



STANDPUNKT

Für eine bedarfsgerechte und auf die einzelnen Patientinnen und Patienten zugeschnittene effiziente psychiatrische Versorgung ist ein breites Spektrum an Leistungsangeboten zentral. Zwar beschränkt sich die Planungspflicht der Kantone gemäss Art. 39 KVG auf die stationäre Versorgung. Gerade in der Psychiatrie stellen aber intermediäre Strukturen wie Tageskliniken, Ambulatorien und auch mobile Angebote eine wichtige Ergänzung dazu dar.

Intermediäre Angebote lassen sich allerdings anhand der verfügbaren statistischen Daten oftmals nur unvollständig abbilden – sei es, weil die Informationen fehlen oder weil der Zugang zu Datenquellen erschwert ist. Insofern liefert das Obsan-Projekt «Regionale Profile der Psychiatrieversorgung in der Schweiz» sowie das vorliegende Bulletin wichtige und nützliche Erkenntnisse – gerade auch für die Kantone.

Die Analysen zum Versorgungsmix bieten einen interessanten Überblick über die wesentlichen Elemente der psychiatrischen Versorgung und ermöglichen kantonale und regionale Vergleiche. Bei solchen Vergleichen ist jedoch zu berücksichtigen, dass – je nachdem, ob es sich beispielsweise um ländliche oder städtische Regionen handelt – die Anforderungen an die Versorgung unterschiedlich sind und sich deshalb auch Strukturen und Angebote unterscheiden können. Innovative und bedarfsgerechte Versorgungsmodelle müssen diesem Umstand Rechnung tragen und sich an den spezifischen Bedürfnissen und Gegebenheiten der jeweiligen Region orientieren. Daraus ergibt sich die vielfältige Versorgungslandschaft in der Schweiz.

Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen im Allgemeinen und für die Planungsüberlegungen der Kantone im Speziellen ist es wichtig, vorhandene Daten zu erschliessen und deren Potenzial zu nutzen. Das vorliegende Bulletin zeigt uns anhand der Auswertung der Abrechnungsdaten der Krankenversicherer eine interessante Möglichkeit.

Kathrin Huber, *Generalsekretärin der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)*

Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung

Regionale Unterschiede im Versorgungsmix

Psychische Erkrankungen verursachen erhebliche wirtschaftliche und soziale Kosten. Im Durchschnitt ist die Hälfte der Menschen irgendwann in ihrem Leben von einer psychischen Erkrankung betroffen (OECD, 2021; Wittchen & Jacobi, 2005). Psychische Erkrankungen wirken sich auf alle Lebensbereiche aus und beeinträchtigen Lebensqualität, Alltag und Arbeitsfähigkeit. Die Angebote der psychiatrischen Versorgung (siehe auch Kasten 1) spielen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, die individuellen und gesellschaftlichen Folgen psychischer Erkrankungen zu mildern respektive die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Personen zu verbessern.

Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz ist vielfältig und komplex, wobei insbesondere die folgenden Angebotsstrukturen unterschieden werden (BAG, 2020):

- **Praxisambulante Strukturen:** Sprechstunden bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.
- **Intermediäre Strukturen:** Angebote, die zwischen den praxisambulanten Sprechstunden und den stationären Versorgungsstrukturen anzusiedeln sind. Dazu gehören unter anderem spitalgebundene Ambulatorien, Tageskliniken sowie aufsuchende Angebote (Home Treatment bzw. mobile Dienste).
- **Stationäre Strukturen:** Therapeutisches Angebot in psychiatrischen Kliniken und somatischen Spitälern.

Das vorliegende Bulletin analysiert und beschreibt die regionalen Unterschiede im Mix dieser Angebotsstrukturen (nachfolgend auch als «Versorgungsmix» bezeichnet) und versucht so einen umfassenden Überblick zur Organisation der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz zu liefern. Als Datenquelle dienen vor allem die Abrechnungsdaten im Tarifpool (siehe Kasten 2»). Analysiert werden die effektiv erbrachten Leistungen im Behandlungsjahr 2021. Die kantonalen Vergleiche in diesem Bulletin stellen somit die effektive Nutzung der verschiedenen Angebotsstrukturen durch die im jeweiligen Kanton wohnhafte Bevölkerung dar und zeigen auf, welche Rolle die verschiedenen Angebotsstrukturen in der regionalen Versorgung spielen.

Kasten 1: Definition psychiatrische Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfasst unterschiedliche Strukturen. Dazu gehören einerseits Angebote, die auf die medizinisch-therapeutische Behandlung psychischer Störungen fokussieren (psychiatrische Kliniken, Ambulatorien und Tageskliniken, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater sowie psychotherapeutisch tätige Psychologinnen und Psychologen). Das vorliegende Bulletin fokussiert auf ebendiese Strukturen der psychiatrischen Versorgung im engeren Sinn. Ergänzt werden diese Strukturen durch spezielle Wohnformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen (betreute Wohnplätze, Wohnheime und heimähnliche Einrichtungen) sowie Angebote zur beruflichen und sozialen Integration (u. a. Werkstätten, Arbeitsintegrationsprogramme, Tagesstätten).

