UNIKLINIKUM
SALZBURG

Integrierte Versorgung Salzburg (IVS)

- vom Pilotprojekt in das Regelsystem

Vorstellungsrunde

- Mag. (FH) Maria Kammerstetter
- Mag. Theresa Stemeseder
- Bettina Pflug-Wallner, BScN

Agenda

1. Allgemeines zu Integrierten Versorgungssystemen
2. Integrierte Versorgung Salzburg (IVS)
3. Evaluation IVS
4. Study cases

5. Austausch & Diskurs

UNIKLINIKUM
SALZBURG

1. Allgemeines zu Integrierten Versorgungssystemen

Bettina Pflug-Wallner, BScN

Definition und Kompetenzen (1/8)

- Definition:
  - Versorgung über Nahtstellen stationärer, ambulanter und häuslicher Bereiche (Güntert, 2006; Kunze & Priebe, 2006; Beil-Hildebrand, 2014)

- Kompetenzen:
  - Netzwerkmanagement
  - Diseasemanagement
  - Case Management (Mühlbacher & Pflügel, 2008)

Severe **M**ental **I**llness (**SMI**) (2/8)

- psychiatrische Diagnose
- langanhaltende Behandlungsdauer
- Beeinträchtigung in mindestens drei von fünf Lebens- und Funktionsbereichen:
  - soziales Verhalten
  - Aktivitäten des täglichen Lebens
  - familiäres Sozialverhalten
  - berufliche Tätigkeit
  - Freizeitaktivitäten (NIMH, 1993)

Severe **M**ental **I**llness (**SMI**) (3/8)

„Psychische Erkrankungen sind grundsätzlich dadurch gekennzeichnet, dass sie den ganzen Menschen und sein psychosoziales Umfeld betreffen.“ (Deister & Wilms, 2015, S.8)

Entwicklung (4/8)

- Entwicklung hin zu integrierten, gemeindenahen psychiatrischen Strukturen (van Veldhuizen & Bähler, 2013)
- Stein und Test (1980) „Training in Community Living“
- DGPPN (2019) S3-Leitlinie
  - Forcierung der gemeindepsychiatrischen, teambasierten und multiprofessionellen Behandlung

Die sieben C´s (5/8)

	Die sieben C´s	Versorgungsvoraussetzungen für Menschen mit SMI außerhalb psychiatrischer Kliniken (gemeindenahe Versorgung)
1	**C**ure	Evidenzbasierte Behandlung mit dem Fokus auf Heilung und Stabilisierung
2	**C**are	Tägliche Unterstützung und Beratung, genesungsorientierte Versorgung, Versorgungskontinuität, drop-out verhindern
3	**C**risis intervention	shared caseload, intensive Behandlung, Krisenintervention, Risikoabschätzung, Notfallaufnahme, Einbezug des Familien- und Unterstützungssystems
4	**C**lient expertise	Erfahrungsschatz der Klient*innen nützen, Empowerment stärken, shared-decision-making
5	**C**ommunity support	Familienkontakte, gemeinsames Unterstützungssystem, Inklusion der Klient*innen fördern
6	**C**ontrol	Risikoabschätzung und Sicherheitsmanagement für Klient*innen und Umgebung
7	**C**heck	Evaluation der Behandlungseffekte, der Versorgungs- und Behandlungsstrategie

Tabelle 1: Die sieben C´s, Interventionen nach van Veldhuizen und Bähler (eigene Darstellung in Anlehnung an van Veldhuizen & Bähler, 2013, S.20)

2. **A**ssertive **C**ommunity **T**reatment (**ACT**) (6/8)

- Management der Erkrankung und Symptome
- Anleitung und praktische Unterstützung im Alltag
- Rehabilitation
- Unterstützung bei der Genesung (van Veldhuizen & Bähler, 2013)

- **F**unction/**F**lexible **A**ssertive **C**ommunity **T**reatment (**FACT**) (van Veldhuizen & Bähler, 2013)
  - verbindet ACT und Case-Management

Das multiprofessionelle Team (7/8)

- psychische, somatische und finanzielle Aspekte → verschiedenste Versorgungssektoren und Professionen (Rössler & Kawohl, 2013)
- Berufsgruppen (Lambert et al., 2014; van Veldhuizen & Bähler, 2013)
  - Pflege
  - Psychologie
  - fachärztliche Versorgung
  - Sozialarbeit
  - Genesungsberater*innen
  - Peer-Berater*innen

Case Management (CM) (8/8)

- Klient*in und Netzwerk (Mühlbacher & Pflügel, 2008)
- Verbesserung der persönlichen Netzwerke (Löcherbach, 2002)
- Kontinuität und Übersichtlichkeit (Lambert et al., 2014)
- Casemanagement durch einer Vielzahl der Teammitglieder →
  Pflegepersonal, Sozialarbeiter*in, Psycholog*in (van Veldhuizen & Bähler, 2013)
- Pflege- und Behandlungsplan durch Casemanager*in (van Veldhuizen, 2007)
  - Ziele
  - soziale Unterstützung
  - Krisen-Plan

UNIKLINIKUM
SALZBURG

2. Integrierte Versorgung Salzburg (IVS)

INTEGRIERTE
VERSORGUNG
SALZBURG

Mag. (FH) Maria Kammerstetter

Ausgangssituation/Pilotprojekt (1/4)

- Jänner 2018 Auftrag der Salzburger Landesregierung
- Implementierung des Pilotprojektes „Integrierte psychiatrische Versorgung Salzburger Modell“
- Standorte:
  - Christian-Doppler-Klinik
  - Kardinal Schwarzenberg Klinikum Schwarzach
- Inhaltliche Anlehnung an das „Hamburger Modell“ von Prof. Dr. Lambert am Klinikum Hamburg Eppendorf (van Veldhuizen & Bähler, 2013)

Behandlungsteam (2/4)

- regelmäßige Kontakte mit Klient*innen
- in deren gewohnter Umgebung (häuslicher Bereich)
- Temine nach Vereinbarung
- Case Management

- Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams am Standort Salzburg Stadt (Stand 05/22)
  - FÄ für Psychiatrie (40h)
  - Klinische Psychologin (40h)
  - Pflegefachkräfte (130h)
  - Soziale Arbeit (45h)

  - 9 Personen mit ca. 6 Vollzeitäquivalenzen

Zielgruppe (3/4)

- Klient*innen mit einer schweren chronischen psychischen Erkrankung (SMI) sowie einer ausgeprägten Einschränkung sozialer Fertigkeiten

- Kriterium 1
  - Diagnose: Klient*innen mit einer
    - schizophrenen (ICD 10 F20)
    - bipolaren (ICD 10 F31)
    - rezidivierend depressiven Störung (ICD 10 F33/33.1) oder
    - anderen chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen (ICD 10 F60.3), die einer komplexen psychiatrischen Behandlung bedürfen (Auhuber, 2021)
- Kriterium 2
  - häufige Inanspruchnahme stationärer Versorgungsstrukturen
- Kriterium 3
  - Betroffene derzeit von psychosozialen Versorgungsstrukturen ausgeschlossen – kein evidenzbasierter Behandlungsplan

Praktische Strukturen der IVS (4/4)

- 2x/Woche
  - Akut Board Besprechung – aktuelle Klient*innen und Krisen
  - Teilnahme der FÄ
- 3x/Woche
  - Morgenbesprechung ohne FÄ
- Start der einzelnen Teammitglieder
  - Hausbesuche, Begleitungen, Vernetzungen, Screening auf den Stationen usw.
- ca. 3-4 Klient*innen-Kontakte/Tag
- Klient*innenschlüssel 1:20
- Supervisionen
  - regelmäßige Team- und Fallsupervisionen

UNIKLINIKUM
SALZBURG

3. Evaluation

Mag. Theresa Stemeseder

Evaluation (1/23)

- Demografie
  - Geschlecht
  - Alter
- Diagnosen
- Herkunftsorte
- Aufenthalte
  - stationär
  - tagesklinisch
  - akut
- Psychologische Testung
  - Erkrankungsschwere
  - Psychopathologie
  - Funktionsniveau
  - Lebensqualität
  - Allgemeiner Gesundheitszustand
  - Einbindung in die Behandlung
  - Behandlungszufriedenheit Klient*in
  - Behandlungszufriedenheit Angehörige

Demografie (2/23)

- Geschlechterverteilung

	gesamt	Salzburg	Schwarzach
weiblich	126	71	55
männlich	75	37	38

Tabelle 2: Geschlechterverteilung (eigene Darstellung)

- Altersverteilung

	gesamt	Salzburg	Schwarzach
20-29	22	10	12
30-39	34	19	15
40-49	35	19	16
50-59	59	29	30
60-69	32	20	12
70+	19	11	8

Tabelle 3: Altersverteilung (eigene Darstellung)

Demografie (3/23)

