

Stationäre Behandlungsbedürftigkeit psychiatrischer Patienten in der Schweiz

Die stationäre Behandlungsbedürftigkeit psychiatrischer Patienten in der Schweiz wird durch verschiedene medizinische Kriterien und gesetzliche Regelungen bestimmt. Über die Auslegung des Rechtsbegriffs bestehen unterschiedliche Ansichten, was zu Auslegekonflikten zwischen Kostenträgern und psychiatrischen Leistungserbringern führen kann. Die Kostenträger neigen zu einer engeren Begriffsauslegung als die Leistungserbringer, die sich auf medizinische, ethische und rechtliche Überlegungen abstützen.

Benjamin Dubno, Brigitte Tag, Alexander Zimmer, Niklaus Stulz

In diesem Beitrag sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen für stationär-psychiatrische Aufnahmen und Behandlungen erläutert werden. Dabei wird auch auf die Unterschiede zu somatischen Akutspitälern eingegangen. Zudem wird die Rolle des Paradigmas «ambulant vor stationär» für die Psychiatrie diskutiert. Schliesslich werden die medizinischen Grundlagen für akutpsychiatrische und psychotherapeutische stationäre Behandlungen und deren Bezug zu rechtlichen Aspekten aufgezeigt.

Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen

Gemäss Art. 32 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) müssen die medizinischen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (WZW-Kriterien) (1), wobei diese Kriterien kumulativ vorliegen müssen. Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit (synonym: Spitalbedürftigkeit) liegt dann vor, wenn die ärztliche Diagnostik oder Behandlung nur unter stationären Bedingungen zweckmässig durchgeführt werden kann, weil es die dortige Infrastruktur oder personelle Besetzung braucht. Sofern zudem nur bei einer stationären Spitalbehandlung Aussicht auf Behandlungserfolg besteht, ist die OKP für diese leistungspflichtig (Bundesgerichtsentscheid [BGE] 126 V 323, S. 326).

Im Gegensatz zur Akutsomatik lassen sich in der Psychiatrie die Fallschwere, das indizierte Behandlungssetting und die stationäre Behandlungsdauer nicht allein aus der Diagnose ableiten. Auch die strukturierte Erhebung der Psychopathologie erweist sich als nicht hinreichend aussagekräftig für die Fallschwere bzw. die Behandlungskosten in der Psychiatrie (2). Bei psychiatrischen Patienten müssen für die Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit mindestens auch die folgenden Faktoren berücksichtigt werden:

- komorbide psychiatrische, Abhängigkeits- oder somatische Erkrankungen;
- Krankheitseinsicht, die störungsbedingt völlig aufgehoben sein kann;
- Therapiemotivation;
- akute Selbst- und Fremdgefährdung;
- soziales Umfeld.

Folgerichtig werden in dem im Jahr 2018 schweizweit eingeführten nationalen Tarifsysteem für die stationäre Psychiatrie (TARPSY) neben der Hauptdiagnosegruppe unter anderem auch die Nebendiagnosen sowie die Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (3) verwendet, um die Fallschwere abzubilden (4,5). Die HoNOS sind ein Instrument zur Erfas-

MERKPUNKTE

- Der Begriff der stationären Behandlungsbedürftigkeit ist auslegungsbedürftig, was zu Konflikten zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern führen kann.
- Die Kostenträger streben zum Teil eine engere Begriffsauslegung an, als dies aus Sicht der Leistungserbringer aus rechtlichen und medizinischen Überlegungen indiziert ist.
- Die gegenwärtigen Finanzierungssysteme machen die Erbringung von Behandlungen im stationären Setting für die Leistungserbringer aus betriebswirtschaftlicher Sicht attraktiver, institutionelle und intensive ambulante Angebote können meist nur dank staatlicher Subventionen kostendeckend betrieben werden.
- Das volkswirtschaftliche Potenzial einer Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung ist noch nicht ausgeschöpft und das Paradigma «ambulant vor stationär» wird von den Leistungserbringern vor allem aus fachlich-klinischen Überlegungen ebenfalls begrüsst.
- Veränderte finanzielle Anreize dürften die Ambulantisierung weiter stärken, allerdings wird es die stationären Angebote als Backup für akute Krisen und für spezialisierte psychotherapeutische Interventionen bei gewissen Indikationsstellungen auch künftig brauchen («balanced care»).

sung der Symptombelastung und des sozialen Funktionsniveaus der Patienten durch die behandelnden Personen, mit dem auch selbst- und fremdaggressives Verhalten erhoben wird (3).

