Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Überlegungen zu normativen versus empirischen Steuerungs- und Anreizsystemen in der stationären psychiatrischen Versorgung

Wulf Rössler

Vorsteher

Psychiatrische Universitätsklinik

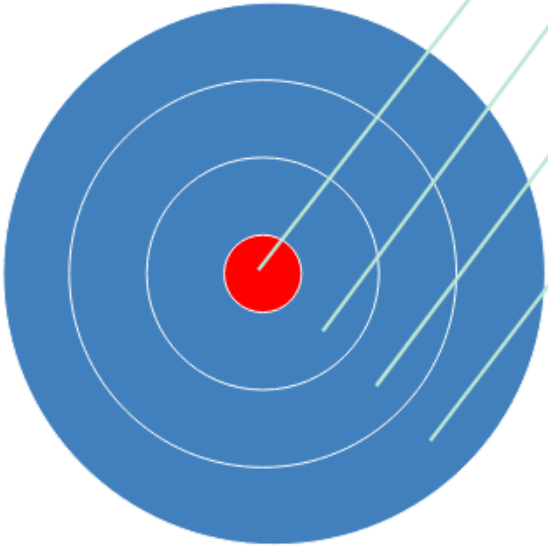
Fellow des Collegium Helveticum

Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgungsstruktur
Bremen, 12. März 2010

uzh | eth | zürich

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Wer behandelt psychisch Kranke?



1-2% stationär psychiatrisch

3-5% bei Facharzt

Ca. 18% bei Hausarzt

25-30% erkranken während eines Jahres

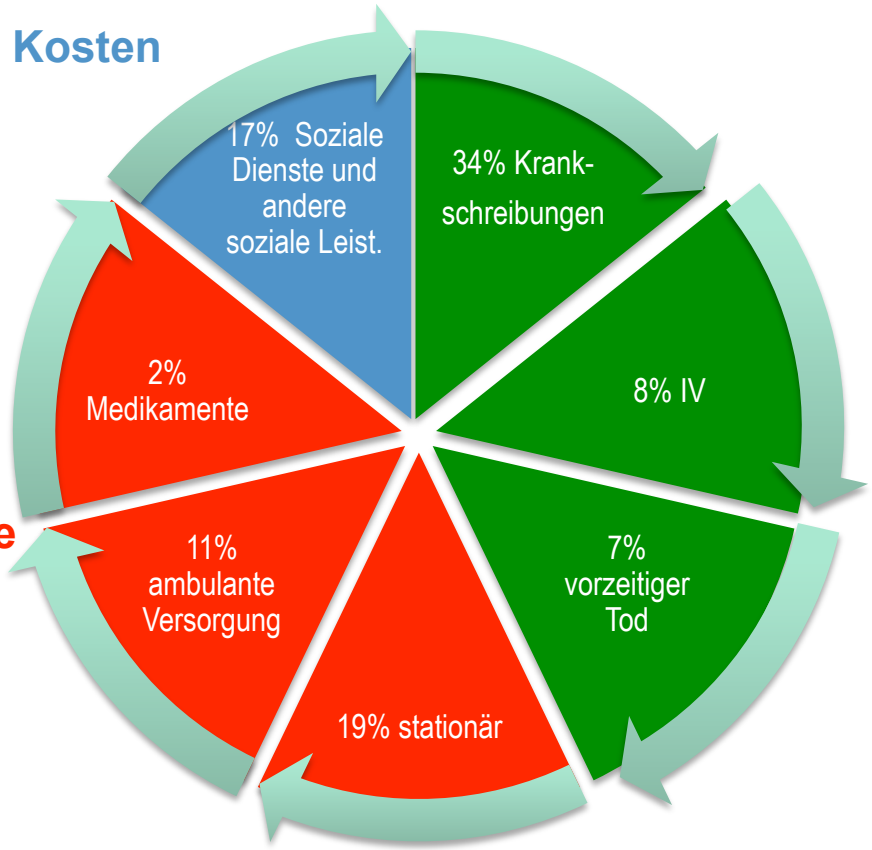
© Wulf Rössler

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Wie verteilen sich die Kosten?

Direkte soziale Kosten



Indirekte Kosten

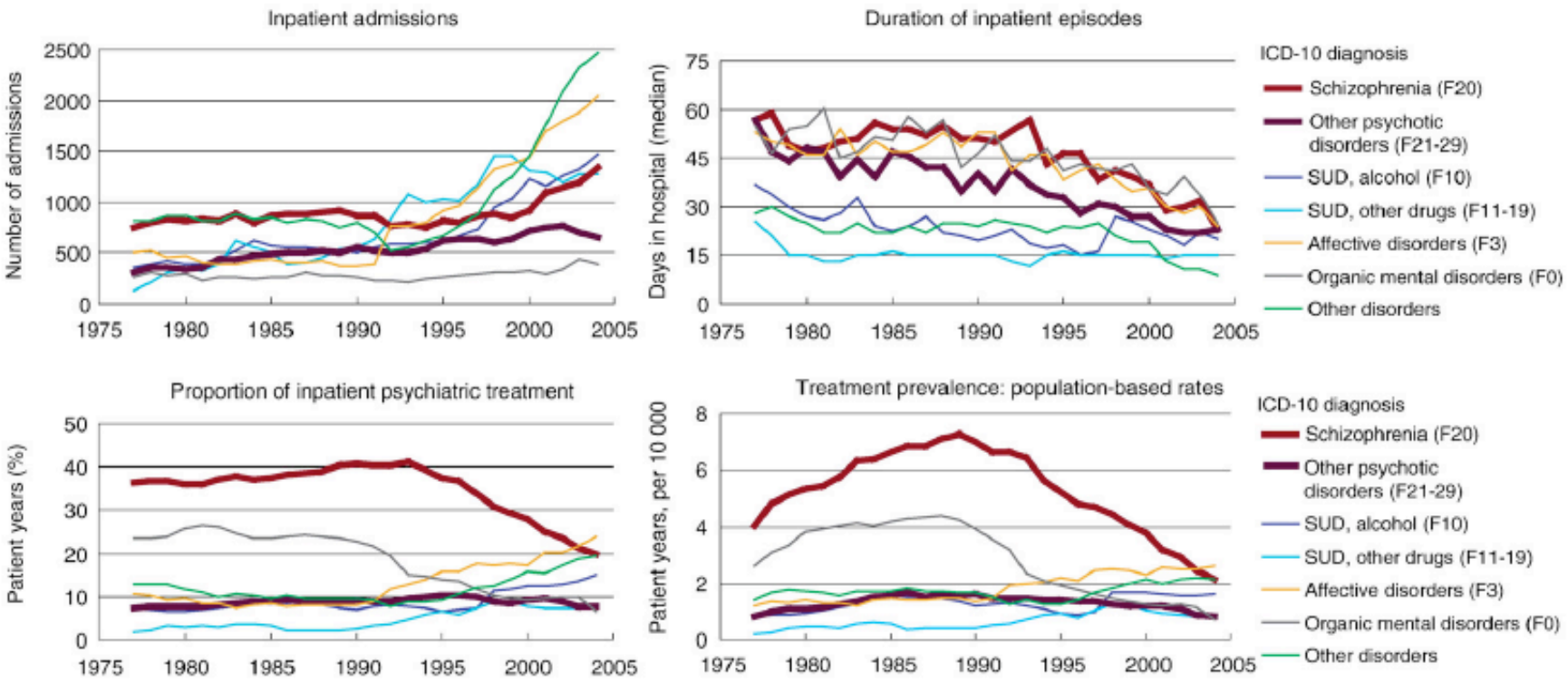
Direkte medizinische Kosten (13% der Gesamtkosten)