Die Bedeutung des Versorgungsmix im historischen und internationalen Kontext

Gesundheitssysteme sind bestrebt, mit begrenzten Ressourcen eine möglichst effektive Versorgung zu gewährleisten. Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung ist der Mix der Angebotsstrukturen zentral, gemeint ist damit die Kombination von stationären, intermediären und ambulanten Angeboten (siehe dazu auch das «Balanced Care Model» u. a. in Thornicroft & Tansella 2013, 2004). Intermediäre und ambulante Strukturen werden dabei als Möglichkeit postuliert, um lange Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken zu verhindern und Menschen mit psychischen Problemen in ihrem gewohnten Umfeld zu behandeln (WHO, 2021). Dies ist auch vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der institutionellen Psychiatrie zu verstehen. Unter dem Stichwort «Deinstitutionalisierung» wurde in vielen westlichen Ländern nach den 1950er Jahren die psychiatrische Versorgung reformiert. Die Behandlungsdauern in Kliniken wurden reduziert, stationäre Betten abgebaut und neue ambulante und tagesklinische respektive intermediäre Angebote installiert, mit dem Ziel einer verbesserten sozialen Integration vor allem der Menschen mit chronischen Krankheitsverläufen (Forster, 1997).¹ Diverse Studien stützen die Wirksamkeit ambulanter bzw. wohnortnaher Versorgungsangebote. Hinzu kommt, dass sie leichter zugänglich sind und im Allgemeinen von den betroffenen Patientinnen und Patienten bevorzugt werden (Killaspy, 2006). Für bestimmte intermediäre Angebote wie das Home Treatment konnte zudem eine bessere Kosteneffizienz bestätigt werden (Stulz et al., 2020), insgesamt zeigen aber gesundheitsökonomische Evaluationen im Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung, dass gemeindenahere Versorgungsangebote in der Regel nicht günstiger sind als eine stationäre Langzeitversorgung (Thornicroft & Tansella, 2002).

¹ Nebst Verlagerungen hin zu intermediären und ambulanten Angeboten in der Psychiatrie, war vor allem in europäischen Ländern auch eine Verschiebung hin zu speziellen Wohnformen für Menschen mit psychischen Erkrankungen (betreute Wohnplätze, Wohnheime und heimähnliche Einrichtungen) zu beobachten (Stichworte «Transinstitutionalisierung» und «Re-Institutionalisierung» u. a. in Richter & Hoffmann, 2016).

Die Bedeutung des Versorgungsmix im Kontext der Finanzierungsmodalitäten in der Schweiz

In der Schweiz kommt dem Versorgungsmix auch mit Bezug auf die Finanzierung eine grosse Bedeutung zu. Die Kosten bei stationären Angeboten werden anteilmässig von der öffentlichen Hand (mindestens 55%) und den Krankenversicherern übernommen. Im ambulanten Bereich werden die Leistungen grundsätzlich über die Tarifstruktur TARMED und somit vollständig über die den Krankenversicherer finanziert. Die Leistungen intermediärer Versorgungsangebote werden durch den TARMED allerdings oftmals nicht adäquat abgedeckt (Bundesrat, 2016). Geschlossen wird diese Finanzierungslücke durch die Kantone im Rahmen der Vergütung von sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) oder anderen kantonalen Finanzierungsbeiträgen². GWL sind Leistungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden. In der Psychiatrie betrifft dies insbesondere die intermediären Strukturen (vgl. dazu Müller et al., 2019), weil diese Angebote – wie oben bereits erwähnt – über die ambulanten Tarife oftmals nicht kostendeckend betrieben werden können. Welche Leistungen in welchem Ausmass via GWL finanziert werden, ist jedoch je nach Kanton unterschiedlich. Gleichzeitig ist die Planungssicherheit für die Leistungserbringer eingeschränkt, weil die Finanzierung von den jährlichen Budgetentscheiden der kantonalen Parlamente abhängig ist (Bundesrat, 2016).

Kasten 2: Daten und Methoden

Der Tarifpool der SASIS AG umfasst alle durch die beteiligten Krankenversicherer erfassten Rechnungen inklusive die Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten), was als Bruttoleistungen bezeichnet wird. Im Tarifpool nicht erfasst sind Rechnungen, welche von den Versicherten zurückbehalten werden (z. B. aufgrund einer hohen Franchise) sowie Leistungen, welche nicht von den Versicherungen im Rahmen der OKP übernommen werden (z. B. Unfallversicherung, Invalidenversicherung oder Zusatzversicherungen). Die Analysen zum Versorgungsmix basieren auf dem Leistungsvolumen in Schweizer Franken. Das Leistungsvolumen entspricht der Summe aus den Bruttoleistungen gemäss Tarifpool und den Kantonsbeiträgen bei stationären Behandlungen. Weitere Informationen zu den Datenquellen und Methoden finden sich im Begleitdokument zu diesem Bulletin.

² Je nach Kanton werden gewisse Leistungen nicht nur unter dem Titel «GWL» vergütet, sondern auch unter den Titeln «Zusatzfinanzierungen» und «Sons-tige» (vgl. dazu Müller et al., 2019). Für die Analysen im vorliegenden Bulletin sind grundsätzlich alle kantonalen Finanzierungsbeiträge von Interesse, mit denen direkt Leistungen zugunsten von Patientinnen und Patienten (mit)finanziert werden. In der Praxis ist das häufig deckungsgleich, mit dem was unter Begriff GWL im Kontext der psychiatrischen Versorgung verstanden wird, mit Ausnahme der Beiträge für die universitäre Lehre und Forschung, die oftmals in den Daten nicht separat ausgewiesen und somit nicht abgegrenzt werden können. Im Bulletin werden nachfolgend anders deklarierte kantonale Finanzierungsbeiträge der Einfachheit halber unter dem Begriff GWL subsumiert.