- Altersverteilung

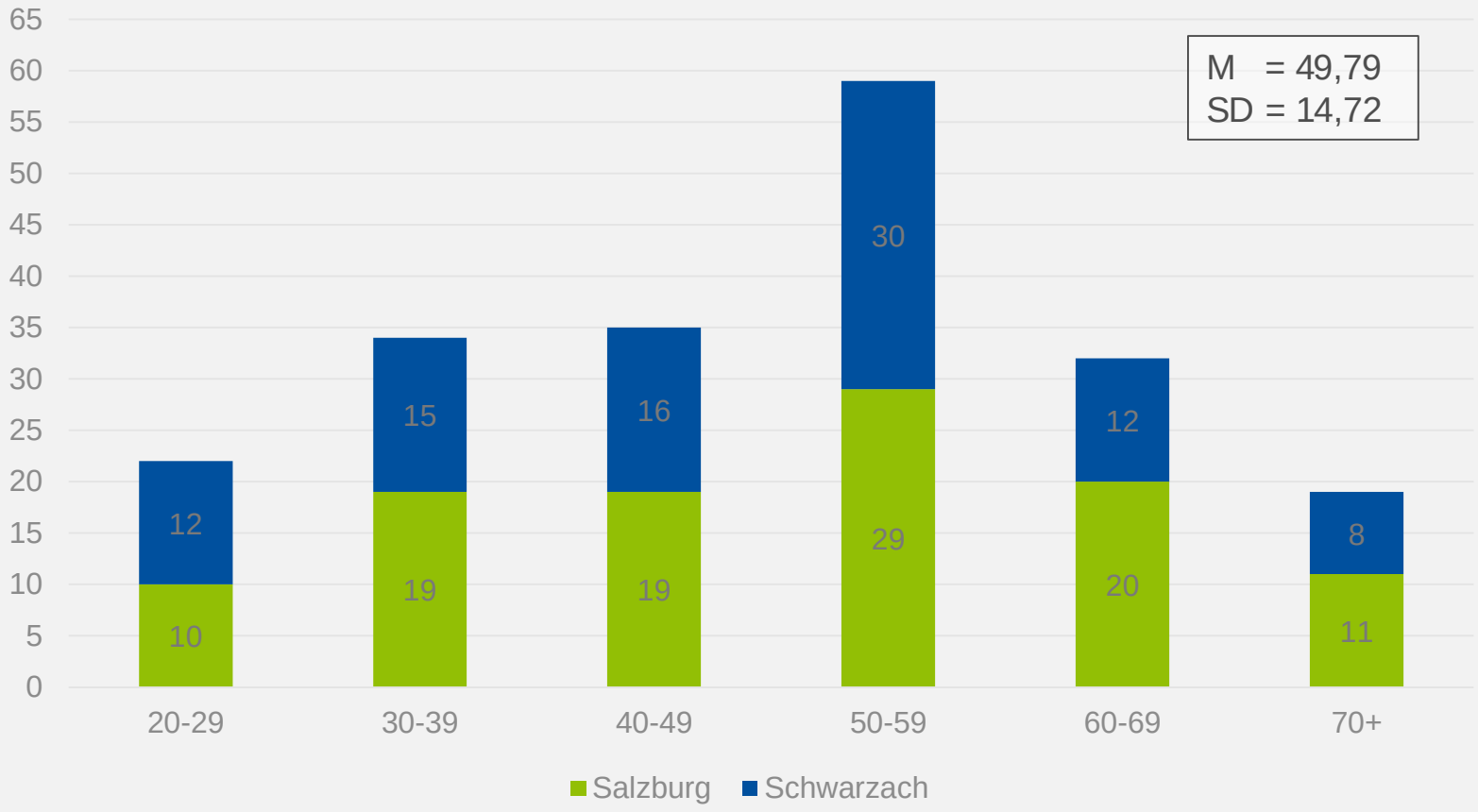

Abbildung 1: Altersverteilung (eigene Darstellung)

Diagnosen (4/23)

	gesamt	Salzburg	Schwarzach
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	122	69	53
F3: Affektive Störungen, bipolar oder rez. depressiv mit/ohne psychot. Symptomen	74	37	37
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3	2	1
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2	0	2

Tabelle 4: Diagnosen (eigene Darstellung)

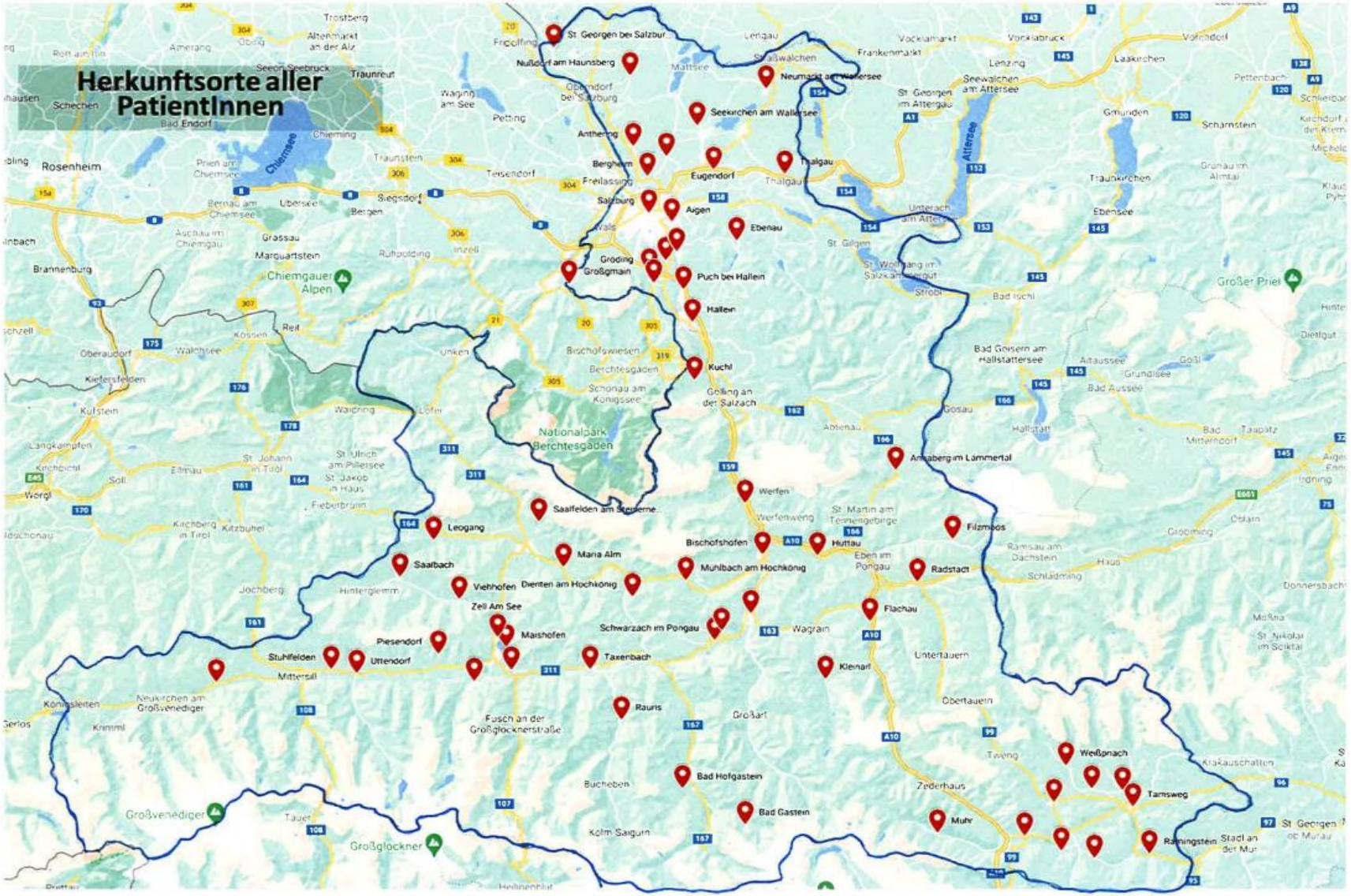

Abbildung 2: Herkunftsorte aller Klient*innen (eigene Darstellung)

Aufenthalte (6/23)

Vergleich der Aufenthalte 1 Jahr vor IVS mit:

- 1 Jahr nach IVS
- 2 Jahre nach IVS

unterschieden wird zwischen:

- stationären Aufenthalten
- tagesklinischen Aufenthalten
- Akutstationsaufenthalten

jeweils gemessen in Tagen sowie in Anzahl

Stationäre Aufenthalte in Tagen (7/23)

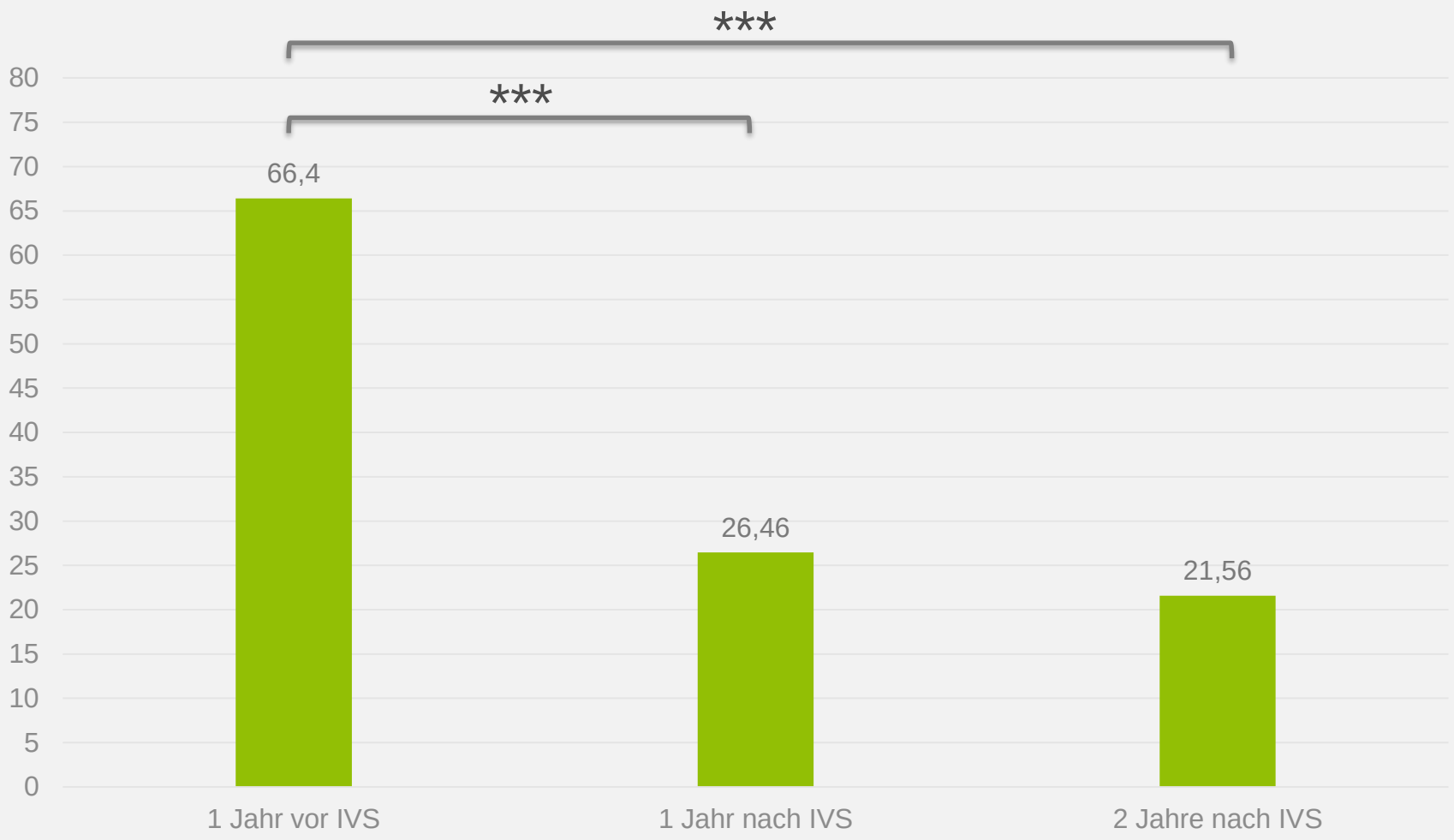

Abbildung 3: Stationäre Aufenthalte in Tagen (eigene Darstellung)

