

Bern, 12. April 2022

Bericht

Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug

Analyse & Handlungsempfehlungen betreffend Menschen mit Heavy Use in der stationären Psychiatrie

Ursula Fringer Schai

Anja Durret

Manuela Spiess

Regula Ruffin

Executive Summary

Ausgangslage

Im Bericht zur Psychiatrieplanung – Erwachsenenpsychiatrie – des Psychiatriekonkordats Uri Schwyz Zug vom 29. Juni 2020 wurde Koordinationsbedarf zur Unterstützung chronisch und wiederholt psychisch erkrankter Personen (Menschen mit Heavy Use) festgestellt. Um diesen Menschen eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur bieten zu können und gleichzeitig die Behandlungseffektivität zu steigern sowie die Behandlungskosten langfristig zu senken, hat das Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug eine Analyse von Heavy Use in der stationären Psychiatrie in seinen Listenkliniken in Auftrag gegeben.

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse dieser Analyse sowie konkrete Lösungsvorschläge und Entscheidungsgrundlagen für eine bedarfsgerechte Versorgung dieser besonders vulnerablen Patient:innengruppe. Da die Finanzierung intermediärer Strukturen in der nationalen Gesetzgebung nicht vorgesehen ist, werden zudem Finanzierungsansätze für die vorgeschlagenen Lösungen aufgezeigt.

Vorgehen und Methodik

Im Rahmen einer Situationsanalyse wurden anhand quantitativer und qualitativer Methoden unterschiedliche Aspekte von Heavy Use erfasst:

- Im Rahmen von 9 qualitativen Interviews mit praktizierenden Expert:innen wurden spezifische Merkmale, Charakteristiken und Krankheitsbilder von Menschen mit Heavy Use sowie Stärken und Schwächen bestehender Betreuungs- und Behandlungsstrukturen erhoben. Als Ergebnis konnten fünf unterschiedliche Segmente von Menschen mit Heavy Use abgeleitet sowie Best Practice Ansätze zur Behandlung von Menschen mit Heavy Use beschrieben werden.
- Auf Basis von Patientendaten der Listenkliniken des Psychiatriekonkordats wurden mittels deskriptiver statistischer Auswertungen die Anzahl an Urner, Schwyzer und Zuger Patient:innen mit regelmässigen stationären Aufenthalten im Sinne von Heavy Use¹ erhoben sowie Erkenntnisse bezüglich personen-, aufenthalts-, und krankheitsbildbezogener Merkmale dieser Patient:innen gewonnen.

Auf Basis der Ergebnisse aus der Situationsanalyse wurden in einem Workshop mit Expert:innen der Triplus Lösungsansätze für zukünftige intermediäre Versorgungsstrukturen im Konkordatsgebiet erarbeitet.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die quantitative Analyse zeigt, dass nur bei einer geringen Anzahl von Patient:innen von Heavy Use gesprochen werden kann (96 im erfassten Zeitraum). Die grosse Bandbreite der Kostengewichte, der Aufenthaltsdauer sowie der Settings vor dem Aufenthalt und nach Austritt der betroffenen Patient:innen gibt Hinweise auf die grosse Heterogenität von Menschen mit Heavy Use.

Die betroffenen Patient:innen können anhand einzelner Indikatoren einem der folgenden Patientensegmente zugeordnet werden, wobei Überschneidungen bestehen:

- Somatisch-induzierter Heavy Use (Psychiatrieaufenthalte nach einer akuten somatischen Behandlung)
- Durch eine Suchterkrankung induzierter Heavy Use
- Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. aufgrund sozialer Faktoren
- Gewollter / geplanter / notwendiger Heavy Use (häufige Kurzinterventionen sind in den Behandlungsrichtlinien vorgesehen)
- Heavy Use aufgrund chronischer, psychischer Erkrankungen

¹ Unter dem Begriff «Menschen mit Heavy Use» sind im Folgenden erwachsene Menschen aus den Kantonen Uri, Schwyz und Zug gemeint, welche in den Jahren 2018 und 2019 vier oder mehr stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Listenkliniken des Konkordatsgebiets aufweisen.

Angesichts der ausgewiesenen Heterogenität der Menschen mit Heavy Use (auch innerhalb der einzelnen Patient:innensegmente) gilt es ein Setting an Versorgungsmöglichkeiten bereitzustellen, aus dem der optimale Mix für den/ die einzelne Patient:in definiert werden kann.

Die im Rahmen der Expert:innen-Interviews erhobenen Best Practices der Versorgung von Menschen mit Heavy Use können unter dem Oberbegriff der integrierten Psychiatrieversorgung subsummiert werden. Als zentraler Erfolgsfaktor wird eine gute Koordination zwischen den verschiedenen Bereichen der Psychiatrie (stationär, spitalambulant, praxisambulant) als auch mit Leistungserbringern aus der weiteren Versorgungslandschaft (bspw. Akutsomatik, Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Menschen mit einer Behinderung, Sozialdienste, KESB) gesehen.

Lösungsansätze zur Versorgung von Menschen mit Heavy Use im Konkordatsgebiet

Institutionalisierter Konsiliar- und Liaisondienst

Für Patient:innen aller Segmente, die in einer Wohnheimsituation leben, soll ein institutionalisierter Konsiliar- und Liaisondienst angeboten werden. Gesundheitsfachpersonen aus den Institutionen werden bei der medizinischen Behandlung und Pflege von Menschen mit einer psychiatrischen Grunderkrankung beraten und unterstützt und eine möglichst optimale Behandlung und Betreuung der Patient:innen vor Ort gewährleistet. Die Behandlungskontinuität wird verbessert, sowie Einweisungen in das stationäre psychiatrische Setting verhindert resp. minimiert. Der im Kanton SZ bestehenden Konsiliar- und Liaisondienst könnte beispielsweise als Modell für den Aufbau eines entsprechenden Angebots in den Kantonen UR und ZG dienen. Die Finanzierung erfolgt in Alters- und Pflegeheimen über die Krankenversicherung Tarmed. In Einrichtungen für Menschen mit Behinderung ist eine Kostengutsprache notwendig, was allenfalls eine Anschubfinanzierung für die Etablierung des Angebots erforderlich macht.

Individuell abgestimmte Massnahmen

Insbesondere bei Heavy Use, der durch eine geistige Beeinträchtigung oder aufgrund einer chronischen psychischen Erkrankung induziert wird, sind individuelle Behandlungssettings nach einem Klinikaufenthalt erforderlich. Das spezifische Behandlungssetting wird für jede:n Patient:in einzeln definiert und soll eine möglichst hohe Behandlungskontinuität gewährleisten. Hierzu werden folgende Massnahmen vorgeschlagen, wobei die Koordination im stationären Bereich angesiedelt ist:

- Aufbau von institutionalisierten und interprofessionellen Austauschgefässen innerhalb der Triplus
- Regelmässige Austauschsitungen mit Angehörigen, KESB, Spitexorganisationen, niedergelassenen Psychiater:innen, und weiteren Beteiligten
- Einsatz von Case Manager:innen (Kordinator:innen), die sich um den Behandlungspfad kümmern und Netzwerk und externe Dienstleistungen organisieren.

Fokussierte aufsuchende Psychiatrie

Der Aufbau eines voll integrierten Hometreatments ist aus Sicht der befragten Expert:innen momentan nicht realisierbar, jedoch soll für Patient:innen mit entsprechendem Bedarf nach einem Klinikaufenthalt eine gezielte ambulant-aufsuchende Behandlung zur (Re-)Stabilisierung im häuslichen Umfeld erfolgen. Analog zum bestehenden Angebot Amnesia der Triplus sollen die aufsuchenden Dienstleistungen durch den stationären Bereich koordiniert werden. In einem ersten Schritt wird eine Beschränkung des Angebots auf den Kanton ZG empfohlen. Die Finanzierung der aufsuchenden Dienstleistungen erfolgt über die verrechenbaren TAR-MED-Leistungen, entsprechende personelle Ressourcen müssen geschaffen werden.

Der Aufbau der drei beschriebenen Angebote im Konkordatsgebiet erlaubt es, der Heterogenität der Patient:innen mit Heavy Use gerecht zu werden und eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, ohne grundlegende strukturelle Anpassungen an der Versorgungslandschaft vorzunehmen.

Begriffsverzeichnis

Nachfolgend werden die zentralen Begriffe, die im vorliegenden Bericht verwendet werden, beschrieben. Die Auflistung erfolgt alphabetisch.

Begriff	Erläuterung
Aufenthalt	Gemeint ist der Aufenthalt von Patient:innen aus dem Konkordatsgebiet in einer Listenklinik des Psychiatriekonkordats.
Fall	Grundsatz: Pro stationären Fall kann 1 Pauschale abgerechnet werden. Besonders zu beachten sind die Regelungen in den Kapiteln 3.1, 4.2 und 5.1, gemäss denen unter gewissen Voraussetzungen mehrere stationäre Aufenthalte zu einem stationären Fall und somit zu einer Pauschale zusammengefasst werden. ²
Fallzusammenführung	Unter gewissen Voraussetzungen können gemäss TARPSY mehrere stationäre Aufenthalte zu einem stationären Fall zusammengefasst werden. Konkret, wenn innert 18 Tagen nach Austritt ein Wiedereintritt erfolgt.
Heavy Use	Verwendete Definition: Vier oder mehr Aufenthalte in den Jahren 2018 und 2019
Hospitalisation	Äquivalent zu Aufenthalt
FU	Fürsorgerische Unterbringung
TARPSY ³	Tarifsystem Psychiatrie zur Fallabrechnung unter SwissDRG

² [SwissDRG - Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY, Version vom Juni 2019, gültig ab 1.1.2020.1](#)

³ [SwissDRG - Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY, Version vom Juni 2019, gültig ab 1.1.2020.](#)

Inhaltsverzeichnis

Begriffsverzeichnis	4
1 Einleitung.....	7
1.1 Ausgangslage	7
1.2 Ziele der Analyse	7
1.3 Projektorganisation.....	8
1.4 Begriffsklärung.....	8
2 Methode	9
2.1 Datenerhebung.....	9
2.1.1 Quantitative Erhebung: Datenbasierte Analyse von Menschen mit Heavy Use	9
2.1.2 Qualitative Erhebung: Semi-strukturierte Interviews.....	10
2.2 Datenauswertung	12
3 Ergebnisse.....	13
3.1 Quantitative Erhebung: Datenbasierte Beschreibung von Menschen mit Heavy Use	13
3.1.1 Soziodemografische Angaben	13
3.1.2 Aufenthaltsbezogene Angaben	14
3.1.3 Angaben zum Austritt.....	19
3.1.4 Krankheitsbezogene Angaben	20
3.1.5 Fazit zur quantitativen Erhebung	23
3.2 Qualitative Erhebung – Experteninterviews	23
3.2.1 Ausgangslage.....	23
3.2.2 Erkenntnisse zu Fallvignetten / Patient:innensegmenten	24
3.2.3 Einzelne Fallvignetten / Patient:innensegmente	24
3.3 Interviews Good Practice.....	39
4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	45
4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse	45
4.1.1 Ambulante und intermediäre Strukturen im Konkordatsgebiet	45
4.1.2 Priorisierung Patientensegmente	45
4.2 Ergebnisse aus dem Expert:innen Workshop	47
4.3 Schlussfolgerungen	49
4.3.1 Integrierte Psychiatrieversorgung	49
4.3.2 Heterogenität der Gruppe von Patient:innen mit HU	49
4.4 Lösungsansätze	50
4.4.1 Institutionalisiertem Konsiliar- und Liaisondienst	50
4.4.2 Individuell abgestimmte Massnahmen	52
4.4.3 Fokussierte aufsuchende Psychiatrie	53
Anhang und Materialien	56
Detailergebnisse	56
Erhebungsraster zur Erfassung der Variablen durch die Kliniken	58
Erhebung zu Heavy Use in der stationären Psychiatrie: Fallvignetten	59
Erhebung zu Heavy Use in der stationären Psychiatrie: Good Practice	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektorganisation und mitwirkende Personen	8
Tabelle 2: Interviewpartner:innen Fallvignetten	11
Tabelle 3: Interviewpartner:innen Good Practices	12
Tabelle 4: Anzahl Aufenthalte in der Stichprobe	14
Tabelle 5: Dauer des Aufenthaltes	15
Tabelle 6: Einweisende Instanz beim 1. Eintritt nach Altersgruppe	17
Tabelle 7: Kostengewicht je Aufenthalt nach Kategorie (alle 567 Aufenthalte)	18
Tabelle 8: SPLG Psychiatrie	20
Tabelle 9: Anzahl Nebendiagnosen beim 1. Eintritt	22
Tabelle 10: Hauptbehandlung beim 1. Eintritt	22
Tabelle 11: Somatisch induzierter Heavy Use	24
Tabelle 12: Segment 2 - Suchtinduzierter Heavy Use	25
Tabelle 13: Datenbasierte Beschreibung Segment 2	27
Tabelle 14: Segment 3 - Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren	29
Tabelle 15: Datenbasierte Beschreibung Segment 3	31
Tabelle 16: Segment 4 - gewollter / geplanter / notwendiger Heavy Use	32
Tabelle 17: Datenbasierte Beschreibung Segment 4	33
Tabelle 18: Segment 5 – Heavy Use aufgrund chronischer, psychischer Erkrankung	35
Tabelle 19: Datenbasierte Beschreibung Segment 5	36
Tabelle 20: Strukturen der Triaplus im Konkordatsgebiet (Erwachsenenpsychiatrie)	45
Tabelle 21: Anzahl Personen pro Segment und Kanton	46
Tabelle 22: Patientensegmente	47
Tabelle 23: Zusammenstellung Ergebnisse Expert:innen Workshop	48
Tabelle 24: Hauptdiagnosen beim Eintritt	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wohnort der Patient:innen mit Heavy Use	13
Abbildung 2: Alter der Patient:innen mit Heavy Use	14
Abbildung 3: Zivilstand der Patient:innen	14
Abbildung 4: Setting vor 1. Aufenthalt	16
Abbildung 5: Einweisende Instanz (Gesamtstichprobe)	17
Abbildung 6: Behandlung nach Austritt (nach 1. Aufenthalt)	19
Abbildung 7: Austrittsentscheid (nach 1. Aufenthalt)	19
Abbildung 8: Setting nach 1. Aufenthalt	20
Abbildung 9: Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Quantitative Erhebung)	21
Abbildung 10: Hospitalisationen nach Leistungsgruppe gemäss Bericht zur Psychiatrieplanung, Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug (Erw. Psychiatrie), 2017	21
Abbildung 11: Häufigste Hauptbehandlungen (CHOP Codes) beim 1. Eintritt	22

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Ausgangslage der vorliegenden Analyse bildet der *Bericht zur Psychiatrieplanung – Erwachsenenpsychiatrie – des Psychiatriekonkordats Uri Schwyz Zug* vom 29. Juni 2020. Dieser Bericht verweist im Kapitel 6⁴ «Trends und Entwicklungen der integrierten Psychiatrieversorgung» auf einen Koordinationsbedarf zur Unterstützung chronisch und wiederholt psychisch erkrankter Personen (Personen mit «heavy use»).

Konkret wird einerseits unter 6.5. darauf hingewiesen, dass diese Personengruppe im Vergleich zu anderen Patient:innen überproportional (stationäre) psychiatrische Leistungen in Anspruch nimmt. Studien legen nahe, dass es sich bei den Patient:innen mit Heavy Use unabhängig von den konkreten Ursachen und neben individuell erlebten Krankheitsbelastung um eine kleine Gruppe handelt, die einen hohen Kostenanteil verursachen und es somit⁵ angezeigt ist, die Versorgungsstruktur auf die Bedürfnisse dieser Menschen abzustimmen.

Andererseits wird unter 6.6 im Rahmen des Fazits empfohlen, dass diese spezifische Patient:innengruppe vertieft geprüft werden sollte. Dies, da es sich bei dieser Gruppe um Menschen handelt, welche von spezifischen Angeboten im Sinne einer Integrierten Psychiatrieversorgung besonders profitieren könnten (z.B. Home-Treatment Angebote, enge konsiliarische Zusammenarbeit mit institutionellen Betreuungsangeboten etc.). Im Rahmen dieser Prüfung wird vorgeschlagen, mittels einer Situationsanalyse den konkreten Bedarf zu eruieren, um die Integrierte Versorgung bedarfsgerecht darauf ausrichten zu können. Beispielsweise: Wie viele Menschen mit Heavy Use gibt es? Welche spezifischen Merkmale weisen sie auf? Welche Angebote sind für sie geeignet?

Vor diesem Hintergrund wurde die vorliegende Analyse vom Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug an die socialdesign ag extern in Auftrag gegeben. Sie stützt sich auf bisherige Vorarbeiten.⁶ Der Bericht beschreibt das Vorgehen, die Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen der Situationsanalyse zu Menschen mit Heavy Use in der stationären Psychiatrie hinsichtlich aller möglichen Massnahmen und Anforderungen zu deren Umsetzung inkl. Themen der Finanzierung. Die beteiligten Kantone Uri, Schwyz, Zug und Kliniken sind in geeigneter Weise einbezogen.

1.2 Ziele der Analyse

Mit der vorliegenden Situationsanalyse sind folgende Ziele verbunden.

Die Analyse

- ermöglicht eine Einschätzung der ungefähren Anzahl an Urner, Schwyzer und Zuger Patient:innen, welche regelmässig im Sinne von «heavy use» psychiatrische stationäre Behandlungen in Anspruch nehmen (quantitative Erhebung: Datenbasierte Beschreibung),
- beschreibt mittels deskriptiver statistischer Auswertungen die Patient:innen mit Heavy Use (quantitative Erhebung: Datenbasierte Beschreibung).
- erhebt die Problemstellungen bzgl. Menschen mit Heavy Use (Interviews zu Fallvignetten)
- gibt einen Überblick über mögliche good practice Beispiele der Versorgung von Menschen mit Heavy Use, insbesondere in der Schweiz. Der Überblick erhebt keinen Anspruch darauf, im Sinne einer wissenschaftlichen Arbeit die Vollständigkeit aller möglicher Beispiele aufzuzeigen, sondern soll für die beteiligten Kantone versorgungsrelevante und praxiserprobte Beispiele darlegen (Interviews zu Modellen guter Praxis).

⁴ Vgl. Bericht zur Psychiatrieplanung (Erwachsenenpsychiatrie) 2020, S. 49.

⁵ Gruber et al. (2018).

⁶ Z.B. Summary Auswertung Komplexpatienten 2018 – 2020 Klinik Zugersee, Triaplus AG.

- zeigt zuhanden des Psychiatriekonkordats basierend auf sämtlichen Resultaten konkrete Handlungsempfehlung für Massnahmen unter Nennung der konkreten Anforderungen für die Umsetzung inkl. Überlegungen zur Finanzierung.

1.3 Projektorganisation

Folgende Tabelle gibt Auskunft über die Projektorganisation:

Tabelle 1: Projektorganisation und mitwirkende Personen

Projektorganisation	
Funktion	Name
Auftraggeberschaft	Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug
Externe Projektleitung	Ursula Fringer, socialdesign, Partnerin und Mitglied der Geschäftsleitung
Projektmitarbeit	Manuela Spiess, socialdesign, Senior Projektleiterin Anja Durret, socialdesign, Projektleiterin
Expertin	Regula Ruffin, socialdesign, Inhaberin

1.4 Begriffsklärung

Im vorliegenden Bericht werden die Begriffe «Heavy Use» resp. «Menschen mit Heavy Use» verwendet. Um zu klären, was im Bericht unter diesen zentralen Begriffen zu verstehen ist, finden sich nachfolgend Erläuterungen zu diesem Begriff.

Grundsätzlich existiert keine allgemein anerkannte Definition von Heavy Use. Dies, obschon er national und international verwendet wird. In der Schweiz, beispielsweise, findet der Begriff beim Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) und beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) – zwei relevanten Playern im Gesundheitswesen – ebenfalls Verwendung und Anerkennung. In Absprache mit der Auftraggeberschaft wird im vorliegenden Bericht daher ebenfalls diese Terminologie verwendet.

Allgemein kann festgehalten werden, dass die internationale Fachliteratur dann von «Heavy Use» oder «Menschen mit Heavy Use» spricht, wenn es um chronisch und wiederholt psychisch erkrankte Menschen und den damit verbundenen wiederholten Klinikaufhalten handelt. Die Wissenschaft und Praxis sind sich einig, dass die Häufigkeit psychiatrischer Behandlungen ein wichtiger Indikator für Heavy Use ist. Sie macht jedoch keine Aussagen dazu, welche konkrete Anzahl an Aufenthalten in einem bestimmten Zeitraum erforderlich sind, um das Kriterium Heavy Use zu erfüllen.

Um sich dem Thema «Heavy Use» im Rahmen des vorliegenden Auftrags zu widmen, ist jedoch eine konkrete Arbeitsdefinition erforderlich. Nur dadurch ist es möglich, einerseits Patient:innen für die quantitative Erhebung, d.h. die Analyse der Merkmale von Menschen mit Heavy Use (Kapitel 3.1), zu identifizieren. Andererseits ist für die qualitative Erhebung, d.h. die Interviews mit Expert:innen (Kapitel 3.2), ein gemeinsames Begriffsverständnis erforderlich.