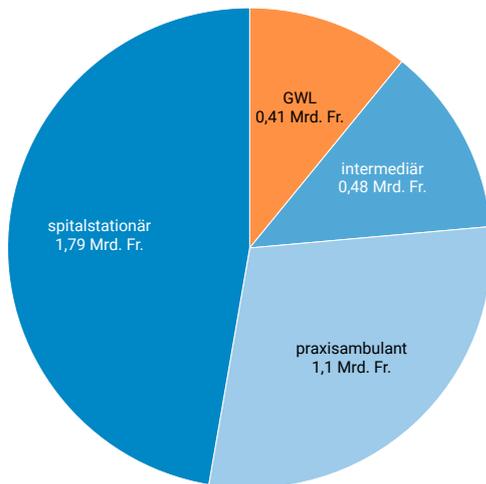
Ergebnisse

Fast die Hälfte des Leistungsvolumens im stationären Bereich

Grafik G1 zeigt die relativen Anteile des Leistungsvolumens nach Angebotsstruktur. Als Messgrösse wird das Leistungsvolumen in Schweizer Franken bzw. in Prozent verwendet (vgl. Kasten 2). Der grösste Anteil kommt dem stationären Bereich zu, mit 1,79 Milliarden Franken im Jahr 2021, was 47% des gesamten Volumens entspricht. Das Leistungsvolumen im praxisambulanten Bereich beläuft sich auf 1,1 Milliarden Franken respektive 29%. Schliesslich entfallen 13% auf Leistungen im intermediären Bereich und 11% betreffen Leistungen, die via GWL finanziert werden.

Die in Grafik G1 ausgewiesenen GWL basieren auf Analysen der Krankenhausstatistik (KS) mit zusätzlicher Validierung durch die Kantone. Aus diesen Berechnungen geht auch hervor, dass der Anteil der GWL je nach Kanton deutlich variiert, wobei v. a. Kantone mit einem hohen Anteil Leistungen im intermediären Bereich auch einen hohen Anteil GWL ausweisen. Das erscheint plausibel, wenn man bedenkt, dass GWL oftmals zu deren Kostendeckung dienen. Es bleibt dabei zu beachten, dass die Angaben zu den GWL in der KS nicht nach einheitlichen Vorgaben erfasst werden. Das Leistungsvolumen und der Anteil der GWL gemäss Grafik G1 stellen somit nur eine grobe Schätzung dar, zeigen aber deren wesentliche Bedeutung. In den nachfolgenden Analysen nach Kanton und Psychiatrieversorgungsregion sind die über GWL finanzierten Leistungen aufgrund der unsicheren Datenlage nicht enthalten.

Leistungsvolumen nach Angebotsstruktur, 2021 G1



Bemerkung: Das Leistungsvolumen bzgl. GWL ist eine Schätzung ausgehend von den Angaben der psychiatrisch tätigen Spitäler und Kliniken in der Krankenhausstatistik (KS). Konkret wurde das REKOLE-Konto 695 «Beiträge von Kantonen» mit Filter auf den Aktivitätstyp «Psychiatrie» ausgewertet. Die Ergebnisse wurden den Kantonen zur Validierung unterbreitet, wobei 17 von 26 Kantonen die Werte bestätigt oder korrigierte Werte geliefert haben.

Datenstand: 16.8.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool; BFS - Krankenhausstatistik / Auswertung Obsan

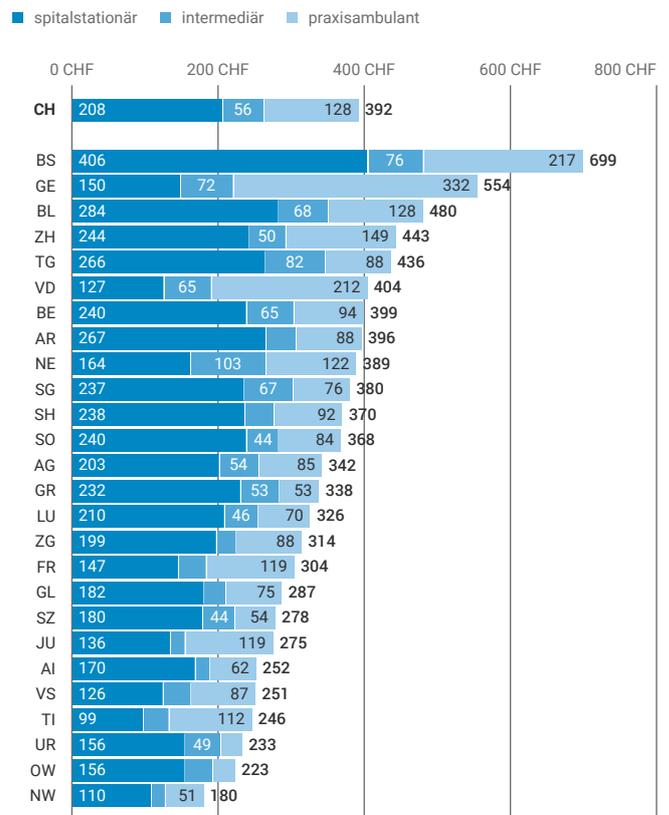
gr-d-14.09.12
© Obsan 2024

Deutliche kantonale Unterschiede im Leistungsvolumen pro Kopf

2021 belief sich das gesamtschweizerische Leistungsvolumen in der Psychiatrie auf 392 Franken pro Kopf. Grafik G2 zeigt die Unterschiede nach Wohnkanton der Patientinnen und Patienten. Am höchsten ist das Leistungsvolumen im Kanton Basel-Stadt (699 Franken pro Kopf). Es folgen darauf die Kantone Genf (553) und Basel-Landschaft (480). Am unteren Ende des Spektrums befinden sich die Kantone Nidwalden (180), Obwalden (223) und Uri (232). Das Leistungsvolumen pro Kopf in Basel-Stadt ist somit fast viermal so hoch wie in Nidwalden.