Anzahl stationärer Aufenthalte (8/23)

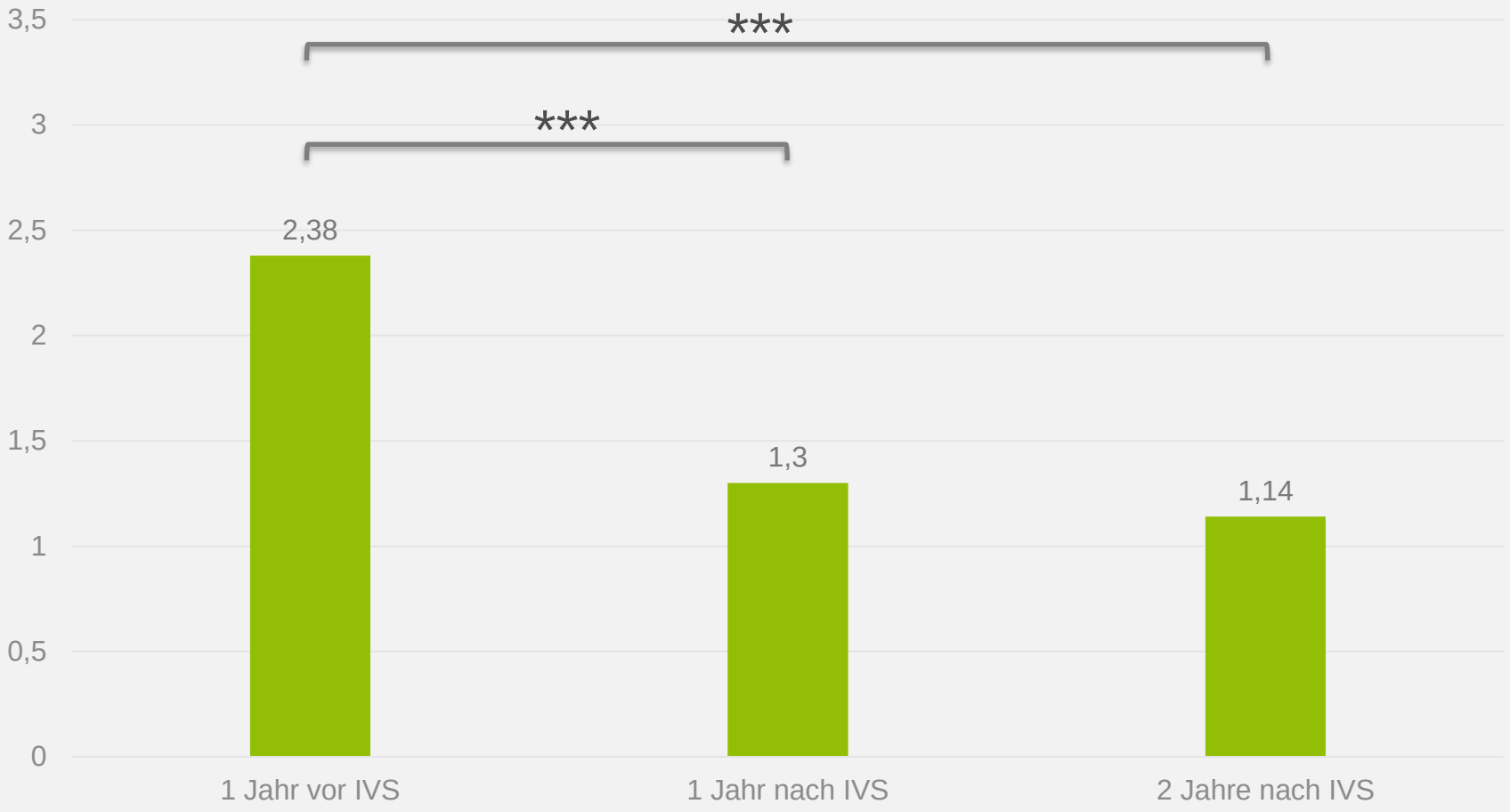

Abbildung 4: Anzahl stationärer Aufenthalte (eigene Darstellung)

Tagesklinische Aufenthalte in Tagen (9/23)

Abbildung 5: Anzahl stationärer Aufenthalte (eigene Darstellung)

Anzahl tagesklinischer Aufenthalte (10/23)

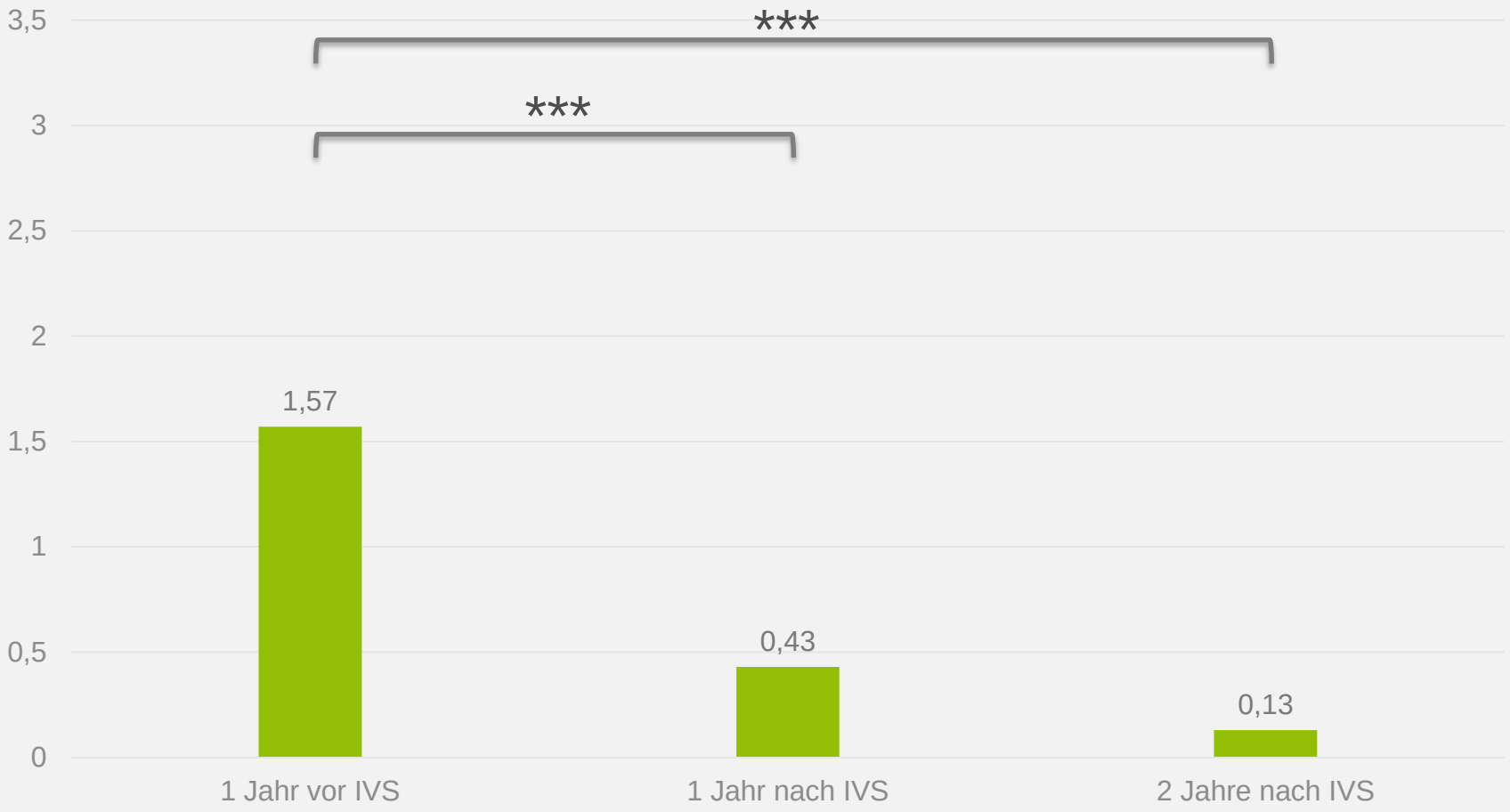

Abbildung 6: Anzahl tagesklinischer Aufenthalte (eigene Darstellung)

Akutstationsaufenthalte in Tagen (11/23)

