



© Kurpanat Pheuphong / Dreamstime

Immer wieder gibt es Forderungen nach Strategien zur Kostendämpfung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen.

# Ist eine «hohe Inanspruchnahme» gleich Überversorgung?

**Versorgungssteuerung** Psychiatrisch-psychologische Leistungen werden laut einem Bericht zur Dichte der ambulanten medizinischen Versorgung in den einzelnen Kantonen teilweise überdurchschnittlich in Anspruch genommen. Der Umfang der bereitgestellten Ressourcen wäre somit nicht bedarfsgerecht. Aber ist das wirklich der Fall?

**Christian Huber<sup>a</sup>, Alexandre Wullschleger<sup>b</sup>, Stefan Kaiser<sup>c</sup>, Michael Kaess<sup>d</sup>, Kerstin von Plessen<sup>e</sup>, Erich Seifritz<sup>f</sup>, Undine Lang<sup>g</sup>**

<sup>a</sup> Prof. Dr. med., Chefarzt und stellvertretender Klinikdirektor, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Universität Basel; <sup>b</sup> Dr. med., Leitender Arzt, Abteilung Psychiatrie, Universitätsspital Genf (HUG), Universität Genf; <sup>c</sup> Prof. Dr. med., Chefarzt, Abteilung Psychiatrie, Universitätsspital Genf (HUG), Universität Genf; <sup>d</sup> Prof. Dr. med., Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern, Universität Bern; <sup>e</sup> Prof. Dr. med., Abteilung Psychiatrie, Universitätsspital Lausanne (CHUV), Universität Lausanne; <sup>f</sup> Prof. Dr. med., Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) Zürich, Universität Zürich; <sup>g</sup> Prof. Dr. med., Klinikdirektorin, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Universität Basel

Die Kosten im schweizerischen Gesundheitssystem sind von 2016 bis 2020 um circa 2,3% pro Jahr gestiegen und lagen 2020 mit 804 Franken pro Monat und Einwohner bei 11,8% des Bruttoinlandsproduktes [1]. Relativ stabil um die 6,5% der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung werden dabei durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung verursacht, wovon 43% auf ambulante psychiatrische Praxen, 36% auf die stationäre psychiatrische Spitalversorgung und 21% auf die ambulante psychiatrische Spitalversorgung entfallen [2]. Die Kosten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung unterliegen also einer vergleichbaren Kostensteigerung wie die der allgemeinen Gesundheitsversorgung.

## Ein Abbau von vermeintlichen Überkapazitäten reduziert zwar Kosten, kann aber zahlreiche negative Auswirkungen haben.

### Ambulante Versorgung

Immer wieder gibt es daher Forderungen nach Strategien zur Kostendämpfung für psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen. Als Grundlage für regulatorische Eingriffe wurden in den letzten Jahren mit hohem Aufwand Datenanalysen durchgeführt. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) erstellten das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) und die BSS Volkswirtschaftliche Beratung 2022 einen Bericht zur Dichte der ambulanten medizinischen Versorgung in den einzelnen Kantonen. Dabei wurde auf Basis der tatsächlichen Nutzung des Gesundheitssystems ein «nationales Regressionsmodell» erstellt, das «als erklärende Variablen» für unterschiedliche Nutzung «demografische Merkmale (Alter, Geschlecht), morbiditätsbezogene Indikatoren (Jahresfranchise, Spitalaufenthalt im Vorjahr, Medikamentenkosten im Vorjahr) sowie Variablen zum sozialen Netzwerk und zum kulturellen Hintergrund (Nationalität, Haushaltstyp und -grösse und -typ, Zivilstand) berücksichtigt» [3]. Für die Psychiatrie und Psychotherapie wurden aus dem Verhältnis zwischen beobachtetem Leistungsvolumen und dem sogenannten bedarfsadjustierten Leistungsvolumen Versorgungsgrade zwischen 47% (Glarus) und 150% (Genf) ermittelt [3], für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Versorgungsgrade zwischen 27% (Obwalden) und 189% (Genf) [3]. Diese Auswertung soll nun gesamtschweizerisch zur Grundlage der Bedarfsplanung und Obergrenzenbestimmung [4] für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung (sowohl

in privater als auch in öffentlicher Trägerschaft) herangezogen werden. Zwar bestehen kantonale Gestaltungsmöglichkeiten, beispielsweise in Form eines spezifischen Korrekturfaktors, aber dennoch wird damit der statistisch korrigierte Status Quo des Nutzungsverhaltens in der Schweiz zum Soll der zukünftigen ambulanten Versorgung gemacht.