Grafik G3 veranschaulicht die kantonalen Versorgungsprofile. Dargestellt sind das stationäre und ambulante Leistungsvolumen (praxisambulant und intermediär), jeweils im Verhältnis zum Gesamtschweizer Durchschnitt. Im unteren linken Quadranten der Grafik sind Kantone zu finden, die sowohl ambulant als auch stationär weniger Leistungen (pro Kopf) aufweisen als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. Dazu zählen vor allem ländliche Kantone wie Nidwalden, Obwalden, Uri, Wallis und Jura. Der Bereich oben rechts kennzeichnet Kantone mit einem hohen Leistungsvolumen pro Kopf sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Dies trifft vor allem auf den Kanton

Leistungsvolumen Psychiatrie pro versicherte Person nach Angebotsstruktur und Wohnkanton, 2021 G2



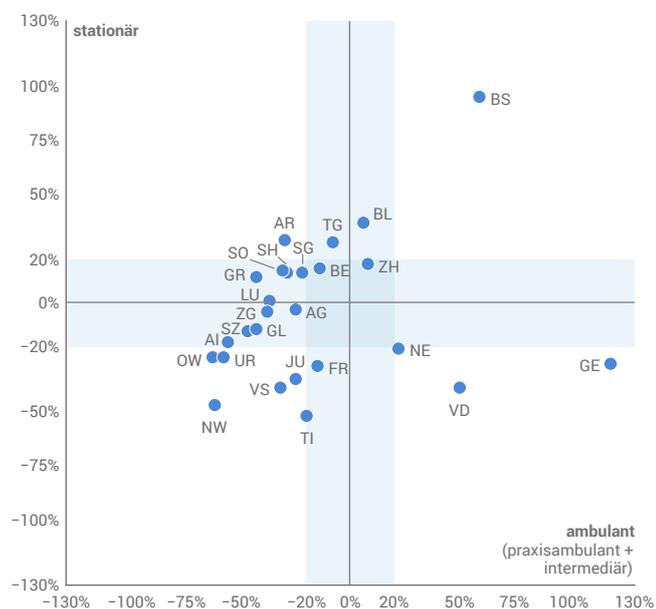
Bemerkungen: Die dargestellten Leistungsvolumen beziehen sich auf die Versicherten mit Wohnsitz im Kanton. Die Ergebnisse sind nicht nach Alter oder Geschlecht standardisiert.

Datenstand: 16.8.2023
Quelle: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool / Auswertung Obsan

gr-d-14.09.13
© Obsan 2024

Ambulantes und stationäres Leistungsvolumen pro Kopf (Abweichung zum CH-Durchschnitt, in %), 2021

G3



Bemerkungen: Die dargestellten Leistungsvolumen beziehen sich auf die Versicherten zum Wohnsitz im Kanton. Die Ergebnisse sind nicht nach Alter oder Geschlecht standardisiert.

Datenstand: 16.8.2023

Quelle: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool / Auswertung
Obsan

gr-d-14.09.14

© Obsan 2024

Basel-Stadt zu. Der untere rechte Quadrant, in dem die Kantone Neuenburg, Waadt und Genf zu finden sind, bezeichnet eine Versorgungssituation mit überdurchschnittlich vielen Leistungen im ambulanten Bereich bei gleichzeitig vergleichsweise geringen Leistungsvolumina im stationären Bereich. Umgekehrt finden sich im oberen linken Quadranten Kantone mit einem hohen Leistungsvolumen stationär bei geringem Volumen ambulanter Leistungen. Dies trifft insbesondere auf den Kanton Appenzell-Ausserrhodon zu.

Grafik G2 und G3 offenbaren zwei grundsätzliche Tendenzen. Erstens verzeichnen ländliche Kantone grundsätzlich weniger Leistungen als urban geprägte Kantone. Zweitens kennzeichnen sich alle Westschweizer Kantone wie auch das Tessin durch ein vergleichsweise geringes Leistungsvolumen im stationären Bereich.

Grosse regionale Unterschiede im Versorgungsmix mit mehr ambulanten Leistungen in der Westschweiz und im Tessin

Die in Grafik G3 bereits sichtbaren sprachregionalen Unterschieden werden in Grafik G4 zum Versorgungsmix verdeutlicht. Dargestellt sind die relativen Anteile der Angebotsstrukturen am gesamten Leistungsvolumen. Mit Werten zwischen 27% (Genf) und 50% (Jura) ist der Anteil stationärer Leistungen in der Westschweiz und im Tessin deutlich geringer. In der Deutschschweiz macht der stationäre Sektor zwischen 55% (Zürich) und 70% (Obwalden) aus. Dieser Unterschied resultiert vor allem aus den kürzeren Aufenthaltsdauern in der Westschweiz, während die

regionalen Unterschiede in Bezug auf die Anzahl stationär aufgenommener Patientinnen und Patienten vergleichsweise gering sind.³

Die delegierte Psychotherapie machte 2021 schweizweit 11% der fakturierten Leistungen aus

In Grafik G4 ist das praxisambulante Leistungsvolumen zusätzlich nach Leistungserbringergruppe differenziert. Unterschieden werden dabei die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater und die übrigen in der psychiatrischen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte. Letztere Kategorie umfasst Leistungen im Tarmed-Kapitel «Psychiatrie» in (gemischten) Gruppenpraxen sowie in Arztpraxen mit Hauptfachgebiet Allgemeine Innere Medizin (inkl. praktische Ärztinnen und Ärzte) sowie Kinder- und Jugendmedizin. Zudem sind in Grafik G4 die delegiert erbrachten Leistungen von Psychologinnen und Psychologen separat ausgewiesen (siehe dazu Kasten 3).