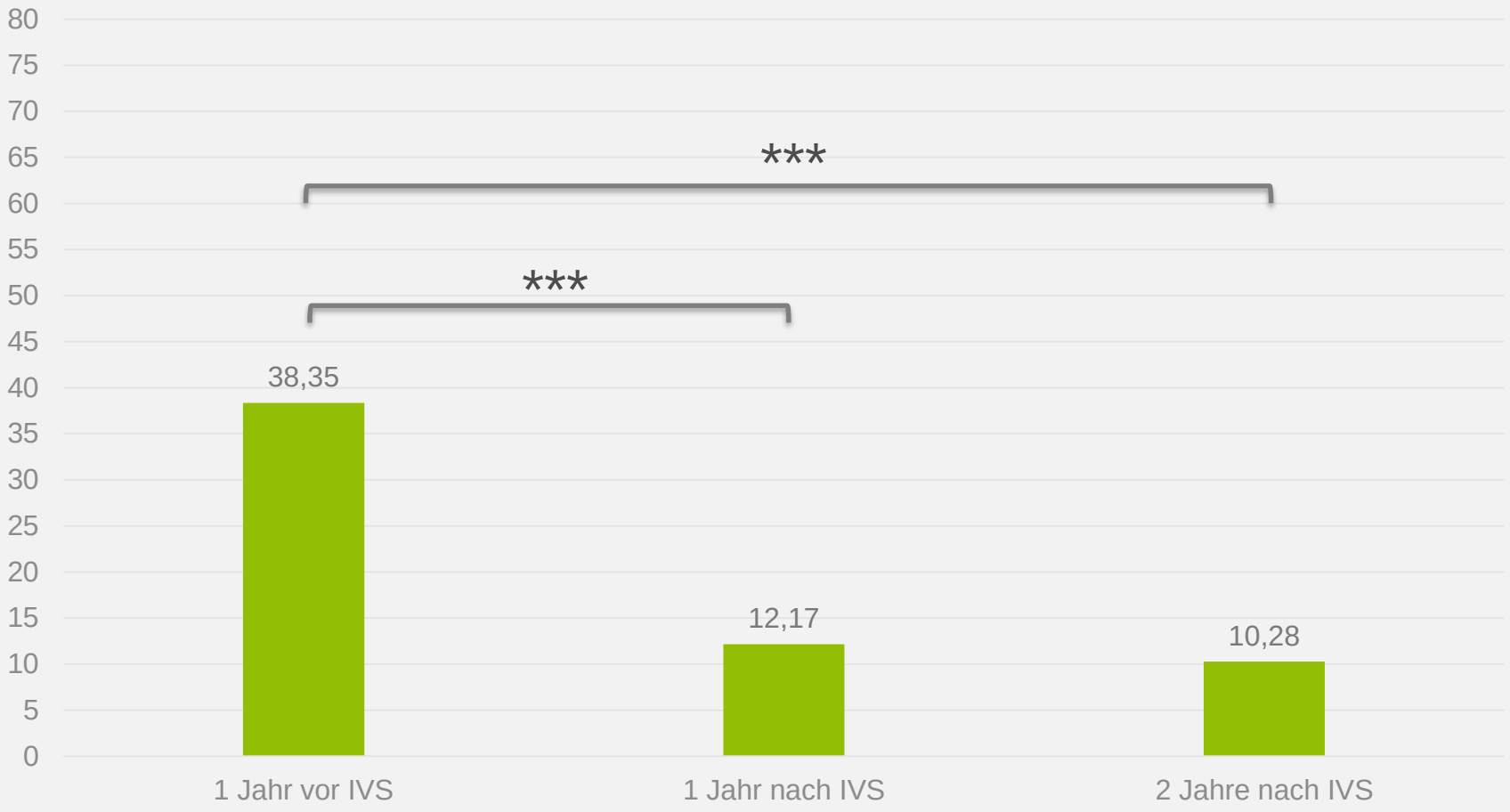

Abbildung 7: Akutstationsaufenthalte in Tagen (eigene Darstellung)

Anzahl Akutstationsaufenthalte (12/23)

Abbildung 8: Anzahl Akutstationsaufenthalte (eigene Darstellung)

Psychologische Testungen (13/23)

- Erkrankungsschwere (diagnosespezifisch)
  - BDI-II (Hautzinger et al., 2009)
  - ESI (Maß, 2001)
- Psychopathologie: BPRS (Overall & Gorham, 1962)
- Funktionsniveau: GAF (Saß et al., 2003)
- Lebensqualität: Q-LES-Q-18 (Ritsner et al., 2005)
- Allgemeiner Gesundheitszustand: SF-12 (Morfeld et al., 2011)
- Einbindung in die Behandlung: SES (Tait et al., 2002)
- Behandlungszufriedenheit Klient*in: ZUF-8 (Schmidt et al., 1989)
- Behandlungszufriedenheit Angehörige: ZUF-8 (Schmidt et al., 1989)

Erkrankungsschwere: BDI-II (14/23)

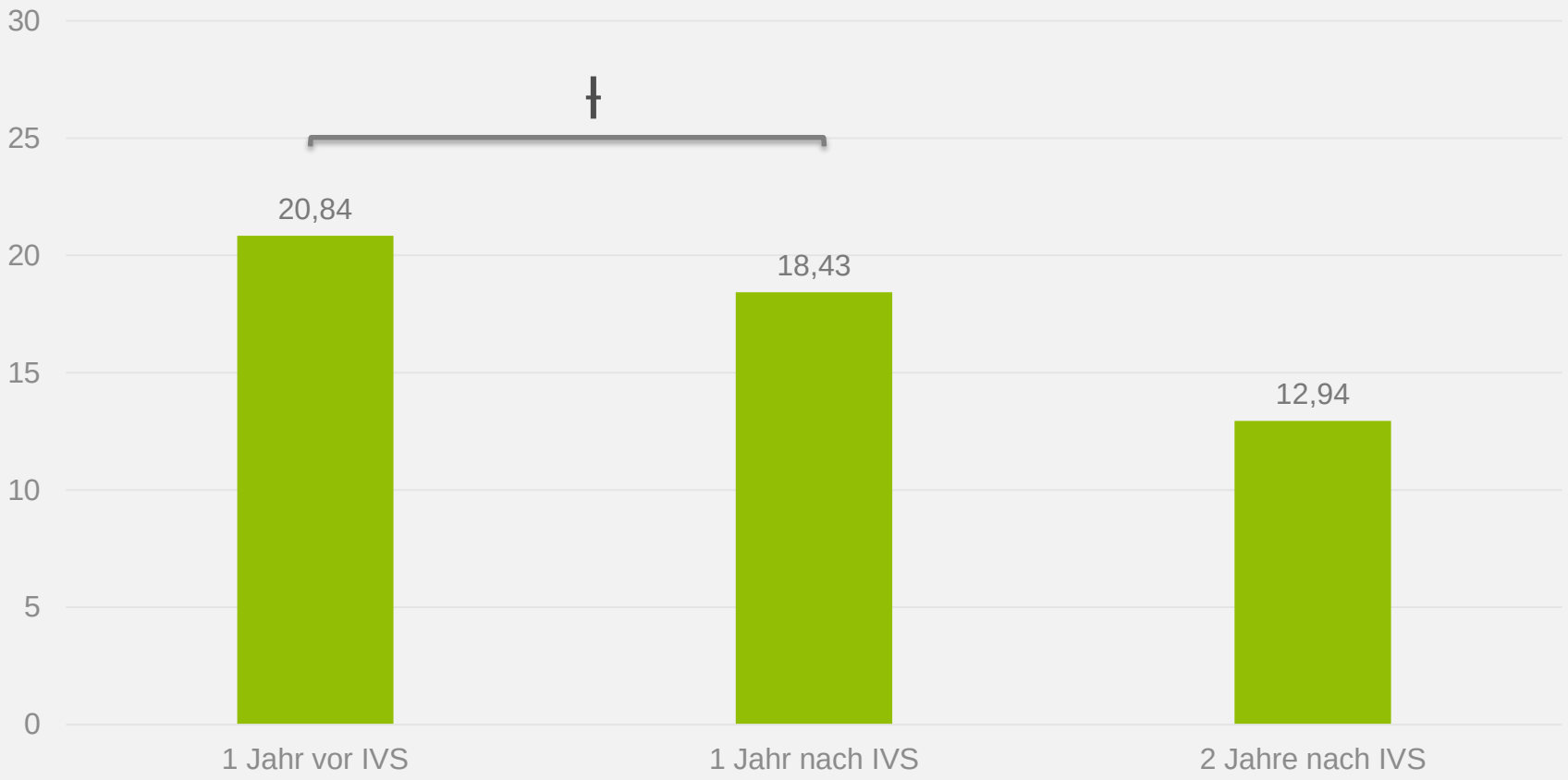

Abbildung 9: Erkrankungsschwere BDI-II (eigene Darstellung)

Erkrankungsschwere ESI (15/23)