Circa 4% des Bruttosozialprodukts

Jaeger, Sobocki, Rössler 2008

© Wulf Rössler

Entwicklung der Hospitalisationen



Lay, B., Nordt, C., Rössler, W., 2007

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

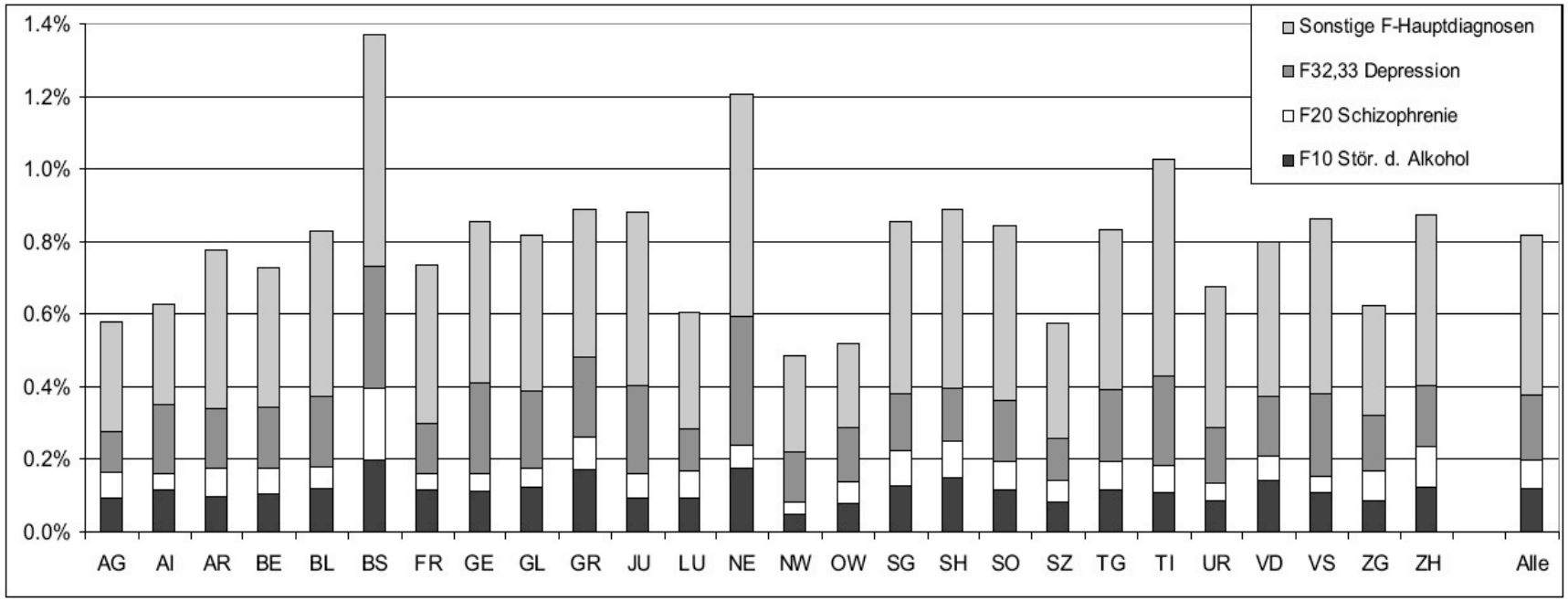
Gibt es einen „objektiven“ stationären Behandlungsbedarf in der Psychiatrie?

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM
HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Stationäre Behandlungsprävalenz Schweiz