Vor diesem Hintergrund wurde der Begriff «Heavy Use» für das vorliegende Projekt gemeinsam mit der Auftraggeberschaft operationalisiert. Konkret wurde im vorliegenden Projekt als Kriterium die Anzahl Klinikaufhalte in einem bestimmten Zeitraum verwendet, um Menschen mit Heavy Use zu identifizieren. Dies geschieht im Wissen, dass neben der Anzahl Klinikaufhalte weitere Aspekte existieren, die «Heavy Use» bezeichnen. Für die Analyse und den vorliegenden Bericht wird somit folgende Definition verwendet:

Im vorliegenden Bericht sind unter dem Begriff **«Menschen mit Heavy Use»** erwachsene Menschen aus den Kantonen Uri, Schwyz und Zug gemeint, welche in den Jahren 2018 und 2019 vier oder mehr stationäre Aufenthalte in einer Listenklinik des Psychiatriekonkordats aufweisen.

2 Methode

2.1 Datenerhebung

Bei der Datenerhebung kamen quantitative und qualitative Erhebungsmethoden zum Einsatz. Das Vorgehen wird nachfolgend beschrieben.

2.1.1 Quantitative Erhebung: Datenbasierte Analyse von Menschen mit Heavy Use

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen bei der quantitative Erhebung beschrieben. Die quantitative Erhebung hat zum Zweck, **empirische resp. datenbasierte Einblicke in die Charakteristik von Menschen mit Heavy Use zu gewinnen**. Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument für die Datengewinnung diente ein für diesen Bericht von socialdesign konzipiertes Erhebungsraster in Excel-Format. Dieses wurde in Absprache mit der Auftraggeberschaft und inhaltlich in Anlehnung an die Variablen der Medizinischen Statistik⁷ erarbeitet. Es findet sich im Anhang dieses Berichtes. Das Raster enthält verschiedene Variablen, die im Zusammenhang mit Menschen mit Heavy Use und für die Zielsetzung dieses Berichtes von Interesse sind (z.B. Angaben zum Aufenthalt, soziodemografische Angaben, krankheitsspezifische Angaben etc.). In Anlehnung an die Medizinische Statistik und für die Sicherstellung einer einheitlichen Erfassung, wurden bei einzelnen Variablen Antwortmöglichkeiten programmiert (z.B.: Fürsorgerische Unterbringung: Ja, Nein; Geschlecht: w, m, anderes).

2.1.1.1 Datengewinnung

Zur Gewinnung der Datengrundlage wurden in einem *ersten Schritt* die Listenkliniken des Psychiatriekonkordats (Clenia Littenheid AG, Triaplus AG, Klinik Meissenberg AG sowie Seeklinik Brunnen AG) durch das Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug schriftlich kontaktiert. Sie wurden angefragt, wie viele Patient:innen aus den Kantonen Uri, Schwyz und Zug in den Jahren 2018 und 2019 drei oder mehr stationäre Aufenthalte hatten resp. wie viele dieser Patient:innen vier oder mehr stationäre Aufenthalte hatten. Rückmeldungen erfolgten direkt an socialdesign.

In einem *zweiten Schritt* wurden jene Kliniken, welche in diesem Zeitraum 10 oder mehr Patient:innen aus dem Konkordatsgebiet mit vier oder mehr Aufenthalten hatten, von socialdesign gebeten, im oben genannten Erhebungsraster (Kapitel 0) die gewünschten Variablen zu erfassen. Sowohl die Seeklinik Brunnen AG⁸ wie auch die Klinik Meissenberg AG⁹ hatten weniger als 10 Patient:innen, welche das Kriterium Heavy Use erfüllten. Sie lieferten somit keine Daten. Die Clenia Littenheid AG und Triaplus AG reichten das befüllte Erhebungsraster ein. Konkret meldete die Clenia Littenheid AG insgesamt 7 Patient:innen mit Heavy Use und die Triaplus insgesamt 89 Patient:innen mit Heavy Use (vgl. Kapitel 1.4). Über die konkrete Datengrundlage gibt das nächste Kapitel Auskunft.

2.1.1.2 Datengrundlage

Dieses Kapitel beschreibt die Datengrundlage der quantitativen Erhebung.

Triaplus

- 2018/2019 gab es in der Triaplus total 2'642 stationäre Aufenthalte.
- Von den 2'642 stationären Aufenthalten kamen 2'405 (=91%) aus dem Konkordatsgebiet (Uri, Schwyz, Zug).
- Die 2'405 Aufenthalte wurden von 1'603 Patient:innen generiert.

⁷ Bundesamt für Statistik BFS (2020), Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2020, [Weblink](#).

⁸ Keine Patient:innen aus den Kantonen UR, SZ, ZG mit drei oder mehr Aufenthalten in den Jahren 2018 und 2019.

⁹ Klinik Meissenberg AG: Keine Patient:innen aus den Kantonen SZ, UR mit mehr als 2 Aufenthalten in den Jahren 2018 und 2019; 2 Patient:innen aus dem Kanton ZG mit 2 Aufenthalten in den Jahren 2018 und 2019.

- Von den 1'603 Patient:innen stammen 177 (=11%) aus Uri, 736 (=46%) aus Schwyz und 690 (=43%) aus Zug
- Von den 1'603 Patient:innen hatten 89 (=6%) Patient:innen vier oder mehr Aufenthalte in den Jahren 2018/2019 (89 = Anzahl Patient:innen mit Heavy Use).
- Von den 89 Patient:innen stammen 9 (=10%) aus Uri, 29 (=33%) aus Schwyz und 51 (=57%) aus Zug.
- Für die 89 Patient:innen wurden die Variablen gemäss Erhebungsraster erfasst und ausgewertet, und zwar basierend auf den Daten des *ersten Aufenthalts* im Zeitraum 2018/2019. Entsprechend basiert die Mehrheit der Analysen auf den Angaben des ersten Aufenthaltes (z.B. Geschlecht, Alter, Diagnose etc.).

Clenia Littenheid AG

- 2018/2019 gab es in der Triaplustotal 3'688 stationäre Aufenthalte.
- Von den 3'688 stationären Aufenthalten kamen 535 (=14.5%) aus dem Konkordatsgebiet (Uri, Schwyz, Zug).
- Die 535 Aufenthalte wurden von 326 Patient:innen generiert.
- Von den 326 Patient:innen stammen 18 (=5.5%) aus Uri, 209 (=64%) aus Schwyz und 99 (=30.5%) aus Zug
- Von den 326 Patient:innen hatten 7 (=2%) Patient:innen vier oder mehr Aufenthalte in den Jahren 2018/2019 (7 = Anzahl Patient:innen mit Heavy Use).
- Von den 7 Patient:innen stammen 0 aus Uri, 4 (=57%) aus Schwyz und 3 (=43%) aus Zug.
- Für die 7 Patient:innen wurden die Variablen gemäss Erhebungsraster erfasst und ausgewertet, und zwar basierend auf den Daten des *ersten Aufenthalts* im Zeitraum 2018/2019. Entsprechend basiert die Mehrheit der Analysen auf den Angaben des ersten Aufenthaltes (z.B. Geschlecht, Alter, Diagnose etc.).

Ergänzend zu dieser quantitativen Erhebung erfolgt basierend auf dieser Datengrundlage eine Zuordnung dieser Patient:innen zu den Fallvignetten (vgl. 3.2.3).

2.1.2 Qualitative Erhebung: Semi-strukturierte Interviews

Allgemeine Informationen zu den Interviews

Im Rahmen der qualitativen Erhebung sollten die Problemstellungen bei der Behandlung von Menschen mit Heavy Use aus Sicht praktizierender Expert:innen dargelegt sowie Stärken und Schwächen bestehender Behandlungs- und Betreuungsmodelle diskutiert werden. Hierzu wurden insgesamt 9 semi-strukturierte Interviews mit Expert:innen zu zwei inhaltlichen Schwerpunkten (Fallvignetten und Good Practice) durchgeführt.

Die rund 45-minütigen Interviews fanden im November und Dezember 2021 online via Zoom oder Microsoft Teams statt.

Zur Strukturierung der Interviews wurde pro inhaltlichem Schwerpunkt (Fallvignette und Good Practice) ein Interviewleitfaden mit den zentralen Fragestellungen erarbeitet, der den Interviewpartner:innen zur Vorbereitung auf das Interview zugestellt wurde.

Die Interviewabläufe orientierten sich thematisch an den Interviewleitfäden, ohne dass auf einen vorgegebenen Ablauf beharrt wurde. Dies entspricht dem Standard-Vorgehen bei semi-strukturierten Interviews und hat den Vorteil, dass der notwendige thematische Fokus sichergestellt wird, die befragten Expert:innen ihr vorhandenes Wissen jedoch möglichst unbeeinflusst wiedergeben können. Mittels gezielter Rück- oder Anschlussfragen durch die interviewführende Person wurden bestimmte Themenbereiche vertieft und/oder bei den Expert:innen implizit vorhandenes Wissen explizit gemacht.

Interviews zu Fallvignetten/Patientensegmente

Zum Thema Fallvignetten/Patientensegmente wurden insgesamt 4 Interviews mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt:

- Erhebung der spezifischen Merkmale, Charakteristiken und Krankheitsbilder von Menschen mit Heavy Use
- Identifikation geeigneter Kriterien zur Unterscheidung verschiedener Formen und Ursachen von Heavy Use als Basis für eine mögliche behandlungs- und betreuungsorientierte Kategorisierung von Heavy Use
- Erhebung der konkreten Erfahrungen mit Ansätzen und Massnahmen zum Umgang mit Menschen mit Heavy Use und deren Behandlung
- Beurteilung der vorhandenen und notwendigen Rahmenbedingungen (finanziell, strukturell, politisch) für eine adäquate Behandlung von Menschen mit Heavy Use

Die Interviewpartner:innen wurden in Absprache mit der Auftraggeberschaft definiert. Um die Handlungsempfehlungen im Projekt einerseits optimal auf die Struktur der Patient:innen im Konkordatsgebiet abstimmen zu können und andererseits von externem Erfahrungswissen zu profitieren, setzt sich der Kreis der Interviewpartner:innen aus Fachpersonen aus Kliniken im Konkordatsgebiet sowie externen psychiatrischen Fachärzt:innen zusammen. Die befragten Expert:innen sind in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Interviewpartner:innen Fallvignetten

Interviews Fallvignette/Patientensegmente			
Datum des Interviews	Interviewpartner:in	Funktion	Klinik
8.11.21 ¹⁰	Prof. Dr. med. Michael Rufer	Chefarzt und Bereichsleiter Medizin	Klinik am Zugersee (Triaplus)
	Philipp Bohny	Leitender Arzt Behandlungszentrum für Akut- und Allgemeinpsychiatrie und stv. Chefarzt	
9.11.21	Dr. med. Elisabeth Möller	Ärztliche Direktorin und Chefärztin Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik	Privatklinik Littenheid, Clenia
29.11.21	PD Dr. med. Thomas Maier	Chefarzt Erwachsenenpsychiatrie	Psychiatrie St. Gallen Nord (PSGN)
27.12.21	Prof. Dr. med. Walter Gekle	Chefarzt und stv. Direktor Zentrum Psychiatrische Rehabilitation	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Interviews zu Good Practices

Zum Thema Good Practice wurden insgesamt 5 Interviews mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt:

- Schaffung einer Übersicht über praxiserprobter und bewährter Handlungskonzepte und Versorgungsmodelle im Umgang mit Heavy Use (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)
- Erhebung der zentralen Aspekte der unterschiedlichen Handlungskonzepte und Versorgungsmodelle: Ausgangslage, konkrete Zielsetzungen, Umsetzung, Ressourcenbedarf (fachlich, finanziell, strukturell) sowie Wirkung und Nutzen für Patient:innen

¹⁰ Herr Prof. Dr. Rufer und Herr Bohny wurden in einem gemeinsamen Interview befragt. Zudem fand nach der Durchführung sämtlicher Interviews am 7.01.22 ein Vertiefungsinterview mit den beiden Herren statt, um die Erkenntnisse aus den übrigen Interviews zu Plausibilisieren und mit den Rahmenbedingungen im Konkordatsgebiet abzugleichen. Die Erkenntnisse aus dem Vertiefungsinterview wurden in die Ergebnisse in Kapitel 3 eingearbeitet, jedoch nicht explizit ausgezeichnet.

- Erhebung der Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der Konzeption und Umsetzung von Versorgungs- sowie Behandlungs- und Betreuungsmodellen für Menschen mit Heavy Use

Die Interviewpartner:innen wurden in Absprache mit der Auftraggeberschaft definiert. Folgende Kriterien waren ausschlaggebend für die Auswahl und Zusammensetzung der Interviewpartner:innen:

- Einbezug unterschiedlicher Ansatzpunkte im Umgang mit Heavy Use (insb. im Bereich der intermediären Angebote) sowie von Ansätzen, denen in Fachkreisen hohe Aufmerksamkeit beigemessen wird
- Einbezug unterschiedlicher medizinischer Fachperspektiven
- Sicherstellung der geografischen Diversität.

Die befragten Expert:innen und die thematischen Schwerpunkte der einzelnen Interviews sind in Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3: Interviewpartner:innen Good Practices

Interviews Fallvignette/Patientensegmente			
Datum des Interviews	Interviewpartner:in	Funktion / Klinik	Schwerpunkt/Perspektive
16.11.21	Dr. med. Beat Nick	Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Solothurn	Behandlungsmöglichkeiten in Privatpraxen
29.11.21	Prof. Dr. med. Urs Hepp	Forschung und Lehre, ehem. ärztlicher Direktor IPW	Best Practices aus Sicht Forschung und Lehre
09.12.21	Dr. med. univ. Anna Nater	Leitende Ärztin ambulante Dienste, LUPS	Hometreatment / gemeindeintegrierte Akutpsychiatrie
09.12.21	Dr. med. Peggy Stützer	Chefärztin Akutpsychiatrie und Rehabilitation, PDGR	Intermediäre Angebote in weiträumigen Versorgungsgebieten
20.12.21	Prof. Dr. med. Silke Bachmann	Fachärztin Abteilung Suchterkrankungen, HUG und ehem. ärztliche Direktorin Privatklinik Littenheid	Versorgungsmodelle in der Westschweiz

Verifizierung der qualitativen Daten

Zur Verifizierung der erhobenen qualitativen Daten resp. Vertiefung der Fallvignetten betreffend einzelner Patient:innen wurde mit dem Chefarzt und dem Stv. Chefarzt Triaplus sowie mit der Ärztlichen Direktorin der Clenia Littenheid ein Vertiefungsinterview geführt.

2.2 Datenauswertung

Die *quantitative Analyse* erfolgte mit dem Statistik Programm SPSS, die grafische Aufbereitung wurde mittels Excel vorgenommen

Die *qualitativen Interviews* wurden mittels der inhaltsanalytischen Software MAXQDA vorgenommen. Dabei fand eine themenzentrierte und triangulierte Auswertung der erhobenen Daten im Hinblick auf die Zielsetzungen der Interviews (vgl. Kapitel 2.1) statt. Aussagen zu identischen Themen wurden somit gebündelt und zusammengefasst – unabhängig von Absender:in der Aussage oder thematischem Schwerpunkt des Interviews (Fallvignette oder Good Practice). Im Sinne der Triangulation lassen sich so unterschiedliche Sichtweisen auf ein Thema vergleichen und allfällige Widersprüche identifizieren.

Anhand der Aussagen zu den Eigenschaften von Menschen mit Heavy Use sowie zu Ursachen und Formen von Heavy Use¹¹ konnte eine Segmentierung der Menschen mit Heavy Use vorgenommen werden und Fallvignetten zu den einzelnen Segmenten erstellt werden. Die Segmentierungskriterien kristallisierten sich dabei ebenfalls im Rahmen der Interviews aus und sind in Kapitel 3.2.3 ersichtlich.

3 Ergebnisse

3.1 Quantitative Erhebung: Datenbasierte Beschreibung von Menschen mit Heavy Use

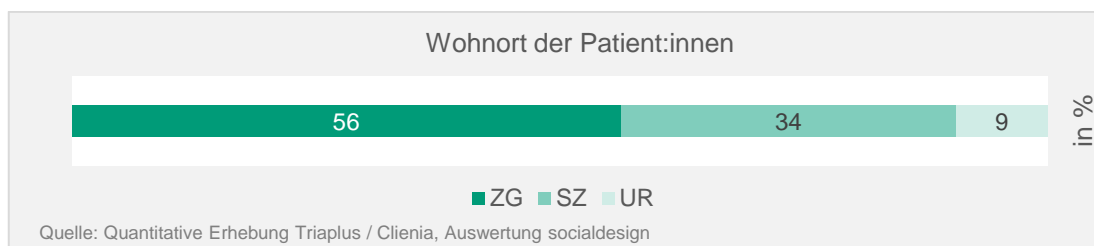
In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zur quantitativen Erhebung festgehalten. Konkret handelt es sich um die quantitative Analyse von bestimmten Informationen von Patient:innen aus dem Konkordatsgebiet mit Heavy Use¹² und Aufhalten in den Kliniken Clenia Littenheid AG und Triaplus AG.

3.1.1 Soziodemografische Angaben

Nachfolgendes Kapitel führt Angaben zur Soziodemografie der Patient:innen mit Heavy Use auf.

Wohnort: Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, stammt der **grösste Anteil** der 96 Patient:innen mit Heavy Use aus dem Kanton **Zug**, gefolgt von Schwyz, gefolgt von Uri. Wie in Kapitel 2.1.1.2 erwähnt, waren in den Jahren 2018/2019 bei Triaplus insgesamt 1'603 erwachsene Patient:innen aus dem Konkordatsgebiet hospitalisiert (11% Kanton Uri; 46% Kanton Schwyz; 43% Kanton Zug). Bei Clenia waren 2018/2019 insgesamt 326 erwachsene Patient:innen aus dem Konkordatsgebiet hospitalisiert (5.5% Kanton Uri; 64% Kanton Schwyz; 30.5% Kanton Zug). Der prozentuale kantonale Anteil von Patient:innen mit Heavy Use unterscheidet sich somit vom prozentualen kantonalen Anteil an Hospitalisationen insgesamt. Eine Ausnahme bildet Uri, dort sind die prozentualen Anteile vergleichbar. Über mögliche Gründe der unterschiedlichen prozentualen kantonalen Verteilung wird im Diskussionsteil berichtet.

Abbildung 1: Wohnort der Patient:innen mit Heavy Use



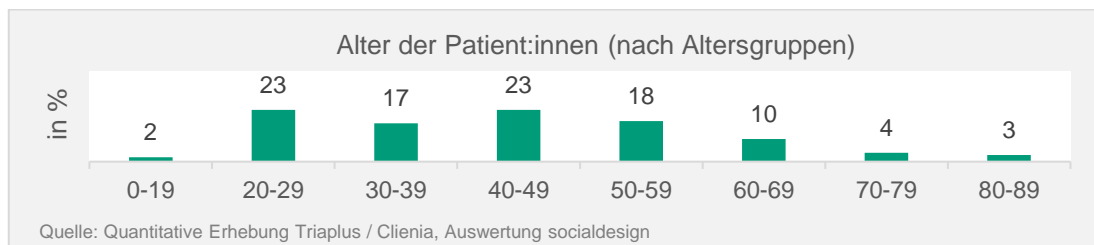
Geschlecht: Von den N=96 Patient:innen mit Heavy Use waren **42% weiblich** und **58% männlich**.

¹¹ Diese stammen hauptsächlich aus den Interviews zu den Fallvignetten, wurden jedoch durch Erkenntnisse aus den Good Practice Interviews ergänzt.

¹² Aufenthalt von vier oder mehr Aufhalten in den Jahren 2018 und 2019.

Alter: Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, ist der Grossteil der Patient:innen mit Heavy Use zwischen 20 und 69 Jahre. Die Altersgruppen der **20-29** resp. **40-49-jährigen** sind am meisten vertreten.

Abbildung 2: Alter der Patient:innen mit Heavy Use



Nationalität: Drei Viertel (**74%**) der Patient:innen mit Heavy Use haben eine **schweizerische Nationalität**.

Zivilstand: Mit knapp **50%** sind **ledige** Patient:innen mit Heavy Use am deutlich häufigsten vertreten, ein Viertel der Patient:innen sind verheiratet (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Zivilstand der Patient:innen



3.1.2 Aufenthaltsbezogene Angaben

Anzahl Aufenthalte: Tabelle 4 gibt Auskunft darüber, wie viele Aufenthalte diese N=96 Patient:innen mit Heavy Use der Stichprobe hatten. Am häufigsten waren vier Aufenthalte. Es gilt zu beachten, dass in der vorliegenden Auswertung als Definition von Heavy Use **vier Aufenthalte und mehr** verwendet wurde. Daher liegt es nahe, dass diese Anzahl Aufenthalte auch am meisten vertreten ist.

Die N=96 erfassten Patient:innen mit Heavy Use haben insgesamt zu 567 stationären Aufenthalten geführt (Triaplus AG: 539 Aufenthalte, Clenia Littenheid: 28 Aufenthalte).