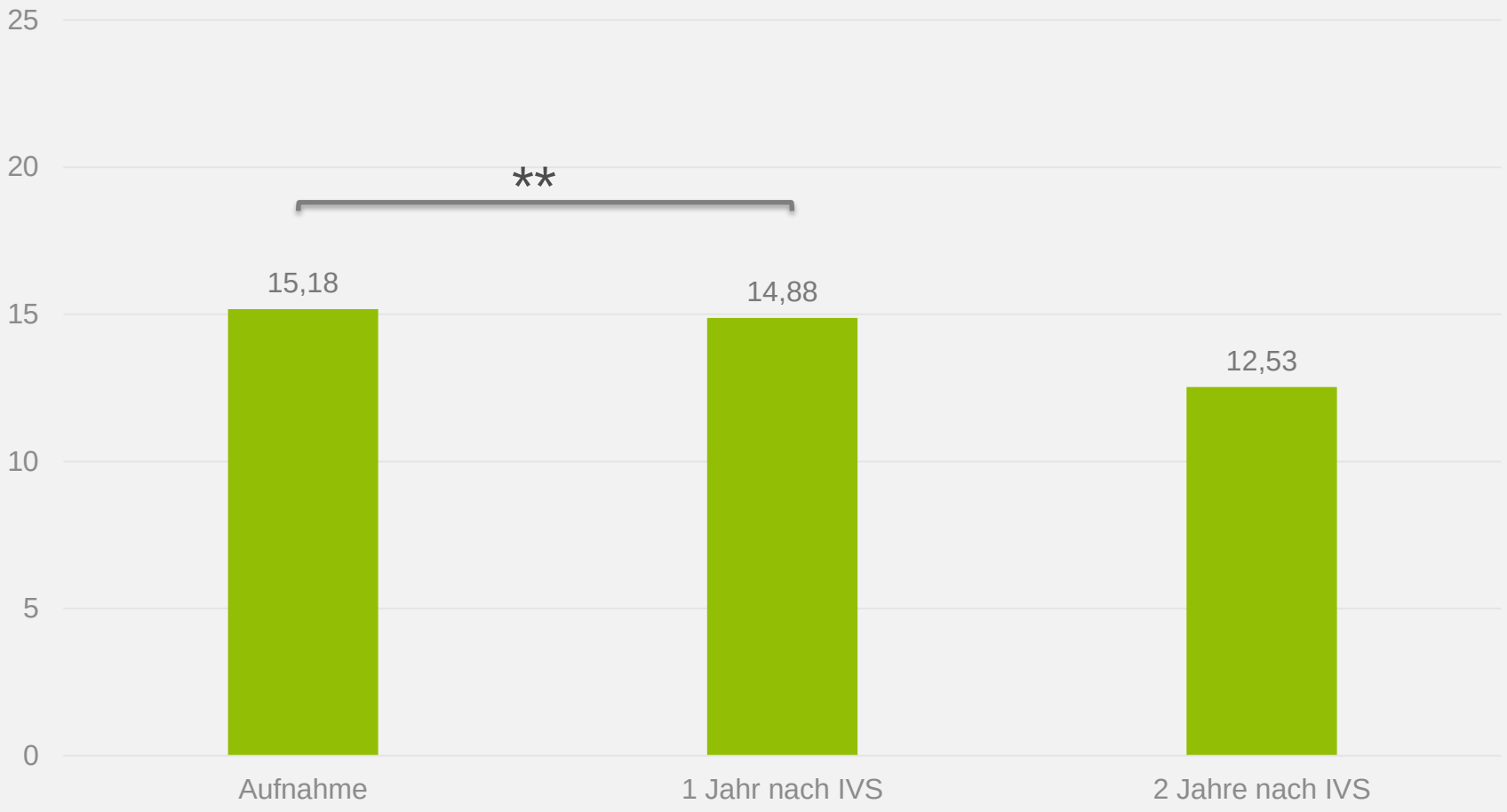

Abbildung 10: Erkrankungsschwere ESI (eigene Darstellung)

Psychopathologie (BPRS) (16/23)

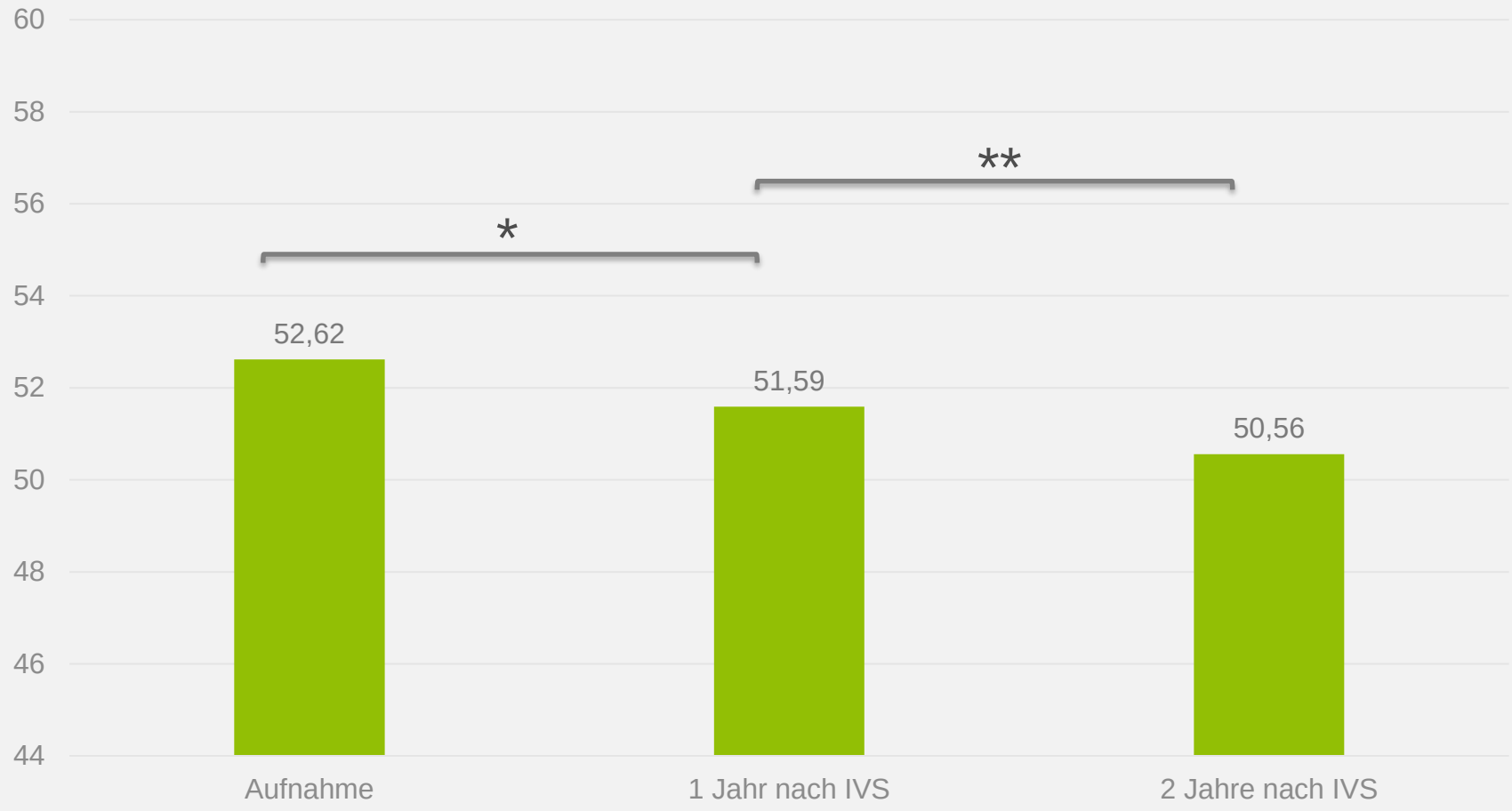

Abbildung 11: Psychopathologie BPRS (eigene Darstellung)

Funktionsniveau (GAF) (17/23)

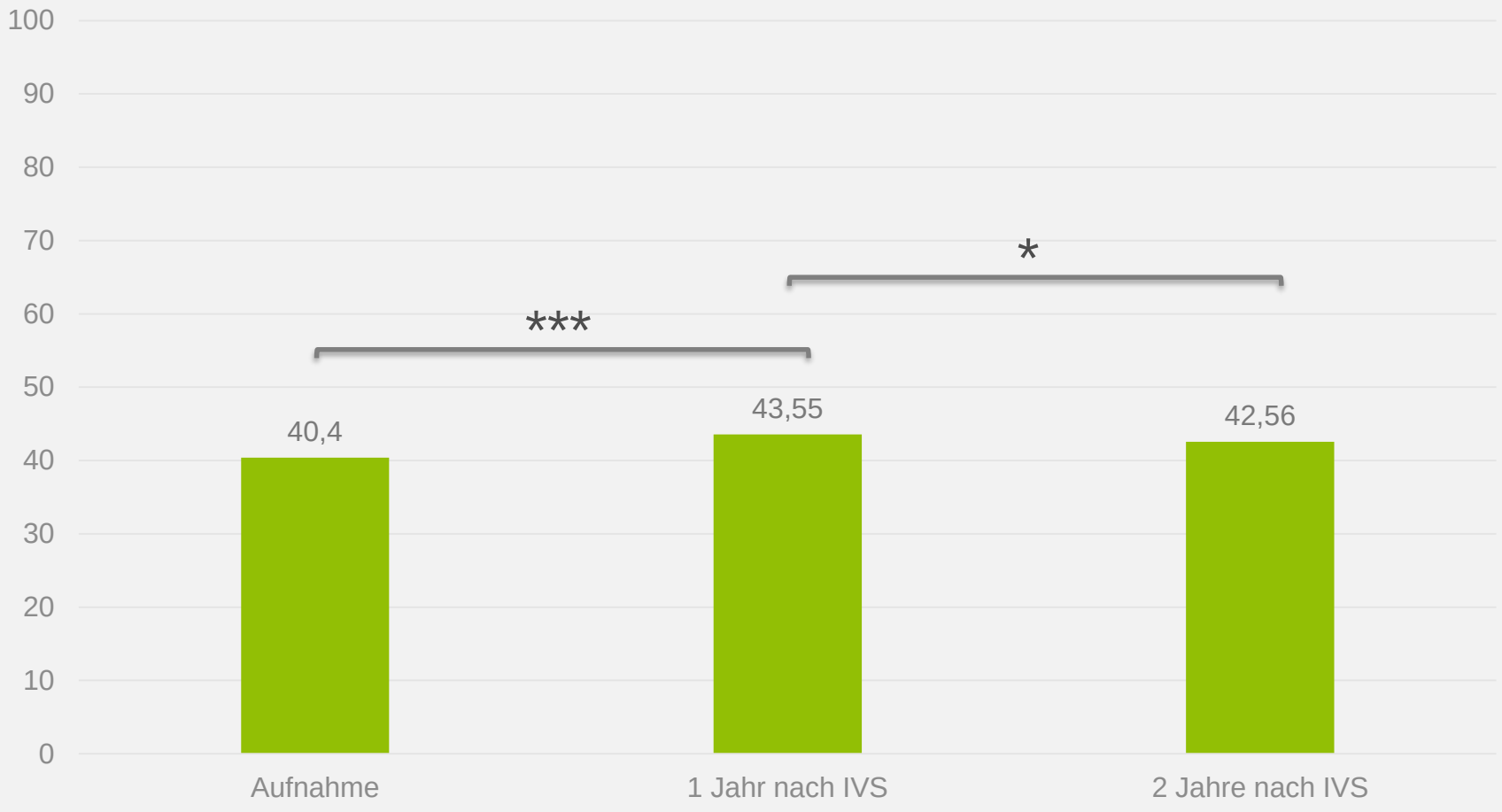

Abbildung 12: Funktionsniveau GAF (eigene Darstellung)

