dritteln überlastet (**Tabelle 2**). Dasselbe gilt auch für Psychiater/innen, die in ambulanten/intermediären Institutionen tätig sind. Hingegen ist die Auslastung der stationären Psychiatrie ähnlich wie bei den mobilen Diensten mit knapp 60 Prozent mehrheitlich passend.

Tabelle 2: Auslastung mobiler Dienste und psychiatrischer Versorgungsangebote

Auslastung	Mobile Dienste	Niedergelassene Psychiater/innen	Institutionen ambulant/intermediär	Institutionen stationär/gemischt
passend	69%	32%	39%	58%
mehrheitlich überlastet	24%	63%	60%	41%
mehrheitlich zu wenig ausgelastet	7%	5%	1%	1%

Quellen: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017 (n = 262), Stocker et al. (2016); Darstellung BASS

⁶ Angaben pro Facharzt/Fachärztin, nicht auf Vollzeitstellen standardisiert (dies war aufgrund der Datenlage nicht möglich).

3 Zielgruppen

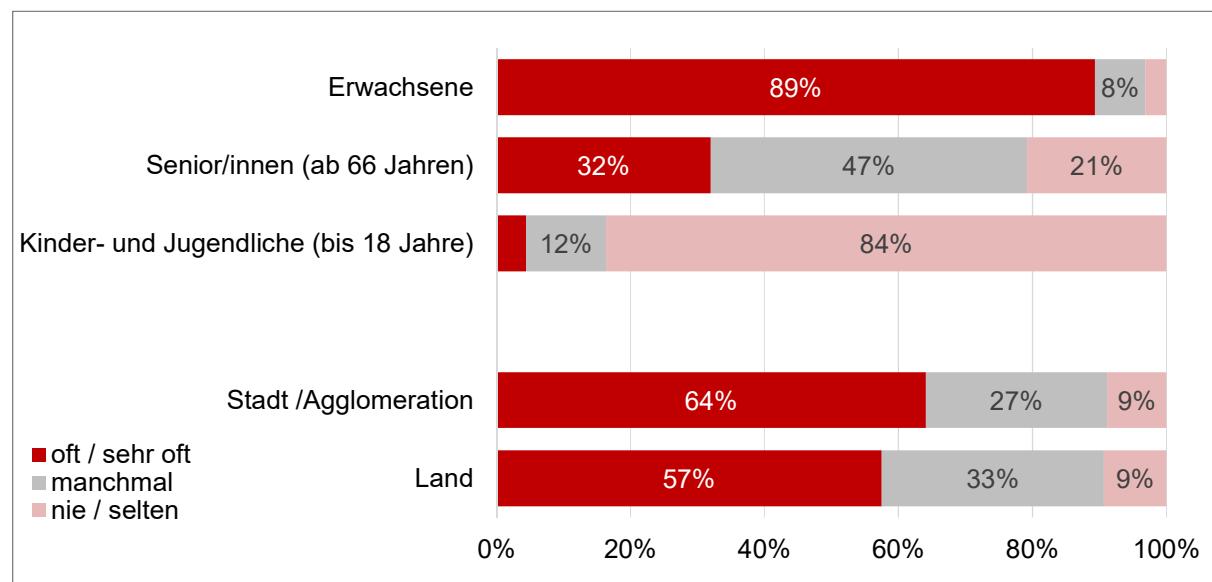
Im Folgenden wird beschrieben, welche Merkmale die Patient/innen aufweisen, welche von den befragten Anbietern behandelt werden. Auch hier gilt es wiederum zu beachten, dass es sich nicht um repräsentative Ergebnisse handelt, die Resultate jedoch als Hinweise auf Schwerpunkte, Tendenzen und Größenverhältnisse gelesen werden können.

3.1 Altersgruppen und Wohnort

In der BAG-Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) wurden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren als potenziell unversorgte Risikogruppe identifiziert. Ein möglicher «treatment gap» besteht gemäss diesen Ergebnissen auch für männliche Patienten, die als Zielgruppe vom Versorgungssystem weniger gut erreicht werden, da sie sich im Vergleich zu Frauen seltener in Behandlung begeben. Zugangsprobleme ins Versorgungssystem wurden schliesslich auch für die Bevölkerung in ländlichen Gebieten festgestellt, primär aufgrund der geringeren Versorgungsdichte. Vor diesem Hintergrund interessiert, welche Zielgruppen durch die befragten mobilen Dienste erreicht werden.

Die befragten Anbieter behandeln mehrheitlich erwachsene Patient/innen im Erwerbsalter, wie **Abbildung 6** zeigt. Senior/innen werden von einem knappen Drittel der Befragungsteilnehmenden oft oder sehr oft behandelt, während mobile Dienste für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren noch sehr selten sind. Hingegen sind mobile Dienste zumindest annähernd so häufig auf dem Land tätig wie in der Stadt oder der Agglomeration.

Abbildung 6: Alter und Region der behandelten Patient/innen



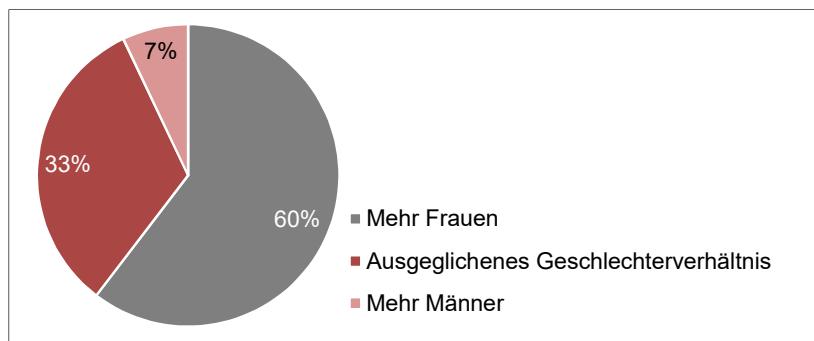
Fragen: «Bitte geben Sie an, wie oft Sie Patient/innen folgender Altersgruppe behandeln»; «Bitte geben Sie an, wie oft Sie Patient/innen behandeln, die in der Stadt/Agglomeration oder auf dem Land wohnen.» n = 253, 250, 226, 248, 247

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

In der Tendenz werden männliche Patienten auch von mobilen Diensten nicht so gut erreicht wie Frauen. Wie **Abbildung 7** zeigt, gelingt es aber in immerhin einem Drittel der Angebote, Männer und Frauen in gleichem Masse anzusprechen; 7 Prozent geben an, mehrheitlich Männer zu behandeln.

Abbildung 7: Geschlechterverhältnis der von mobilen Diensten behandelten Patient/innen

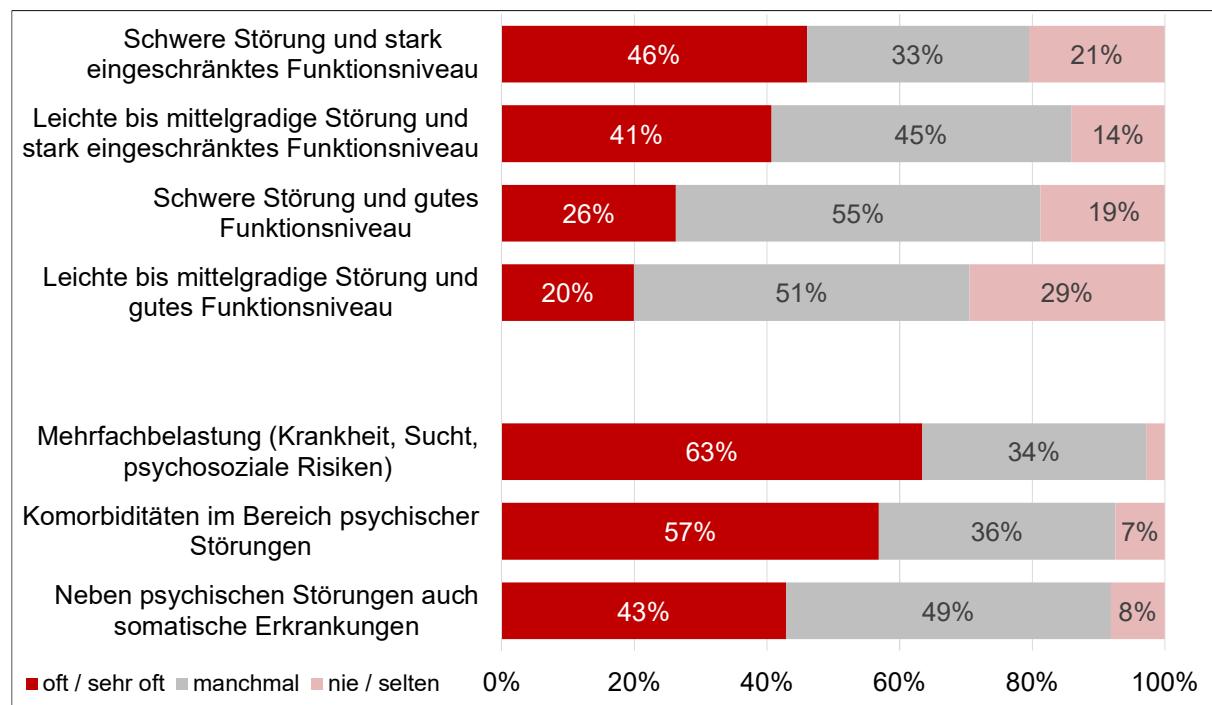


Frage: «Bitte geben Sie an, ob Sie tendenziell mehr Frauen oder mehr Männer behandeln und betreuen.» n = 255
 Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

3.2 Erkrankung und Einschränkung

In der Anbieterbefragung wurde der Schweregrad der psychiatrischen Störung, das Funktionsniveau⁷ sowie weitere Faktoren wie Mehrfachbelastungen und Komorbiditäten der behandelten Patient/innen erhoben. **Abbildung 8** zeigt, dass Personen mit schweren Störungen und starken Einschränkungen im Funktionsniveau von 46 Prozent der befragten Dienste oft oder sehr oft behandelt werden. Personen mit schweren Störungen, aber guten Fähigkeiten in der selbständigen Alltagsgestaltung gehören deutlich seltener zur behandelten Zielgruppe (26% oft oder sehr oft) als Patient/innen mit leichten oder mittelgradigen Störungen und stark eingeschränktem Funktionsniveau (41%).

Abbildung 8: Schweregrad und Komplexität der Erkrankungen sowie Funktionsniveau der Pat.



Frage: «Wie oft werden in Ihrem mobilen psychiatrischen Dienst Patient/innen mit folgenden Merkmalen behandelt?» n = 239, 241, 240, 241, 246, 241, 245

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.
 Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

⁷ Unter Funktionsniveau verstehen wir, wie eine Person in ihrem sozialen und/oder beruflichen Alltag zurechtkommt und inwiefern eine selbständige Lebensführung möglich ist.

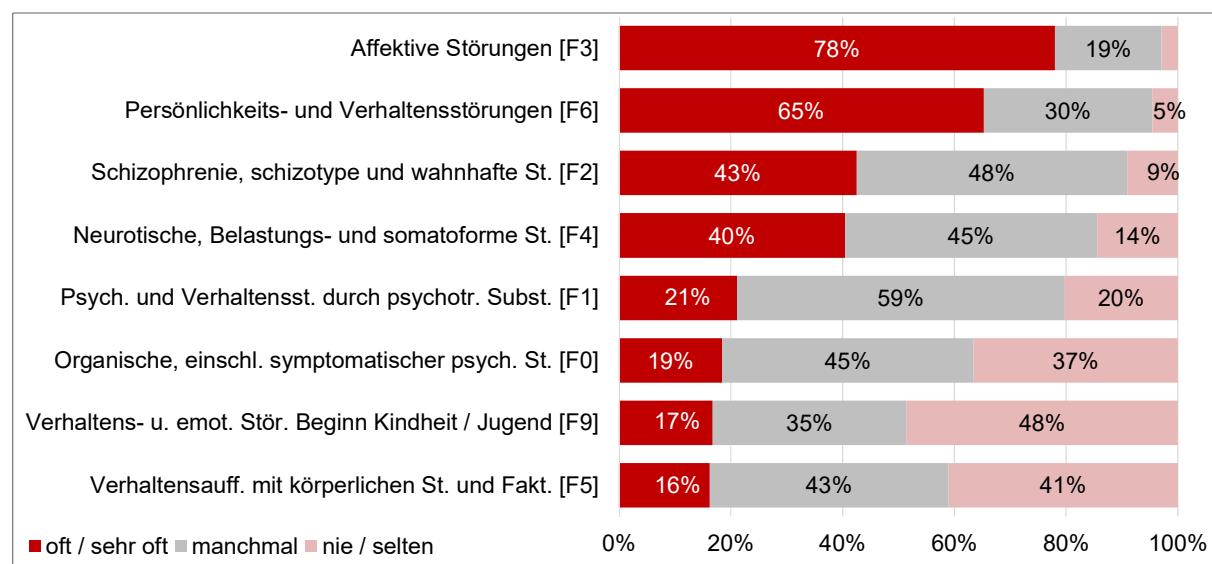
Typisch für die von aufsuchenden mobilen Diensten behandelten Patient/innen sind Mehrfachbelastung (durch Krankheit, Sucht, psychosozialen Risiken) oder durch psychiatrische Komorbiditäten, wie die obige Abbildung 8 weiter zeigt. Eine Mehrheit der Befragten (63 bzw. 57%) behandelt diese Gruppen oft oder sehr oft. Etwas weniger häufig, aber immerhin bei 43 Prozent der Anbieter, werden häufig Patient/innen mit psychiatrisch-somatischen Mehrfacherkrankungen behandelt. Nur eine kleine Minderheit der befragten Anbieter gibt an, selten bis nie Patient/innen mit den genannten Merkmalen zu behandeln.

Diagnosen

Abbildung 9 zeigt, wie häufig die befragten Anbieter Patient/innen mit Störungsbildern gemäss ICD-10 Klassifikation behandeln. Weitauß die grössten Patientengruppen sind Personen mit affektiven Störungen (F3) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6). Mit rund 40 Prozent ebenfalls häufig behandelt werden Personen mit schizophrenen Störungen (F2) sowie neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4). Personen mit der Hauptdiagnose Suchterkrankungen (F1) werden nur von 21% der befragten Dienste häufig behandelt.⁸

In der Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) wurden insbesondere Patient/innen mit F6-, F2- und F1-Störungen als unversorgte und schwer erreichbare Zielgruppen identifiziert. Die Resultate der Anbieterbefragung deuten darauf hin, dass mobile Dienste vor allem bei Personen mit F6- und F2-Störungsbildern einen Beitrag leisten, um Versorgungslücken zu schliessen.