Ferner sind in der Psychiatrie die Begriffe *akut* und *chronisch* anders zu verstehen als in der somatischen Medizin. Chronische psychische Erkrankungen (wie z.B. Schizophrenien) folgen vielfach einem episodischen Verlauf mit vorübergehenden Exazerbationen der Symptomatik, die für eine gewisse Zeit eine Hospitalisierung auf einer psychiatrischen Abteilung erforderlich machen können.

Nebst der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit einer Spitalbehandlung muss gemäss KVG auch deren Wirtschaftlichkeit gegeben sein (1,6). Im Gegensatz zur Abgeltung von akutsomatischen Behandlungen mittels diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG[Diagnosis Related Groups]-System) (7) erfolgt die Vergütung in der Psychiatrie mittels Tagesfallpauschalen und hängt damit auch wesentlich von der stationären Verweildauer ab (s. nachfolgend) (5). Daher führt die Behandlungsdauer in der Psychiatrie immer wieder zu Diskussionen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.

Neben den Krankenversicherungen fordern auch die Kantone eine wirtschaftliche Behandlung, sie übernehmen gemäss Art. 49a KVG mindestens 55% der stationären Behandlungskosten (1). So verlangt z.B. der Kanton Zürich von seinen psychiatrischen Listenspitälern mindestens einmal wöchentlich eine Überprüfung der Spitalbedürftigkeit der hospitalisierten Patienten (8). Während die Einführung des DRG-Systems (Fallpauschalen) in der Akutsumatik mit der klaren Erwartung verkürzter Aufenthaltsdauern verknüpft war, wurde bereits bei der Entwicklung des TARPSY schnell klar, dass die Diagnose in der Psychiatrie nicht denselben prognostischen Wert für die stationäre Verweildauer (und damit für den Ressourcenverbrauch und die Kosten) hat wie in somatischen Akutspitälern. Daher erfolgt unter TARPSY nach wie vor eine – wenn auch um die Fallschwere und Verweildauer gewichtete – Vergütung pro stationären Pflage-tag (Tagesfallpauschale) (5). Zumindest kurzfristig führte die Einführung des TARPSY denn auch nicht zu einer über dem Trend liegenden Abnahme der durchschnittlichen stationären Verweildauer (9,10). Längerfristig nahm die mittlere Aufenthaltsdauer seit TARPSY-Einführung zwar weiterhin ab (11). Allerdings ist unklar, inwiefern dies wirklich ursächlich auf TARPSY zurückzuführen ist. Vermutlich handelt es sich hier eher um die Fortsetzung des bereits vorbestehenden Langzeittrends abnehmender Verweildauern.

Ambulant vor stationär

Seit der Einführung der revidierten Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) 2019 soll die ambulante Leistungserbringung – wo medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend – gefördert werden (Art. 3c und Anhang 1a KLV) (12). Das Einsparpotenzial durch die Ambulantisierung von ausgewählten Operationen wurde auf rund einer Milliarde Franken pro Jahr geschätzt (13). Folglich werden ausgewählte elektiv chirurgische Eingriffe, wie z.B. Krampfaderoperationen

oder Kniearthroskopien, heute im Regelfall nur noch bei ambulanter Durchführung vergütet.

Das Paradigma «ambulant vor stationär» (AvS) übt auch in der Psychiatrie zunehmend Druck auf die stationäre Versorgung aus. Die Forderung nach einer Ambulantisierung ist aus psychiatrischen und volkswirtschaftlichen Überlegungen grundsätzlich zu unterstützen. Während die Tarife für die stationäre Versorgung zumindest in der Vergangenheit kostendeckend waren, können ambulante und intermediäre Angebote (z.B. in Ambulatorien, Tageskliniken oder durch aufsuchende Behandlungen) von psychiatrischen Institutionen jedoch meist nur dank kantonaler Subventionen für gemeinwirtschaftliche Leistungen kostendeckend betrieben werden (14). Dafür sind diverse Gründe verantwortlich, insbesondere jedoch die Limitationen in den (ambulanten) Tarifsyste-men wie dem derzeit nach wie vor gültigen TARMED, die kostendeckende intensive Behandlungen von schwer und akut psychisch kranken Personen in extramuralen Settings verunmöglichen (15). Als Folge davon sind der Aufbau und nachhaltige Betrieb von ambulanten und intermediären Versorgungsstrukturen stark von den Budgetentscheiden in den kantonalen Parlamenten abhängig und damit für die Leistungserbringer mit Planungsunsicherheit verbunden. Trotz dieser hemmenden Umstände fand in der Psychiatrie in den letzten Jahren und Jahrzehnten eine deutliche Ambulantisierung statt (16). Diese war allerdings stärker durch die Versorgungsperspektive als durch die betriebswirtschaftliche Kostensicht motiviert. Ziel dieser sogenannten *Deinstitutionalisierung* war eine bedarfsgerechte und gemeindenahere (leicht erreichbare und niederschwellig zugängliche) Versorgung der Bevölkerung (17–19).