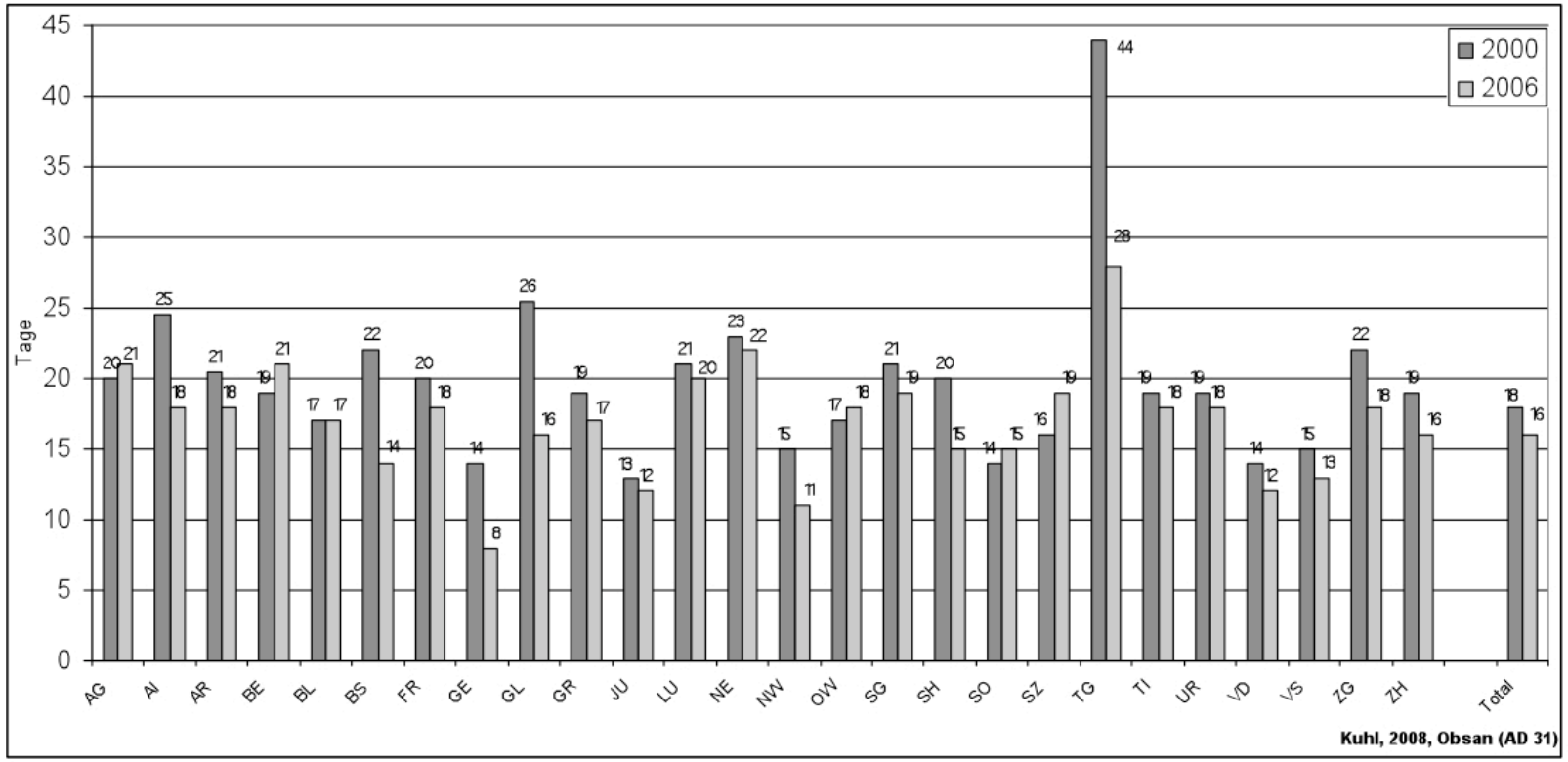
Kuhl & Herdt 2007

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

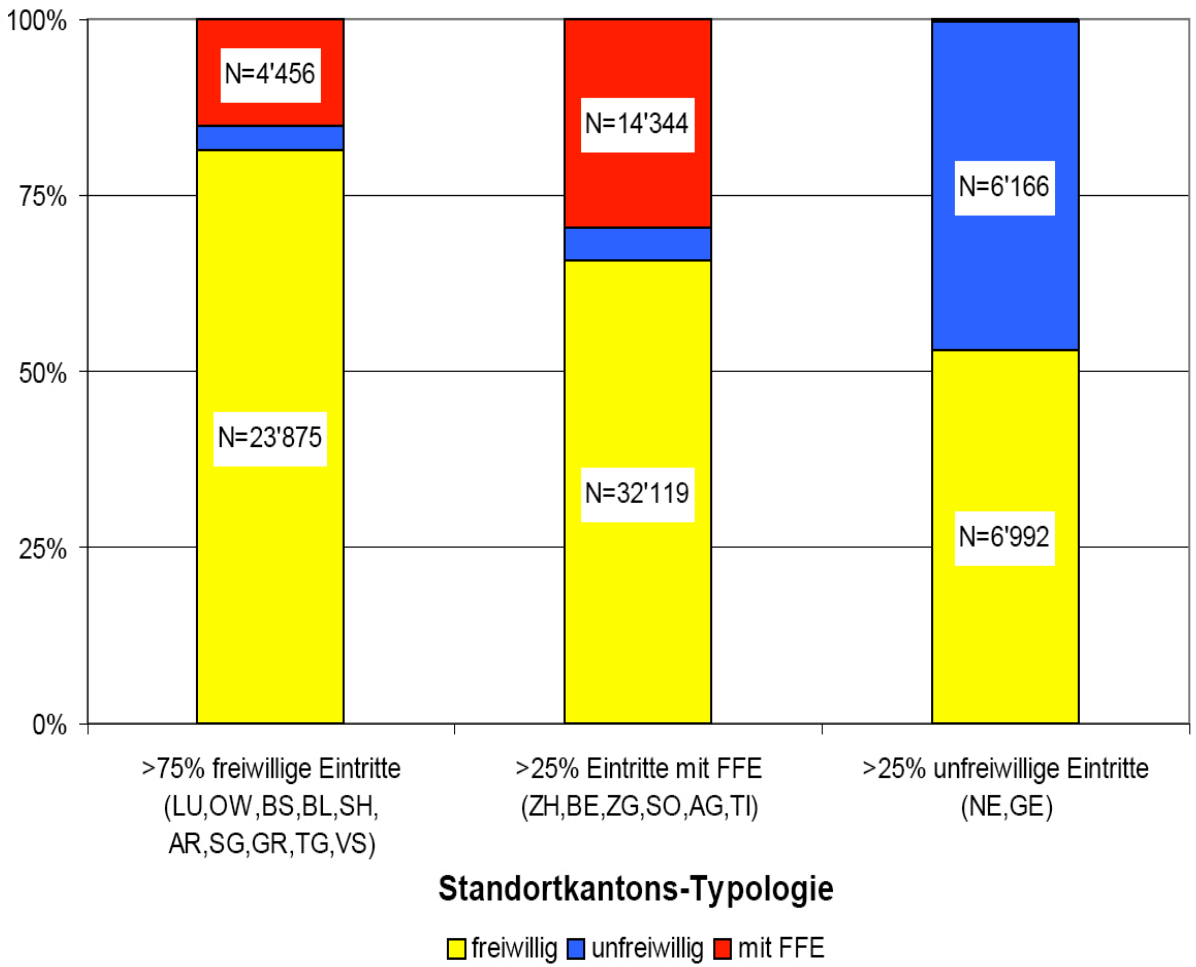
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer



uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Unfreiwillige Eintritte Schweiz



Christen & Christen 2005

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

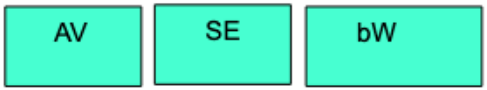
Gesundheitsversorgung ist wertebasiert

Krankheitsschwere

Intensität und Komplexität der Behandlung

Medizinisch-psychiatrische Einrichtungen und Dienste

Soziale Einrichtungen und Dienste



© Wulf Rössler

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Schlussfolgerung: Regional stark variierende Versorgungsphilosophien

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Können wir den objektiven stationären Behandlungsbedarf besser bestimmen?

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM
HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Original article
Peer reviewed article

Length of stay by ICD-based diagnostic groups as basis for the remuneration of psychiatric inpatient care in Switzerland?