### Über-, Unter- und Fehlversorgung?

Bereits in den Anmerkungen zum Obsan-Bericht wird darauf hingewiesen, dass ein Versorgungsgrad von kleiner als 100% nicht als Unter- und ein Versorgungsgrad von über 100% nicht als Überversorgung interpretiert werden kann, sondern zunächst einmal nur eine durch statistische Korrektur nicht erklärte unter- oder überdurchschnittliche Inanspruchnahme im Verhältnis zum statistischen Mittel der Schweiz widerspiegelt [3]. Diese Einschränkung wird leider in der politischen und medialen Diskussion rasch wieder vergessen. Unterschiede, die allein durch soziodemografische Variablen nicht statistisch erklärbar sind, werden als hohe Inanspruchnahme interpretiert, die «nicht medizinisch begründbar ist». «Der Umfang der für diese Leistungen bereitgestellten [Ressourcen] wäre somit nicht bedarfsgerecht.» [5] Gegen diese Interpretation sprechen jedoch mehrere Gründe.

Zum einen unterliegt die verwendete Methodik zahlreichen Limitationen. Sie bezieht nur einen kleinen Teil der patientenbezogenen Einflussfaktoren auf das Nutzungsverhalten in die Analysen mit ein (zum Beispiel nicht den Anteil von Personen mit Migrationshintergrund) und berücksichtigt unterschiedliche regionale Gegebenheiten (beispielsweise den Grad der Urbanität/Ländlichkeit) und Schnittstellen im Versorgungssystem (beispielsweise die Interaktion mit der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung) ungenügend. Zusätzlich wird die Inanspruchnahme gemittelt über alle Patientengruppen betrachtet, die innerhalb derselben Alters- und Diagnosegruppe ganz unterschiedlich versorgt sein können. Bekannt ist beispielsweise die Unterversorgung von Menschen mit schweren chronischen psychiatrischen Erkrankungen (SPMI) auch bei guter Ressourcenverfügbarkeit. Ausserdem beruhen die Auswertungen auf einem rein nationalen Vergleich, ohne die internationale Perspektive mit einzu beziehen. Zudem handelt es sich um eine rein quantitative Betrachtung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, ohne dass Inhalte und Qualität mit einbezogen werden können und ohne Berücksichtigung der Komplexität psychiatrischer Symptomatik, die sich bei Patientinnen und Patienten im privaten und öffentlichen ambulanten Bereich stark unterscheidet.

Zum zweiten beruht die Ermittlung des Soll an psychiatrisch-psychotherapeutischen Ressourcen am überkantonalen Vergleich auf einem Denkfehler. Die durchschnittliche Nutzung von Gesundheitsressourcen ist weder identisch mit dem wirtschaftlichen noch mit dem klinischen Optimum der Versorgung. Denn unklar ist, ob die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im schweizweiten Mittel a priori als ausreichend oder sogar «ideal» angenommen werden kann. Die durchschnittliche Inanspruchnahme könnte beispielsweise gesamtschweizerisch niedriger als eigentlich erforderlich sein, weil die Inanspruchnahme aufgrund von Stigmatisierung und Barrieren für benachteiligte Personengruppen erschwert wird. Es könnte aber auch schweizweit eine zu hohe Inanspruchnahme des Systems bestehen. Internationale Vergleiche könnten die ambulante Versorgung der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern aufzeigen und hiermit einen Indikator für die Versorgungsdichte im Allgemeinen darstellen. Aber auch hier kann es zu problematischen Fehlschlüssen kommen: Da derzeit nahezu in der gesamten westlichen Welt über mangelnde ambulante Kapazitäten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung berichtet wird, könnte auch hier ein global zu niedriges Mittel als «Goldstandard» herangezogen werden. Zudem sind internationale Vergleiche aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme (zum Beispiel mit unterschiedlichem Ausbaugrad des ambulanten Sektors) oft schwierig.

## Eine Depression zu behandeln kostet im Schnitt weniger als die finanziellen Belastungen durch die Ausfälle am Arbeitsplatz.

### Ressourcenabbau hat negative Folgen

Bei oben skizzierter Interpretation der heutigen Daten hätten diese wahrscheinlich einen Abbau von ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Ressourcen in den heute als «überversorgt» deklarierten Kantonen zur Folge. Ein Abbau von vermeintlichen Überkapazitäten kann neben der angestrebten Reduktion an direkten Gesundheitskosten jedoch eine Vielzahl von negativen Auswirkungen haben: Insbesondere bei Menschen, denen es schwerfällt, psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird sich der Leidensweg bis zu einer suffizienten Behandlung verlängern [6–8]. Stattdessen werden kompensatorisch andere Strukturen (zum Beispiel niederschwellige Sozialeinrichtungen, somatisches Notfallsystem) genutzt – mit insgesamt höheren direkten

## Organisationen

Gesundheitskosten und schlechterem Behandlungsergebnis und damit höheren indirekten Kosten. Die Verfügbarkeit von niederschweligen Angeboten steht zudem mit dem Suizidrisiko und der Sekundärprophylaxe nach Suizidversuch in Zusammenhang [9, 10]. Darüber hinaus ist bekannt, dass eine gute ambulante Versorgung Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie reduzieren kann [11–13] und dass eine Reduktion der Versorgungskapazität Zwangsmassnahmen begünstigt [14, 15]. Insgesamt zeigen internationale Erfahrungen, dass ein breites, bedürfnisangepasstes Spektrum an ambulanten und intermediären Angeboten für eine leicht zugängliche und qualitativ hochstehende Versorgung entscheidend ist.

