

# Qualität in der Psychiatrie - Wie sieht die ideale psychiatrische Versorgung aus?

Wulf Rössler

Zürich | Berlin | Sao Paulo

Sozialpsychiatrisches Kolloquium

Bern, 25.10.2018

# Die Qualität der psychiatrischen Versorgung weiter fördern, Bundesrat Bern, 11.03.2016

- ... Die Schweiz verfügt über eine qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung.
- ... Knapp die Hälfte der erkrankten Personen lassen sich behandeln.
- Bevölkerung ist nach wie vor über Symptome, Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Krankheiten nicht gut informiert.
- ... Kosten der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanzierten Leistungen in der Psychiatrie haben im selben Zeitraum von 1,2 Milliarden Franken auf 1,9 Milliarden zugenommen. Dieser Anstieg ist kleiner als die Zunahme der Gesamtkosten der OKP im gleichen Zeitraum.

# MENTAL HEALTH AND INTEGRATION

PROVISION FOR SUPPORTING PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS:  
A COMPARISON OF 30 EUROPEAN COUNTRIES

## Five areas requiring greater attention

The index and accompanying analysis show five areas on which many European countries need to focus to provide better integration of people living with mental illness into society:

- Obtaining better data in all areas of medical and service provision and outcomes
- Backing up mental health policies with appropriate funding
- Finishing the now decades-old task of deinstitutionalisation
- Focusing on the hard task of providing integrated, community-based services
- Including integrated employment services provision

## OVERALL SCORE

RANK	COUNTRY	SCORE
1	Germany	85.6
2	United Kingdom	84.1
3	Denmark	82.0
4	Norway	79.5
5	Luxembourg	76.6
6	Sweden	74.1
7	Netherlands	72.8
8	Estonia	71.4
9	Slovenia	71.1
10	Belgium	70.7
11	Finland	70.0
12	Spain	68.8
13	France	68.4
14	Ireland	68.0
15	Poland	64.1
16	Italy	59.9
17	Malta	59.7
18	Czech Republic	59.4
19	Austria	57.9
20	Lithuania	53.5
21	Latvia	51.9
22	Slovakia	46.8
23	Cyprus	46.6
24	Switzerland	45.7
25	Hungary	43.9
26	Croatia	40.1
27	Portugal	38.1
28	Greece	38.0
29	Romania	34.7
30	Bulgaria	25.0

### Environment (5 indicators)

- **Benefits and financial control:** Presence or absence of social welfare benefits, and control over personal finances, by those with mental illness
- **Deinstitutionalisation:** Presence or absence of a deinstitutionalisation policy, and degree of financial support for community-based, deinstitutionalised care
- **Home care:** Score reflects whether the number of people with mental illness who receive long-term support in the community is greater or smaller than the number in long-stay

hospitals or institutions

- **Parental rights and custody:** Score reflects whether countries have policies which protect the child-custody rights of parents with mental illness insofar as possible
- **Family and carer support:** Presence or absence of funded schemes to assist carers, guarantees of legal rights of carers, and/or the presence or absence of family support organisations

### Access (5 indicators)

- **Assertive outreach:** Presence or absence of community-based outreach services and other specialist community mental health services
- **Mental health workforce:** A composite score reflecting the number of psychiatrists, psychologists, mental health nurses and social workers per 100,000 population
- **Advocacy within the healthcare system:** Score reflects whether the country provides

funding for advocacy schemes for mental health service users

- **Access to therapy and medication:** A composite score reflecting the degree of access of people with mental illness to various therapies, mood stabilisers and/or antipsychotic medication
- **Support in prison:** Score reflects the prevalence of mental health support measures for incarcerated people who have a mental illness, and for such individuals post-release

### Opportunities (3 indicators)

- **Back-to-work schemes:** Presence or absence of back-to-work schemes for people with mental illness; legal duty for employers to make reasonable adjustments to accommodate such employees; funding for practical support when returning to work; availability of “fitness for work” statements from physicians, for example
- **Work-placement schemes:** Presence or absence of mechanisms to help people with

mental illness find work; funded schemes to provide individual work placements; training and vocational support programmes; and funding for individual “job coaches”.

- **Work-related stress:** Score reflects whether countries have occupational health policies and safety regulations that include preventing work-related stress

### Governance (5 indicators)

- **Involuntary treatment:** Score reflects the number of criteria which must be fulfilled in order to confine or treat a person with mental illness against his/her will
- **Human rights protection:** Score reflects whether a country has signed/ ratified human rights treaties, and whether it has review bodies to assess human rights protection of users of mental health services
- **Cross-cutting policies:** Score reflects the presence or absence of formal collaboration

among government agencies (education, employment, housing) to address the needs of people with mental illness

- **Changing attitudes:** Score reflects the prevalence of mental health promotion programmes in the workplace and in schools
- **Assessment from patient perspective:** Score considers the degree to which patients’ opinions and feedback are taken into consideration in measuring the quality of mental healthcare

### Background (7 indicators)

- **Discrimination:** A qualitative measure of discrimination against people with mental illness
- **Suicide rate:** Number of suicides per 100,000 population per year

- **Mental health expenditure:** as a percentage of total health budget

- Population size
- GDP
- GDP per capita

schirmfoto **enditure:** as a percentage of GDP

# „State of the Art“

- eine bessere Finanzierung,
- eine bessere gebäudliche Ausstattung,
- mehr und besser ausgebildetes Personal,
- Qualitätssicherung,
- Einsatz gut empirisch belegter Interventionen,
- Guidelines

Priebe S, Burns T, Craig TK. The future of academic psychiatry may be social. Br. J Psychiatry. 2013 May;202(5):319-20.

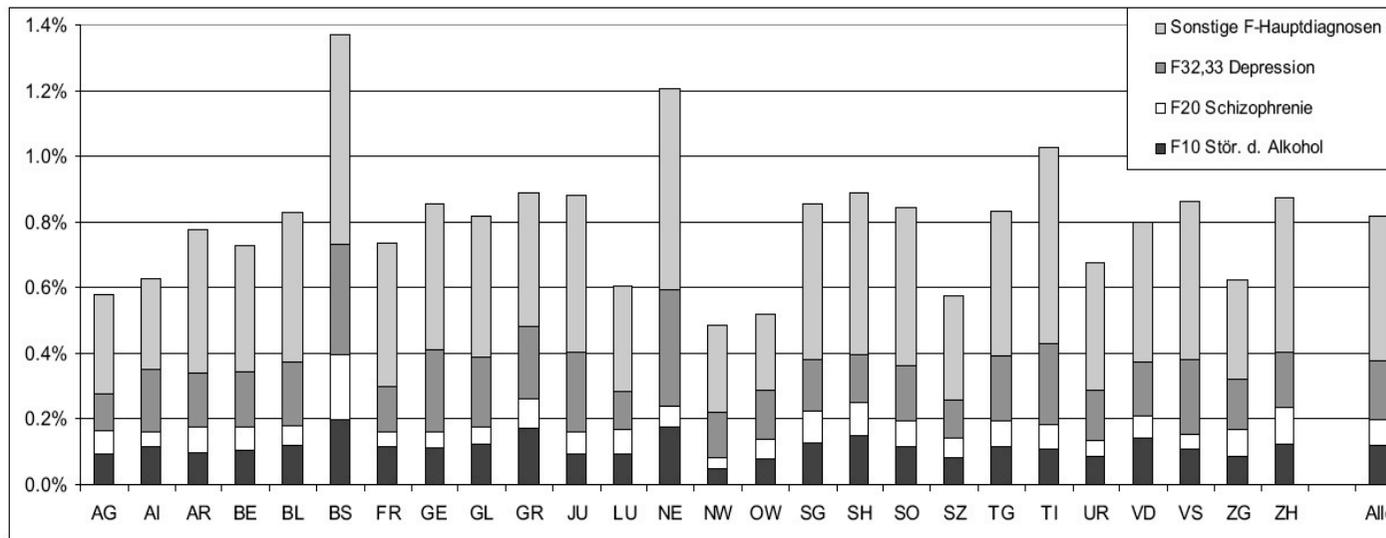
# Kritik

- Keine grossen Entwicklungen mehr seit den 80er Jahren
- Neurowissenschaftliche Dominanz
- Psychologische und soziale Aspekte nur Epiphänomene
- Gründe für vorherrschendes Paradigma: vermeintlich geringe Variabilität der Lebensbedingungen