Das Ambulantisierungspotenzial scheint heute bei Weitem noch nicht ausgeschöpft zu sein. So zeigten aktuellere Daten, dass durch eine gezielte und spezialisierte Abklärung und Triage mindestens 17% der stationär zugewiesenen Patienten auch in tagesklinischen oder ambulanten Angeboten nachhaltig und ressourcenschonend versorgt werden könnten (20). Darüber hinaus liessen sich mit intensiven aufsuchenden Angeboten wie Home Treatment bei gleichbleibender Behandlungsqualität rund 30% der Pflage-tage von psychiatrischen Akutstationen ins häusliche Umfeld verlagern (21). Voraussetzung hierfür wäre jedoch, dass ambulante und intermediäre Behandlungsstrukturen nachhaltig kostendeckend betrieben werden können. Wenn die im November 2024 angenommene, auf den 01.01.2028 respektive 01.01.2032 in Kraft tretende *einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen* (EFAS) (22) oder das Tarifsyste-m TARDOC künftig kostendeckende Finanzierungsmöglichkeiten schaffen, wäre dies auch aus klinischer Sicht zu begrüssen. Trotzdem wird es auch in Zukunft psychiatrische Kliniken und Betten als Backup für schwer psychisch kranke Menschen in akuten Krisen brauchen (23).

Akutpsychiatrische und psychotherapeutische stationäre Behandlung

Akutstationen

Eine Akutstation ist eine psychiatrische Notfallstation, auf welche die Patienten rund um die Uhr aufgenommen werden können. Viele der hospitalisierten Patienten haben eigentlich eine chronische psychische Erkrankung, werden aber im Rahmen einer Verschlechterung derselben hospitalisiert. Nach einer Krisenintervention und dem Abklingen der akuten Symptomatik wird heutzutage so rasch als möglich eine Weiterbehandlung im ambulanten Versorgungssystem angestrebt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf psychiatrischen Akutstationen hat in den letzten Dekaden denn auch deutlich abgenommen und liegt heute in der Regel bei etwa 2–6 Wochen (10). Ein beträchtlicher Teil (ca. 20%) der psychiatrischen Hospitalisationen in der Schweiz erfolgt mittels fürsorglicher Unterbringung (FU), wobei es regional deutliche Unterschiede gibt (24,25). Die FU ist in Art. 426 ff. des Zivilgesetzbuches (ZGB) geregelt. Die FU erlaubt unter engen Voraussetzungen, dass Menschen aufgrund einer psychischen Störung, geistigen Behinderung oder schweren Verwahrlosung in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann (26). Die FU geht mit einer Freiheitsbeschränkung einher und stellt damit einen massiven Eingriff in die persönlichen Rechte der betroffenen Person dar. Die FU muss entsprechend sorgfältig geprüft und zurückhaltend (als *Ultima Ratio*) angeordnet werden. Die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung der FU ist regelmässig zu überprüfen, Art. 431 ZGB.

Im Hinblick auf die Spitalbedürftigkeit ist es wichtig zu betonen, dass eine FU allein noch keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründet und die Aufhebung einer FU im Gegenzug auch nicht zwingend mit dem Wegfall der stationären Behandlungsindikation gleichgesetzt werden kann. Bei FU und stationärer Behandlungsbedürftigkeit handelt es sich um zwei Begriffe, die sich zum Teil überschneiden, aber nicht inhaltsgleich sind. Dies kann in der Praxis zu Verwirrung führen und soll daher nachfolgend anhand einiger Fallgruppen erläutert werden:

