



Modellprojekte: wie helfen sie bei der Bewältigung psychischer Erkrankung?

22. August 2014
Swiss Public Health Conference

Regula Lüthi, MPH
Pflegedirektorin Psychiatrische Dienste Thurgau



Gliederung



«Sinn»

- I) Die ZUPE-Modellprojekte im Kanton Thurgau: AAZ, PSÜB, ICM
- II) Case Management und Intensive Case Management

Erfolg

- III) Ergebnisse in Bezug auf Verweildauer und Pflegetage
- IV) Wirkfaktoren des aufsuchenden ICM

Zukunft gestalten

- V) Kritik und Ausblick



I) «Sinn»



Die ZUPE-Modellprojekte im Kanton Thurgau: AAZ, PSÜB, ICM



Allgemeine Ausgangslage



Weltweit: Reorganisation der psychiatrischen Versorgungslandschaft

- ökonomische Zwänge (Kostendruck, Bettenreduktion) UND
- inhaltliche Überlegungen (ambulant vor stationär, psychische Probleme dort behandeln, wo sie auftreten)

Schweiz: GDK Leitfaden zur Psychiatrieplanung 2008

- Patientenorientierung statt Klinikorientierung
- Abnahme stationärer Leistungen zu Gunsten ambulanter Strukturen
- Niederschwellige und leicht erreichbare therapeutische Angebote
- Entwicklung integrierter ambulanter und stationärer Aufnahmestrukturen
- etc.



Ausgangslage im Kanton Thurgau



- Hohe psychiatrische Bettenzahl im Kanton Thurgau (1.1 pro 1000 EW)
- Konzeptentwicklung (ZUPE) für Psychiatrieplan des Kanton Thurgau schlägt 3 vor- und nachstationäre Angebote an den Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Erwachsenenpsychiatrie vor

Regierungsratsbeschluss 549 vom 6.7.2010 mit Auftrag Gemeindenaher Versorgung (TARMED KI-02.04-4)

Implementierung der 3 Modellprojekte mit **Start 1.7.2011**

Budgetneutrale Förderung über eine **Projektlaufzeit von 3 Jahren**



Aufträge und Ziele der ZUPE-Modellprogramme



- Verbesserung der Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und Umsetzung der gesundheitspolitischen Ansprüche «ambulant vor stationär» und «integrierte Versorgung»
- **Reduktion vollstationärer Pflage tage im Umfang von 16 Betten für Thurgauer KVG-Versicherte**
- AAZ: niederschwellige Triage vor einer möglichen stationären Behandlung mit der Aufgabe, eine passgenaue und bedarfsgerechte Behandlung einzuleiten und Fehlallokationen möglichst zu vermeiden
- Intensive Case Management und Poststationäre Übergangsbearbeitung: gezielte ambulant-aufsuchende Behandlung zur (Re-) Stabilisierung von Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Umfeld nach einer stationären Behandlung



Konzeption der Triagestelle AAZ



Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ)

- Niederschwellige Anlaufstelle für erwachsene psychisch kranke Menschen und deren Angehörige im Kanton Thurgau
- Zentrale Anlaufstelle für Zuweiser, Ämter und Behörden
- Eigenständige und vom stationären Bereich weitestgehend unabhängige Organisationseinheit am Rande des Klinikgeländes
- Triage des weiteren Behandlungssetting (stationär, teilstationär, ambulant, Krisenintervention, Weitervermittlung an andere Stellen)
- Zuweisungsbefugnis auf alle Stationen und Tageskliniken der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen



AAZ strukturell und organisatorisch



- Standort Personalhaus Nord am Rande des Klinikgeländes
- Öffnungszeiten AAZ täglich von 8 bis 20 Uhr
- Telefonische Erreichbarkeit über Dienstarzt rund um die Uhr
- Multiprofessionell mit Facharzt, Testpsychologie, Sozialdienst, Pflege
- **Telefonnummer 0848 41 41 41**