Abbildung 9: Hauptdiagnose der behandelten Patient/innen



Frage: «Bitte geben Sie an, wie oft Sie Patient/innen mit folgenden Diagnosen behandeln (Hauptdiagnose, gemäss ICD-Diagnosekategorien).» n = 241, 242, 242, 242, 232, 227, 233, 234

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

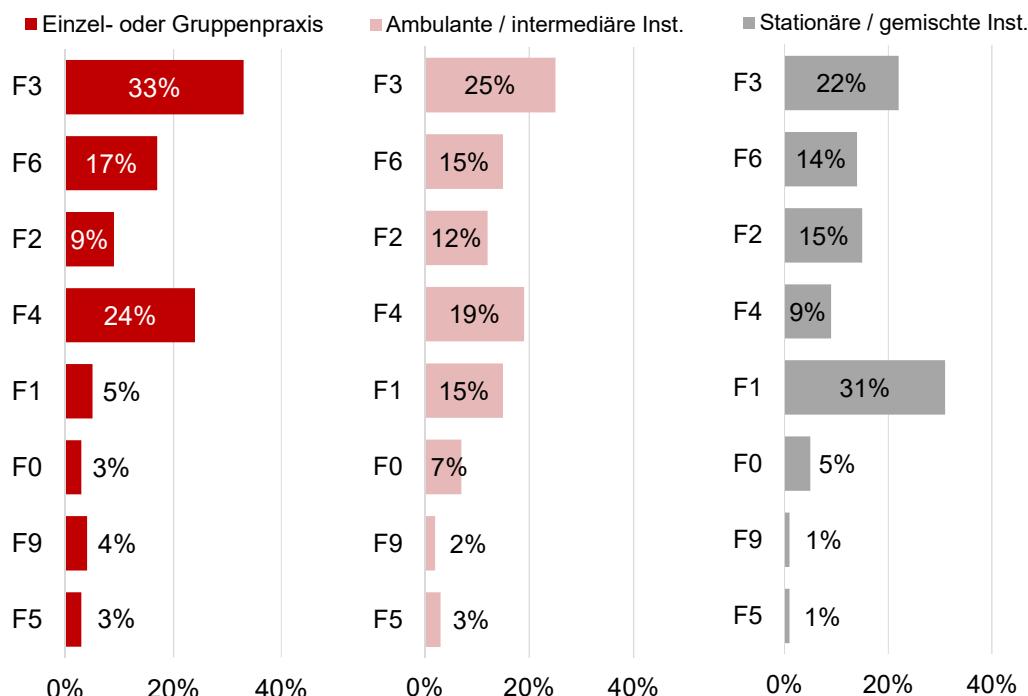
Analysiert man diese Antworten nach den Merkmalen der Anbieter (vgl. Kap. 2) wird deutlich, dass mobile psychiatrische Dienste, die stationären Psychiatrien angeschlossen sind, überdurchschnittlich häufig Personen mit schizophrenen Störungen (F2) und Suchterkrankungen (F1) behandeln. Pflegefachpersonen (Freiberufliche; Spitäler) behandeln Personen, die Verhaltensauffälligkeiten mit körperli-

⁸ Nicht in der Abbildung enthalten sind Entwicklungsstörungen (F8), Intelligenzstörungen (F7) und «nicht näher bezeichnete psychische Störungen» (F99), da jeweils weniger als 10 Prozent der Antwortenden angeben, häufig Patient/innen mit diesen Erkrankungen zu behandeln.

chen Störungen und Faktoren aufweisen, signifikant häufiger als die den Psychiatrien angeschlossenen (oft multiprofessionellen) Equipen. Keine wesentlichen Unterschiede gab es bezüglich der beiden grössten Patientengruppen (F3, F6). Mobile Konsiliar- und Liaisondienste behandeln überdurchschnittlich häufig Patient/innen mit organischen Störungen (F0).

Abbildung 10 zeigt zum Vergleich, wie sich die Patient/innen gemäss Ergebnissen der BAG-Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) nach Diagnosegruppen auf psychiatrische Behandlungssettings verteilen. Analog zu den mobilen Diensten werden auch bei niedergelassenen Psychiater/innen sowie in ambulanten/intermediären Institutionen am häufigsten Personen mit affektiven Störungen (F3) behandelt. In stationären Settings hingegen sind Suchterkrankungen die häufigste Hauptdiagnose. Wie erwähnt wird diese Gruppe von Patient/innen nur von einem Fünftel der befragten mobilen Dienste häufig behandelt; zusätzliche 59 Prozent der Befragten haben zumindest manchmal Patient/innen mit Suchtstörungen (siehe Abbildung 9).

Abbildung 10: Versorgungsstudie: Patientengruppen nach Behandlungssetting



Quelle: Stocker et al. (2016); Darstellung BASS

4 Leistungen und Finanzierung

Im vorliegenden Kapitel findet sich einleitend eine kurze Übersicht über die Grundlagen der Finanzierung der Leistungen mobiler Dienste in der Schweiz. Weiter werden die Ergebnisse aus der Anbieterbefragung zu den Leistungen, Modalitäten der Leistungserbringung und der Finanzierung dargestellt.

4.1 Grundlagen der Finanzierung von Leistungen mobiler Dienste

Mögliche Kostenträger mobiler psychiatrischer Dienste sind die Sozialversicherungen (v.a. Krankenversicherung, aber auch IV, UV, MV), die Kantone (Kostenbeteiligung an Behandlungs- und Pflegekosten gemäss KVG; öffentliche Finanzierungsbeiträge für integrierte Versorgungsmodelle), Gemeinden (Mitfinanzierung Pflege, Förderbeiträge an bestimmte Angebote), Patient/innen (Selbstkostenanteil) sowie Stiftungen, gemeinnützige Organisationen etc., welche v.a. im Rahmen von Pilotprojekten involviert sind.

Die bestehenden Finanzierungssysteme definieren Art und Umfang der Leistungsvergütung im ambulanten und stationären Bereich; spezifische Grundlagen zur Finanzierung «intermediärer» Angebote (darunter u.a. mobile Dienste, Tageskliniken) gibt es indes keine.⁹ Die bestehenden intermediären Versorgungsleistungen werden gemäss den Grundsätzen der stationären und/oder ambulanten Finanzierungsmodalitäten vergütet. **Abbildung 11** zeigt hierzu eine Übersicht; die einzelnen Bestandteile der Vergütungssysteme werden im Folgenden genauer erläutert.

Abbildung 11: Übersicht über die Grundlagen zur Finanzierung mobiler Dienste

Stationär	Ambulant
Kanton (mind. 55%) und Versicherungen (max. 45%)	<p>Ärztetarif TARMED (02.01 Psychiatrische Diagnostik und Therapie; 02.04 Nichtärztl. Amb. Psychiatr. Leist. in anerkannten Inst. und Spitalabt.)</p> <p>Krankenpflege ambulant: Versicherer, Patient/in (max. 20%), Restfinanzierung Kantone / Gemeinden</p>
<p>Akut- und Übergangspflege (max. 2 Wochen, Finanzierung: Kanton mind. 55% und Versicherungen max. 45%)</p>	

Quellen: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV), Ärztetarif TARMED Tarifbrowser FMH, Eigene Darstellung BASS

Finanzierung gemäss Teiler für stationäre Behandlungen

Zur Finanzierung der Leistungen von mobilen Diensten gemäss den Vergütungsmodalitäten für die stationäre Versorgung besteht in der Schweiz keine gesetzliche Grundlage (siehe gestrichelte Linie des Textkastens in Abbildung 11). Dies im Gegensatz zu beispielsweise Deutschland, wo die sogenannte «stationsäquivalente psychiatrische Behandlung» in der gesetzlichen Krankenversicherung als stationäre Leistung definiert und entsprechend vergütet wird. Voraussetzung ist, dass Patient/innen

⁹ Per 1.1.2009 wurde das Konzept der «teilstationären» Behandlung aus dem KVG gestrichen. Entsprechende Behandlungen werden mehrheitlich wie ambulante Leistungen abgerechnet; wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten seitdem als ambulante Behandlung (Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung VKL).

eine Indikation für die stationäre psychiatrische Behandlung verfügen und die Alternativbehandlung im häuslichen Umfeld durch Spitäler und Kliniken mit Versorgungsverpflichtung bereitgestellt wird.¹⁰

Mangels gesetzlicher Grundlage ist eine Vergütung mobiler Dienste analog zur stationären Versorgung in der Schweiz (d.h. Pauschaltarife und Finanzierung durch Kanton von mindestens 55 sowie Versicherung von maximal 45 Prozent) nur dann möglich, wenn die beteiligten Kostenträger (Versicherungen, Kantone, ggf. weitere) für das jeweilige Angebot eine solche Vereinbarung individuell treffen. Dies ist gemäss Anbieterbefragung teilweise der Fall (siehe Kapitel 4.3).

Finanzierung auf der Basis des Ärztetarifs TARMED

Handelt es sich bei einem mobilen Dienst um eine anerkannte spitalunabhängige Institution oder eine Abteilung eines Spitals (beide mit Leistungsauftrag) unter der Leitung eines Facharztes / einer Fachärztin, kann eine Leistungsabrechnung über den Ärztetarif TARMED erfolgen. Relevant sind insbesondere die zwei Positionen «02.01 Psychiatrische Diagnostik und Therapie» und «02.04 Nichtärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen». Die Leistungen unter Position 02.01 sind von Ärzt/innen mit Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- & Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu erbringen, diejenige unter Position 02.04 durch die von der jeweiligen Institution angestellten nichtärztlichen Fachkräften: Psychiatriepflegefachpersonen, Sozialpädagog/innen und Sozialarbeiter/innen mit Zusatzausbildung, Psycholog/innen und weiterem therapeutischem Fachpersonal mit adäquater Ausbildung.

Leistungen im Kapitel 02.04 sind gemäss den Ausführungen zum TARMED spezifisch vorgesehen, um «die modernen psychiatrischen Erkenntnisse der gemeindenahen Versorgung (inkl. sozialpsychiatrische Methode)» umzusetzen. Während für Ärztinnen unter 02.01 eine Wegentschädigung vorgesehen ist, ist eine solche unter 02.04 jedoch nur ausnahmsweise und nach bilateraler Absprache möglich. Dazu kommen – im Vergleich zu den ärztlichen Behandlungspositionen unter 02.01 – weitere Einschränkungen: So dürfen pro Woche und Patient/in maximal 4 geleistete Stunden verrechnet werden, ausser es handelt sich um Not- und Krisensituationen.¹¹

Finanzierung ambulanter Krankenpflege

Die aufsuchende Pflege und Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen durch freiberuflich tätige Pflegefachpersonen und Spitex-Teams wird gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) über die Krankenversicherung finanziert. Bei auf Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbrachten Leistungen werden dabei drei verschiedene Massnahmen-Kategorien unterschieden (vgl. **Tabelle 3**). Diese werden mit unterschiedlichen Stundenansätzen vergütet. Die Höhe der Versicherungsbeiträge wird vom Bundesrat festgelegt¹² und betragen derzeit zwischen 54.60 und 79.80 CHF pro Stunde.

¹⁰ Vgl. § 115d des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Zum intermediären und sozialpsychiatrischen Versorgungsangebot in Deutschland (siehe Jäggi et al., 2017).

¹¹ vgl. die Ausführungen zum Stichwort «Verrechenbarkeit» in TARMED, Kap. 02.04.

¹² Die Festsetzung der Beiträge erfolgt gemäss Art. 25a Abs. 4 KVG nach Aufwand für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden.

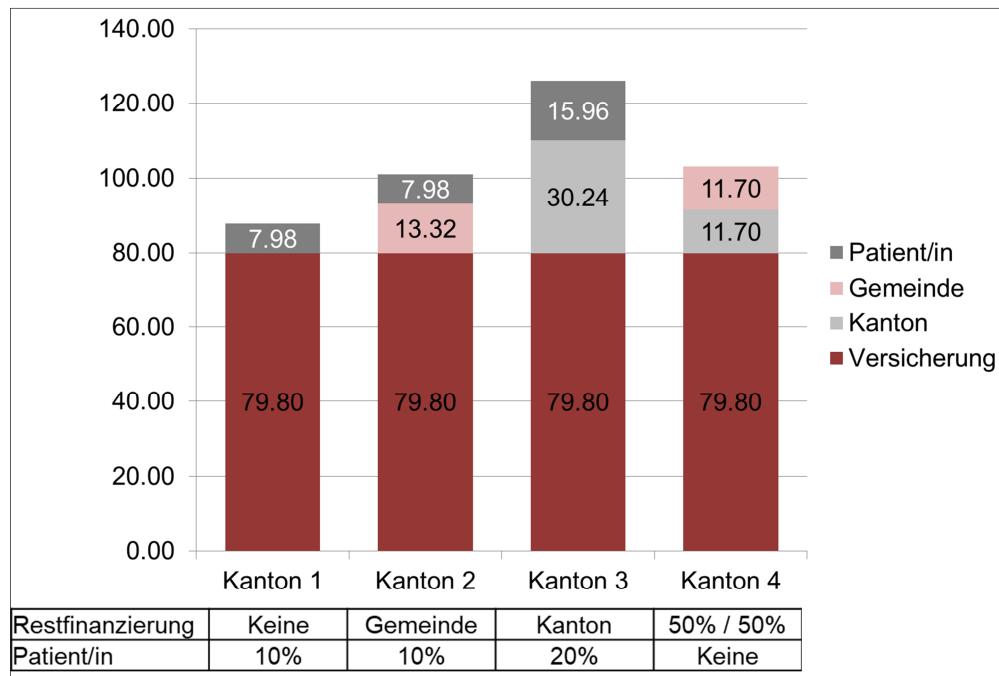
Tabelle 3: Auszüge Massnahmen-Kategorien psychiatrische Pflegeleistungen

Artikel 7 KLV	Beitrag Versicherung
a. Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:	79.80 CHF / Stunde
1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,	
2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen,	
3. Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen;	
b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:	65.40 CHF / Stunde
13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,	
14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;	
c. Massnahmen der Grundpflege:	54.60 CHF / Stunde
2. Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.	

Quelle: Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Darstellung BASS

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, welche im Januar 2011 in Kraft trat, sieht eine Aufteilung der Pflegekosten auf Versicherungen, Kantone bzw. Gemeinden sowie Patient/innen vor. Der Selbstkostenanteil bei Pflegeleistungen, die von den Sozialversicherungen nicht gedeckt sind, ist auf höchstens 20 Prozent des vom Bundesrat festgelegten maximalen Pflegebeitrages begrenzt. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (KVG Art. 25a Abs. 5). Diese Regelungen fallen je nach Kanton sehr unterschiedlich aus: manche Kantone übernehmen die gesamte Restfinanzierung (d.h. ohne Selbstkostenanteil der versicherten Person), andere verrechnen den Versicherten den gesetzlichen Maximalbetrag. Zudem gehen die Kantone von unterschiedlichen Normkosten für die Berechnung der Restfinanzierung aus. In einigen Kantonen wird der Restbetrag zudem teilweise oder gänzlich von den Gemeinden übernommen. In der **Abbildung 12** findet sich eine beispielhafte Darstellung der unterschiedlichen Handhabe der Pflegefinanzierung.

Abbildung 12: Kantonale Aufteilung der Pflegefinanzierung nach Kostenträgern (Beispiele)



Anmerkung: Beispiele basieren auf Vergütungsansätzen für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination gemäss KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a.

Quelle: Fiktive Beispiele basierend auf Power Point Präsentation «Pflegefinanzierung in den Kantonen – Ambulante Pflege», Spitex Verband Schweiz, Mai 2012¹³, Eigene Darstellung BASS

Am obigen Beispiel zeigt sich einerseits, dass Pflegefachpersonen je nach Wohnkanton ihrer Patient/innen für die gleiche Art von Massnahmen (hier Kategorie a: Abklärung, Beratung und Koordination) unterschiedlich entschädigt werden, da sich die Höhe der Normkosten unterscheidet. Außerdem wird anhand der Illustration ersichtlich, welche verschiedenen Möglichkeiten der Kostenaufteilung zwischen Patient/innen, Kantonen oder Gemeinden existieren. Im (fiktiven) Szenario werden in Kanton 4 sämtliche Restkosten durch Kanton und Gemeinde getragen, während Kanton 3 sich zwar stark an den Kosten beteiligt, Patient/innen jedoch die maximalen 20 Prozent übernehmen müssen. Insgesamt ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen zur Pflegefinanzierung eine heterogene Ausgangslage für Leistungserbringer und versicherte Personen, was die Vergütung von pflegerischen Leistungen im Rahmen mobiler Dienste betrifft.

