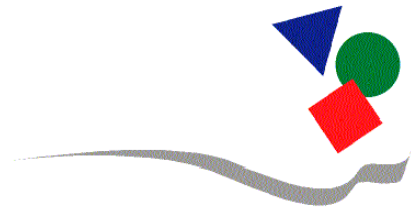


RIGISTRASSE 11
CH-6410 GOLDAU
TELEFON 041-859 17 17
TELEFAX 041-859 17 19

CHEFARZT: DR. MED. ROLAND WEBER



SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST
DES KANTONS SCHWYZ

Jahresbericht über die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes 2012

Der langjährige Trend steigender Anmeldezahlen setzte sich auch 2012 fort. In den letzten 10 Jahren betrug die durchschnittliche Zunahme 3.3% p.a. Die letztjährige Zunahme fiel mit über 9% allerdings unerwartet hoch aus und stellte uns vor nicht unerhebliche Kapazitätsprobleme, welche nur dank des grossen Einsatzes aller Mitarbeitenden bewältigt werden konnte.

Das Angebotsspektrum des Dienstes erfuhr im Jahr 2012 keine Veränderungen oder Erweiterungen.

Personelles

Seit vielen Jahren ist in der Schweiz ein zunehmend besorgniserregender Mangel an psychiatrisch tätigen Ärzten, namentlich im Bereich der Assistenzärzte, zu beobachten. Noch lediglich 30% der institutionell tätigen Ärzte verfügen über ein Schweizer Staatsexamen. Auch der SPD bekundete in den letzten Jahren zunehmend Mühe, die entsprechenden Stellen zu besetzen. Konkret musste im Berichtsjahr eine Arztstelle mit einem Psychologen besetzt werden, da keine geeignete Bewerbung vorlag. Wir verfügen aktuell über sechs Assistenzarztstellen. Diese sind deswegen seit Jahren teilweise mit Spitalärzten besetzt.

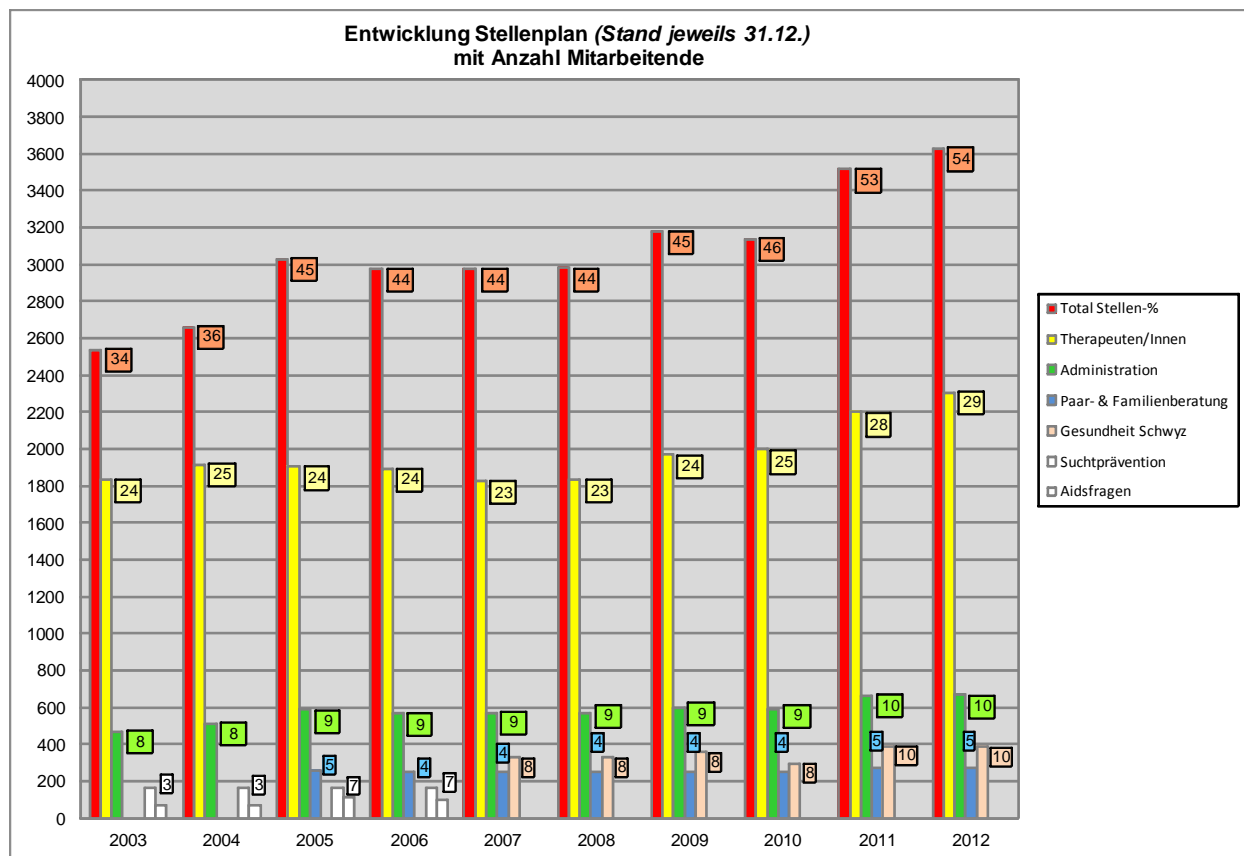
2012 ergaben sich folgende personelle Änderungen:

Frau Astrid Wenger arbeitet seit dem 1. Januar 2012 als Kunsttherapeutin in Goldau. Sie tritt die Nachfolge von Frau Charlotte Steinegger an.

Frau Marija Dautovic arbeitet seit dem 1. März 2012 als Psychologin in Goldau. Sie ersetzt den altershalber pensionierten Arzt Dr. Herbert Hermann.

Die neu geschaffene Therapeutenstelle in Goldau konnte mit Frau Cornelia Scherl, Psychologin, per 1. September 2012 besetzt werden.

Diagramm 1a gibt einen Überblick über die Personalentwicklung. Dabei gibt die Höhe der Säulen die durchschnittlich besetzten Stellenprozent an, die Zahl neben den Säulen die Anzahl Mitarbeitenden.



Operative Tätigkeit

Kernangebot sind die **Sprechstunden** an den drei Beratungsstellen Lachen, Goldau und Einsiedeln in den Fachstellen für Sozialpsychiatrie & Psychotherapie, Alkoholfragen und Drogenfragen. Im Rahmen dieses Angebotes finden auch Konsilien in den Regionalspitälern, Altersheimen, den Wohnheimen, der BSZ und dem Sicherheitsstützpunkt Biberbrugg sowie einzelne Hausbesuche statt.

2012 wurden die **Gruppenangebote** deutlich ausgebaut. Neben den langjährig stattfindenden wöchentlichen Aktivitätsgruppen in Lachen, den wöchentlichen Gestalttherapiegruppen in Goldau und den Gruppentherapien in Entspannungsverfahren an beiden Standorten, fanden ganzjährig 14-tägig Skillsgruppen nach dem DBT Verfahren für emotional instabile Patienten und Patientinnen statt, die von einem Oberarzt der Clenia Littenheid co-geleitet wurden. Zudem führten wir eine störungsspezifische Therapiegruppe für Angstpatienten in Einsiedeln und eine Trainingsgruppe für soziale Fertigkeiten in Goldau durch.

Unsere **betreuten Freizeitaktivitäten** fanden im bewährten Umfang statt. Unverändert wurden unsere Angebote rege genutzt (218 Kliententage).

Wir führten 3 Tagesausflüge durch, den Wintertag in Arosa, den Wandertag in der Gegend um Appenzell und den Überraschungstag, der uns nach Solothurn führte. Die mehrtägigen Veranstaltungen verbrachten wir im Rahmen einer Städtereise nach Ljubljana und einer Ferienwoche im Waadtländer Jura. Den Abschlussabend gestalteten wir dieses Jahr in Lachen im Spitex Point. Wie gewohnt boten wir den Rahmen für einen Austausch unter den Teilnehmenden. Wir zeigten Fotos und Videoaufnahmen, begleitet von verschiedenen Berichten der Teilnehmenden. Zum Abschluss des Abends stellten wir den Anwesenden unser geplantes Freizeitaktivitäten-Programm 2013 vor. Den Abschlussabend besuchten 25 Teilnehmende der Freizeitaktivitäten. Das Angebot richtet sich an Chronischkranke mit sozialen Defiziten, denen entsprechende Aktivitäten und Erlebnisse sonst nicht möglich wären. Über Aktivierung und soziales Training kommt ihm auch therapeutische Bedeutung zu.

Die Schweizerische Stiftung für Sozialpsychiatrie hat ein Patronat für die Freizeitaktivitäten übernommen und unterstützt einzelne Teilnehmende gezielt finanziell.

Projekt Berg. Dieses vom SPD initiierte und von Patienten und Patientinnen eigenständig geführte Projekt startete 2010. Die Gruppe von zwei bis neun Personen war 2012 an rund zehn Tagen unterwegs. Es wurde vor allem an Gewässern entlang gewandert wie z.B. dem Wägitalersee, dem Obersee entlang von Schmerikon nach Pfäffikon oder von Walchwil nach Zug. Die Teilnehmenden organisierten selbständig zwei Wochenenden, eines im Winter in den Flumserbergen und im September 2012 war die Fünfseen-Wanderung im Pizol geplant. Leider machte am geplanten Termin das Wetter einen Strich durch die Rechnung. Die Begleitung durch den SPD bestand in Tourenberatung, Hilfe bei Schwierigkeiten in der Gruppe und im Vorschlag einer geleiteten Standortbestimmung.

Der Konsiliar- & Liason Dienst am Spital Schwyz wurde das ganze Jahr lückenlos an drei Vormittagen pro Woche mit einem Pensum von 35% ausgeführt.

Im Jahr 2012 wurden 176 (2011:160) stationäre Patienten und Patientinnen betreut. In 75% fand ein einziges Abklärungs- und Beratungsgespräch statt, in 15% zwei Gespräche, bei den übrigen Fällen wurden 4-12 Kontakte im Sinne der Liaisonpsychiatrie durchgeführt.

Zusätzlich wurden einige Patienten und Patientinnen ambulant behandelt, die entweder aus der stationären Beurteilung oder aus spitalinternen Spezialprechstunden (z.B. Kardiologie) zugewiesen wurden. Im Rahmen der erweiterten ambulanten Kardio-Rehabilitation haben wir psychoedukative Gruppenveranstaltungen durchgeführt.

Weitere Aktivitäten, die sich nicht quantitativ erfassen lassen, waren Vorbereitung und Durchführung von Fortbildungen für Spitalärzte, Mitarbeit bei Konzeptualisierung, Vorbereitung und Durchführung von psychiatrischen Aufgaben bei der ambulanten Kardio-Rehabilitation, anästhesiologischen Schmerzprechstunde und der noch in der Umgestaltung befindlichen Psychoonkologie sowie viele Fall- oder Kurzbesprechungen, Beratungen von Mitarbeitenden „auf dem Gang oder unter der Tür“.

Im Auftrag anderer Partner wurden 2012 insgesamt 90 (2011:98) Konsilien durchgeführt, die meisten davon im Regionalspital Lachen, weitere im Spital Einsiedeln und im Sicherheitsstützpunkt Biberbrugg.

Die **Integrierten Sozialpsychiatrischen Tagesstätten** konnten im Berichtsjahr erstmals an zwei Standorten durchgängig betrieben werden. Dabei zeigte sich, dass das Konzept in der Region **Innerschwyz** mit einem Einzugsgebiet von rund 60'000 Einwohnern und Standorten in Seewen (Phönix), Steinen (BSZ) und Goldau sehr gut funktioniert und schon im ersten Betriebsjahr eine hohe Auslastung ausweist. Es wurden 133 (2011:70) Patienten und Patientinnen gezählt, die an insgesamt 3244 (1191) Halbtagen Behandlung erfuhren.

Die Integrierte Sozialpsychiatrische Tagesstätte **Einsiedeln** behandelte 2012 insgesamt 121 Patienten und Patientinnen (2011:110) mittels 3433 (3673) Behandlungseinheiten. Herkunft, Zuweiser, Diagnosen und Nachbehandler der Patienten änderten sich gegenüber den letzten Jahren nicht in relevantem Ausmass. Schwierigkeiten ergeben sich, wie schon berichtet, bei der Stiftung Phönix: dies unter anderem bez. der Kostenbeteiligung der Patienten von CHF 20.- pro Halbtag, was gelegentlich Patienten davon abhält, das Angebot zu nutzen. Das Angebot wurde 2012 weniger genutzt und soll, bedarfsorientiert überprüft werden.

Die Erfahrungen lassen die Schliessung der Angebotslücke in **Ausserschwyz** dringlich erscheinen.

Die Kaderärzte des SPD beteiligen sich weiterhin am **spezialärztlichen Notfalldienst**. Dieser sieht auch für die Psychiatrie eine Leistungsbereitschaft rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr vor. Der SPD übernimmt im Rahmen dieses Dienstes Notfälle wochentags durchgehend von 8.00 – 17.00 Uhr und er beteiligt sich im gleichen Umfang einer psychiatrischen Privatpraxis an den Nacht- und Wochenenddiensten, d.h. etwa fünf Wochen im Jahr. Die Notwendigkeit, täglich Notfallkapazitäten für Sprechstunden und Konsilien bereitzuhalten, stellt erhöhte Anforderungen an die organisatorische Flexibilität an den einzelnen Beratungsstellen.