Qualitative Ergebnisse zum AAZ



- Patientinnen und Patienten erleben Abklärungsprozess als entlastend, da verschiedene Behandlungswege skizziert werden und sie wählen können
- Grundversorger schätzen die zentrale Telefonnummer, die zeitnahen ambulanten Abklärungstermine und die für ihre weitere hausärztliche Betreuung hilfreichen Abklärungsberichte
- Triagestelle verschiebt Perspektive von der «Aufnahmeverantwortung» zur «Abklärungsverantwortung»
- AAZ hilft als niederschwellige Triagestelle bei der passgenaueren Allokation der Patientinnen und Patienten über das gesamte Versorgungssystem



Externer Beirat AAZ



Name	Institution
Roger Gartenmann	Betroffenenvertreter
Hildegard Zäch	Angehörigenvertreterin, Präsidentin VASK Ostschweiz
Markus Binswanger / Silke Bachmann	Spitaldirektion Clenia Littenheid
Christian Jordi	Präsident KESB Kreuzlingen
Christoph Lüthy	Pro Mente Sana, Jurist
Susanne Jung	Thurgauer Grundversorgerverband, niedergelassene Allgemeinmedizinerin
Martin Schadt	Thurgauer Gesellschaft Psychiatrie und Psychotherapie, niedergelassener Psychiater
Urs-Peter Beerli	Vertreter der Thurgauer Amtsärzte



Poststationäre Übergangsbehandlung



Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB)

- PSÜB unterstützt reibungslosen Übergang vom stationären in den ambulanten Rahmen
- **Dauer der PSÜB ist auf 3 Monate begrenzt!**
- PSÜB beginnt bedarfsgerechte Entlassplanung bereits während der stationären Behandlung unter aktivem Einbezug der PatientInnen und der primären Bezugsperson(en)
- PSÜB organisiert und koordiniert externe Dienstleistungen und Hilfsmittel, um so die erzielten Behandlungsergebnisse zu sichern und stationäre Wiederaufnahmen zu vermeiden



PSÜB strukturell und organisatorisch



- Standort Personalhaus Nord
- Vorrangig Pflorgeteam, Sozialdienst und Arzt im Hintergrund
- für jeden Bereich der Klinik eine definierte PSÜB-Pflegefachperson als Ansprechperson, aber regional organisiert, um Fahrtzeiten zu reduzieren
- Flexible Dienstzeiten PSÜB bei Bedarf auch abends und am Wochenende



Intensive Case Management (ICM)



Intensive Case Management (ICM)

- ICM-Team ist zuständig für eine definierte Gruppe von PatientInnen, die aufgrund ihrer lang anhaltenden und schweren psychischen Erkrankung in der Vergangenheit wiederholt (und möglicherweise gegen ihren Willen) aufgenommen werden mussten und nach ihrer Entlassung weiterhin eine umfassende Behandlung und Betreuung benötigen (Komplexfälle)
- ICM-Team stellt Kontakt zu diesen PatientInnen nachdrücklich her
- ICM-Team versucht diese PatientInnen in ihrem sozialen Umfeld zu (re-)stabilisieren
- Aufsuchende Behandlung durch das ICM-Team ist zeitlich nicht befristet und kann sich bei Bedarf auch über mehrere Jahre erstrecken



ICM-Einschlusskriterien



- **Haupteinschlusskriterium: Patient/Patientin hat mehr 180 vollstationäre Behandlungstage oder mehr als 4 psychiatrische Aufnahmen in den beiden Jahren vor Beginn der ICM-Behandlung!**
- Bei Austritt verfügt Patient/Patientin für mindestens 4 Monate über feste Wohngelegenheit, wo er/sie ICM-Besuche empfangen kann
- Patient/Patientin lebt nicht in einem Wohnheim oder einer anderen professionell betreuten Wohnform
- Wurde Patient/Patientin vor stationärem Aufenthalt von niedergelassenem Psychiater betreut, so wird ICM-Behandlung nur im Einverständnis und in Kooperation mit diesem niedergelassenen Psychiater aufgenommen
- Patient/Patientin erklärt sich während des stationären Aufenthaltes (im Rahmen der Entlassplanung) freiwillig bereit, nach der Entlassung einen Mitarbeitenden des ICM bei sich zu Hause zu empfangen



