

Integrierte Versorgung von Menschen mit Alkoholerkrankung

Eine Initiative von:

Hintergrund und Ausgangslage

Ausgangslage

- **5%** der österreichischen Bevölkerung sind **alkoholkrank**, weitere **12% sind gefährdet**, abhängig zu werden (Prävalenz).
- Österreichweit erkranken rund **2.500 Frauen** und **7.500 Männer** pro Jahr an Alkoholismus (Neuerkrankungen).
- Diagnosen erfolgen meist erst nach Vorliegen sichtbarer körperlicher Auswirkungen eines übermäßigen Alkoholkonsums und nicht bereits bei riskantem Konsumverhalten.
- **Ambulante Angebote** dienen fast ausschließlich der **Vor- oder Nachbehandlung** im Zuge einer stationären Therapie.
- Einbindung des niedergelassenen Bereichs ist mangelhaft.
- **Qualifizierte Betreuungsangebote** sind kaum miteinander vernetzt und erreichen derzeit **nur 6% der Betroffenen**.

Alkoholkonsum: Gefährdungsgrenzen

Täglicher durchschnittlicher Konsum:

Frauen	Männer		
max. 0,4 l Bier od. 0,2 l Wein od. 2,5 kl. Schnäpse (à 2cl)	max. 0,6 l Bier od. 0,3 l Wein od. 3,5 kl. Schnäpse (à 2 cl)	geringer Konsum	Harmlosigkeitsgrenze
max. 1 l Bier od. 0,5 l Wein od. 6 kl. Schnäpse (à 2 cl)	max. 1,5 l Bier od. 0,75 l Wein od. 9 kl. Schnäpse (à 2 cl)	mittlerer Konsum	
> 1 l Bier od. > 0,5 l Wein od. > 6 kl. Schnäpse	> 1,5 l Bier od. > 0,75 l Wein od. > 9 kl. Schnäpse	problematischer Konsum	Gefährdungsgrenze
ab: 2 l Bier od. 1 l Wein od. 12 kl. Schnäpse	ab: 3 l Bier od. 1,5 l Wein od. 19 kl. Schnäpse	Alkoholismus	

Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Im Rahmen des Projekts „**Alkohol. Leben können.**“ wurde ein Gesamtkonzept für die **Betreuung inkl. Behandlung und Rehabilitation** von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien entwickelt,

- das die beteiligten Einrichtungen und ExpertInnen miteinander **vernetzt**,
- **bedarfs- und zielgruppenorientiert** ausgerichtet ist und
- ambulante, stationäre, rehabilitative und integrationsfördernde Angebote aufeinander abstimmt.

→ Ziel ist, dass Menschen mit einer Alkoholsuchtproblematik objektiv und subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind.

Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Versorgung am Best Point of Service (1)

Ziel ist ein **integriertes Betreuungssystem**, in dem die Angebote aus dem gesamten Gesundheits- und Sozialsystem eng ineinander greifen und die PatientInnen am **Best Point of Service** betreut werden:

enge
Zusammen-
arbeit

niedergelassener Bereich (insb. ÄrztInnen für Allgemeinmedizin)	• erste Anlaufstelle für PatientInnen hinsichtlich der Früherkennung, der Kurzintervention und der Nachbetreuung;
suchtspezifische Betreuung	• erfolgt im Rahmen von „Maßnahmenplänen“ sowohl ambulant als auch stationär im spezialisierten Bereich des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes;
klinischer Bereich (vollausgestattete Krankenhäuser)	• umfasst die im Einzelfall notwendige Versorgung von alkoholkranken Menschen mit sehr intensivem oder dringlichem Behandlungsbedarf in einem vollausgestatteten Krankenhaus.

Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

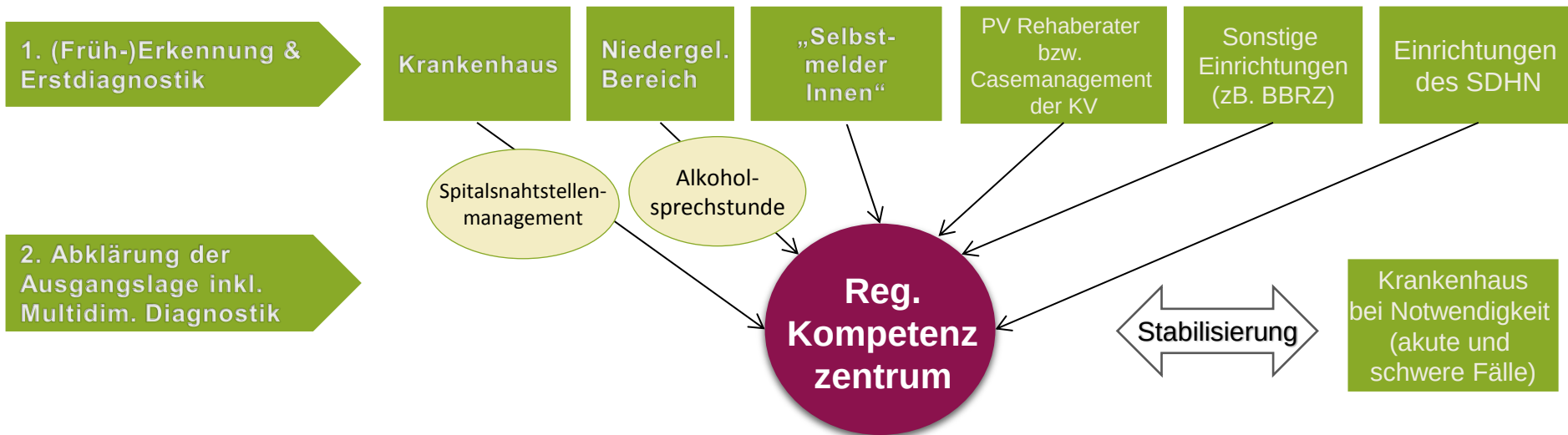
Versorgung am Best Point of Service (2)

Nahtstellenmanagement	• Liaisondienste zur Vermittlung von PatientInnen aus dem niedergelassenen, dem klinischen und dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem in die spezialisierte Betreuung der Suchtkrankenhilfe; • Regionales Kompetenzzentrum als zentrale Anlaufstelle und Ansprechpartner für PatientInnen, betreuende Einrichtungen und das Gesundheits- und Sozialsystem.
Allgemeines Gesundheits- und Sozialsystem	• enge Kooperation mit dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem bzw. Unterstützung bei der Adaptierung bestehender Angebote für die spezifischen Bedürfnisse von alkoholkranken Menschen (z.B. Angebote der Wohnungslosenhilfe).

→ Ziel ist, dass alkoholranke Personen in die **bestehenden Systeme** integriert werden und **kein Parallelsystem** aufgebaut wird.

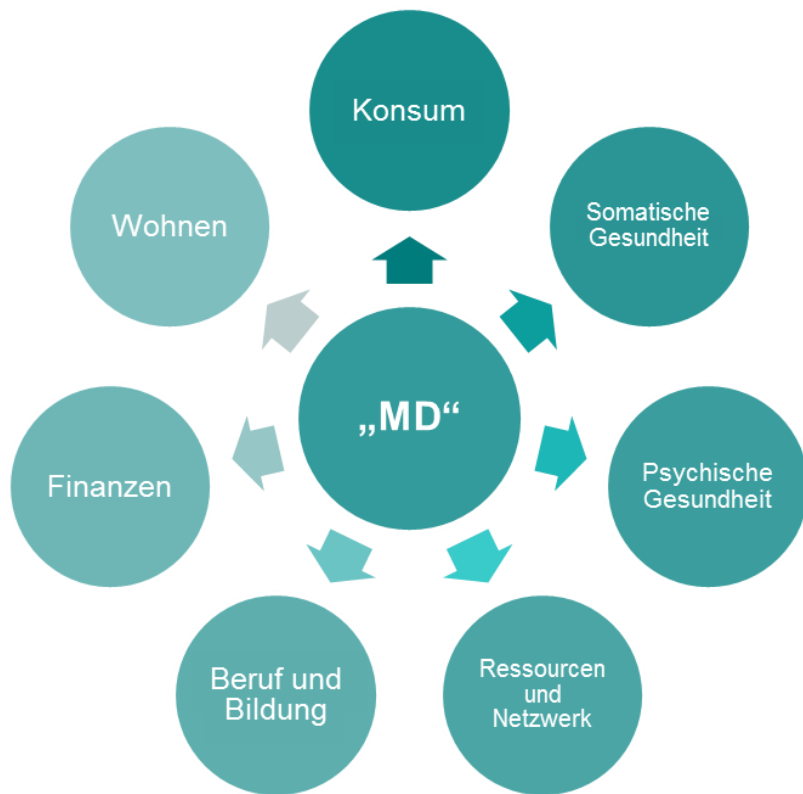
Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Integriertes Versorgungssystem



Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Maßnahmenplan: Multidimensionale Diagnostik



- ⇒ Erhebung der bio-psycho-sozialen Ausgangslage auf Basis einer „**Multidimensionalen Diagnostik**“ (MD) am Beginn jeder Betreuung
- ⇒ Multidimensionale Diagnostik wird von einem **multiprofessionellen Team** aus ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen erstellt
- ⇒ daraus abgeleitet wird in Konsens mit der Patientin/dem Patienten ein **individueller „Maßnahmenplan“** erstellt
- ⇒ laufendes Monitoring

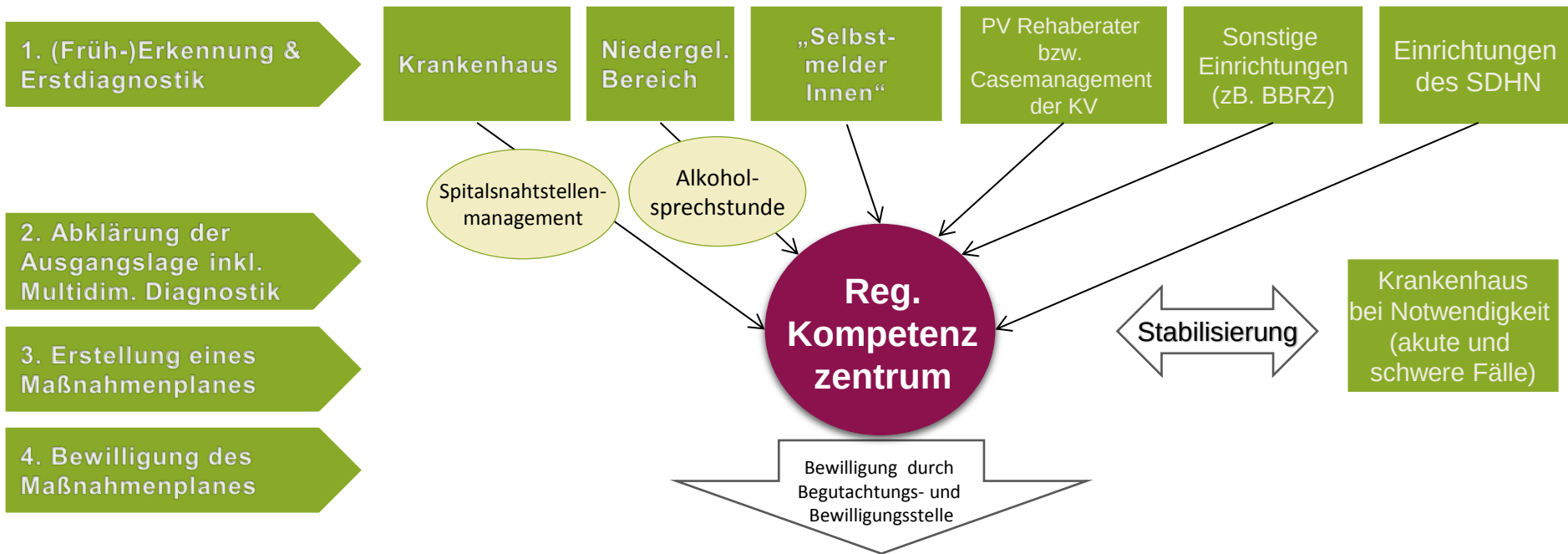
Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Maßnahmenplan: Individuelle Betreuung