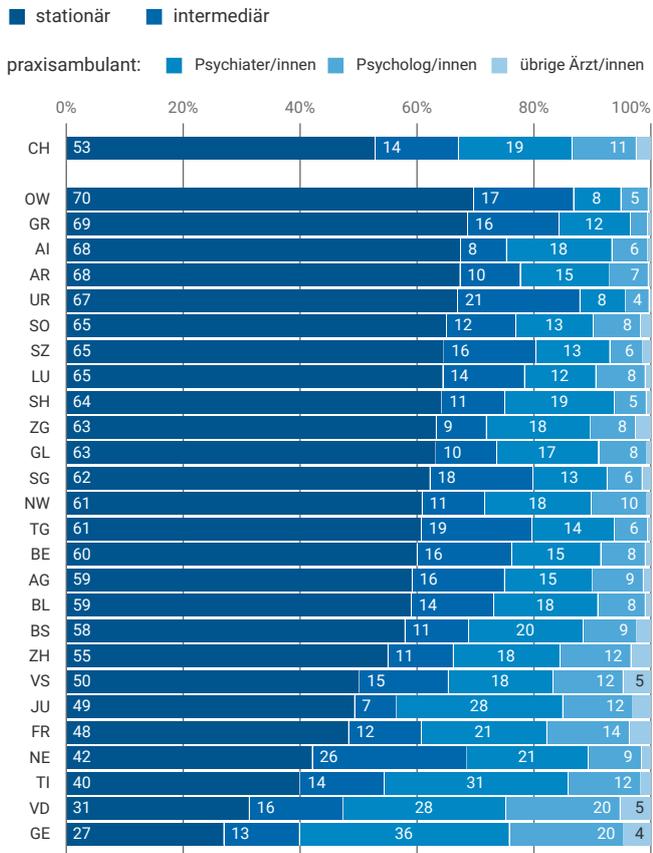
Der Anteil der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater am gesamten psychiatrischen Leistungsvolumen unterscheidet sich je nach Kanton deutlich, von 8% in Obwalden und Uri bis 36% in Genf. Dabei handelt es sich nicht zwingend um Leistungen von Psychiaterinnen und Psychiatern mit Standort in den betreffenden Kantonen. Der Versorgungsmix wird aus der Perspektive der Wohnbevölkerung berechnet und gibt Auskunft darüber, zu welchen Anteilen die unterschiedlichen Angebotsstrukturen für die Versorgung der Wohnbevölkerung eines Kantons verantwortlich sind.

Kasten 3: Abgrenzung der Leistungen von Psychologinnen und Psychologen im Tarifpool

In Bezug auf die praxisambulanten Leistungen beschränken sich die Analysen auf die Leistungen von Arztpraxen und ambulanten Zentren mit Hauptfachgebiet (Partnerart-Untergruppe): Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, praktischer Arzt bzw. Ärztin sowie Gruppenpraxis, wobei zwischen den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und den übrigen Ärztinnen und Ärzten unterschieden wird. Davon abgegrenzt werden die delegierten Psychotherapieleistungen (TARMED-Positionen 02.01xx). Diese Leistungen werden zwar in den Arztpraxen abgerechnet, sind im vorliegenden Bulletin aber in der Kategorie «niedergelassene Psychologinnen und Psychologen» separat ausgewiesen. Der Anteil der delegierten Leistungen am Total der fakturierten Leistungen im TARMED-Kapitel «Psychiatrie» belief sich in den psychiatrischen Praxen im Jahr 2021 auf 31%. Bei den übrigen Arztpraxen machten die delegierten Leistungen über die Hälfte der fakturierten Psychiatrie-Leistungen aus (vgl. G5).

³ Dies wird u. a. deutlich anhand der Obsan-Indikatoren zu Hospitalisierungsraten und den durchschnittlichen Aufenthaltsdauern in der Psychiatrie (Zugriff am 1.7.2024).

Versorgungsmix Psychiatrieversorgung - Anteil Leistungsvolumen nach Behandlungssetting, Leistungserbringerart und Wohnkanton, 2021 G4



Bemerkungen: Die berechneten Anteile basieren auf dem nach Alter und Geschlecht standardisierten Leistungsvolumen pro Kopf.

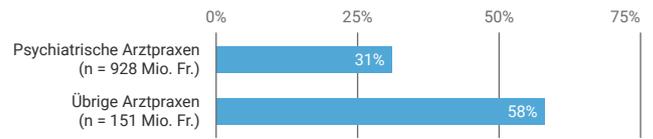
Datenstand: 16.8.2023 gr-d-14.09.15
 Quelle: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool / Auswertung © Obsan 2024
 Obsan

Analog zu den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern variiert auch die relative Bedeutung der Psychologinnen und Psychologen in der Versorgung je nach Kanton, mit Anteilen am Total der fakturierten Leistungen zwischen 3% (Kanton Graubünden) und 20% (Kantone Waadt und Genf). Vergleichsweise gering sind die Anteile der psychiatrischen Leistungen der übrigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit maximal 5%.