Tabelle 4: Anzahl Aufenthalte in der Stichprobe

Anzahl Aufenthalte in der Stichprobe		
Anzahl Aufenthalte	Häufigkeit	Prozent
4	41	43
5	25	26
6	13	14
7	4	4
8	4	4
9	2	2
11	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1

Anzahl Aufenthalte in der Stichprobe		
Anzahl Aufenthalte	Häufigkeit	Prozent
22	1	1
23	1	1
24	1	1
Gesamt	96	100

Dauer des Aufenthaltes: Beim ersten Aufenthalt betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer knapp 4 Wochen. Die Dauer variierte sehr stark (1 bis 132 Tage). Über alle Aufenthalte hinweg betrug der längste Aufenthalt 256 Tage. Der Durchschnitt liegt bei 25 Tagen.

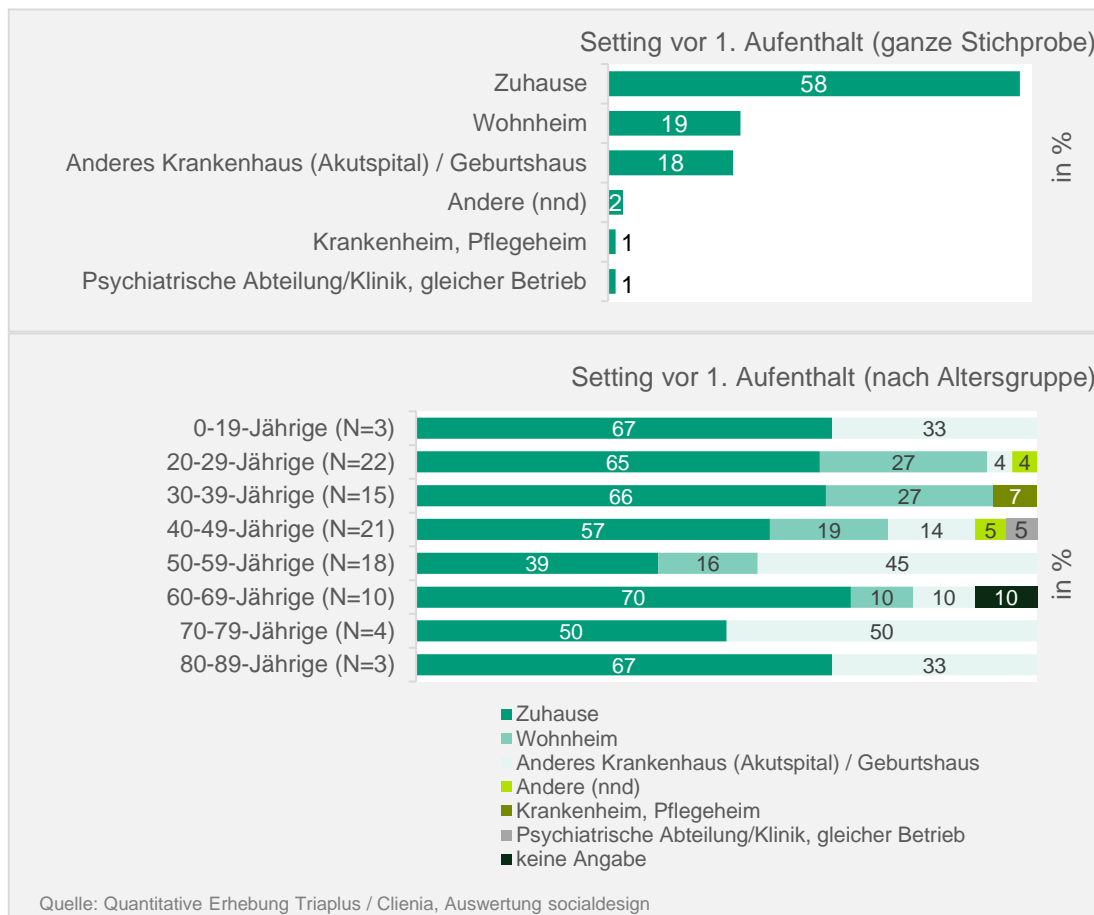
Tabelle 5: Dauer des Aufenthaltes

Dauer des Aufenthaltes		
Zentrale Werte	1. Aufenthalt	Alle Aufenthalte
Mittelwert	26 Tage	25 Tage
Maximum	132 Tage	256 Tage
Minimum	1 Tag	0 Tage ¹³
Median	17 Tage	16 Tage

Setting vor 1. Aufenthalt: Die Mehrheit (58%) der insgesamt 96 Patient:innen mit Heavy Use befanden sich vor dem ersten Aufenthalt Zuhause. Seltener traten sie vom Wohnheim oder von einem anderen Krankenhaus ein (Abbildung 4). Im unteren Teil der nachfolgenden Abbildung 4 ist zu sehen, aus welchem Setting die Patient:innen mit Heavy Use unterschiedlicher Altersklassen eintreten.

¹³ «Stationäre Behandlungen erstrecken sich definitionsgemäss über Mitternacht hinaus. Bei diesen Aufenthalten handelte es sich um sehr kurze Aufenthalte, welche aufgrund akuter Zustandsverschlechterungen auf die Akutsomatik verlegt worden sind. Teilweise kam es in der Folge zu Fallzusammenführungen.»

Abbildung 4: Setting vor 1. Aufenthalt



Einweisende Instanz beim 1. Eintritt: Am häufigsten erfolgte die Einweisung über die Eigeninitiative der Patient:innen (28%) oder durch ein Allgemein-, oder somatisches Spital (21%). Es besteht jedoch eine Bandbreite an Zuweisenden (Abbildung 5). Tabelle 6 gibt ergänzend die einweisende Instanz nach Altersgruppe an. Es ist zu beachten, dass die Stichprobengrößen stark variieren und daher ein Vergleich zwischen den Altersgruppen nicht möglich ist, sondern als Tendenz zu verstehen ist. Tendenziell finden sich die häufigsten Eintritte auf Eigeninitiative bei über 80-Jährigen resp. 20-29-Jährigen.

Abbildung 5: Einweisende Instanz (Gesamtstichprobe)

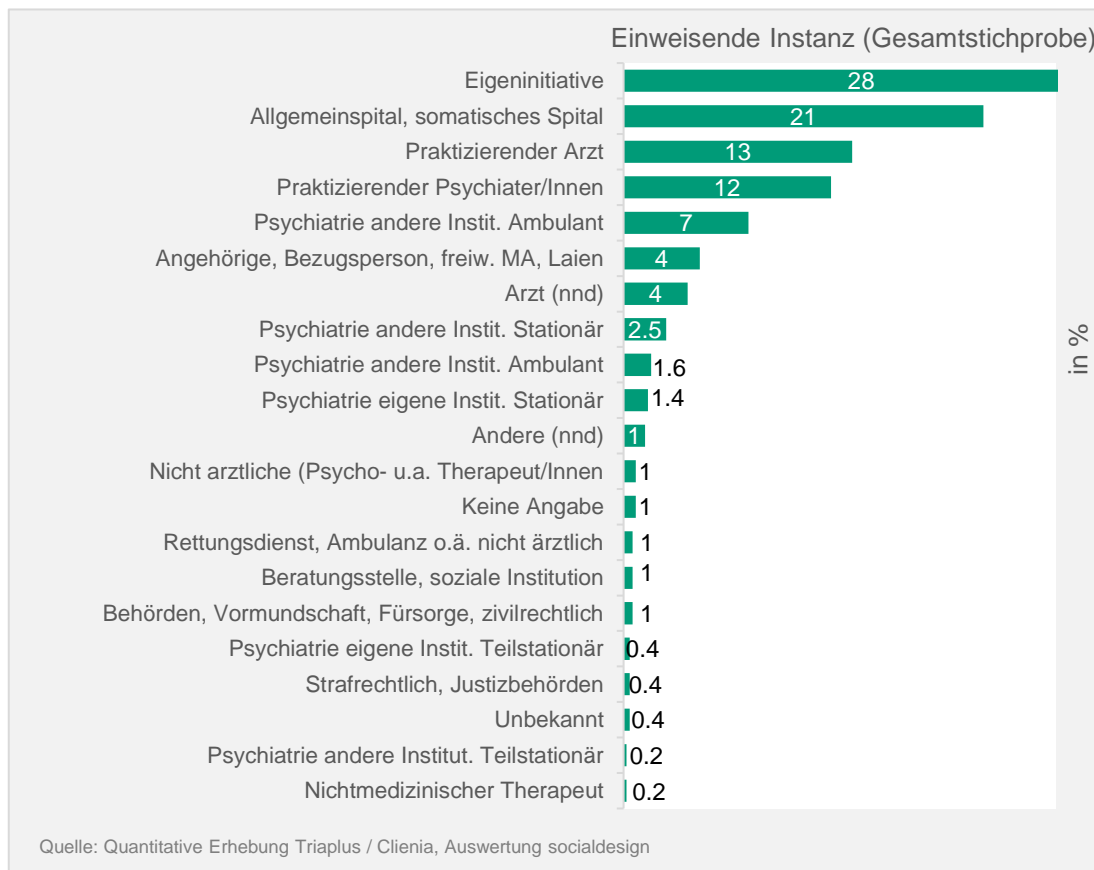


Tabelle 6: Einweisende Instanz beim 1. Eintritt nach Altersgruppe

Einweisende Instanz beim 1. Eintritt nach Altersgruppe (in %)								
Einweisende Instanz	Altersgruppe							
	0-19 (N=3)	20-29 (N=22)	30-39 (N=15)	40-49 (N=21)	50-59 (N=18)	60-69 (N=10)	70-79 (N=4)	80-89 (N=3)
Eigeninitiative		27	13	24	6			33
Allgemeinspital, somatisches Spital	33	5	7	14	33	50	50	33
Andere (nnd)								
Angehörige, Bezugsperson, freiwillige Mitarbeitende, Laien		9		5	6	10		
Arzt (nnd)		9	13		5			
Behörden, Vormundschaft, Fürsorge, zivilrechtlich								
Beratungsstelle, soziale Institution								
Keine Angabe								
Nicht ärztliche (Psycho- u.a. Therapeut/Innen)		4	7					
Nichtmedizinischer Therapeut	33							
Praktizierender Arzt		23	20	14	6	30		34
Praktizierender Psychiater/Innen		5	20	24	22			
Psychiatrie andere Institution Ambulant		9						
Psychiatrie andere Institution Stationär					6			

Einweisende Instanz beim 1. Eintritt nach Altersgruppe (in %)								
Einweisende Instanz	Altersgruppe							
	0-19 (N=3)	20-29 (N=22)	30-39 (N=15)	40-49 (N=21)	50-59 (N=18)	60-69 (N=10)	70-79 (N=4)	80-89 (N=3)
Psychiatrie andere Institut. Teilstationär								
Psychiatrie eigene Institution. Ambulant	34	9	13	14	11		25	
Psychiatrie eigene Institution Stationär					5		25	
Psychiatrie eigene Institution Teilstationär								
Rettungsdienst, Ambulanz o.ä. nicht ärztlich				5				
Strafrechtlich, Justizbehörden								
Unbekannt			7			10		
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Eintrittsart: Knapp zwei Drittel (62%) der Eintritte erfolgte nicht geplant resp. unangemeldet. Es gibt eine Tendenz, dass mit zunehmender Anzahl Aufenthalte der Anteil nicht geplanter Eintritte zunimmt.

Fürsorgerische Unterbringung FU: 76% der Patient:innen mit Heavy Use traten beim 1. Eintritt ohne FU ein, bei 24% handelte es sich um eine fürsorgerische Unterbringung.

Kostengewicht: In Tabelle 7 ist das Kostengewicht je stationären Aufenthalt in Kategorien¹⁴ zusammengetragen dargestellt. Die 96 Patient:innen hatten insgesamt 567 Aufenthalte. Bei 128 der insgesamt 567 (23%) Aufenthalten handelte es sich um eine Fallzusammenführung gemäss TARPSY, welche bei Eintritten innerhalb von 18 Tagen nach Austritt eine Fallzusammenführung verlangt. Die Bandbreite des Kostengewichtes pro Aufenthalt reicht von 1.391 und 265.375. Dabei ist zu beachten, dass das Kostengewicht je Fall keine Aussage zu vor- und nachgelagerten Kosten erfassen.

Tabelle 7: Kostengewicht je Aufenthalt nach Kategorie (alle 567 Aufenthalte)

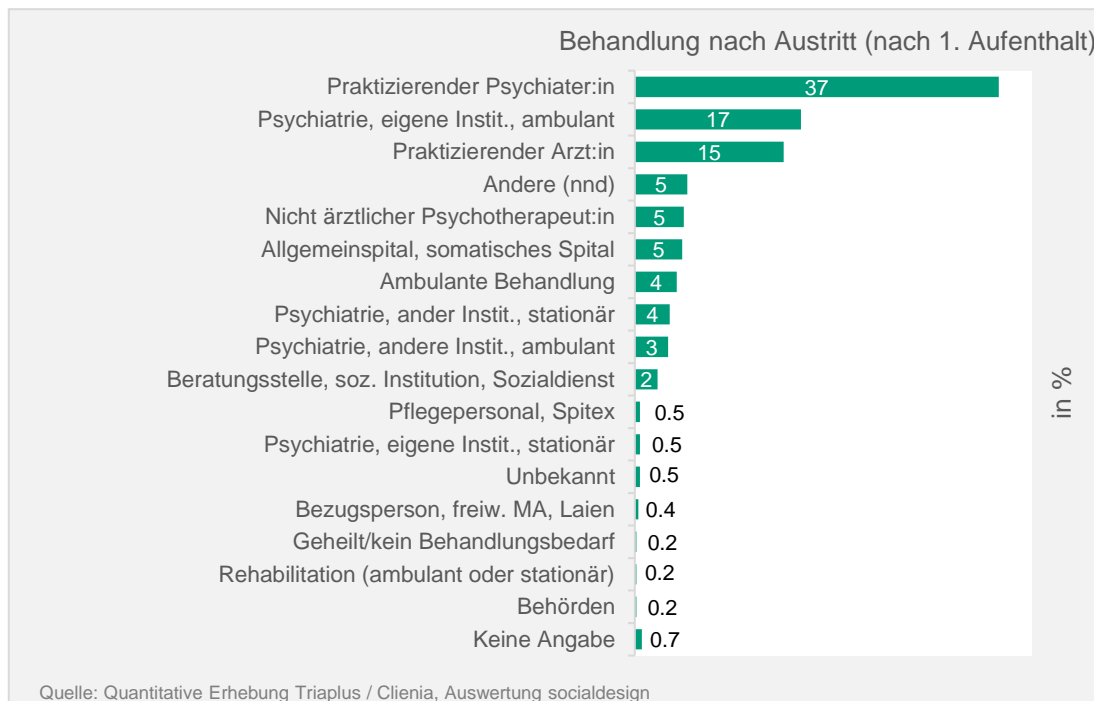
Kostengewicht je Aufenthalt nach Kategorie		
Kostengewicht nach Kategorie	Häufigkeit	Prozente
0-9	87	15
10-19	91	16
20-29	76	13
30-39	69	12
40-49	41	7
50-59	21	4
60-69	10	2
70-79	12	2
80-89	9	2
90-99	6	1
100-199	14	2
>200	3	1
Fallzusammenführung	128	23

¹⁴ Beispiel: Kostengewicht 1.39 kommt in die Kategorie 0-9; Kostengewicht 40.56 kommt in die Kategorie 40-49.

3.1.3 Angaben zum Austritt

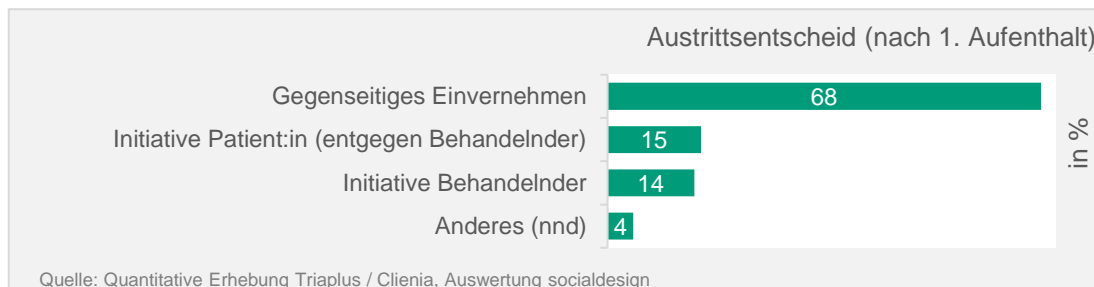
Behandlung nach Austritt: Am häufigsten (37%) nahmen die Patient:innen mit Heavy Use nach dem ersten Aufenthalt eine Behandlung bei einem oder einer Psychiater:in in Anspruch. Die Bandbreite an Behandlungsarten nach dem Austritt ist jedoch sehr gross (Abbildung 6).

Abbildung 6: Behandlung nach Austritt (nach 1. Aufenthalt)



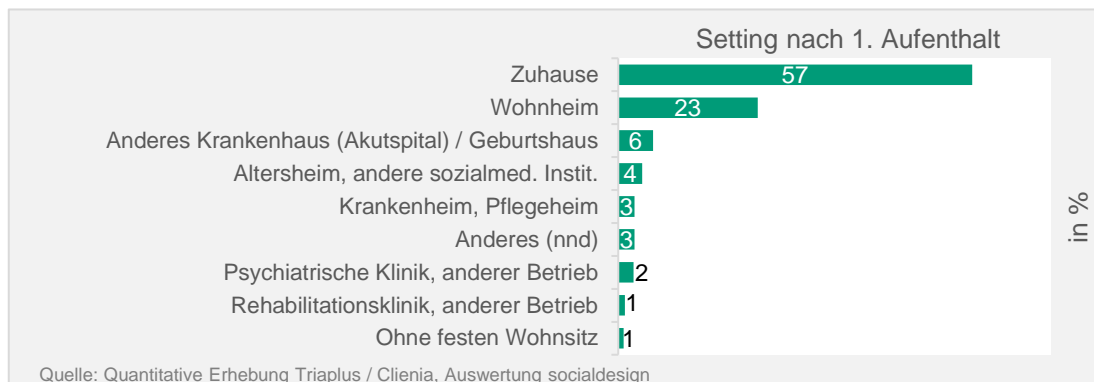
Austrittsentscheid: Der Austritt nach dem 1. Aufenthalt erfolgte in den am häufigsten (68%) in gegenseitigem Einvernehmen und ähnlich häufig nur auf Initiative der Patient:innen resp. nur auf Initiative der Behandelnden (Abbildung 7).

Abbildung 7: Austrittsentscheid (nach 1. Aufenthalt)



Setting nach Austritt: Am häufigsten gingen Patient:innen mit Heavy Use nach dem 1. Aufenthalt nach Hause (57%), gefolgt vom Eintritt ins Wohnheim (23%). Andere Settings waren sehr selten (Abbildung 8).

Abbildung 8: Setting nach 1. Aufenthalt



3.1.4 Krankheitsbezogene Angaben

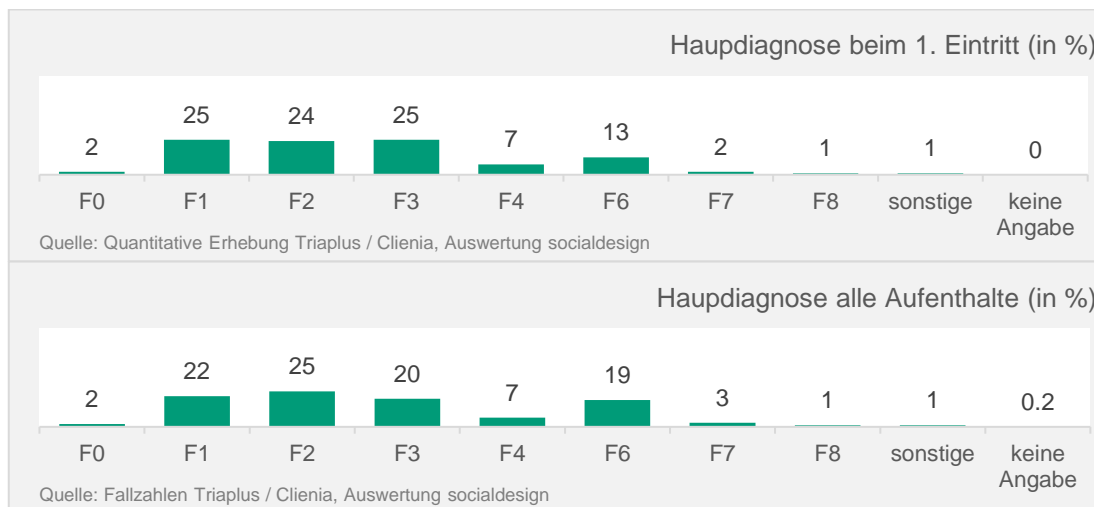
Hauptdiagnose nach ICD-10¹⁵ beim 1. Aufenthalt: Beim ersten Aufenthalt lagen am häufigsten die Hauptdiagnose ICD-10 Diagnose F2 («Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen») und F3 («Affektiven Störungen») vor. Eine Häufung ist auch bei «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen inkl. Alkoholintoxikation» (F1) sowie «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» (F6) zu finden.