Unsere **Vernetzungsarbeit** bestand neben Sitzungen mit diversen Partnern, Beteiligungen an Sozialtätigentreffs, Fortbildungsveranstaltungen und Ähnlichem, unter anderem in den Kooperationsprojekten mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, die nun seit über drei Jahre laufen und in früheren Jahresberichten beschrieben wurden.

Im Bereich Spezialangebote suchen wir vermehrt Kooperationen mit ausserkantonalen Partnern. In Zusammenarbeit mit der Klinik Littenheid bieten wir seit Ende 2011 eine ambulante Gruppentherapie nach dem DBT Konzept für emotional instabile Patienten und Patientinnen an. Ein grosser Teil unserer Mitarbeitenden durchlief eine mehrtägige Schulung in der Behandlung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen, die vom Leiter der entsprechenden Spezialstation der Klinik Littenheid, Dr. B. Frank, durchgeführt wurde.

Mit den stationär psychiatrischen Vertragspartnern innerhalb und ausserhalb des Konkordates finden regelmässige Koordinationssitzungen statt. Zweimal jährlich mit der Klinik Littenheid, mehrmals mit der Klinik Zugersee, mit welcher auch ein jährliches Kaderärztetreffen mit dem ganzen Konkordatsgebiet stattfindet. Die Leiter der ambulanten Dienste Zug, Uri und Schwyz treffen sich viermal jährlich zu Koordinationssitzungen.

Die Spitex Untermarch betreibt seit Frühjahr 2011 wöchentlich einen niederschweligen Treffpunkt, der sich auch an Menschen mit psychischen Störungen wendet. Der SPD tritt dort zusammen mit pro senectute als Co-Veranstalter auf und gestaltet einen Nachmittag pro Monat selber.

Mit den Psychiatrie-Spitexdiensten der Region führen wir an unseren Beratungsstellen regelmässig, ca. monatlich, Austauschsitzen zu gemeinsam Patienten und Patientinnen durch.

Um im Suchtbereich weitere Synergien zu nutzen, hat der SPD nach dem Vorbild des in der Ostschweiz seit 2003 bestehenden «Forums für Suchtmedizin Ostschweiz» (FOSUMOS) das «Forum für Suchtmedizin Innerschweiz» (FOSUMIS) mit gegründet. Es ist am 14. Januar 2010 in den Räumlichkeiten der Suchtberatung des Kantons Zug unter der Leitung der Präsidentin Judith Halter aus der Taufe gehoben worden. Ziel von FOSUMIS ist es, die professionelle Kompetenz der im Suchtbereich tätigen Fachkräfte zu stärken und die Zusammenarbeit zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Spezialisten zu verbessern. Das Projekt wird vom Bundesamt für Gesundheit zur Hälfte mitfinanziert. Es werden regelmässig Hausarztfortbildungen in Ausser- und Innerschweyz angeboten.

Des Weiteren haben wir seit 2009 unsere interne Weiterbildung in Lachen an wiederkehrenden Terminen für auswärtige Fachkräfte aus Spitex, BSZ und Wohnheimen geöffnet und sind damit auf reges Interesse gestossen.

Meine persönlichen **überkantonalen Aktivitäten** umfassten folgende Bereiche:

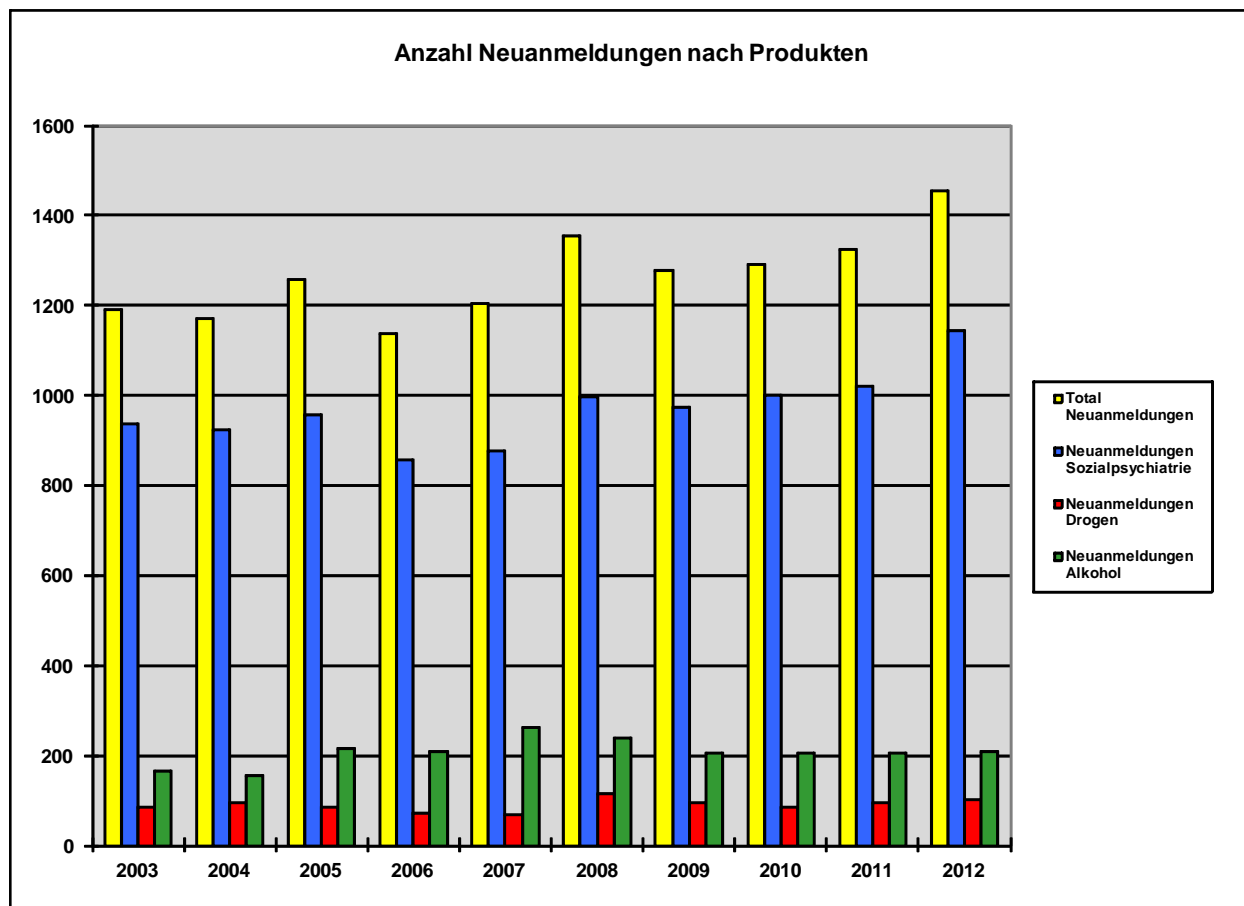
- Präsident der Zentralschweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
- Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte (www.psychiatrie.ch)
- Vorstandsmitglied des Dachverbandes swiss mental health care (www.swissmentalhealthcare.ch)
- Mitorganisator der halbjährlichen Treffen der Leiter Ambulant-Psychiatrischer Dienste der Schweiz in Aarau
- Dozent am Psychologischen Institut der Universität Zürich und dem Claus Grawe Institut, Zürich, im Postgradualen Unterricht.

Leistungsausweis

Leistungsumfang

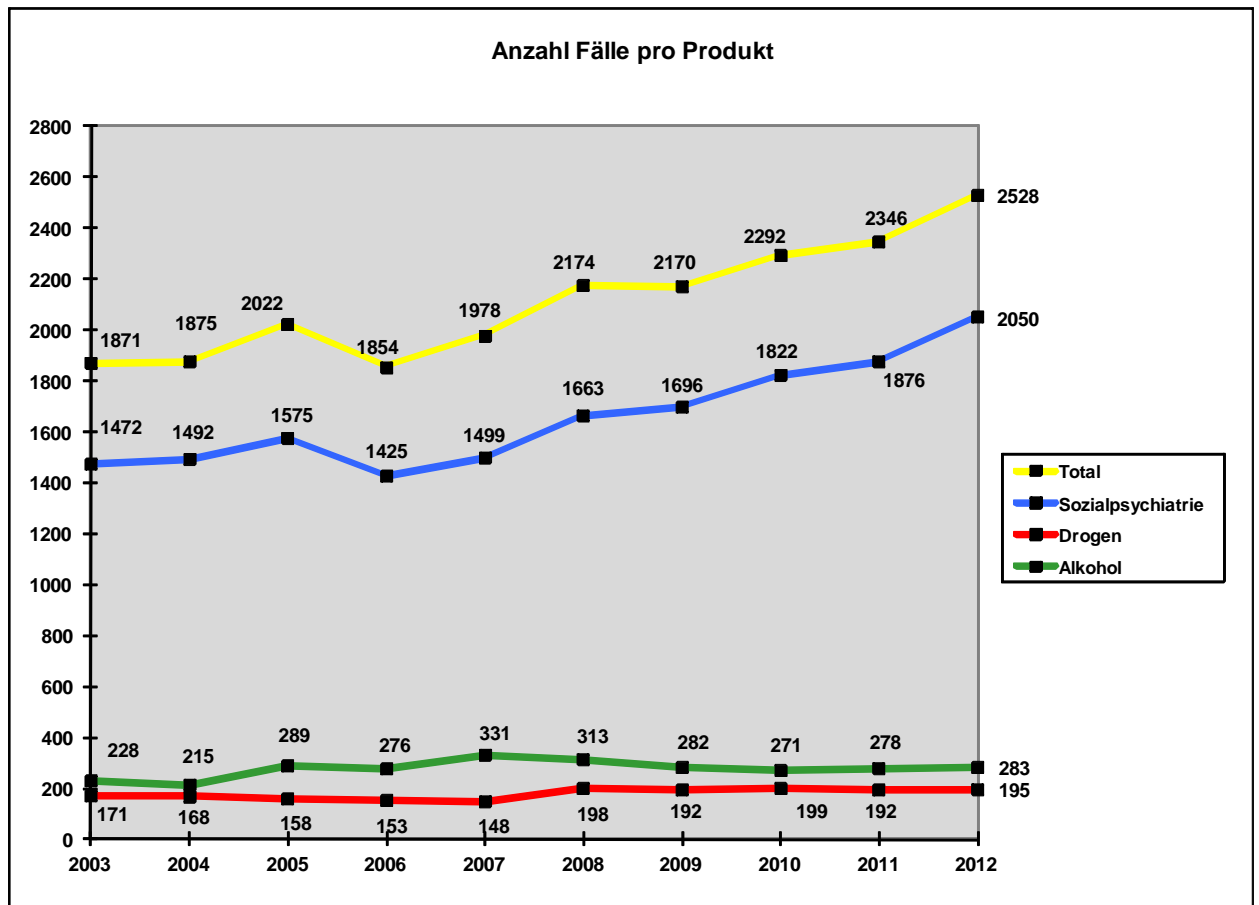
Anmeldung und Patientenzahlen

2012 meldeten sich 1456 (+10%) Patienten und Patientinnen für eine Behandlungen in unserem Dienst an. Diagramm 11c zeigt die Entwicklung der Neuanmeldungen nach Produkten seit 2003.



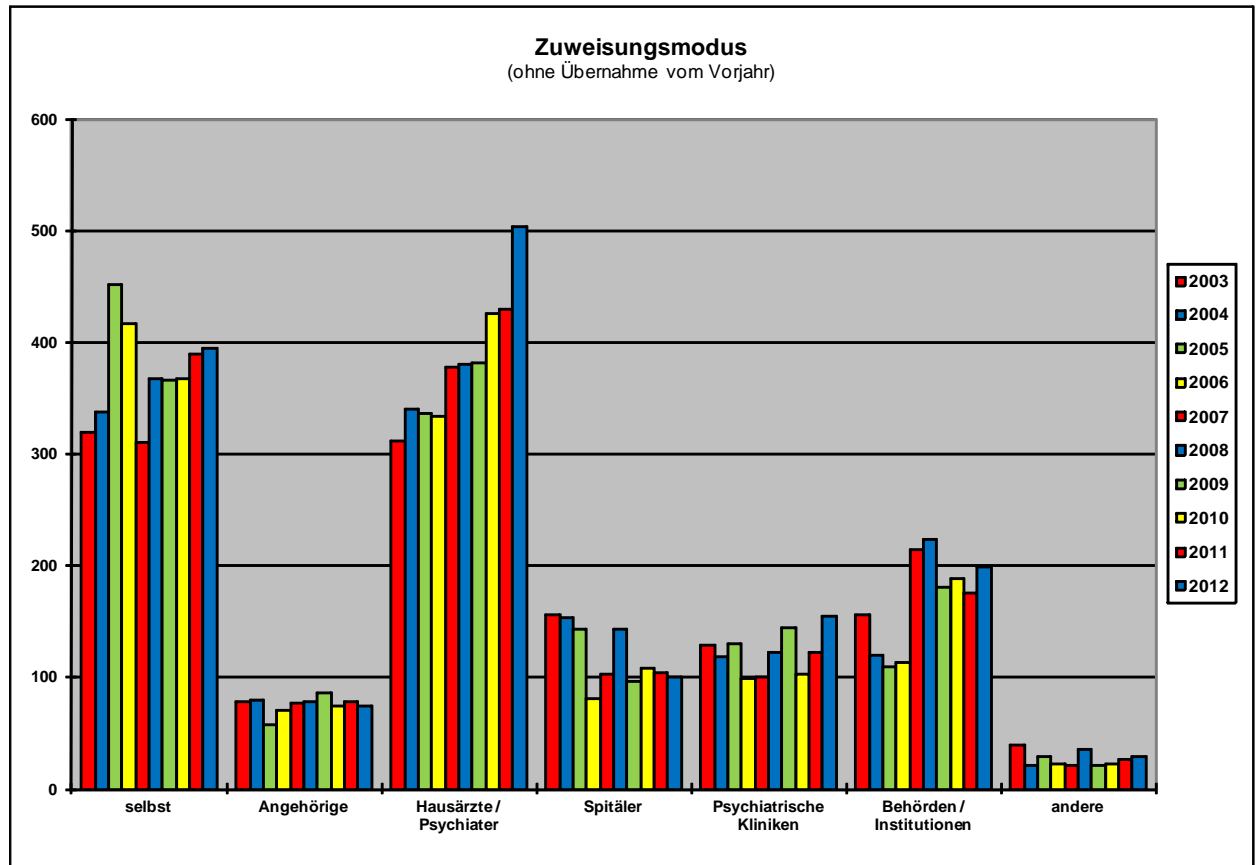
Tendenziell nehmen die Anmeldungen stets leicht zu; der Rückgang 2006 ist ein Artefakt, der sich dadurch ergab, dass die Konsilien im Spital Schwyz seit der Einführung der K&L-Psychiatrie als externe Leistungen nicht mehr erfasst werden. Die Zunahme 2012 um 10% ist allerdings ausserordentlich und in diesem Ausmass seit 1999, als sich der Dienst noch in der Aufbauphase befand, nie mehr vorgekommen. Es waren vor allem Hausarzt- und Klinikzuweisungen, welche stark anstiegen. Verkürzte Aufenthaltsdauern in den Kliniken können Rehospitalisationen begünstigen. Dies könnte ein Grund für die vermehrten Anmeldungen aus Kliniken sein. Der in diesem Ausmass unerwartete Anmeldedruck setzte uns vor erhebliche Probleme. Es mussten zusätzliche Stellen geschaffen werden und bis diese besetzt werden konnten, musste unter starkem Leistungsdruck gearbeitet werden.