Auch innerhalb der Kantone existieren bedeutsame Unterschiede im Versorgungsmix

Die kantonalen Analysen geben einen ersten Eindruck in Bezug auf die regionalen Unterschiede im Versorgungsmix. Gleichzeitig stellen die Kantone nicht immer eine geeignete Auflösung für regionale Analysen dar. Zum einen umfassen grosse Kantone häufig mehrere Versorgungsräume, die sich strukturell stark unterscheiden können. Zum andern erstrecken sich Agglomerationsräume über Gebiete mehrerer Kantone. Die Leute bewegen sich über Kantonsgrenzen hinaus, das gilt für die allgemeine Mobilität, aber auch für die medizinische Versorgung. Das kann dazu führen, dass für manche Regionen ausserkantonale

Anteil delegierte Leistungen nach Praxistyp, 2021 G5



Bemerkungen: Eingeschlossen sind nur Tarmed-Einzelleistungen (Tariftyp=1) aus dem Kapitel 2 (Psychiatrie). Die berechneten Anteile basieren auf dem nach Alter und Geschlecht standardisierten Leistungsvolumen pro Kopf.

Datenstand: 16.8.2023 gr-d-14.09.16
 Quelle: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool / Auswertung © Obsan 2024
 Obsan

Versorgungsangebote wichtiger sind als Leistungserbringer mit Standort im Wohnkanton. Analysen mit kantonaler Auflösung vermögen es in solchen Fällen nicht, diese interkantonalen Abhängigkeiten in der Versorgung zu identifizieren.

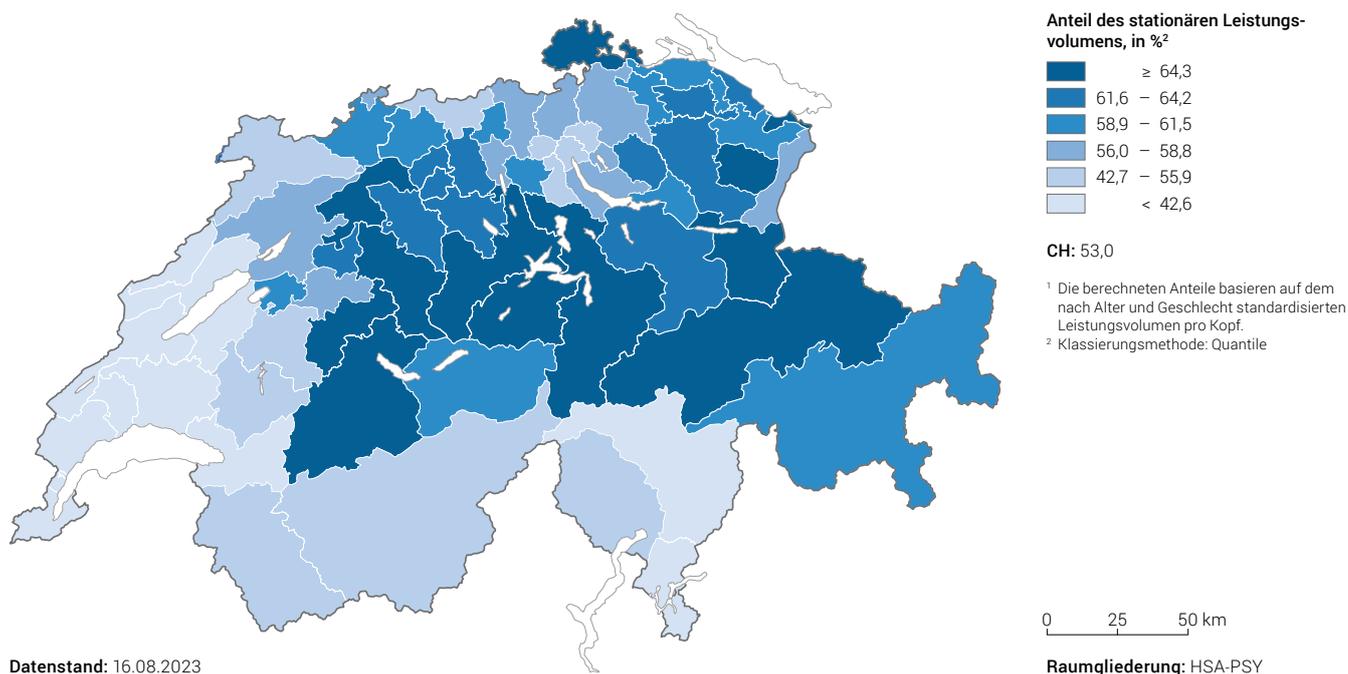
Um diesen Limitationen zu begegnen, hat das Obsan in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Expertinnen und Experten 68 Psychiatrieversorgungsregionen (HSA-PSY) für die Schweiz hergeleitet (vgl. dazu Stulz et al., 2023), die als Instrument für kleinräumige Analysen dienen können. Diese Regionen basieren auf den effektiven Patientenströmen in der ambulanten Psychiatrieversorgung und widerspiegeln somit die Einzugsgebiete der lokalen Leistungsangebote. Basis für diese Berechnungen bildet dieselbe Methodik, die auch im Schweizer Versorgungsatlas des Obsan zur Anwendung kommt.⁴ Ergänzende Informationen zu den Psychiatrieversorgungsregionen sowie zur Methodik sind auch im Begleitdokument zu diesem Bulletin enthalten.