- *Die FU dauert länger als die stationär-psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit:* Es kann vorkommen, dass bei einem Patienten aus psychiatrischer Sicht keine akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit mehr gegeben ist, eine FU in einer geeigneten Einrichtung aber nach wie vor indiziert ist. Dies ist z.B. bei Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen der Fall, bei denen die akutpsychiatrische Behandlung einer zusätzlich vorliegenden psychischen Störung abgeschlossen ist, für die jedoch eine Wohn- und Betreuungsmöglichkeit in einer hochspezialisierten Behinderteninstitution unumgänglich ist. Das Finden von solchen pflegerischen Plätzen kann in der Praxis schwierig und mit langen Wartezeiten verbunden sein, da Behinderteninstitutionen, im Gegensatz zu psychiatrischen Akut- und Grundversorgungskliniken, keine Aufnahmepflicht haben. Als Folge sind die Patienten dann teilweise deutlich länger auf

einer Akutstation hospitalisiert, als dies streng im Sinne einer stationär psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit notwendig wäre. In diesen Ausnahmefällen wird die Vergütung auf den Pflorgetarif herabgestuft (BGE 115 V 48). Dies ist für die Kliniken ressourcenmässig sehr einschneidend, da Patienten mit schweren geistigen Beeinträchtigungen das Stationsmilieu stark belasten können und in der Betreuung sehr aufwändig sind, zumal sie oftmals auf enge Strukturen und Betreuung angewiesen sind. Eine Aufhebung der FU und die Entlassung «auf die Strasse» ist rechtlich und ethisch nicht vertretbar, obwohl ein akutpsychiatrischer Behandlungsauftrag fehlt. Zwar kann ein Teil der Differenz zwischen Pflege- und Akuttarif von der zuständigen Gemeinde eingefordert werden, da diese für die Langzeitpflege leistungspflichtig ist. Dies ist jedoch aufwändig und für die psychiatrischen Kliniken mit hohem administrativen Aufwand verbunden.

- *Die FU dauert kürzer als die stationär-psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit:* Die FU muss, wie erwähnt, regelmässig überprüft und, wenn die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben sind, unmittelbar aufgehoben werden. In der Jurisprudenz ist in einem solchen Fall oftmals von einer *Entlassung* aus der FU die Rede: «Die betroffene Person muss entlassen werden, sobald die Voraussetzungen für ihre Unterbringung nicht mehr erfüllt sind» (26). Demgegenüber bezieht sich der Begriff *Entlassung* in der Psychiatrie in der Regel auf den Abschluss der stationären Behandlung bzw. den Klinikaustritt. Falls die Voraussetzungen für eine FU nicht mehr gegeben sind, wird in der Psychiatrie typischerweise von der *Aufhebung* der FU gesprochen, womit der Patient rechtlich gesprochen aus der Klinik austreten *kann*, aber aus klinischer Sicht keineswegs immer unmittelbar *soll* oder *gar muss*. Die unterschiedliche Verwendung des Begriffs der *Entlassung* kann hier zu Missverständnissen einladen. Dies führte auch schon zu Situationen, in denen die Kostenträger (Krankenversicherungen) die Aufhebung bzw. Entlassung aus der FU mit der Beendigung der stationären Behandlungsbedürftigkeit gleichsetzen und die Vergütung einer freiwilligen Weiterbehandlung auf psychiatrischen Akutstationen ablehnten. Dies ist nicht überzeugend, mit dieser Auslegung könnte die Vergütungspflicht von freiwilligen Behandlungen in psychiatrischen Akutstation per se infrage gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht ist eine freiwillige stationäre Weiterbehandlung nach der Aufhebung einer FU jedoch nicht nur möglich und vielfach klinisch indiziert, sondern diese Option stellt auch ein Qualitätsmerkmal einer guten psychiatrischen Behandlung dar. Wenn es gelingt, mit dem Patienten aus einem Zwangskontext in eine freiwillige Kooperation zu gelangen, stellt dies einen prognostisch günstigen Faktor für eine längerfristige therapeutische Zusammenarbeit zur nachhaltigen Behandlung der oftmals chronisch rezidivierend verlaufenden schweren psychischen Störung dar.
- *Die administrative Entlassung:* Wenn ein Patient mit FU von einer Akutstation entweicht, kann er polizeilich ausgeschrieben werden, falls eine Gefährdung für ihn oder für