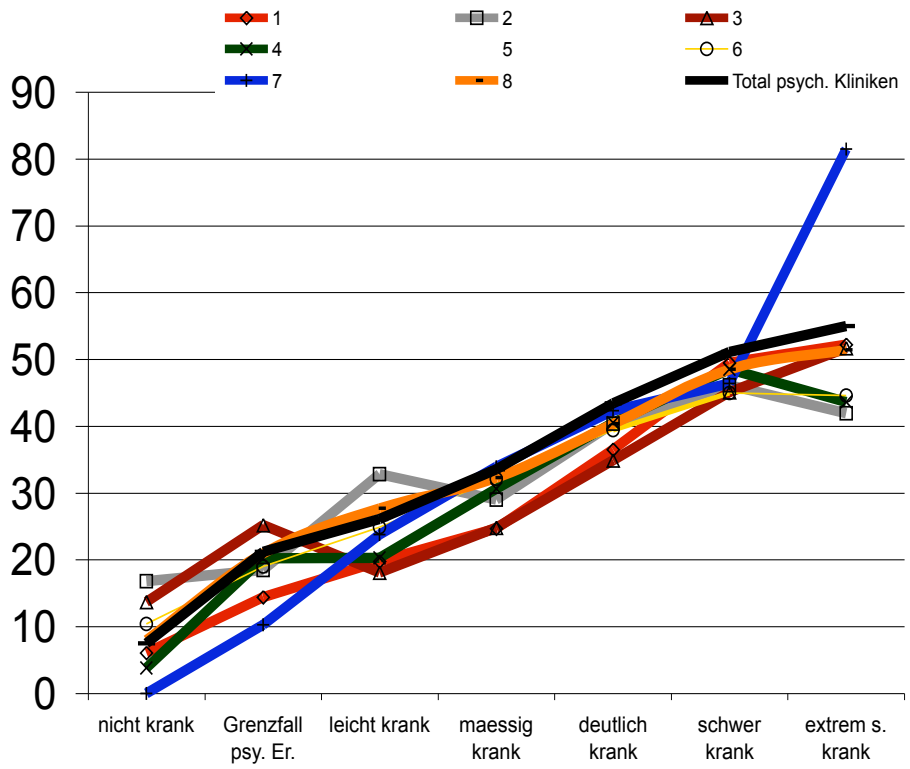
Ingeborg Warnke, W. Rössler

Psychiatric University Hospital Zurich, Switzerland

uzh | eth | zürich
COLLEGIUM HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Aufenthaltsdauer x Krankheitsschwere

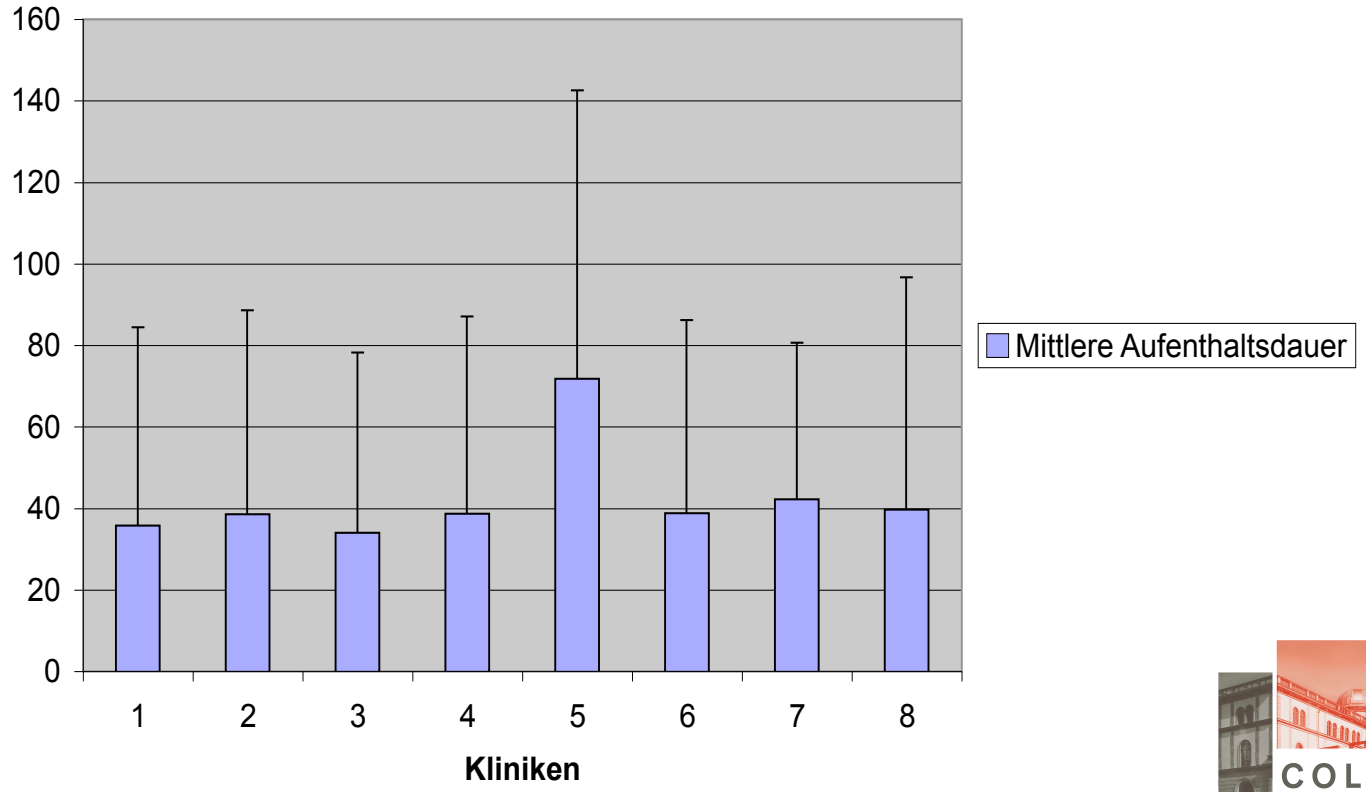


uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Durchschnittswerte und Standardabweichung