Tabelle 8: SPLG Psychiatrie

Diagnosegruppen Psychiatrie	Zuordnung gemäss ICD-10
Organische Störungen ausser Demenz	F0x.x
Störungen durch Alkohol	F10.x
Störungen durch psychotrope Substanzen (ausser Alkohol)	F11.x – F19.x
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2x.x
Affektive Störungen	F3x.x
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4x.x
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5x.x
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6x.x
Intelligenzminderung	F7x.x
Entwicklungsstörungen, soweit Erwachsene noch davon betroffen sind	F8x.x
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, soweit Erwachsene noch davon betroffen sind	F9x.x
keine psychiatrische Hauptdiagnose aus dem Fx.x-Formenkreis	Sonstiges

¹⁵ ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Verwandter Gesundheitsprobleme.

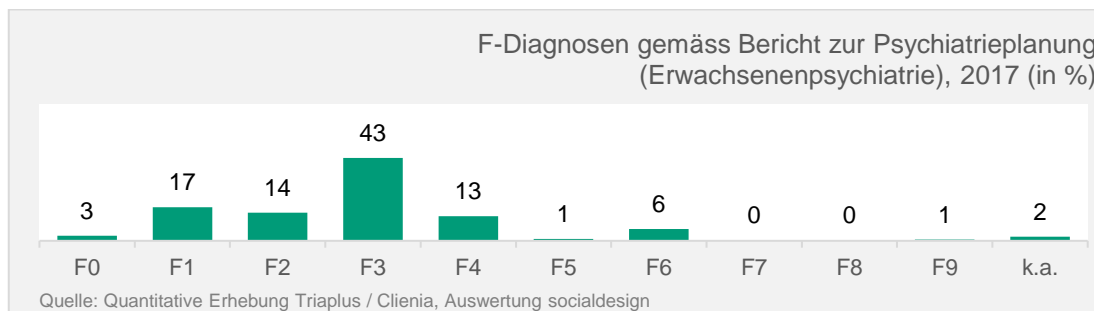
Abbildung 9: Hauptdiagnosen nach ICD-10 (Quantitative Erhebung)



In Abbildung 10 finden sich die Häufigkeiten der F-Diagnosen im Konkordatsgebiet gemäss Bericht zur Psychiatrieplanung (Erwachsenenpsychiatrie) im Jahr 2017.¹⁶ Es ist zu sehen, dass F3-Diagnosen (Affektive Störungen) am deutlich häufigsten vertreten sind, gefolgt von F1 Diagnosen (Psychotrope Substanzen).¹⁷

Der Vergleich zwischen Abbildung 9 und Abbildung 10 zeigt, dass die F6-Diagnosen resp. F2-Diagnosen bei den Patient:innen mit Heavy Use verhältnismässig häufiger vertreten sind als in der Gesamtpopulation. Gleichzeitig sind F3-Diagnosen bei den Patient:innen mit Heavy Use etwas seltener vertreten.

Abbildung 10: Hospitalisationen nach Leistungsgruppe gemäss Bericht zur Psychiatrieplanung, Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug (Erwachsenenpsychiatrie), 2017¹⁸



Anzahl Nebendiagnosen beim 1. Eintritt: Am häufigsten lagen beim 1. Eintritt zusätzlich drei (18%), eine (17%) oder zwei Nebendiagnosen (17%) vor. Die Bandbreite Nebendiagnosen liegt zwischen Null und Vierzehn. Nachfolgend sind die Anzahl Diagnosen, sortiert nach der absteigenden Häufigkeit, dargestellt.

¹⁶ Bericht zur Psychiatrieplanung, Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug. Integrierte Psychiatrieversorgungsplanung Uri Schwyz Zug, Erwachsenenpsychiatrie, Tabelle 5, S. 14.

¹⁷ Anmerkung: Die Kategorie F1 umfasst: F10 (Psychische Störungen durch Alkohol (N=222, 11%) und F11-19 (Psychische Störungen durch andere Substanzen, N=132, 6%).

¹⁸ Bericht zur Psychiatrieplanung Psychiatriekonkordat Uri Schwyz Zug, Integrierte Versorgungsplanung Uri Schwyz Zug, Erwachsenenpsychiatrie, S. 14, Tabelle 5.

Tabelle 9: Anzahl Nebendiagnosen beim 1. Eintritt

Anzahl Nebendiagnose beim 1. Eintritt		
Nebendiagnosen	Anzahl	Prozent
3	17	18
1	16	17
2	16	17
4	13	14
6	9	9
5	8	8
0	7	7
7	3	3
8	3	3
10	2	2
14	2	2
Total	96	100

Hauptbehandlung nach CHOP CODE¹⁹ beim 1. Eintritt: Als Hauptbehandlung erfolgte beim 1. Eintritt von Patient:innen mit Heavy Use am häufigsten eine Psychotherapie, gefolgt von Alkoholentwöhnungsbehandlung und Neuroleptikatherapie (Unterbegriff von Somatotherapien), wie nachfolgend grafisch und tabellarisch dargestellt.

Abbildung 11: Häufigste Hauptbehandlungen (CHOP Codes) beim 1. Eintritt



Tabelle 10: Hauptbehandlung beim 1. Eintritt

Hauptbehandlung beim 1. Eintritt		
CHOP Code	Anzahl	Prozent
94.39	44	46
94.61	12	13
94.23	9	9
94.35.11	5	5
94.14	3	3
94.25	3	3
94.38	3	3
94.64	3	3
94.08	2	2
94351	2	2
943A2	2	2
94.11	1	1

¹⁹ [Bundesamt für Statistik BFS \(2022\), Schweizerische Operationsklassifikation \(CHOP\), Systematisches Verzeichnis - Version 2022, ab Seite 368.](#)

Hauptbehandlung beim 1. Eintritt		
CHOP Code	Anzahl	Prozent
94.22	1	1
94.35	1	1
94.39.20	1	1
94.3A.21	1	1
943A1	1	1
9444	1	1
94A11	1	1
Total	96	100

3.1.5 Fazit zur quantitativen Erhebung

Die quantitative Erhebung der datenbasierten Analyse von Menschen mit Heavy Use zeigt deutlich, dass Menschen mit Heavy Use eine sehr grosse Heterogenität aufweisen. Dies zeigt sich z.B. in der grossen Bandbreite der Kostengewichte, der Aufenthaltsdauer sowie in den Settings vor dem Aufenthalt und nach Austritt. Die Anzahl Aufenthalte gibt zwar eine Indikation für die Konsumation von Ressourcen. Es wäre jedoch falsch den Schluss zu ziehen, je mehr Aufenthalte, desto aufwändiger sind die Patient:innen mit Heavy Use.

3.2 Qualitative Erhebung – Experteninterviews

3.2.1 Ausgangslage

Im Bericht zur Psychiatrieplanung (Erwachsenenpsychiatrie) ist im Kapitel 6.1 «Entwicklung von Schnittstellen in der Integrierten Psychiatrieversorgung» die Koordination zur Unterstützung chronischer oder wiederholt psychisch erkrankter Personen explizit erwähnt (S. 48):

«Bei der Patient/innengruppe der sogenannten heavy user handelt es sich um chronisch kranke Personen mit wiederkehrender und im Vergleich zu anderen Patientengruppen überproportionaler Inanspruchnahme von (stationären) psychiatrischen Leistungen. Ob es sich bei der Gruppe der heavy user jedoch um Patient/innen handelt, welche unangemessen viel Ressourcen in Anspruch nehmen oder aber um Patient/innen mit besonders schwerem Krankheitsbild, bleibt umstritten.²⁰ Gruber et al. (2018) führen als mögliche Gründe für die überproportionale Inanspruchnahme das soziale Umfeld der Patient/innen, das psychische Beschwerdebild oder aber die psychiatrische Versorgung bzw. das psychiatrische Versorgungssystem an. Unabhängig von den konkreten Ursachen und neben individuell erlebter Krankheitsbelastung der Patient/innen kommt Gruber et al. (2018) zum Schluss, dass die kleine Gruppe der heavy user einen hohen Kostenanteil im Gesundheitssystem verursachen und es somit angezeigt ist, die Versorgungsstruktur auf die Bedürfnisse dieser Patient/innengruppe abzustimmen.»

Bei näherer Betrachtung zeigt die Praxisrelevanz von Untersuchungen zu Heavy Use (HU), dass die Behandlungsmodalitäten und -angebote für Menschen mit HU im Behandlungsnetz oft schlecht aufeinander abgestimmt sind.²¹ Der vorliegende Bericht ist mit der Hoffnung verbunden, die Versorgungsprozesse innerhalb des Psychiatriekonkordats besser auf die Bedürfnisse der erkrankten Menschen abzustimmen (Qualitätsfrage). Eine Reduktion der mehrfachen Aufenthalte in der stationären Psychiatrie und damit die Reduktion der stationären Inanspruchnahme kann jedoch nur dann erfolgen, wenn diesen Patient:innen Versorgungsalternativen zugänglich gemacht werden, die ihnen und ihren spezifischen Problemen und Themen mindestens ebenso gut oder besser gerecht werden wie stationäre Aufenthalte. Neben ausreichenden intermediären und ambulanten Angeboten spielt die Finanzierung eine

²⁰ Vgl. Frick & Frick (2010).

²¹ Vgl. Stulz et al, Heavy Use of Psychiatric Hospitals and the Use of Outpatient Services (2019).

entscheidende Rolle. Gerade in der Schweiz, wo das Finanzierungssystem noch strikt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung trennt, fehlen die finanziellen Anreize für integrative und integrierte Versorgungsmodelle.²²

Im vorliegenden Bericht sind Fallvignetten als Erhebungsmethode für die qualitative Beschreibung eines Segments von «Menschen mit Heavy Use» gewählt worden. Die qualitativen Interviews mit medizinischen Expert:innen hatten zum Ziel, die «Menschen mit HU» des Psychiatriekonkordats zu clustern resp. als Patientensegment zu beschreiben.

3.2.2 Erkenntnisse zu Fallvignetten / Patient:innensegmenten

Bei den Interviews zu Fallvignetten stellten alle Interviewpartner:innen fest, dass keine bestimmte Diagnose zwingend Heavy Use verursacht, sondern immer eine Kombination von Diagnosen und zusätzlichen Faktoren bestimmend sind. Nebst medizinischen Faktoren – nicht nur psychiatrische, sondern auch somatische – gibt es soziale Faktoren und kognitive Einschränkungen, die einen Heavy Use begünstigen können, speziell wenn noch strukturelle Faktoren resp. mangelnde Versorgungsstrukturen für Menschen mit HU dazu kommen. In allen Interviews wurden Fälle beschrieben, in denen schlussendlich die stationäre Psychiatrie als «Auffangbecken» dient, notfalls auch via Einweisung mittels FU.

Im Weiteren wurde betont, dass zwischen sinnvollen und nicht-sinnvollen Heavy Use unterschieden werden muss. Zudem gibt es aufgrund verschiedener Einflussfaktoren in den fünf identifizierten Kategorien Überschneidungen. Die nachfolgend beschriebene Segmentierung ist somit als eine qualitative Annäherung an die Realität zu verstehen, im Rahmen derer Patient:innen schwerpunktmässig anhand des am deutlichsten ausgeprägten Faktors einem Segment zugeordnet werden. Es handelt sich somit nicht um eine trennscharfe Segmentierung nach statistischen Prinzipien.

3.2.3 Einzelne Fallvignetten / Patient:innensegmente

Gemäss den durchgeführten Interviews und dem Vertiefungsinterview können fünf Fallvignetten resp. Patient:innensegmente identifiziert werden:

- Segment 1: Somatisch induzierter Heavy Use
- Segment 2: Suchtinduzierter Heavy Use
- Segment 3: Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren
- Segment 4: Gewollter / geplanter / notwendiger Heavy Use
- Segment 5: Heavy Use aufgrund chronischer, psychischer Erkrankung

Diese sind nachfolgend beschrieben. Ergänzend zur deskriptiven Beschreibung finden sich für einzelne Vignetten zusätzlich datenbasierte Beschreibungen, basierend auf den im Rahmen der quantitativen Erhebung gewonnenen Daten (Kapitel 2.1.1 resp. Kapitel 3.1). Dort, wo die Stichprobengrösse pro Segment zu klein für eine Analyse war, findet sich ein entsprechender Kommentar.

Tabelle 11: Somatisch induzierter Heavy Use

Segment 1: Somatisch-induzierter Heavy Use (Schnittstelle Somatik – Psychiatrie)	
Kurzbeschreibung	Dieses Segment umfasst Menschen, die auf Grund einer akuten somatischen Problematik (häufig Selbstverletzung) in Zusammenhang mit einer vorhandenen psychiatrischen Grunderkrankung in eine akutsomatische Klinik eintreten. Nach erfolgter somatischer Behandlung gelangen diese Patient:innen – häufig via FU – in die Psychiatrie. Dieses Segment ist insgesamt sehr heterogen und weist Überschneidungen mit Segment 4 auf (Hauptdiagnose: Borderlinestörung).

²² Vgl. z.B. socialdesign, Suizidprävention bei Klinikaustritten – Finanzierungsaspekte (2019), Kapitel 2: Generelle Finanzierungsaspekte.

Segment 1: Somatisch-induzierter Heavy Use (Schnittstelle Somatik – Psychiatrie)	
Krankheitsbilder und Symptomatik (nicht abschliessend)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Affektive Störungen inkl. Suizidversuche ▪ Borderlinestörungen (mit Selbstverletzung) ▪ Angststörungen / Panikstörungen ▪ Essstörungen
Sozio-ökonomische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilweise normal sozial integriert ▪ Phasenweise selbständig lebensfähig, urteilsfähig, alltagstauglich
Behandlungs- und Betreuungsbedarf	Diese Patient:innen bedürfen sehr oft einer Behandlung über einen längeren Zeitraum. Die Zuständigkeiten sind dabei oft ungeklärt und die Betroffenen werden in unterschiedlichen somatischen und psychiatrischen Einrichtungen behandelt. Durch die unklaren Zuständigkeiten sind diese Patient:innen tendenziell unterversorgt.
Einweisung in die Klinik	Der Eintritt in die Klinik erfolgt meist unfreiwillig. Bei einer Überforderung des Akutsomatik resp. bei akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung kann eine Einweisung in die Klinik via FU geschehen.
Weiteres	–
Lösungsansätze für eine geeignete Betreuung und Behandlung (genannte Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um wiederholte Einweisungen in eine psychiatrische Klinik zu vermeiden, sind stabilisierende Kurzinterventionen in der Akutsomatik geeignet. ▪ Eine Möglichkeit hierzu liegt in der Bereitstellung spezieller somatopsychiatrischer Betten in den akutsomatischen Spitälern. ▪ Zudem ist eine intensive intermediäre Versorgung nach der somatischen Stabilisierung notwendig. ▪ Dies unter Einbezug aller Beteiligten, z.B. anhand von Roundtables mit Fachpersonen aus dem somatischen und psychiatrischen Bereich.

Im Rahmen der quantitativen Erhebung konnten nur sehr wenige Patient:innen (13%²³) diesem Segment zugeordnet werden, da keine somatischen Variablen erhoben wurden resp. nicht bekannt ist, ob eine akute somatische Problematik bestand. Es erfolgte daher keine ergänzende quantitative Beschreibung dieser Patient:innengruppe. Die 13% der Patient:innen ist eine Schätzung des Anteils an Personen mit HU, bei denen ein somatischer Bezug vermutet wird. Diese Patient:innen sind im weiteren Berichtsverlauf den anderen Segmenten zugeordnet (siehe Tabelle 21: Anzahl Personen pro Segment und Kanton).

Tabelle 12: Segment 2 - Suchtinduzierter Heavy Use

Segment 2: Durch eine Suchterkrankung induzierter Heavy Use (Schnittstelle Suchterkrankung – Psychiatrie)	
Kurzbeschreibung	Dieses Segment umfasst Patient:innen, die aufgrund einer Intoxikation resp. multipler Intoxikationen in die stationäre Klinik eintreten.
Krankheitsbilder und Symptomatik (nicht abschliessend)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Suchterkrankungen gilt grob, dass HU bei Suchterkrankungen mit illegalen Substanzen häufiger als bei Suchterkrankungen mit legalen Substanzen auftritt. ▪ Als Folge der Substanzmitteleinnahme ist körperlicher und/oder kognitiver Verfall zu beobachten.

²³ Bei den 13% handelt es sich um Personen mit einer F6 Diagnose (Borderline Störung). Bei den weiteren Krankheitsbildern, die gemäss den Expert:innen dem Segment 1 zugeordnet werden können, ist entweder nicht bekannt, ob zusätzlich somatische Beschwerden vorlagen (F3: Affektive Störungen inkl. Suizidversuch, F4: Angststörung und Panikstörung) oder das Krankheitsbild war in der Patient:innengruppe nicht vorhanden (F5: Essstörungen), vgl. Abbildung 9.

Segment 2: Durch eine Suchterkrankung induzierter Heavy Use (Schnittstelle Suchterkrankung – Psychiatrie)	
Sozio-ökonomische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilweise sozial eingebettete und ökonomisch privilegierte Menschen und teilweise Menschen mit chronifizierter Suchtabhängigkeit (teilweise Überschneidung mit Segment 5, Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren) ▪ Phasenweise selbstständig lebensfähig, langfristig nicht fähig eine geordnete Alltagsstruktur aufrechtzuerhalten.
Behandlungs- und Betreuungsbedarf	Diese Patient:innen bedürfen sehr oft einer Entgiftung und/oder Langzeitbehandlung, die sie jedoch häufig abbrechen (Motivation für den Klinikaufenthalt ist häufig die kurzfristige Linderung somatischer Beschwerden, nicht die langfristige Behandlung). Die Unterstützung der Patient:innen bei der Strukturierung ihres Alltags wird als wichtiger Ansatzpunkt gesehen, um wiederholte Klinikeintritte zu verhindern.
Einweisung in die Klinik	Die betroffenen Patient:innen treten häufig freiwillig in die psychiatrische Klinik ein oder werden von niedergelassenen Psychiater:innen oder Hausärzt:innen zugewiesen. Auch Zuweisungen via FU können bei diesen Patient:innen beobachtet werden.
Weiteres	Heavy Use resp. wiederholte Klinikaufenthalte in dieser Fallvignette sind idealerweise zu vermeiden: Gerade bei Suchtpatient:innen bedeutet jeder Klinikaufenthalt ein Rückfall und somit eine Verschlechterung des allgemeinen Zustandes.
Lösungsansätze für eine geeignete Betreuung und Behandlung (genannte Beispiele)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivational Interviewing, um eine adäquate Form der Alltagsstrukturierung zu finden (nach Entzug) ▪ Intensive intermediäre Versorgung nach der somatischen Stabilisierung mit konstanten Bezugspersonen

Tabelle 13 beschreibt Patient:innen des oben beschriebenen Segments 2 anhand der erhobenen quantitativen Zahlen. Verglichen wurden verschiedene Merkmale (z.B. Alter, Setting vor Eintritt etc.) von Patient:innen mit einer F1-Diagnose (Störungen durch Alkohol; durch andere psychotrope Substanzen (ohne Alkohol)). Man beachte, dass diese Analyse exemplarisch und ergänzend zur Fallvignette zu verstehen ist.