Finanzierung von Akut- und Übergangspflege

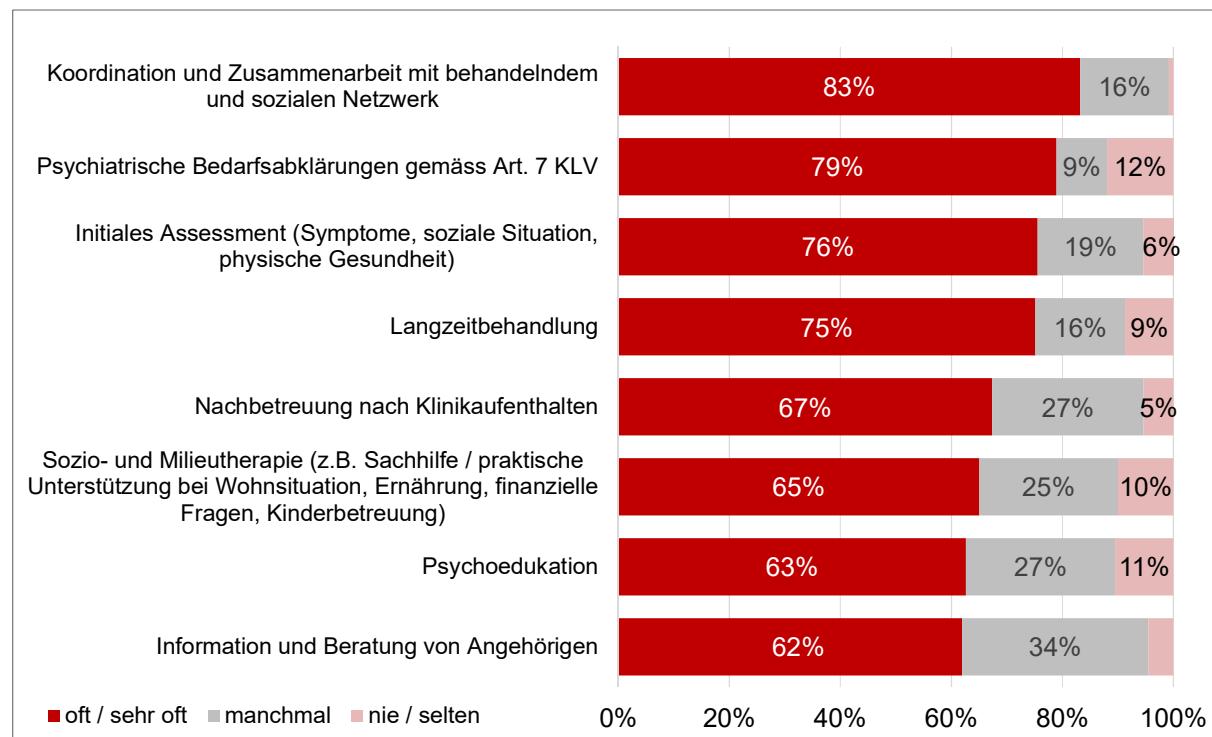
Ebenfalls in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) geregelt sind die Modalitäten für Akut- und Übergangspflege nach einem Spitalaufenthalt. Die Akut- und Übergangspflege – also etwa die Nachbetreuung nach einem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik – kann sowohl in einem stationären Setting (Pflegeheim) als auch bei den Betroffenen zu Hause (durch Spitex-Organisationen oder freiberufliche Pflegefachpersonen) erfolgen. Voraussetzung dafür ist eine spitalärztliche Verordnung, die für maximal zwei Wochen ausgestellt werden kann (KLV Art. 8 Abs. 6 lit. c). Analog zu stationären Behandlungen teilen sich Kantonen und Versicherer die Kosten; auch hier beträgt der minimale Anteil der Kantonen 55 Prozent (KLV Art. 7b Abs. 1).

¹³ Dokument verfügbar über www.spitex.ch →Politik →Pflegefinanzierung.

4.2 Leistungen mobiler Dienste in der Psychiatrie

Eine zentrale Leistung mobiler psychiatrischer Dienste ist die Koordination und Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld und den involvierten Behandelnden: 83 Prozent der befragten Anbieter tun dies oft oder sehr oft; weitere 16 Prozent zumindest manchmal (vgl. **Abbildung 13**). Auch Bedarfsabklärungen und initiale Assessments können als Routinetätigkeiten mobiler Dienste interpretiert werden. Interessant ist, dass unter den befragten Diensten häufiger Langzeitpflege geleistet wird als (kürzere) Nachbetreuungen nach Klinikaufenthalten (75 vs. 67%).

Abbildung 13: Leistungsspektrum mobiler psychiatrischer Dienste



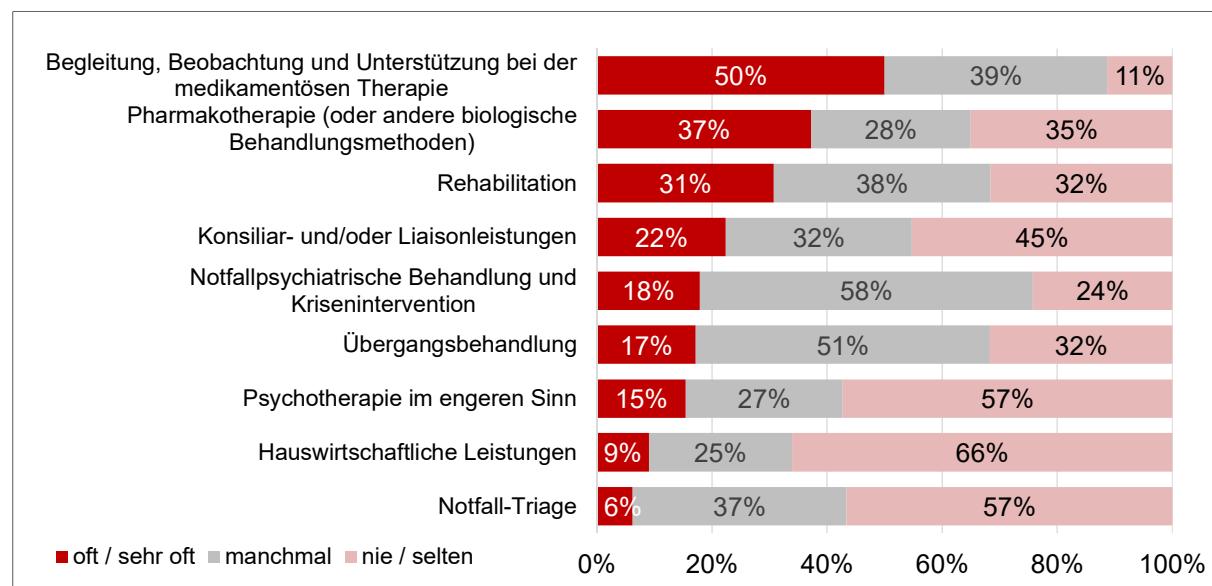
Frage: «Bitte geben Sie an, wie oft folgende Leistungen von Ihrem mobilen psychiatrischen Dienst angeboten werden.» (Mehrfachantworten möglich.) n = 244, 242, 233, 241, 242, 240, 238, 244

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Abbildung 14 zeigt diejenigen Leistungen, die jeweils von maximal 50 Prozent der befragten Anbieter oft oder sehr oft erbracht werden. Verbreitet ist v.a. die Unterstützung von Patient/innen bezüglich Medikation: nur 11 Prozent der Befragten geben an, diese Leistung selten oder nie anzubieten. Auffällig ist, dass mobile Dienste offenbar kaum in die Notfall-Triage involviert sind (6% oft oder sehr oft), notfallpsychiatrische Behandlungen und Krisenintervention aber eine vergleichsweise wichtige Rolle spielen: 18 Prozent der befragten Anbieter erbringen entsprechende Leistungen oft oder sehr oft, weitere 58 Prozent manchmal.

Abbildung 14: Leistungsspektrum mobiler psychiatrischer Dienste - Fortsetzung



Frage: «Bitte geben Sie an, wie oft folgende Leistungen von Ihrem mobilen psychiatrischen Dienst angeboten werden.» (Mehrfachantworten möglich.) n = 238, 231, 231, 223, 235, 227, 227, 233, 226

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, n = 265, Berechnungen BASS

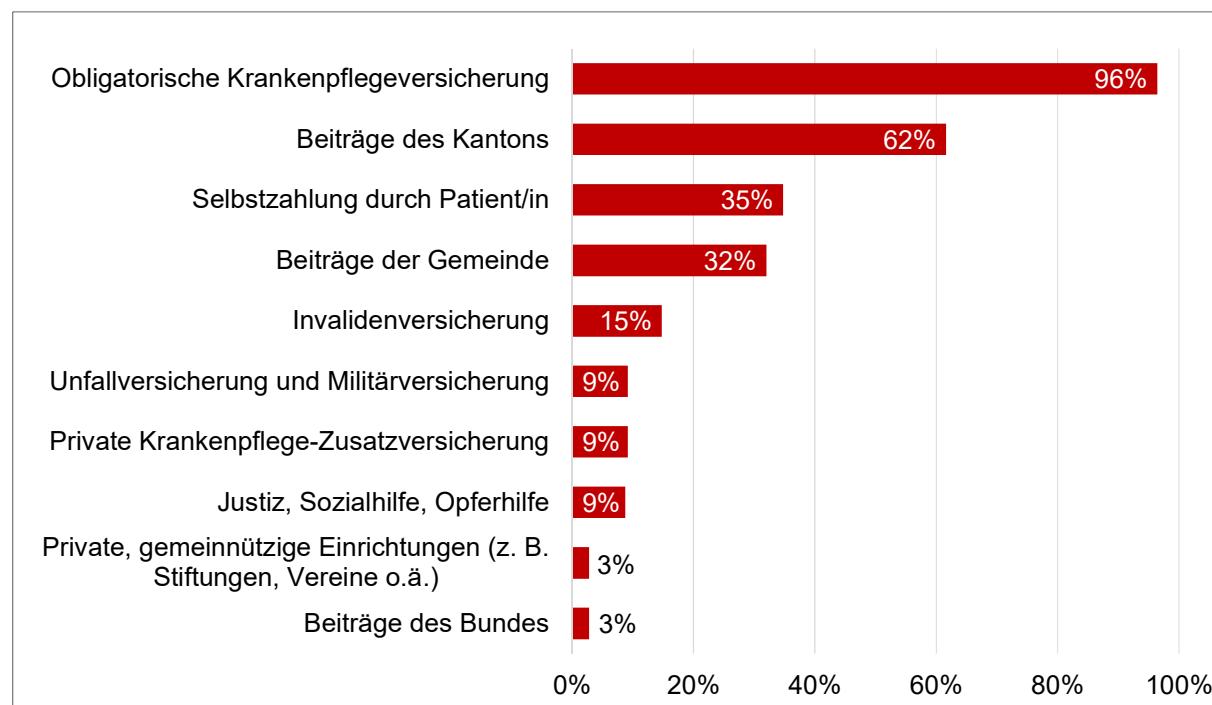
10 Prozent der Befragten haben angegeben, zusätzlich «andere Leistungen» zu erbringen. Rund 20% der Freitext-Antworten können eine der vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden (z.B. Zusammenarbeit mit Beiständen, Case Management, psychotherapeutische Gespräche, Kontrolle der häuslichen Situation). Mehrfach genannt wurden die Begleitung bei Arztbesuchen und Behördeterminen (5 Nennungen), die Unterstützung beim Umsetzen von Bewältigungsstrategien und die Durchführung von Expositionstrainings (je 4 Nennungen). Angesprochen wurden ausserdem spezifische Ansätze und Themen (Achtsamkeit/Skills; Körpertherapie, Beziehungsarbeit), soziale Angebote (Mittagstisch, Freizeitgruppe) sowie die allgemeine Grund- und Behandlungspflege und die Behandlung somatischer Gesundheitsprobleme.

4.3 Modalitäten der Leistungserbringung und -finanzierung

Von den befragten Anbietern verfügen 71 Prozent über eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton, 28 Prozent haben eine Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde. Knapp drei Viertel haben einen Administrativvertrag mit Krankenkassen abgeschlossen. In ergänzenden Nennungen wurden vereinzelt auch Kooperationsverträge mit Institutionen oder Leistungsvereinbarungen mit der Invalidenversicherung (IV) angeführt.

Die nachfolgende **Abbildung 15** zeigt, über welche Quellen die Leistungen der befragten mobilen Dienste finanziert werden. Klar die wichtigste Finanzierungsquelle ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) – kaum ein Anbieter, der nicht über die Krankenkasse abrechnet. Die Finanzierung durch Kantonsbeiträge spielt bei 62 Prozent der befragten Anbieter eine wichtige Rolle. Je rund ein Drittel der Anbieter finanziert die Leistungen auch mit Beiträgen von Patient/innen und Gemeinden. Üblich ist eine Finanzierung über mehrere Quellen (in der Abbildung nicht dargestellt): Blos 7 Prozent geben nur eine Finanzierungsquelle an, 41 Prozent haben zwei Quellen, 29 Prozent haben drei Quellen, 23 Prozent nennen vier oder mehr Finanzierungsquellen.

Abbildung 15: Finanzierungsquellen mobiler psychiatrischer Dienste



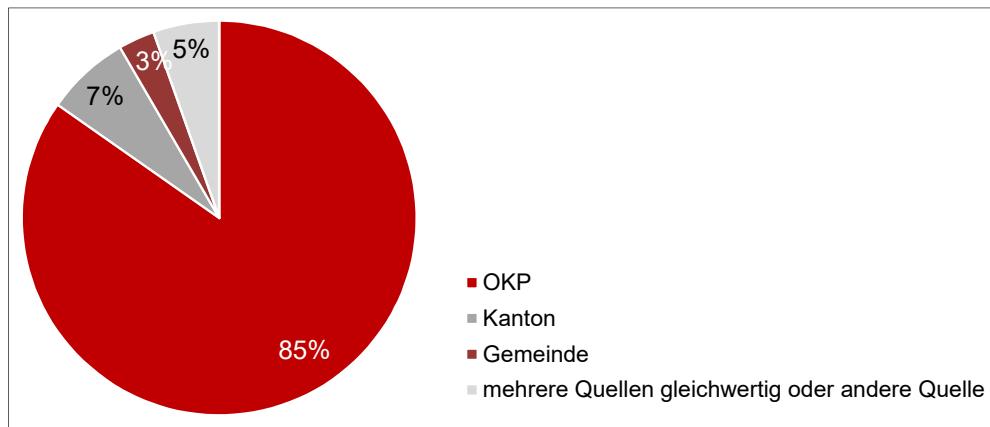
Frage: «Bitte geben Sie an, über welche Quellen die Leistungen des mobilen Dienstes finanziert werden und wie sich die Finanzierung prozentual (ungefähr) verteilt.» n = 250

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die befragten Anbieter wurden gebeten, pro Finanzierungsquelle anzugeben, welcher Anteil der Leistungen damit schätzungsweise gedeckt wird. Da die Zahl der Missings zu dieser Frage jedoch relativ hoch ist (62), sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Gemäss den vorliegenden Antworten werden bei 88 Prozent der Anbieter mehr als 45 Prozent über die OKP finanziert. Bei 12 Prozent tragen Kantone oder Gemeinden über 45 Prozent der Kosten. Die prozentual jeweils grösste Finanzierungsquelle ist in **Abbildung 16** dargestellt.