Die Gesamtzahl im Dienst behandelter Patienten und Patientinnen (Diagramm 15b) erreichte einen neuen Höchststand mit 2528 (+7.8%).



Zuweisungsmodus

Diagramm 12b gibt Auskunft über die zuweisenden Stellen. Der Anteil an Hausarztzuweisungen liegt aktuell bei einem Drittel. Die Zuweisungen aus psychiatrischen Kliniken liegen seit Jahren bei rund 10%, aktuell bei 10,7%. Die Selbstanmeldequote betrug 2012 27%. Wie erwähnt haben vor allem Hausarzt- und Klinikzuweisungen zugenommen.



Konsultationen

Die Konsultationszahlen nahmen im Vorjahresvergleich um 13.5% auf 27'007 zu. Diagramm 5b zeigt die Entwicklung für den Dienst und seine Produkte seit 2003. Die Zahlen steigen seit 1996 ohne Unterbruch. Der leichte Rückgang 2006 ist lediglich ein scheinbarer und beruht darauf, dass die Leistungen der K&L-Psychiatrie im Spital Schwyz seither administrativ daselbst verbucht werden. Die überdurchschnittliche Steigerung der Konsultationszahlen ist primär auf das ausgebaute Gruppentherapieangebot zurückzuführen.

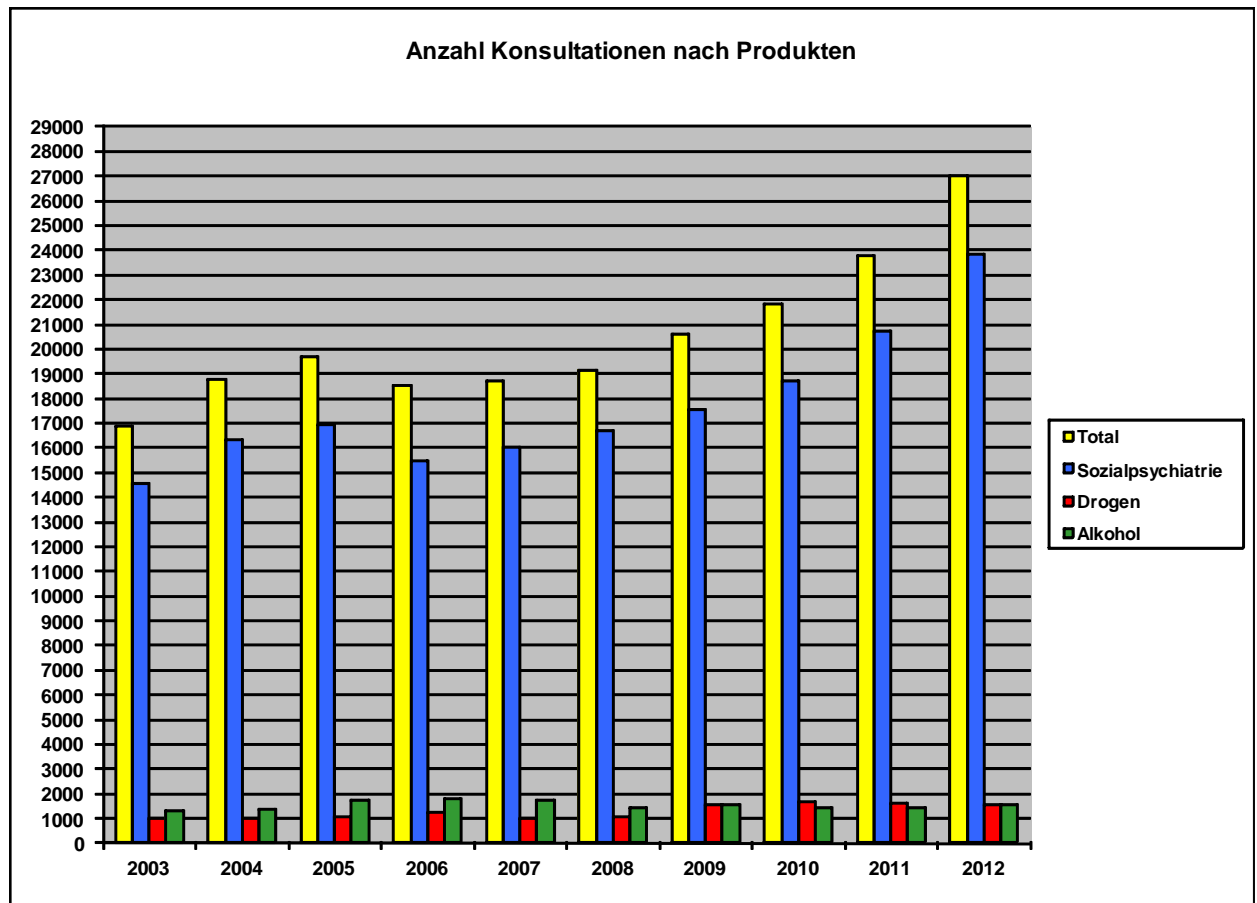
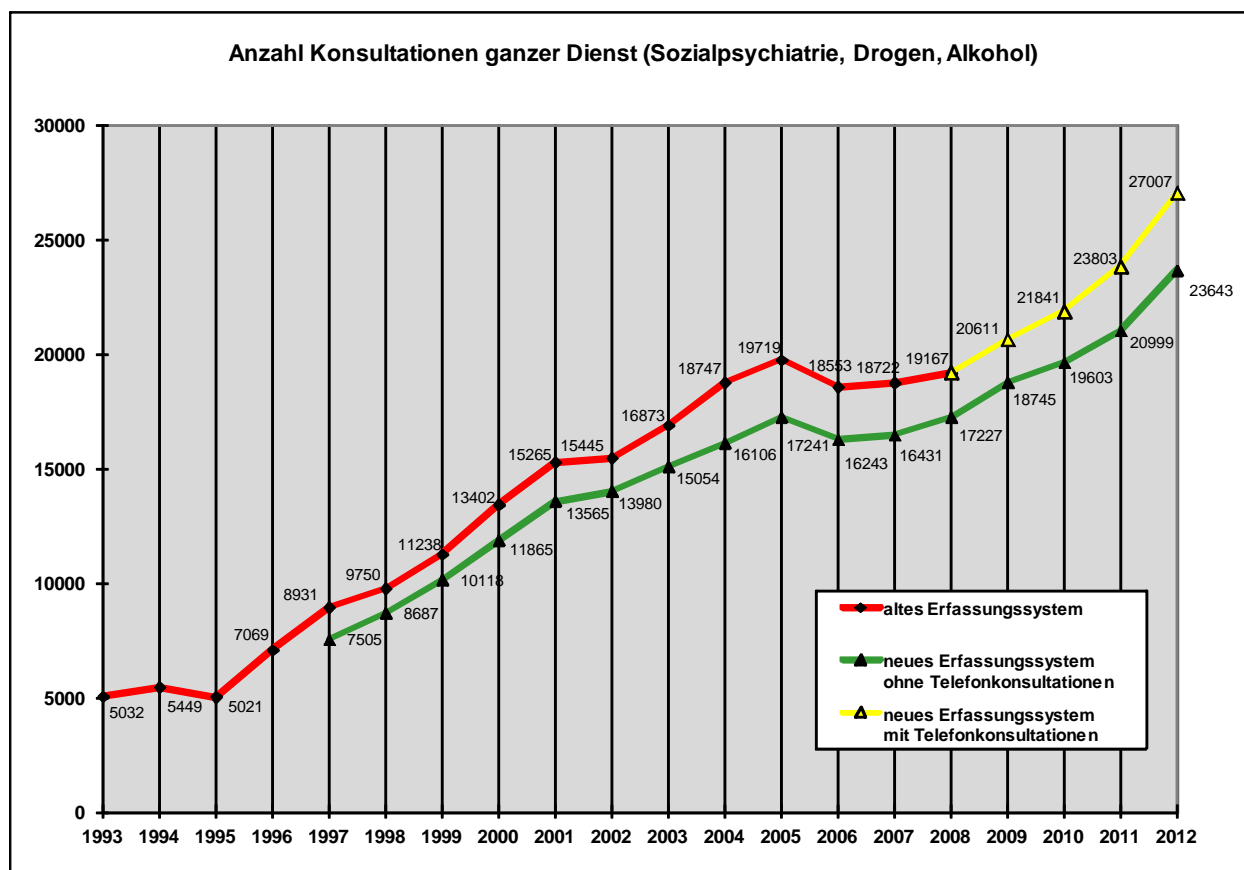


Diagramm 4a zeigt diese Entwicklung für den Dienst und seine Produkte seit 1993 nach unseren verschiedenen Erfassungsmethoden.



Erläuterungen zu den Diagrammen 5b und 4a

Der SPD führt eine Kontaktstatistik, die seit über 20 Jahren mit der gleichen Methodik erhoben wird und somit eine verlässliche Vergleichsgrundlage über einen langen Zeitraum bildet, die von uns so genannte „alte Statistik“. Seit 1997 wird zusätzlich eine zweite („neue“) Statistik erhoben, die der seinerzeitigen Empfehlung überregionaler Arbeitsgruppen für den statistischen Vergleich entspricht.

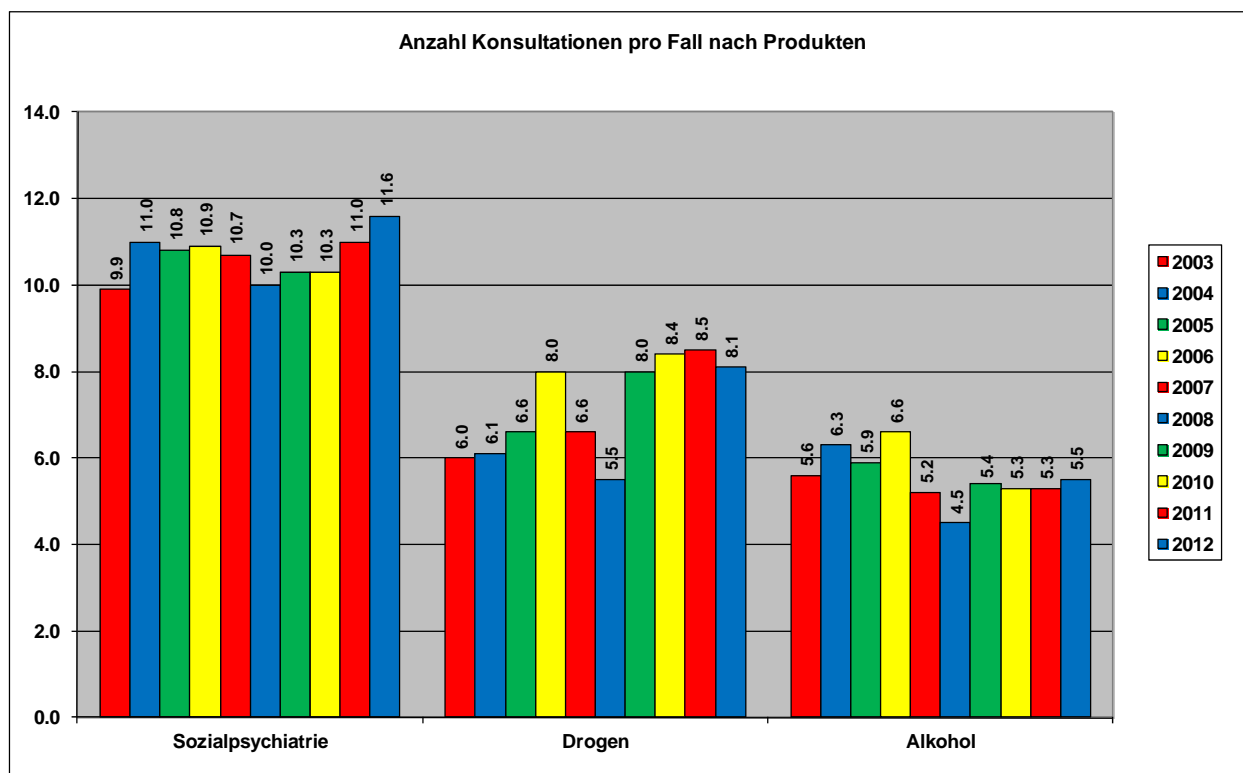
Die alte Statistik erfasst die Leistungen aus der Optik des Betriebes, die neue aus der Optik des Patienten. So werden beispielsweise Behandlungen, bei welchen zwei Therapeuten anwesend sind (gemeinsame Untersuchungen mit dem Stellenleiter, viele Paar- und Familiengespräche) in der alten Statistik doppelt, in der neuen einfach gezählt. In der alten Statistik werden zudem Besprechungen bei Behörden, bei Hausärzten u.Ä. in Abwesenheit des Patienten mitgezählt, nicht jedoch in der neuen Statistik, wo zudem einige Leistungen aus dem Bereich der Freizeitangebote fehlen. Daraus resultiert eine um ca. 10% reduzierte Konsultationszahl im neuen System.