### Primär volkswirtschaftliche Motivation?

Treibender Faktor dafür, eine vermeintliche Überversorgung zu identifizieren, ist zweifelsohne die wirtschaftliche Finanzierbarkeit des schweizerischen Gesundheitssystems. Dabei sind jedoch – leider – aktuell praktisch ausschliesslich die direkten Kosten im jeweiligen Versorgungssektor eines Fachgebietes im Blick. Eine Verschiebung von direkten Kosten in andere Fachgebiete (zum Beispiel durch Inanspruchnahme von Hausarztmedizin oder Notfallversorgung anstatt von psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung) wird selten mitbedacht. Eine wirtschaftliche Abwägung des «return of investment» wird nicht unternommen, sei es in Bezug auf die Optimierung aufgewendeter Kosten in Hinsicht auf gewonnene Quality Adjusted Life Years, sei es in Bezug auf indirekte Gesundheitskosten. Das ist wiederum volkswirtschaftlich nicht sehr sinnvoll, denn bekanntermassen sind die durch psychiatrische Erkrankungen verursachten indirekten Kosten (durch

### Es gibt Versorgungslücken in der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere für sehr benachteiligte Gruppen.

Arbeitsausfall, Nutzung der Sozialversicherungssysteme, fehlenden Finanzierungsbeitrag durch frühzeitige Berentung, etc.) ungleich höher als die direkten Kosten [16]. Die Behandlung einer Depression in der Schweiz kostet beispielsweise im Schnitt weniger als alleine schon die finanziellen Belastungen durch die Ausfälle am Arbeitsplatz [17]. Die Frage, was in dieser Hinsicht eine volkswirtschaftlich optimale psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist, steht leider bislang nicht im Fokus.

### Was ist zu tun?

Es ist unbestritten, dass es zur Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems einer Steuerung der Versorgung bedarf und dass es im schweizerischen System zu Über-, Unter- und Fehlversorgung kommt [18]. Trotz einer für manche Kantone postulierten Überversorgung gibt es dabei

### Aus dem Ist auf das Soll zu schliessen bleibt auch bezüglich der psychiatrischen Versorgung ein Irrweg.

gleichzeitig Hinweise auf deutliche Versorgungslücken in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie [19], die sich im Rahmen der COVID-19-Pandemie weiter vergrössert haben, insbesondere für bereits sehr benachteiligte Gruppen wie Menschen mit SPMI, Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und Menschen in ländlichen Regionen.

Die Berechnungsbasis für eine Versorgungssteuerung aufgrund von statistisch angepassten Modellen des Status Quo des Inanspruchnahmeverhaltens hat sicher ihren Wert als datenbasierte Leitschnur mit deutlichen Limitationen für den von den Kantonen und vom Bund geführten Diskurs mit den Parteien im Gesundheitssystem, auf welchem Weg Kostendämpfung und -reduktion angegangen werden können. Sie alleine – auch wenn es gelingt, sie weiter zu verbessern – ist aber kein Weg zu einer guten oder gar zu einer klinisch oder wirtschaftlich optimalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Das sollte transparent benannt werden. Aus dem Ist auf das Soll zu schliessen bleibt auch bezüglich der psychiatrischen Versorgung ein Irrweg.

Zu wünschen wäre ein inhaltlich gesteuerter Diskurs, wie eine optimale psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung beschaffen sein könnte und der Weg für dieses Ziel geebnet werden kann. Änderungen am dysfunktionalen Vergütungssystem, das immer noch «ambulant vor stationär» und intermediäre Angebote behindert, wären beispielsweise ein Weg, den Akteuren im Gesundheitssystem die Mittel an die Hand zu geben, eine solche Richtung selbst einzuschlagen. Dabei dürfen die Vergütungssysteme keine Fehlanreize setzen, damit die Behandlerinnen und Behandler von Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen wirtschaftlich nicht schlechter gestellt werden. Versorgungsmotivierte Anreize und neue Finanzierungsmodelle könnten zusätzlich helfen, die sektor- und institutionsübergreifende

Zusammenarbeit zu optimieren. Hierfür müssten schweizweit wissenschaftlich fundierte Grundprämissen für die Versorgung erarbeitet werden.

### Korrespondenz

christian.huber[at]unibas.ch



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code