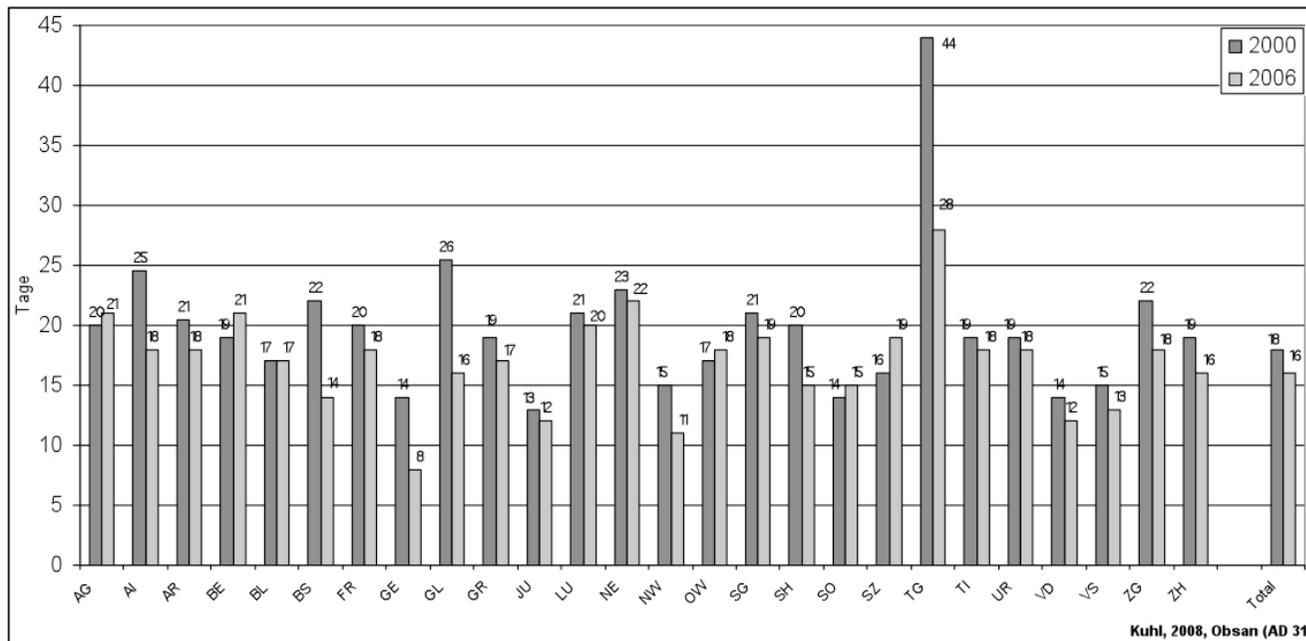
# Versorgungsindikatoren im Europäischen Vergleich

	Betten pro 1'000	Psychologen	Psychiater	Pflegepersonen	Sozialarbeiter
		jeweils pro 100'000			
Deutschland	0.8	<b>52</b>	12	52	<b>477</b>
Frankreich	1.2	5	22	98	-
GB	0.6	9	11	<b>104</b>	58
Schweiz	<b>1.3</b>	41	<b>23</b>	46	106
Österreich	0.7	49	12	38	103
Luxemburg	1.1	28	12	35	35

# Stationäre Behandlungsprävalenz Schweiz

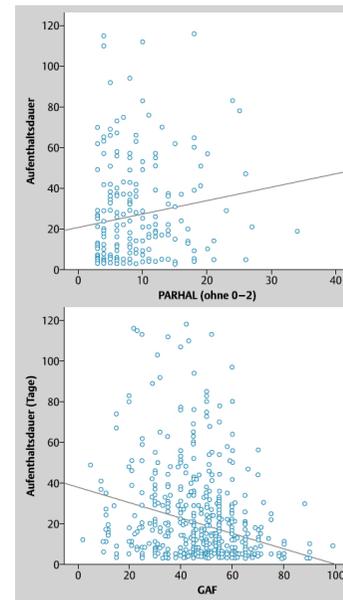
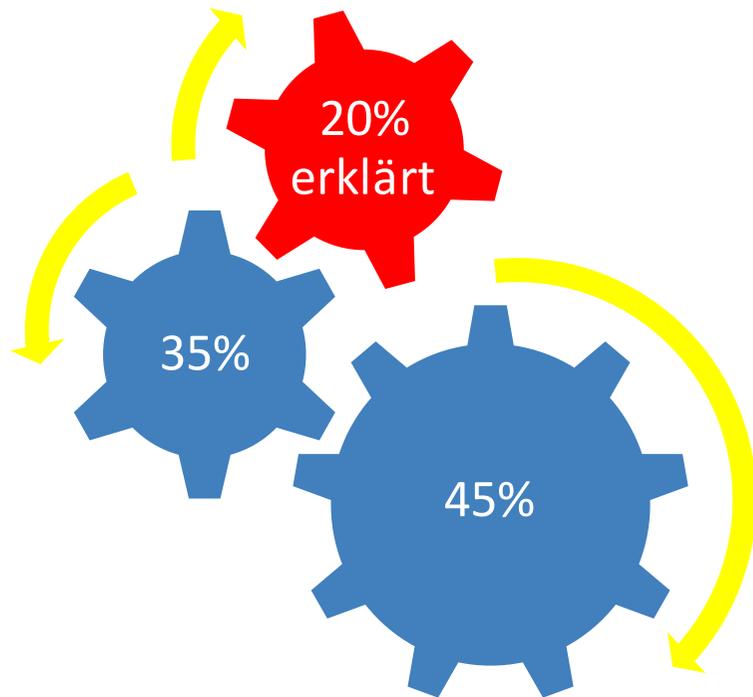


# Durchschnittliche Aufenthaltsdauer



Kuhl & Herdt 2007

# Syndrome erklären max. 20% der Varianz



# Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie?

*H. D. Brenner, W. Rössler, U. Fromm*

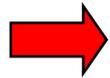
# Moderne patientenzentrierte psychiatrische Versorgung: Wie wichtig ist die stationäre Behandlung? Wo steht die Schweiz?

*T. Brühlmann, M. Binswanger*

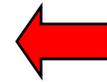
- ... Leider plädieren sie allzu einseitig für eine Aufwertung der ambulanten und teilstationären institutionellen Psychiatrie und werfen der Schweiz einen im internationalen Vergleich beträchtlichen Entwicklungsrückstand vor.
- ... die Autoren (gehen) 50 Jahre zurück, nehmen Bezug auf die Psychiatriereform und schliessen sich unkritisch dem damaligen sozialpsychiatrischen Dogma an, dem «Primat der ambulanten und teilstationären gegenüber der vollstationären psychiatrischen Behandlung»
- ... Autoren sprechen mit Bezug auf die Psychiatriereform von Ambulantisierung und suggerieren, die beste psychiatrische Behandlung sei im Grunde genommen immer ambulant oder teilstationär. Dies ist so nicht haltbar
- ... keinen Bezug zur Frage des kostengünstigsten Versorgungsmodells. Die diesbezügliche Diskussion wird seit 10 Jahren kontrovers geführt. Die heutige Datenlage lässt nicht eindeutig beantworten, ob die Gesamtkosten letztlich sinken, wenn weniger stationäre und mehr ambulante/ halbstationäre Behandlungen durchgeführt werden. Die Autoren legen dies nahe, ohne es indessen schlüssig zu beweisen
- ... Das von ihnen angeführte Prinzip «Patientenzentrierung statt Institutionszentrierung» bzw. die Verknüpfung von «bedarfsgerecht und patientenzentriert» mit ambulant bzw. halbstationär muss als überholt betrachtet werden
- ... Autoren beziehen sich auf die «evidenzbasierte psychiatrische Versorgung» und integrieren verschiedene Studienresultate in ihre Argumentation. Der Artikel demonstriert, wie sich Forschungsergebnisse für gesundheitspolitische Zielsetzungen einspannen lassen
- ... Methode zur Wirklichkeitserfassung und behalten ihren Vorrang v.a. in der Forschungswelt selber. Die Welt der Praktiker grenzt sich davon ab