Die alte Statistik wird seit 2009 nicht mehr weitergeführt, da sie jeweils nur in aufwendiger Handarbeit erstellt werden konnte und mit zunehmender elektronischer Datenerhebung im Dienst auch für das laufende Leistungsmonitoring nicht mehr notwendig war.

Die elektronische Leistungserfassung führte in den letzten Jahren zu einer Veränderung im Erhebungsmodus der Konsultationsleistungen in den Psychiatrischen Diensten der Schweiz. So hat es sich inzwischen eingebürgert, dass auch telefonisch erfolgte Konsultationen zu den Gesamtleistungen gezählt werden. Um unsere Statistik möglichst vergleichbar mit anderen Diensten zu halten, erheben wir seit 2009 nun anstelle der „alten“ Statistik eine zusätzliche „neue Statistik inkl. Telefonkontakte“.

Rückrechnungen über die letzten Jahre ergeben, dass die Zahlen ziemlich genau denjenigen der „alten“ Statistik entsprechen, sodass wir diese beiden der besseren Übersicht halber in einem Diagramm zusammenfassen.

Diagramm 32b zeigt die Entwicklung der Konsultationszahlen pro Fall nach Produkten seit 2003. Die vergleichsweise geringste Zahl von 5.5 Konsultationen pro Fall weist die Fachstelle für Alkoholfragen auf, was auf die kürzeren Behandlungen im Rahmen der Frühinterventionen, die teilweise im Kurssystem erfolgen, zurückzuführen ist. Die 11.6 Konsultationen pro Fall im Bereich Sozialpsychiatrie dürfte im CH Vergleich überdurchschnittlich hoch liegen. Dies dürfte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die K&L-Behandlungen, die meist nur kurz dauern, nicht gezählt werden, andererseits erheben wir den Anspruch, zugewiesene Fälle in der Regel auch selber zu behandeln und nicht einfach zu triagieren. Die Zunahme um 0.6 Konsultationen im letzten Jahr geht auf das 2011 ausgebaute Gruppenangebot, unter anderem im Rahmen der beiden Tagesstätten, zurück, welches eine höhere Behandlungsfrequenz zu niedrigeren Kosten ermöglicht.



Effizienzausweis

In diesem Abschnitt haben wir Statistiken zusammengestellt, die aus unterschiedlicher Optik Aussagen über die Entwicklung der Wirtschaftlichkeit und Produktivität des Dienstes erlauben.

Diagramm 9b zeigt die Entwicklung der Konsultationen und der Anzahl Fachkräfte relativ zueinander mit Referenz auf das Jahr 1995 (=100%). Ausserdem wird die Entwicklung des Kostenbeitrages des Kantons am Betrieb der kurativen Fachstellen dargestellt. Es zeigt sich, dass der Kantonsbeitrag seit 1995 als er Fr. 1.66 Mio. betrug, über die abgebildete Zeit indexiert praktisch gleich geblieben ist und der Dienst den ganzen Angebots- und Leistungsausbau aus Eigenmitteln finanziert hat.

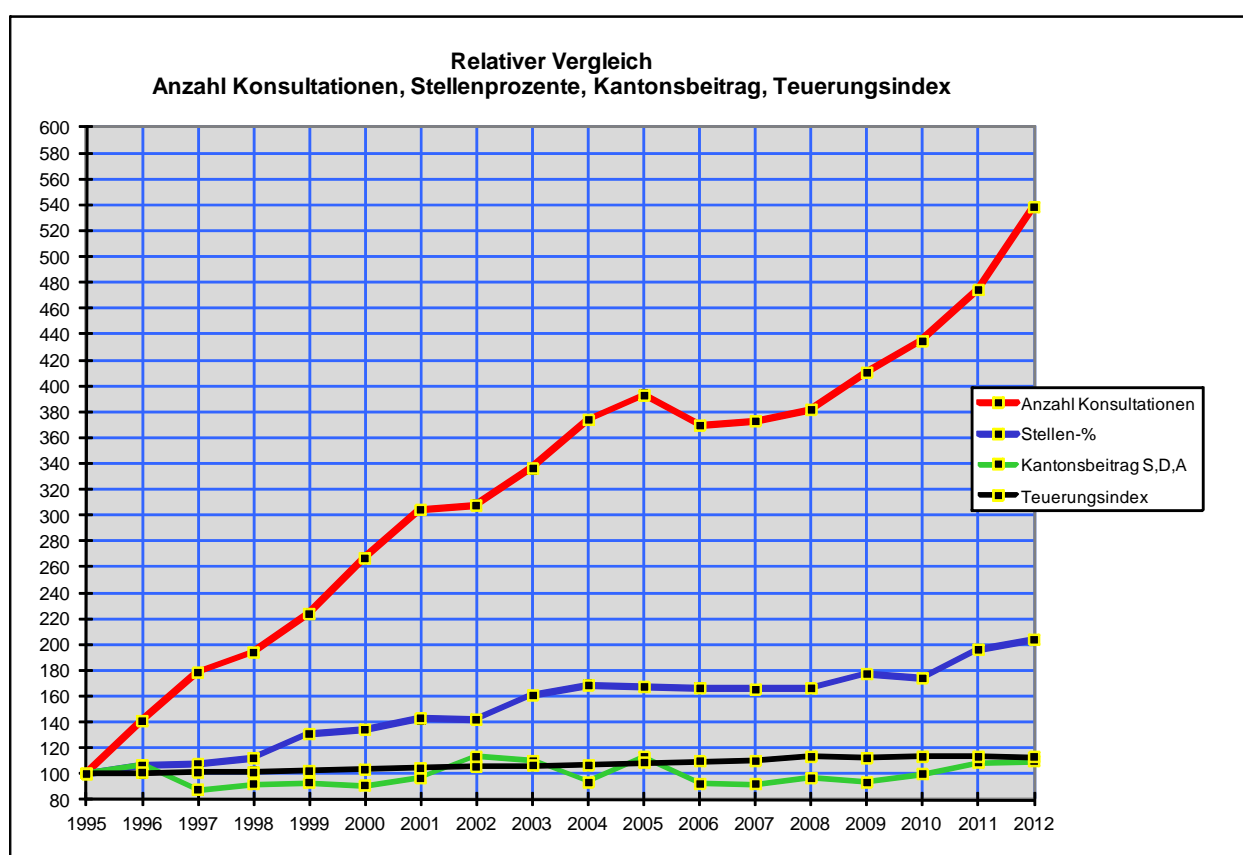
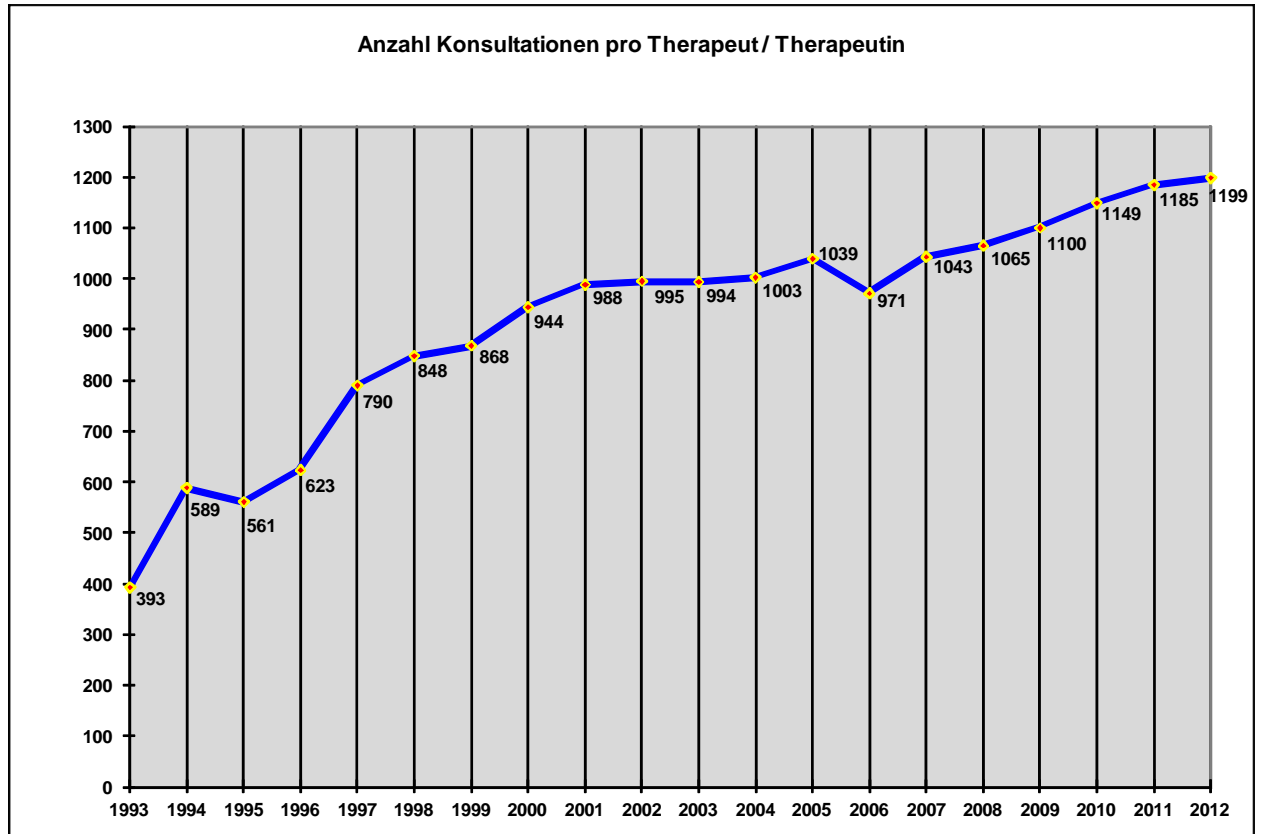


Diagramm 2 zeigt die Konsultationen, die pro Fachkraft (100 Anstellungsprozente) seit 1993 geleistet werden. Insgesamt zeigt sich eine deutlich gestiegene Produktivität bzw. Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden. Im letzten Jahr kam es erneut zu einem Zuwachs um 1.2% auf 1199.



Produktive Arbeitszeit

Der Arzttarif Tarmed ist im Kapitel 02 Psychiatrie als Zeittarif konzipiert, d.h. die Leistungen werden nach Zeitaufwand im Fünfminutenintervall nach einem festgesetzten Stundenansatz vergütet. Dies erlaubt, aus den generierten Umsätzen auf die dafür verwendete Zeit rückzuschliessen. Wir erheben diese so genannte „Produktive Arbeitszeit“ für jeden Mitarbeitenden. Ausserhalb des Tarmed generierte Erträge für Vorträge, Sitzungshonorare und Ähnliches sind seit 2010 neu auch berücksichtigt. Diese errechnete, produktive Arbeitszeit wird sodann ins Verhältnis zur Arbeitszeit gesetzt, während welcher der Mitarbeitende dem Betrieb zur Verfügung steht und in Prozenten angegeben. Hierzu werden die Fehlzeiten wegen Krankheit, Urlaub und Weiterbildung von der Jahresarbeitszeit abgezogen.

