

Bern, 22. August 2019

## **Suizidprävention bei Klinikaustritten – Finanzierungsaspekte.**

Erarbeitet im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Rahmen  
des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention  
[www.bag.admin.ch/suizidpraevention](http://www.bag.admin.ch/suizidpraevention)

Ursula Fringer Schai, lic.rer.pol.

Regula Ruffin, Dr.rer.publ.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Ausgangslage und Sachverhalt .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Generelle Finanzierungsaspekte.....</b>	<b>4</b>
2.1	Übersicht der Finanzierungsmöglichkeiten .....	4
2.2	Aktuelle Finanzierungsmöglichkeiten .....	4
2.2.1	Nationale Ebene.....	4
2.2.2	Kantonale Ebene.....	5
2.2.3	Andere private Finanzierungsmöglichkeiten .....	5
2.3	Herausforderungen.....	5
<b>3</b>	<b>Finanzierungsaspekte pro Empfehlung .....</b>	<b>6</b>
3.1	Empfehlung (1) .....	6
3.1.1	Finanzierung.....	6
3.2	Empfehlung (2) .....	7
3.2.1	Finanzierung.....	7
3.3	Empfehlung (3) .....	8
3.3.1	Finanzierung.....	8
3.4	Empfehlung (4) .....	9
3.4.1	Finanzierung.....	9
3.5	Empfehlung (5) .....	10
3.5.1	Finanzierung.....	10
3.6	Empfehlung (6) .....	12
3.6.1	Finanzierung.....	12
3.7	Empfehlung (7) .....	12
3.7.1	Finanzierung.....	13
<b>4</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>13</b>
4.1	Medizinische Sichtweise.....	13
4.2	Finanzierungssicht.....	13
4.3	Fazit .....	15

## 1 Ausgangslage und Sachverhalt

Gemeinsam mit anderen Akteuren hat der Bund den Aktionsplan Suizidprävention erarbeitet. Er wurde 2016 verabschiedet. Ziel ist, suizidale Handlungen während Belastungskrisen oder psychischen Erkrankungen zu reduzieren. Informationen zum Aktionsplan mit seinen Zielen finden sich unter [www.bag.admin.ch/suizidpraevention](http://www.bag.admin.ch/suizidpraevention).

Patientinnen und Patienten während eines Psychiatrieaufenthalts sowie unmittelbar nach Austritt haben ein hohes Suizidrisiko<sup>1</sup>. Das BAG hat deshalb 2018 zusammen mit der GDK das Projekt «Suizidprävention während und nach Psychiatrieaufenthalt» initiiert (siehe unter [www.bag.admin.ch/suizidpraevention](http://www.bag.admin.ch/suizidpraevention) -> Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung).

In Rahmen dieses Projekts wurden Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen der Suizidprävention beim stationär-ambulanten Übergang erarbeitet. Die mitwirkenden Organisationen<sup>2</sup> haben 2018 mit der Erarbeitung der Empfehlungen begonnen. Die Broschüre «Suizidprävention bei Klinikaustritten. Empfehlungen für Gesundheitsfachpersonen» liegt seit August 2019 vor. Sie sind unter [www.bag.admin.ch/suizidpraevention](http://www.bag.admin.ch/suizidpraevention) -> Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung zu beziehen. Ziel der Empfehlungen ist, dass Patientinnen und Patienten den stationär-ambulanten Übergang als verzahnten Behandlungspfad erleben und «sicher» in ihrem individuellen Alltag ankommen. Voraussetzung für die Zielerreichung ist, dass sich stationäre und ambulante Leistungserbringer des Gesundheitswesens vernetzen. Zentrale Berufsgruppen sind Psychiater/innen und psychologische Psychotherapeut/innen (für alle Altersgruppen), Haus- und Kinderärzte/innen sowie Pflegefachpersonen.

Die Empfehlungen richten sich in erster Linie an:

- Leitungsgremien und Führungskräfte in psychiatrischen Kliniken sowie ihre Mitarbeitenden
- an Fachpersonen, die Patientinnen und Patienten nach einem Psychiatrieaufenthalt weiterbehandeln und -betreuen

Weitere Adressaten sind bildungsverantwortliche Institutionen, Kranken- und Unfallversicherer sowie gesundheitspolitische Entscheidungsträger beim Bund und bei den Kantonen.

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und viele Akteure engagieren sich bereits in der Suizidprävention. Der Bund (BAG) unterstützt die Akteure bei der Umsetzung des Aktionsplans durch Vernetzungs- und Koordinationsarbeit sowie durch das Erarbeiten von Wissensgrundlagen.

---

<sup>1</sup> Gregorowius, Daniel; Huber, Hildegard (2018). Literaturrecherche zu Suiziden und Suizidversuchen während und nach Psychiatrieaufenthalt: Schlussbericht. Bericht der Stiftung Dialog Ethik zum Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern und Zürich, der 21. Juni 2018.

<sup>2</sup> Föderation Schweizer PsychologInnen FSP, Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP, Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie SGKJPP, Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana PMS, Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefarzte SVPC, Swiss Mental Healthcare, Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Schweiz SMHC, Vereinigung Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Schweiz VDPS, Verein Pflegekader Psychiatrie Schweiz VPPS.

## 2 Generelle Finanzierungsaspekte

Im Hinblick auf die Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis spielen auch Finanzierungsaspekte eine Rolle. Am 2. November 2018 fand eine Sitzung des BAG und der GDK mit Delegierten der mitwirkenden Organisationen zu «Finanzierungsaspekte der Empfehlungen am stationär-ambulanten Übergang» statt. Ziel war es, die finanziellen Herausforderungen aus Sicht der Leistungserbringer zu konkretisieren und priorisieren. Im Anschluss an die Sitzung hat das BAG *socialdesign* den Auftrag erteilt, Finanzierungsaspekte / Leistungsaspekte der Empfehlungen vertieft abzuklären und zu verschriftlichen. Sie wurden gemäss der Diskussion mit dem Fachbeirat des Projekts vom 11. März 2019 weiterentwickelt.

Der Finanzierungsthematik an der Schnittstelle stationär-ambulant im Sinne einer «Koordinierten und Interprofessionellen Versorgung» haben sich auch andere BAG/GDK-Projekte angenommen. Auf ihre Arbeiten wird hier zurückgegriffen und verwiesen (z. B. im Rahmen der Koordinierten Versorgung, Palliativ Care, intermediäre psychiatrische Dienste). Ebenfalls sind aktuelle Finanzierungslösungen z. B. von Modell-Projekten und innovativen Angeboten aufzuzeigen, die teilweise auf kantonaler Ebene oder auch z. B. durch private Stiftungen finanziert sind (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

### 2.1 Übersicht der Finanzierungsmöglichkeiten

Gegenstand dieses Berichts sind die aktuellen Finanzierungsmöglichkeiten in Bezug auf die Empfehlungen für Fachpersonen der Suizidprävention am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. D.h. es geht um die Festlegung wer was bezahlt und wie das Geld fliesst.