III) Erfolg



Ergebnisse in Bezug auf Verweildauer und Pflegetage



Entwicklung Pflegetage, Austritte, Verweildauer 2010 – 2013



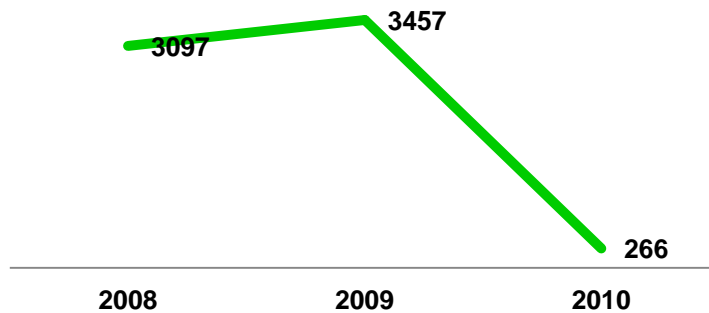
	2010	2011	2012	2013	2010 - 2013
Pflege tage TG KVG	69164	67793	62591	61422	- 7742
Betten TG KVG	189.5	185.7	171.0	168.3	-21.2
Austritte TG KVG	1531	1654	1688	1670	+139
Verweildauer TG KVG	45.1	41.0	37.1	36.8	-8.3



Pflegetage-Reduktion durch PSÜB-Vorläufer



- Im Jahr 2009 konnte ein PSÜB-Vorläufermodell (ohne Beschränkung der ambulanten Behandlungsdauer) bei 68 alterspsychiatrischen PatientInnen im Anschluss an die vollstationäre Behandlung installiert werden.
Entwicklung der Pflegetage (PT) bei diesen PatientInnen:



2008: 3097 PT (Mittel 46 PT)
2009: 3457 PT (Mittel 51 PT)
2010: 266 PT (Mittel 4 PT) !



Pflegetage-Reduktion nach PSÜB



Im Jahr 2011 erhielten 73 Patientinnen und Patienten nach der Entlassung eine maximal 3-monatige PSÜB:

	2011	2012
Summe der Pflegetage dieser 73 PSÜB-Patienten	5119	2195
Durchschnittliche Pflegetage pro PSÜB-Patient	70	30
Kosten Krankenkasse pro PSÜB-Patient	19600 stationär	8400 stationär + 4000 PSÜB