Tabelle 13: Datenbasierte Beschreibung Segment 2

Beschreibung Segment 2 – Durch eine Suchterkrankung induzierter Heavy Use (Patient:innen mit F1-Diagnosen [Störungen durch Alkohol; durch andere psychotrope Substanzen, ohne Alkohol], N=24)	
Merkmal	Ergebnis
Klinik	<ul style="list-style-type: none"> 4% (N=1) der Patient:innen sind bei der Clenia Littenheid hospitalisiert. 96% (N=23) der Patient:innen sind bei Triaplus hospitalisiert.
Alter	<ul style="list-style-type: none"> 17% sind 20-29-Jährig. 21% sind 30-39-Jährig. 25% sind 40-49-Jährig. 33% sind 50-59-Jährig. 4% sind 60-69-Jährig.
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> 21% sind weiblich. 79% sind männlich.
Zivilstand	<ul style="list-style-type: none"> 54% sind ledig. 25% sind verheiratet. 13% sind geschieden. 4% sind verwitwet. 4% sind in einer Partnerschaft.
Wohnort	<ul style="list-style-type: none"> 54% wohnen im Kanton Zug. 33% wohnen im Kanton Schwyz. 13% wohnen im Kanton Uri.
Nationalität	<ul style="list-style-type: none"> 67% sind schweizerischer Herkunft. 33% sind nicht-schweizerischer Herkunft.
Aufenthalt vor Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> 54% treten von Zuhause ein. 25% treten von einem anderen Krankenhaus (Akutspital) / Geburtshaus ein. 17% treten von einem Wohnheim ein. 4% treten von einer Psychiatrischen Abteilung/Klinik des gleichen Betriebs ein.
Eintrittsart	<ul style="list-style-type: none"> 67% der Eintritte sind nicht geplant. 33% der Eintritte sind geplant.
Einweisende Instanz	<ul style="list-style-type: none"> 29%: Allgemeinspital, somatisches Spital 17% Eigeninitiative 17%: Psychiatrie, eigene Institution Ambulant 13%: Praktizierender Arzt 8% Angehörige/Bezugspersonen, freiwillige Mitarbeitende, Laien Je 4%: Praktizierender Psychiater:in; Psychiatrie eigene Institution Stationär; nicht ärztliche (Psycho- u.a. Therapeut:in); Ärzt:in)
Fürsorgerische Unterbringung (FU)	<ul style="list-style-type: none"> 75% der Einweisungen sind ohne FU. 25% der Einweisungen sind mit FU.
Dauer Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 19 Tage. Der Median beträgt 14 Tage. Die Bandbreite beträgt zwischen 1 und 56 Tage.
Anzahl Aufenthalte	<ul style="list-style-type: none"> 41% der Patient:innen haben 4 Aufenthalte. 33% der Patient:innen haben 5 Aufenthalte. 13% der Patient:innen haben 6 Aufenthalte. 4% der Patient:innen haben 7 Aufenthalte. 8% der Patient:innen haben 8 Aufenthalte.
Aufenthalt nach Austritt	<ul style="list-style-type: none"> 67% gehen nach dem 1. Aufenthalt nach Hause. 17% gehen nach dem 1. Aufenthalt in ein Wohnheim. 8% gehen nach dem 1. Aufenthalt in eine Rehabilitation eines anderen Betriebs. Je 4% gehen nach dem 1. Aufenthalt in ein Altersheim oder ein anderes Krankenhaus (Akutspital)
Anzahl Nebendiagnosen	<ul style="list-style-type: none"> 33% haben 3 Nebendiagnosen 21% haben 6 Nebendiagnosen 13% haben 4 Nebendiagnosen 8% haben 1 Nebendiagnose. 8% haben 5 Nebendiagnosen 4% haben 2 Nebendiagnosen. 4% haben 8 Nebendiagnosen 4% haben 10 Nebendiagnosen.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4% haben 14 Nebendiagnosen.
Kosten- gewicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostengewicht 0-9: 21% ▪ Kostengewicht 10-19: 25% ▪ Kostengewicht 20-29: 13% ▪ Kostengewicht 30-39: 25% ▪ Kostengewicht 40-49: 8% ▪ Kostengewicht 50-59: 4% ▪ Kostengewicht 80-89: 4%
CHOP Codes Hauptbehand- lung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 45% werden mittels Alkohol- und Drogenentgiftungs- und -entwöhnungs- behandlung behandelt (94.61; 94.64) ▪ 42% werden mittels Psychotherapie behandelt (94.35.11, 94.39, 94.3A1) ▪ 13% werden mittels Interventionelle Psychiatrie behandelt (94.23; 94.25)

Tabelle 14: Segment 3 - Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren

Segment 3: Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren	
Kurzbeschreibung	<p>Dieses Segment umfasst Patient:innen mit geistiger Behinderung und damit verbundenen Verhaltensauffälligkeiten resp. Patient:innen, bei denen soziale Faktoren mit vielen leidvollen psychischen Erkrankungen einhergehen.</p> <p>Diese Gruppe ist sehr heterogen, sie hat aber eine wichtige Gemeinsamkeit: Wohnheime, Beistände, KESB, teilweise Justiz haben als Institutionen ein sehr grosses Gewicht.</p> <p>Auslöser für die Verhaltensauffälligkeit ist oft eine Veränderung im Umfeld der Patient:innen. Die Psychiatrie dient gewissermassen als «Auffangstation», da wenige oder keine geeigneten Einrichtungen existieren, die solche Patient:innen tragen können.</p> <p>Bei diesen Patient:innen stehen nicht psychiatrische Interventionen und Behandlungen im Vordergrund, sondern sozialpädagogische und betreuerische Massnahmen gepaart mit konsiliar-psychiatrischen Angeboten.</p>
Krankheitsbilder und Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geistige Behinderung und damit verbundener Verhaltensauffälligkeit (aggressives Verhalten, Schlagen, Haare reissen, kräftiges Festhalten und nicht mehr loslassen) ▪ Soziale Verwahrlosung ▪ Fehlende Fähigkeit, sich in Tagesstrukturen einzuordnen (daher funktionieren Heimaufenthalte oder Aufenthalte in Wohngemeinschaften oftmals nicht langfristig) ▪ Veränderungen und wechselnde Bezugspersonen wirkend destabilisierend und sollten vermieden werden
Sozio-ökonomische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kommunikativ stark beeinträchtigt ▪ Verständigung erschwert ▪ oft nicht urteilsfähig, haben einen Beistand resp. leben von der Sozialhilfe ▪ oft nicht selbständig alltagstauglich
Behandlungs- und Betreuungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ intensive Pflege und Betreuung notwendig ▪ psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung ist weniger relevant, da sozialpädagogische oder betreuerische Fragestellungen im Zentrum stehen ▪ benötigen teilweise eine spezielle bauliche Infrastruktur
Einweisung in die Klinik	<p>Häufig via FU mit der Begründung «medikamentöse Neueinstellung notwendig», bei den effektive erhobenen Daten wurde festgestellt, dass es nur 17% sind.</p>
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinikaufenthalte verschlechtern den Gesundheitszustand dieser Patientengruppe teilweise, da sie oftmals von anderen Patient:innen ausgegrenzt werden und die zu ihrer Betreuung notwendigen Fachpersonen (insb. Sozialpädagog:innen) nicht zur Verfügung stehen. ▪ Platzierung in einer Psychiatrie wird in vielen Fällen als nicht geeignet betrachtet. Patient:innen werden trotzdem aufgenommen, um die Wohneinrichtungen zu entlasten und da es zu wenig spezialisierte Notfalleinrichtungen gibt.

Segment 3: Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren

Lösungsansätze für eine geeignete Betreuung und Behandlung	<ul style="list-style-type: none">▪ Unterstützung der Wohneinrichtungen für geistig Behinderte, z.B. durch interdisziplinäre konsiliarische Betreuung (Psychiater, Sozialpädagoge, Pflege)▪ Plätze für geistig behinderte Menschen ausserhalb der Psychiatrie schaffen, z.B. im Rahmen von Kriseninterventions- oder Timeout-Institutionen (Herausforderung: Finanzierung)▪ Intensivbetreuungsplätze (mit der Möglichkeit, freiheitsbeschränkende Massnahmen anzuwenden)▪ Spezielle Wohnheime und -gruppen mit Rund-um-die-Uhr-Betreuung▪ Diese Patient:innenengruppe ist öfters in der Recovery-Bewegung zu finden.
--	--

Tabelle 15 beschreibt Patient:innen des oben beschriebenen Segments 3 anhand der erhobenen quantitativen Zahlen. Verglichen wurden verschiedene Merkmale (z.B. Alter, Setting vor Eintritt etc.) von Patient:innen, die definitionsgemäss von einem Wohnheim eingewiesen wurden. Man beachte, dass diese Analyse exemplarisch und ergänzend zur Fallvignette zu verstehen ist.

Tabelle 15: Datenbasierte Beschreibung Segment 3

Beschreibung Segment 3 – Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren (Patient:innen mit Eintritt von einem Wohnheim; N=18)	
Merkmal	Ergebnis
Klinik	<ul style="list-style-type: none"> 100% (N=18) sind in der Triaplusthurg hospitalisiert.
Alter	<ul style="list-style-type: none"> 33% sind zwischen 20-29 Jahre alt. 22% sind zwischen 30-39 Jahre alt. 22% sind zwischen 40-49 Jahre alt. 17% sind zwischen 50-59 Jahre alt. 6% sind zwischen 60-69 Jahre alt.
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> 78% sind männlich. 22% sind weiblich.
Zivilstand	<ul style="list-style-type: none"> 83% sind ledig. 11% sind geschieden. 6% sind verwitwet.
Wohnort	<ul style="list-style-type: none"> 50% wohnen im Kanton Zug. 39% wohnen im Kanton Schwyz. 11% wohnen im Kanton Uri.
Nationalität	<ul style="list-style-type: none"> 94% sind schweizerischer Herkunft. 6% sind nicht schweizerischer Herkunft.
Aufenthalt vor Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> 100% (N=18) treten von einem Wohnheim ein.
Eintrittsart	<ul style="list-style-type: none"> 72% der Eintritte sind nicht geplant. 28% der Eintritte sind geplant.
Einweisende Instanz	<ul style="list-style-type: none"> 28% der Einweisungen erfolgen durch praktizierende Psychiater:innen. 11% treten auf Eigeninitiative ein. 11% werden von Angehörigen, Bezugspersonen eingewiesen. 11% werden durch einen praktizierenden Arzt eingewiesen. 11% werden durch ein Allgemeinspital / somatisches Spital eingewiesen. 11% werden durch die Psychiatrie der eigenen Institution Ambulant, eingewiesen. 11% werden durch nichtärztliche Therapeut:innen eingewiesen. 6% werden durch andere (nicht näher definiert) eingewiesen.
Fürsorgerische Unterbringung (FU)	<ul style="list-style-type: none"> 83% treten ohne FU ein. 17% treten mit FU ein.
Dauer Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 15 Tage. Der Median beträgt 12 Tage. Die Bandbreite beträgt zwischen 1 und 46 Tagen.
Anzahl Aufenthalte	<ul style="list-style-type: none"> 39% haben 6 Aufenthalte. 17% haben 4 Aufenthalte. Je 11% haben 5 oder 8 Aufenthalte. Je 6% haben 7, 13, 23 oder 24 Aufenthalte.
Aufenthalt nach Austritt	<ul style="list-style-type: none"> 89% treten nach dem Aufenthalt in ein Wohnheim über. Je 5.5% treten in ein Kranken-/Pflegeheim oder andere (nicht näher definierte) Institution über.
Hauptdiagnose	<ul style="list-style-type: none"> 28% haben eine F2-Diagnose. Je 22% haben eine F1- resp. F6-Diagnose. Je 11% haben eine F3- resp. F7-Diagnose. 5% haben eine F4-Diagnose.
Kostengewicht	<ul style="list-style-type: none"> Kostengewicht 0-9: 28% Kostengewicht 10-19: 27% Kostengewicht 20-29: 11% Kostengewicht 30-39: 11% Kostengewicht 40-49: 11% Kostengewicht 50-59: 5.5% Kostengewicht 80-89: 5.5%
CHOP Codes Hauptbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> 56% werden mittels Psychotherapie behandelt (94.35.11, 94.39, 94.39.20) 22% werden mittels Alkohol- und Drogenentgiftungs- und -entwöhnungsbehandlung behandelt (94.61; 94.64) 17% werden mittels Interventionelle Psychiatrie behandelt (94.22; 94.3, 94.25) 5% werden mittels Psychiatrischer Abklärung zu FU behandelt (94.14)

Tabelle 16: Segment 4 - gewollter / geplanter / notwendiger Heavy Use

Segment 4: Gewollter / geplanter / notwendiger Heavy Use	
Kurzbeschreibung	<p>Dieses Segment umfasst Patient:innen, die sehr oft und teilweise auch sehr lange stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen wollen oder müssen. Im Rahmen der Psychoedukation werden sie dazu befähigt, ihren Zustand einzuschätzen und sich frühzeitig einweisen zu lassen, falls eine Verschlechterung des Zustands spürbar oder wahrnehmbar ist.</p> <p>Durch die häufigeren Kurzinterventionen sollen längere Aufenthalte vermieden werden und die Stabilisierung im Alltag soll gewährleistet sein.</p> <p>Heavy Use ist teilweise in den Behandlungsrichtlinien vorgesehen.</p>
Krankheitsbilder und Symptomatik	<p>Primär:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Borderline-Persönlichkeitsstörung ▪ Folgestörungen von psychologischen Traumata ▪ Selbstverletzungen ▪ chronische Suizidalität <p>Sekundär:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suchtmittelkonsum, ▪ Essstörung
Demografische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grossmehrheitlich weiblich, allerdings zeigen die effektiv erhobenen Zahlen im Psychiatriekonkordat ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. ▪ häufig junge, teils sogar sehr jung ▪ manchmal mittelalterliche, selten ältere
Psycho-sozio-ökonomische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sozial integriert ▪ alltagstauglich ▪ urteilsfähig ▪ normal intelligent ▪ kommunikativ kompetent
Behandlungs- und Betreuungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ primär Psychotherapie ▪ teilweise psychiatrische Behandlung (Medikation ist aber nicht entscheidend) ▪ somatische Behandlungen (aufgrund teilweise sehr schwerer Selbstverletzungen)
Einweisung in die Klinik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meistens Selbsteinweisung ▪ Suchtpatient:innen kommen häufig freiwillig in eine Klinik. Mit dem Aufenthalt wird von den Patient:innen häufig eine Linderung der somatischen Auswirkungen einer Suchterkrankung angestrebt und weniger die Behandlung der Suchterkrankung selbst.
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da die häufigen Klinikeintritte bei den Patient:innen dieses Segments vereinbart resp. Teil der Behandlung sind, sind diese Patient:innen nicht zwingend als Menschen mit Heavy Use zu sehen. Für den Einzelfall können Lösungen entwickelt werden, um die administrativen Aufwände für die Abwicklung der Ein- und Austritt möglichst effizient zu gestalten.
Lösungsansätze für eine geeignete Betreuung und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kurzinterventionen ▪ Peer-Beratung und -Betreuung ▪ Ambulante Behandlung ▪ Aufsuchend

Tabelle 17 beschreibt Patient:innen des oben beschriebenen Segments 4 (geplante / gewollte Eintritte) anhand der erhobenen quantitativen Zahlen, konkret die Patient:innen mit *geplanten* Eintritten. Es ist zu beachten, dass *gewollte* Eintritte nicht zwingend *geplant* im Sinne des oben beschriebenen Segments sein müssen. Als Variable lag ausschliesslich das Kriterium «geplant / nicht geplant» vor, weshalb auf dieser Basis die ergänzende datenbasierte Beschreibung erfolgt. Zusätzlich ist diese Analyse exemplarisch und ergänzend zur Fallvignette zu verstehen.

Tabelle 17: Datenbasierte Beschreibung Segment 4

Beschreibung Segment 4 – Gewollter / geplanter / notwendiger Heavy Use (Patient:innen mit geplantem Eintritt, N=33)	
Merkmal	Geplante 1. Eintritte (N=33)
Klinik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 29% (N=26) der 1. Eintritte von Triaplus sind geplant. ▪ 100% (N=7) der 1. Eintritte von der Clenia Littenheid sind geplant.
Alter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 6% sind zwischen 0-19 Jahre alt. ▪ 24% sind zwischen 20-29 Jahre alt. ▪ 18% sind zwischen 30-39 Jahre alt. ▪ 12% sind zwischen 40-49 Jahre alt. ▪ 27% sind zwischen 50-59 Jahre alt. ▪ 9% sind zwischen 60-69 Jahre alt. ▪ 3% sind zwischen 70-79 Jahre alt.
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 51% sind männlich. ▪ 49% sind weiblich.
Zivilstand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64% sind ledig. ▪ 24% sind geschieden. ▪ 9% sind verheiratet. ▪ 3% sind verwitwet.
Nationalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 82% sind schweizerischer Herkunft. ▪ 18% sind nicht schweizerischer Herkunft
Wohnort	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 55% wohnen im Kanton Zug. ▪ 39% wohnen im Kanton Schwyz. ▪ 6% wohnen im Kanton Uri.
Aufenthalt vor Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 61% treten von Zuhause ein. ▪ 15% treten von einem Wohnheim ein. ▪ 21% treten von einem anderen Krankenhaus (Akutspital) ein. ▪ Die restlichen 3% treten von anderen Settings ein.
Einweisende Instanz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 24% Allgemeinspital, somatisches Spital. ▪ 18% Eigeninitiative. ▪ 15% Psychiatrie, eigene Institution, ambulant. ▪ 9% Praktizierende:r Ärzt:in ▪ 9% Praktizierende:r Psychiater:in ▪ 3% Psychiatrie, eigene Institution, stationär ▪ 3% Psychiatrie, andere Institution, ambulant
Hauptdiagnose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 27% haben eine F3-Diagnose. ▪ 24% haben eine F1-Diagnose. ▪ 24% haben eine F2-Diagnose. ▪ 18% haben eine F6-Diagnose. ▪ 3% haben eine F0 Diagnose. ▪ 3% haben eine F7-Diagnose.
Fürsorgerische Unterbringung (FU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% treten ohne FU ein.
Dauer Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchschnittlich 31 Tage ▪ Median 23 Tage ▪ Range: 2 bis 105 Tage.
Anzahl Aufenthalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 45% haben 4 Aufenthalte. ▪ 30% haben 5 Aufenthalte. ▪ 15% haben 6 Aufenthalte. ▪ 3% haben 8 Aufenthalte. ▪ 3% haben 11 Aufenthalte. ▪ 3% haben 24 Aufenthalte.

Aufenthalt nach Austritt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 60% der Patient:innen gehen nach Hause. ▪ 37% treten in ein Heim ein. ▪ Die restlichen Patient:innen (3%) treten in diverse andere Settings ein.
Anzahl Nebendiagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 27% haben 2 Nebendiagnosen. ▪ 15% haben 3 Nebendiagnosen. ▪ 12% haben 1 Nebendiagnose. ▪ 12% haben 6 Nebendiagnosen. ▪ 9% haben keine Nebendiagnose. ▪ 9% haben 4 Nebendiagnosen. ▪ 9% haben 5 Nebendiagnosen. ▪ 3% haben 10 Nebendiagnosen. ▪ 3% haben 14 Nebendiagnosen.
Kostengewicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostengewicht 0-9: 15% ▪ Kostengewicht 10-19: 9% ▪ Kostengewicht 20-29: 18% ▪ Kostengewicht 30-39: 21% ▪ Kostengewicht 40-49: 18% ▪ Kostengewicht 50-59: 0% ▪ Kostengewicht 60-69: 0% ▪ Kostengewicht 70-79: 3% ▪ Kostengewicht 80-89: 6% ▪ Kostengewicht 90-99: 0% ▪ Kostengewicht 100-199: 3% ▪ Fallzusammenführung: 6%

Tabelle 18: Segment 5 – Heavy Use aufgrund chronischer, psychischer Erkrankung

Segment 5: Heavy Use aufgrund chronischer, psychotischer Erkrankungen	
Kurzbeschreibung	Diese Kategorie umfasst Patient:innen mit einer (sehr) starken Ausprägung der Erkrankung resp. Symptomatik, häufig im psychotischen Bereich.
Krankheitsbilder und Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ chronische Erkrankungen aus dem psychotischen (schizophrenen) Formenkreis ▪ damit verbunden schwere, bis sehr schwere Verhaltensauffälligkeiten, ▪ allenfalls kognitive Beeinträchtigungen ▪ teilweise Suchtmittelkonsum
Demografische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mittleres bis fortgeschrittenes Alter ▪ 60% Männer, 40% Frauen
Sozio-ökonomische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht selbständig alltagstauglich ▪ Tendenz zur Verwahrlosung
Psychische Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kommunikativ oft eigenwillig, eigensinnig, Konversation über alltägliche Dinge aber gut möglich ▪ meist nicht urteilsfähig, in bestimmten Phasen und zu bestimmten Themen aber doch ▪ stufen sich selbst nicht als «krank» ein
Behandlungs- und Betreuungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrische Behandlung ist wichtig und nötig, insb. Medikation und Fragen der Medikation spielen eine grosse Rolle ▪ Psychotherapie i.e. Sinne ist weniger wichtig
Einweisung in die Klinik	Häufige Einweisung via FU
Weiteres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heavy Use resp. wiederholte Klinikaufenthalte sind idealerweise zu vermeiden: Gerade bei Menschen mit psychotischen Schüben bedeutet jeder Klinikaufenthalt ein Rückfall und somit eine Verschlechterung des Zustandes. ▪ Patient:innen dieses Segments werden wie Patient:innen aus dem Segment 2 aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten aus Wohneinrichtungen verwiesen. Patient:innen der Segmente 2 und 4 sollten nicht gemeinsam betreut oder untergebracht werden, da die Ursache für die Verhaltensauffälligkeiten heterogen sind (geistige Behinderung vs. psychotische Erkrankung) ▪ Zielgruppe der Recovery-Bewegung
Lösungsansätze für eine geeignete Betreuung und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreute Einzelwohnungen ▪ Interdisziplinäre konsiliarische Betreuung

Tabelle 19 beschreibt Patient:innen des oben beschriebenen Segments 5 anhand der erhobenen quantitativen Zahlen. Verglichen wurden verschiedene Merkmale (z.B. Alter, Setting vor Eintritt etc.) von Patient:innen mit einer F2-Diagnose (Schizophrenie, N=23). Man beachte, dass diese Analyse exemplarisch und ergänzend zur Fallvignette zu verstehen ist.