Die Tarifstrukturen, hier TARPSY (stationär) und TARMED (ambulant), legen fest, ob und wie Leistungen in der aktuellen Situation abgerechnet werden.

Der Untersuchungsgegenstand «Suizidprävention bei Klinikaustritten» bewegt sich in der **Verzahnung von zwei Tarifstrukturen**, denn in dieser Schnittmenge können Leistungen sowohl ambulant wie stationär erbracht werden. Genau hier kennen **die heutigen Tarifstrukturen nur eine trennscharfe Schnittstelle und keine Schnittmenge**.

### 2.2 Aktuelle Finanzierungsmöglichkeiten

#### 2.2.1 Nationale Ebene

- KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG vom 18. März 1994 (Stand 1. Januar 2019)<sup>3</sup>
- KLV: Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV vom 29. September 1995 (Stand 1. Januar 2019))
- **TARPSY (stationäres Setting):** Die Tarifstruktur deckt alle stationären Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die tarifarische Anwendung ab 1. Januar 2019 für alle verbindlich. TARPSY läuft unter SwissDRG und ist ein lernendes System<sup>4</sup>, das die Aktualität noch nicht in allen Belangen abbildet.<sup>5</sup>
- **CHOP<sup>6</sup>-Codes:** Mögliche Zusatzvergütung bei TARPSY, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik Kap. 94.xx. Diese Klassifikation ist ebenfalls ein lernendes System. 2016

<sup>3</sup> <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>

<sup>4</sup> [https://www.swissdrg.org/application/files/2114/8104/2944/Die\\_wichtigsten\\_Ziele\\_von\\_TARPSY-d.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/2114/8104/2944/Die_wichtigsten_Ziele_von_TARPSY-d.pdf): «Die Tarifstruktur TARPSY basiert auf den Kosten- und Leistungsdaten psychiatrischer Spitäler der ganzen Schweiz. Die Tarifstruktur ist als lernendes System aufgebaut, so dass es anhand erhobener Daten kontinuierlich weiterentwickelt wird.

<sup>5</sup> TARPSY: Leistungsbezogene Tagespauschalen: Gruppierung in sogenannte «psychiatric cost groups» (PCG's); Abstufung zwischen und innerhalb PCG's über Schweregrad und Aufenthaltsdauer; Medizinische Statistik bildet die Grundlage zur Abrechnung und Weiterentwicklung von TARPSY Lernendes System)

<sup>6</sup> Schweizerische Operationsklassifikation

sind u.a. folgende Codes aufgenommen worden: Krisenintervention Erwachsene, Krisenintervention Kinder und Jugendliche (KJPP)<sup>7</sup> (Neuerungen 2018<sup>8</sup>: HoNOS, HoNOSCA)

- **TARMED (ambulantes Setting):** Der Tarmed (hergeleitet aus tarif médical, franz. für Ärztetarif) ist der Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz. Das Vertragswerk zwischen der FMH und der santésuisse umfasst ein Hauptdokument mit acht Anhängen sowie einer Zusatzvereinbarung.

## 2.2.2 Kantonale Ebene

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) und Kantonale Leistungsverträge /-vereinbarungen basieren auf den jeweiligen kantonalen Rechtsgrundlagen. Auf dieser Ebene werden zwischen den Gesundheitsdepartementen und Leistungserbringern im Rahmen von Modellprojekten oder anderen innovativen Angeboten finanzielle Abgeltungen verhandelt. Hier existieren grosse kantonale Unterschiede (keine nationale Regelfinanzierung) aufgrund des schweizerischen föderalistischen Gesundheitssystems.

## 2.2.3 Andere private Finanzierungsmöglichkeiten

Eine dritte übergeordnete Finanzierungsmöglichkeit sind Stiftungen etc. die aus privaten Geldmitteln Projekte, die den Stiftungszweck massgeblich unterstützen können. Hier handelt es sich um ausgewählte, innovative Projekte, mit i.d.R. einer beschränkten Laufzeit der Finanzierung. Diese Finanzierung muss von den Leistungserbringern beantragt werden, hier gibt es einen «Wettbewerb» um die Finanzmittel und die Geldgeber können sich das innovativste Projekt aussuchen.

## 2.3 Herausforderungen

Die bestehenden Finanzierungssysteme definieren Art und Umfang der Leistungsvergütung im stationären oder im ambulanten Setting. Spezifische und eindeutige Grundlagen zur Finanzierung «intermediärer und interprofessioneller Angebote» gibt es in dieser Klarheit nicht.<sup>9</sup> Die Finanzierung intermediärer und interprofessioneller Angebote können auf Stufe Kantone im Sinne unseres föderalistischen Gesundheitssystems spezifisch und zielgerichtet ausgehandelt werden.

Die Finanzierung der Suizidprävention beim stationär-ambulanten Übergang steht mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen<sup>10</sup> einerseits und der trennscharfen Abgrenzung vom stationären zum ambulanten Bereich andererseits (abgebildet in zwei unterschiedlichen Tarifsystemen) vor gewissen Herausforderungen.

Die Suizidprävention resp. die Unterstützung von Menschen in einer suizidalen Krise kann sich nicht an trennscharfe, gesetzlich verankerte Finanzierungssysteme halten. Interprofessionalität, übergreifende Behandlungskonzepte, stationär und ambulant koordinierte Versorgung über die gesamte Behandlungskette hinweg, sind ein Bestandteil eines qualitativ hochstehenden und wirksamen Behandlungskonzeptes.<sup>11</sup>

In der aktuellen Finanzierungssituation werden die gesamtwirtschaftlichen (volkswirtschaftlichen) Kosteneinsparungen von einer koordinierten und finanzierten Suizidprävention nur punktuell abgebildet: «Werden diese Leistungen mangelhaft koordiniert, kommt es zu Qualitätseinbussen, zu unnötigen Behandlungen und zu überflüssigen Kosten».<sup>12</sup>

<sup>7</sup> Beispiel siehe: <https://www.pukzh.ch/default/assets/File/ZH-Finanzierung-Psychiatrie-2017-11-03-3.pdf>, Folie 40

<sup>8</sup> Siehe: [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/pflegethemen/chop-abtp/2018\\_07\\_02\\_Rundschriften\\_BFS\\_2.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/pflegethemen/chop-abtp/2018_07_02_Rundschriften_BFS_2.pdf), Seite 5

<sup>9</sup> Per 01.01.2009 wurde das Konzept der «teilstationären» Behandlung aus dem KVG gestrichen. Entsprechende Behandlungen werden mehrheitlich wie ambulante Leistungen abgerechnet; wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten seither als ambulante Behandlung (Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung VKL).