## Determinanten

- Demographie
- Nationalität
- Umwelt
- Schicht
- life style
- Ökonomie



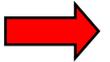
Bedarf



wirksame Therapien



Ressourcen



Angebot



Inanspruchnahme



## Interessenvertreter

- Betroffene
- Öffentlichkeit
- professionelle Helfer
- Politik

## Fördernde Faktoren

- Zugänglichkeit
  - Kosten
  - Zeit, Distanz
- Akzeptanz

# Populationsbezogene Identifikation des Bedarfs

- Epidemiologischer Ansatz
- Indikatorenansatz
- Inanspruchnahmeansatz

# Epidemiologischer Ansatz

- Veränderungen der Inzidenz (Demographie, echte Häufigkeitsveränderungen)
- Veränderungen der Prävalenz (Krankheitsverlauf)

# Epidemiologischer Ansatz

- Kategoriale Perspektive
- Dimensionale Perspektive

## Wir lassen uns nicht für krank erklären!

1980 hielt man einen Menschen für normal, wenn er ein Jahr lang um einen nahen Angehörigen trauerte. 1994 empfahl man Psychiatern mindestens zwei Monate Trauerzeit abzuwarten, bevor man Traurigkeit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen und Apathie als behandlungsbedürftige Depression einstufte. Mit dem neuen Katalog psychischer Störungen »DSM 5« wird ab Mai 2013 empfohlen, schon nach wenigen Wochen die Alarmglocken zu läuten. Vor einer Inflation der Diagnosen in der Psychiatrie warnt deshalb der international renommierte Psychiater Allen Frances. Er zeigt auf, welche brisanten Konsequenzen die Veröffentlichung haben wird: Alltägliche und zum Leben gehörende Sorgen und Seelenzustände werden als behandlungsbedürftige, geistige Krankheiten kategorisiert.

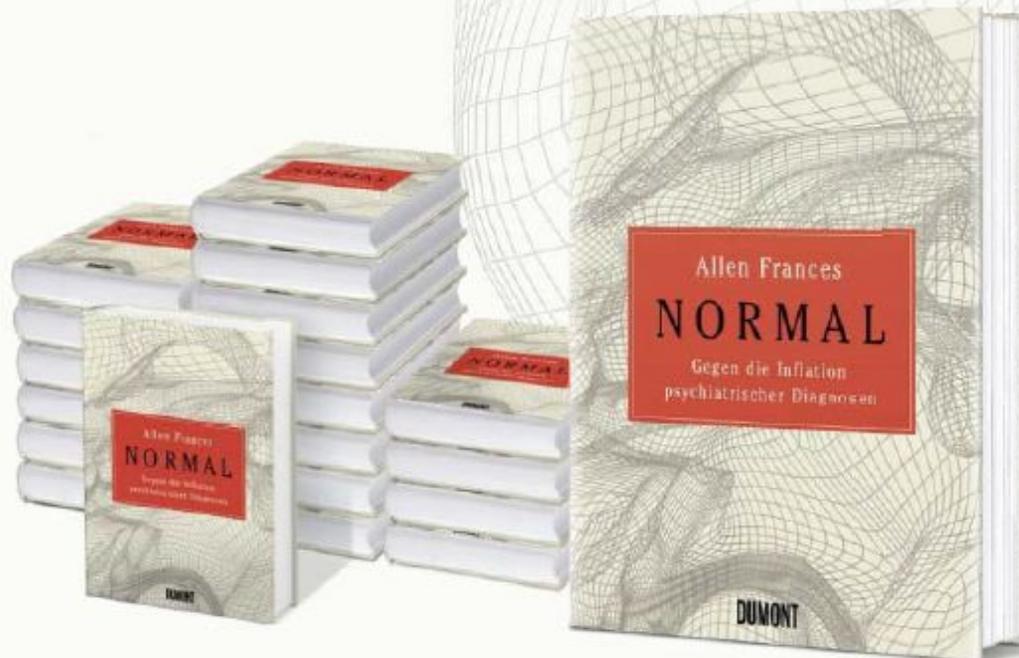
Verständlich und kenntnisreich schildert Allen Frances, was diese Änderungen bedeuten, wie es zu der überhandnehmenden Pathologisierung allgemein-menschlicher Verhaltensweisen kommen konnte, welche Interessen dahinterstecken und welche Gegenmaßnahmen es gibt. Ein fundamentales Buch über Geschichte, Gegenwart und Zukunft psychiatrischer Diagnosen sowie über die Grenzen der Psychiatrie – und ein eindrückliches Plädoyer für das Recht, normal zu sein.



**Allen Frances** ist emeritierter Professor für Psychiatrie und Verhaltensforschung und lehrte an der Duke University. Er ist einer der profiliertesten Psychiater weltweit. Als Koautor war er an der Entwicklung der psychiatrischen Standardwerke »DSM 3« und »DSM 4« maßgeblich beteiligt. Neben Fachartikeln veröffentlicht er u. a. in The Los Angeles Times, The New York Times, The Huffington Post und Pathology Today und ist international gefragter Redner. Er lebt in Coronado, Kalifornien.

**Barbara Schaden** übersetzte u. a. Bücher von Margaret Atwood, Karen Armstrong, Bliss Broyard, Patricia Duncker, Lisa Eliot, Nadine Gordimer, Kazuo Ishiguro, Siddhartha Mukherjee, Dava Sobel und Jayne Anne Phillips.

- Ein Plädoyer für das Recht, normal zu sein
- Für Patienten, Eltern, Psychologen und Mediziner
- »Allen Frances ist der einflussreichste Psychiater Amerikas.« THE NEW YORK TIMES
- Große Presse- und Vortragsreise des Autors



Wir werben in:

**PSYCHOLOGIE  
HEUTE**

**DIE ZEIT**

**chrismon**

**Allen Frances**  
**Normal**  
Gegen die Inflation  
psychiatrischer Diagnosen

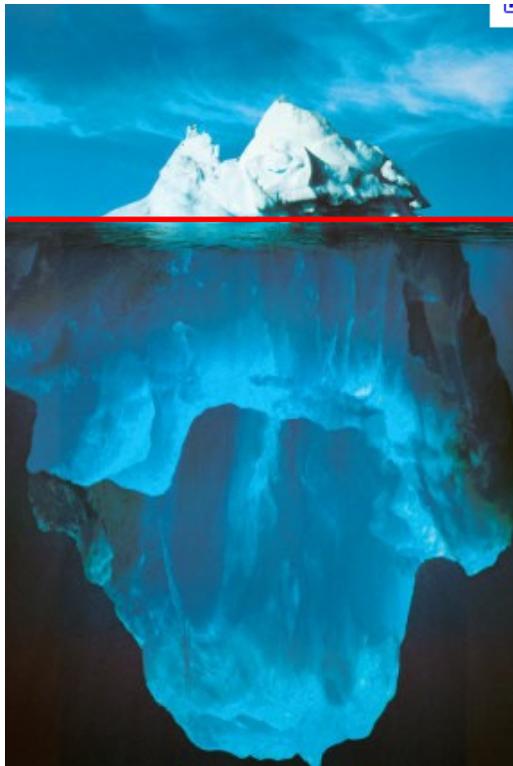
Aus dem Englischen von Barbara Schaden  
Etwa 320 Seiten / 21 x 13,5 cm  
Gebunden / Auch als eBook  
Originaltitel: Saving Normal. An Insider's Look  
At What Caused The Epidemic Of Mental Illness  
And How To Cure It., William Morrow, 2013  
Ca. € 22,- (D) / sFr. 36,50