- Unterschiedlicher Bedarf der PatientInnen erfordert **individuelles Betreuungsangebot**.
- **Maßnahmenpläne** werden daher ausgehend von der Multidimensionalen Diagnostik **individuell aus standardisierten Modulen** (ambulant und/oder stationär) zusammengestellt.
- Maßnahmenpläne decken den **kompletten Betreuungsbedarf** der PatientInnen sowohl in Hinblick auf die akute Krankenversorgung als auch auf die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation ab.
- Maßnahmenpläne können sowohl ambulante als auch stationäre Module beinhalten → **nach einem stationären Aufenthalt folgt jedenfalls eine ambulante Weiterbetreuung**.
- **Änderungen des Maßnahmenplanes** sind **möglich**, sofern sich der Bedarf der PatientInnen ändert.

Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Integriertes Versorgungssystem



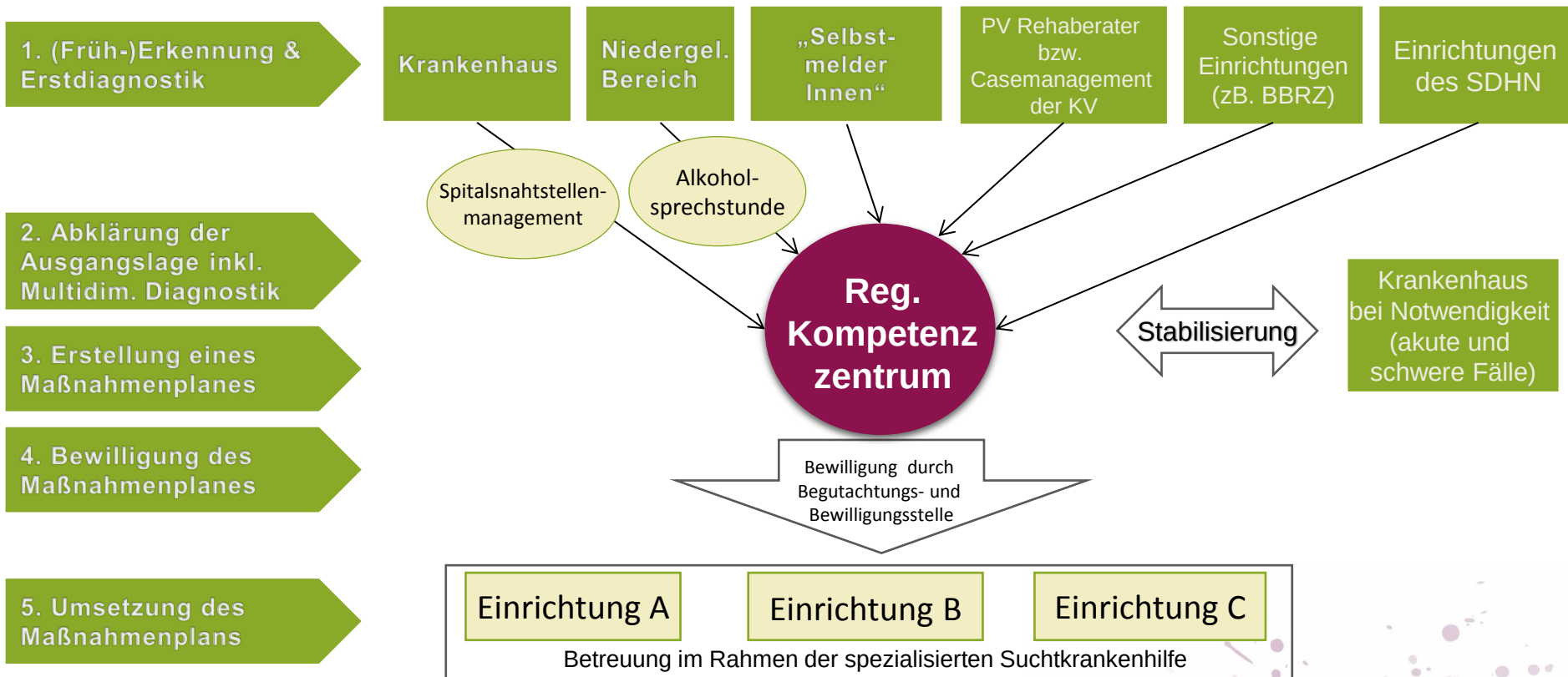
Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Maßnahmenplan: Bewilligung