<sup>10</sup> EFAS Partner: Forderung Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen, Bern 12. September 2018.

<sup>11</sup> Vgl. Abgeltungen von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des BAG.

<sup>12</sup> Abgeltungen von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des BAG, Seite 3.

### 3 Finanzierungsaspekte pro Empfehlung

Die folgenden Empfehlungen entstammen den Empfehlungen für Fachpersonen im Gesundheitswesen, die Kinder & Jugendliche oder Erwachsene (inkl. Alterspsychiatrie) betreuen. Sie fokussieren auf die Suizidprävention beim stationär-ambulanten Übergang eines Klinikaufenthalts und wurden im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Suizidprävention erarbeitet (zu beziehen unter: [www.bag.admin.ch/suizidpraevention](http://www.bag.admin.ch/suizidpraevention) -> Suizidprävention in der psychiatrischen Versorgung).

#### 3.1 Empfehlung (1)

Beim stationär-ambulanten Übergang das **Suizidrisiko** einschätzen und das entsprechende **Risikomanagement** gewährleisten.

Die Einschätzung des Suizidrisikos ist bei einem stationären Aufenthalt eine permanente Aufgabe. Bei einem stationär-ambulanten Übergang (bei Austritt oder Urlaub) ist sie besonders wichtig. Die internen Abläufe und Zuständigkeiten sind von Klinik zu Klinik unterschiedlich.

Bei der Risiko-Einschätzung und beim Risiko-Management gilt es, alle relevanten Informationen und Faktoren inkl. die psychosoziale Situation im Alltag der Patientinnen und Patienten sowie ihren Entwicklungsstand mit zu berücksichtigen.

##### 3.1.1 Finanzierung

Gemäss den GDK Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung<sup>13</sup> gehören „Massnahmen zur Prävention von Eigen- und Fremdgefährdung bei Fällen mit psychiatrischer Haupt- und Nebendiagnose“ zu den OKP pflichtigen Leistungen.<sup>14</sup>

Die Einschätzung des Suizidrisikos während des stationären Aufenthalts und bei Austritt ist Teil des medizinisch, therapeutischen Kernprozesses:

- Finanzierung im Rahmen von TARPSY<sup>1516</sup> im stationären Setting<sup>17</sup>.
- Der HoNOS<sup>18</sup>, hier insbesondere Item 2 (absichtliche Selbstverletzung und Suizidalität – die Skala reicht hier von 0 bis 4) wird bei gewissen psychiatric cost group PCG's bei der Fallschwere unter TARPSY berücksichtigt. D.h. der HoNOS gilt als Treiber für das individuelle cost weight. Die höhere Entschädigung widerspiegelt sich deshalb in einem höheren Gesamtentgelt. Gemessen wird bei Eintritt wie auch Austritt aus dem stationären Setting.
- Kinder und Jugendliche: Der HoNOSCA<sup>19</sup>, hier insbesondere Item 3 (absichtliche Selbstverletzung - die Skala reicht hier von 0 bis 4) wird bei der Fallschwere unter TARPSY berücksichtigt. D.h. der HoNOSCA gilt als Treiber für das individuelle cost weight. Die höhere Entschädigung widerspiegelt sich deshalb in einem höheren Gesamtentgelt.
- Der BSCL (Selbstbeurteilung durch Patientinnen und Patienten), der ebenfalls die Selbstverletzung und Suizidalität erfasst, fliesst nicht in TARPSY.

<sup>13</sup> [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\\_WiPrue\\_V4.0\\_20180301\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_d.pdf)  
Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 abs. 1 KVG, verabschiedet durch den Vorstand der GDK am 1. März 2018, Seite 9.

<sup>14</sup> [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\\_WiPrue\\_V4.0\\_20180301\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_d.pdf), Seite 2.

<sup>15</sup> [https://www.swissdrq.org/application/files/4714/8413/4027/TARPSY\\_Abrechnungsregeln\\_d.pdf](https://www.swissdrq.org/application/files/4714/8413/4027/TARPSY_Abrechnungsregeln_d.pdf)

<sup>16</sup> [https://www.swissdrq.org/application/files/1815/2147/9453/Anwendungsregeln\\_TARPSY\\_Version\\_Maerz\\_2018.pdf](https://www.swissdrq.org/application/files/1815/2147/9453/Anwendungsregeln_TARPSY_Version_Maerz_2018.pdf)

<sup>17</sup> [https://www.swissdrq.org/application/files/2114/8104/2944/Die\\_wichtigsten\\_Ziele\\_von\\_TARPSY-d.pdf](https://www.swissdrq.org/application/files/2114/8104/2944/Die_wichtigsten_Ziele_von_TARPSY-d.pdf): «Die Anwendung von leistungsbezogenen Tagespauschalen erlaubt es der Tarifstruktur TARPSY die Komplexität und die Besonderheiten der stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz zu berücksichtigen».

<sup>18</sup> [https://www.swissdrq.org/application/files/9014/9381/3532/SwissDRG\\_Erfassung\\_HoNOS\\_V1.1.pdf](https://www.swissdrq.org/application/files/9014/9381/3532/SwissDRG_Erfassung_HoNOS_V1.1.pdf). TARPSY relevant sind 3 Items des HoNOS bei Eintritt, falls die Bewertung >2 ist.

<sup>19</sup> [https://www.swissdrq.org/application/files/2714/9381/3570/SwissDRG\\_Erfassung\\_HoNOSCA\\_V1.1.pdf](https://www.swissdrq.org/application/files/2714/9381/3570/SwissDRG_Erfassung_HoNOSCA_V1.1.pdf)

## 3.2 Empfehlung (2)

### Angehörige oder Vertrauenspersonen beim stationär-ambulanten Übergang einbeziehen.

Angehörige oder von den Patienten und Patientinnen definierte Vertrauenspersonen sind ein-zubeziehen. Bei Minderjährigen ist die Verantwortlichkeit der Sorgeberechtigten besonders zu berücksichtigen. Stimmt die Patientin / der Patient dem Einbezug der Angehörigen nicht zu, sind sie auf entsprechende Angebote hinzuweisen (z. B. Angehörigenberatungsstellen NAP). Angehörige zu befähigen und zu beraten ist ein zentraler Aspekt der Suizidprävention.