WG 1973 / ISBN 978-3-8321-9700-1  
Lieferbar ab 15. April 2013

# Kategoriale Perspektive

- klare Trennung von “krank” und “gesund”
- Festlegung der Behandlungsbedürftigkeit erforderlich
- “klinische Bedeutsamkeit” nach DSM
- Vereinheitlichung der Diagnostik

# Unterschwellige psychische Erkrankungen



# Somatisierungsstörung

- Nach standardisierten Kriterien Lebenszeitprävalenz 0,03 - 0,4%
- Somatisierungssyndrom circa 5 - 11%
- Männer 4, Frauen 6 Symptome
- hohe Komorbidität mit Depression

# Zwangstörung

- Nach standardisierten Kriterien 2-3% Lebenszeitprävalenz
- unter Zugrundelegung einer Spektrumstörung (milde Symptome, subklinisch, vorübergehend...) circa 6%
- häufig komorbide Störungen

# Inanspruchnahmeansatz

- Evaluation
- wissenschaftliche Evaluation
- „Monitoring“ (einrichtungsübergreifend; Fallregister)

# Indikatorenansatz

- Soziodemographische Charakteristika (Nationalität, Familienstand, Alter, Geschlecht, Beschäftigungssituation)

# Indikatorenansatz

- Charakteristika der Wohnumgebung (Struktur, Wohnqualität, Bewohner pro Wohnung)

# Underprivileged Area Score

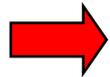
- Alleinstehende Personen im Rentenalter
- Kinder unter 5 Jahren
- Alleinerziehende
- ungelernte Arbeiter
- Erwerbslose
- Zahl Personen in überfüllten Wohnungen
- Zahl Personen mit Wohnungswechsel innerhalb eines Jahres
- Angehörige ethnischer Minderheiten

# Stationäre Aufnahmen in South Hammersmith (Rangreihe)

- 1. Broadway (2)
- 2. Gibbs Green (6)
- 3. Sands End (4)
- 4. Brook Green (10)
- 5. Addison (3)
- 6. Normand (17)
- 7. Margravine (5)
- 8. Town (13)
- 9. Walham (11)
- 10. Grove (7)
- 11. Eel Brook (9)
- 12. Ravenscourt (12)
- 13. Avonmore (8)
- 14. Sherebrook (16)
- 15. Sullivan (14)
- 16. Crabtree (18)

## Determinanten

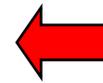
- Demographie
- Nationalität
- Umwelt
- Schicht
- life style
- Ökonomie