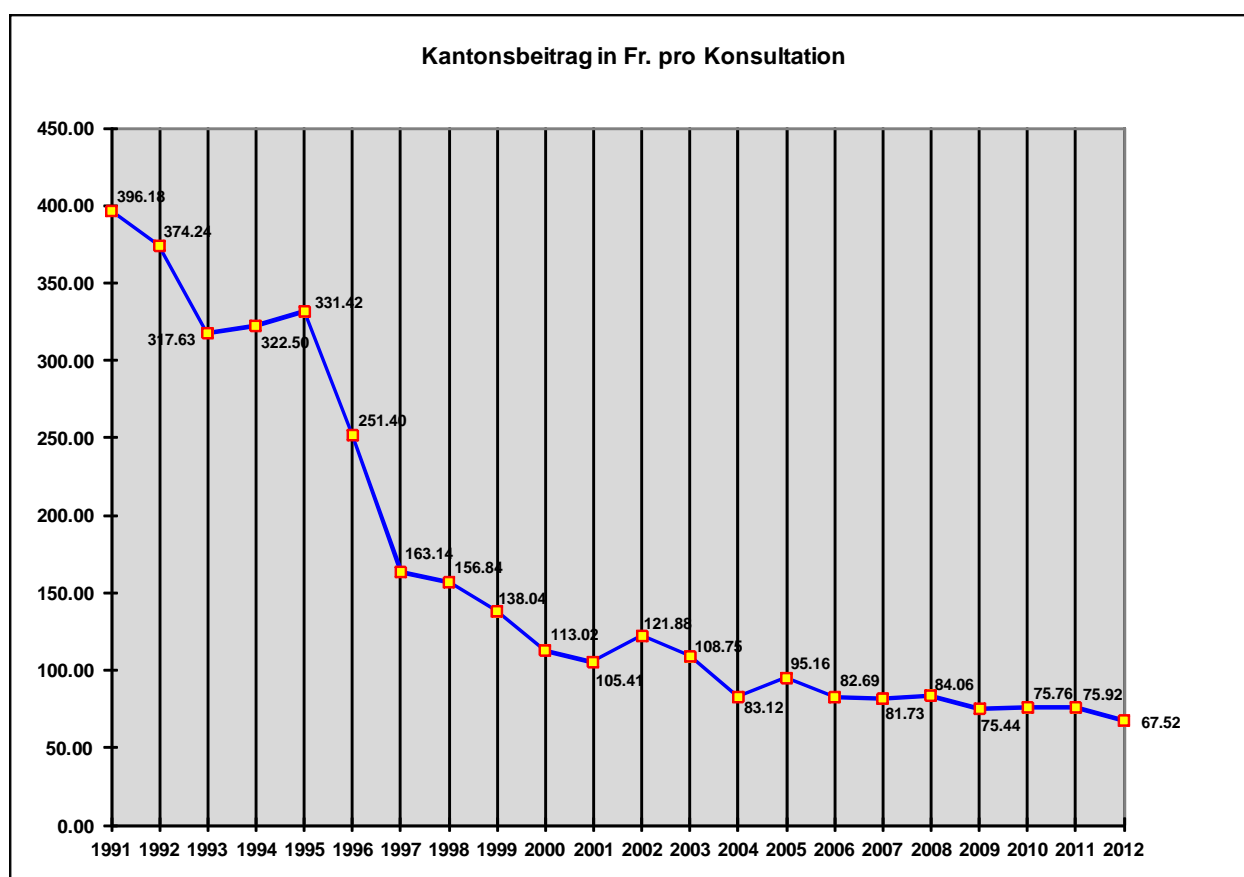
Die entsprechenden Werte nach Berufsgruppen lauten:

Berufsgruppen	2012	2011	2010
Kader	39.3%	37.7%	41.6 %
Ärzte	57.5%	55.4%	56.0 %
Psychologen	56.3%	56.1%	55.9 %
Psychiatriepflege	62.2%	61.4%	61.2 %
Sozialarbeiter	56.2%	50.6%	48.6 %
Total	55.9%	54.2%	54.5 %

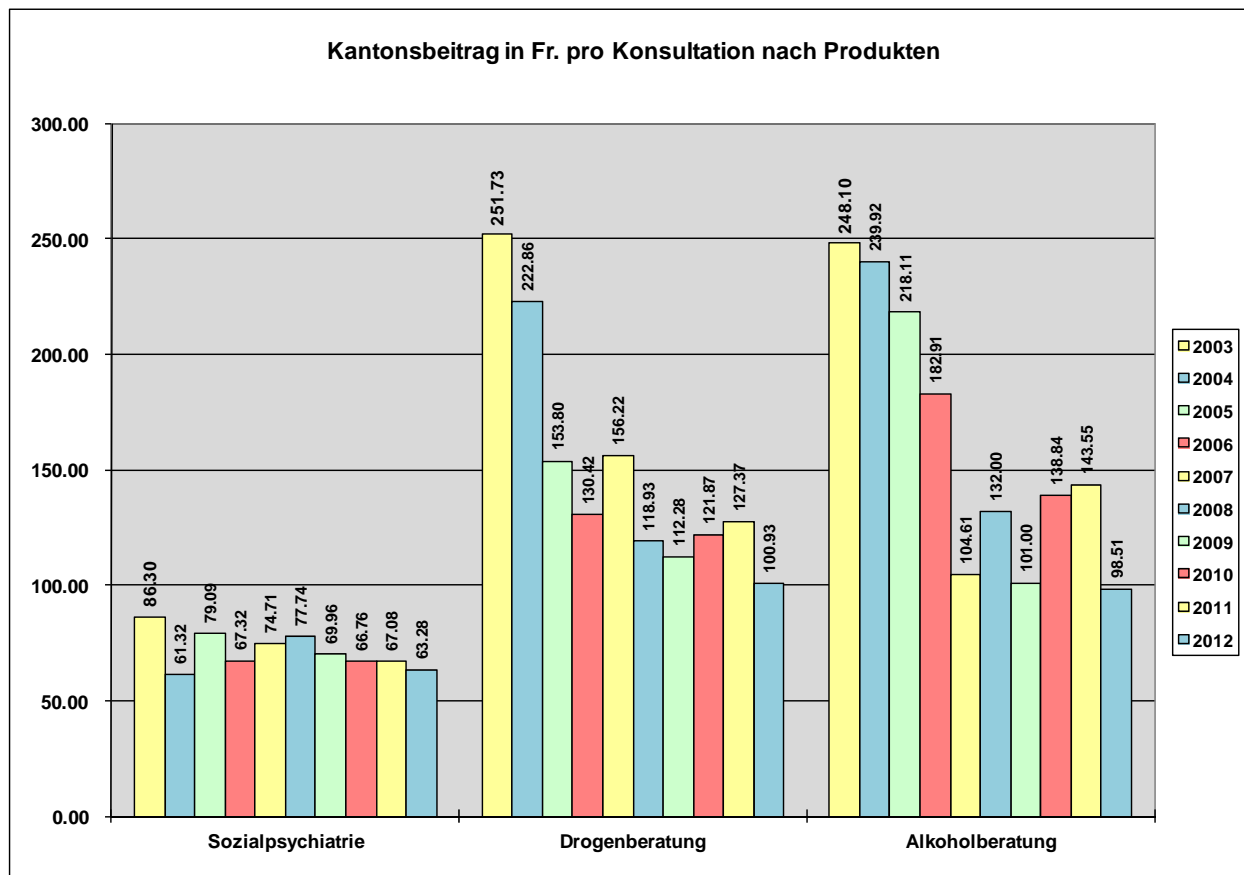
Die Vorgaben wurden insgesamt übertroffen. Die Produktivität ist 2012 um 1.7 Prozentpunkte auf einen neuen Höchststand gestiegen. Dies illustriert die aussergewöhnlichen Anstrengungen, bedingt durch die hohen Anmeldezahlen.

Kantonsbeitrag pro Konsultation

Diagramm 10a zeigt, mit welchem Beitrag eine Konsultation in unserem Dienst vom Kanton subventioniert wird. Dabei ergibt sich eine Abnahme des Kantonsbeitrages zwischen 1995 und 2012 von CHF 331.42 auf aktuell CHF 67.52, -11% weniger als letztes Jahr. Die absoluten Beträge sind dabei wenig aussagekräftige, rein rechnerische Grössen, werden doch damit nicht allein Konsultationen subventioniert, sondern der gesamte Dienst (mit Ausnahme der Präventivfachstellen) mit sämtlichen Dienstleistungen alimentiert. Im Jahresvergleich muss zudem berücksichtigt werden, dass der massgebliche Taxpunktwert für die Leistungsvergütung durch die Krankenkassen seit 2006 kontinuierlich von 97 Rappen auf heute noch 90 Rappen (-7.2%) gesunken ist. Die Kosten für den Kanton sind in dieser Periode trotzdem tendenziell weiter gesunken. Dieser Rückgang ist unter anderem auf den höheren Anteil an Gruppenkonsultationen zurückzuführen, die grundsätzlich kostengünstiger erbracht werden können.