Karte G6 zeigt den Anteil des stationären Leistungsvolumens am Gesamtvolumen nach Psychiatrieversorgungsregion. Augenscheinlich sind wiederum die sprachregionalen Unterschiede mit einem geringeren Anteil an stationären Leistungen in der Westschweiz und im Tessin. Auffallend ist in Karte G6 ausserdem die Region «Chur-Surselva-Prättigau» im Norden des Kantons Graubünden mit einem Anteil stationärer Leistungen von 71%. Dieser hohe Anteil ergibt sich einerseits durch ein überdurchschnittlich hohes Leistungsvolumen im stationären Bereich (CHF 258 pro Kopf vs. CHF 208 im CH-Schnitt, vgl. Begleitdokument) bei einem gleichzeitig äusserst geringen Leistungsvolumen im praxisambulanten Bereich (CHF 56 pro Kopf vs. CHF 128 im CH-Schnitt, vgl. Begleitdokument). Auch im südlichen Teil des Kantons Graubünden (HSA-PSY «Engadin – Bergell – Puschlav – Münstertal») ist die institutionelle Psychiatrie von zentraler Bedeutung. Hier ist es aber weniger der stationäre Bereich, sondern vielmehr die intermediären Angebotsstrukturen. Für den gesamten Kanton gilt, dass das praxisambulante Angebot vergleichsweise wenig ausgebaut ist, was unter anderem auf die geringe Bevölkerungsdichte und die überdurchschnittlichen Fahrdistanzen zurückzuführen sein dürfte.

⁴ vgl. dazu www.versorgungsatlas.ch/p/regions

Anteil des stationären Leistungsvolumens nach Psychiatrierversorgungsregion, 2021¹

G 6



Datenstand: 16.08.2023

Quellen: SASIS AG – Tarifpool, Datenpool / Auswertung Obsan

© OBSAN 2024

Konzentration der praxisambulanten Versorgung in städtischen Zentren

Bei der Planung und Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgung wird auch über die unterschiedliche Beschaffenheit von städtischen und ländlichen Regionen diskutiert (GDK, 2008). Die verschiedenen geografischen Merkmale und Bevölkerungsdichten führen zu unterschiedlichen Anforderungen und Herausforderungen hinsichtlich der Erreichbarkeit und des Zugangs zu Versorgungsangeboten. Es stellt sich daher die Frage, wie sich die Angebotsstrukturen und deren Inanspruchnahme zwischen Stadt und Land unterscheiden. Dazu wurde mittels Korrelationsanalyse der Zusammenhang zwischen Urbanisierungsgrad⁵ und dem Versorgungsmix analysiert. Aus Tabelle T 1 wird ersichtlich, dass der Urbanisierungsgrad weder im stationären noch im intermediären Bereich mit dem Leistungsvolumen pro Kopf zusammenhängt. Hingegen gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Urbanisierungsgrad und dem praxisambulanten Leistungsvolumen. In urbanen Zentren gibt es deutlich mehr niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater als in ländlichen Gebieten (BFS, 2023). Dementsprechend ist es nicht weiter überraschend, dass Personen in urbanen Regionen grundsätzlich mehr praxisambulante Leistungen in Anspruch nehmen. Wichtig ist aber insbesondere auch das Resultat, dass dieser Zusammenhang für die intermediäre und stationäre Versorgung nicht gilt.

Mit anderen Worten: es gibt keine Hinweise auf einen Stadt-Land-Graben in der Versorgung durch die Angebote der institutionellen Psychiatrie.⁶

Korrelation zwischen dem Urbanisierungsgrad und dem Leistungsvolumen pro Kopf nach Behandlungssetting, 2021

T 1

Korrelationsmethode	Leistungsvolumen pro Kopf		
	stationär	intermediär	praxisambulant
Pearson	0,13	0,02	0,40***
Spearman	0,08	-0,01	0,35***

Bemerkungen: Dargestellt sind Korrelationskoeffizienten nach Pearson bzw. Spearman sowie das Signifikanzniveau (zweiseitig): * = p-Wert < 0,05, ** = p-Wert < 0,01, *** = p-Wert < 0,001. Die berechneten Korrelationen basieren auf den ins Verhältnis zur kantonalen Wohnbevölkerung gesetzten Leistungsvolumen (standardisiert nach Alter oder Geschlecht).

Quelle: SASIS – TP, DP;
BFS – Stadt/Land-Typologie 2012 / Auswertung: Obsan

© Obsan 2024

⁵ Der Urbanisierungsgrad wurde anhand des Anteils der in städtischen Gebieten wohnhaften Personen operationalisiert. Massgebend ist dabei die Stadt/Land-Typologie gemäss Bundesamt für Statistik (BFS, vgl. dazu www.bfs.admin.ch).

⁶ Die Analyse im Bulletin beschränkt sich auf die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen städtischen und ländlichen HSA. Auf kleinräumigerer Ebene (z. B. innerhalb der HSA) kann es trotzdem Unterschiede in der Nutzung von intermediären Strukturen geben (vgl. dazu Stulz et al., 2018, 2024). Eine dezentrale Organisation der Angebote innerhalb von HSA kann einer Unterversorgung in peripheren Gebieten vorbeugen.

Limitationen und Ausblick

Gestützt auf die Daten des Tarifpools liefert das Bulletin einen umfangreichen Überblick zur psychiatrischen Versorgung in der Schweiz. Die Analysen des Versorgungsmix legen dar, wie unterschiedlich das Zusammenspiel zwischen stationären, intermediären und praxisambulanten Angeboten in den einzelnen Kantonen organisiert ist. Die Abrechnungsdaten im Tarifpool eignen sich um die unterschiedlichen Angebotsstrukturen in der Psychiatrie gemeinsam abzubilden. Allerdings gibt es nach wie vor einige Limitationen, wie beispielsweise, dass keine Daten zur Psychiatrie-Spitex enthalten sind (siehe dazu auch die detaillierten Informationen zu den Limitationen der Studie im Begleitdokument).