Bedarf



wirksame Therapien



Ressourcen



Angebot



Inanspruchnahme



## Interessenvertreter

- Betroffene
- Öffentlichkeit
- professionelle Helfer
- Politik

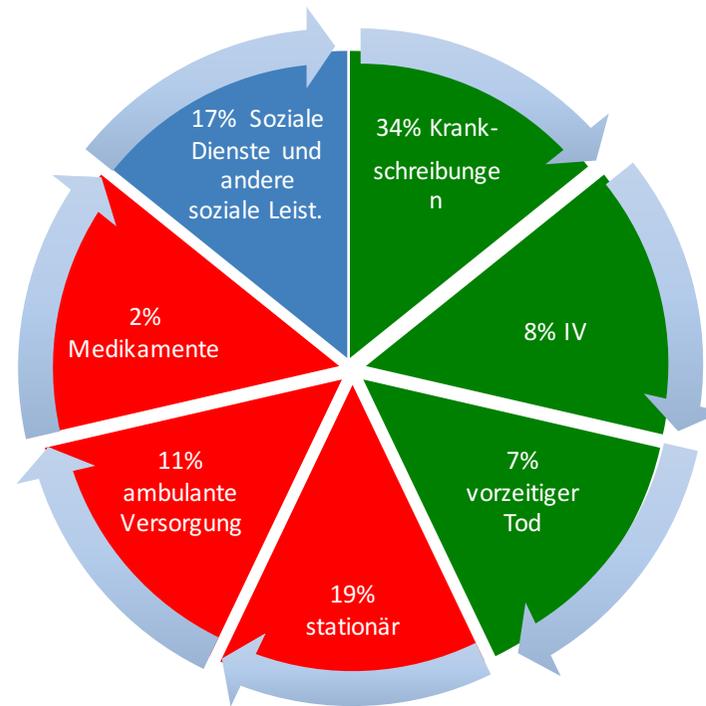
## Fördernde Faktoren

- Zugänglichkeit
  - Kosten
  - Zeit, Distanz
- Akzeptanz

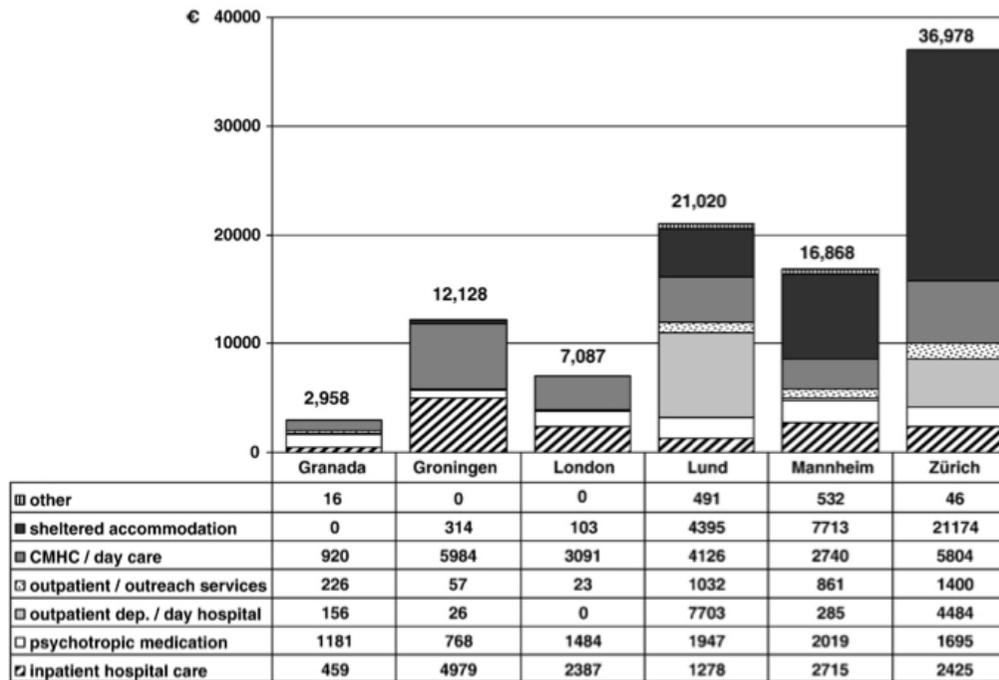
# Versorgungskulturen

- Humanistischer Ansatz
- realistischer Ansatz

# Wie verteilen sich die Kosten für psychisch Kranke?

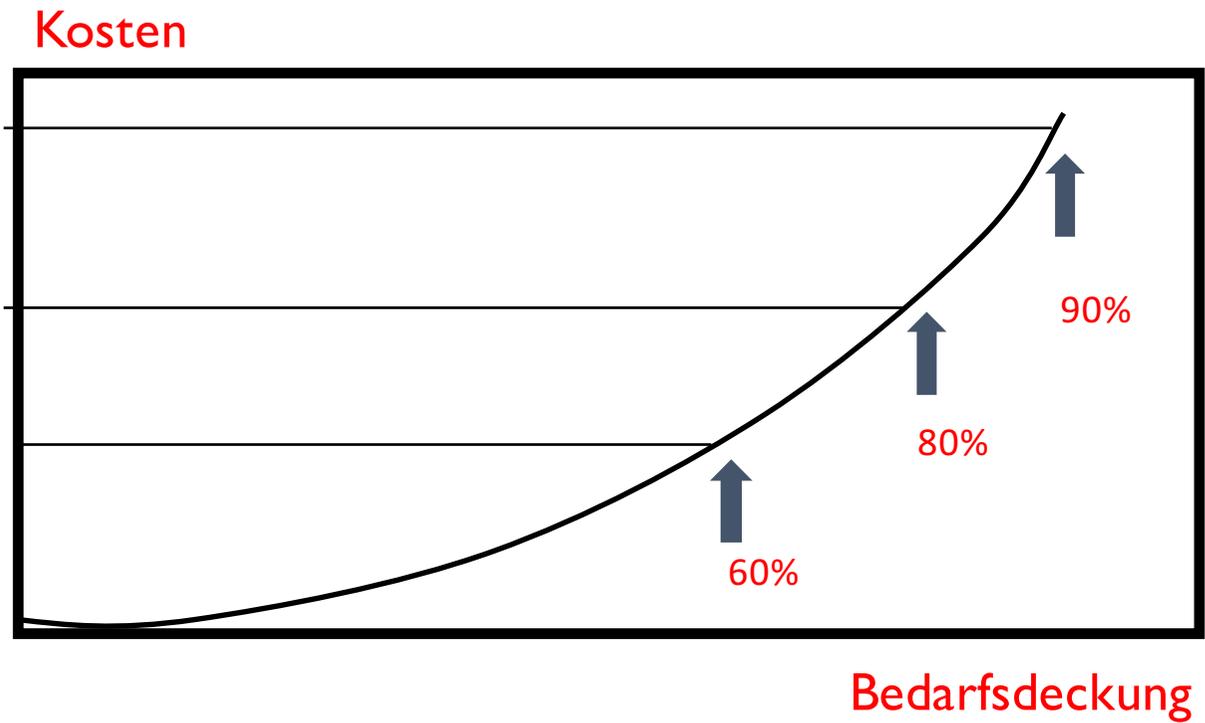


# Kosten der Schizophrenie



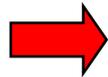
Salize et al 2009

# Kosten-Nutzen im Gesundheitswesen

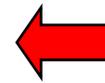


## Determinanten

- Demographie
- Nationalität
- Umwelt
- Schicht
- life style
- Ökonomie



Bedarf



wirksame Therapien



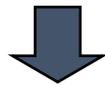
Ressourcen



Angebot



Inanspruchnahme



## Interessenvertreter

- Betroffene
- Öffentlichkeit
- professionelle Helfer
- Politik

## Fördernde Faktoren

- Zugänglichkeit
  - Kosten
  - Zeit, Distanz
- Akzeptanz

# Interessen der Politik und Träger

- Bettenplanung
- Bedarfsplanung im ambulanten Bereich
- Fallpauschalen
- Globalbudget
- Managed Care

# Konkurrenz zwischen

- Hausärzten
- Psychiatern
- Psychologen
- Sozialarbeitern und
- Pflegekräften

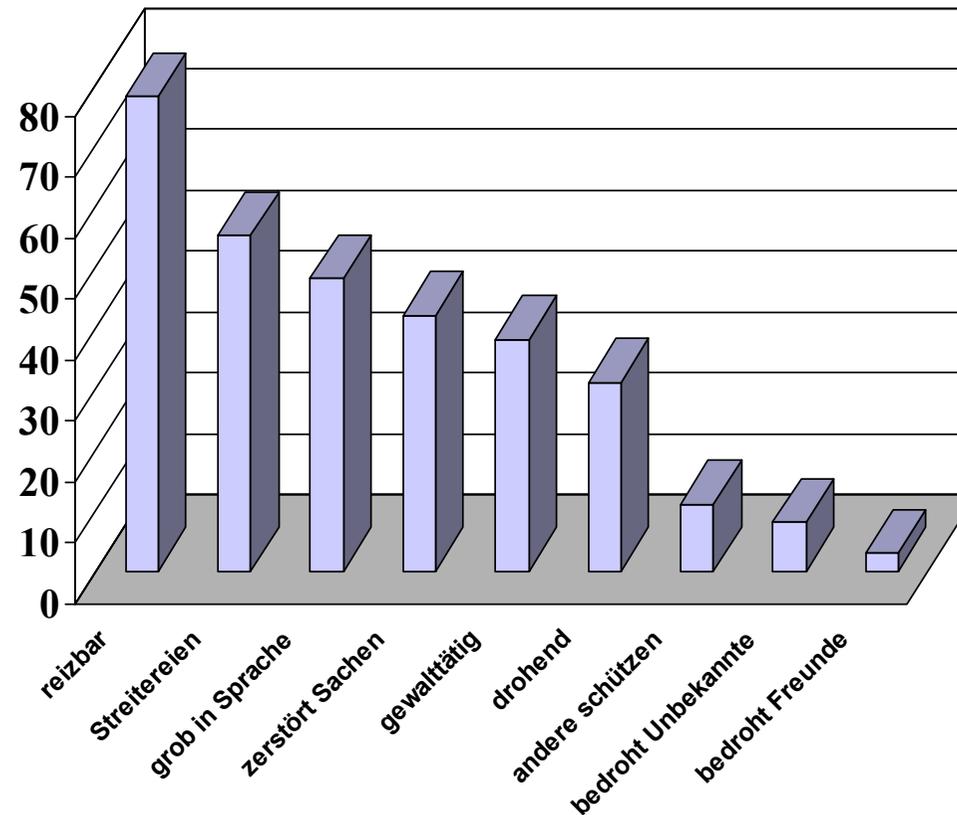
# Kostenverschiebung zwischen

- ambulantem und stationären Sektor
- Hausärzten und Fachärzten
- Gesundheits- und Sozialdiensten

# Bürgerinteressen

- mehr Kontrolle für Nutzer
- Einfluss auf Gesetzgebung und Angebot
- Bedürfnis nach Sicherheit

# Belastung Angehöriger durch aggressive Verhaltensweisen



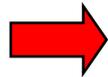
# Laienmeinungen zur Behandlung psychischer Störungen

---

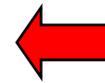
Psychologe	68%	Alleine	65%
Hausarzt	57%	zurechtkommen	65%
Frische Luft	54%	Hypnotika	60%
Psychiater	51%	EKT	57%
Psychotherapie	42%	Sedativa	47%
Telephonische		Antipsychotika	35%
Beratung	29%	Antidepressiva	33%
Geistlicher	28%	Vitamine	22%
Sozialarbeiter	28%	Psychiatrische Klinik	21%
Antidepressiva	21%	Homöopathie	16%
Naturheilpraktiker	20%	Naturheilpraktiker	13%
Homöopathie	19%	Geistlicher	13%
Psychiatrische Klinik	15%	Telephonische	
Vitamine	12%	Beratung	9%
Sedativa	10%	Psychiater	8%
Antipsychotika	10%	Sozialarbeiter	7%
Alleine		Psychotherapie	6%
zurechtkommen	4%	Hausarzt	5%
Hypnotika	3%	Psychologe	3%
EKT	1%	Frische Luft	3%