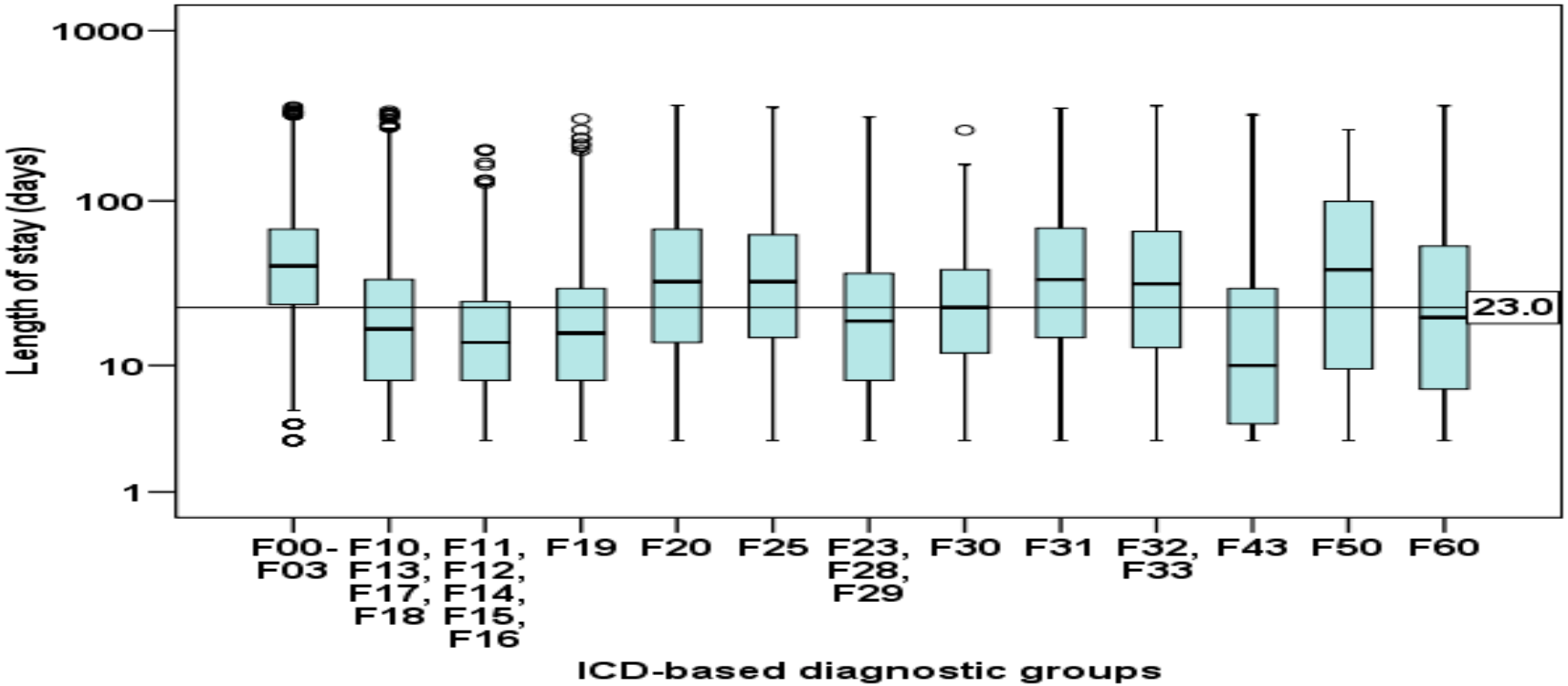


uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Aufenthaltsdauer nach ICD Diagnosen



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Prädiktion der Aufenthaltsdauer

Modell 1: ICD-basierte Gruppen

EOV = 9%

Model 2: ICD-basierte Gruppen + Krankheitsmerkmale (Haupteffekte)

EOV = 18%

Modell 3: ICD-basierte Gruppen + Krankheitsmerkmale (Interaktionseffekte)

EOV = 20%

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Originalarbeit

Psychopathologische Syndrome gemäß AMDP-System als Grundlage für Fallgruppierungen in der Psychiatrie

Psychopathological Syndromes According to the AMDP-System as the Foundation for Clinical Case Grouping in Psychiatry

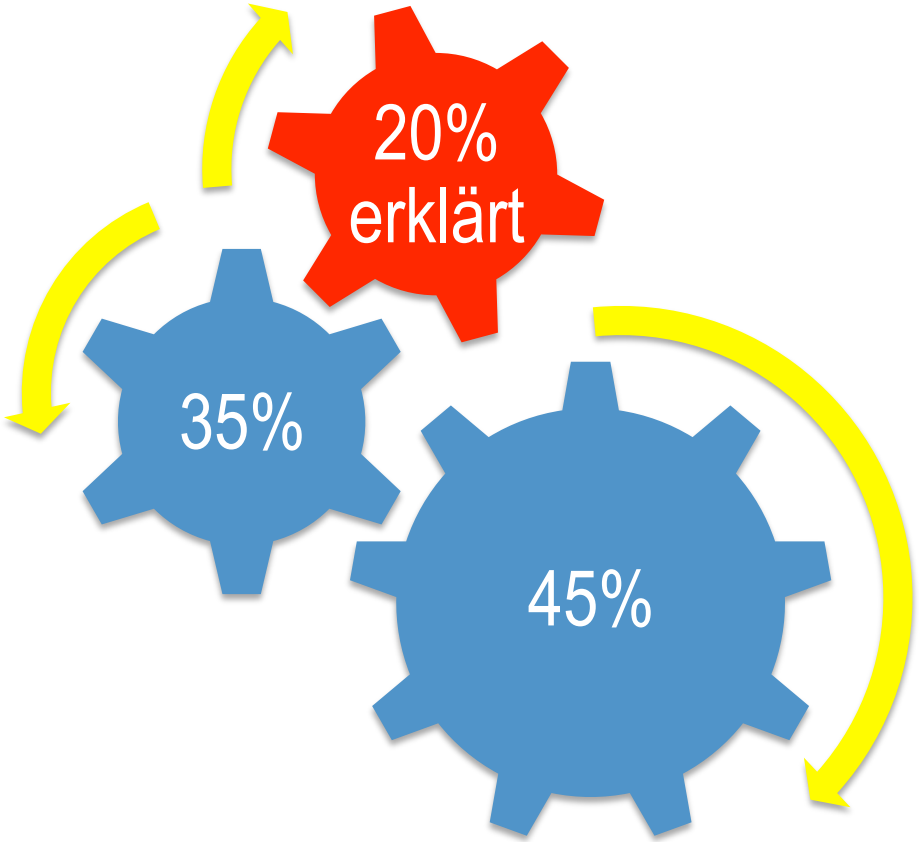
Autoren Uwe Herwig[1], Ingeborg Warnke[1], Wulf Rössler

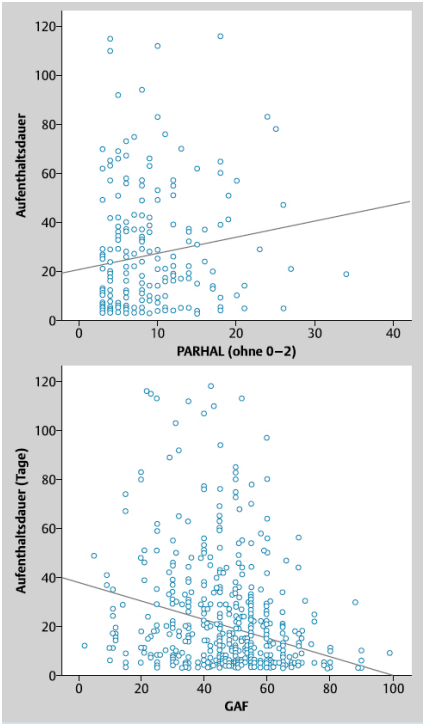
Institut Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM HELVETICUM

Syndrome erklären max. 20% der Varianz





© Wulf Rössler

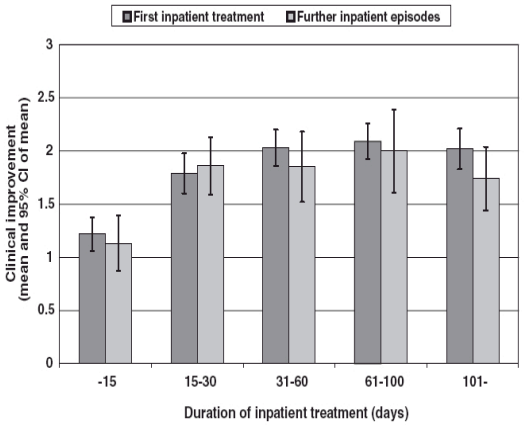
Optimum für stationäre Depressionsbehandlung: 15-30 Tage

- 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)
<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.