Das Bulletin zeigt auch die Rolle einzelner Leistungserbringergruppen innerhalb der psychiatrischen Versorgung. Im praxisambulanten Bereich können so – nebst den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie den übrigen Ärztinnen und Ärzten – auch die Leistungen der Psychologinnen und Psychologen im Rahmen der delegierten Psychotherapie separat dargestellt werden. Damit ist eine Baseline geschaffen, um die mittel- und langfristigen Auswirkungen gesundheitspolitischer Massnahmen wie beispielsweise der Einführung des Anordnungsmodells zu untersuchen (siehe dazu auch Kasten 4).

Insgesamt eignen sich die Analysen in diesem Bulletin als Grundlage für den Austausch zwischen den Kantonen. Zusammen mit konzeptuellen Überlegungen können so Best Practices diskutiert und ein Prozess des gemeinsamen Lernens etabliert werden. Mithilfe der Psychiatrieversorgungsregionen können dabei auch regionale Unterschiede innerhalb grösserer Kantone dargestellt werden, zumal damit die effektiv relevanten Versorgungsräume abgebildet werden. Die Psychiatrieversorgungsregionen ermöglichen zusätzlich explorative Analysen zu räumlich-strukturellen Zusammenhängen wie am Beispiel der Korrelationsanalysen zum Zusammenhang zwischen Urbanisierungsgrad und Versorgungsmix demonstriert.

Kasten 4: Monitoring zur Einführung des Anordnungsmodell

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat ein Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie in Auftrag gegeben. Ein erster Bericht zeigt, dass der Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell für die psychologische Psychotherapie in der OKP im Jahr 2023 zu einem Kostenanstieg von 175 bis 200 Millionen Franken geführt hat. Gut die Hälfte davon ist auf den neuen, höheren Tarif zurückzuführen (vgl. Fischer & Bill, 2024). Im Rahmen einer für 2025 geplanten Evaluation zum Anordnungsmodell sind vertiefte Analysen vorgesehen, beispielsweise zum Umfang der Verlagerung von vergüteten Leistungen aus der privaten Zusatzversicherung in die OKP sowie zu den Auswirkungen der Neuregelung auf die Versorgungsqualität.

Referenzen

- BAG (2020). *Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung*. Bundesamt für Gesundheit, www.bag.admin.ch
- BFS (2023). *Arztpraxen und medizinische Grundversorgung in der Schweiz, 2018–2021*. Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchâtel.
- Bundesrat (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz: Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255), Fassung vom 11. März 2016*.
- Fischer, B. & Bill, M. (2024). *Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie: Erster Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Polynomics, Olten.
- Forster, R. (1997). *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- GDK (2008). *Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, Bericht der Arbeitsgruppe «Spitalplanung»*. Bern: GDK.
- Killaspay, H. (2006). *From the asylum to community care: learning from experience*, British Medical Bulletin, Volume 79-80, Issue 1, June 2006, Pages 245–258, <https://doi.org/10.1093/bmb/ldl017>
- Müller, A., Iseli, S. & Büchler, S. (2019). *Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone*. Bern: EcoPlan
- OECD (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- Richter, D. & Hoffmann, H. (2016). *Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung ist nicht gelungen*. Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 2/2016, 11-13.
- Stulz, N., Dubno, B., Gebhardt, R. & Hepp, U. (2024). *Wie gemeindenah soll Psychiatrie sein? Distanzeffekte auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in einer Schweizerischen Versorgungsregion*. Psychiatrische Praxis.
- Stulz, N., Jörg, R., Reim Gautier, C., Bonsack, C., Conus, P., Evans Lacko, S., Gabriel-Felleiter, K., Heim, E., Jäger, M., Knapp, M., Richter, D., Schneeberger, A., Thornicroft, G., Traber, R., Wieser, S., Tuch, A. & Hepp, U. (2023). *Mental health service areas in Switzerland*. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 32(1), e1937.
- Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., Kawohl, W., Grosse Holtforth, M., Schnyder, U. & Hepp, U. (2020). *Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial*. The British Journal of Psychiatry, 216(6), 323-330.

Stulz, N., Pichler, E.M., Kawohl, W. & Hepp, U. (2018). *The gravitational force of mental health services: distance decay effects in a rural Swiss service area*. BMC Health Serv Res 2018; 18: 81 DOI: 10.1186/s12913-018-2888-1.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2013). *The balanced care model for global mental health*. Psychological medicine, 43(4), 849-863.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2004). *Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence*. The British journal of psychiatry, 185(4), 283-290.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2002). *Balancing community-based and hospital-based mental health care*. World Psychiatry. 2002 Jun;1(2):84-90. PMID: 16946858; PMCID: PMC1489876.

WHO (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029?ua=1>

Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies*. European Neuropsychopharmacology, 15(4): 357-376.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autoren

- Alexandre Tuch, Reto Jörg (Obsan)
- Niklaus Stulz (Integrierte Psychiatrie Winterthur)
- Eva Heim (Universität Lausanne)
- Urs Hepp (Universitätsspital Zürich)

Zitierweise

Tuch A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E. & Hepp, U. (2024). *Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix* (Obsan Bulletin 03/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Begleitdokument

<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2024-bulletin-03-begleitdokument>

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10, CH-2010 Neuchâtel, Tel. +41 58 463 60 45,
obsan@bfs.admin.ch, www.obsan.ch

Originaltext

Deutsch, diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-2403)

Übersetzung

Sprachdienste Bundesamt für Statistik (BFS)

Layout/Grafiken

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB
Alle Grafiken in der digitalen Version sind interaktiv – einfach anklicken

Karte

Bundesamt für Statistik (BFS), Publishing und Diffusion PUB

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen
Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. +41 58 463 60 60
Druck in der Schweiz

BFS-Nummer

1033-2403

© Obsan 2024



Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.