Lebensqualität (18/23)

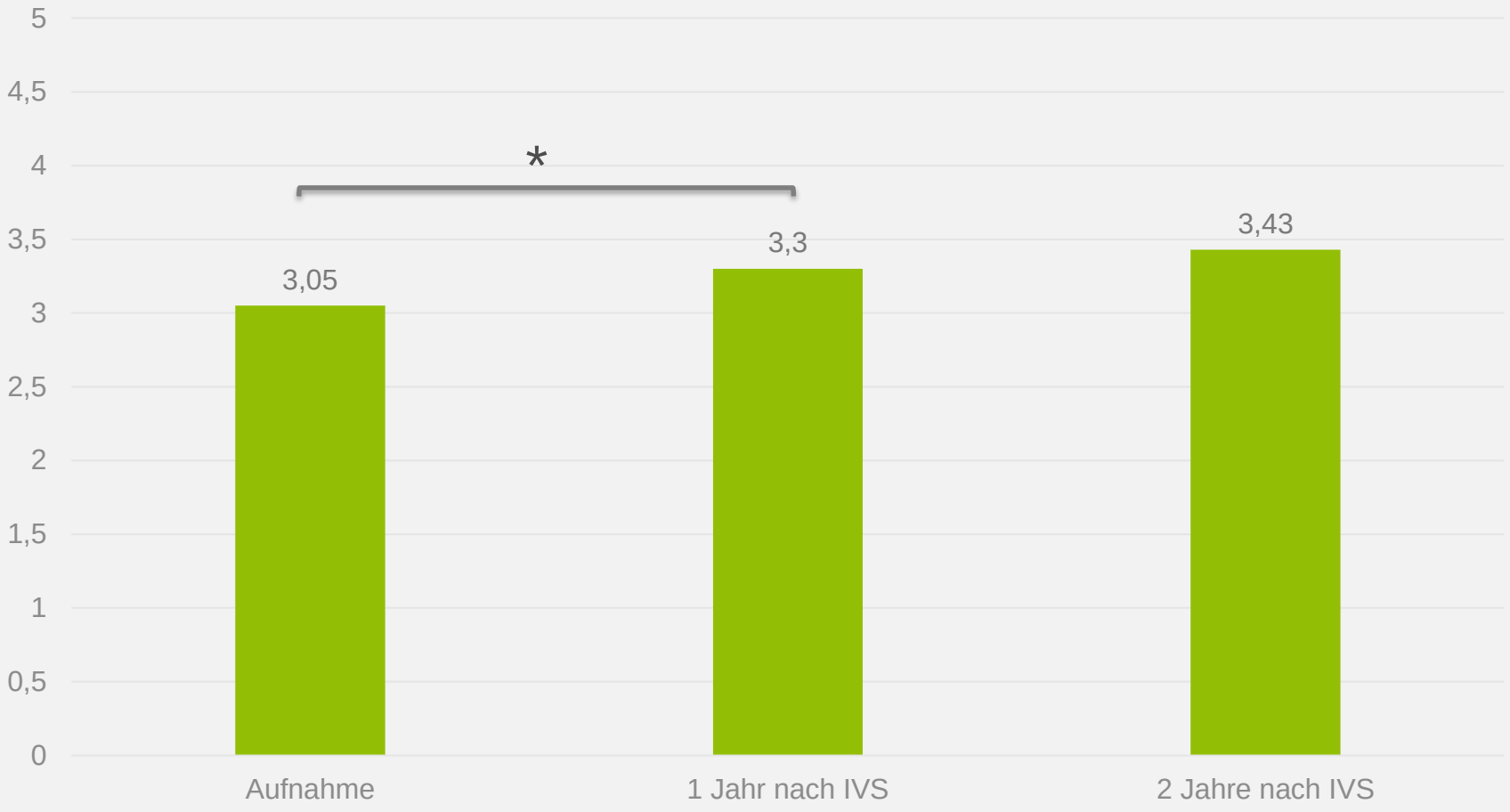

Abbildung 13: Lebensqualität Q-LES-Q-18 (eigene Darstellung)

Allgemeiner Gesundheitszustand (19/23)

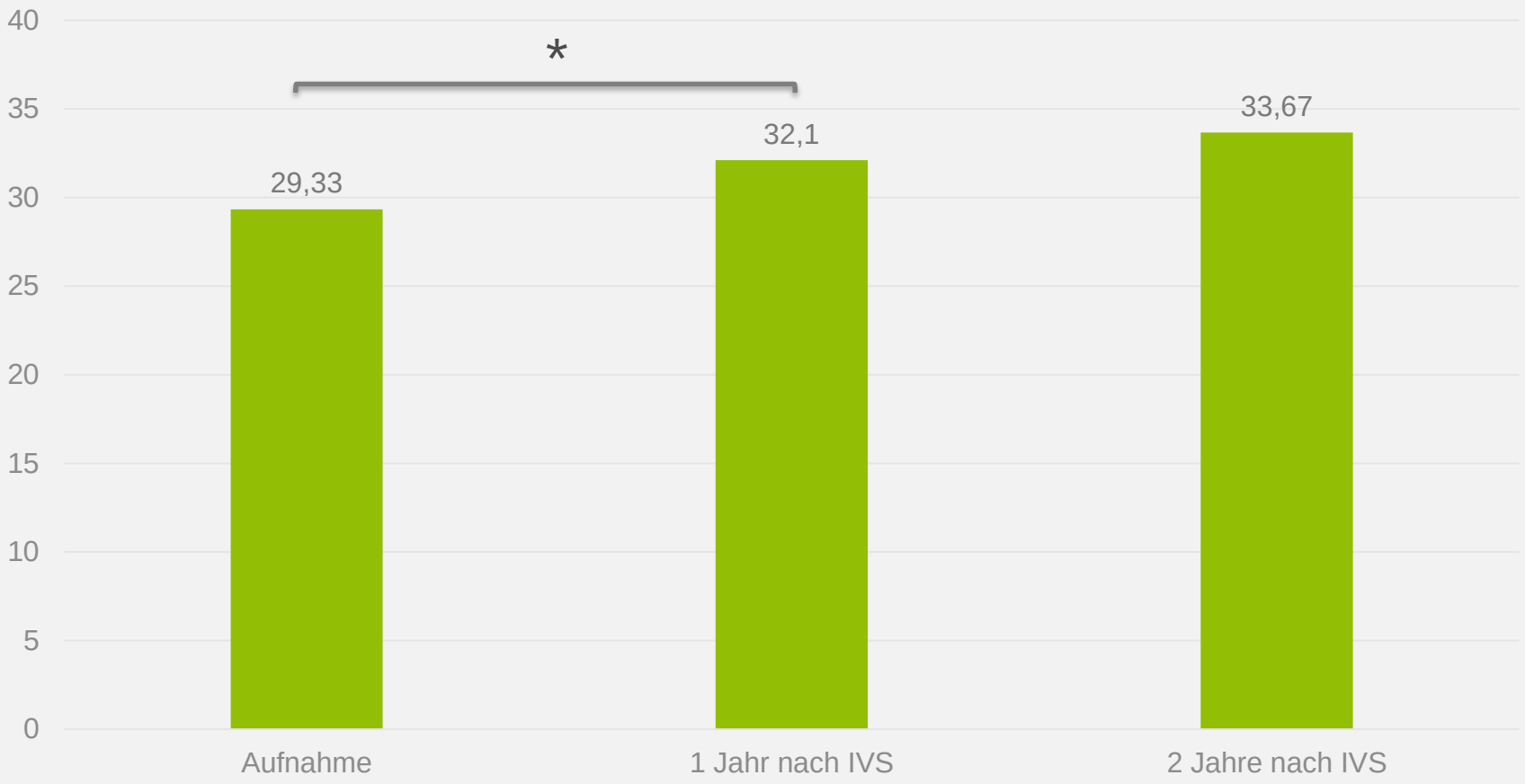

Abbildung 14: Allgemeiner Gesundheitszustand SF-12 (eigene Darstellung)

Einbindung in die Behandlung (20/23)