#### 3.2.1 Finanzierung

Die Finanzierung des Einbezugs von Angehörigen oder Vertrauenspersonen bei einem stationär-ambulanten Übergang ist nicht einheitlich und klar geregelt. Die Widersprüche in der Finanzierung sind nicht einfach aufzulösen.

In der Praxis bestehen hier diverse Ansichten und unterschiedliche Interpretationen auf Stufe Leistungserbringer, GDK und einzelner Kantone sowie Kostenträger:

- Empfehlung 2 gehört in verschiedenen Behandlungskonzepten der Leistungserbringer im Sinne einer allgemeinen guten klinischen Praxis in unterschiedlicher Ausprägung dazu (Angehörigenbroschüren, Anlaufstellen, Angehörigengruppen).
- Auch in bestehenden Materialien/Konzepten in den Kliniken im Umgang mit Suizidalität spielen Angehörigen/Bezugspersonen oft eine wichtige Rolle<sup>20</sup>.
- Aktuell bestehen 18 Angehörigenberatungsstellen in den Kliniken der Deutschschweiz, welche auch explizit als solche bezeichnet werden. 32 Kliniken sind Mitglieder der NAP (Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie). Hierzu hat die NAP Qualitätsstandards für Angehörigenarbeit verabschiedet.<sup>21</sup>
- Generell lässt sich sagen, dass die Angehörigenarbeit keine Neuerung darstellt und in vielen Behandlungskonzepten dazugehört.
- In der NAP Strategie 2020 werden bzgl. der Finanzierung folgende Bedenken geäußert: „Es ist unklar, inwiefern Angehörigenarbeit bei Sparübungen Bestand haben wird, da die Angehörigenarbeit oftmals nicht explizit in die Behandlungsprozesse integriert ist; hierbei ist auch unklar, wie die Angehörigenarbeit in den Tarifrevisionen TARPSY und TARMED mit bedacht wird“.<sup>22</sup>
- Gemäss GDK Empfehlungen<sup>23</sup> gehören „Systemgespräche mit Bezugssystem (Angehörige... )“, das heisst, der Einbezug von Angehörigen nicht zu den OKP-pflichtigen und nicht über den stationären Tarif zu finanzierende Leistungen.
- Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen von TARMED<sup>24</sup> sind innerhalb der Leistungen 02.0010 ff. für den Facharzt / Fachärztin für Psychiatrie definiert.
- Für Fachärzte / Fachärztinnen für Grundversorgung sind die Leistungen innerhalb ihrer Dignitätsgruppe 0500 Innere Medizin abzurechnen (z. B. 00.0520 psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung).

<sup>20</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizid-praevention/suizidpraevention-psychiatrische-versorgung.html> Das BAG hat 2018 in Zusammenarbeit mit dem SMHC die Mitglieder angeschrieben, damit sie dem BAG ihre Konzepte/Checklisten etc. im Umgang mit Suizidalität schicken. In der Auswertung wurden die Dokumente auch hinsichtlich der Rolle von Angehörigen / Bezugspersonen durchgeschaut. Die Basis liefern 99 Dokumente aus der Deutschschweiz (jene aus der Romandie lagen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor). In ca. 40% der Dokumente werden Angehörige oder Bezugspersonen genannt, davon mehrheitlich als Informationsadressat, weniger oft als Informationsquelle und in gut einem Drittel in einer aktiven Rolle (als Präventionshilfe bzw. Stütze, als Ansprechperson beim Austritt, als Hilfe bei der Risikoeinschätzung Angehörige).

<sup>21</sup> <https://www.angehoerige.ch/informationfachleute/qualitaetsstandard/>

<sup>22</sup> [http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/ueber\\_uns/NAP\\_Strategie\\_2020.pdf](http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/ueber_uns/NAP_Strategie_2020.pdf)

<sup>23</sup> [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\\_WiPrue\\_V4.0\\_20180301\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_d.pdf), Seite 10.

<sup>24</sup> <http://www.tarmed-browser.ch/de/leistungsbloecke/51-alle-tarifpositionen-der-psychiatrie>.

- Delegiert arbeitende Psychologen/Psychologinnen (delegierte Psychotherapie) haben ihre eigenen entsprechenden Tarmedpositionen 02.040ff.
- Zu beachten sind im TARMED die Limitationen. Angehörigenarbeit ist in der Version 1.09 in den Leistungspositionen 02.0030 und 02.0050 (exemplarisch hier nur für ärztliche Leistungen) mit den Limitationen von 105 Minuten pro Konsultation/Sitzung belegt. Zusätzlich sind Leistungen in Abwesenheit der Patienten in der Pos. 02.0073 mit einer Limitation von 180 Minuten innerhalb von 3 Monaten belegt.
- Die Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege wird über die KLV Tarife abgegolten und benötigen zur Kostendeckung eine ärztliche Verordnung (Hausarzt/Psychiater).<sup>25</sup> Die *Abklärung, Beratung, Koordination* gemäss Artikel 7 KLV beinhaltet auch das Umfeld des Patienten/der Patientin. Massnahmen der *Behandlung und Grundpflege* gemäss Artikel 7 KLV, wie das Einüben von Bewältigungsstrategien, die Förderung sozialer Kontakte, der Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen bei psychisch kranken Personen ist ohne Einbezug des Umfelds kaum denkbar.

### 3.3 Empfehlung (3)

Vor Austritt eine ambulante **Nachsorge** einrichten – verbindlich und zeitnah.

Die ambulante Nachsorge kann in unterschiedliche Versorgungsstrukturen eingebettet sein (niedergelassene Psychiater/innen und psychologische Psychotherapeut/innen für alle Altersgruppen, Ambulatorien, Tageskliniken, Haus- und Kinderarztpraxen, ambulante Psychiatriepflege). Ist eine therapeutische Weiterbehandlung indiziert, gilt es frühzeitig vor dem Austritt einen ersten Termin (zeitnah, d.h. in der Woche nach Austritt) zu vereinbaren. Dasselbe gilt für Termine in der Hausarztpraxis oder mit der ambulanten Psychiatriepflege. Es bietet Sicherheit, wenn sich Patient/in und nachbehandelnde/-betreuende Fachperson vor dem Austritt einmal sehen/hören (z. B. im Rahmen einer Brückenkonzferenz).