Aus der Anbieterbefragung geht weiter hervor, dass es sich bei einem grossen Teil der OKP-Kosten um Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV handelt (in der Abbildung nicht dargestellt): 78 Prozent der Befragten geben an, entsprechende Leistungen abzurechnen. 29 Prozent verrechnen auch Leistungen via TARMED; mit 6 Prozent sehr selten ist die Leistungsabrechnung via Fall- oder Tagespauschale.

Abbildung 16: Hauptfinanzierungsquelle der befragten Anbieter



Frage: «Bitte geben Sie an, über welche Quellen die Leistungen des mobilen Dienstes finanziert werden und wie sich die Finanzierung prozentual (ungefähr) verteilt.» n = 203

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die spezifischen Herausforderungen, die sich bezüglich der Finanzierung stellen, werden im Kapitel 5.2 erläutert und diskutiert.

5 Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Ein wichtiges Ziel des Projekts ist es, Erfolgskriterien für eine langfristige Verankerung mobiler Dienste in der Psychiatrie herauszuarbeiten. Nachfolgend finden sich die Überlegungen von Kantonen, Anbietern und weiteren Akteuren zu den Erfolgsfaktoren und spezifischen Leistungen mobiler Dienste und den bestehenden Herausforderungen.

5.1 Erfolgsfaktoren und spezifische Leistungen

Die Kantonsverantwortlichen wurden gefragt, welches aus ihrer Sicht einerseits die wichtigsten Erfolgsfaktoren und andererseits die Herausforderungen für einen bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste sind. Die offenen Antworten der 22 Kantone, welche die Frage nach den Erfolgskriterien beantworteten, wurden zu folgenden als wichtig erachteten Themenbereichen zusammengefasst

Erfolgskriterien aus Sicht von Kantonsverantwortlichen

- Gesicherte und langfristige Finanzierung.
- Vernetzung zwischen den verschiedenen bei Patient/innen involvierten Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens.
- Niederschwelliger Zugang, zeitliche Flexibilität bzw. Verfügbarkeit und räumliche Mobilität des Fachpersonals.
- Gut ausgebildete Fachpersonen, Behandlungskontinuität, multiprofessionelle Ansätze.
- Bekanntheit und Akzeptanz des Angebots.
- Einbezug der Angehörigen und des sozialen Umfelds von Patient/innen.

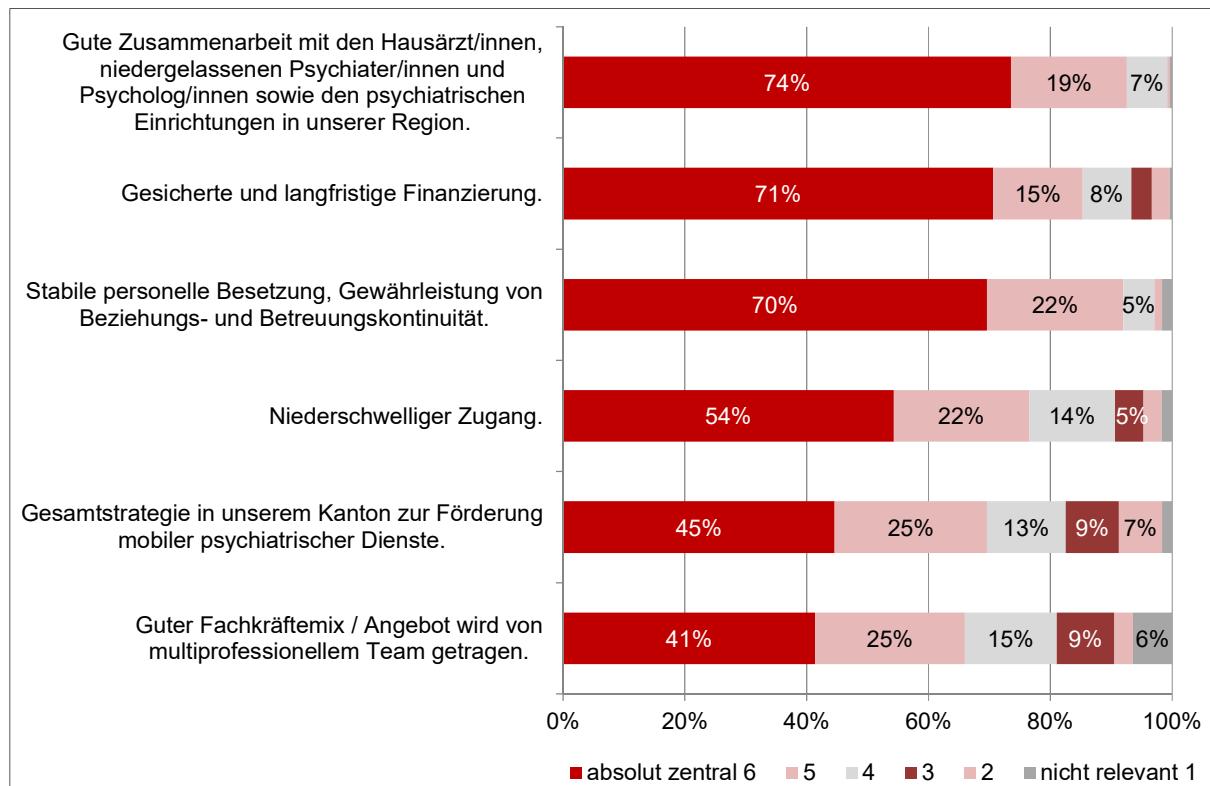
Neben diesen Kriterien, welche als *Gelingensbedingungen* für mobile Dienste beschrieben werden können, wurde zudem im Sinne einer erwartenden *Auswirkung bzw. spezifischen Leistung* häufig folgendes Erfolgskriterium erwähnt:

- Vermeidung und Kürzung stationärer Aufenthalte durch einen verbesserten Übergang zu ambulanter Behandlung.

Auf der Grundlage der Antworten aus der Kantonsbefragung wurde für die Anbieterbefragung eine Liste mit möglichen Erfolgskriterien erarbeitet. Die befragten Leistungserbringer wurden gebeten, eine Gewichtung dieser Erfolgskriterien von «absolut zentral» bis «nicht relevant» vorzunehmen. Die Ergebnisse – sortiert nach Häufigkeit des Anteils «absolut zentral» Nennungen – finden sich in **Abbildung 17** und **Abbildung 18**.

Die drei am relevantesten erscheinenden Kriterien (siehe **Abbildung 17**) sind die Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens, eine gesicherte und langfristige Finanzierung und eine stabile personelle Besetzung der mobilen Dienste. Ebenfalls von rund 40 bis 50 Prozent der Befragten als absolut zentral erachtet werden die Kriterien Niederschwelligkeit, kantonale Gesamtstrategie und guter Fachkräftemix.

Abbildung 17: Gewichtung von Erfolgsfaktoren durch Anbieter mobiler Dienste



Frage: «Welches sind die Erfolgskriterien, um einen wie von Ihnen angebotenen mobilen psychiatrischen Dienst bedarfsgerecht und nachhaltig aufrechtzuerhalten? Wie relevant sind folgende Kriterien?» n= 242, 238, 237, 234, 240, 232

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

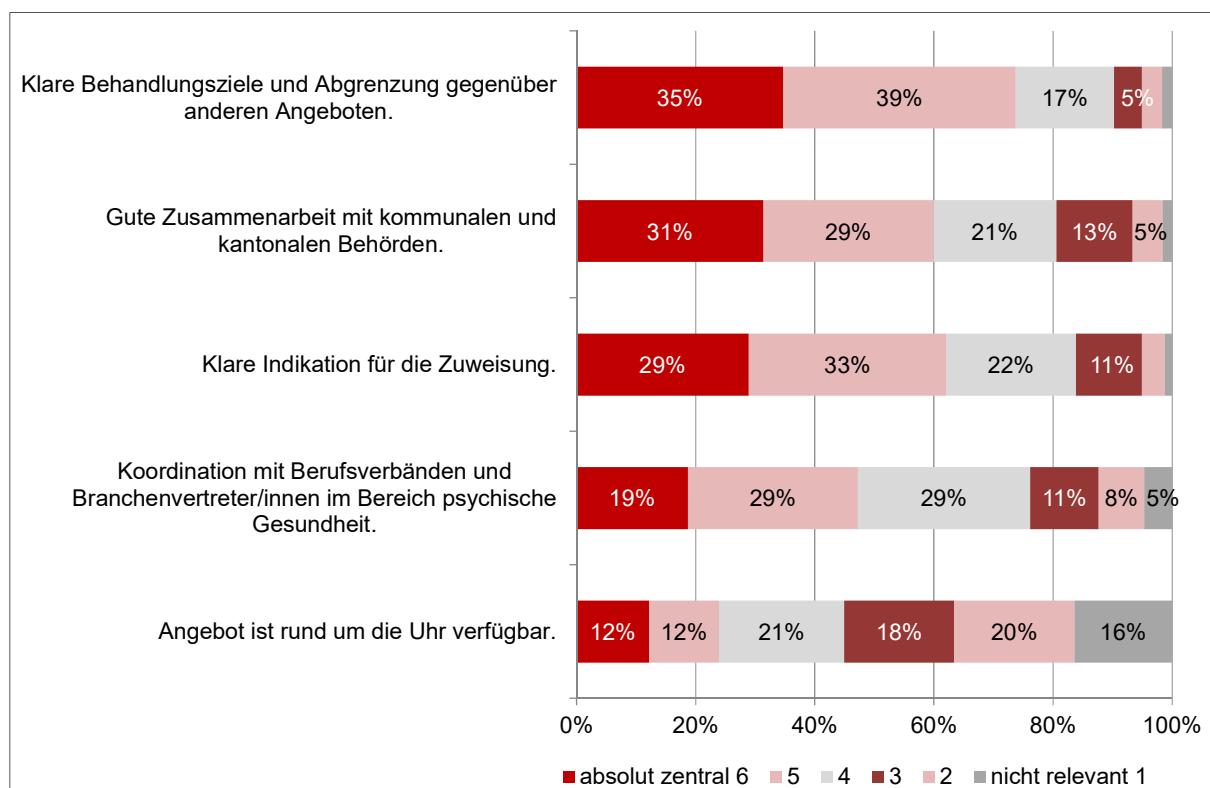
Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die Möglichkeit, unter «Andere Erfolgskriterien» eigene Angaben zu machen, haben 7 Prozent der Befragten genutzt. Mehrfach wurden dabei die in der vorgegebenen Liste aufgeführten Kriterien noch einmal aufgegriffen und illustriert. Hier ein Beispiel zum Thema Beziehungskontinuität:

«Die Kontakte und die Beziehungsarbeit mit denselben Bezugspersonen ist das Zentrale am Erfolg der ambulanten psychiatrischen Pflege. Deshalb sind die Klinikaufenthalte der so betreuten Klientinnen und Klienten markant zurückgegangen.» (Quelle: Anbieterbefragung)

Die als etwas weniger zentral erachteten Kriterien sind in der **Abbildung 18** aufgeführt. Am wenigsten häufig (mit nur 12 Prozent «absolut zentral») wurde angegeben, dass das Angebot rund um die Uhr verfügbar sein soll. Im Rahmen des Workshop-Parallelsymposiums «Spezifika mobiler Dienste für Zielgruppen mit komplexen Störungen» wurde allerdings die Erreichbarkeit rund um die Uhr insbesondere für diese spezifische Zielgruppe von Patient/innen – bei denen mitunter ein Suizidrisiko im Auge zu behalten ist – als wichtig erachtet. Damit ist in erster Linie die Verfügbarkeit einer Ansprechperson per Telefon oder Mail gemeint: Die Erfahrung zeige, dass Anliegen und Unsicherheiten häufig telefonisch geklärt werden können, sodass sich ein Hausbesuch erübrigert. Zentral sei, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen wissen, es ist jemand für sie da, der nötigenfalls intervenieren kann.

Abbildung 18: Gewichtung von Erfolgsfaktoren durch Anbieter mobiler Dienste – Fortsetzung



Frage: «Welches sind die Erfolgskriterien, um einen wie von Ihnen angebotenen mobilen psychiatrischen Dienst bedarfsgerecht und nachhaltig aufrechtzuerhalten? Wie relevant sind folgende Kriterien?» n= 236, 242, 235, 235, 238

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Zwei Themen, die zusätzlich zu der vorgegebenen Liste von Erfolgskriterien mehrfach in den offenen Antworten genannt wurden, sind «Weiterbildung und Qualifizierung» (13 Nennungen) sowie «Administration» (4 Nennungen). Bei ersterem wird eine konstante und bedarfsgerechte Weiterbildung mit guten Weiterbildungsangeboten zur Gewährleistung hoher Qualität der psychiatrischen Pflege als wichtiger Erfolgsfaktor angesehen. Dabei werden auch die besonderen Herausforderungen in diesem Arbeitsbereich erwähnt. Drei Beispielzitate zur Illustration:

«Konzeptuelle evidenzbasierte Prozesse und Handlungsanleitungen.»

«Permanente Supervision und Weiterbildung, Überprüfung meiner Arbeit (da allein).»

«Spezifisches Knowhow im aufsuchenden Bereich muss vorhanden sein oder aufgebaut werden können. Für viele Fachleute ist der Ansatz völlig neu und die Rolle als 'Gast' beim Patienten neu, daher Gefahr der Überforderung und Abgrenzung.»