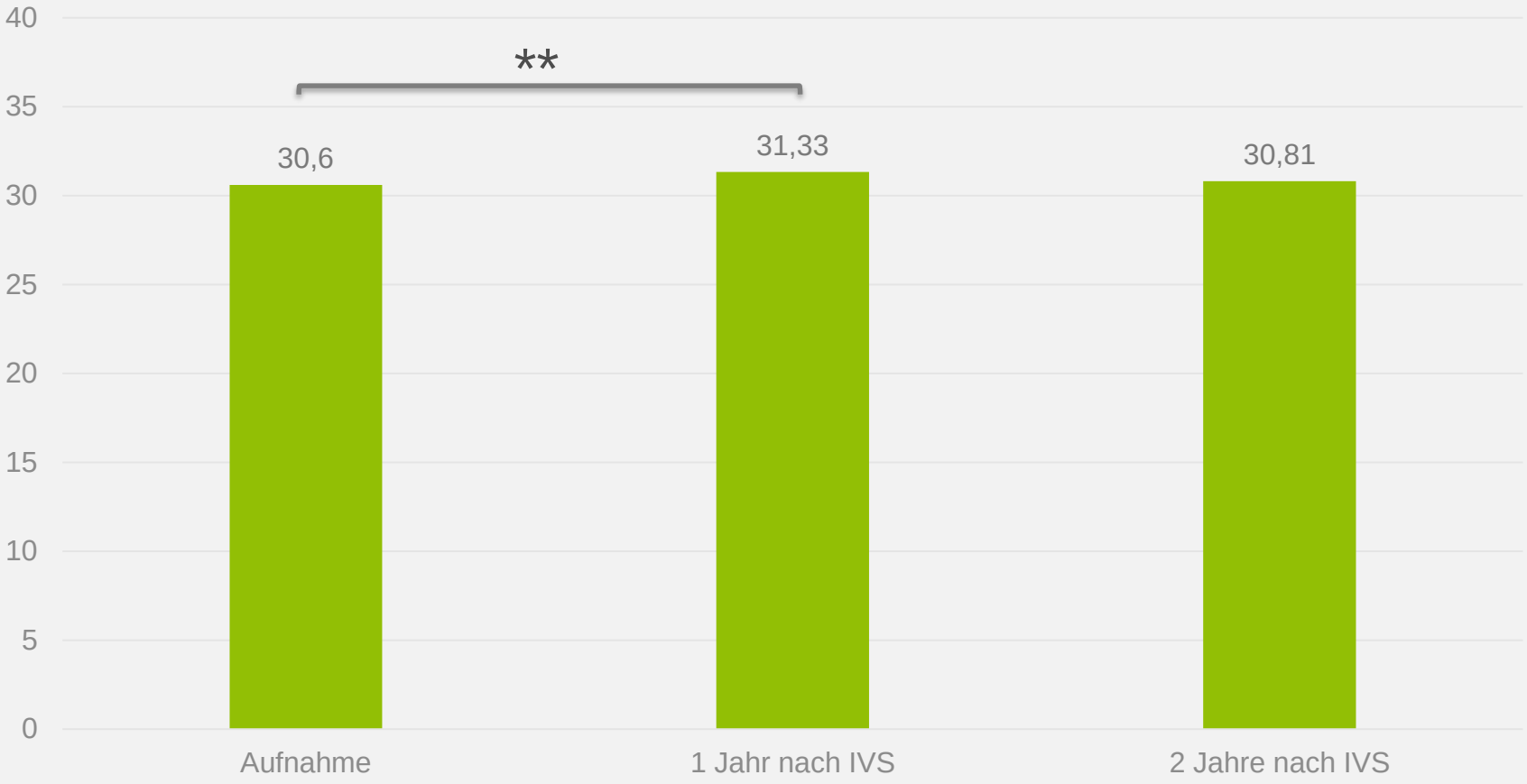

Abbildung 15: Einbindung in die Behandlung SES (eigene Darstellung)

Behandlungszufriedenheit der Klient*innen
(21/23)

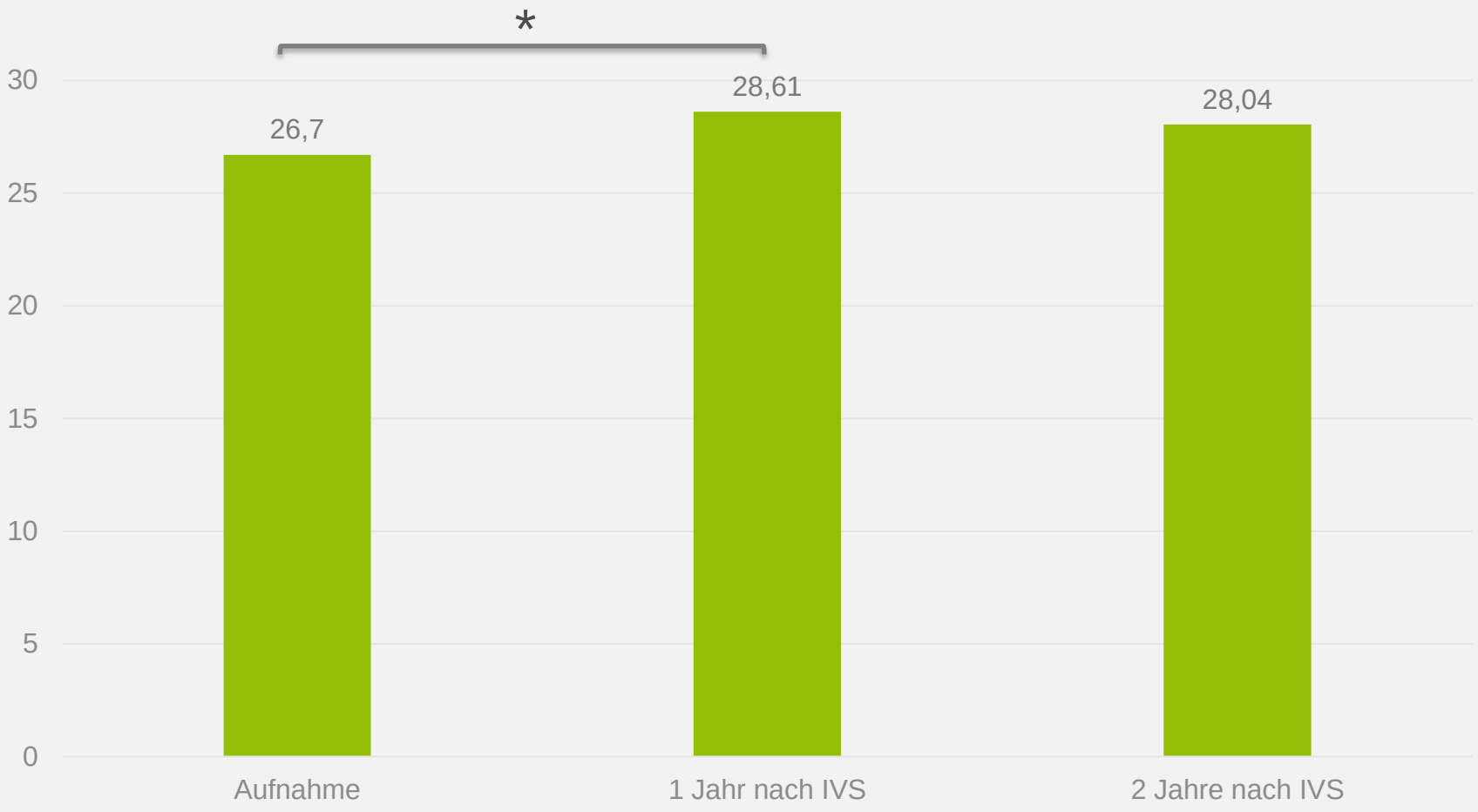

Abbildung 16: Behandlungszufriedenheit Klient*innen ZUF-8 (eigene Darstellung)

Behandlungszufriedenheit Angehörige (22/23)

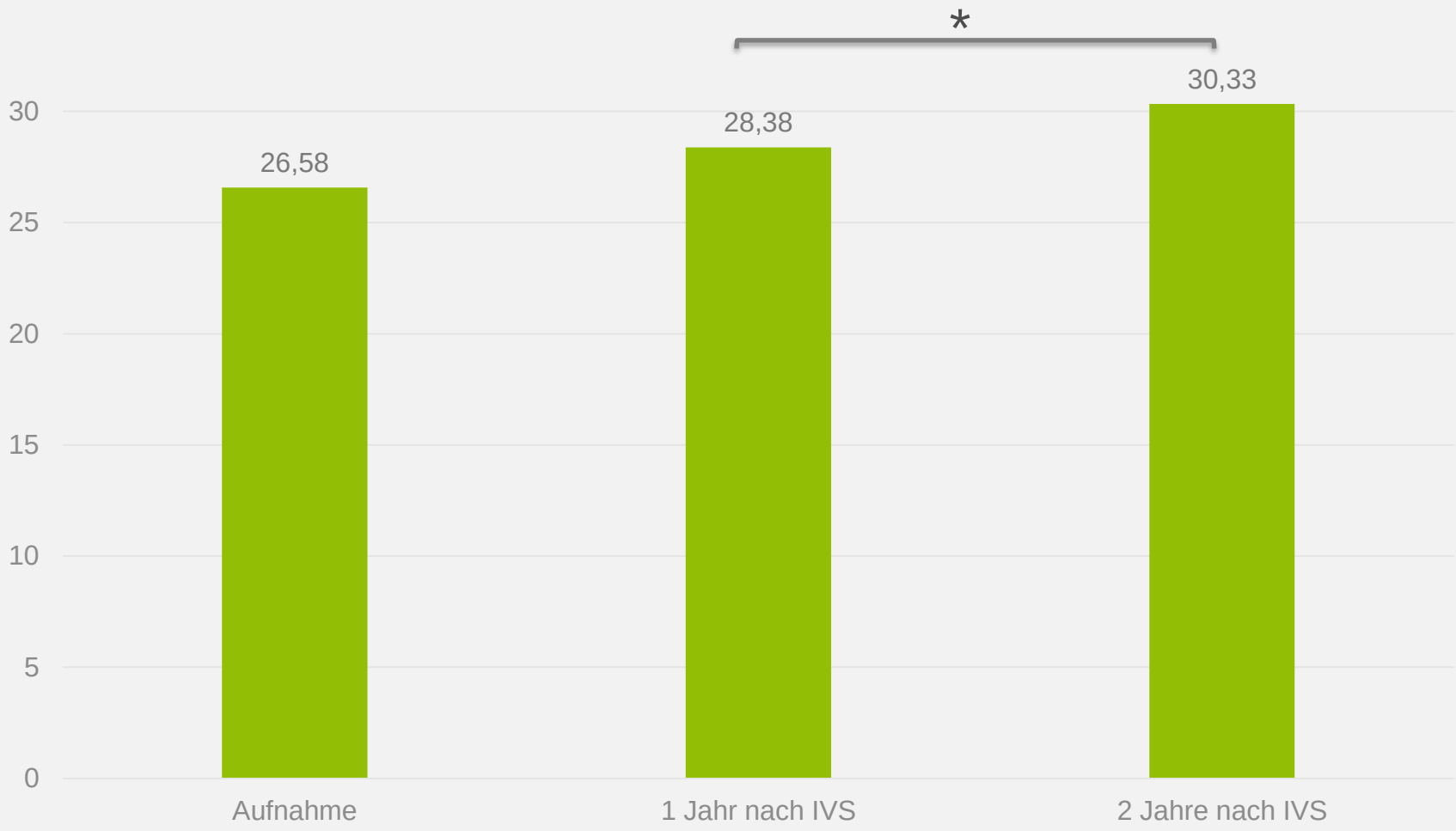

Abbildung 17: Behandlungszufriedenheit Angehörige ZUF-8 (eigene Darstellung)

Status quo (Stand Dezember 2021) (23/23)

- insgesamt wurden 320 Klient*innen betreut
- davon 210 aktiv
- 17.000 direkte Klient*innenkontakte
- Reduktion der stationären Aufenthalte nach 2 Jahren: 50%
- Reduktion Aufenthaltsdauer in Tagen nach 2 Jahren um 70%
- Reduktion der Unterbringungen in 2 Jahren um 70%

UNIKLINIKUM
SALZBURG

4. Study cases

Mag. (FH) Maria Kammerstetter

Zu Hause bleiben – kann es gelingen? (1/2)

Fallbeispiel 1 Hr. T.