Die nachbehandelnde Fachperson ist frühzeitig mit einem informativen (Kurz-) Austrittsbericht zu bedienen oder telefonisch zu kontaktieren. Die Einschätzung des Suizidrisikos ist explizit zu erwähnen.

Wenn in der ersten Woche nach Klinikaustritt kein Termin bei einer nachbehandelnden Fachperson möglich ist, sollte ein ambulantes Gespräch in der Klinik angeboten werden.

#### 3.3.1 Finanzierung

- Die Finanzierung der Austrittsplanung (inkl. Austrittsbericht) ist bei einem stationären Aufenthalt in der Klinik im Rahmen von TARPSY geregelt.<sup>26 27 28</sup> Dies gilt auch für aufwendige Medizinbereiche<sup>29</sup>: „auch aufwendige Medizinbereiche gemäss Leistungsauftrag sind grundsätzlich mittels Pauschalen abzugelten, dazu gehört in der Klinik auch der interne Sozialdienst“<sup>30</sup>: „Als Ausnahme zur pauschalen Abgeltung können die Parteien vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen getrennt in Rechnung

<sup>25</sup> Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV, Artikel 7; z.B.:

[https://www.spitexzh.ch/files/JL9BSPN/klv\\_version\\_03082017\\_def.pdf](https://www.spitexzh.ch/files/JL9BSPN/klv_version_03082017_def.pdf)

<sup>26</sup> TARPSY System 2.0 / 2019 / <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy-system-202019/pcg-katalog>

<sup>27</sup> [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\\_WiPrue\\_V4.0\\_20180301\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_d.pdf), Seite 9.

<sup>28</sup> Hinweis aus der Praxis: Grundsätzlich ja, aktuell ist es jedoch so, dass Krankenkassen teilweise die letzten Tage der Hospitalisation streichen, mit dem Hinweis, die Spitalbedürftigkeit sei nicht (mehr gegeben). Das Entlassungsmanagement ist äusserst wichtig und die Hospitalisation müsste wirklich bis zum letzten Tag bezahlt werden. Zudem wird die OKP-Pflichtigkeit vom Sozialdienst von Krankenversicherern in den Tarifverhandlungen nicht so gesehen.

<sup>29</sup> Art. 49 ABS, 1 Satz 1 KVG.

<sup>30</sup> Abgeltungen von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des BAG, Seite 19.

gestellt werden“ (= Zusatzentgelte in den Tarifstrukturen<sup>31</sup>).<sup>32</sup> Der Bundesrat als zuständige Genehmigungsbehörde prüft, „ob diese mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht“.<sup>33</sup>

#### Nachsorge:

- Nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen in der Klinik (z. B. Behandlung in einer Psychiatrischen Tagesklinik oder im Ambulatorium) können mit dem jeweils geltenden Tarif abgerechnet werden, d.h. es finden keine Fallzusammenführungen statt.<sup>34</sup>
- Die nachbehandelnden Fachpersonen können über TARMED abrechnen, aber je nach Berufsrichtung unterschiedlich (Spitex/Pflege, ärztliche Leistungen, delegierte arbeitende Psycholog/innen).
- Für psychiatrische Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 KLV ist der Stundenansatz für Massnahmen der Behandlung bei Selbstgefährdung gegenüber der Grundpflege erhöht<sup>35</sup>.
- Siehe auch Empfehlungen 4, 5 und 6.

### 3.4 Empfehlung (4)

Vor Austritt eine **Brückenkonzferenz** (Rundtischgespräch) durchführen.

An einer Brückenkonzferenz vor Klinikaustritt (Rundtischgespräch) stimmen sich Patient/in, Angehörige/Vertrauensperson und beteiligte Fachpersonen im stationär-ambulanten Übergang ab (interprofessionelle Teams): z. B. mittels Konferenzgespräch, Telefonkonzferenz, gemeinsamer Visite.

#### 3.4.1 Finanzierung

- Nimmt ein Hausarzt/eine Hausärztin analog für Psychiater/Psychiaterin an einem solchen Gespräch teil und dient es nicht dem Spitalaufenthalt, *sondern der Zeit danach*, so kann die Leistung gemäss rechtlicher Einschätzung im Rahmen des Projektes „koordinierte Versorgung“ über TARMED abgegolten werden<sup>36</sup>. Dies gilt analog für Leistungen der Spitex, wenn sie auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, jedoch mit einem unterschiedlichen Tarif und teils unterschiedliche Abgeltungen z. B. von Wegzeitpauschalen. Hingegen dürfen psychologische Psychotherapeuten, die delegiert arbeiten, gemäss Spartenregelung die Praxis nicht verlassen.
- Bei der Teilnahme von „externen Nachbehandlern“ sind immer auch deren Opportunitätskosten (= entgangene Einnahmen, da sie fern der Praxis sind) zu berücksichtigen.
- Aktuell gibt es bei Brückenkonzferenzen nur die obenerwähnte Finanzierungsmöglichkeit, analog dem Bericht der „Koordinierten Versorgung“<sup>37</sup>. Wo vereinzelt eine zusätzliche Finanzierung erfolgt, geschieht diese via GWL, Leistungsvereinbarungen, Subventionen oder privater Finanzierung.

<sup>31</sup> Die Zusatzentgelte aus der aktuellen Version SwissDRG der Akutsomatik dürfen auch für die Tarifstruktur TARPSY verwendet werden. Das Bundesamt für Statistik hat einen Auszug für die Psychiatrie aus dem Medizinischen Kodierungshandbuch veröffentlicht.

<sup>32</sup> Art. 49 Abs. 1 Satz 4 KVG.

<sup>33</sup> [https://www.swissdrq.org/application/files/9815/0123/5903/Tarifstrukturvertrag\\_TARPSY.pdf](https://www.swissdrq.org/application/files/9815/0123/5903/Tarifstrukturvertrag_TARPSY.pdf), zur Zeit sind die interkurrenten Leistungen in Bearbeitung (Hinweis aus der Praxis)

<sup>34</sup> [https://www.swissdrq.org/application/files/4714/8413/4027/TARPSY\\_Abrechnungsregeln\\_d.pdf](https://www.swissdrq.org/application/files/4714/8413/4027/TARPSY_Abrechnungsregeln_d.pdf), Seite 16/ 3.6 Vor- und nachstationäre Behandlungen und Untersuchungen im Spital.