## Determinanten

- Demographie
- Nationalität
- Umwelt
- Schicht
- life style
- Ökonomie



Bedarf



wirksame Therapien



Ressourcen



Angebot



Inanspruchnahme



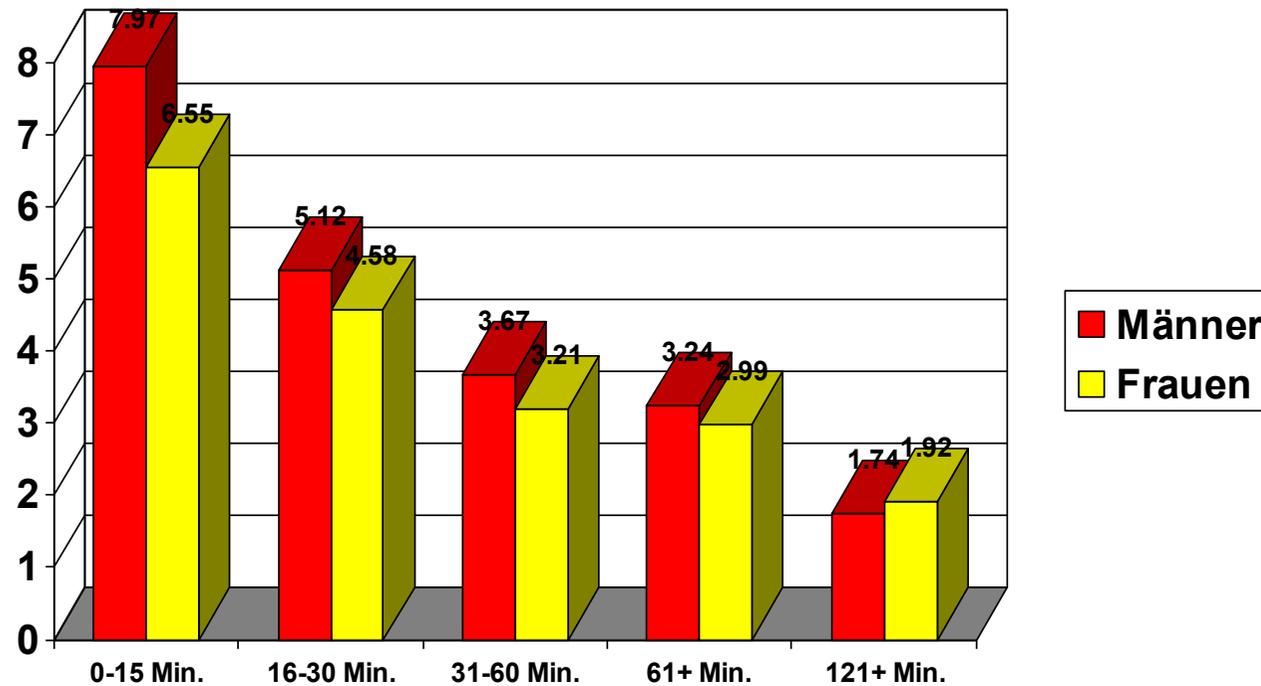
## Interessenvertreter

- Betroffene
- Öffentlichkeit
- professionelle Helfer
- Politik

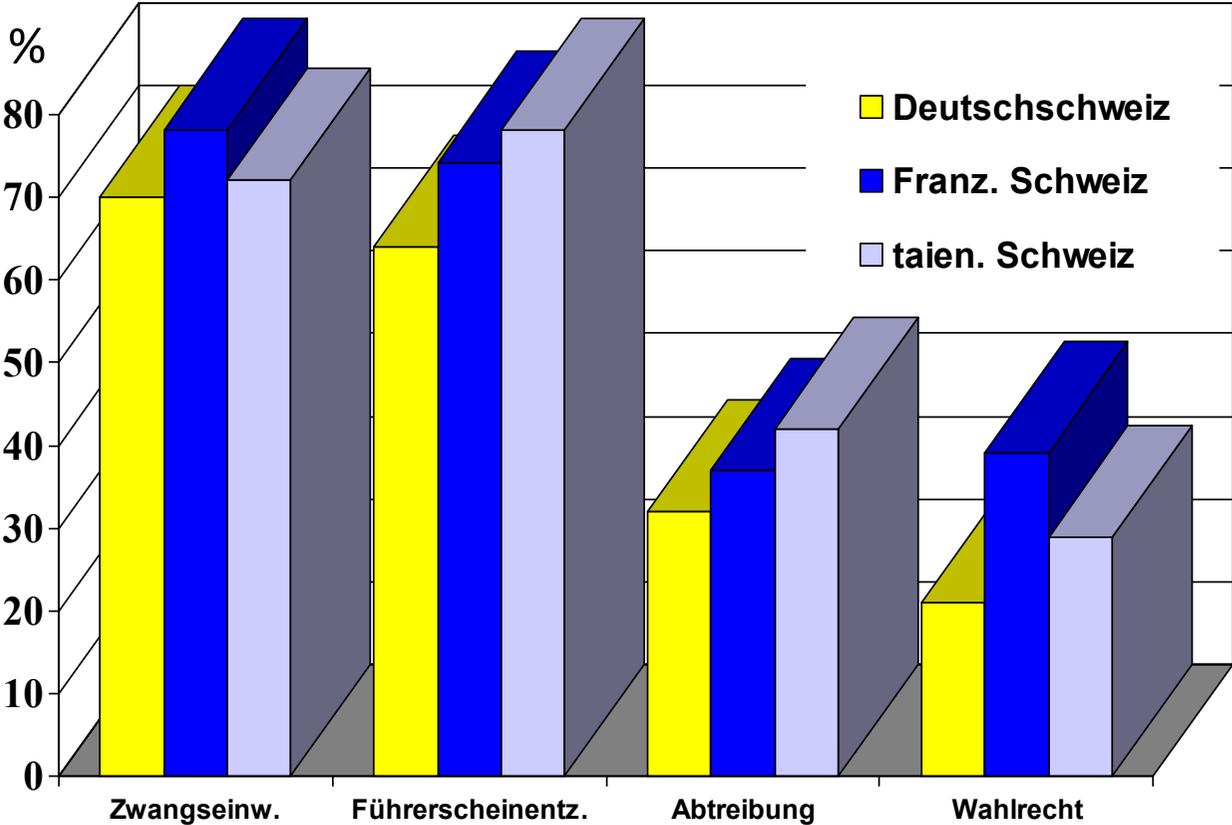
## Fördernde Faktoren

- Zugänglichkeit
  - Kosten
  - Zeit, Distanz
- Akzeptanz

# Aufnahmeraten (alle Diagnosen) in Abhängigkeit von Entfernung



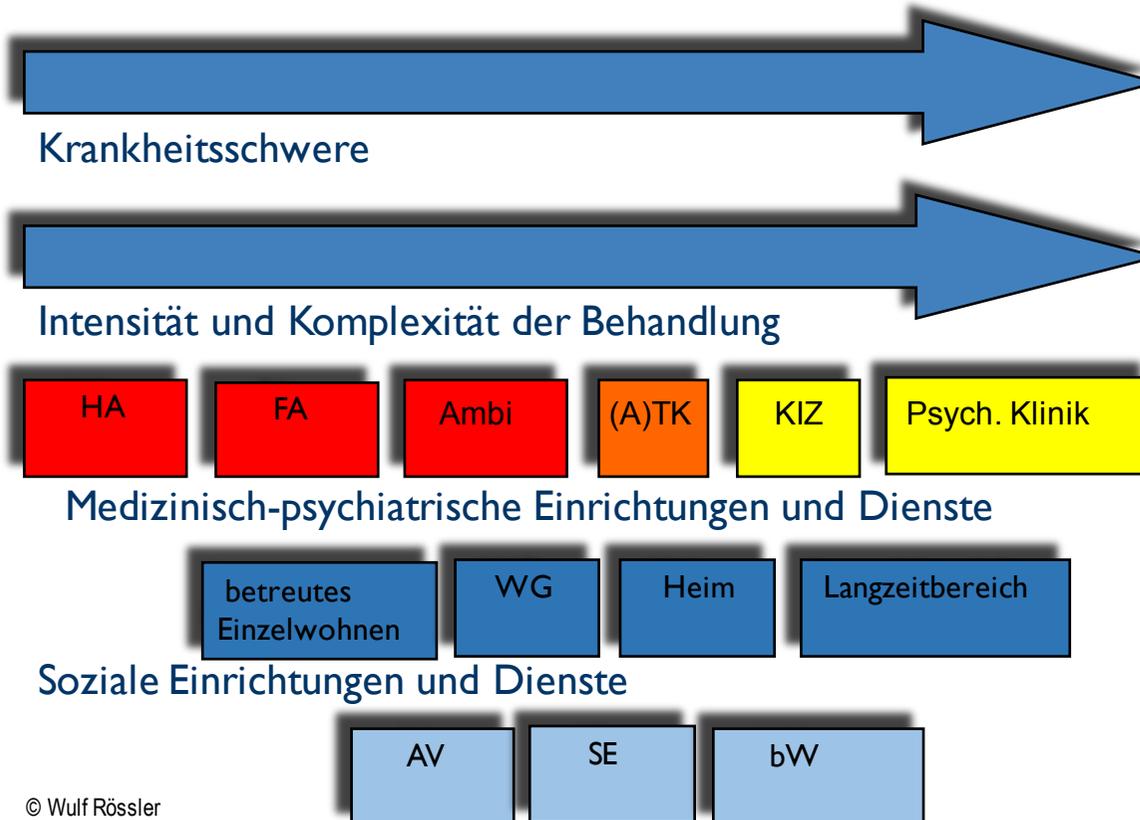