andere besteht. Wenn der Patient dann nicht innert weniger Tage aufgefunden wird, dann wird er von der Klinik in der Regel administrativ entlassen. Zum einen wird das (für eine allfällige Rückkehr) freigehaltene Bett von den Kostenträgern nicht vergütet und zum anderen besteht oftmals eine hohe Nachfrage nach Akutbetten für andere Patienten. Eine Vermischung der Rechtsgrundlagen für die Finanzierung einerseits und für die hoheitlichen Aufgaben der Kliniken im Rahmen einer FU andererseits kann zu Fehlschlüssen führen. Die administrative Entlassung von entwichenen Patienten ist aus Sicht der Kliniken nicht gleichbedeutend mit der Negierung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit oder der Aufhebung (bzw. Entlassung aus) der FU. Das Bundesgericht sieht mit der administrativen Entlassung jedoch auch die FU als aufgehoben an und verlangt beim Wiederauffinden von entwichenen Patienten eine erneute FU nach Art. 426 ZGB (26) (BGer 5A_485/2013 vom 30.07.2013). In der Praxis wurde dem Folge geleistet, indem die Polizei beim Aufgreifen von entwichenen Patienten, die aufgrund von Gefährdungsaspekten ausgeschrieben und in der Zwischenzeit administrativ entlassen worden sind, aufgefordert ist, eine erneute ärztliche Überprüfung einer FU in die Wege zu leiten und bei Bedarf ein neues Bett zu suchen. Diese erneute Überprüfung ist rechtlich sowie klinisch korrekt, da die Voraussetzungen für eine FU bisweilen auch rasch «verschwinden» können. Dagegen könnte die Polizei die ausgeschriebenen Patienten bei einem Fortbestehen der FU über die administrative Entlassung hinaus und ohne Rücksprache in die ausschreibende Klinik zurückführen, was dort Vorhalteleistungen erfordern würde, um aufnahmefähig zu bleiben.

Wie eingangs erwähnt, haben die stationären Verweildauern in der Psychiatrie in den letzten Dekaden deutlich abgenommen. Der Auf- und Ausbau ambulanter, tagesklinischer und anderer intermediärer Angebote erlaubt frühere Entlassungen aus der Klinik, und intensive aufsuchende Angebote, wie etwa Home Treatment, ermöglichen teilweise auch akutpsychiatrische Behandlungen im häuslichen Umfeld der Patienten, sodass diese gar nicht erst hospitalisiert werden müssen. Vermutlich kaum einen Einfluss auf die stationären Verweildauern hatte dagegen das 2013 eingeführte Kinder- und Erwachsenenschutzrecht (KESR). Dieses beschränkt die maximale Dauer von ärztlich angeordneten FU auf sechs Wochen (Art. 429 ZGB). Allerdings wird ein Grossteil dieser Patienten bereits früher wieder entlassen. Die verbleibenden Patienten mit ärztlicher FU sind meist so schwer krank und fürsorgebedürftig, dass die Kinder- und Erwachsenenbehörde (KESB) die Unterbringung über sechs Wochen hinaus verlängert, indem eine behördliche FU nach Art. 429 ff. ZGB angeordnet wird (27).

Trotz der reduzierten Verweildauern auf Akutstationen infolge der Ambulantisierung und des Aufbaus spezialisierter psychotherapeutischer Angebote (s. unten) werden die akutstationären Behandlungszeiten von den Kostenträgern zunehmend kritisch überprüft. Dazu wird vermehrt nicht nur auf

speziell hierfür verfasste Berichte zurückgegriffen, sondern es wird die gesamte Verlaufsdokumentation eingefordert. Die Überprüfung von Pflichtleistungen der OKP (Art. 32 und 33 KVG) sowie die Beurteilung der WZW-Kriterien und der stationären Behandlungsbedürftigkeit sind gesetzeskonform und können jederzeit durch die Krankenversicherer erfolgen. Wenn dazu aber auf die Verlaufseinträge der stationären Krankengeschichte zurückgegriffen wird, bringt dies diverse problematische und potenziell negative Konsequenzen mit sich. Im Sinne des Datenschutzes ist der Grundsatz der Datensparsamkeit einzuhalten, wonach personenbezogene Daten ausschliesslich erhoben und verwendet werden dürfen, wenn dies für den jeweiligen Verarbeitungszweck erforderlich ist. Eine psychiatrische Krankengeschichte enthält jedoch auch sehr viele höchstpersönliche und schützenswerte Details, die für die Beurteilung der Spitalbedürftigkeit nicht unmittelbar von Bedeutung sind. Vor allem aber übt die vermehrte Einforderung der gesamten Verlaufseinträge auch Druck auf eine ressourcenorientierte Dokumentation durch die Behandler aus. Beispielsweise kann die Fokussierung der Krankengeschichteneinträge auf Stärken und Potenziale der Patienten im Behandlungsverlauf, wie er eigentlich der therapeutischen Grundhaltung entsprechen würde, die Gefahr bergen, dass sie gesünder erscheinen, als sie es tatsächlich sind. Damit könnte die Spitalbedürftigkeit von den Kostenträgern infrage gestellt werden. Umgekehrt birgt eine stärker defizitorientierte Dokumentation zwecks Betonung der Spitalbedürftigkeit immer auch das Risiko, sich negativ auf die grundsätzlich ressourcenorientierte therapeutische Haltung und das klinische Handeln des Behandlungsteams auszuwirken. Es erscheint daher problematisch, wenn die Verlaufsdokumentation zu derart verschiedenen, divergierenden Zwecken eingesetzt wird.