- Hr. T., 43 a, paranoide Schizophrenie (F 20.0), Stadt Salzburg, Mietwohnung
- Seit 05/18 in der IVS – Fallmanagerwechsel – Abbruch des Kontaktes durch den Hrn. T. 02/19
- ½ a später Exazerbation der F 20.0, keine Med. Einnahme, Bedrohung und Beschimpfung der Nachbarn, Wohnung verwüstet
- 11/19 UBG Einweisung stat. Aufnahme
- Erneute Kontaktaufnahme durch die IVS auf der Station – willigt in die Zusammenarbeit mir der IVS ein
- Entlassung von der offenen Station nach Hause 01/20 , Begleitung nach Hause durch die IVS
- Soziale Situation: Nachbarn haben Delogierung erwirkt, Beantragung eines Rechtsbeistandes, gute Vernetzung, Hr. T. stabil und compliant – erhält regelm. orale Med. und Depot verabreicht durch die IVS, dennoch Anbindung an HA und FA
- Familie in Kärnten (Oma und Eltern), Anbahnung und Vernetzung zur ProMente Villach- Wohngemeinschaft
- 08/20 Umzug nach Kärnten - Abwendung der Delogierung – Einigung auf einen geplanten Auszugstermin mit der Hausverwaltung.

Zu Hause bleiben – kann es gelingen? (2/2)

Fallbeispiel 2 Fr. M.

- Fr. M., 72 a, paranoide Schizophrenie F 20.0, Stadt Salzburg, Eigentumswohnung
- 10/17- 03/18 UBG Bereich – wurde auffällig, Wasserrohrbruch in der Wohnung, lebt völlig isoliert, keine Versicherung, hat teilweise Früchte vom Feld gegessen – keine Bezugsperson (Mutter verstorben).
- UBG Bereich – offene Station und Tagesklinik
- Indikationsgespräch und Kontaktanbahnung in der TKL, willigt in die IVS ein 03/18 erste IVS Klientin!
- 2x/Wo Hausbesuch, anfangs schwierig, misstrauisch, zweifelnd, ängstlich, kaum gesprochen.
- Fr. M. eher verwahrlost, kaputte Zähne, Haare, Schimmel in der Wohnung, kaputte Waschmaschine usw.
- Rückschau der letzten vier Jahre: Sanierung der Zähne, Wohnung grundsaniert (Fenster, Schimmel, Einrichtung), Installierung eines Erwachsenenschutzvertreters, enge Vernetzung zu diesem, regelm. Med. Einnahme sichergestellt, soziales Training Apothekenbesuche, Bankomatbehebung, Beziehungsaufbau zu Fr. M.
- Anbindung an das Regelwerk: HA, FA, Installierung sozialer Dienste 2 /WO

Literaturverzeichnis (1/2)

Auhuber, T. (Hrsg.). (2021). ICD-10-GM 2022 Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Beil-Hildebrand, M. B. (2014). *Change Management in der Pflege: Gestalten und Verhalten von und in Gesundheitsorganisationen.* Bern: Hans Huber.

Bühler, E. (Hrsg.) (2013). *Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung.* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Deister, A. & Wilms, B. (2015). Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie – Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. *Psychiat Prax 2015*(42), 8-10)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN (Hrsg.) (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.

Eger, K. (2011). Integrierte Versorgung im österreichischen Gesundheitswesen - Status quo und Ausblick. *Laut gedacht*, NÖ PAA, 1-10.

Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). Becks-Depressions-Inventar - Revision (BDI-II): Manual. Hogrefe.

Kunze, H. & Priebe, S. (2006). Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis, 33*(02), 53-55.

Lambert, M., Bock, T., Daubmann, A., Meigel-Schleiff, C., Lange, B., Ohm, G., … Karow, A. (2014). Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen´nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrie Praxis, 2014*(41), 257-265.

Löcherbach, P. (2002). Qualifizierung im Bereich Case Management – Bedarf und Angebote. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Remmel-Fassbender, W. R. Wendt (Hrsg.). *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis* (S. 201-206). Neuwied: Luchterhand.

Maß, R. (2001). Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI): Manual. Hogrefe.

Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey (2 ed.). Hogrefe.

Mühlbacher, A. & Pflügel, R. (2008). Welche Qualifikationen brauchen Gesundheitsberufe in der integrierten Versorgung? *Public Health Forum 16*(58), 14.e1-14.e3.

Literaturverzeichnis (2/2)

NIMH, Definiton of serious mental illness (SMI), Zugriff am 15.08.2020. Verfügbar unter: https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/MHBG/MHBGDefinition%20of%20SMI%20and%20SED%20(Enclosure%208)0713.´pdf

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. Psychological reports, 10(3), 799-812.

Rössler, W. & Kawohl, W. (Hrsg.) (2013). *Soziale Psychiatrie: Das Handbuch für die psychosoziale Praxis – Band 2 Anwendung.* (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Ratner, Y., & Endicott, J. (2005). Validity of an abbreviated quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. Quality of Life Research, 14(7), 1693-1703. https://doi.org/10.1007/s11136-005-2816-9

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (4. ed., pp. 47-49). Hogrefe.

Schaeffer, D. & Ewers M. (2006). Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft 11*(3), 197-209.

Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung - Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 39(7), 248-255.

Stein, I. L. & Test, M. A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. Conceptual Model, Treatment Program and Clinical Evaluation. *Arch Gen Psychiatry 1980*(37), 392- 397.

Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2002). A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. Journal of Mental Health, 11(2), 191-198. https://doi.org/10.1080/09638230020023570-2

Van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: A Dutch Version of ACT. *Communitiy Mental Health Journal, 43*(4), 421-433.

Van Veldhuizen J. R., Bähler M. (2013). Manual flexible assertive community treatment.The Netherlands FACT manual, Groningen. Deutsche Übersetzung von Kraft, V., Wüstner, A. & Lambert, M. (2017). Zugriff am 30.04.2022. Verfügbar unter: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf

Tabellenverzeichnis (1/1)

Tabelle 1: Die sieben C´s, Interventionen nach van Veldhuizen und Bähler (eigene Darstellung in Anlehnung an van Veldhuizen & Bähler, 2013, S.20)……...Folie 09

Tabelle 2: Geschlechterverteilung (eigene Darstellung)……Folie 20

Tabelle 3: Altersverteilung (eigene Darstellung)……...Folie 20

Tabelle 4: Diagnosen (eigene Darstellung)……...Folie 22

Abbildungsverzeichnis (1/1)

Abbildung 1: Altersverteilung (eigene Darstellung)……Folie 21
Abbildung 2 Herkunftsorte aller Klient*innen (eigene Darstellung)……..Folie 23
Abbildung 3: Stationäre Aufenthalte in Tagen (eigene Darstellung) …… …..Folie 25
Abbildung 4: Anzahl stationärer Aufenthalte (eigene Darstellung)……..Folie 26
Abbildung 5: Anzahl stationärer Aufenthalte (eigene Darstellung)……..Folie 27
Abbildung 6: Anzahl tagesklinischer Aufenthalte (eigene Darstellung)……..Folie 28
Abbildung 7: Akutstationsaufenthalte in Tagen (eigene Darstellung)……..Folie 29
Abbildung 8: Anzahl Akutstationsaufenthalte (eigene Darstellung)……..Folie 30
Abbildung 9: Erkrankungsschwere BDI-II (eigene Darstellung)……..Folie 32
Abbildung 10: Erkrankungsschwere ESI (eigene Darstellung)……..Folie 33
Abbildung 11: Psychopathologie BPRS (eigene Darstellung)……Folie 34
Abbildung 12: Funktionsniveau GAF (eigene Darstellung)……..Folie 35
Abbildung 13: Lebensqualität Q-LES-Q-18 (eigene Darstellung)……..Folie 36
Abbildung 14: Allgemeiner Gesundheitszustand SF-12 (eigene Darstellung)……Folie 37
Abbildung 15: Einbindung in die Behandlung SES (eigene Darstellung)……..Folie 38
Abbildung 16: Behandlungszufriedenheit Klient*innen ZUF-8 (eigene Darstellung)……..Folie 39
Abbildung 17: Behandlungszufriedenheit Angehörige ZUF-8 (eigene Darstellung)……..Folie 40

UNIKLINIKUM
SALZBURG

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

IV
INTEGRIERTE
VERSORGUNG
SALZBURG

UNIKLINIKUM
SALZBURG

6. Austausch & Diskurs

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Franziska Moser, B.A., M.A.

Pflegedirektorin Uniklinikum Salzburg

Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsges.m.b.H. | Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität

A-5020 Salzburg | Müllner Hauptstr. 48 | Ignaz-Harrer-Strasse 79 | Tel.: +43 (0)5 7255-20500 | Email: f.moser@salk.at

„Gemeinsame Ziele, gemeinsamer Erfolg“