# Akzeptanz negativer Sanktionen



# Ethik des Gesundheitswesens

- Vorrang der Massnahme, die Patienten am wenigsten einschränkt
- Normalisierung
- Stigmatisierung vermeiden
- Bei gleich wirksamen Massnahmen, hat kostengünstigere Vorrang

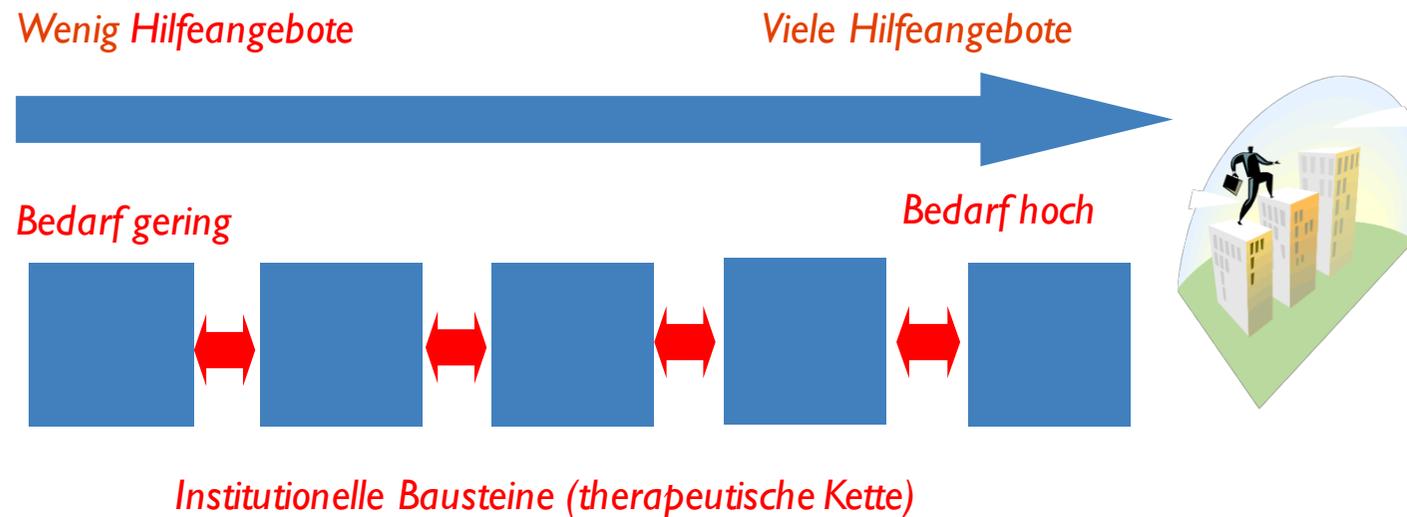
# Gesundheitsversorgung ist wertebasiert



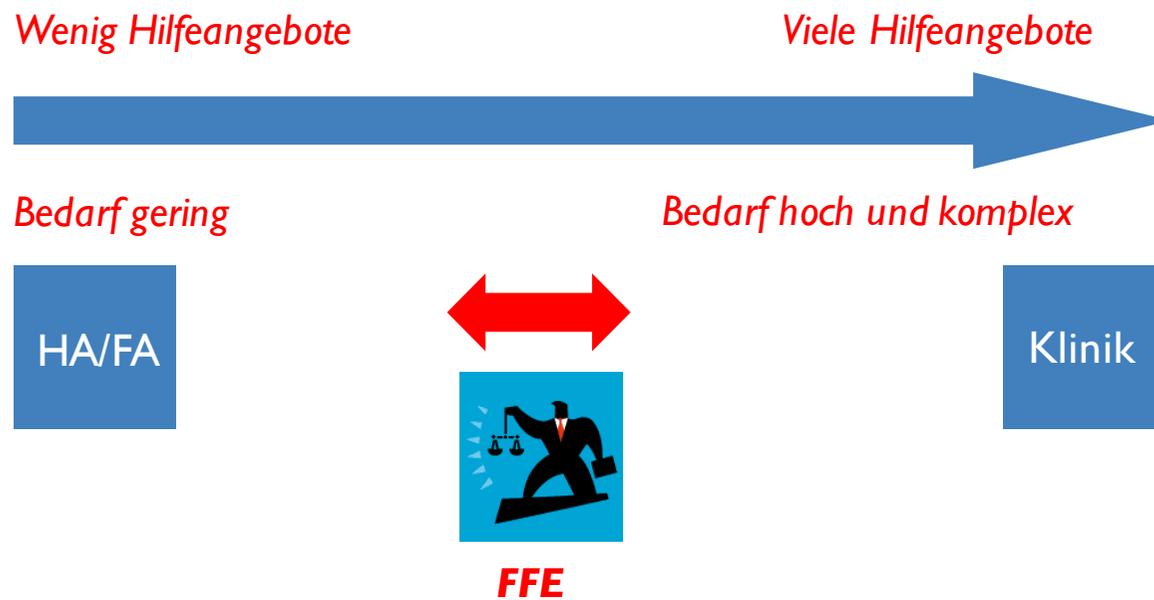
# Kostengünstige Versorgungsform oder ethisches Prinzip?

- ambulant  (teil-)stationär
- Massnahmen müssen wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig sein

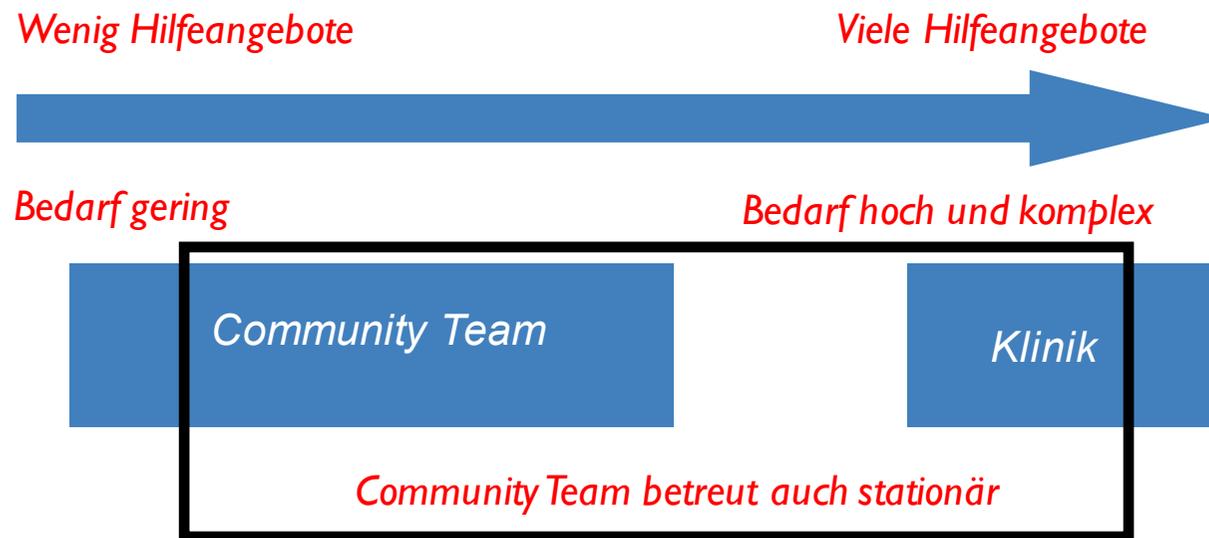
# Das ideale Modell ... ?