Psychiatrische Kliniken gehen heutzutage in ihren Behandlungskonzepten sehr sorgfältig mit der Frage nach der Notwendigkeit von stationärer Behandlungsbedürftigkeit um. Es ist hinreichend bekannt, dass längere akutstationäre Aufenthalte nicht immer indiziert und vorteilhafter sind, ja teils sogar auch kontraproduktive Auswirkungen haben können. Als Beispiel kann hier die Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ dienen. Die Betroffenen leiden unter grossen Ängsten vor dem Verlust zwischenmenschlicher Beziehungen, was bei längeren stationären Aufenthalten dazu führen kann, dass sie alles unternehmen, um die aufgebaute therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten und nicht entlassen zu werden. Diese *maligne Regression* kann bis hin zu selbstschädigendem Verhalten und Suizidversuchen führen. Die aktuellen Behandlungsrichtlinien raten daher zu sehr kurzen Kriseninterventionen auf allgemeinpsychiatrischen Akutstationen (wenige Tage) und empfehlen, längere störungsspezifische Behandlungen auf spezialisierten Psychotherapiestationen durchzuführen (28).

Psychotherapiestationen

Notfallmässige *Aufnahmen* auf psychiatrische Akutstationen werden von den Kostenträgern kaum je angezweifelt, insbesondere wenn sie unter dem Rechtstitel einer FU erfolgen. Während die *Verweildauern* auf psychiatrischen Akutstatio-

Vier Zielsetzungen der stationären Psychotherapie (30)

Die stationäre Psychotherapie verfolgt verschiedene Zielsetzungen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sind. Ein zentraler Aspekt ist das **Erkennen**, also die umfassende Diagnostik, bei der psychische und/oder psychosomatische Symptome, Syndrome und Störungen genau abgeklärt werden. Dazu gehören sowohl die Initial- als auch die Differenzialdiagnostik, die allenfalls auch durch Testpsychologie und Verhaltensbeobachtung ergänzt werden. Bei chronischen Krankheitsverläufen liegt der Fokus auf der Identifikation von krankheitsaufrechterhaltenden Faktoren. Zudem dient die Diagnostik der Klärung, warum frühere ambulante Therapien oder stationäre Behandlungen nicht erfolgreich waren, und der Entscheidung, welche weiteren therapeutischen Massnahmen notwendig sind.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die **Heilung** oder Kuration. Sie umfasst die Behandlung akuter Symptome, um eine Weiterbehandlung im tagesklinischen oder ambulanten Setting zu ermöglichen. Auch die Bewältigung akuter Krisensituationen, wie sie beispielsweise bei Anpassungsstörungen auftreten können, gehört dazu. In Fällen, in denen eine angemessene Therapie im tagesklinischen oder ambulanten Rahmen nicht gewährleistet werden kann, bietet die stationäre Psychotherapie eine Erhaltungstherapie. Zudem werden bei schweren oder chronischen Krankheitsverläufen, wie etwa bei Persönlichkeits- oder posttraumatischen Belastungsstörungen, Intervallbehandlungen durchgeführt.

Ein wesentliches Ziel der stationären Psychotherapie ist es auch, die Verschlechterung der Erkrankung zu verhindern im Sinne einer **tertiären Prävention**. Dazu zählt, das Fortschreiten von Symptomen wie Suizidalität, Selbstschädigungen oder Impulsivität zu stoppen. Körperliche Folgeschäden, beispielsweise durch den schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen als Selbstmedikation, sollen frühzeitig erkannt, angegangen und verhindert werden. Ebenso wird grosser Wert auf die Rückfallprophylaxe und die Vermeidung einer Chronifizierung gelegt.