<sup>35</sup> Artikel 7 KLV 14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;

<sup>36</sup> Abgeltungen von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des BAG, Seite 33. Rückmeldungen von den Leistungserbringern zeigen, dass die Anwendung in der Praxis teilweise kritisch ist und Versicherer solche Rechnungen von ambulanten Leistungserbringern abweisen. Der Beweis könne schlecht geführt werden, dass die TARMED-Position für die Zeit nach dem Aufenthalt gelten soll.

<sup>37</sup> Abgeltungen von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des BAG, Seite 7.

- Die Gesundheitsdirektion Zürich hat im Rahmen des kantonalen Schwerpunktprogramms Suizidprävention mit Kliniken Leistungsvereinbarungen abgeschlossen, die als Anschubfinanzierung über drei Jahre Brückenkonferenzen (sowie – siehe unten - Brückenhilfen und ASSIP) finanziell unterstützen. Dabei wurde sowohl die Leistungsmenge als auch der Subventionsbeitrag für drei Jahre (in drei Kategorien) geregelt.<sup>38</sup>
- Kann ein Rundtischgespräch nicht durchgeführt werden, sind im Minimum koordinative Tätigkeiten sinnvoll. Seit 1. Januar 2012 zählen zu den Leistungen der OKP (Artikel 7, Absatz 2 der KLV) explizit auch die Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen. Die Leistungen sind explizit auch auf psychisch Erkrankte ausgerichtet.
- In der Luzerner Psychiatrie lups werden gemäss Leistungsvereinbarung mit der Spitex Kt. Luzern die Kosten für die Bedarfsabklärung (noch während des stationären Aufenthalts) übernommen.

### 3.5 Empfehlung (5)

Vor oder nach Austritt eine **Brückenhilfe** einrichten.

Ein begleiteter Besuch im privaten Lebensumfeld vor oder kurz nach Austritt unterstützt den Patienten / die Patientin und ihre Angehörigen bei einem stationär-ambulanten Übergang.

Als Begleitung bieten sich Bezugspersonen des stationären Aufenthalts oder der Nachsorge an (z.B. stationäre Bezugsperson, Peer, ambulante Psychiatriepflege).

#### 3.5.1 Finanzierung

Ein begleiteter Besuch kurz vor oder kurz nach Austritt kann – in Analogie zu generell mobilen Diensten - durch verschiedene Formen angeboten werden<sup>39</sup>:

- Ambulante psychiatrische Pflege
- Mobile psychiatrische Dienste von psychiatrischen Kliniken
- Mobile Dienste anderer Anbieter

Im Bericht „*Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie*“ (2018) sind diverse Modellprojekte zu aufsuchenden psychiatrischen Diensten beschrieben. In Empfehlung 5 geht es konkret um ein einmalig stattfindendes aufsuchendes Angebot (allerdings kann die notwendige Nachsorge, Empfehlung 3, allenfalls vom selben Dienst, weitergeführt werden). Finanzierungsaspekte werden im erwähnten Bericht wie folgt beschrieben (S. 14/15). Sie sind auch für die Nachsorge (Empfehlung 3) relevant, wenn die Nachsorge durch mobile Dienste angeboten wird:

<sup>38</sup> Leistungsvereinbarung Kanton ZH mit Kliniken. Hier sind die Beiträge differenziert in: Überbrückungskonferenz, Überbrückungshilfe vor Klinikaustritt, Überbrückungshilfe nach Klinikaustritt.

<sup>39</sup> Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

*Finanzierung auf der Basis des Ärztetarifs TARMED: Handelt es sich bei einem mobilen Dienst um eine anerkannte spitalunabhängige Institution oder eine Abteilung eines Spitals (beide mit Leistungsauftrag) unter der Leitung eines Facharztes / einer Fachärztin, kann eine Leistungsabrechnung über den Ärztetarif TARMED erfolgen. Relevant sind insbesondere die zwei Positionen «02.01 Psychiatrische Diagnostik und Therapie» und «02.04 Nichtärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen».*

*Die Leistungen unter Position 02.01 sind von Ärzte/innen mit Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- & Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu erbringen, diejenige unter Position 02.04 durch die von der jeweiligen Institution angestellten nichtärztlichen Fachkräften: Psychiatriepflegefachpersonen, Sozialpädagoge/innen und Sozialarbeiter/innen mit Zusatzausbildung, Psycholog/innen und weiterem therapeutischem Fachpersonal mit adäquater Ausbildung. Leistungen im Kapitel 02.04 sind gemäss den Ausführungen zum TARMED spezifisch vorgesehen, um «die modernen psychiatrischen Erkenntnisse der gemeindenahen Versorgung (inkl. sozialpsychiatrischer Methode)» umzusetzen.*

*Während für Fachärztinnen unter 02.01 eine Wegentschädigung vorgesehen ist, ist eine solche unter 02.04 jedoch nur ausnahmsweise und nach bilateraler Absprache möglich. Dazu kommen – im Vergleich zu den ärztlichen Behandlungspositionen unter 02.01 – weitere Einschränkungen: So dürfen pro Woche und Patient/in maximal 4 geleistete Stunden verrechnet werden, ausser es handelt sich um Not- und Krisensituationen.*

#### Finanzierung ambulanter Krankenpflege

*Die aufsuchende Pflege und Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen durch freiberuflich tätige Pflegefachpersonen und Spitex-Teams wird gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) über die Krankenversicherung finanziert. Bei auf Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbrachten Leistungen werden dabei drei verschiedene Massnahmen-Kategorien unterschieden“.*

Im Zusammenhang der Empfehlung 5 interessiert aus Artikel 7 KLV der Massnahmenbereich „Abklärung, Beratung und Koordination“. Hierfür ist aktuell ein durch den Bundesrat festgelegter Versicherungsbeitrag von 79.80 CHF / Stunde festgelegt. Die rechtliche Einschätzung im Rahmen des Projektes „koordinierte Versorgung“ hält fest, dass die OKP einen Beitrag an die Kosten der Bedarfsabklärung bei komplexen und instabilen Fällen vergütet, auch wenn diese während des Spitalaufenthalts durchgeführt wird (S. 25)<sup>40</sup>.

Wie unter Brückenkonferenz erwähnt, gibt es z. B. im Kanton Zürich Leistungsvereinbarungen für Brückenkonferenzen und Brücken-Hilfe. Die Brücken-Hilfen sind pro Fall subventioniert (in zwei Kategorien: je nachdem, ob die Patientin/der Patient noch stationär ist oder bereits ausgetreten).