(Quelle Anbieterbefragung)

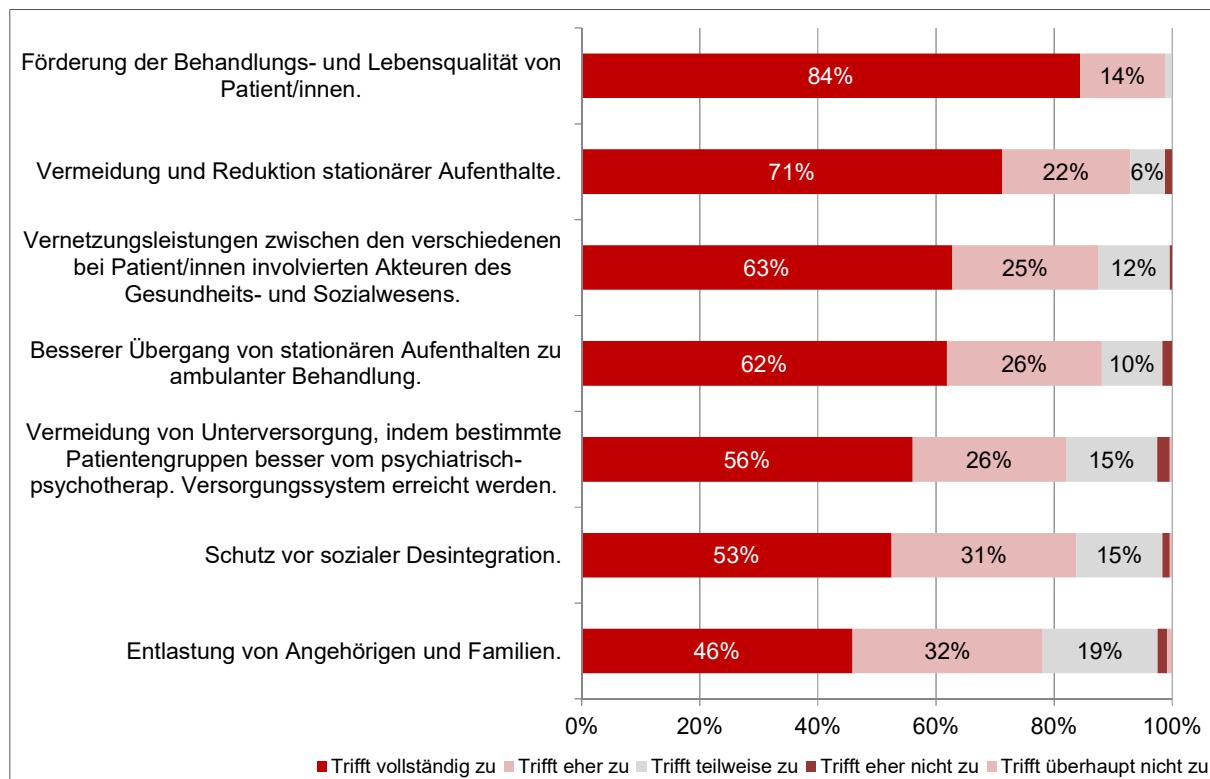
Bezüglich Administration wird primär ein kleiner Administrationsaufwand als wichtig erachtet. Ein Zitat:

«Administration muss klein aber effizient gehalten werden. So ist mehr Zeit für die Kernaufgabe Pflege und es können Kosten gespart werden.» (Quelle: Anbieterbefragung)

Ergänzend zu der Liste mit Erfolgsfaktoren wurde den befragten Leistungserbringern in der Anbieterbefragung auch eine Liste mit *spezifischen Leistungen* – man könnte auch von Auswirkungen oder Ergebnissen des Vorhandenseins mobiler Dienste sprechen – vorgelegt. Die Frage war, welche spezifischen Leistungen mobile psychiatrische Dienste in Ergänzung oder anstelle der bestehenden ambulanten und stationären Angebote erbringen. Wie in der **Abbildung 19** dargestellt, hat die Förderung

der Behandlungs- und Lebensqualität von Patient/innen die höchsten Anteilswerte mit Antwort «trifft vollständig zu». Weiter wurde – wie von den Kantonenverantwortlichen – die Vermeidung und Reduktion stationärer Aufenthalte als wichtige spezifische Leistung erachtet (zu diesem Thema vgl. Textkästen am Ende des Kapitels 5.1). Ebenfalls als zwei wichtige spezifische Leistungen werden Vernetzungsleistungen zwischen verschiedenen Akteuren sowie die Gewährleistung des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung erachtet (mit je knapp zwei Dritteln Anteile von «trifft vollständig zu»). Am wenigsten häufig – allerdings immer noch von beinahe jedem zweiten mobilen Dienst – als «vollständig zutreffend» wird die Entlastung von Angehörigen und Familien erwähnt.

Abbildung 19: Spezifische Leistungen aus Sicht Anbieter mobiler Dienste



Frage: «Welche spezifischen Leistungen erbringen mobile psychiatrische Dienste aus Ihrer Sicht – in Ergänzung oder anstelle der bestehenden ambulanten und stationären Angebote?» n = 244; 240; 236; 242; 240; 239; 242

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Von der Möglichkeit, «Andere spezifische Leistungen» zu nennen, haben 14 Prozent der Befragten Gebrauch gemacht. Häufig wurde dabei auf die langfristigen Behandlungserfolge mobiler Dienste – insbesondere aufgrund von Beziehungskontinuität und Empowerment – sowie auf damit verbundene Kostensenkungen hingewiesen. Einige Beispiele:

- «Akzeptanz von Hilfestellungen durch Bezugsperson meist und längerfristig gegeben.»
- «Durch konstante Bezugspersonen und tragfähiger Beziehung viel bessere Behandlungserfolge.»
- «Psychische Stabilität von Patientinnen.»
- «Bessere Hilfe vor Ort, welche die Umsetzung im Alltag ermöglicht (Expositionen etc.).»
- «Unterstützung zur Selbständigkeit.»
- «Hilfe zur Eingliederung in Arbeit oder Gesellschaft.»
- «Senkung der Behandlungskosten.»
- «Reduktion der Kosten im Sozialwesen.»

(Quelle: Anbieterbefragung)

Exkurs: Evidenz zur Vermeidung und Reduktion stationärer Aufenthalte

Keynote Prof. Urs Hepp am Workshop «Erfolgskriterien für mobile Dienste in der Psychiatrie»

Was den internationalen Stand der Forschung betrifft, liegen zwei Meta-Analysen zur Effektivität mobiler psychiatrischer Dienste in Bezug auf verschiedene Outcome-Parameter vor (Murphy et al, 2015; National Collaborating Centre for Mental Health, 2014). Diese fassen die Evidenz aus insgesamt 14 randomisierten Studien mit Kontrollgruppen zusammen, welche zum Schluss kommen, dass es gelingt, stationäre Aufenthalte mit Home Treatment auf kosteneffektive Art und Weise zu reduzieren oder zu kürzen. Gezeigt wurde ausserdem, dass die Belastung der Angehörigen signifikant reduziert werden kann und die Zufriedenheit von Patient/innen und ihren Angehörigen grösser ist als bei klassischen stationären Behandlungen. Die Aussagekraft der Metaanalysen ist jedoch limitiert: 5 der 14 Studien sind älter als 25 Jahre, 3 Studien verzerren aufgrund ihres Design (Definition Home Treatment; Einschlusskriterien Studienteilnehmende) die Resultate.

Ob die in US-amerikanischen, kanadischen oder australischen Studien festgestellten Effekte auch in der Schweiz erwartet werden können, wird in derzeit an drei (Pilot-)Projekten wissenschaftlich untersucht: «Gemeindeintegrierte Akutversorgung (GiA)» im Kanton Luzern, «Home Treatment für die psychiatrische Akutbehandlung» im Kanton Aargau und «Home Treatment – Akutbehandlung zu Hause» im Kanton Zürich. Die Resultate der noch unveröffentlichten Studien zur Akutbehandlung durch Home Treatment im Kanton Aargau¹⁴ und zur Luzerner GiA¹⁵ zeigen, dass dieses Versorgungsangebot zur Reduktion der stationären Behandlungstage und der direkten Behandlungskosten führt. Auch auf qualitativer Ebene scheinen sich die Effekte der aufsuchenden Behandlung zu bestätigen (Nutzen aus Sicht von Angehörigen und Patient/innen).

Die Resultate sind also auch für die Schweiz vielversprechend; wichtig ist jedoch, in den nächsten Jahren die Evidenzbasis mit weiteren wissenschaftlichen Begleit- und Evaluationsstudien zu erweitern und vertiefen.

5.2 Herausforderungen und Handlungsbedarf

Die Frage, welches die Herausforderungen für einen bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste sind, wurde von 21 Kantonsverantwortlichen beantwortet. Die offenen Antworten wurden zu folgenden als wichtig erachteten Themenbereichen zusammengefasst.

Herausforderungen aus Sicht der Kantonsverantwortlichen

- Eine ungenügende / nicht gesicherte Finanzierung mobiler Dienste (bspw. Behandlungs- und Wegkosten nichtärztliches Personal, Vorhalteleistungen und Gewährleistung der notwendigen Flexibilität, Abgrenzung Pflichtleistungen OKP versus nicht-Pflichtleistungen).
- Mangel an qualifiziertem Fachpersonal, insbesondere Pflegefachpersonen.
- Das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Angebotsformen (ambulant, intermediär, stationär) funktioniert nicht gut und müsste geklärt werden.

Zusätzlich zur Frage nach den Erfolgskriterien wurden die Kantonsverantwortlichen um eine Einschätzung gebeten, inwiefern sie in Bezug auf eine vorgegebene Liste an Themen Handlungsbedarf sehen. Die Ergebnisse finden sich in der **Abbildung 20**. Beinahe alle Kantone sehen Klärungsbedarf bezüglich der Finanzierung mobiler psychiatrischer Dienste und bezüglich des Zusammenspiels der ver-

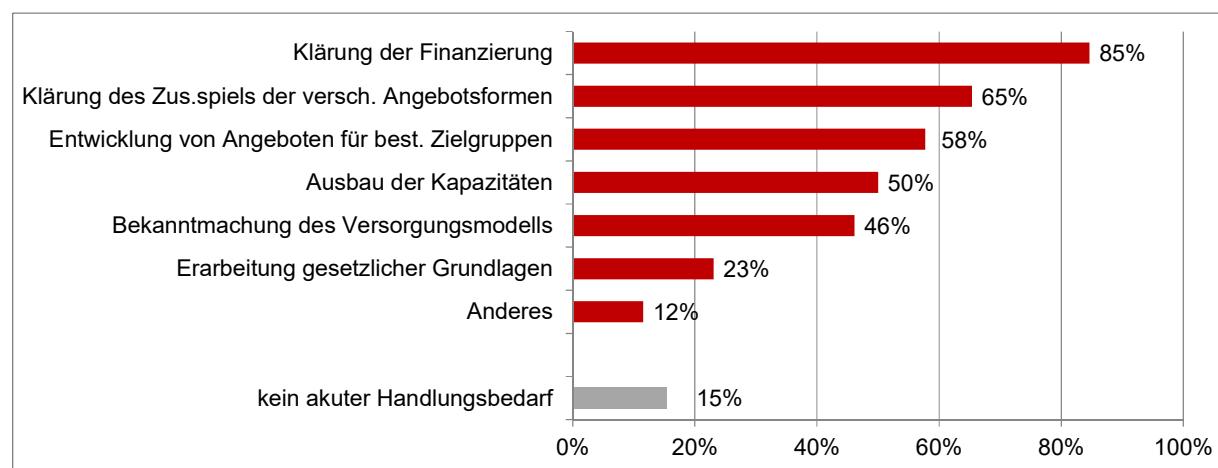
¹⁴ Vgl. Präsentation der Ergebnisse in Stulz et al. (2017).

¹⁵ Vgl. Präsentation des Modells in Kraan (2016).

schiedenen Angebotsformen. Knapp 60 Prozent der Kantone sieht Handlungsbedarf in der Entwicklung von Angeboten für bestimmte Zielgruppen und die Hälfte erachtet einen Ausbau von Kapazitäten (auch im Sinne der Erarbeitung neuer Angebote) für notwendig. Unter «Anderes» wurden folgende zusätzlichen drei Punkte genannt: Förderung der integrierten Versorgung; Entwicklung von Standards (bzgl. Anforderungen, Qualifikationen, Qualitätssicherung etc.); vermehrter Einsatz von telemedizinischen Instrumenten z.B. eHealth).

Insgesamt 15 Prozent der Kantonsverantwortlichen geben an, dass aus ihrer Sicht kein akuter Handlungsbedarf besteht. Als Gründe werden eine insgesamt ausreichende Versorgung bzw. das gut funktionierende Zusammenspiel der bestehenden Angebote genannt; ein Kanton möchte zunächst die Ergebnisse laufender Pilotprojekte abwarten, um einen allfälligen Handlungsbedarf präzise zu eruieren.

Abbildung 20: Handlungsbedarf aus Sicht der Kantone



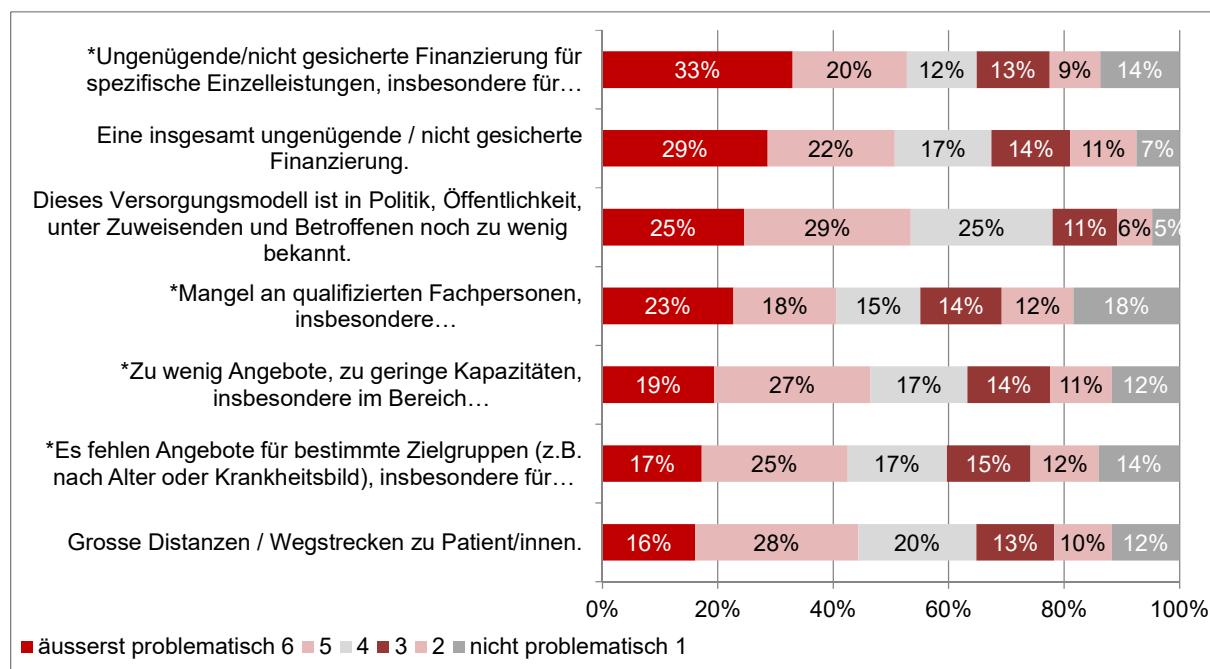
Frage: «Wie beurteilt Ihr Kanton den Handlungsbedarf beim Auf- und Ausbau mobiler Dienste für die Behandlung und Pflege von Patient/innen mit psychischen Erkrankungen?» n = 26

Hinweis: Mehrfachnennungen möglich. Einige Kantone gaben sowohl «keinen» Handlungsbedarf als auch einzelne Punkte an.
Quelle: Kantonsbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die Frage, ob die (Weiter-)Entwicklung des Angebotes mobiler Dienste Bestandteil kantonaler Strategien oder Leitbilder zu psychischer Gesundheit sei, bejahten 38 Prozent der Kantone.

Analog zu den Erfolgskriterien wurde auf der Grundlage der Antworten aus der Kantonsbefragung für die Anbieterbefragung eine Liste mit möglichen Herausforderungen erarbeitet. Die befragten Leistungserbringer wurden gebeten, eine Gewichtung dieser Herausforderungen von «äusserst problematisch» bis «nicht problematisch» vorzunehmen. Die Ergebnisse – sortiert nach Häufigkeit des Anteils «äusserst problematisch» Nennungen – sind in **Abbildung 21** und **Abbildung 22** dargestellt.