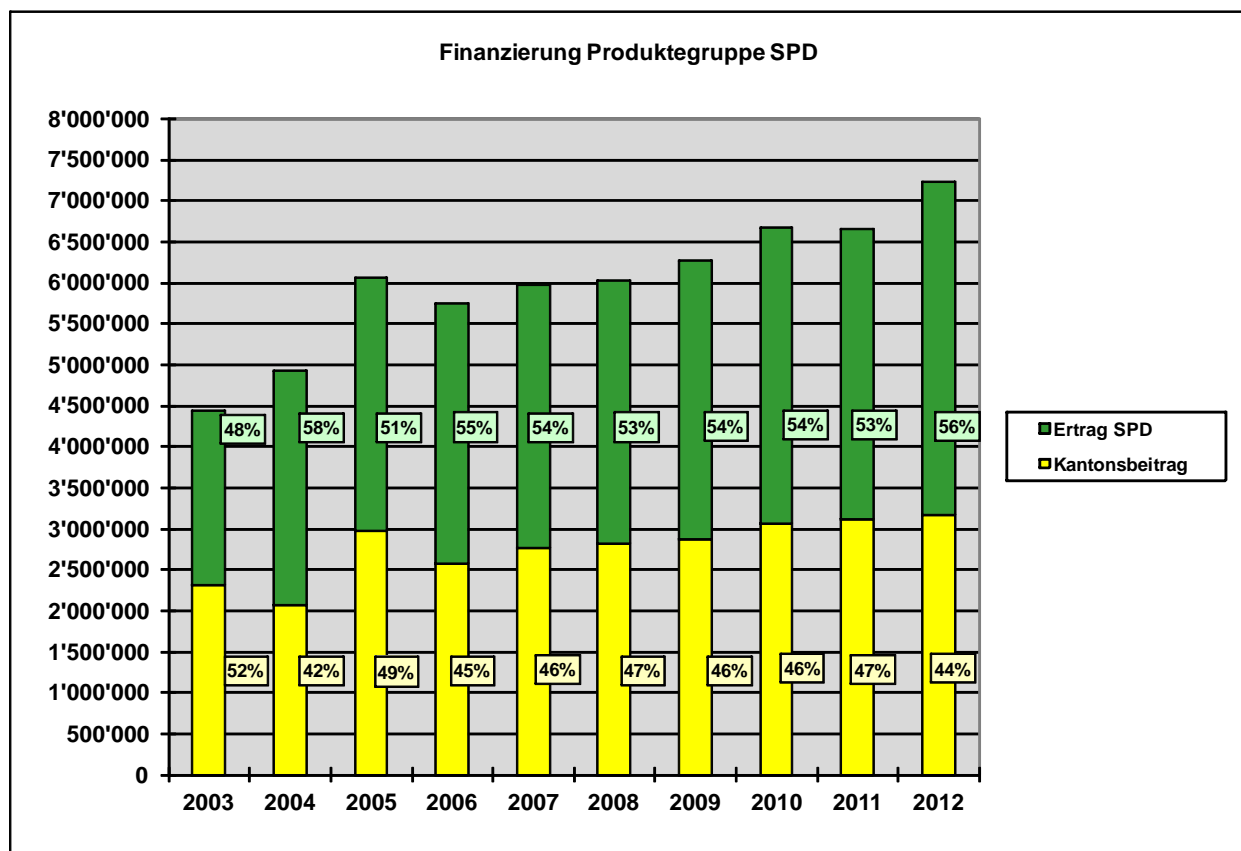


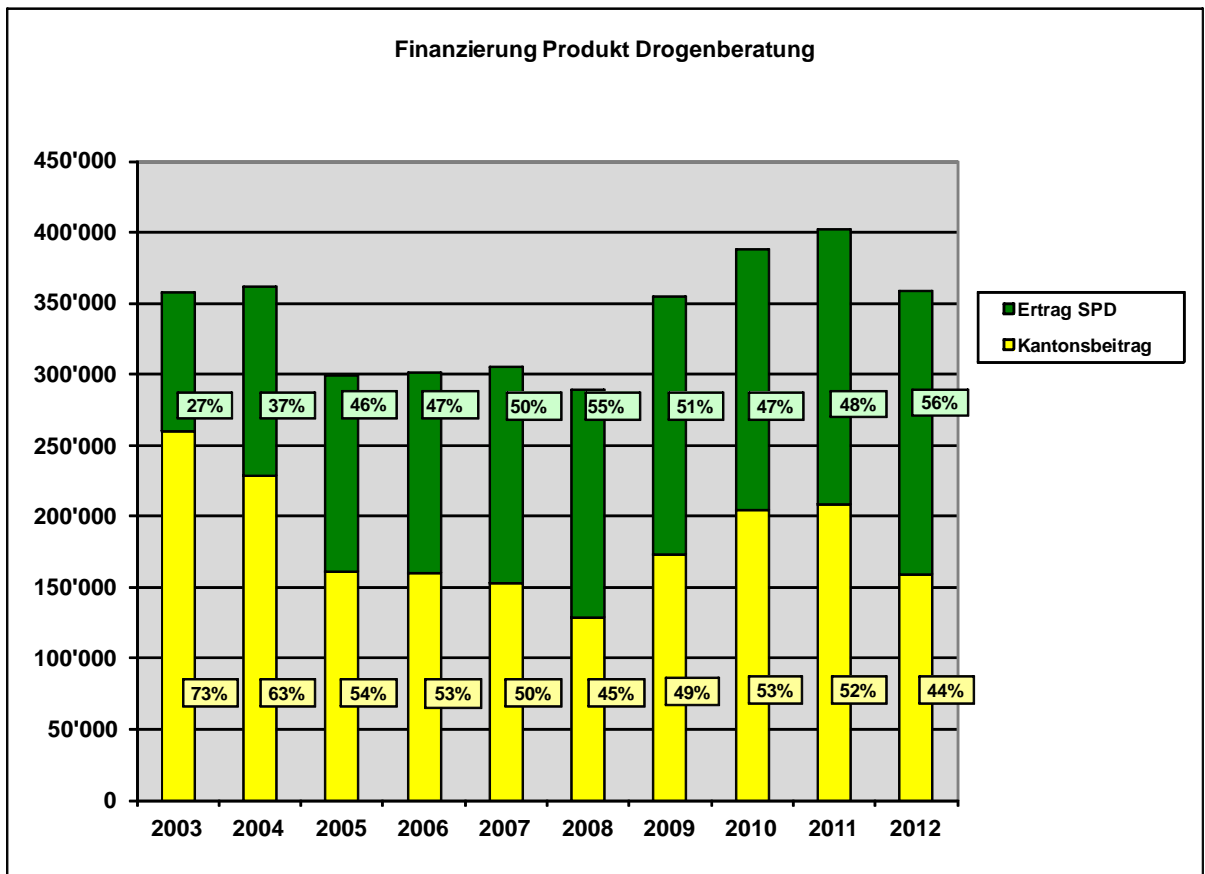
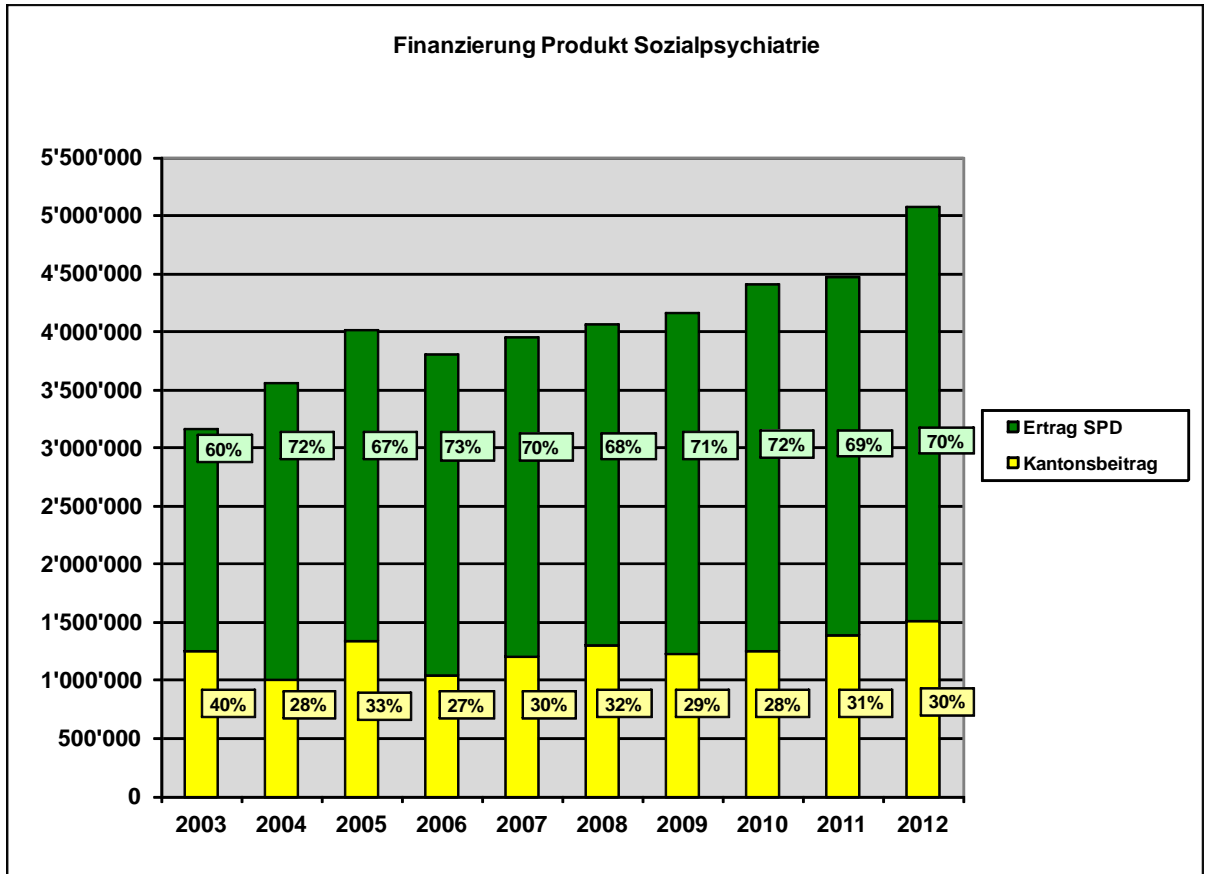
Mit Einführung der Kostenstellenrechnung 1998 ist es möglich, den Kantonsbeitrag pro Konsultation und Produkt anzugeben. Diagramm 10b gibt darüber Aufschluss. Es zeigt sich, dass die Sozialpsychiatrie kostengünstiger arbeitet als die Fachstellen in den Suchtbereichen. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass im Suchtbereich hauptsächlich nichtärztliches Fachpersonal arbeitet, das geringere Krankenkassenbeiträge pro Konsultation erwirtschaftet. Andererseits sind Behandlungen von Suchtpatienten und Suchtpatientinnen oft aufwendig. Sie lassen häufiger Termine unentschuldigt aus und es braucht mehr Absprachen unter den beteiligten Institutionen und sozialarbeiterische Hilfe.

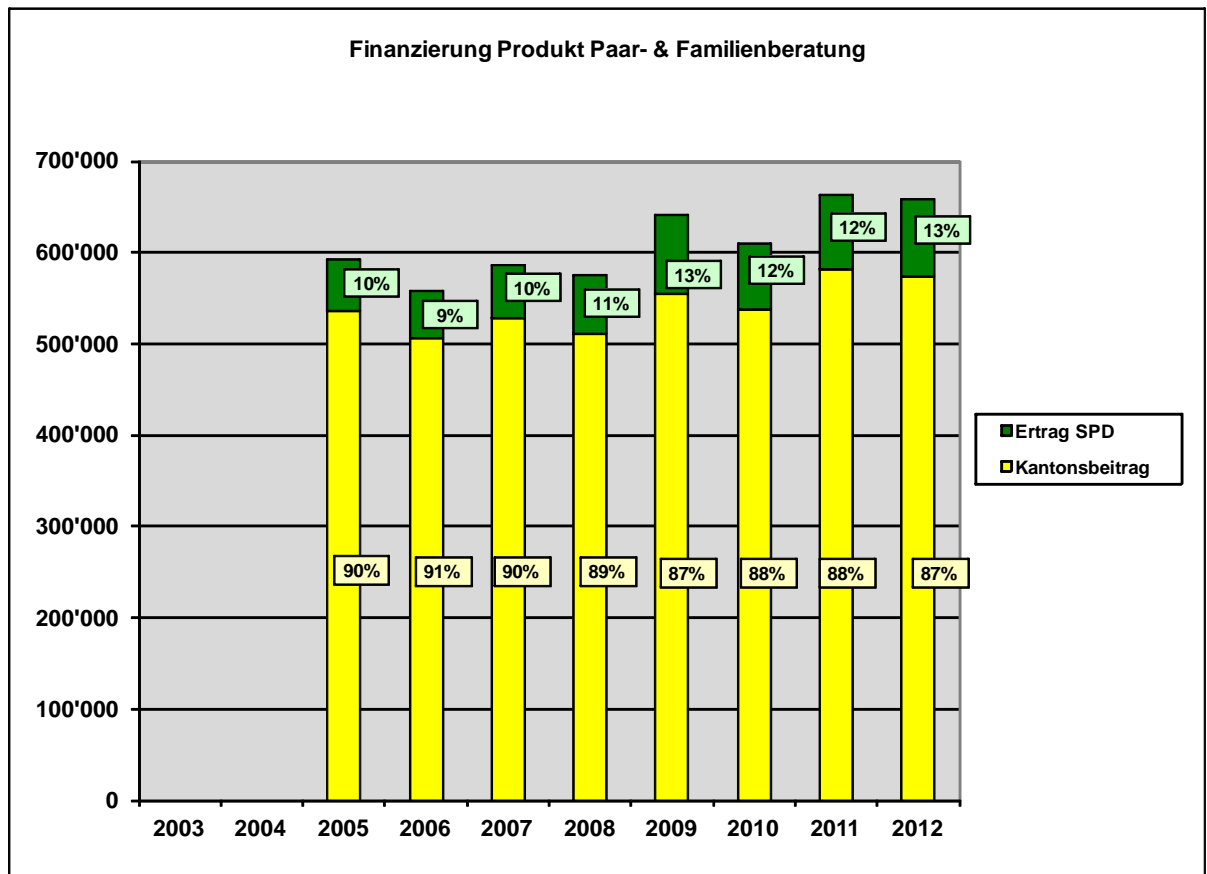
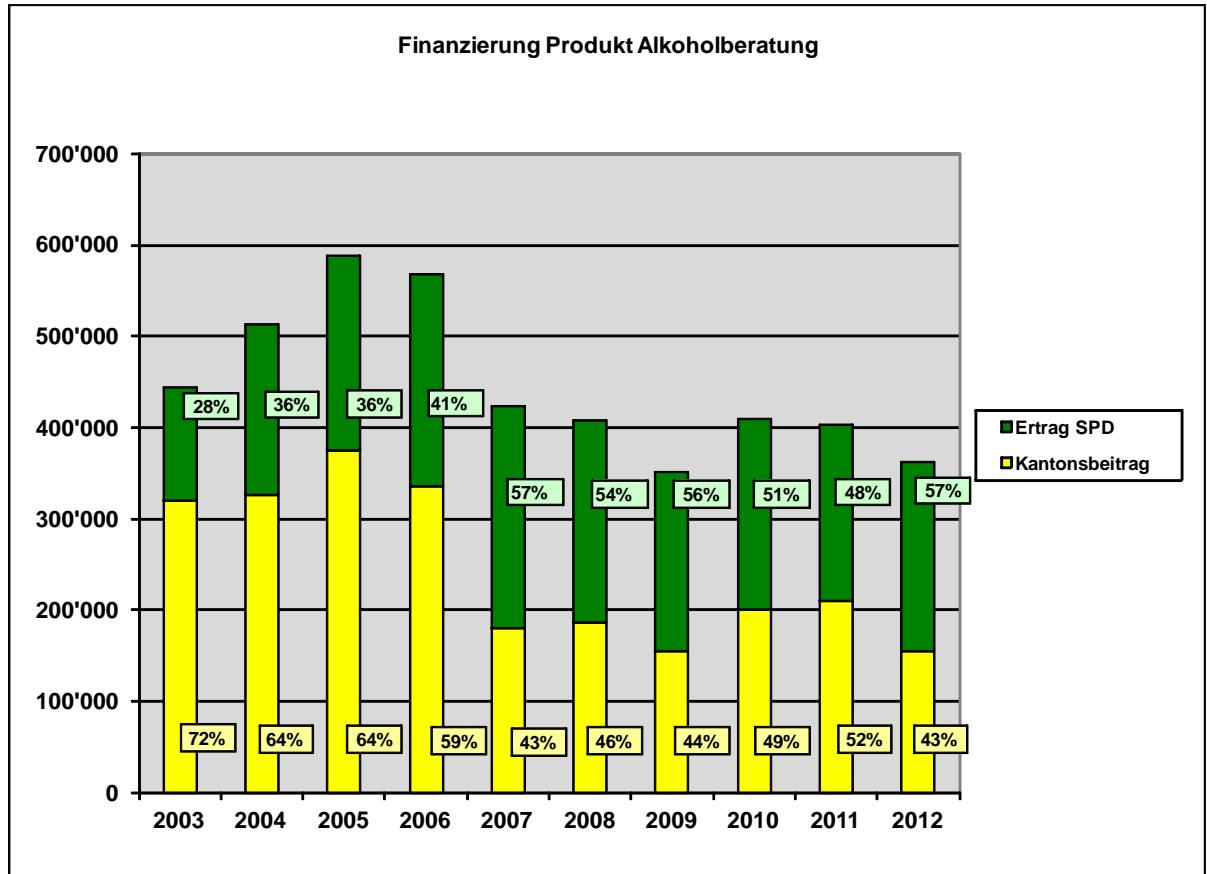