---

<sup>40</sup> Abgeltungen von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des BAG, Seite 25 und 33.

### 3.6 Empfehlung (6)

Spätestens vor Austritt künftige suizidale Krisen besprechen und **Massnahmen zur Vorbeugung suizidaler Krisen erarbeiten.**

Um künftige suizidale Krisen auffangen zu können, gibt es unterschiedliche Instrumente, die sich kombinieren lassen. Die Möglichkeiten sind gemeinsam zu diskutieren.

Hier sind diese nur in Stichworten aufgelistet:

- Eine Kurztherapie/Spezialsprechstunde für Patient/innen, die einen Suizidversuch unternommen haben, z. B. ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program).
- Ein Sicherheitsplan
- Eine Notfallkarte
- Möglichkeiten der Kontaktwiederaufnahme
- Eine Psychiatrischen Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung

#### 3.6.1 Finanzierung

Die Vorbesprechung vor Austritt gehört zum stationären Leistungsauftrag und wird über TARPSY finanziert. Gemäss GDK gehört die Austrittsplanung zu den Leistungen innerhalb der Pauschalen.<sup>41</sup>

I.d.R. gehört ASSIP zu den ambulanten Leistungen / Dienstleistungen und wird einerseits über TARMED finanziert und zusätzlich im Rahmen von Leistungsvereinbarung und / oder GWL seitens Kantone subventioniert (z. B. im Kanton Zürich), da über TARMED nicht kostendeckend.

Aktuell gibt es hierzu nur die obenerwähnte Regelfinanzierung. Wo eine zusätzliche Finanzierung erfolgt, geschieht diese GWL, Leistungsvereinbarungen, Subventionen oder private Finanzierung.

### 3.7 Empfehlung (7)

Gewährleisten, dass **Gesundheitsfachpersonen** des stationären und ambulanten Settings fachlich in der Suizidprävention «**up to date**» sind und **berufliche Rahmenbedingungen schaffen**, damit Suizidprävention «gelebt» werden kann.

Wissen über Suizidprävention kann unterschiedlich vermittelt und gelebt werden:

- Suizidprävention ist in Aus-, Weiter- und Fortbildung mit hohem Stellenwert zu implementieren.
- Spezifische Bildungsmassnahmen\*, die berufsspezifisch, multiprofessionell und triadisch (Einbezug Angehörige und Betroffene) organisiert sind.
- Nebst klassischen Bildungsangeboten sind z. B. gemischte Qualitätszirkel oder Suizidrapporte\* gute Instrumente.
- Ressourcen für eine themenverantwortliche Person für die Suizidprävention schaffen.

<sup>41</sup> [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM\\_WiPrue\\_V4.0\\_20180301\\_def\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_d.pdf), Seite 9: «Austrittsmanagement: Schnittstellenbewirtschaftung zu nachbehandelnden KVG-Leistungserbringern, Beratung bei Krankheitsbewältigung (Anleitung zur Hilfe zur Selbsthilfe, Vermittlung einer Suchtberatung, Patienteninformation, etc.)».

### 3.7.1 Finanzierung

- Finanzierung je nachdem, ob Aus-, Fort- oder Weiterbildung, im stationären oder ambulanten Setting stattfindet.
- In einem Psychatrieumfeld, unabhängig von stationär oder ambulant, gehört die Thematik «Suizid- und Suizidprävention» zum Kernauftrag und somit auch das Thema Suizidprävention in die Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Alle Kliniken haben eine Ausbildungspflicht (für Mediziner, für Fachpersonal) und ein Bildungskonzept. In den Kostenrechnungen nach REKOLE sind die Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten berücksichtigt. Zudem gibt es in den Kantonen auch GWL z. B. für die Ausbildung von Assistenzärzten und -ärztinnen. Die Finanzierung der akademischen Lehre und Forschung ist kantonal geregelt und nicht über KVG finanziert.
- Die Finanzierung der Weiterbildung wird von Kanton zu Kanton unterschiedliche geregelt. Das KVG enthält keine abschliessende Definition der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, sondern nennt in Artikel 49 Absatz 3 KVG die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen und die Forschung und universitäre Lehre als Beispiele für solche Leistungen. Die Kantone und die privaten Trägerschaften sind frei, ihren Spitälern weitere Aufgaben zu übertragen. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen sind entsprechend nicht abschliessend definiert. Diverse, auch interprofessionelle Bildungsangebote, Plattformen von Fachgesellschaften etc. existieren zum Thema Suizidprävention
- Weiterbildung von selbständig Erwerbenden bzw. die Teilnahme an z.B. Qualitätszirkeln finanzieren diese selber.

## 4 Schlussfolgerungen

### 4.1 Medizinische Sichtweise

Suizidprävention ist kein neues Element in den Behandlungskonzepten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungserbringer. Die sieben Empfehlungen sind in unterschiedlicher Ausprägung bereits Teil der Behandlungskonzepte in Kliniken und bei ambulanten Leistungserbringern. Mehr noch, einzelne Behandlungskonzepte, die heute in der Praxis gelebt werden, sind in die Empfehlungen eingeflossen. Die Empfehlungen stellen somit nicht grundsätzliche Neuerungen dar, sondern machen das gemeinsame Verständnis der Suizidprävention in der Schweiz explizit. Fachlich-medizinisch sind diese sieben Empfehlungen denn auch breit abgestützt.

### 4.2 Finanzierungssicht

Das vorliegende Grundlagenpapier zeigt entlang der sieben erarbeiteten Empfehlungen, wie die Suizidprävention in den heutigen Finanzierungsmöglichkeiten abgebildet ist resp. abgebildet werden kann (auch z. B. in Modell-Projekten).

Eine einfache und klare Finanzierungsregelung im Übergang vom stationären zum ambulanten Setting ist aufgrund der in verschiedenen wissenschaftlichen Studien und in der Suizidforschung dargelegten Wirksamkeit der Suizidprävention, anzustreben.

Die Durchsicht der Finanzierungsgrundlagen sowie der Praxis zeigt, dass aktuell für alle sieben Empfehlungen Finanzierungsmöglichkeiten existieren, aber nicht immer auf eine einfache Art und Weise. Manche sind im Rahmen der ordentlichen Regelfinanzierung abgedeckt, bei anderen hängt die Finanzierung stark vom Willen und Engagement der Beteiligten ab (z. B. von einzelnen Leistungserbringern oder Kantonsregierungen / Gesundheitsdepartementen, Kostenträger).