Darüber hinaus ist die **Linderung** von Krankheitsbeschwerden ein zentraler Bestandteil der stationären Behandlung. Dies umfasst die Förderung des Krankheitsverständnisses, der Akzeptanz der Erkrankung und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Auch die Motivation für Veränderung und Therapie wird gezielt gefördert. Ein wichtiger Punkt ist der Aufbau sozialer Ressourcen, wobei das Umfeld aktiv einbezogen wird. Ziel ist es, das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten so zu verbessern, dass eine gesellschaftliche Teilhabe wieder möglich wird.

nen von den Kostenträgern zunehmend kritisch überprüft werden, wird die Notwendigkeit von stationären psychotherapeutischen Behandlungen noch viel häufiger und grundsätzlicher infrage gestellt. Diese Zweifel dürften angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen in Zukunft noch zunehmen. Aus Laiensicht sind solche Zweifel an der Notwendigkeit von stationären psychotherapeutischen Behandlungen durchaus nachvollziehbar, da Psychotherapiestationen ausschliesslich elektive Eintritte haben. Akute Zustände und Gefährdungen, wie z.B. Suizidalität, stellen auf diesen Stationen vielfach ein Ausschlusskriterium dar. Zudem können viele Psychotherapien auch ambulant durchgeführt werden. Allerdings gibt es auch bedeutsame Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Psychotherapie. Diese machen letztere zu einer eigenständigen, bei speziellen psychischen Zuständen und Symptomatiken, wirksamen, zweckmässigen und auch wirtschaftlichen Therapieform, «... die in einer einvernehmlich mit dem Patienten, der Therapieeinrichtung und der Bezugsgruppe geplanten Anwendung verschiedenartiger, konzeptionell aufeinander bezogener therapeutischer Interventionen in einem hierfür in besonderer Weise organisierten Krankenhaussetting zwecks intensiver Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen mit dem Ziel von Besserung und Heilung besteht» (29). So unterscheidet sich die stationäre Psychotherapie von der ambulanten unter anderem in folgenden Punkten (30):

- **Multimodalität:** Zusätzlich zu dem im ambulanten Setting vorherrschenden Einzelgespräch kommen im stationären Rahmen verschiedenartige therapeutische Interventionen stark zum Tragen. Dazu gehören insbesondere Gruppentherapien und nichtsprachliche Ausdruck- und Erlebnisformen wie Kunst- und Bewegungstherapie. Neben leitlinienorientierter Psychopharmakotherapie finden zudem auch Bezugspersonengespräche mit der Pflege statt.
- **Übergeordneter Behandlungsplan:** Die Vielfältigkeit der bereits genannten Methoden erfordert eine gute Abstimmung im interdisziplinären Behandlungsteam. Die gemeinsamen therapeutischen Ziele sind in einem Gesamtbehandlungsplan zu formulieren.
- **Multipersonalität:** Das therapeutische Milieu wird auf Klinikstationen stets von mehreren Mitmenschen getragen und gestaltet (Mitpatienten, therapeutisches und pflegerisches Personal). Damit wird die individualpsychologische Sicht einer ambulanten Psychotherapie im stationären Setting zwangsläufig um eine sozialpsychologische Perspektive erweitert. Das Zusammenleben und Interagieren mit den anderen Patienten stellt dabei einen wichtigen Wirkfaktor dar.

Der *Kasten* gibt eine Übersicht über die vielfältigen Zielsetzungen eines stationär-psychotherapeutischen Aufenthaltes. Die Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie ist grundsätzlich gut belegt (31), und es wurde eine deutlich schnellere Reduktion der Symptomatik und damit des Leidensdrucks beobachtet als im ambulanten Setting (32). Trotzdem wird von Kostenträgern oftmals die Frage gestellt, ob sich dieselben Behandlungserfolge nicht auch in einem kostengünstigeren

tagesklinischen Setting erzielen liessen. Die vorstehend genannten therapeutischen Bedingungen (Multimodalität, Multipersonalität und ein übergeordneter Behandlungsplan) lassen sich dort ja ebenfalls verwirklichen. Nicht selten ist es jedoch für einen nachhaltigen Therapieerfolg essenziell, dass die Betroffenen (vorübergehend) aus ihrem (krankmachenden oder -erhaltenden) sozialen bzw. familiären Umfeld herausgenommen werden. Dies kann z.B. bei häuslicher Gewalt der Fall sein (wobei dann auch eine nachhaltige Abgrenzung gegenüber der Gewaltquelle erreicht werden muss). Eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst im Rahmen einer Psychotherapie wird von praktisch allen Patienten als sehr anforderungsreich erlebt. Unsere eigenen Beobachtungen zeigten z.B. hohe Abbruchquoten in einer spezialisierten Tagesklinik für Traumafolgestörungen. Die allabendliche Rückkehr nach Hause und die dann anstehenden Alltagspflichten scheinen viele komplex traumatisierte Patienten nach einem Tag mit anstrengenden therapeutischen Auseinandersetzungen mit traumatischen Erlebnissen zu überfordern, weshalb ein vorübergehendes stationäres Setting mit nahtlosen Übergängen zu tagesklinischen und ambulanten Behandlungsansätzen wesentlich erfolversprechender ist. Schliesslich kann eine stationäre Psychotherapie auch indiziert sein, wenn die Patienten im ambulanten und tagesklinischen Setting nicht oder nur ungenügend auf die Behandlung angesprochen haben. □