Abbildung 21: Herausforderungen aus Sicht der Anbieter



Frage: «Welches sind die Herausforderungen, die sich in Bezug auf mobile psychiatrische Dienste stellen? Wie problematisch sind die folgenden Herausforderungen aus Ihrer Sicht?», n = 182, 227, 232, 185, 196, 186, 230

Anmerkung: Bei Aussagen mit Stern * bestand die Möglichkeit zu individuellen Ergänzung in einem offenen Textfeld.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Ein Drittel der befragten Anbieter erachtet eine ungenügende oder nicht gesicherte Finanzierung gewisser Einzelleistungen als äusserst problematisch (siehe **Abbildung 21**). Knapp 60 Prozent der Befragten hat die Möglichkeit genutzt, im offenen Antwortfeld anzugeben, um welche Einzelleistungen es sich handelt. Folgende Punkte wurden von mindestens 5 Prozent der Antwortenden erwähnt (Mehrfachkategorisierung):

- a) Wegkosten /-zeiten (34%)
- b) Dokumentation / Administration (22%)
- c) Restkostenfinanzierung: Keine Restkosten finanziert bzw. grosse Unterschiede zw. Gemeinden und Kantonen (11%)
- d) Koordination mit Ärzteschaft und Pflege; Transfers; Kontakt während stat. Aufenthalt; hohe Leistungen in Abwesenheit von Patient/innen (11%)
- e) (Sozial)Betreuung / Begleitung / Case Management / Therapeutische Leistungen (10%)
- f) Terminausfälle, Nichterscheinen der Patienten (9%)
- g) Behandlung spezifischer Krankheitsbilder (7%)
- h) Präsenzzeiten / Pikettdienst / Aussergewöhnliche Arbeitszeiten (6%)
- i) Kriseninterventionen (5%)
- j) Langzeitbehandlung (5%)

Das zentrale Merkmal mobiler Dienste ist, dass die zuständigen Fachpersonen die Wegstrecke zu den Patient/innen zurücklegen (und nicht umgekehrt). Gerade die Finanzierung des Zurücklegens dieser Wegstrecke ist jedoch – wie die obigen Ergebnisse zeigen – ungenügend gedeckt. Während im Ärzte tarif TARMED zumindest für Ärzt/innen eine Wegentschädigung vorgesehen ist (und für nichtärztliche Fachpersonen eine solche ausnahmsweise nach bilateraler Absprache genehmigt werden kann, siehe

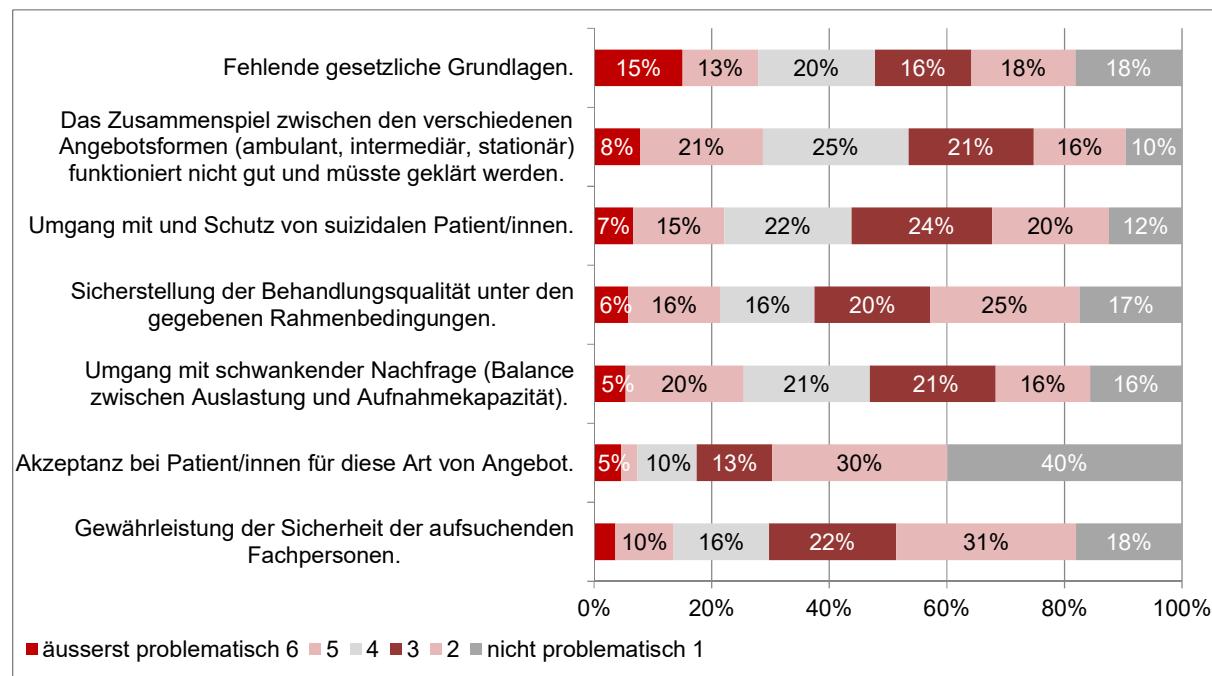
Erläuterungen zum Ärztetarif TARMED in Kapitel 4.1), ist eine Entschädigung von Wegstrecken für ambulante Krankenpflege gemäss Artikel 7 KLV nicht vorgesehen. Stimmen aus dem Workshop weisen darauf hin, dass dies insbesondere in ländlicheren Gebieten dazu führen kann, dass aufsuchende Dienste finanziell nicht tragbar sind und deswegen nicht angeboten werden. Von rund einem Fünftel der Antwortenden wird eine ungenügende Finanzierung von Dokumentations- und Administrationsarbeiten erwähnt. Von jeweils noch knapp über 10 Prozent der Antwortenden schliesslich werden zudem die Unterschiede in der Restkostenfinanzierungen zwischen den Kantonen (Punkt c) sowie Limitierungen in Koordinationsleistungen bzw. Leistungen in Abwesenheit von Patient/innen (Punkt d) als unbefriedigend erwähnt. Zusätzlich zu erwähnen ist, dass von Verantwortlichen von – in der Schweiz gut etablierten, aber in der Anbieterbefragung eher unterrepräsentierten Konsiliar- und Liaisonsdiensten – auf eine im TARMED fehlende Leistungsposition für Konsilien hingewiesen wird. Gefolgt von der Finanzierungsproblematik wird eine zu geringe Bekanntheit dieses Versorgungsmodells in Politik, Öffentlichkeit, unter Zuweisenden sowie Betroffenen von einem Viertel der Befragten als äusserst problematisch erachtet (siehe oben Abbildung 21). Ebenfalls knapp ein Viertel gibt den Mangel an qualifizierten Fachpersonen als grosses Problem an. Gemäss den offenen Ergänzungen es sich dabei besonders häufig um Pflegepersonal – sowohl spezialisierte Psychiatriepflege als auch Pflegefachpersonen im Allgemeinen. Der wahrgenommene Mangel an Fachpersonen gilt aber auch bei Psychiater/innen, wobei verschiedene spezifische «Brennpunkte» genannt wurden: Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie und die fachärztliche Versorgung auf dem Land.

Zu wenig Angebote und Kapazitäten in gewissen Bereichen¹⁶ sowie ein Mangel an Angeboten für bestimmte Zielgruppen sind zwei weitere Themenfelder, die mit 19 bzw. 17 Prozent von relativ vielen Anbietern als äusserst problematisch erachtet werden (siehe oben Abbildung 21). Zielgruppenspezifischen Lücken werden dabei v.a. bei Kindern und Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Familien sowie bei älteren Patient/innen sowie Menschen mit Demenz gesehen.

Abbildung 22 zeigt, welche Herausforderungen von den befragten Anbietern als nicht so dringlich angesehen wurden. Unter anderem zeigt sich, dass der Umgang mit schwankendem Arbeitsvolumen für einen Grossteil der Befragten wohl mit punktuellen Schwierigkeiten verbunden ist, im Allgemeinen jedoch gut gelöst werden kann.

¹⁶ In den offenen Nennungen werden mangelnde Kapazitäten in verschiedenen aufsuchenden Angebotsformen festgestellt (aufsuchende psychiatrische Pflege/Spitex, Home Treatment); öfter genannt wurden auch Kriseninterventionen und Notfälle.

Abbildung 22: Herausforderungen aus Sicht der Anbieter – Fortsetzung



Frage: «Welches sind die Herausforderungen, die sich in Bezug auf mobile psychiatrische Dienste stellen? Wie problematisch sind die folgenden Herausforderungen aus Ihrer Sicht?», n = 226, 230, 226, 224, 224, 224, 218, 222

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

6 Synthese und Diskussion

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Erhebungen sowie aus den Inputreferaten, Präsentationen und Diskussionen am Workshop zusammengezogen, um ein aktuelles Bild der Art und Ausgestaltung mobiler psychiatrischen Dienste in der Schweiz zu zeichnen (Abschnitt 6.1). Abschliessend werden die wichtigsten Erfolgsfaktoren nochmals reflektiert und der Handlungsbedarf aufgezeigt (Abschnitt 6.2).

6.1 Typisierung mobiler Dienste in der Psychiatrie

Ein Ziel des Projekts war es zu eruieren, welche verschiedenen Typen / Arten von mobilen Diensten in der Schweiz existieren. Die Befragung und auch der Praxiseinblick in verschiedene Angebote anlässlich des Workshops haben gezeigt, dass die Vielfalt an mobilen psychiatrischen Diensten überaus gross ist. Dennoch lassen sich entlang der Charakteristika der Angebote (Fachpersonen, Organisationsstrukturen, Finanzierung) grob drei Typen mobiler Dienste unterscheiden:

Typisierung mobiler Dienste

- **Typ 1:** Ambulante psychiatrische Pflege von freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen und von Spitex-Diensten
- **Typ 2:** Mobile psychiatrische Dienste von Spitätern und Psychiatrien
 - **2a:** Konsiliar- und Liaisondienste
 - **2b:** Mobile Einheiten von Spitätern und psychiatrischen Kliniken
- **Typ 3:** Mobile Dienste anderer Anbieter

Die aufsuchende psychiatrische Pflege (**Typ 1**) wird primär von monodisziplinären Teams und freiberuflichen Pflegefachpersonen erbracht, wobei (Fach-)Ärztinnen und Ärzte die Anordnung für pflegerische Leistungen erteilen. Im Fokus von Diensten des Typs 1 steht häufig die Langzeitbehandlung von Patient/innen.¹⁷

Bei **Typ 2** handelt es sich um mobile Dienste, welche institutionell an Spitätern oder psychiatrische Kliniken gebunden sind. Ein Spezialfall sind die psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienste, die üblicherweise an Spitätern arbeiten und dort zu Fallbeurteilungen herangezogen werden. Ihre Aufgabe besteht vorwiegend in Abklärungen und Empfehlungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte; sie sind meist nicht direkt in die Behandlung und Begleitung von Patient/innen involviert. Vor diesem Hintergrund wird kontrovers diskutiert, ob Konsiliar- und Liaisonpsychiater/innen überhaupt als mobile Dienste betrachtet werden sollen. Gemäss Fachpersonen übernehmen Konsiliar- und Liaisondienste jedoch insbesondere in Institutionen, in denen Personen langfristig leben (Alters- und Pflegeheim, Behindertenheim, Gefängnis) aufgrund von dortigem Mangel an spezialisiertem Fachpersonal auch psychiatrische Behandlungs- und Betreuungsaufgaben. Dass eines der konstitutiven Merkmale mobiler Dienste die Betreuung, Behandlung und Abklärung im (häuslichen) Umfeld der Betroffenen ist¹⁸ und dieses Umfeld für einige Patient/innen nicht die Wohnung, sondern ein Heim oder eine Gefängniszelle ist, spricht nach unserer Einschätzung dafür, Konsiliar- und Liaisondienste als separaten **Typ 2a** zu klassifizieren. Dies, sofern die Konsiliar- und Liaisondienste in Institutionen erbracht werden, in denen die Betroffenen längerfristig leben. In diesem Sinne nicht als «mobile Dienste» zu verstehen wären die «klassischen» Konsiliar- und Liaisondienste innerhalb von Akutspitätern.

¹⁷ Eine Kreuztabelle mit Chi-Quadrat Testung der Variablen Typ mal Leistung «Langzeitbehandlung» zeigt, dass Typ 1 signifikant häufiger „oft/sehr“ oft Leistungen im Bereich Langzeitbehandlung übernimmt als Typ 2b (nicht jedoch als Typ 2a).

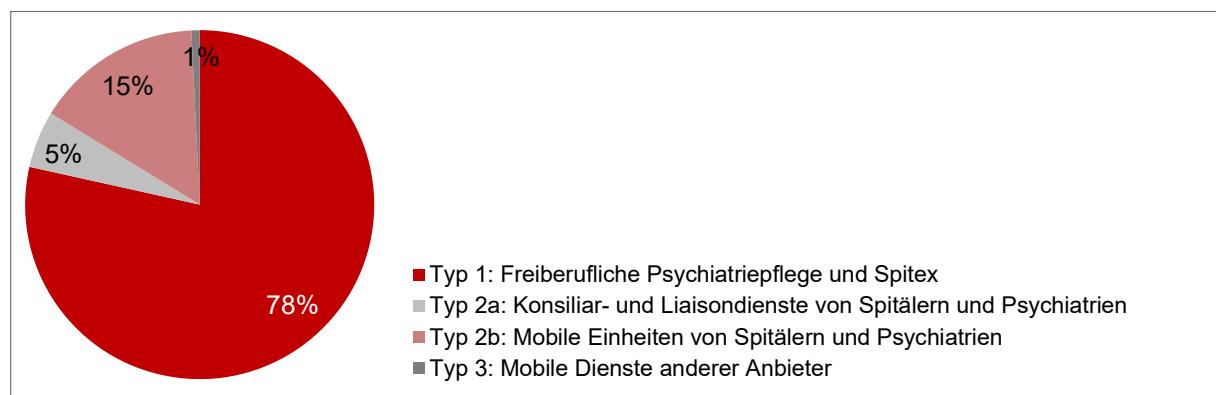
¹⁸ Siehe Arbeitsdefinition in Abschnitt 1.2.

Mobile Dienste gemäss **Typ 2b** sind häufig multiprofessionell aufgestellt und verfügen je nach Zielgruppe und Angebotsspektrum über verschiedene Bezeichnungen, u.a. Home Treatment, Mobile Equipe, aufsuchender psychiatrischer Dienst, mobile Krisenintervention, gemeindeintegrierte Akutbehandlung, ambulante forensisch- psychiatrische Behandlung, poststationäre Übergangspflege oder Intensive Case Management¹⁹. Diese Behandlungsteams sind an psychiatrische Kliniken angeschlossen, je nach Organisationsform aber nicht klar abgrenzbar von anderen Organisationseinheiten. Dies zeigt sich u.a. daran, dass gewisse Teams ihre Patient/innen sowohl in der Klinik behandeln (spital-ambulant und stationär) als auch zu diesen nach Hause gehen (siehe entsprechenden Abschnitt in Kapitel 2.2). Bei einem Teil dieser Angebote handelt es sich um Alternativen zu stationären Klinikauftreten und insofern um Behandlungen von begrenzter Dauer. Andere sind aber durchaus auf längerfristige Begleitung angelegt.

Bei **Typ 3** handelt es sich um eine Restkategorie von mobilen Diensten, welche von Anbietern wie Stiftungen oder Vereine erbracht werden und primär von der Invalidenversicherung (IV), Sozialdiensten oder über Steuergelder finanziert werden. Beispiele aus der Anbieterbefragung sind aufsuchende Wohnbegleitung und Wohn-Coaching. Da unter den befragten Anbietern nur 2 Dienste unter diese Kategorie fallen, wurden diese in die statistischen Analysen der Unterschiede nach Typen nicht mit einbezogen.