Tabelle 19: Datenbasierte Beschreibung Segment 5

Beschreibung Segment 5 – Heavy Use aufgrund chronischer, psychotischer Erkrankungen (Patient:innen mit F2-Diagnosen, Schizophrenie, N=23)	
Merkmal	Ergebnis
Klinik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 93% sind bei der Triaplus AG hospitalisiert. ▪ 7% sind bei der Clenia Littenheid AG hospitalisiert.
Alter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 22% sind zwischen 20-29 Jahre alt. ▪ 17% sind zwischen 30-39 Jahre alt. ▪ 26% sind zwischen 40-49 Jahre alt. ▪ 22% sind zwischen 50-59 Jahre alt. ▪ 9% sind zwischen 60-69 Jahre alt. ▪ 4% sind zwischen 80-89 Jahre alt.
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 56% sind männlich. ▪ 44% sind weiblich.
Zivilstand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 61% sind ledig. ▪ 17% sind verheiratet. ▪ 17% sind geschieden. ▪ 4% sind getrennt.
Wohnort	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 65% wohnen im Kanton ZG. ▪ 26% wohnen im Kanton SZ. ▪ 9% wohnen im Kanton UR.
Nationalität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 74% sind schweizerischer Herkunft. ▪ 26% sind nicht schweizerischer Herkunft.
Aufenthalt vor Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 65% treten von Zuhause ein. ▪ 22% treten von einem Wohnheim ein. ▪ 9% treten von einem anderen (Akut-)Spital ein. ▪ 4% ohne Angabe.
Eintrittsart	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 65% treten ungeplant (nicht angemeldet) ein. (Gesamtstichprobe: 66%) ▪ 35% treten geplant (angemeldet) ein. (Gesamtstichprobe: 34%)
Einweisende Instanz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 35% Praktizierende:r Psychiater:in ▪ 22% Eigeninitiative ▪ 17% Praktizierende:r Ärzt:in ▪ 9% Psychiatrie eigene Institution, ambulant ▪ 4% Allgemeinspital, somatisches Spital ▪ 4% Psychiatrie andere Institution, ambulant ▪ 4% Psychiatrie andere Institution, stationär
Fürsorgerische Unterbringung (FU)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 83% treten ohne FU ein. (Gesamtstichprobe: 80%) ▪ 13% treten per FU ein. (Gesamtstichprobe: 19%) ▪ 4% ohne Angabe. (Gesamtstichprobe: 1%)
Dauer Aufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Durchschnitt dauerte der 1. Aufenthalt 32 Tage. ▪ Die Aufenthaltsdauer variierte zwischen 1 und 132 Tagen. ▪ Der Median beträgt 22 Tage.
Anzahl Aufenthalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 39% haben 4 Aufenthalte. ▪ 22% haben 6 Aufenthalte. ▪ 13% haben 5 Aufenthalte. ▪ 4% haben 9 Aufenthalte. ▪ 4% haben 11 Aufenthalte. ▪ 4% haben 14 Aufenthalte.
Aufenthalt nach Austritt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 62% gehen nach dem Austritt nach Hause. ▪ 22% gehen nach dem Austritt in ein Wohnheim. ▪ 4% gehen nach dem Austritt in ein Kranken-/Pflegeheim. ▪ 4% gehen nach dem Austritt in ein Altersheim. ▪ 4% haben keinen festen Wohnsitz. ▪ 4% ohne Angabe zum Aufenthalt nach dem Austritt.
Anzahl Nebendiagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 35% haben 2 Nebendiagnosen. ▪ 30% haben 1 Nebendiagnose. ▪ 13% haben 3 Nebendiagnosen. ▪ 12% haben 4 Nebendiagnosen. ▪ 9% haben keine Nebendiagnose.
Kostengewicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostengewicht 0-9: 13% ▪ Kostengewicht 10-19: 0% ▪ Kostengewicht 20-29: 22% ▪ Kostengewicht 30-39: 13%

	<ul style="list-style-type: none">▪ Kostengewicht 40-49: 9%▪ Kostengewicht 50-59: 9%▪ Kostengewicht 60-69: 0%▪ Kostengewicht 70-79: 9%▪ Kostengewicht 80-89: 4%▪ Kostengewicht 90-99: 0%▪ Kostengewicht 100-199: 9%▪ Fallzusammenführung: 13%
--	--

Segmentübergreifende Erkenntnisse

Nachfolgende Tabellen geben die Kernaussagen der Expert:innen pro Fragestellung und in zusammenfassender abstrahierter Weise wieder.

Interview Fallvignetten

Segmentübergreifende Merkmale und generelle Tendenzen bei Menschen mit Heavy Use

Die befragten Expert:innen stellen eine hohe **Heterogenität** der Menschen mit Heavy Use fest:

- Menschen mit Heavy Use sind sowohl bezüglich ihrer Diagnose als auch bezüglich ihrer Persönlichkeit sehr unterschiedlich.
- Auch bezüglich des Alters sind Menschen mit Heavy Use sehr heterogen: Einerseits geht ein fortgeschrittenes Alter mit erhöhter Multimorbidität einher, andererseits betreffen einige Krankheitsbilder, die zu Heavy Use führen können, häufig auch jüngere Personen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung).
- Es sind individualisierte Konzepte notwendig. Ein Konzept für alle Menschen mit Heavy Use vermag den sehr individuellen Krankheitsbildern, Persönlichkeiten und Hintergründen nicht gerecht zu werden.

Gemeinsamkeiten von Menschen mit Heavy Use werden von den befragten Expert:innen insbesondere bezüglich **sozio-ökonomischer Merkmale** festgestellt:

- Fehlende soziale Einbettung und fehlender Zugang zu Unterstützung (z.B. alleinstehend, unterprivilegiert) stehen häufig in Zusammenhang mit Heavy Use. Das professionelle Netzwerk ersetzt häufig das fehlende private Netzwerk.)
- Menschen mit Heavy Use sind häufig erwerbsunfähig und erhalten Unterstützung durch die IV oder die Sozialhilfe.
- Die soziale Desintegration zeigt sich zudem in Schwierigkeiten, eine Wohnung zu unterhalten, in Schwierigkeiten bei der Freizeitgestaltung und der Strukturierung des Alltags sowie in Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung langfristiger Beziehungen.
- Die Weichen für Heavy Use werden im Jugendalter gestellt, z.B. begünstigen regelmässige Klinikaufenthalte in der Jugend oder ein fehlendes familiäres System späteren Heavy Use.

Gemäss der befragten Expert:innen ist die **Vorhersage von Heavy Use** schwierig:

- Es gibt zwar Indikatoren für Heavy Use (bestimmte Krankheitsbilder und sozio-ökonomische Verhältnisse), jedoch ist eine zuverlässige statistische Vorhersage schwierig.
- Erfahrung und Intuition des Fachpersonals liefern häufig treffende Vorhersagen zu möglichem Heavy Use.
- Die Identifikation von Menschen mit Heavy Use, bevor sie den Heavy Use entwickeln wäre sehr wichtig, um wiederholte Hospitalisierungen vermeiden zu können (da Frühbehandlung möglich). Hierzu besteht jedoch kein gesichertes Wissen.

Folgende generellen Feststellungen lassen sich zu den **Klinikaufenthalten** machen:

- Menschen mit Heavy Use unterschiedlicher Kategorien sollten aufgrund ihrer sehr heterogenen Krankheitsbilder und Betreuungs- und Behandlungsbedürfnisse nicht gemeinsam untergebracht werden.
- Die Dauer eines Klinikaufenthalts ist abhängig von den ursächlichen Faktoren des Heavy Use, z.B. bleiben Patient:innen mit sozialen Indikationen länger, Patient:innen mit somatischen Indikationen weniger lange.

Gemäss den befragten Expert:innen ziehen bestimmte Krankheitsbilder Mehrfachaufenthalte in einer Klinik nach sich, die auf das Krankheitsbild zurückzuführen sind und daher von Heavy Use abgegrenzt werden sollten. Mehrfachaufenthalte aufgrund der folgenden Krankheitsbilder fallen aus Sicht der befragten Expert:innen nicht in die Kategorie Heavy Use:

Interview Fallvignetten	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menschen mit Heavy Use sind nicht mit Patient:innen mit komplexen Symptomatiken zu verwechseln, obschon es unter den Menschen mit Heavy Use viele Menschen mit komplexen Krankheitsbildern gibt. ▪ Teilweise steht Heavy Use in Verbindung mit gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern. Letzteres wird nicht als Heavy Use per se gesehen, da die Betroffenen meist keine anderen Anlaufstellen haben.

3.3 Interviews Good Practice

Good Practice 1: Hometreatment (UPK Basel-Stadt, IPW, PDAG)	
Kurzbeschreibung	Behandlung wird individuell auf den/die Patient:in abgestimmt Hometreatment zeitlich begrenzt eignet sich auch nach einem stationäre Aufenthalt – Verkürzung der Aufenthaltsdauer
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insb. Segment 5: Heavy Use aufgrund chronischer, psychotischer Erkrankungen ▪ Je nach Ausprägung auch für Segment 4 (sinnvoller HU) geeignet ▪ Insb. auch für Eltern von kleinen Kindern eignen sich gut
Beteiligte Fachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der grösste Teil der Leistungen wird durch Pflegepersonal der Institution erbracht ▪ Eine ärztliche / medizinische Leitung ist zwingend. ▪ Teilweise sind Sozialarbeiter:innen oder Psycholog:innen beteiligt.
Ergebnisse / Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsparung von 30% der stationären Behandlungstage (<i>Abgleich mit Studie von U. Hepp und Präsentation UPK BS.</i>)
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ist nicht geregelt: Hometreatment-Angebote sind häufig nicht selbsttragend und können bei fehlender Subventionierung nicht mehr weitergeführt werden. ▪ Zeittarife funktionieren für das Hometreatment nur eingeschränkt.
Chancen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Behandlung kann auf das individuelle Umfeld abgestimmt werden (d.h. es wird eine Behandlungsform gewählt, die im individuellen Alltag umgesetzt werden kann).
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegeleistungen machen einen grossen Teil der im Rahmen des Hometreatment erbrachten Leistungsangebots aus. Das Pflegepersonal fühlte sich vom Behandlungssetting teilweise überfordert, da es während der pflegerischen Tätigkeit auch mit medizinischen oder sozialpädagogischen Fragestellungen konfrontiert wird. Spezifische Aus- oder Weiterbildungen sind zwingend notwendig, um in solchen Situationen die adäquaten Massnahmen zu ergreifen resp. die erforderlichen Fachpersonen beizuziehen.
Erforderliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spezifische Aus- oder Weiterbildung für Pflegepersonal ▪ Die gesetzliche Verankerung des Hometreatment ist notwendig, um die Finanzierung nachhaltig zu sichern (wie dies z.B. im Kanton Graubünden der Fall ist). Regionalpolitische Versorgungssicherheit als mögliche Argumentation für die gesetzliche Verankerung des Hometreatment. ▪ Interkantonale Zusammenarbeit und Angebotsbündelung, da in der Regel ein Reaktionsradius von ca. 30 km festgelegt wird.

Good Practice 2: Behandlung durch niedergelassene Psychiater im Sinne vertiefte integrierte Versorgung	
Kurzbeschreibung	Langfristige therapeutische Beziehungen und Therapiekonstanz sind für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen besonders wichtig. Diese können ihnen durch niedergelassene Psychiater geboten werden. Da die betroffenen Patient:innen aufgrund ihres Zustandes nicht immer in der Lage sind, die Praxis aufzusuchen, wird mit der psychiatrischen Spitex zusammengearbeitet. Idealerweise bieten die Niedergelassenen in Kliniken konsiliar- und liaisonpsychiatrische Tätigkeiten an (zur Begleitung bestehender Patient:innen und zur Begleitung des Übergangs von der stationären zur ambulanten Behandlung).
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insb. Segment 5: Heavy Use aufgrund chronischer, psychotischer Erkrankungen
Beteiligte Fachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niedergelassene ▪ Psychiatriespitex
Ergebnisse / Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl Hospitalisationen der eigenen Patient:innen nehmen im Laufe der Therapie ab (teilweise sehr lange, therapeutische Beziehungen)
Finanzierung	<p>Ist nicht gelöst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Da nur die Behandlungszeit finanziert ist, besteht für Niedergelassene wenig Anreiz, sich mit besonders komplexen Patienten zu beschäftigen. ▪ Zusätzlich zur Behandlungszeit sollten auch weitere Leistungen, welche zur optimalen Behandlung beitragen finanziert werden können (z.B. technisches Equipment, Sekretariatsarbeit, Dolmetscher)
Chancen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiekonstanz ▪ Sehr gute Kenntnis der Patient:innen, ihres Krankheitsbildes und der medizinischen Vorgeschichte
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da die finanzierte Behandlungszeit begrenzt ist, können häufig keine Einweisungen vorgenommen werden oder eine fürsorgliche Unterbringung in die Wege geleitet werden. Lösungsansatz: Notwendigkeit der Klinikeinweisung wird mit den Patient:innen diskutiert oder Angehörige gebeten, die Patient:innen in die Klinik zu bringen. ▪ Notwendige Infrastruktur und Netzwerk an Fachpersonen ist in Praxen schwierig zu etablieren (nicht immer ein Sekretariat vorhanden, keine Sozialarbeiter:innen oder weitere Fachpersonen in Praxis angestellt) ▪ Der Aufbau der therapeutischen Beziehung benötigt viel Zeit. Entsprechend lange dauert es, bis Hospitalisationen vermieden oder verringert werden können.
Erforderliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Niedergelassenen: Dies kann z.B. im Kanton Solothurn aufgrund persönlicher Beziehungen zwischen den Fachpersonen gewährleistet werden andernorts besteht diese Verflechtung jedoch nicht.

Good Practice 3: Integrierte Versorgung und Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) LUPS	
Beschrieb	<p>Alle Kliniken und Dienststellen der LUPS sowie die GiA arbeiten zusammen und definieren die vorgesehene Behandlung eines Patienten. Entscheide werden im System der LUPS festgehalten.</p> <p>Ziel: Hometreatment resp. GiA als ergänzendes Angebot zum stationären Aufenthalt, nicht zwingend zur Vermeidung von Hospitalisationen.</p> <p>GiA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Teams der gemeindeintegrierten Akutbehandlungen betreuen Patient:innen für eine befristete Zeit in ihrem häuslichen Umfeld (Hometreatment). Die Behandlung und Betreuung werden dabei individuell auf den/die Patient:in abgestimmt. ▪ Ist eine vorübergehende stationäre Behandlung (Krisenintervention) notwendig, wird die Behandlung zusammen mit Fachpersonen der Klinik Luzern oder Klinik St. Urban weitergeführt. So bleibt die Behandlungskontinuität durch das GiA-Team gewährleistet. ▪ Nach der akuten Krankheitsphase und der Entlassung aus der GiA koordiniert das GiA-Team die ambulante Weiterbehandlung, je nach den individuellen Bedürfnissen beim Hausarzt, einer niedergelassenen Psychologin oder Psychiaterin, im Ambulatorium oder in einer anderen geeigneten Institution.²⁴
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Behandlungsangebot richtet sich an Menschen in einer akuten psychischen Krankheitsphase (Segment 4 und Segment 3) ▪ Unabhängig von der Diagnose können alle Patientinnen und Patienten behandelt werden. (Ausschlusskriterien: nicht abschätzbares Suizidrisiko / Fremdaggression) ▪ Bei freiwilligen Eintritten in die Klinik wird im Rahmen eines Vorgesprächs evaluiert, ob eine stationäre Behandlung oder die Betreuung durch die GiA sinnvoller ist.
Beteiligte Fachpersonen	<p>GiA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primäre Leistungserbringer: Pflegepersonal ▪ Ärztlicher Dienst (Psychologen, Ärzte) ▪ Zudem wird die Zusammenarbeit mit weiteren, externen Stellen gesucht: KESB, Beistände, soziale Beratungszentren, psychiatrische Spitex. Die Zuständigkeiten werden mittels detailliertem Krisenplan geregelt.
Ergebnisse / Wirkungen ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Statistisch signifikante Verkürzung der stationären Behandlungstage (eine Vermeidung der stationären Behandlung ist nicht das Ziel) ▪ Kostenvorteile gegenüber der vollstationären Regelbehandlung von 15 bis 20% (primär aufgrund tieferer Infrastrukturkosten).
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finanzierung über die Grundversicherung (alle Menschen haben Anspruch auf GiA-Leistungen)

²⁴ Informationen aus dem Interview ergänzt durch Informationen zur GiA: <https://www.lups.ch/erwachsenen-psychiatrie/allgemeinpsychiatrie/gemeindeintegrierte-akutbehandlung/>

²⁵ Kraan, Karlen (2016). Gemeindeintegrierte Akutbehandlung – Stadt und Land. Vortragsunterlagen.

Good Practice 3: Integrierte Versorgung und Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) LUPS	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abgeltung via Tagespauschalen analog zur Behandlung in Tageskliniken. ▪ Wird die psychiatrische Spitex beigezogen, erfolgt die Finanzierung der psychiatrischen Spitex über die GiA (eine gleichzeitige Inanspruchnahme von Spitex und GiA ist nicht möglich)
Chancen / Erfolgsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch den Zusammenschluss der involvierten Stellen und die enge Zusammenarbeit wird der Wissenstransfer sichergestellt (Patient:in, Krankheitsbild, Entscheide sind allen Beteiligten bekannt). ▪ Es werden Behandlungslösungen gefunden, die im Alltag der Patient:innen funktionieren. ▪ GiA ermöglicht eine umfassende Begleitung und ressourcenorientiertes Arbeiten mit den Patient:innen: Angehörige werden einbezogen, Patient:innen können bei der Stellensuche begleitet werden, etc.
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenarbeit mit Institutionen für Menschen mit Behinderung wäre wünschenswert, hat sich jedoch nicht institutionalisiert. Finanzierung und Verantwortlichkeiten sind nicht geklärt. ▪ Kantonsgrenzen-übergreifende Hometreatment-Angebote wären aus geografischer Sicht sinnvoll, werden aber aufgrund komplizierter oder fehlender Finanzierung nicht erbracht.
Erforderliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Räumliche Nähe und gute / schnelle Erreichbarkeit der Patient:innen durch das aufsuchende Angebote sollte gewährleistet sein.

Good Practice 4: PDGR – individuell abgestimmte Massnahmen	
Beschrieb	<p>Kombination unterschiedlicher Massnahmen je nach Bedarf und Bedürfnis der Patient:innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulante Dienste und eigene psychiatrische Spitex: Häusliche Betreuung von chronisch Kranken Patient:innen, 1 bis 2 Stunden pro Woche, in Übergangssituationen bis zu 4 Stunden ▪ Aufsuchende Krisenintervention: Oberärzte und Pflegepersonal betreuen Patient:innen in einem Umkreis von 30 km zuhause. Nur an Wochenenden, während die Kliniken und Ambulatorien geschlossen sind. ▪ Flexible Plätze für Menschen mit Heavy Use, die auf eine geeignete Platzierung warten, in den eigenen Heimen ▪ Zukunftsidee: Eigene Wohngruppe für Menschen mit Heavy Use aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen (Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch halbjährlich rochierendes Personal) ▪ Verschiedene Austauschgefässe wurden institutionalisiert: stationsübergreifende monatliche «Heavy User»-Sitzung für patientenübergreifende Besprechungen, kurzfristig einberufenen Einzelfallbesprechungen, regelmässige Austauschsitungen mit KESB, Spitex und Wohnheimen, zwei jährliche Sitzungen mit dem Amt für Migration, jährliche Sitzung mit der Polizei
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient:innen mit kognitiver Beeinträchtigung und Verhaltensstörungen, die in keiner Einrichtung unterkommen (Segment 3)
Beteiligte Fachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn möglich wird der Austausch mit allen Stellen und Fachpersonen gesucht, die an der Betreuung der Patient:innen beteiligt sind.
Ergebnisse / Wirkungen	Keine Zahlen vorhanden, durch die Krisenintervention können jedoch erfahrungsgemäss Eintritte vermieden werden (es gibt teilweise Patient:innen, die sich jedes Wochenende melden und die im Rahmen der Krisenintervention ausreichend betreut werden können)
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abgrenzungen der Leistungen der involvieren Stellen ist teilweise schwierig und daher auch die Abrechnung nicht klar geregelt.
Erfolgsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Fallführung und Bezugspersonenfunktion wird idealerweise von ein bis zwei Personen wahrgenommen (über alle Stationen und Dienststellen hinweg) ▪ Das Behandlungssetting für Menschen mit Heavy Use aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen sollte möglichst stabil und unter Vermeidung grösserer Veränderungen gestaltet werden.
Chancen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen erleichtert die Gestaltung von Übertritten (z.B. können Patient:innen ein Heim schrittweise kennenlernen, bevor der Übertritt stattfindet)
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es ist zu wenig qualifiziertes Personal vorhanden, das gerne mit Menschen mit Heavy Use arbeitet und in der Lage ist, fachliches und persönliches zu trennen. ▪ Es gibt nur wenige niederschwellige Anschlusslösungen für Menschen mit Heavy Use aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen vorhanden.
Erforderliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Überlegungen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen, abgestimmt auf die Bedürfnisse der Klient:innen.