Lauber, Lay, Rössler 2007

Projekt P-Tar des Kantons Zürich

- Fallelement
- Tagesgleicher Entgelt bis zum 30. Behandlungstag
- Danach reduzierter Tagessatz
- Auch bei Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen reduzierter Tagessatz
- Ähnliches Modell in der somatischen Medizin seit mehreren Jahren erfolgreich eingeführt
- Abgrenzung von Modell H+

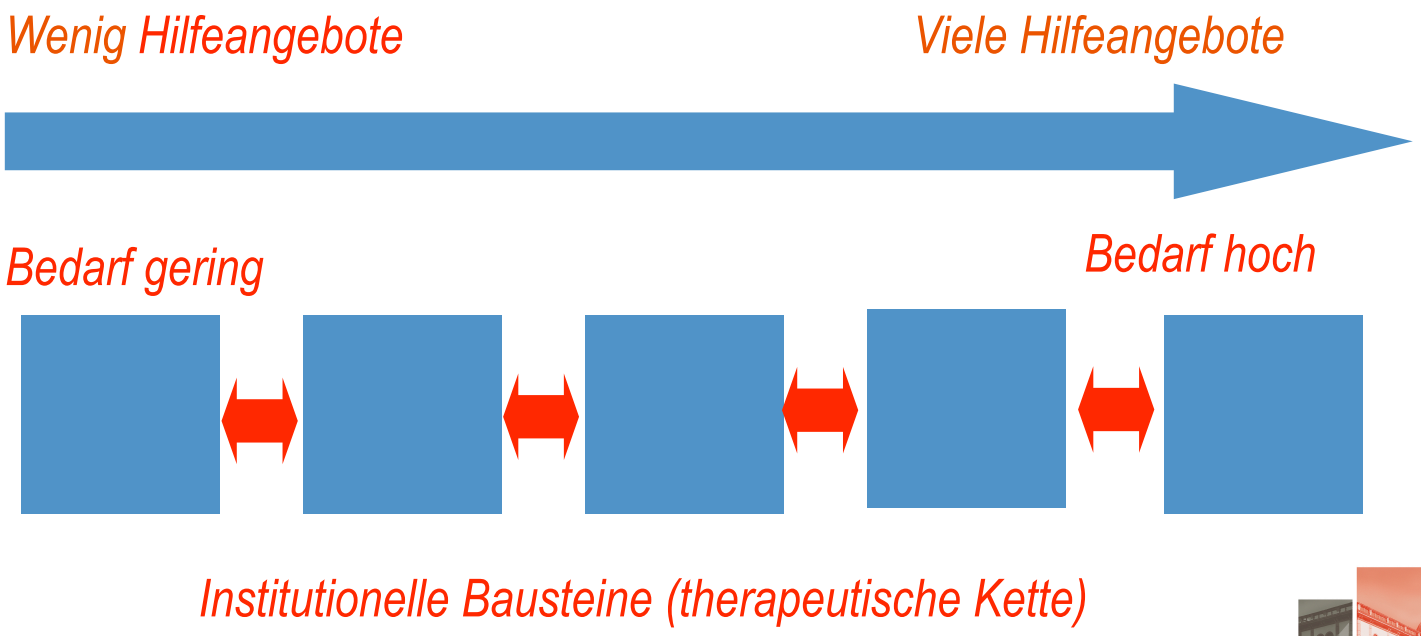
Kostengünstige Versorgungsform oder ethisches Prinzip?

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

Ethik des Gesundheitswesens

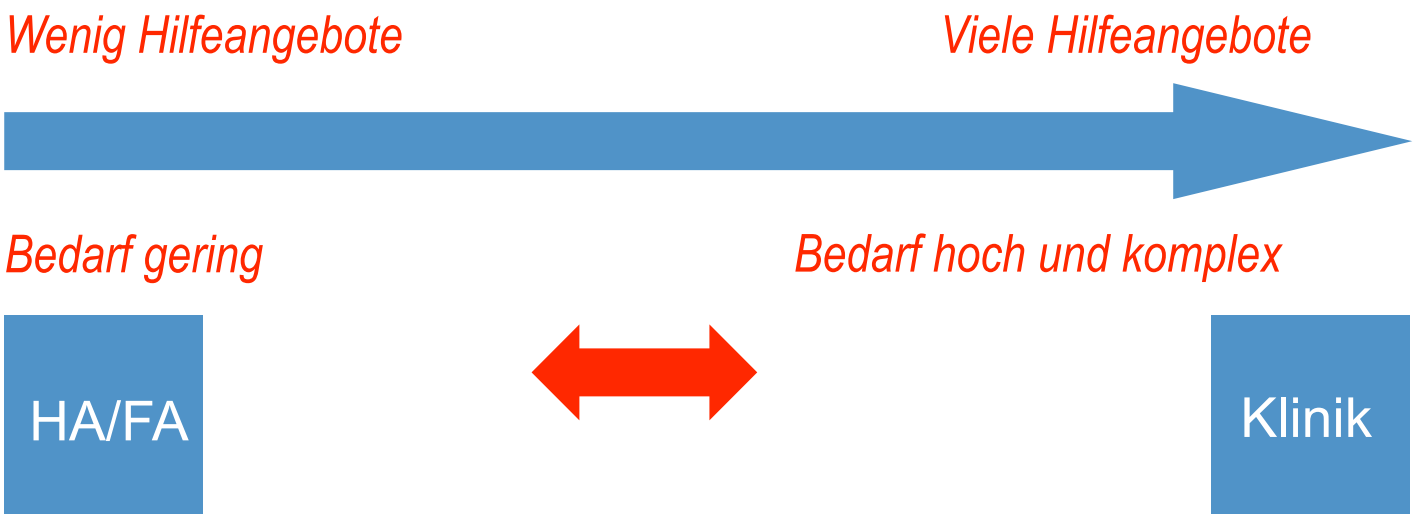
- Vorrang der Massnahme, die Patienten am wenigsten einschränkt
- Normalisierung
- Stigmatisierung vermeiden
- Bei gleich wirksamen Massnahmen, hat kostengünstigere Vorrang