Pflegetage mit ICM versus Kontrollgruppe ohne ICM

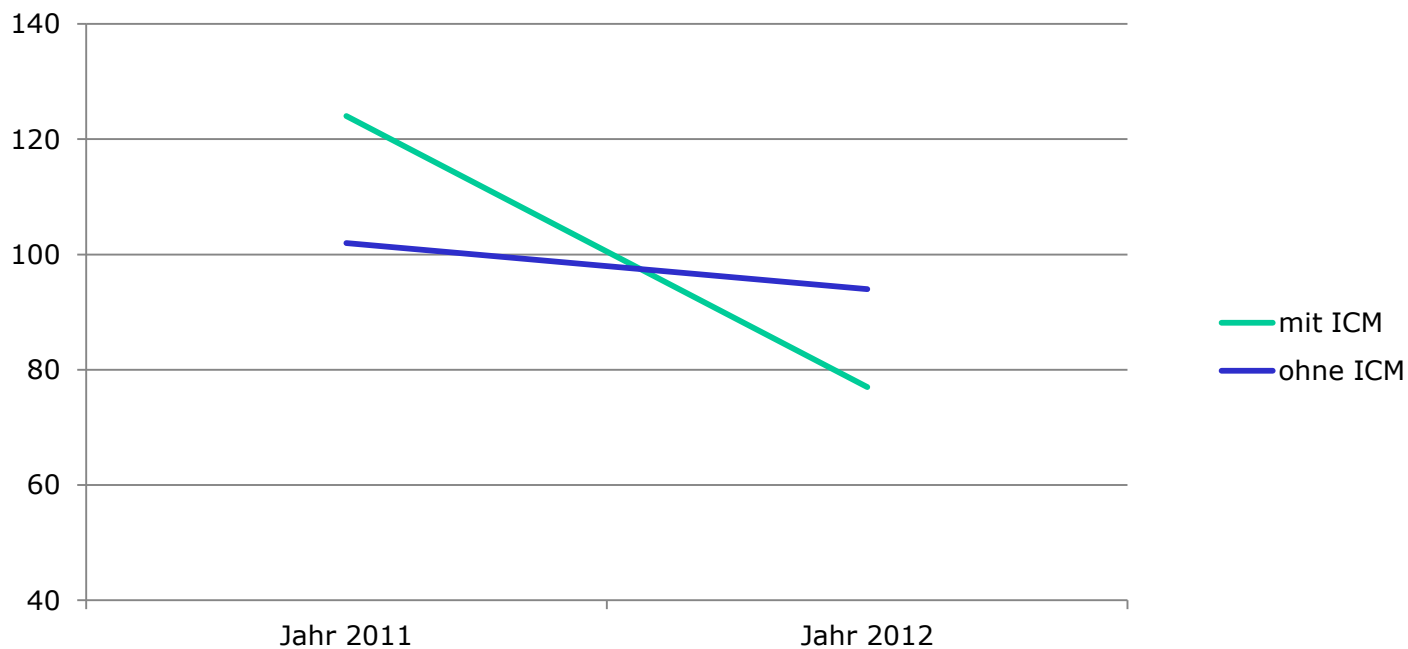


N= 43 ICM-Patienten im Vergleich zu N=38 Patienten, die das Einschlusskriterium ebenfalls erfüllten, jedoch aus anderen Gründen nicht ins ICM aufgenommen wurden (kein fester Wohnsitz, professionell betreute Wohnform, mangelnde Kooperationsbereitschaft niedergelassener Psychiater, Patient lässt Hausbesuche nicht zu)

	2011	2012
N=43 mit ICM	124	77
N=38 ohne ICM	102	94



Pflegetage mit ICM versus Kontrollgruppe ohne ICM



Spiegelvergleich Pflegetage 1 Jahr vor versus 1 Jahr seit ICM



	Im Jahr vor Beginn ICM	Im Jahr seit Beginn ICM
Summe der Pflegetage der ersten 36 ICM-Patienten	6203	1787
Durchschnittliche Pflegetage pro ICM-Patient	172	50
Kosten Krankenkasse pro ICM-Patient	48'160 stationär	14'000 stationär + 13'000 ICM



Wissenschaftliche Einordnung der Befunde



Weinmann S, Gühne U, Kösters M, Gaebel W, Becker T.
Teambasierte Gemeindepsychiatrie. Bedeutung von Kontextfaktoren
und Übertragbarkeit der Studienevidenz. Nervenarzt 2012, Bd. 83,
S. 825-831

- Rückgang von Pfl egetagen nach Einführung von aufsuchend arbeitenden Teams dort am deutlichsten nachweisbar, wo bestehende Bettenzahl hoch und Abbau von stationären Kapazitäten explizit angestrebt
- Keine nachweisbare Reduktion in Regionen mit nur geringen stationären Kapazitäten (wie z.B. in England) und in Regionen mit höheren stationären Kapazitäten, die im bestehenden Umfang weiter genutzt werden können (wie z.B. den Niederlanden)



IV) Wirkfaktoren des aufsuchenden ICM



...oder – Was nützt was?