Good Practice 5: Individualisierte Settings für unterschiedliche Patienten, HUG	
Beschrieb	<p>Patient:innen werden in individualisierten Settings gemäss ihren Bedürfnissen betreut und behandelt. Die Patient:innen und die Angehörigen werden in die Definition des Behandlungssettings miteinbezogen. Folgende Betreuungs- und Behandlungsleistungen können dabei zum Einsatz kommen, um Hospitalisationen zu minimieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Case Management de Transistion, CMT: Patient:innen werden beim Klinikaustritt während 6 bis 8 Wochen von gleichbleibenden Betreuungspersonen begleitet. Falls ein erneuter Klinikaufenthalt notwendig wird, bleiben die Betreuungspersonen bestehen. (Patienten mit limitierter Begleitung 6 – 8 Wochen, immer dieselben Betreuungspersonen) ▪ Equipe mobile de suivi intensif dans le milieu : Multidisziplinäre Teams betreuen die Patient :innen mit einer Frequenz von 3x-täglich bis zu einmal wöchentlich Zuhause. ▪ Sektorisierte Ambulatorien mit Hometreatment-Angeboten ▪ Einsatz von Koordinator:innen: Wenn eine Anfrage zur stationären Behandlung eintrifft, nehmen Koordinator:innen Kontakt mit der betroffenen Person und den Zuweisenden auf (bieten auch aufsuchende Abklärungen an). Es wird abgeklärt, ob eine Hospitalisierung notwendig ist. Als Koordinator:innen sind pflegerische Fachpersonen mit langjähriger Erfahrung tätig.
Zielgruppe	Individualisierte Angebote für alle Segmente von Menschen mit Heavy Use
Beteiligte Fachpersonen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CMT: Mediziner:innen und Pflegepersonal ▪ Equipe Mobile: Mediziner:innen, Pflegepersonal, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen
Ergebnisse / Wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinator:innen: 61% weniger Hospitalisierungen (nicht repräsentativ, Basis: 129 Anfragen seit Sommer 2021)
Finanzierung	Finanzierung ist geregelt, da die HUG die einzige Psychiatrie mit Leistungsauftrag im Kanton Genf ist: Die Gelder können flexibel zwischen stationären und ambulanten Leistungen aufgeteilt werden.
Erfolgsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Experimentieren und individuelle Lösungen suchen ▪ Konstante Bezugspersonen für die Patient:innen
Chancen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung kann an die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen angepasst werden
Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedingt die Offenheit für individuelle Lösungen.
Erforderliche Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hohe Flexibilität auch in Bezug auf die Finanzierung der individuellen Settings.

4 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse

Die Erhebung der quantitativen Zahlen hat ergeben, dass wir im erfassten Zeitraum von einer kleinen Anzahl Patient:innen (96) mit Heavy Use (HU) sprechen. Davon wurden 89 Patient:innen stationär bei der Triaplus behandelt.

Das heisst, die für diese Patientengruppe zu schaffenden Angebote können nicht von grosser struktureller Natur sein, da die Nachfrage zu klein ist. Vielmehr muss ein Setting von Lösungen gefunden werden, die einzelnen Patient:innen mit HU gerecht wird. Ein Setting an unterschiedlichen Lösungen wird zudem als geeignet erachtet, um der Heterogenität der Menschen mit HU gerecht zu werden.

4.1.1 Ambulante und intermediäre Strukturen im Konkordatsgebiet

Die Situation für ambulante und intermediäre Strukturen der Erwachsenenpsychiatrie der Triaplus in den drei Konkordatskantonen präsentiert sich gemäss Tabelle 20. Dies ist insofern wichtig, dass einige Empfehlungen in einzelnen Kantonen bereits vorhanden sind und sie die Erfahrungen im einen oder anderen Spezialthema bereits schon haben. Zudem sind die dezentralen Strukturen für die Leistungserbringung zentral. Unabhängig von den detaillierten im Rahmen der Analyse identifizierten Patientensegmenten handelt es sich hier um eine Gruppe, die von spezifischen Angeboten im Sinne einer integrierten Psychiatrieversorgung besonders profitiert.

Tabelle 20: Strukturen der Triaplus im Konkordatsgebiet (Erwachsenenpsychiatrie)

Kantone	Strukturen
Kanton Zug	Triaplus – Klinik Zugersee APP Zug
Kanton Schwyz	APP Goldau inkl. Tagesklinik APP Einsiedeln inkl. Tagesklinik APP Lachen 40% Konsiliar & Liaisonstelle
Kanton Uri	Tagesklinik Altdorf APP Altdorf

4.1.2 Priorisierung Patientensegmente

Im Berichtsteil Ergebnisse sind fünf Patientensegmente identifiziert worden (vgl. Tabelle 22). Diese können allerdings nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden. Im Verlaufe der Projektarbeit wurden die Patientensegmente priorisiert, denn es wäre nicht zielführend, für jedes Patientensegment eine eigene Lösung auszuhandeln. Auch aus den Best Practice Beispielen ergeben sich Lösungen, die dem Bedarf mehrerer Segmente gerecht werden können.

Tabelle 21: Anzahl Personen pro Segment und Kanton

Übersicht Anzahl Personen pro Segment und Kanton							
Segment	Total	UR		SZ		ZG	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Segment 1: Somatisch induziert ¹	-	-	-	-	-	-	-
Segment 2: Suchtinduziert	24	3	13	8	33	13	54
Segment 3: Geistige Beeinträchtigung	18	2	11	7	39	9	50
Segment 4: Gewollt / geplant / notwendig	33	2	6	13	39	18	55
Segment 5: Chronische, psychotische Erkrankungen	23	2	9	6	26	15	65
Total	98	9	9	34	34	55	56

Anmerkungen:

¹Das Segment 1 umfasst Menschen mit somatisch induziertem HU (Affektive Störungen inkl. Suizidversuch [F3], Angst- und Panikstörungen [F4], Borderline Störungen [F6] sowie Essstörungen [F5], vgl. Tabelle 11, S. 24). Im Rahmen der Erhebung wurden keine somatischen Variablen erfasst. Daher konnten diesem Segment nur Personen zugeordnet werden, bei denen somatische Beschwerden vermutet werden können, namentlich Personen mit einer F6 Diagnose. Diese machen lediglich 13% der 96 Patient:innen mit HU aus (vgl. Abbildung 9, S. 21). Aufgrund dieses kleinen Anteils wurde auf eine Zuordnung zu diesem Segment verzichtet. Somit ist auch keine Zuordnung zu den Kantonen möglich. Diese Personen wurden jedoch anderen Segmenten zugeordnet (z.B. geplanter / gewollter / notwendiger HU).

Weiter können Personen mehreren Segmenten zugeordnet werden (z.B. aufgrund von Komorbiditäten wie F3 und F6; suchtinduzierter HU und geplanter Eintritt etc.). Daher ist hier die Anzahl von 98 Personen grösser als die Anzahl der Gesamtstichprobe von 96 Personen. Es handelt sich explizit um eine Annäherung aufgrund der Parameter, die bei der Segmentierung berücksichtigt worden sind und nicht um eine mathematisch exakte Wissenschaft.

Tabelle 22: Patientensegmente

Segmente	Besonderheit
Segment 1: Somatisch-induzierter Heavy Use (Schnittstelle Somatik – Psychiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heterogene Patientengruppe mit dem Merkmal, dass sie nach einer akuten somatischen Behandlung in die Psychiatrie eingewiesen werden. ▪ Im Rahmen der quantitativen Erhebung konnten nur wenige Patient:innen eindeutig diesem Segment zugeordnet werden. <p>Segment 1 hat keine Priorität in der Weiterbearbeitung</p>
Segment 2: Durch eine Suchterkrankung induzierter Heavy Use	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingeschlossen sind Störungen durch Alkohol sowie durch andere psychotrope Substanzen. ▪ 46% der Patient:innen treten aus einem Akutspital resp. Wohnheim ein. Die restlichen 54% treten von zu Hause aus ein. <p>Segment 2 wird als prioritär eingestuft</p>
Segment 3: Heavy Use aufgrund einer geistigen Beeinträchtigung resp. Heavy Use aufgrund sozialer Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Gruppe ist sehr heterogen, hat aber eine wichtige Gemeinsamkeit: sehr oft sind Wohnheime, Beistände, KESB, teilweise die Justiz involviert. Bei diesen Patient:innen stehen nicht psychiatrische Interventionen und Behandlungen im Vordergrund, sondern sozialpädagogische und betreuerische Massnahmen, gepaart mit konsiliar-psychiatrischen Angeboten. ▪ Über 90% treten nach dem Aufenthalt in ein Wohnheim oder in eine andere Institution über. <p>Segment 3 wird als prioritär eingestuft</p>
Segment 4: Gewollter / geplanter / notwendiger Heavy Use	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieses Segment umfasst Patient:innen, die sehr oft und teilweise auch sehr lange stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen wollen oder müssen. ▪ Durch die häufigeren Kurzinterventionen sollen längere Aufenthalte vermieden werden und die Stabilisierung im Alltag soll gewährleistet sein. ▪ Heavy Use ist teilweise in den Behandlungsrichtlinien vorgesehen. <p>Segment 4 hat keine Priorität in der Weiterbearbeitung</p>
Segment 5: Heavy Use aufgrund chronischer, psychischer Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diese Kategorie umfasst Patient:innen mit einer (sehr) starken Ausprägung der Erkrankung resp. Symptomatik, häufig im psychotischen Bereich, oft gepaart mit Verhaltensauffälligkeiten. ▪ über 30% der Patient:innen treten in ein Wohnheim oder ähnliche Institution, aber über 60% der Patient:innen wohnen zu Hause. <p>Segment 5 wird als prioritär eingestuft.</p>

4.2 Ergebnisse aus dem Expert:innen Workshop

Am 8. März 2022 fand ein Workshop mit Expert:innen der Triaplusteam zum Thema «Definition von Handlungsfeldern und Massnahmen zur Versorgung von Menschen mit Heavy Use» statt. Ziel des Workshops war, konkrete Lösungen für zukünftige intermediäre Strukturen für Menschen mit HU im Konkordatsgebiet zu erarbeiten (auf Basis der vorhandenen Patientensegmente und Best Practices der Versorgung von Menschen mit HU). Das heisst: Im Rahmen des

Workshops wurde definiert, mit welchen Handlungsmaßnahmen für welche Patientensegmente intermediäre Angebote entstehen sollen.

In Bezug auf die Best Practice Beispiele sind sich die Expert:innen einig, dass nicht im Sinne des Giesskannenprinzips alles angeboten werden kann und dass ein gezielter und schrittweiser Ausbau von neuen Angeboten zielführender ist.

Die Diskussion hat ergeben, dass viele der Faktoren, die zu HU führen, nicht direkt mit der Psychiatrie zu tun haben, sondern vielmehr mit externen Faktoren wie beispielsweise Überforderungssituationen in Heimen, Kommunikationsproblemen, mangelnder Schulung und Sensibilisierung von anderen Professionals, Umgang mit FU (dies wird sehr unterschiedlich gehandhabt) etc. Bei den identifizierten Handlungsfeldern handelt es sich um wiederkehrende Themen. Die immer gleichen Themen weisen auch auf Versorgungslücken im Konkordatsgebiet hin. Die Expert:innen sind froh, wenn einzelne Themen jetzt schlank und pragmatisch bearbeitet werden können.

Tabelle 23: Zusammenstellung Ergebnisse Expert:innen Workshop

Handlungsfelder	Beschreibung / Ergebnis
<p>Aufsuchende Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hometreatment ▪ Konsiliar- und Liaisondienst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufsuchende Angebote betreffen sowohl Patient:innen zu Hause wie jene auch in Wohnheimen, betreutem Wohnen sowie Alters- und Pflegeheime. (Patientensegment 3 und 5 und teilweise 2) ▪ Das aufsuchende Angebot muss regional verankert sein, ideal dafür sind die APP in den drei Konkordatskantonen. In Bezug auf die Erreichbarkeit sind sie sich einig, dass in den drei Kantonen eine gute Abdeckung, ausgehend von den APP möglich ist. Auch dies kann für die Segmente 3 und 5 und teilweise 2 genutzt werden. <p><i>Fazit: Beginnen mit dem Aufbau eines flächendeckenden Konsiliar- und Liaisondienstes.</i></p> <p><i>Einführung eines sehr fokussierten und individuell abgestimmten Hometreatment (Hometreatment light) für ausgewählte Patient:innen mit HU.</i></p> <p><i>Ein flächendeckendes Hometreatment wird derzeit als zu aufwändig für die Reduktion von HU angesehen.</i></p>
<p>Behandlungskontinuität</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungskontinuität ist für Patient:innen mit HU sehr wichtig, damit nicht bei jedem Eintritt andere Bezugspersonen zuständig sind (ärztliche und pflegerische Kontinuität) ▪ Zum Thema Behandlungskontinuität gehören aber auch interprofessionelle Fallbesprechungen unter Einbezug von KESB, Wohnheim, Angehörigen, niedergelassenen Psychiater etc., um ein individuelles, auf die Patient:innen mit HU zugeschnittenes Setting zu etablieren und somit wiederholte Eintritte zu reduzieren. ▪ Zudem bedürfen Patient:innen mit HU eines erhöhten Koordinationsbedarfs für die Lenkung des Behandlungspfades (Case Management). ▪ Dies gilt vor allem für Patient:innen der Segmente 3 und 5. <p><i>Fazit: Es besteht Einigkeit unter den Expert:innen, dass die Behandlungskontinuität enorm wichtig ist. Im Sinne von interprofessionellen Fallbesprechungen so</i></p>

Handlungsfelder	Beschreibung / Ergebnis
	<i>genannten «Roundtables» könnte die patientenzentrierte Abstimmung integriert werden.</i>
Niederschwelliges Kriseninterventionszentrum	<ul style="list-style-type: none"> Ein niederschwelliges Kriseninterventionszentrum (KIZ) könnte die Anzahl Aufenthalte der Patient:innen mit HU sicherlich reduzieren. Hier würden auch die Segmente 1 und 4 angesprochen. Insbesondere für die Patient:innen des Segments 2 wäre ein solches KIZ sinnvoll. Idealerweise ist das KIZ in einem Akutsomatischen Spital untergebracht und die psychiatrische Versorgung im Spital vor Ort stattfindet. <p><i>Fazit: Das Projekt KIZ wurde bereits andernorts thematisiert und wird an dieser Stelle nicht weiterverfolgt.</i></p>

4.3 Schlussfolgerungen

4.3.1 Integrierte Psychiatrieversorgung

Die bereits im Ergebnisteil aufgeführten Best Practice Beispiele können unter dem Oberbegriff «Integrierte Psychiatrieversorgung» subsummiert werden. Im Hinblick auf eine Integrierte Psychiatrieversorgung ist eine gute Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zentral. Dies sowohl zwischen den verschiedenen Bereichen der Psychiatrie (stationär, spitalambulant, praxisambulant) als auch mit Leistungserbringern aus der weiteren Versorgungslandschaft (bspw. Akutsomatik, Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Menschen mit einer Behinderung, Sozialdienste, KESB usw.).

Die Angebote der Integrierten Psychiatrieversorgung sind im Schweizer Finanzierungssystem nicht adäquat abgebildet. Deshalb sind solche Angebote auf die Spezialfinanzierung seitens der Kantone angewiesen. Insbesondere im ambulanten Setting ist die fehlende Abdeckung durch Krankenversicherungsleistungen über TARMED von hoher Priorität und eine Lösung unerlässlich.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

- ➔ Die Pflege von Schnittstellen in der gesamten Versorgungslandschaft durch die Leistungserbringer ist ein wichtiges Qualitätskriterium der Integrierten Psychiatrieversorgung. Dabei handelt es sich um ein Kriterium, welches bei der Vergabe von Leistungsverträgen berücksichtigt werden sollte.
- ➔ Die Finanzierung von neuen oder ausgebauten Angeboten der Integrierten Psychiatrieversorgung muss zumindest in einer Anfangsphase von kantonaler Seite her sichergestellt werden (Anschubfinanzierung), damit die Patient:innen mit HU optimal versorgt und vermeidbare Klinikaufenthalte minimiert werden können.

4.3.2 Heterogenität der Gruppe von Patient:innen mit HU

Die Patient:innen mit HU können zwar anhand von einzelnen Indikatoren einem Patientensegment zugeordnet werden. Diese Zuordnung vermittelt eine gute Gruppierung über die einzelnen Patient:innen. Dennoch bestehen Überschneidungen und es kann keine ganz klare, trennscharfe Abgrenzung vorgenommen werden.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

- ➔ Für jedes Patientensegment ein eigenes Angebot aus der Integrierten Psychiatrie abzuleiten, wäre nicht zielführend.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

- ➔ Vielmehr muss ein Setting von Lösungen gefunden werden, das einzelnen Patient:innen gerecht wird. Somit ist es auch nicht zielführend, wenn für jedes Patientensegment eine eigene Lösung ausgehandelt wird.
- ➔ Hingegen dienen die quantitative Analyse und die ergänzende datenbasierte Beschreibung der einzelnen Segmente als Kriterien für eine zukünftige wirkungsorientierte Überprüfung, indem in 2 bis 3 Jahren nach Inkrafttreten von Angeboten überprüft wird, ob sich die Anzahl der Klinikaufenthalte reduziert hat.

4.4 Lösungsansätze

Im Ergebnisteil wurden auf der Basis von Interviews fünf Best Practice Modelle beschrieben. Für die Ausarbeitung der Empfehlungen fokussierten wir uns auf diejenigen Good Practice Modelle, die derzeit für das Psychiatriekonkordat in Frage kommen. All diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie einen patientenzentrierten Ansatz verfolgen.

Aufgrund der Ergebnisse (Anzahl Patient:innen mit HU, Strukturen der Psychiatrieversorgung im Konkordatsgebiet und der geografischen Besonderheiten) haben wir uns Schwerpunktmässig auf die beiden Best Practice Modelle 4 und 5 konzentriert. Diese beiden Modelle beinhalten individuell abgestimmte Massnahmen nicht nur für ein Segment, sondern für den einzelnen Menschen.

4.4.1 Institutionalisierte Konsiliar- und Liaisondienst

Bei Patient:innen aus allen Segmenten, die nicht im Privathaushalt wohnen, sondern in einer Wohnheimsituation leben (APH, Wohnheim, betreute WG), kann ein **institutionalisierter Konsiliar- und Liaisondienst** mit der Beratung und Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen bei der medizinischen Behandlung und Pflege von Menschen mit einer psychiatrischen Grunderkrankung unterstützen. Ziel ist, eine möglichst optimale Behandlung und Betreuung der Patient:innen vor Ort zu gewährleisten und Einweisungen in das stationäre psychiatrische Setting zu verhindern resp. zu minimieren. Hier können auch fallbezogene Supervisionen sowie Fortbildungsangebote und Teamsupervisionen angeboten werden. Im Kanton Schwyz gibt es beispielsweise in der APP Einsiedeln eine 40% Stelle für Konsiliar- und Liaisondienst. Somit ist das Modell bereits bekannt und erprobt.

Aus den Detailerhebungen geht hervor, dass nach einem stationären Aufenthalt ca. 21% des Segments 2, über 90% des Segments 3 sowie ca. 30% des Segments 5 in ein Wohn- resp. Alters- und Pflegeheim übertreten.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

- ➔ Mit einem institutionalisierten Konsiliar- und Liaisondienst können ca. 40% der Patient:innen mit HU aus den Segmenten 2, 3 und 5 erreicht werden (entspricht 35 der erfassten Patient:innen)

Zu erreichende Ziele:

- Die Behandlungskontinuität kann erheblich verbessert werden, was wiederum dazu führt, dass es zu weniger stationären Einweisungen kommt, da die Patient:innen vor Ort und die Gesundheitsfachleute unterstützt werden.
- Vermeidbare Einweisungen aufgrund von Überforderungssituationen, mangelnder medikamentöser Einstellung etc. können verringert werden.

Ort der Erbringung:

Konsiliar- und Liaisondienste können in den Kantonen UR und ZG analog des Kantons SZ erbracht werden. Gemäss dem Expert:innen Workshop funktioniert das sehr gut – ist aber stark von den einzelnen Fachpersonen abhängig.

Finanzierung:

- Der ärztliche Konsiliar- und Liaisondienst kann über die Krankenversicherung TARMED (Position 02.01) abgerechnet werden. Insbesondere in Alters- und Pflegeheimen sollte dies kein Problem darstellen.
- Die von einer Institution angestellten nichtärztlichen Fachkräfte (Psychiatriepflegefachpersonen, Sozialpädagog:innen und Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen sowie weiteres therapeutisches Fachpersonal mit adäquater Ausbildung) können mittels TARMED Position 02.04 abrechnen. Als Beispiel: Psychiatrische Pflegeleistungen können max. CHF 79.80 / Stunde abrechnen.²⁶
- In Institutionen für Menschen mit einer Beeinträchtigung muss in der Regel eine Kostengutsprache eingeholt werden.
- Dienstleistungen, die von der Krankenpflege erbracht werden, sind teilweise und nicht kostendeckend durch die Versicherer abgegolten. Patient:innen bezahlen max. 20% und die Restfinanzierung erfolgt über die Kantone / Gemeinden.