Das ideale Modell …



© Wulf Rössler

Die Versorgungsrealität

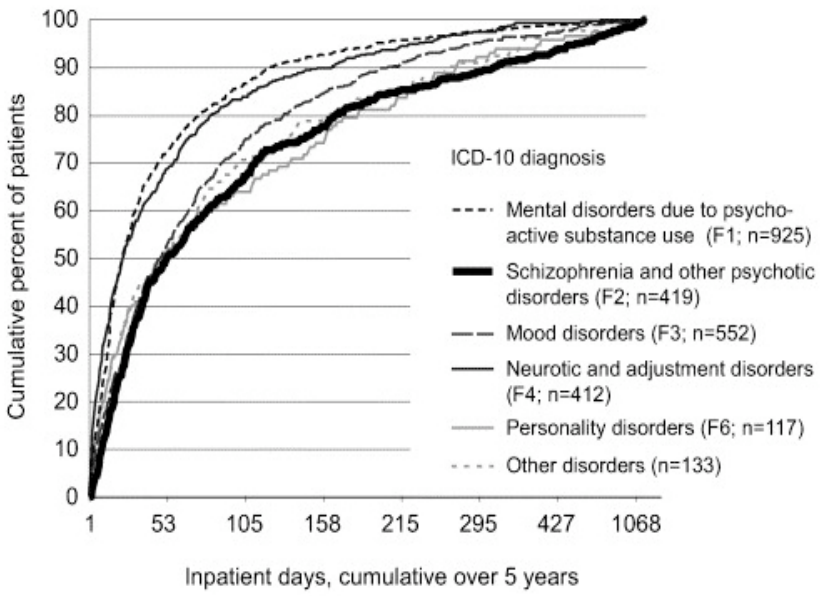


FFE

© Wulf Rössler

Das Gespenst der Drehtürpsychiatrie

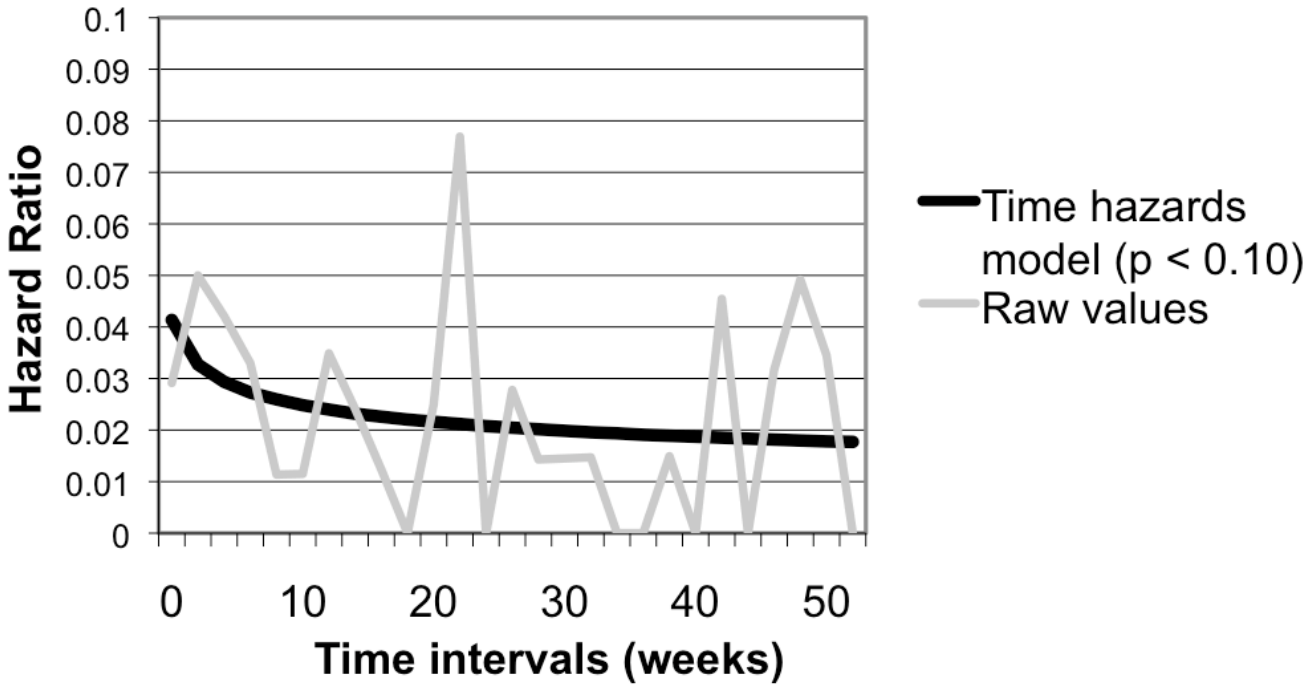
- Patienten mit Psychosen (z.B. Schizophrenie)
- Obwohl: 60% werden nur einmal behandelt
- 10% der Mehrfachinanspruchnehmer “konsumieren” 50% der stationären Kapazität dieser Patientengruppe



Lay, Lauber, Rössler 2006

Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Wiederaufnahmerisiko über Zeit



Warnke et al. submitted

Alternativen zu stationärer Akutbehandlung

- Krisenhäuser (+/-)
- Home treatment/Mobile Equipe(+)
- Assertive Community Training (+++)
- Akuttagesklinik (1/4 - 1/3 ++)