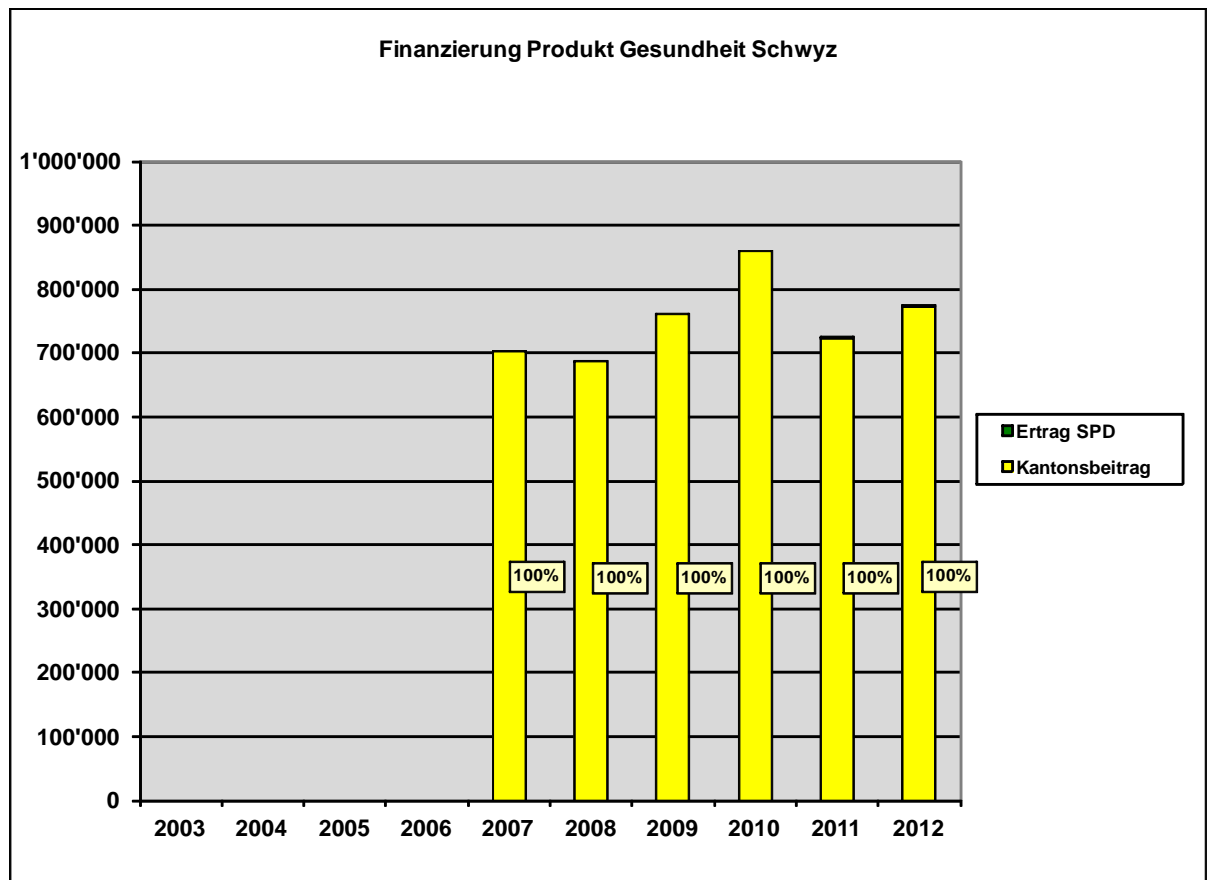
Selbstfinanzierungsgrad

Diagramm 7a zeigt die Entwicklung des Selbstfinanzierungsgrades für den gesamten Dienst seit 2003. Im letzten Jahr stieg dieser um 3 Prozentpunkte auf 56%. Mit Einführung der Kostenstellenrechnung ist es möglich, den Finanzierungsgrad seit 1998 nach Produkten aufzuschlüsseln (Diagramme 7b-f). Auch hier zeigt sich, dass die Fachstelle für Sozialpsychiatrie mehr Eigenmittel generiert. Der Selbstfinanzierungsgrad lag hier bei 70%. Trotz inzwischen deutlich gestiegenen Infrastrukturkosten (grosszügigere Räumlichkeiten, vernetzte ICT-Anlage) und trotz Integration der Fachstelle für Aidsfragen im Jahr 2000 und der Fachstelle für Paar- und Familienberatung 2005 konnte der Selbstfinanzierungsgrad seit 1999 um 19 Prozentpunkte von 37% auf 56% gesteigert werden.







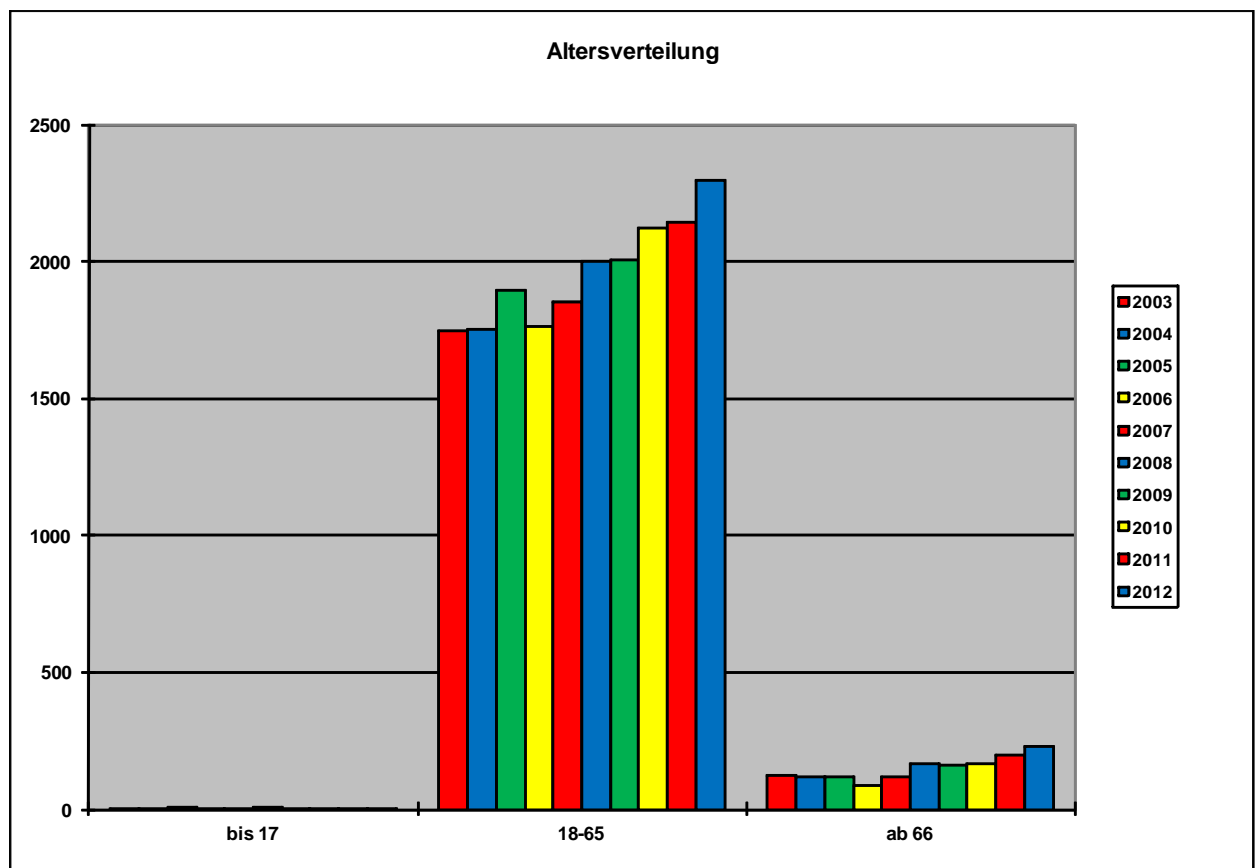


Unsere Patienten

Es folgen einige Angaben zu den behandelten Patienten und Patientinnen.

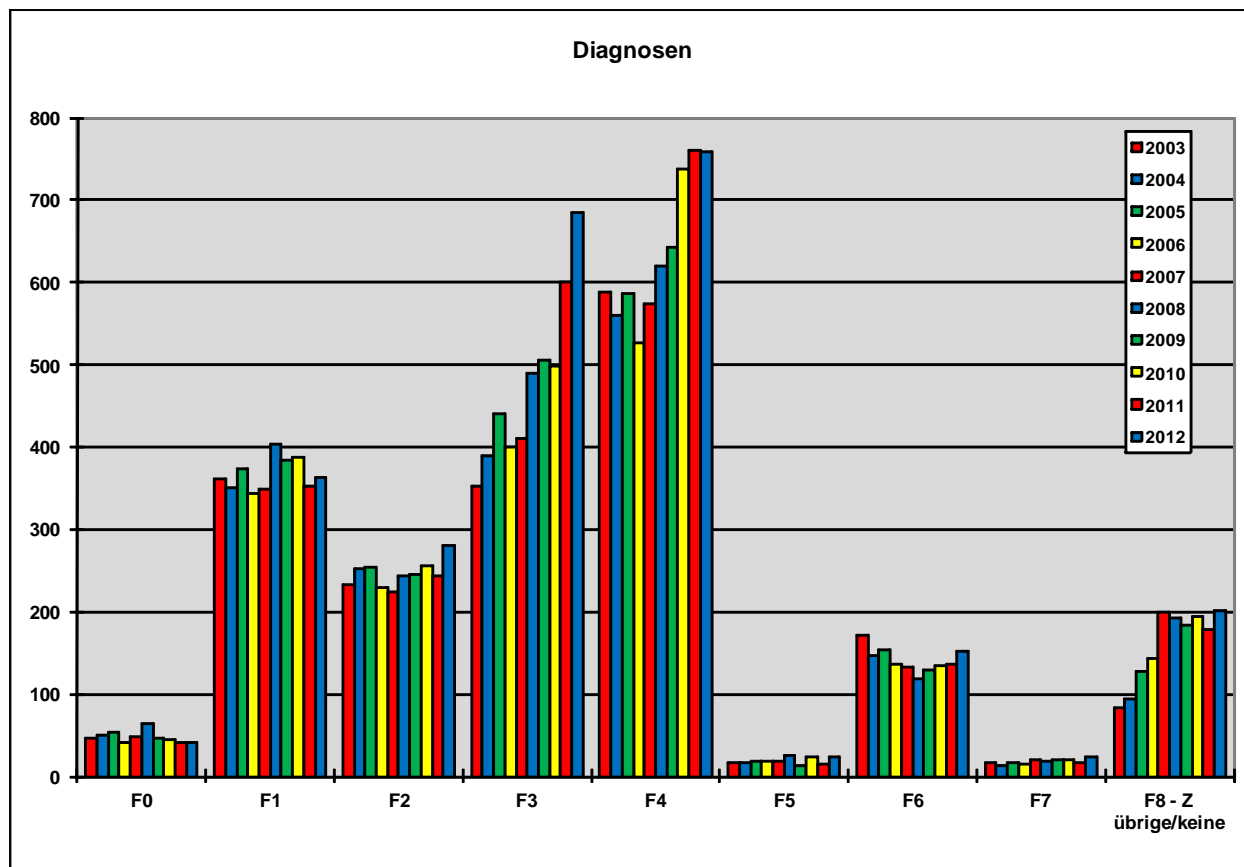
Altersverteilung

Diagramm 18 zeigt den Anteil an Jugendlichen unter 18 Jahren und den Anteil an gerontopsychiatrischen Patienten über 65 Jahre seit 2003. Die Jugendlichen werden vornehmlich in der Fachstelle für Drogenfragen behandelt, es sind aber lediglich Einzelfälle. Der Anteil an Alterspatienten über 65 Jahren stieg auf 230 und beträgt jetzt 9%. Der wahre Bedarf an alterspsychiatrischen Leistungen dürfte damit immer noch lange nicht abgedeckt sein.



Hauptdiagnosen

Diagramm 16 zeigt die Aufschlüsselung unserer Patienten und Patientinnen nach diagnostischen Gruppen seit 2003. Im letzten Jahr verzeichneten wir in den Gruppen der wahnhaften und affektiven Störungen, welche den Kernbereich der Sozialpsychiatrie bilden, den grössten Zuwachs.

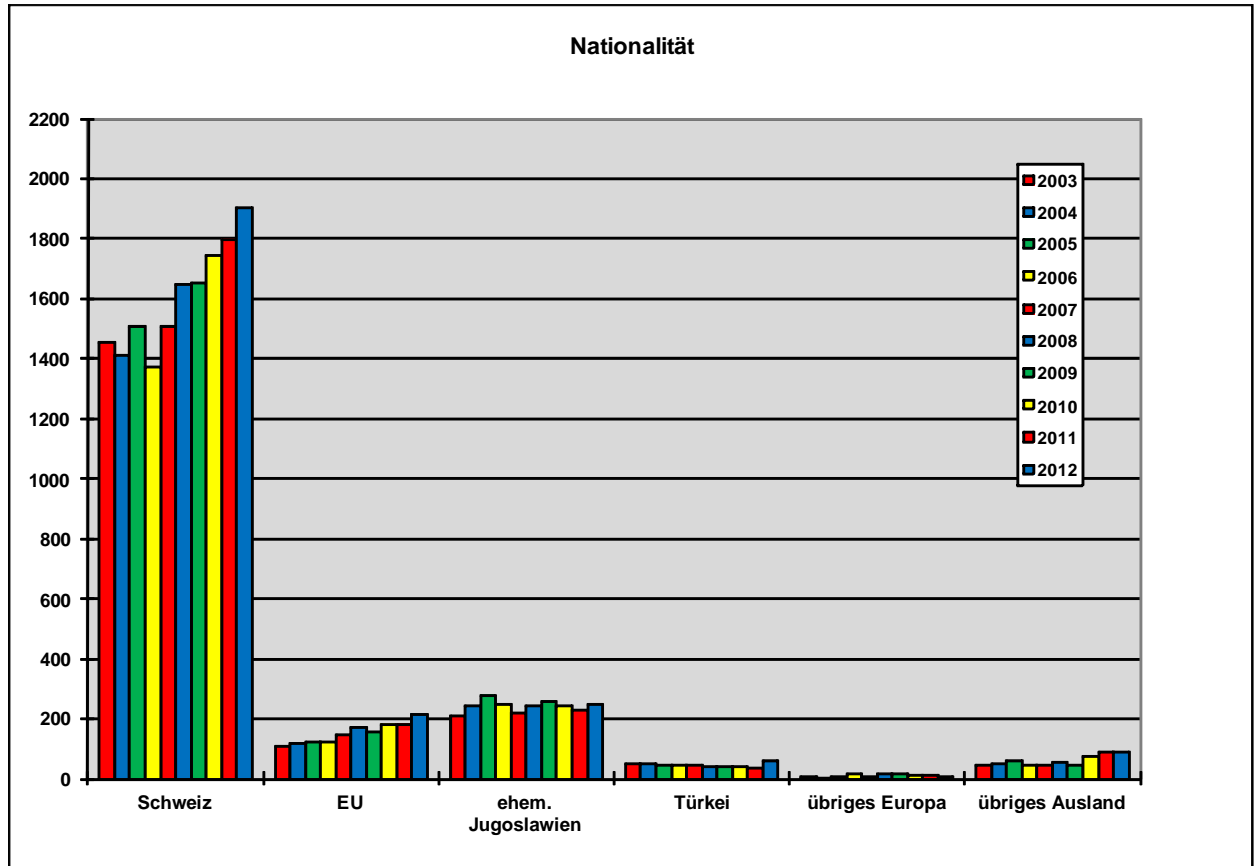


Legende

- F0** Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
- F1** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2** Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F3** Affektive Störungen
- F4** Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5** Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F6** Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7** Intelligenzminderung
- F8** Entwicklungsstörungen
- F9** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- X** Äussere Ursachen für Morbidität und Mortalität
- Z** Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen

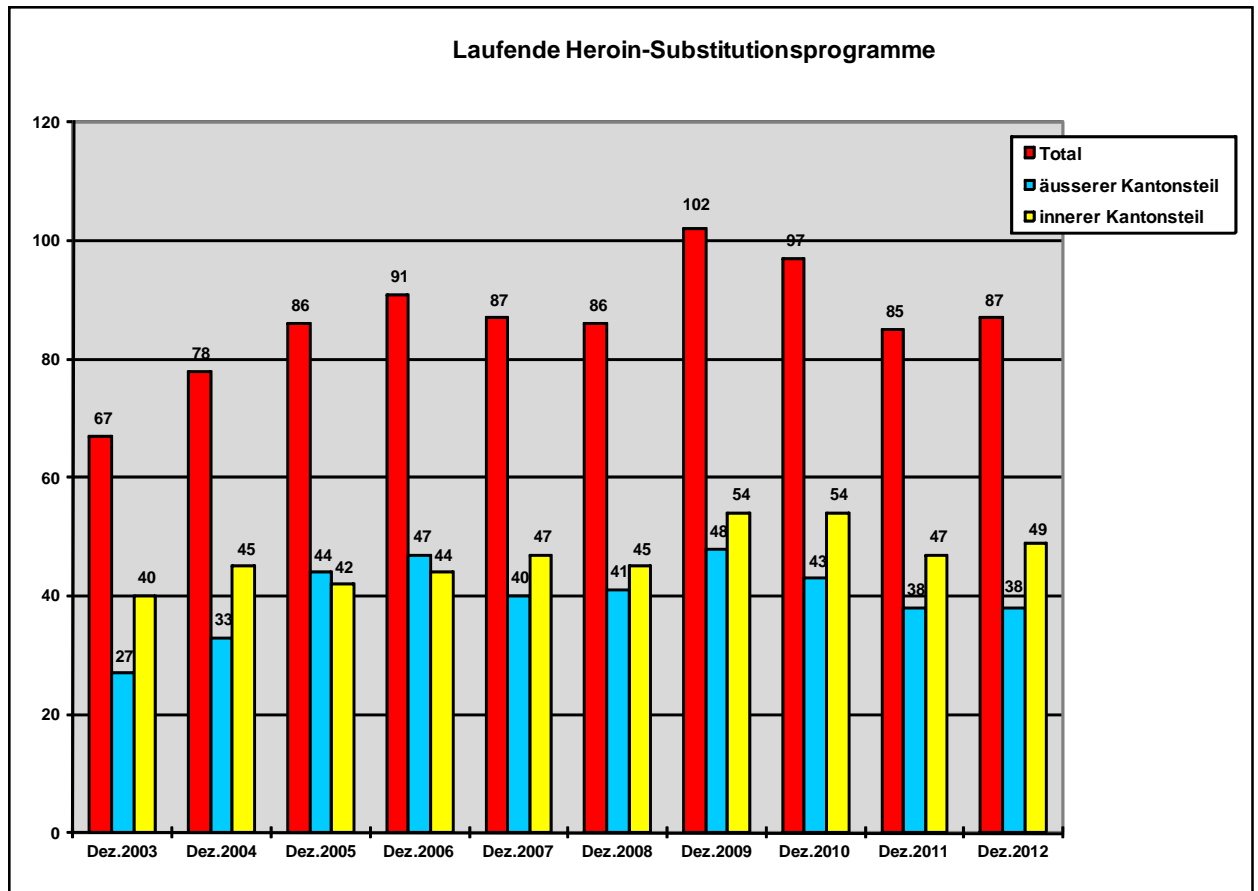
Nationalität

Diagramm 17a zeigt die Herkunft unserer Patienten und Patientinnen seit 2003. Der Ausländeranteil liegt seit einigen Jahren bei knapp einem Viertel und liegt damit über demjenigen in der Wohnbevölkerung (2011: 18.7%).



Methadonprogramme

Diagramm 13a zeigt die Entwicklung der laufenden Methadonprogramme im Dezember des Vorjahres seit 2003.



Qualitätsberichterstattung

Als Instrument des Qualitätsmonitorings stehen uns die im Leistungsauftrag vom 23.11.1999 formulierten Indikatoren und Standards zur Verfügung. Das entsprechende Controlling findet sich im Anhang. Darüber hinaus nutzen wir weiterhin die im Art. 5 des Leistungsauftrages vom 19.01.1998 formulierten Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Auswertungen in Bezug auf die gesetzten Standards ergeben aus unserer Sicht ein gutes Bild unserer Behandlungsqualität. Wir können keine relevanten Mängel feststellen.

Strukturqualität

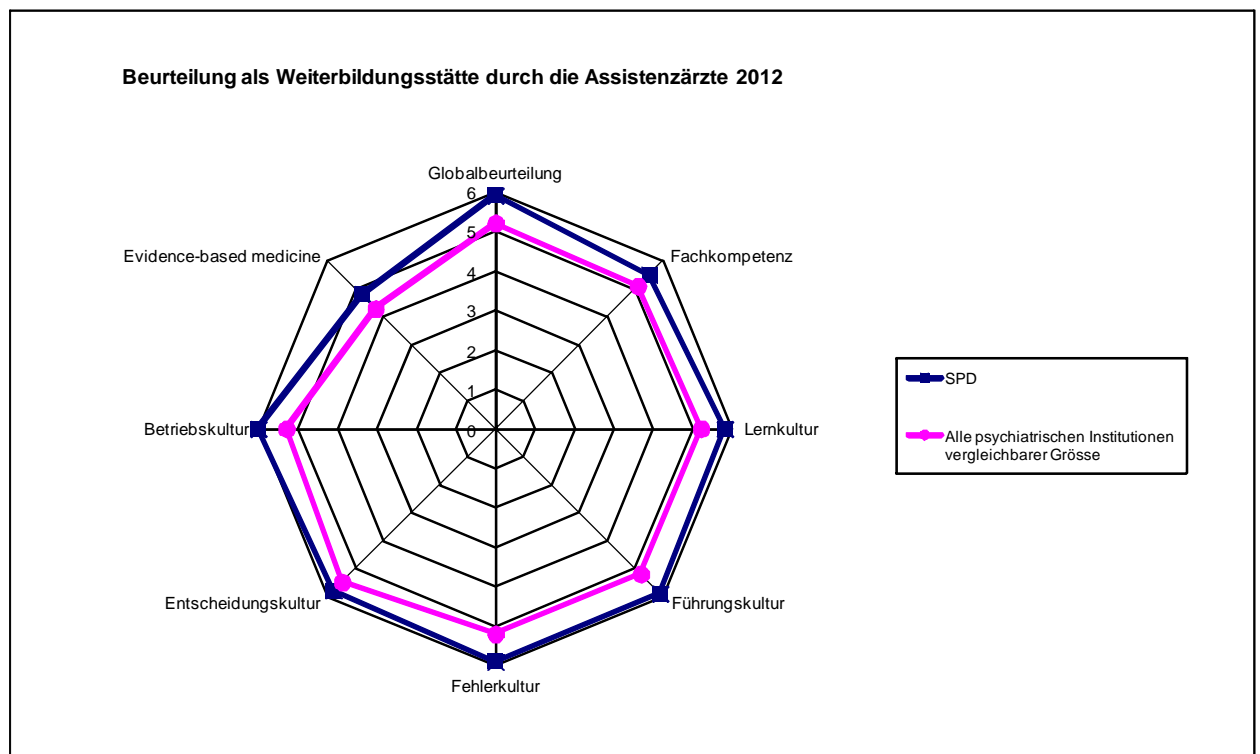
Die unter Art. 1 geforderten Standards konnten alle eingehalten werden.

Prozessqualität

Die im Art. 52 formulierten Anforderungen an die Therapie-, Dokumentations- und Supervisionsprozesse konnten im letzten Jahr eingehalten werden. Die hohen Qualitätsanforderungen bezüglich Prozessmonitoring bedingen allerdings einen grossen Zeitaufwand. So fanden beispielsweise 262 gemeinsame Patientenuntersuchungen mit Therapeut und Stellenleiter statt.

Im Sommer 2009 wurde ein auf die ambulanten Bedingungen adaptiertes Critical Incident Reporting System eingeführt. Wir erreichen damit ein verbessertes, systematisches Lernen aus kritischen Behandlungsereignissen.

Diagramm 33 zeigt die aktuelle Beurteilung des SPD als Weiterbildungsstätte der FMH für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit Ausbildungsberechtigung für drei Jahre durch die Auszubildenden. Die Erhebungen sind vom Schweizerischen Institut für ärztliche Fort- und Weiterbildung SIWF vorgeschrieben und finden jährlich statt. Als Referenzgrößen gelten nicht mehr die psychiatrischen Einrichtungen in ihrer Gesamtheit, sondern diejenigen vergleichbarer Grösse, da sich herausgestellt hatte, dass kleinere Einrichtungen regelmässig besser abschneiden als grössere. Seit Einführung dieses Instrumentes schneidet der SPD jedes Jahr besser ab als der Benchmark.



Gesamteinschätzung und Ausblick

Der SPD verfügt über gut ausgebaute ambulante Angebotsstrukturen der allgemeinen sozialpsychiatrischen und suchtspezifischen Versorgung und auch über eine gute bis sehr gute Infrastruktur.

Mit der Etablierung eines liaisonpsychiatrischen Dienstes konnte die Zusammenarbeit mit dem Spital Schwyz wesentlich intensiviert werden. Ein weiterer Ausbau und der Einbezug weiterer Spitäler wäre hier wünschenswert.

Die dringlichsten Angebotslücken, wie sie in unserem Strategiekonzept 2001 aufgezeigt wurden, sind mittlerweile gefüllt. Für die weitere Entwicklung des Dienstes bleibt dieses Rahmenkonzept orientierende Richtschnur.

Im Bereich der halbstationären Betreuungsmöglichkeiten kann die Region Innerschwyz mit der Eröffnung der Sozialpsychiatrischen Tagesstätte 2011 nun ebenfalls bedient werden. In Ausserschwyz fehlt ein solches Angebot weiterhin. Die Einführung ist nächstes Jahr geplant. Einen weiteren, vielversprechenden Ausbauschnitt orten wir im Bereich Mobilisierung des Angebotes, mit vermehrten Möglichkeiten, Patienten und Patientinnen im Bedarfsfall auch hochfrequent zuhause zu behandeln. Hier setzen wir unter anderem auf eine systematisierte Zusammenarbeit mit der Psychiatriespitex, aber auch auf die künftige Möglichkeit eigener mobiler Equipen. Zusammen mit dem Ausbau halbstationärer Einrichtungen können so die Lücken zwischen stationärer und ambulanter Sprechzimmerbehandlung geschlossen werden und ein wirkungsvoller Beitrag zur weiteren Verkürzung und zur Verhinderung von Hospitalisationen geleistet werden.

Zusammenfassend war das Jahr 2012 ein aussergewöhnlich arbeitsreiches und die personellen Ressourcen weiterhin strapazierendes Jahr. Statistisch schlägt sich dieser Umstand in rekordhohen Behandlungs- und Produktivitätszahlen sowie einem hohen Budgetüberschuss nieder. Viele haben zu diesem letztlich erfreulichen Ergebnis beigetragen. Mein Dank geht in erster Linie an meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die alle über das ganze Jahr hinweg Ausserordentliches geleistet haben. Eine solche Leistung ist nur möglich, wenn auch die Rahmenbedingungen stimmen. Hierfür gesorgt haben die gute Zusammenarbeit mit unserem Träger, der Stiftung für Sozialpsychiatrie und ihr Präsident, Dr. Hans-Ruedi Mächler, sowie der zuständigen Regierungsrätin, Petra Steimen und dem Amt für Gesundheit und Soziales mit der Vorsteherin Evelyne Reich und ihren Mitarbeitenden; Ihnen allen gilt ebenso mein herzlichster Dank.

Goldau/Lachen, 30. April 2013

Dr. med. Roland Weber
Chefarzt