Die Herausforderungen für die Finanzierung der Suizidprävention im Übergang vom stationären zum ambulanten Setting stellen sich mehrfach und sind nicht einfach und nicht von einem Akteur allein aufzulösen, es sind dies:

- **Nationale Gesetze und Regelwerke:**
  - Die geltenden gesetzlichen Grundlagen (KVG, KVL) geben einen Umsetzungsrahmen vor, welcher jedoch Interpretations- und Konkretisierungsspielraum enthält. Zudem haben wir ein Duales Finanzierungssystem für stationäre und ambulante Leistungen.
  - National bestehen zwei unterschiedliche Tarifsysteme, nämlich für die stationäre Versorgung TARPSY und für die ambulante Versorgung TARMED. Damit besteht systeminhärent keine Gesamtsicht bei Übergängen wie auch bei intermediären Leistungen.
  - Für die Aufnahme von neuen Leistungen in die nationale Regelfinanzierung gibt es einen vordefinierten «Antragsprozesse Allgemeine Leistungen»<sup>42</sup>. Die Beurteilung von neuen Leistungen erfolgt auf Antrag, die für die Beurteilung notwendige Antragsdokumentation ist von den Antragsstellenden zu erstellen (Bringschuld).
- **Kantonale Rahmenbedingungen:** Die Kantone nehmen ihre Rolle und Aufgaben hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung und somit auch hinsichtlich der Suizidprävention und der diesbezüglichen kantonalen Finanzierung unterschiedlich wahr (z. B. Finanzierung Modell-Projekte, Vergabe von Leistungsaufträgen resp. Leistungsvereinbarungen etc.). Das föderalistische Gesundheitssystem und die definierten Zuständigkeiten auf Stufe der Kantone führen zu Unterschieden in der Finanzierung. Es gibt Kantone, bei denen ist die Suizidprävention ein Schwerpunktthema und bei anderen ist sie dies nicht.
- **Berufsgruppen – Interprofessionalität:** In der Suizidprävention und in den vorgeschlagenen Empfehlungen sind verschiedene Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen beteiligt (Psychiater/innen, psychologische Psychotherapeut/innen, Haus- und Kinderärzte/innen, Pflegefachpersonen), die Abgeltung der Leistungen wie z. B. Wegzeitpauschalen ist nicht einheitlich geregelt.
- **Alltagspraxis:** Auch wenn die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen und kantonalen Rahmenbedingungen ähnlich oder gleich ausfallen würden, kommt in der Alltagspraxis dazu, dass aufgrund vom Interpretationsspielraum in der Auslegung der gesetzlichen Grundlagen und der Verhandlungsergebnisse ein GAP von Theorie und Praxis vorkommt (z.B. Abrechnungsmöglichkeiten durch ambulante Gesundheitsfachpersonen im Rahmen der Austrittsplanung). Die sogenannte «street level bureaucracy»<sup>43</sup> wirkt somit ebenfalls in die finanzbezogene Umsetzung der Suizidprävention hinein.

---

<sup>42</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/antragsprozesse/Antragsprozesse-Allgemeine-Leistungen.html>

<sup>43</sup> Lipsky, Michael (1980/2010): Street Level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services. Sage, New York.

### 4.3 Fazit

Die sieben Empfehlungen und deren flächendeckende Umsetzung sind ein konzises Versorgungskonzept und dient dazu, dass alle Beteiligten unter Suizidprävention am stationär-ambulantem Übergang dasselbe verstehen. Dies wäre auch für die Finanzierungsfragen anzustreben, damit Finanzierungs- und Tarifverhandlungen im Themenbereich Suizidprävention einfacher und konziser zu gestalten sind.

Ansätze für Finanzierungsoptimierungen bestehen wie folgt:

- Nationale Ebene: Wie kantonal sinnvolle Leistungsvereinbarungen in die Entwicklung der Tarifsysteme finden, wenn sowohl TARPSY wie auch TARMED tangiert sind, ist noch nicht gelöst. Jedoch sind TARPSY oder die CHOP-Klassifikationen lernende Systeme und hier gilt es die entsprechende Dokumentation und Anträge im Entwicklungsprozess zu stellen, damit die Systeme lernen. Dazu braucht es den aktiven Einsatz aller Akteure – jeder auf seine Weise/mit seinen strategischen und operativen Möglichkeiten.
- Kantonale Ebene: Die Leistungsvereinbarungen einzelner Kantone zeigen, wie dies quantitativ wie auch qualitativ gehen kann. Ein gutes Beispiel ist hier die Finanzierung von Brückenkonferenzen und Brückenhilfen, wie dies mit Leistungsvereinbarungen im Kanton Zürich gegeben ist.
- Ebene Modell-Projekt: Möglicherweise wäre eine Pilot-Einführung von zeitbezogenen Komplexpauschalen (z. B. pro Jahr) für Personen mit stationären Suizidversuchen eine weitere Möglichkeit. Wissenschaftlich ist belegt, dass ambulante Interventionen nach einem stationären Aufenthalt im Schnitt bessere Versorgungsergebnisse und insgesamt tiefere Kosten verursachen.<sup>44</sup>
- Ebene Leistungserbringer: Best-Practice-Erfahrungen mit den Finanzierungsmöglichkeiten – auch wenn dies Modell-Projekte sind, untereinander austauschen und in die verschiedenen Verhandlungen mit Kantonen und Versicherungen einbringen. Innovative Leistungserbringer zeigen immer wieder, dass mit wissenschaftlich-basierten Modell-Projekten mit positiver Wirksamkeit eine Zusatzfinanzierung möglich ist, auch wenn dies in einem kompetitiveren Umfeld stattfindet, auch z. B. via Stiftungsgelder.
- An den Schnittstellen von Versorgungssettings sowie von Berufsgruppen werden auch zu anderen Fachthemen<sup>45</sup>, d.h. in anderen Programmen und Strategien auf nationaler und kantonaler Ebene analoge Finanzierungsaspekte und -herausforderungen diskutiert. Das vorliegende Dokument kann alle beteiligten Akteure darin unterstützen im Rahmen bestehender und künftiger Prozesse/Arbeitsgruppen etc. die Anliegen zu Finanzierungsaspekten der Suizidprävention am stationär-ambulantem Übergang einzubringen.

<sup>44</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2707429>: Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial.

<sup>45</sup> Z.B. Strategie Palliative Care / Plattform Palliative Care, Nationale Demenzstrategie, Projekt «koordinierte Versorgung», Projekt «Zukunft der Psychiatrie», NCD-Strategie, Nationale Strategie Sucht, Förderprogramm «Interprofessionalität».