WHO 2003

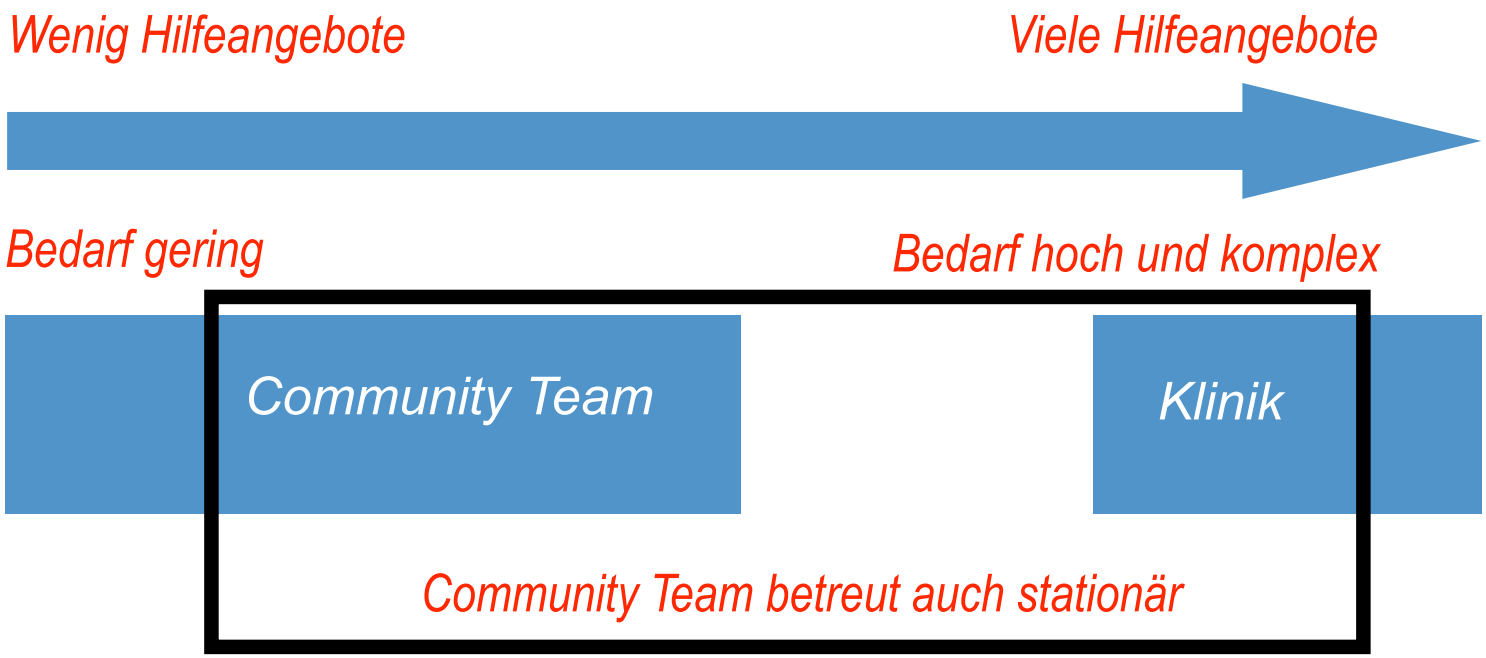
Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Wie können wir zukünftig den ambulanten und stationären Bereich besser miteinander verbinden?

uzh | eth | zürich

COLLEGIUM
HELVETICUM

Das Englische Modell



© Wulf Rössler

Das Luzerner Modell

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA)

Wenig Hilfeangebote → *Viele Hilfeangebote*

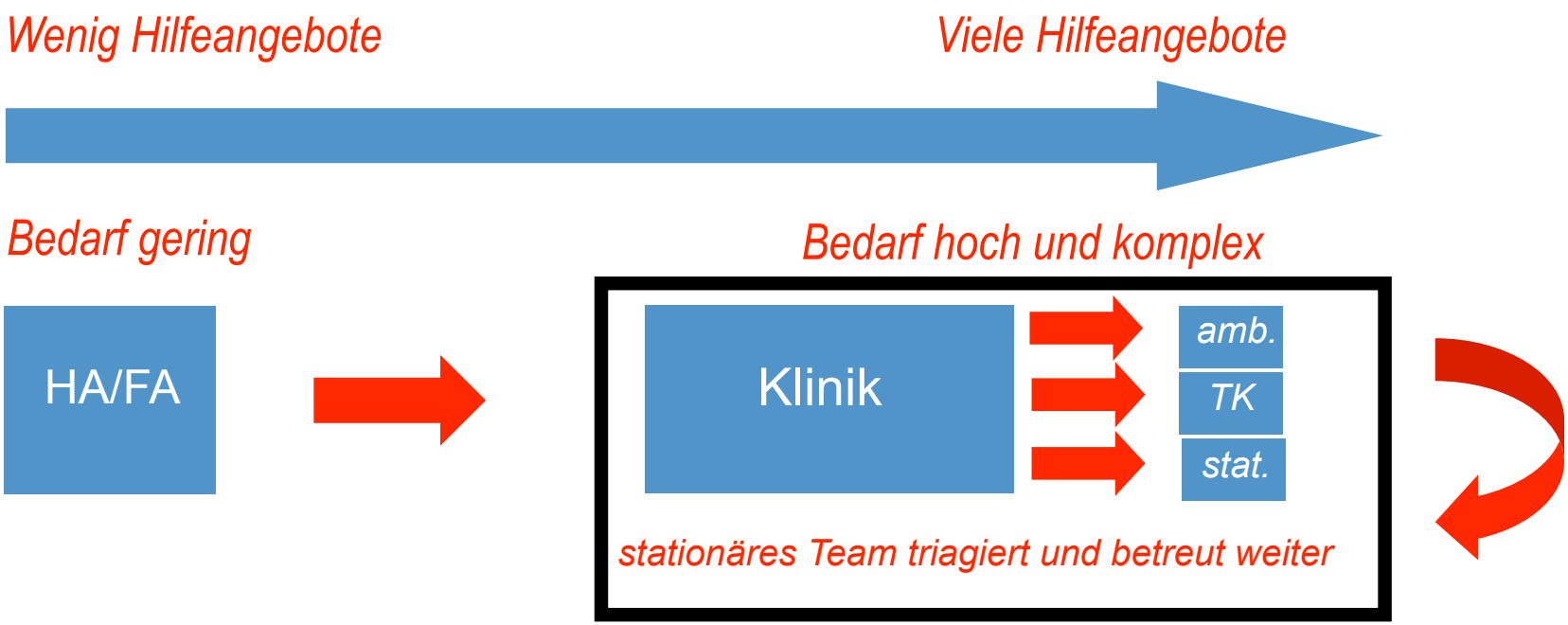
Bedarf gering — *Bedarf hoch und komplex*

Community Team | *Klinik*

Community Team betreut auch stationär

© Wulf Rössler

Das Zürcher Modell



Reduktion der stationären Behandlung um ca. 5 Tage

© Wulf Rössler

Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP)

- Zürcher Impulsprogramm mit thematisch verschiedenen Teilprojekten (Epidemiologie, Früherkennung, SE, CM, FFE Nachbehandlung) soll Beitrag zu nachhaltiger Qualitätsverbesserung der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich leisten
- Die Projektrealisation ab 2009 über Zeitraum von 6 Jahren, ermöglicht durch grosszügiges Legat von 11 Millionen Franken einer Stiftung

Zusammenfassung

- Nur kleiner Teil psychisch Kranker stationär behandelt
- trotzdem beansprucht stationäre Bereich1/5 Gesamtkosten
- Inanspruchnahme stationärer Leistungen mehr durch Versorgungsphilosophie als durch objektiven Bedarf bestimmt
- Vorrang ambulanter Behandlung ist Werteentscheid
- ambulante Versorgung braucht neue Ausrichtung, um unnötige stationäre Behandlung zu verhindern
- Normative Entscheidungen werden diese Entwicklung befördern