Kostenberechnung:

Die Kostenberechnungen können mit Bezug auf die Anzahl Personen, die diese Leistungen im Kanton erbringen, berechnet werden. Der Umfang der Ressourcen richtet sich nach der Anzahl der zu betreuenden Heime je Kanton. Rechnet man die Ressourcen des Kantons SZ heute hoch, dann bräuchte es im Kanton ZG eine zusätzliche 40% Stelle und im Kanton UR ca. 20% sowie für den Aufbau eine ca. 40% Projektstelle. Hochgerechnet würde dies einen Betrag von ca. CHF 150'000 p.a. bedeuten. Die Stellen im Kanton ZG und UR sind klar zugeordnet, die CHF 100'000 Projektkosten (Erfahrung aus ähnlichen Projekten) könnten nach dem Schlüssel zwischen den drei Kantonen aufgeteilt werden. Nach zwei Jahren sollte die Anschubfinanzierung auslaufen und die anfallenden Kosten sind über die Regelfinanzierung sicherzustellen.

Controlling:

- Die Wirkung dieser Massnahme lässt sich nach der Inkraftsetzung des Konsiliar- und Liaisondienst messen, indem sich die Anzahl Aufenthalte der Patientensegmente 3 und 5 verringern sollte. Die Wirkung wird höchstwahrscheinlich nicht unmittelbar eintreten, sollte sich jedoch nach ca. 2 Jahren zeigen.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

- ➔ Der Aufbau eines institutionalisierten Konsiliar- und Liaisondienstes kann in den beiden Kantonen UR und ZG analog des Kantons SZ aufgebaut werden.
- ➔ Die Kostenberechnung beläuft sich auf ca. CHF 250'000 p.a.
- ➔ Wichtiger als der Aufbau der Ressourcen ist jedoch die Institutionalisierung des Konsiliar- und Liaisondienstes. Dies dürfte in Alters- und Pflegeheimen einfacher sein als in Institutionen für Menschen mit einer Behinderung. In diesem Sinne wäre eine Anschubfinanzierung für die Projektierungsphase resp. Pilotphase zu erwägen. Wenn das Angebot institutionalisiert ist, kann es via TARMED abgerechnet werden. Die Notwendigkeit eines Leistungsauftrages wäre zu prüfen.

²⁶ Vgl. BAG, Schlussbericht: Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie, 2018, Büro BASS

4.4.2 Individuell abgestimmte Massnahmen

Die Patient:innen werden in individualisierten Settings gemäss ihren Bedürfnissen betreut und behandelt und erhalten ihr Behandlungssetting für nach dem Klinikaufenthalt. Das heisst, es gibt eine Kombination unterschiedlicher Massnahmen für die identifizierten Patient:innen. In einem ersten Schritt besteht eine Fokussierung auf das Patientensegmente 3 und 5 sowie auf Patient:innen des Segments 2 mit 6 und mehr Aufenthalten pro Jahr, das heisst, auf Patient:innen mit einem chronischen, psychiatrischen Leiden oder HU aufgrund sozialer Indikationen resp. kognitiver Beeinträchtigung. Hier gibt es auch Berührungspunkte oder Überschneidungen mit dem Konsiliar- und Liaisondienst.

Massnahmen:

- Aufbau von institutionalisierten und interprofessionellen Austauschgefässe innerhalb der Triplus.
- Regelmässige Austauschsitzen mit Angehörigen, KESB, Spitexorganisationen, niedergelassenen Psychiater:innen, allenfalls Vertretungen der Justiz etc. Wenn möglich wird der Fachaustausch mit allen Stellen und Fachpersonen gesucht, die intern wie auch extern an der Betreuung der Patient:innen beteiligt sind.
- Einsatz von Case Manager:innen (Kordinator:innen), die sich um den Behandlungspfad kümmern und Netzwerk und externe Dienstleistungen organisieren.

Aus den Detailerhebungen geht hervor, dass 18 Patient:innen dem Segment 3 sowie 23 Patient:innen dem Segment 5 zugeordnet werden können. 6 Patient:innen aus dem Segment 2 haben 6 oder mehr Aufenthalten.

Zu erreichende Ziele:

- Das individuelle Setting kann je Patient:in definiert werden, was zu einer Verbesserung der Behandlungskontinuität führt und mit den entsprechenden Massnahmen zu weniger stationären Aufenthalten führen dürfte.
- Vermeidbare Einweisungen aufgrund mangelnder Vernetzung und nicht adäquaten Behandlungssettings nach Austritt.

Ort der Erbringung:

- Taktgeber für diese Massnahmen ist der stationäre Bereich.

Finanzierung:

- Alle Leistungen, die mit den oben beschriebenen Massnahmen einhergehen, sind dem stationären Setting zugeteilt und somit aus Sicht der Finanzierer ein Teil von TARPSY.
- Die Finanzierung der Massnahmen beim stationär-ambulanten Übergang steht mit der uneinheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen²⁷ einerseits, und der trennscharfen Abgrenzung vom stationären zum ambulanten Bereich andererseits (abgebildet in zwei unterschiedlichen Tarifsysteimen) vor gewissen Herausforderungen.
- Sollen die individuell abgestimmten Massnahmen ausserhalb von TARPSY resp. TAR-MED finanziert werden, muss dies über kantonale gemeinwirtschaftliche Leistungen erfolgen.

Kostenberechnung

Die Kostenberechnungen können mit Bezug auf die Anzahl Personen, die diese Leistungen beziehen resp. konsumieren, erfolgen. Das heisst, die Leistungen werden nicht anhand eines gesamten Pauschalbetrages subventioniert, sondern nach einem Mengengerüst.

Denkbar wäre, dass für die Triplus pro Patient:in, die im Programm für die individuellen Massnahme ist, einen Betrag von CHF 5'000 p.a. ausbezahlt wird. Dies würde für die Verantwortlichen einen Anreiz schaffen, diese Massnahmen auszuarbeiten und umzusetzen. Die Klinik

²⁷ EFAS Partner: Forderung Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen, Bern 12. September 2018.

kann aus diesen Mitteln auch externe Personen (z.B. Niedergelassene Psychiater:innen) für die Teilnahme an solchen Fallbesprechungen entschädigen, wenn die Teilnahme davon abhängen sollte.

Die Kosten könnten nach dem Mengengerüst und der kantonalen Herkunft der Patient:innen auf die drei Kantone verteilt werden.

Controlling:

- Durch die Definition des Mengengerüsts kann zeitgerecht eruiert werden, für wie viele Patient:innen diese Leistung erbracht wird.
- Die Wirkung dieser Massnahme lässt sich nach der Inkraftsetzung der Massnahmen messen, indem sich die Anzahl Aufenthalte der Patientensegmente 3 und 5 verringern sollte. Die Wirkung wird höchstwahrscheinlich nicht unmittelbar eintreten, sollte sich jedoch nach ca. 2 Jahren zeigen

Schlussfolgerung und Empfehlungen

- ➔ Ein guter Austausch unter allen Beteiligten ist DER Erfolgsfaktor der personenzentrierten Begleitung. Wahrscheinlich ist es kontraproduktiv (Aussage aus dem Expert:innen Workshop), wenn eine neue Einheit geschaffen würde. Vielmehr sollten diese Massnahmen in den bestehenden Strukturen und mit den behandelnden Personen stattfinden. Wichtig ist, dass die Case Manager:innen sich aus dem Behandlungsteam rekrutieren (Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen) und sehr nahe bei den Patient:innen sind.
- ➔ Mit individuell abgestimmten Massnahmen können in der Theorie fast alle Patient:innen erreicht werden. Da es sich um sehr spezifische Massnahmen handelt, würden wir vorschlagen, dass aufgrund der identifizierten Patient:innen schrittweise Einzelmassnahmen ergriffen werden.
- ➔ Dies kann im sehr kleinen Rahmen mit einzelnen Patient:innen geschehen. Die Professionals der Triaplust kennen diese Menschen sehr gut, was die Umsetzung erleichtern dürfte.

4.4.3 Fokussierte aufsuchende Psychiatrie

Der Aufbau eines voll integrierten Hometreatments, wie es beispielsweise die UPK Basel, die PDAG oder die IPW kennen, sind aus Sicht der Expert:innen momentan nicht realisierbar. Es wäre zu aufwändig, diese Strukturen voll aufzubauen, um die relativ kleine Anzahl an Patient:innen mit HU besser zu versorgen.

Trotzdem sollte im kleinen Rahmen eine fokussierte aufsuchende Dienstleistung für individuell identifizierte Patient:innen angeboten werden. Das heisst, dass nach einer stationären Behandlung eine gezielte ambulant-aufsuchende Behandlung zur (Re-)Stabilisierung von Patient:innen im häuslichen Umfeld erfolgt.

Dieses Angebot ist nicht an ein Patientensegment gebunden, sondern soll individuell für einzelne Patient:innen aufgebaut werden.

Hier gibt es auch Berührungspunkte oder Überschneidungen mit dem Konsiliar- und Liaisondienst sowie den individuell abgestimmten Massnahmen.

Für den Aufbau könnte das Angebot Amnesia der Triaplust als Modell dienen.²⁸

²⁸ <https://www.amnesia-zug.ch/>

Zu erreichende Ziele:

- Schaffung eines patientenzentrierten, integrierten und kosteneffizienten Behandlungsangebotes für Patient:innen mit hoher Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen (Patient:innen mit HU).
- Verminderung von vermeidbaren stationären Aufenthalten aufgrund mangelnder und adäquater Versorgung zu Hause. In anderen Kantonen geht man von einer Verminderung der Anzahl Aufenthalte von ca. 30% aus.

Ort der Erbringung:

- Taktgeber für diese Massnahmen ist der stationäre Bereich, analog Amnesia. Der Radius für die aufsuchende Dienstleistung wäre in einem ersten Schritt auf den Kanton ZG beschränkt (die längste Strecke, die im Kanton ZG von Oberwil aus angefahren werden kann, beträgt 35 Minuten – gemäss Aussage am Expert:innen Workshop).
- Sollte sich das Angebot bewähren, könnte es auf die anderen Kantone ausgeweitet werden. Dann würden die Leistungen dezentral von den APP aus erbracht.

Finanzierung:

- Die Finanzierung erfolgt über die verrechenbaren TARMED Leistungen. Diese umfassen: Konsultationen/Gespräche, telefonische Konsultationen / Gespräche, Leistungen in Abwesenheit des Patienten und die Wegentschädigung (nur Ärzt:in).
- Vollkostenrechnungen in anderen Kantonen haben ergeben, dass die TARMED Einnahmen rund 40% der Vollkosten ausmachen. (Bei Bedarf könnte dies noch genauer mit dem internen Rechnungswesen berechnet werden).

Kostenberechnung

- Die Kostenberechnungen können mit Bezug auf die Anzahl Personen, die diese Leistungen erbringen, definiert werden. Alternativ können die Kosten von Modellrechnungen (Kosten pro Patient:in) berechnet werden. Die Subvention würde in Bezug auf die Anzahl Personen berechnet.

Ein Team für ca. 60 Patient:innen pro Jahr lässt sich wie folgt berechnen²⁹, Basis bildet der Kanton BS:

300% Pflege, 50% Sozialarbeit, 30 Psychiater, 30% Admin = Pro 100% Stelle rechnet man mit bis zu 15 Patient:innen. Dies ergibt also 60 Personen, die mit diesem Team betreut werden. Die Finanzhilfe im Kanton BS beliefen sich auf CHF 1'676'943 für drei Jahre. Pro Patient:in pro Jahr wären dies ungefähr CHF 10'000.

Controlling:

- Durch die Abrechnungen über TARMED können die einzelnen Leistungen im Controlling erfasst werden und auch eruiert werden, für wie viele Patient:innen diese Leistung erbracht wird.
- Die Wirkung dieser Massnahme lässt sich nach der Inkraftsetzung der Massnahmen messen, indem sich die Anzahl Aufenthalte der Patientensegmente 3 und 5 sowie des Segments 2 verringern sollte. Die Wirkung mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht unmittelbar ein, sollte sich jedoch nach ca. 2 Jahren zeigen.

²⁹ Vgl. UPK BS: Aufsuchende Psychiatrie 2017, Präsentation. Basel-Stadt hat die Berechnungen des Kantons TG übernommen.

Schlussfolgerung und Empfehlungen

- ➔ Die fokussierte aufsuchende Psychiatrie soll Schritt für Schritt aufgebaut werden. Das Angebot Amnesia dient als internes Modell.
- ➔ Den Verantwortlichen schwebt vor, dass in einem ersten Schritt mit 150% Stellenprozenten Pflegefachpersonen und 50% Psychiater:in resp. Sozialarbeiter:in begonnen werden soll.
- ➔ Die fokussierte aufsuchende Psychiatrie und die individuellen Massnahmen überschneiden sich teilweise. Die oben aufgeführten 200% Stellenprozente sind für beide Lösungsansätze gedacht. Somit könnten 15 – 20 Patient:innen der Segmente 2, 3 und 5 aufsuchend betreut werden.
- ➔ Synergien mit den anderen obengenannten Massnahmen sollen auf jeden Fall genutzt werden.

Anhang und Materialien

Detailergebnisse

Nachfolgend finden sich Detailergebnisse zu den Hauptdiagnosen beim 1. Eintritt. Im Ergebnisteil wurden ausschliesslich Diagnosen auf der ersten Ziffer zusammengefasst (z.B. F2 statt F25).

Tabelle 24: Hauptdiagnosen beim Eintritt

Hauptdiagnose beim 1. Eintritt		
F-Diagnose	Anzahl	%
F20.0	12	13
F10.2	9	9
F25.0	6	6
F32.2	5	5
F33.1	5	5
F33.2	5	5
F60.31	5	5
F10.0	4	4
F10.3	4	4
F61	4	4
F14.2	3	3
F43.1	3	3
F25.1	2	2
F05.8	1	1
F07.0	1	1
F10.4	1	1
F12.2	1	1
F122	1	1
F13.2	1	1
F20.5	1	1
F22.0	1	1
F25.2	1	1
F30.2	1	1
F31.3	1	1
F31.4	1	1
F31.5	1	1
F313	1	1
F32.1	1	1
F321	1	1
F33.3	1	1
F331	1	1
F41.0	1	1
F43.2	1	1
F44.2	1	1
F45.41	1	1
F60.8	1	1
F6031	1	1
F63.9	1	1
F70.1	1	1

Hauptdiagnose beim 1. Eintritt		
F-Diagnose	Anzahl	%
F70.9	1	1
F84.5	1	1
G30.8	1	1
Total	96	100

Erhebungsraster zur Erfassung der Variablen durch die Kliniken

Erhebungsraster (Variablen Nummern, z.B. 0.1.V04) entsprechen den Variablen gemäss Medizinischer Statistik.

Betriebsidentifikation		Verbiungscode	Aufenthalt		Soziodemografische Angaben - Personendaten						
-	0.1.V04	0.2.V01	-	-	1.1.V01	1.1.V03	1.1.V04	1.1.V04	1.1.V05	1.1.V05	3.2.V01
Name der Klinik	Kanton der Klinik	Anonymer Verbindungscode Patient:in	Aufenthalt (1.; 2., etc.)	Aufenthalt, >10, nämlich	Geschlecht	Alter bei Eintritt (in Jahren)	Wohnkanton	Wohnort (Region) anderes	Nationalität	Nationalität, anderes	Zivilstand

Erhebungsraster ff.

Eintritt								Austritt			
1.2.V01	1.2.V01	1.2.V02	1.2.V03	1.2.V03	1.2.V04	1.2.V04	3.3.V03	1.5.V01	1.5.V02	1.5.V03	1.5.V04
Jahr des Eintritts	Eintrittsdatum (xx.xx.20xx)	Aufenthaltsort vor dem Eintritt	Eintrittsart	Eintrittsart; anderes, nämlich	Einweisende Instanz	Einweisende Instanz; anderes	Fürsorgerische Unterbringung	Austrittsdatum (xx.xx.20xx)	Entscheid für Austritt	Aufenthalt nach Austritt	Behandlung nach Austritt

Erhebungsraster ff.

Diagnosen				Behandlung			
1.6.V01	1.6.V03	1.6.V03	4.4.V02	1.7.V01	1.7.V03	1.7.V03	-
Hauptdiagnose (ICD-10 Code)	Anzahl Nebendiagnosen (ICD-10)	Bezeichnung weitere ICD-10 Nebendiagnosen (mit Komma trennen)	Schweregrad (falls bekannt; Score numerisch integer)	Hauptbehandlung (CHOP Code)	Anzahl weitere Behandlungen (CHOP Codes), Zahlenformat	Bezeichnung weitere Behandlungen (mit Komma Trennen)	Kostengewicht

Erhebung zu Heavy Use in der stationären Psychiatrie: Fallvignetten

Allgemeine Informationen

- Dauer: Ca. 30-45min
- Interview-Führung durch Ursula Fringer (Partnerin socialdesign ag), simultane Mitschrift
- Art: Telefonisch oder per Zoom
- Angaben werden vertraulich behandelt

Allgemeine Informationen	
Interviewte Person	Interview
Name: Klinik: Funktion: Koordinaten:	Datum: Zeit: Interviewerin: Koordinaten:
Definitionen	
<ul style="list-style-type: none">▪ Unter «Heavy Use» verstehen wir in der vorliegenden Erhebung 4 oder mehr stationäre Aufenthalte in einem Jahr, spezifisch in den Jahren 2018 und 2019.▪ Mit «Fallvignette» sind konkrete Beispiele von Menschen mit Heavy Use gemeint (In welchem Umfeld leben sie? Welche Charakteristiken haben sie? In welchem Versorgungssystem sind sie? Welche Historien bringen sie mit?)▪ Mit «Good Practice» sind <i>praxiserprobte</i> und <i>sich bewährte</i> Handlungskonzepte und Versorgungsmodelle gemeint.	

Leitfaden

Fragestellungen Fallvignetten
Können Sie uns beschreiben, um welche Personen es sich Ihrer Erfahrung nach resp. in Ihrer Institution bei Menschen mit Heavy Use handelt? Z.B. - Welche persönlichkeitspezifischen / störungsspezifischen Charakteristiken bringen sie mit? - Aus welchem sozialen / wohnlichen Umfeld kommen sie? - Welche Hintergründe / Geschichten stecken oftmals hinter diesen Menschen?
Gibt es bestimmte Tendenzen, die sich wiederholend zeigen? Z.B. dass sie immer jünger werden; Wiedereintritte zu bestimmten Zeiten? Beobachten Sie eher eine Heterogenität oder Homogenität bzgl. dieser Menschen?
Was hat sich Ihrer Erfahrung nach bislang <i>ganz grundsätzlich</i> bewährt im Umgang mit Menschen mit Heavy Use (handlungsspezifisch, steuerungsspezifisch)? Was waren die Erfolgsfaktoren? Wo lagen die Herausforderungen?
Welche Akteur:innen spielen eine besondere Rolle im Umgang mit Menschen mit Heavy Use und inwiefern? Was ist die Rolle der behandelnden Klinik?

Fragestellungen Fallvignetten
Kennen Sie <i>spezifische bewährte</i> Modelle guter Praxis im Umgang mit Menschen mit Heavy Use? Wenn ja, wo werden diese umgesetzt? Kennen Sie Ansprechpersonen, um mehr über die Beispiel zu erfahren?
Weitere zu vertiefende Themen
...

Erhebung zu Heavy Use in der stationären Psychiatrie: Good Practice

Allgemeine Informationen

- Dauer: Ca. 45min
- Interview-Führung durch Ursula Fringer (Partnerin socialdesign ag), simultane Mitschrift durch Anja Durret (socialdesign ag)
- Art: Telefonisch oder per Zoom
- Angaben werden vertraulich behandelt

Allgemeine Informationen	
Interviewte Person	Interview
Name: Klinik: Funktion: Koordinaten:	Datum: Zeit: Interviewerin: Koordinaten:
Definitionen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unter «Heavy Use» verstehen wir in der vorliegenden Erhebung 4 oder mehr stationäre Aufenthalte in einem Jahr, spezifisch in den Jahren 2018 und 2019. ▪ Mit «Good Practice» sind <i>praxiserprobte</i> und <i>sich bewährte</i> Handlungskonzepte und Versorgungsmodelle gemeint. 	

Leitfaden

Fragestellungen Good Practice
Was sind ganz allgemein Ihre Erfahrungen mit Menschen mit Heavy Use? Um welche Personen handelt es sich?
Bitte umschreiben Sie kurz die zentralen Aspekte des konkreten Beispiels guter Praxis.
Was war die Ausgangslage , um das Beispiel guter Praxis zu entwickeln und umzusetzen?
Welches Ziel wurde mit dem Beispiel guter Praxis verfolgt?
Wie erfolgt die Umsetzung des Beispiels guter Praxis? Welche Tätigkeiten sind damit verbunden?
Was sind die Ergebnisse/Wirkungen , die aus dem Beispiel guter Praxis resultier(t)en? Was ist der Nutzen für Patient:innen?

Fragestellungen Good Practice
Basierend auf Ihren Erfahrungen mit Menschen mit Heavy Use in der stationären Psychiatrie: Was sind die Dos und Don'ts ?
Welche Ressourcen sind / waren für die Umsetzung erforderlich? - Fachlich/medizinisch - Organisational/personell - Finanziell - Netzwerkanforderungen
Was war in Bezug auf die Versorgung und die entsprechende kantonale Steuerung inkl. Finanzierung wichtig?
Weitere zu vertiefende Themen