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Benjamin Dubno, EMBA

Ärztlicher Direktor

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Wieshofstrasse 102

Postfach 144

CH-8408 Winterthur

benjamin.dubno@ipw.ch

Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag

Rechtswissenschaftliche Fakultät, Universität Zürich, Zürich

Dr. med. Alexander Zimmer

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur

Praxisgemeinschaft Kreuzackerpark, Solothurn

PD Dr. phil. Niklaus Stulz

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur

Interessenlage:

Die Autoren haben keinen Interessenkonflikt deklariert.

Referenzen:

- Schweizerische Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1994 [cited 2024 Oct 12]. Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de.
- Herwig U et al.: Psychopathologische Syndrome gemäss AMDP-System als Grundlage für Fallgruppierungen in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax.* 2009;36(7):320-6.
- Andreas S et al.: The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010;19(1):50-62.
- Schneeberger AR et al.: TARPSY: A new system of remuneration for psychiatric hospitalization in Switzerland. *Psychiatr Serv.* 2018;69(10):1056-8.
- SwissDRG. TARPSY. Bern: SwissDRG; 2024 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). Operationalisierung der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» nach Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Grundlegendokument. Bern: BAG; 2022.
- SwissDRG. SwissDRG. Bern: SwissDRG; 2024 [cited 2024 Jun 14]. Available from: <https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg>.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Generelle Anforderungen an die Listenspitäler. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich; 2023.
- Hepp U et al.: The new remuneration system TARPSY in Swiss psychiatric hospitals: effects on length of stay and readmissions? *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20337.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Dauer der Spitalaufenthalte bei psychischen Erkrankungen. Neuchâtel: Obsan; 2023 [cited 2024 Jun 11]. Available from: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/dauer-der-spitalaufenthalte-bei-psychischen-erkrankungen>.
- Pellegrini S et al.: Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY (Obsan Rapport 14/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2024.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1995 [cited 2024 Jun 10]. Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de.
- Schwendener P et al.: Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. Zürich: PricewaterhouseCoopers; 2016.
- Bundesamt für Gesundheit. Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2016.
- Weber R et al.: Die ambulante psychiatrische Versorgung ist gefährdet. *Psy & Psy Bulletin.* 2011;11(1):11-2.
- Schuler D et al.: Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2023.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Leitfaden zur Psychiatrieplanung. Bern: GDK; 2008.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept. Leitbild und Rahmenkonzept. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich; 1999.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Vision Psychiatrie. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich; 2011.
- Stulz N et al.: Referral to inpatient treatment does not necessarily imply a need for inpatient treatment. *Adm Policy Ment Health.* 2015;42(4):474-83.
- Stulz N et al.: Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2020;216(6):323-30.
- Bundesamt für Gesundheit. KVG-Änderung; Einheitliche Finanzierung der Leistungen. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2024 [cited 2024 Jun 14]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/parlamentarische-initiative-finanzierung-der-gesundheitsleistungen-aus-einer-hand-einfuehrung-des-monismus.html>.
- Thornicroft G, Tansella M: Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry.* 2004;185:283-90.
- Schuler D et al.: Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien (Obsan Bulletin 2/2018). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2018.
- Jaeger M et al.: Regionale Varianz der Raten Fürsorgerischer Unterbringungen in der Schweiz. *Psychiatr Prax.* 2024;51(08):434-440. doi: 10.1055/a-2364-9182
- Schweizerische Eidgenossenschaft. Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB). Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1907 [cited 2024 Jun 11]. Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/de.
- KESB-Präsidienvereinigung (KPV) im Kanton Zürich. Fürsorgerische Unterbringung. Zürich: KESB-Präsidienvereinigung (KPV) im Kanton Zürich; 2024 [cited 2024 Jun 11]. Available from: <https://kesb-zh.ch/fuersorgerische-unterbringung>.
- Euler S et al.: Behandlungsempfehlungen Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie; 2018.
- Hartkamp N: Stationäre Versorgung. In: Janssen PL, Joraschky P, Tress W, editors. Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2006. p. 500-5.
- Spitzer C et al.: Stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt.* 2016;87(1):99-108.
- Liebherz S, Rabung S: Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2013;63(9-10):355-64.
- Puschner B et al.: Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundheitsverlauf. Stationäre versus ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut.* 2004;49:182-92.