Therapeutische Hausbesuche



Psychische Erkrankungen äussern sich in Verhaltensauffälligkeiten, an denen Betroffene und/oder deren soziales Umfeld leiden

- **Behandlung dort, wo das Problem auftritt**
- Behandlung mit denen, bei denen das Problem auftritt
- Behandlung dann, wann das Problem auftritt
- M. Heissler: «Intervention auf der Kippe»

- Es gibt Patientinnen und Patienten, die für eine stationäre Behandlung zu krank sind...



Berücksichtigung der somatischen Komorbidität



- 75% aller psychisch kranken Menschen haben eine somatische Komorbidität
- **100% unserer ICM-Patienten leiden unter somatischer Komorbidität**
- Somatische Komorbidität ist zusätzlicher Stressor

- ICM-Team organisiert ambulante Behandlung der somatischen Komorbidität, wodurch sowohl stationäre Aufnahmen in die Somatik als auch in die Psychiatrie vermieden werden



Supported Employment



Für die Wirksamkeit von Supported Employment gibt es beste wissenschaftliche Evidenz (z.B. EQOLISE-Studie von Burns, Catty, Becker et al. 2007)

- Signifikant bessere Lebensqualität und Arbeitszufriedenheit
- **Signifikant geringere Psychopathologie und Hospitalisationsrate!**

ICM- und PSÜB-Team stehen deshalb im regelmässigen Kontakt mit Arbeitgebern und kooperieren diesbezüglich sehr fruchtbar mit dem CM der Krankenkassen



Recovery-Ansatz



Die Teams von ICM und PSÜB arbeiten nach Recovery-Ansatz
«Sich mit dem Patienten auf den Weg der Gesundheit machen»

Alle Mitarbeitenden sind geschult (Handbuch «Recovery praktisch» sowie Schulungsunterlagen und Anwendungsmaterial der Pro Mente Sana). Nach ihren Aussagen reagieren sie sensibilisierter auf die Stärkung der Eigenverantwortung und auf die Autonomie bei Entscheidungen. Die grösste Herausforderung besteht bei Betroffenen, die auch an einer Abhängigkeitserkrankung leiden.



V) Zukunft gestalten



Kritik und Ausblick



Kritisches



Zuständiger Kostenträger

- Abgrenzung KVG-pflichtiger Leistungen nicht immer einfach und oft Frage der Semantik (Jan Kerssies: «Do you speak Krankenkasse»)

Zuständiger Leistungserbringer

- Aufsuchende gemeindenaher Versorgung durch multidisziplinäres Krankenhauspersonal (TARMED KI-02.04-4) ist Neuland



Fazit und Ausblick



- Unsere aufsuchend arbeitenden Teams ICM und PSÜB haben wesentlich und messbar dazu beigetragen, dass wir Pflage tage für Thurgauer KVG-Versicherte im geforderten Umfang reduzieren konnten
- Der zusätzliche ambulante Aufwand zahlt sich durch die deutliche stationäre Kostenreduktion auch für die Krankenversicherer aus
- **Aufgrund der nachgewiesenen Erfolge sind unsere Modellprojekte seit 1.7. 2014 in die Regelversorgung übernommen und vom Kanton Thurgau weiterhin im bisherigen Umfang mitfinanziert**



Vision



- Stärkere Einbindung von Betroffenen und Angehörigen schon ab der ersten Konzeptentwicklung gewährleisten
- Mitarbeit von Peers in den aufsuchenden Teams einführen
- Bessere und schnellere Kontaktaufnahme in Schulen und Betrieben ermöglichen (neues Angebot zur Zeit im Testlauf)
- Mögliche neue Finanzierung: Capitation (pro Fall) oder Globalbudget (für definierte Patientengruppen und Versorgungsregionen) könnten den Weg zu einer patientenorientierten, kostenstabilen und wirtschaftlich rentablen psychiatrischen Versorgung ermöglichen



Fragen und Diskussion



Regula Lüthi, regula.luethi@stgag.ch

<http://www.aaz-tg.ch/>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Psychiatrische Dienste Thurgau
Spital Thurgau AG