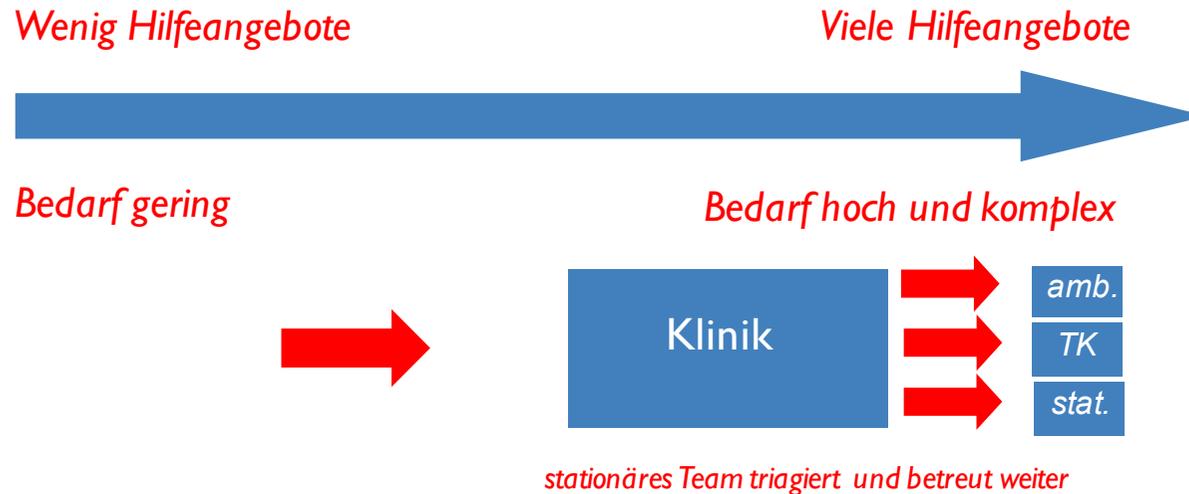
# Die Versorgungsrealität



# Das Englische Modell



# Das Zürcher Modell



**Reduktion der stationären Behandlung  
um ca. 5 Tage**

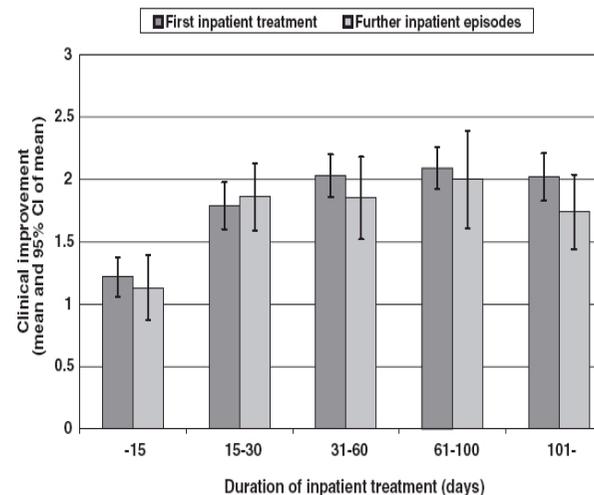
# Optimum für stationäre Depressionsbehandlung: 15-30 Tage

- Längere Behandlungsdauer nur geringfügig mehr Symptomreduktion
- Weniger und kürzere Rehospitalisierungen

Duration of first inpatient treatment: association with short-term and long-term outcome

Duration of first inpatient treatment (days)	Improvement of clinical symptoms during first inpatient treatment		Cumulative length of further inpatient treatment		Number of further inpatient episodes	
	N	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
<15	115	1.22 (.85)	25.44 (84.08)	.42 (.98)		
15-30	77	1.79 (.83)	5.13 (22.79)	.16 (.49)		
31-60	92	2.03 (.82)	21.54 (60.22)	.37 (1.06)		
61-100	78	2.09 (.75)	24.83 (82.13)	.44 (1.09)		
>100	96	2.02 (.93)	47.66 (138.58)	.45 (1.02)		
ANOVA statistics		$F=18.98$ ; $df=4449$ ; $p<.001$	$F=2.59$ ; $df=4453$ ; $p=.04$	$F=1.27$ ; $df=4453$ ; $p=.28$		

SD: standard deviation.



# Form follows function

- Orientierung an Bedürfnissen und Werten der Patienten
- Selbstbestimmung
- Informationsfluss
- Transparenz

# Abkehr vom traditionellen Kooperationsmodell

- Keine paternalistische Beziehung
- Keine Zielvorgaben von aussen
- Verhandeln statt bestimmen
- Mehr (Eigen-)Verantwortung
- Nicht nur Stoffwechselstörung ausgleichen
- Keine Symptombefreiheit um jeden Preis

# Zukunft der institutionellen Versorgung

- Möglichst patientennahe, nicht stigmatisierende und flexible Versorgungsangebote, d.h.:
  - Patientennah = wohnortnah
  - Flexibel = Institution passt sich den wechselnden Bedürfnissen ihrer Patienten an
  - Nicht stigmatisierend = Integration in allgemeinmedizinische Versorgungsstrukturen

der Innovationsausschuss beim G-BA hat am Donnerstag letzter Woche (19.10.2018) **neue Förderbekanntmachungen** beschlossen.

Es sollen gefördert werden:

Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verschiedenen Themenschwerpunkten und auch themenoffen sowie Versorgungsforschungsprojekte zur wissenschaftliche Begleitung von bestehenden Selektivverträgen nach §§ 73c und 140a SGB V (Evaluierung Selektivverträge).

Themenschwerpunkte der neuen Versorgungsformen sind:

- **Themenfeld 1:** Versorgungsformen zur Weiterentwicklung einer sektorenunabhängigen Versorgung
- **Themenfeld 2:** Innovative Modelle zur Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung
- **Themenfeld 3:** Telemedizinische Kooperationsnetzwerke von stationären und ambulanten Einrichtungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung
- **Themenfeld 4:** Versorgungsmodelle unter Nutzung der Telematikinfrastruktur

Themenschwerpunkte der Versorgungsforschung sind:

- **Themenfeld 1:** Stärkung der gesundheitlichen Versorgung in der Pflege und Transparenz über die pflegerische Versorgungsqualität
- **Themenfeld 2:** Barrierefreiheit und Verbesserung der Situation von Menschen mit Assistenzbedarf und deren Angehörigen in der Gesundheitsversorgung
- **Themenfeld 3:** Aufbereitung und Verknüpfung von Gesundheitsdaten aus verschiedenen Quellen zur Verbesserung der Patientenversorgung
  - a) Verknüpfung von Gesundheitsdaten auf Populationsebene
  - b) Verknüpfung von Gesundheitsdaten auf Ebene der Patientin/des Patienten
- **Themenfeld 4:** Einfluss evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten auf die Versorgung
- **Themenfeld 5:** Umsetzung und Evaluation der Akten nach § 291a SGB V (ePA)

Die Antragsfristen betragen 3 Monate für alle Versorgungsforschungsvorhaben (Abgabetermin für die Anträge ist der 19.02.2019), 4 Monate für die neuen Versorgungsformen (Abgabetermin für die Anträge ist der 19.03.2019).

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

wulf.roessler@uzh.ch