Abbildung 23 zeigt die Verteilung der befragten Leistungserbringer nach Angebotstyp. Dabei ist zu beachten, dass diese Verteilung nicht repräsentativ für Situation in der Schweiz ist. So ist dem Forschungsteam etwa bekannt, dass es in der Schweiz mehr Konsiliar- und Liaisiondienste (Typ 2a) gibt, als sich an der Befragung beteiligt haben.²⁰

Abbildung 23: Verteilung der Antworten aus der Anbieterbefragung nach Typ



Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, n = 265, Berechnungen BASS

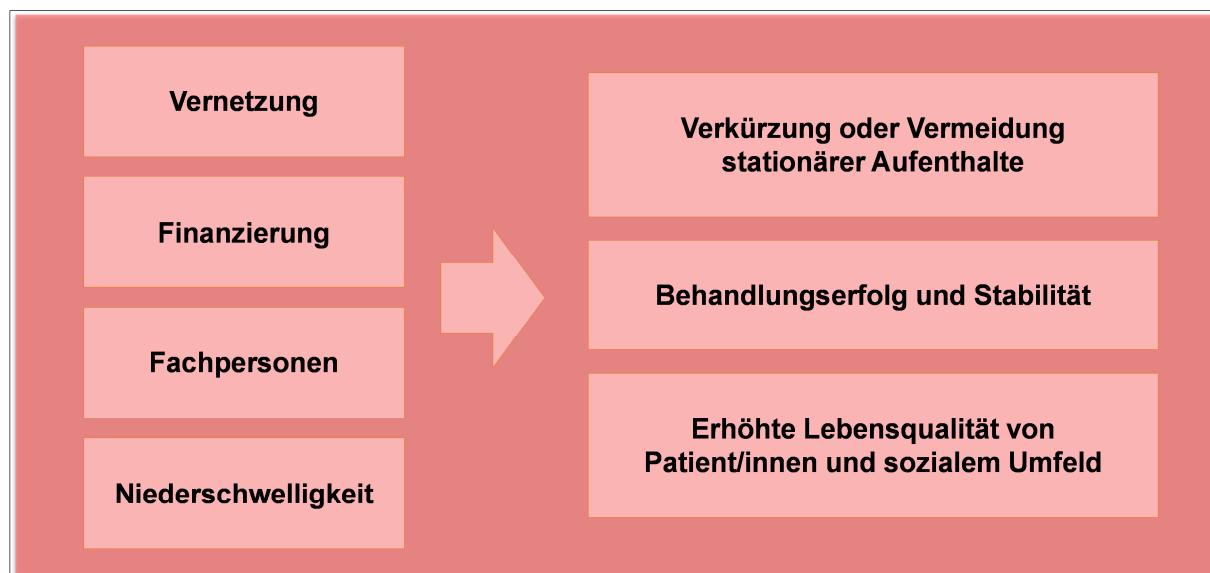
¹⁹ Zur Definition dieser Ansätze und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede vgl. Hepp & Stulz (2017).

²⁰ Um Spitäler mit vielen Angeboten zu entlasten, konnten diese auf Angaben zu Konsiliar- und Liaisiondiensten verzichten.

6.2 Diskussion der relevanten Faktoren und Schlussfolgerungen

In der **Abbildung 24** sind die wichtigsten Faktoren angeführt, welche für eine nachhaltige Verankerung mobiler psychiatrischer Dienste und das Gelingen dieser Systemintervention²¹ – aus gesundheitspolitischer Sicht, auf Behandlungsebene und v.a. für die Betroffenen und Angehörigen selber – als zentral erachtet werden. In den nachfolgenden Abschnitten wird erläutert, welche spezifischen Punkte bei den einzelnen Faktoren zu beachten sind, was in der Praxis bereits gut zu funktionieren scheint und bei welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht.

Abbildung 24: Überblick über relevante Faktoren und Auswirkungen mobiler Dienste in der Psychiatrie



Quellen: Basierend auf allen Projektbausteinen (Kantons- und Anbieterbefragung, Workshop), Eigene Darstellung BASS

6.2.1 Faktoren zur Verankerung mobiler Dienste

Vernetzung

Die Vernetzung der Akteure spielt auf verschiedenen Ebenen eine Rolle. Was das Zusammenspiel **zwischen Akteuren innerhalb des Gesundheitswesens** betrifft, haben sich bereits verschiedene Projekte etabliert, die gemeinsam z.B. von Kliniken mit Spix-Diensten entwickelt werden. Gewisse Kantone fördern diese Vernetzung gezielt, indem sie Austauschplattformen bereitstellen. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass bei neu lancierten Projekten im Bereich Home Treatment die Angst vor Konkurrenz verbreitet ist, aber dass es oft gelingt, Akzeptanz für die komplementären Rollen unterschiedlicher Anbieter zu schaffen (z.B. dass mobile Equipoen in kritischen Situationen einspringen können, wenn psychiatrische Pflege alleine nicht mehr ausreicht). Allerdings wurde im Workshop auch deutlich, dass eine bessere Klärung des Zusammenspiels verschiedener Angebotsformen – ambulant, intermediär, stationär – und eine engere Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Akutbehandlung und Nachsorge/Begleitung gefragt ist.

Das Profil der behandelten Zielgruppen wie auch die am Workshop vorgestellten Projekte zeigen, dass viele Patient/innen nebst medizinisch-pflegerischer Unterstützung auch für die Bewältigung psychosozialer Probleme Hilfe benötigen. Entsprechend wichtig ist auch die bereichsübergreifende Zu-

²¹ Im Gegensatz zu einer einzelnen Intervention handelt es sich bei mobilen Diensten um eine sogenannte Systemintervention, d.h. um die spezifische Art und Weise, wie Versorgungsangebote organisiert und bereitgestellt werden. Vgl. auch DGGPN (2013).

sammenarbeit **zwischen Gesundheits- und Sozialwesen**, ggf. unter Bezug von Erziehungs- und Justizbehörden. Die Integration von Sozialarbeiter/innen in interdisziplinäre Behandlungsteams ist in anderen Ländern Standard (z.B. UK, vgl. Jäggi et al., 2017) und wird von Expert/innen als essentiell bezeichnet. Als Herausforderung wird z.T. die Finanzierung bezeichnet; diese ist über TARMED nur in begrenztem Umfang möglich (vgl. Kap. 4.1).

Zum Thema Vernetzung gehört schliesslich auch die **Bekanntheit** mobiler bzw. aufsuchender Versorgungsformen in der Psychiatrie. Trotz der wachsenden Anzahl und der verstärkten Präsenz solcher Angebote sind sich die Akteure einig, dass dieses Versorgungsmodell bei Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringern sowie in Öffentlichkeit und Politik noch breiter bekannt werden muss.

Finanzierung

Ein wichtiger Erfolgsfaktor – und gleichzeitig eine zentrale Herausforderung für mobile psychiatrische Dienste – ist eine **gesicherte und langfristige Finanzierung**. Gewisse Finanzierungsmöglichkeiten sind dabei durchaus vorhanden. So haben z.B. Anpassungen an KLV Art. 7 vor gut 10 Jahren die Grundlage für freiberufliche Pflegefachkräfte und Spitem-Dienste geschaffen, Leistungen für psychiatrische Pflege abzurechnen. Ausserdem ist es in gewissen Kantonen – dank dem grossen Engagement von Leistungserbringern, Kantsverantwortlichen, Politiker/innen und Versicherungen – gelungen, innovative Pilotprojekte aufzugleisen und in die Regelversorgung zu überführen. Insgesamt bestehen aber nach wie vor je nach Angebotstyp unterschiedliche Hürden für die Etablierung und Verbreitung mobiler Dienste.

Den grössten Teil mobiler Versorgungsleistungen übernehmen aufsuchende Dienste des Typs 1 (frei-berufliche Pflege und Spitem). Was deren Finanzierung anbelangt, ist primär die ungenügende Finanzierung gewisser Einzelleistungen problematisch (vorab: Wegzeiten, Dokumentation/Administration, Vorhalteleistungen, Koordinationsaufwand). Insbesondere was den letzten Punkt betrifft, wird auf bestehende Interpretationsdifferenzen zwischen Leistungserbringern und Versicherern hingewiesen, was die Abgrenzung von Pflicht- versus Nicht-Pflichtleistungen der OKP betrifft. Zusätzlich zum Punkt der ungenügenden Finanzierung gewisser Einzelleistungen wird auf die grossen Unterschiede zwischen den Kantonen in der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung hingewiesen. Neben dem fixen Betrag der Versicherer (OKP) an die Finanzierung von aufsuchenden Pflegeleistungen fällt die Restkostenfinanzierung je nach Kanton und zugrundeliegenden Normkosten sehr unterschiedlich aus. Die Unterschiede in der Mitfinanzierung durch Kanton, Gemeinden und/oder Patient/innen tragen dazu bei, dass das Angebot dieser Versorgungsform je nach Wohnkanton der Patient/innen in grosserem oder kleinerem Umfang vorhanden ist. So kann es in Kantonen ohne Finanzierung von Restkosten und mit hohem ländlichem Anteil (Wegstrecken) für Anbieter unter Umständen nicht möglich sein, ihre Leistungen kostendeckend zu erbringen.

Von den in der Schweiz gut etablierten Konsiliar- und Liaisondienste von Spitätern und psychiatrischen Kliniken, welche für das vorliegende Projekt als mobile Dienste Typ 2a kategorisiert wurden, wurde im Rahmen der Anbieterbefragung einerseits auf eine ungenügende bzw. nicht gesicherte Finanzierung insgesamt hingewiesen und andererseits auf gewisse anhand des Ärztetarifs TARMED nicht oder ungenügend finanzierte notwendige Einzelleistungen (Konsilien, Wegstrecken für nicht-ärztliches Personal).

Am heterogensten ist das Angebot der übrigen mobilen Einheiten von Spitätern und psychiatrischen Kliniken (Typ 2b). Die Bandbreite reicht von kurzzeitiger Krisenintervention und Notfallversorgung mit Überbrückungsfunktion über einen Ersatz eines stationären Klinikaufenthalts bis hin zu länger- und langfristiger Unterstützung in Form eines intensiven Case Managements. Was die Finanzierung anbe-

langt, erfolgt diese bei den Typ 2b-Diensten mehrheitlich über eine Kombination von sowohl kantonalen Beiträgen und als auch OKP-Beiträge basierend auf der Verrechnung über den Ärztetarif TAR-MED. Bei einem gewissen – jedoch kleinen – Anteil der Dienste erfolgt eine Abrechnung von Leistungen via Fall- oder Tagespauschale, welche individuell zwischen Leistungserbringern, (einzelnen) Versicherungen und Kantonen ausgehandelt wurden. Was die Finanzierungsschwierigkeiten von Typ 2b anbelangt, sind auch beim TARMED verschiedene Einzelleistungen nicht oder ungenügend finanziert. Problematisch sind dabei v.a. folgende Punkte: Wegzeiten für nichtärztliche Fachpersonen, der Einsatz von nichtärztlichen Fachpersonen (zeitliche Limitierung auf wöchentlich 4 Stunden), Vorhalteleistungen (z.B. Pikettdienst, kurzfristige Absagen von Patient/innen), Leistungen in Abwesenheit von Patient/innen (bei denen der Aufwand die Limitierung überschreitet), und die nicht kostendeckende Abrechnung von sozialarbeiterischer Tätigkeit. Daneben wird auf die Planungsunsicherheit hingewiesen, die durch das Angewiesen sein auf öffentliche Finanzierung (etwa mit gemeinwirtschaftlichen Leistungen GWL) entsteht. Entsprechende Beiträge müssen immer wieder neu bewilligt werden, was aufgrund der finanziellen Lage der Kantonsfinanzen und der umstrittenen Definition von GWL²² bzw. der Schwierigkeit der Abgrenzung von OKP-Pflichtleistungen von nicht-OKP-pflichtigen Leistungen grosse Unsicherheiten birgt).

Von verschiedenen Akteuren (Kantonsverantwortlichen, Leistungserbringern, Versicherungsverttern) wurde in den Befragungen und im Rahmen des Workshops diskutiert, inwiefern sich das TAR-MED-Modell überhaupt zur Finanzierung mobiler Dienste eigne. Dabei stellt sich die Frage, ob beispielsweise Angebote mit hochfrequenter Betreuung durch ein multidisziplinäres Team, welche den Ersatz eines stationären Klinikaufenthalts zum Ziel haben, nicht eher analog stationären Leistungen mit Pauschalen/Tagespauschalen finanziert werden sollten. Ergebnisse erster Studien aus der Schweiz zeigen, dass mit solch stationsäquivalenten Angeboten eine Reduktion der stationären Behandlungstage und der direkten Behandlungskosten erreicht werden kann.²³ Aktuell wird nur ein kleiner Anteil mobiler Dienste auf der Grundlage von Pauschalen / Tagespauschalen finanziert. Das Zustandekommen derartiger Vereinbarungen ist davon abhängig, ob sich die Tarifpartner (Leistungserbringer, Versicherungen, Kantone) über Tarifhöhe und -aufteilung einig werden. In diesem Kontext wurde im Rahmen der Diskussionen am Workshop mehrfach eine übergeordnete Regelung der Finanzierung bzw. die Vereinheitlichung der Vergütungsmodelle für mobile psychiatrische Dienste des Typs 2b gefordert. Inwiefern sich – trotz deren Heterogenität – für alle Typ 2b-Dienste ein einheitliches Vergütungsmodell eignen würde oder ob eine zusätzliche Kategorisierung von Sub-Typen vonnöten wäre, wäre zu prüfen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass – über alle Typen hinweg – Finanzierungsunterschiede zwischen den Kantonen vorhanden sind, welche die Existenz von mobilen Diensten deutlich beeinflussen. Insofern ist nicht gewährleistet, dass mobile Dienste als Behandlungsoption Patient/innen in allen Kantonen zur Verfügung stehen. Vielmehr ist es vom Wohnort abhängig, welche Behandlung jemand in Anspruch nehmen kann.

Fachpersonen

Das bestehende Angebot an mobilen psychiatrischen Diensten wird durch **gut ausgebildete Fachpersonen** bereitgestellt, Die wichtigste Berufsgruppe ist die Pflege (und hier insbesondere Fachkräfte

²² vgl. von Stockar et al. (2016).

²³ Gewisse Workshop-Teilnehmende erachten die Diskussion über eine einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen (EFAS) als Schlüsselmoment für die Weiterentwicklung dieser Angebotsformen.

mit einem Tertiärabschluss), welche sowohl in **multiprofessionellen Teams von Kliniken (Typ 2b)** eingebunden sind, häufig aber auch in freiberuflicher Tätigkeit oder bei einer psychiatrischen Spitex Patient/innen längerfristig betreuen und begleiten (bei monodisziplinären Diensten des Typs 1 besteht üblicherweise eine Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten). Pflegefachpersonen leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur **Behandlungs- und Beziehungskontinuität**, die als wichtiger Faktor für den Behandlungserfolg gilt. Für alle Fachpersonen – auch für die Psychiater/innen, Psycholog/innen etc. gilt, dass sie sich spezifisches Know-how für das aufsuchende Behandlungssetting erarbeiten müssen; als bedeutender Erfolgsfaktor gilt auch die regelmässige Weiterbildung und Supervision. Angesichts der vielen Anforderungen und der generellen Personalknappheit in der psychiatrischen Versorgung berichten zahlreiche Anbieter allerdings von Schwierigkeiten, genügend geeignetes Fachpersonal zu rekrutieren.

Niederschwelligkeit

Für Patient/innen und Angehörige, die in besonderem Masse von mobilen/aufsuchenden Versorgungsangeboten profitieren (d.h. Personen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und/oder tiefem Funktionsniveau, psychosozialen Mehrfachbelastungen etc.), ist der einfache Zugang zu den verantwortlichen Fachpersonen von zentraler Bedeutung. Für Anbieter bedeutet dies, dass sie **zeitlich flexibel und gut erreichbar** sein müssen (telefonisch, per SMS oder E-Mail), aber auch innert nützlicher Frist bei ihren Patient/innen vor Ort sein können. In urbanen Gegenden und Agglomerationen gelingt dies in der Regel gut; in ländlichen Gebieten sind nicht nur die weiteren Wege eine Herausforderung; auch die unbezahlten Wegstrecken fallen hier mehr ins Gewicht. Mit der zeitlichen Flexibilität kann auch eine unregelmässige Auslastung verbunden sein – diese Vorhalteleistungen werden allerdings nicht vergütet.

Aufsuchende Behandlung eignet sich sehr gut für die Umsetzung einer **patientenzentrierten**, bedarfsgerechten Behandlung und Begleitung, in denen auch Patient/innen selber als Entscheidungsträger agieren können. Auch das **soziale Umfeld** und die Angehörigen sind erfahrungsgemäss viel stärker involviert als bei stationären oder rein ambulanten Behandlungen – oft ohne grossen Zusatzaufwand, da man sich «nebenbei» bei den Patient/innen zu Hause trifft. Gerade für die Angehörigen kann es mitunter sehr entlastend wirken, in den mobilen Diensten konstante Ansprechpersonen zu haben. Überdies sind gemäss Expert/innen stationäre Einweisungen bisweilen auch darauf zurückzuführen, dass Angehörige überfordert sind und selber mit der Situation nicht mehr klarkommen. Entsprechend werden sie auch als «zweite Zielgruppe» mobiler Dienste bezeichnet. Bei der Zusammensetzung mobiler Equipen und bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen sollte daher darauf geachtet werden, sowohl Peers (auch: Genesungsbegleiter/innen) als auch Angehörige konsequent einzubinden.

6.2.2 Erwartete und beobachtete Auswirkungen mobiler Dienste

Verkürzung oder Vermeidung stationärer Aufenthalte

Gemäss aktuellem Forschungsstand gelingt es auch in der Schweiz, mit mobilen Akut- und Krisenteams stationäre Behandlungstage zu reduzieren – mit tendenziell weniger Kostenaufwand.²⁴ Weitaus weniger als mobile interdisziplinäre Teams kostet die Betreuung und Begleitung von Patient/innen durch aufsuchende psychiatrische Pflege. Durch regelmässige Patientenkontakte können Krisen frühzeitig erkannt und geeignete Massnahmen eingeleitet werden, um ggf. Klinikaufenthalte zu vermeiden. Die Verkürzung und Vermeidung von Hospitalisierungen – insbesondere fürsorgerische Unterbringung

²⁴ Hierzu sind wie erwähnt weitere wissenschaftliche Begleitstudien nötig.

(FU) – wirkt sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität von Patient/innen aus, sondern ermöglicht auch Kosteneinsparungen, da stationäre Aufenthalte generell sehr teuer sind. Allerdings gilt es zu betonen, dass stationäre Behandlungen in manchen Fällen angezeigt sind und sich Home Treatment oder andere aufsuchende Behandlungsformen nicht für alle Patient/innen eignen. Die adäquate **Balance von stationär, intermediär und ambulant** ist allerdings nicht einfach zu finden. In manchen Kantonen hat erst die Schliessung stationärer Abteilungen den Weg frei gemacht für den Aufbau einer mobilen Behandlungseinheit; auch Versicherer sehen z.T. einen Ausbau mobiler Behandlungsangebote nur unter der Voraussetzung, dass stationäre Behandlungskapazitäten abgebaut werden. Denn nebst eingesparten stationären Behandlungskosten sind es v.a. auch die wegfallenden Infrastrukturkosten, welche zur positiven finanziellen Bilanz mobiler Equipen beitragen (vgl. Kraan, 2016).

Behandlungserfolg und Stabilität

Eine spezifische Leistung aufsuchender psychiatrischer Behandlungsformen ist die Erhöhung der Lebensqualität und Zufriedenheit von Patient/innen. Was in der Alterspflege bereits Standard ist – Personen mit Pflegebedarf bleiben solange als möglich zu Hause –, wird durch mobile Equipen auch für Patient/innen mit psychischen Erkrankungen ermöglicht. Im Idealfall gelingt es, das Vertrauen von Personen zu gewinnen, die sich aufgrund negativer Erfahrungen und gescheiterten Behandlungsversuchen vom Versorgungssystem abgewandt haben. Die Anbieterbefragung zeigt, dass mit mobilen Diensten Patientengruppen erreicht werden, die ein erhöhtes Risiko für Unterversorgung und Desintegration aufweisen, namentlich Personen mit stark eingeschränktem Funktionsniveau, Mehrfachbelastungen (Krankheit, Sucht, psychosoziale Risiken), mit Komorbiditäten (psychisch und/oder somatisch) sowie Personen mit schwer behandelbaren Erkrankungen (wie z.B. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, schizophrene Störungen).

Allerdings haben auch mobile Dienste mit Problemen zu kämpfen, die in der Natur der Erkrankungen und der bestehenden psychosozialen Problematiken liegen: Behandlungsverweigerung, nicht zuverlässige Termineinhaltung etc. Diese bestehen auch bei anderen Angebotsformen. Verschiedene Anbieter mobiler Dienste setzen vor diesem Hintergrund auf eine längerfristig angelegte Begleitung, welche den Umgang mit Rückschlägen und Krisen von Anfang an konsequent mitdenkt und zusammen mit den Betroffenen entwickelt. Die Zielsetzung solcher Programme besteht denn auch spezifisch im «Empowerment» der Betroffenen, d.h. in deren Befähigung, eine aktive Rolle in ihrer Lebensgestaltung zu übernehmen. Nicht alle mobilen psychiatrischen Dienste arbeiten mit diesem Ansatz – allen gemeinsam ist jedoch das Ziel, die Betroffenen zu **stabilisieren**, zur Früherkennung und Abfederung von (neuen) Krisen beizutragen und das Suizidrisiko zu vermeiden.

Erhöhte Lebensqualität

Die Mitbestimmung und Mitgestaltung der Behandlung sind Patient/innen im eigenen Umfeld eher möglich als im institutionellen Setting. Die Reduktion bzw. Vermeidung stationärer Aufenthalte entspricht einem Bedürfnis vieler Patient/innen – insbesondere fürsorgliche Unterbringungen und Zwangsmassnahmen sind traumatische Erfahrungen. Die Erfahrungen zeigen, dass auch Angehörige durch die Stabilisierung der Betroffenen und die Vermeidung von Klinikeinweisungen stark entlastet werden. Bei Bedarf bieten Psycholog/innen oder andere Mitglieder der mobilen Behandlungsteams auch Gespräche mit Angehörigen an, um diese gezielt zu unterstützen. Zwar sind in manchen Fällen stationäre Aufenthalte angezeigt und sowohl für Patient/innen wie auch ihre Angehörigen der richtige Schritt. Je weniger Betroffene ihr alltägliches Umfeld wegen (eigentlich vermeidbaren) Klinikaufenthalten verlassen müssen, desto bessere Chancen haben sie jedoch, einer Arbeit oder einer Ausbildung nachzugehen und sich in die Gesellschaft zu integrieren. Zum Grundsatz mobiler psychiatrische

Dienste gehört vielfach das Ziel, die Behandlung und Betreuung auf die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen auszurichten. Dass sowohl kurative als auch präventive Ziele verfolgt werden, entspricht den Prinzipien der Prävention in der Gesundheitsversorgung, die in der Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD-Strategie, Handlungsfeld 2) festgehalten sind (BAG & GDK, 2016).

6.2.3 Schlusswort

Die vorliegende Studie macht deutlich, dass in der Schweiz bereits eine grosse Vielzahl mobiler psychiatrischer Angebotsformen besteht, die Verfügbarkeit dieser Versorgungsangeboten aber je nach Kanton sehr unterschiedlich ist. Die nicht repräsentative Bestandsaufnahme bei Kantonen und Anbietern sowie der Austausch am Workshop vom 27.11.2017 haben auf zahlreiche Faktoren aufmerksam gemacht, die für den Erfolg und die nachhaltige Verankerung mobiler psychiatrischer Dienste relevant sind. In diesem Projektbericht wurden zahlreiche Herausforderungen genannt, aber auch Ansatzpunkte aufgezeigt, die man weiterverfolgen könnte, um mobile Dienste und deren Integration ins Versorgungssystem zu fördern. Angesprochen sind dabei alle Akteure, vom Bund über die Kantone und Versicherer bis zu den Leistungserbringern selber.

Mobile Dienste in der Psychiatrie können als komplementärer Puzzlestein dazu beitragen, Versorgungslücken zu schliessen und im Sinne einer integrierten, patientenzentrierten Versorgung die Behandlungsqualität zu verbessern. Bei der Weiterentwicklung sollte dabei ein Augenmerk auf die verschiedenen Angebotstypen gelegt werden (d.h. pflegegeleitete Formen wie auch Angebote von Spitätern und Psychiatrien), welche je ihre spezifische Funktion im Versorgungssystem übernehmen können.

Der bisherige Forschungsstand und die Erfahrungen in der Schweiz verweisen auf den Nutzen mobiler Dienste für die Betroffenen und für das Gesundheitswesen generell. Allerdings ist die Evidenzbasis zur Evaluation der Angebote insgesamt noch relativ gering. Wünschenswert wären weitere wissenschaftliche Studien zu den Behandlungsoptimalen sowie gesundheitsökonomische Analysen. Prüfenswert scheint ausserdem, als Grundlage für weiterführende Diskussionen über die Planung, Verankerung, Regelung und Finanzierung intermedialer (und spezifisch mobiler) Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie repräsentative Strukturdaten zu erarbeiten bzw. die bestehenden Erhebungen²⁵ entsprechend anzupassen.

²⁵ Beispielsweise ist innerhalb der Spitex-Statistik derzeit keine Unterscheidung zwischen psychiatrischer Spitex und «regulär» Spitex möglich.

7 Literaturverzeichnis

- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG und GDK (Hrsg.) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*, Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- DGGPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin
- Hepp, U. & Stulz, N. (2017). «Home treatment» für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen, *Der Nervenarzt*, 88, doi: 10.1007/s00115-017-0355-6
- Jäggi, J., Künzi, K., de Wijn, N., & Stocker, D. (2017). *Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kraan, K. (2016). *Gemeindeintegrierte Akutbehandlung – Stadt und Land. Intensive Hometreatment im Kanton Luzern* [Präsentation vom 12. Oktober 2016]. Online-Abruf 14.06.2017
http://www.forum-psychiatrie.ch/_downloads/zentral/K986-20161012-Gemeindeintegrierte-Akutbehandlung-Stadt-und-Land.pdf
- Murphy, S.M., Irving, C.B., Adams, C.E., & Wagar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses, *Cochrane Database Syst rev*, 12, doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5
- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management* (National Clinical Guideline 178, updated edition 2014).
- Spitex Verband Schweiz (2012). *Pflegefinanzierung in den Kantonen – Ambulante Pflege*. Stand Mai 2012.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J. Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stulz, N., Kawohl, W., Maeck, L., Wyder, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., grosse Holforth, M., Schnyder, U., & Hepp, U. (2017). *Home Treatment für die psychiatrische Akutbehandlung: Eine randomisierte kontrollierte Studie* [Präsentation am 2. Symposium Kompetenzzentrum Psychische Gesundheit, Zürich, 26. Januar 2017].
- von Stockar, T., Vettori, A., Gschwend, E., & Boos, L. (2016). *Finanzierung der Investitionen und gemeinschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Anhang

7.1 Programm Workshop

Workshop «Erfolgskriterien für mobile Dienste in der Psychiatrie» – Programm

27. November 2017; Bundesamt für Gesundheit, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

10:00 – 10:15	Begrüssung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Lea Meier, Projektleiterin Psychische Gesundheit BAG ▪ Diana Müller, Projektleiterin Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
10:15 – 10:45 Plenumsreferat	Mobile Dienste in der Schweiz – Ergebnisse Kantons- und Anbieterbefragung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. Désirée Stocker, Bereichsleiterin Psychische Gesundheit, Büro BASS
10:45 – 11:15 Plenumsreferat	Stand der Forschung international und in der Schweiz <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Urs Hepp, Ärztlicher Direktor Integrierte Psychiatrie Winterthur
11:30 – 12:30 Parallel- Symposien 1	<p>1a: Möglichkeiten und Grenzen der Kantone beim Auf- und Ausbau von mobilen Diensten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marita Verbali, Abteilungsleiterin Versorgungsplanung, Kanton Zürich ▪ Catherine Hoenger, Responsable Soins Palliatifs et Santé Mentale, Service de la Santé Publique, Ct. de Vaud ▪ Paula Berni, Gesundheitsamt, Fachstelle Spitex, Kanton Graubünden <p>1b: Finanzierungsformen und -möglichkeiten mobiler Dienste</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thomas Frauchiger, Leiter Leistungseinkauf Ost, tarifsuisse AG ▪ Markus Merz, CEO Psychiatrie St. Gallen Nord ▪ Dr. Roland Gasser, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Spitalamt <p>1c: Vernetzung und Interdisziplinarität als Erfolgsfaktoren mobiler Dienste</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. med. Kerstin Gabriel Felleiter, Chefärztin Ambulante Dienste, Luzerner Psychiatrie ▪ Dr. med. David Briner, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich & PD Dr. med. Matthias Jäger, Leiter Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich ▪ Gérard Villarejo, Co-Fondateur de PSYDOM, Cantons de Fribourg, Neuchâtel, Jura
13:30 – 14:15 Parallel- Symposien 2	<p>2a: Spezifika mobiler Dienste im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dr. med. Bruno Rhiner, Chefarzt Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Thurgau ▪ Regula Buder, Stv. Geschäftsleitung und Qualitätsverantwortliche, Kinderspitex Nordwestschweiz <p>2b: Spezifika mobiler Dienste für Zielgruppen mit komplexen Störungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Yasser Khazaal, Médecin adjoint agrégé, Hôpitaux Universitaires Genève ▪ Christine Frötscher, Betriebsleitung Psychiatrischer Dienst Spital Emmental <p>2c: Spezifika mobiler Dienste im Bereich der Alterspsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Stefan Klöppel, Direktor Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern ▪ Sandra Keller-Fisch, Leitung Fachteam Psychiatrie, Spitex Appenzellerland
14:30 – 14:50 Plenumsreferat	Mobiles Angebot zur frühzeitigen Behandlung und Intervention bei psychotischen Störungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prof. Dr. med. Philippe Conus, Chef de Service Psychiatrie générale, Adjoint au chef du Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
14:50 – 15:10 Plenumsreferat	Aufbau mobiler Dienste – Einblicke in die Praxis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regula Lüthi, Direktorin Pflege, Medizinisch-Therapeutische Dienste und Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
15:10 – 15:40	Podiumsdiskussion – Mobile Dienste in der Psychiatrie: heute und in Zukunft <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thomas von Allmen, Leiter Abteilung Spitalversorgung, Gesundheitsdepartement, Kanton BS ▪ Dre Isabelle Gothuey, Médecin directrice, Secteur de psychiatrie et psychothérapie pour adultes, Réseau fribourgeois de santé mentale RFSM ▪ Dr. Salome von Geyrzer, Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien BAG
15:40 – 15:45	Schlusswort