- Die **Bewilligung der Maßnahmenpläne** wird kostenträger-übergreifend von einer zentralen Stelle - dem **Institut für Suchtdiagnostik (ISD)** – durchgeführt.
- Das **Institut für Suchtdiagnostik** verfügt über langjährige Erfahrung in der Diagnostik von Menschen mit Suchterkrankungen.
- Die Bewilligung beinhaltet
 1. die **formelle Prüfung** der Anspruchsberechtigung
 2. die **inhaltliche Beurteilung** des erstellten Maßnahmenplans
 3. die **Finanzierungszusage aller drei Kostenträger** für die im Maßnahmenplan festgelegten Module
- Die **Bewilligung erfolgt zeitnah** im Anschluss an die Erstdiagnostik innerhalb eines Termins durch ein multiprofessionelles Team des Instituts für Suchtdiagnostik **in den Räumlichkeiten des regionalen Kompetenzzentrums.**

Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Integriertes Versorgungssystem

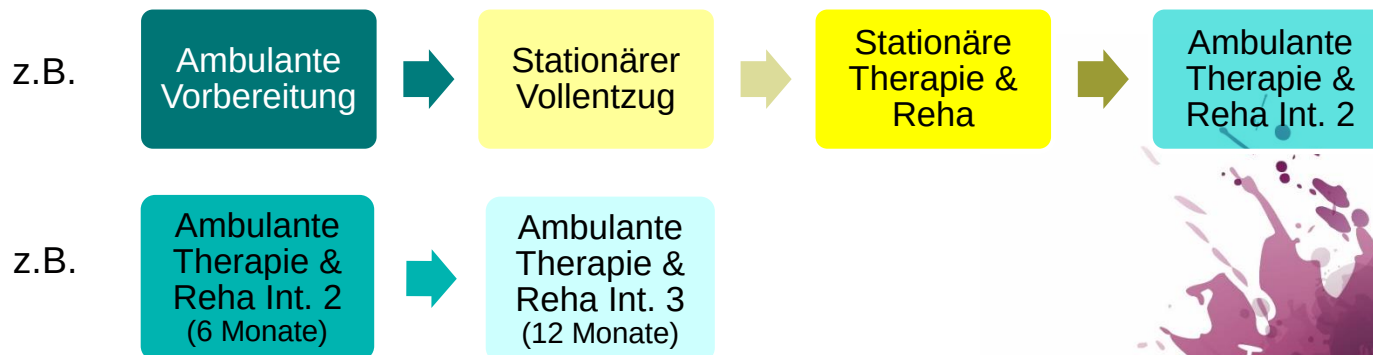


Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Maßnahmenpläne

- **Keine Einschränkung der Therapieansätze** für Leistungserbringer; Vielfalt an Therapieansätzen ist wichtig, um zielgruppengerechte und bedarfsorientierte Angebote gewährleisten zu können.
- Einrichtungen können auf Basis **wissenschaftlicher Betreuungskonzepte** ein vielfältiges Betreuungsangebot bereitstellen.
- **Gemeinsame Mindeststandards** für jedes Modul (z.B. Anzahl an Kontakten, Personal, Struktur etc.) sichern die Qualität und ermöglichen die Vergleichbarkeit und Abgrenzung der Angebote.

Beispiele für Maßnahmenpläne:



Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Qualitätsstandards

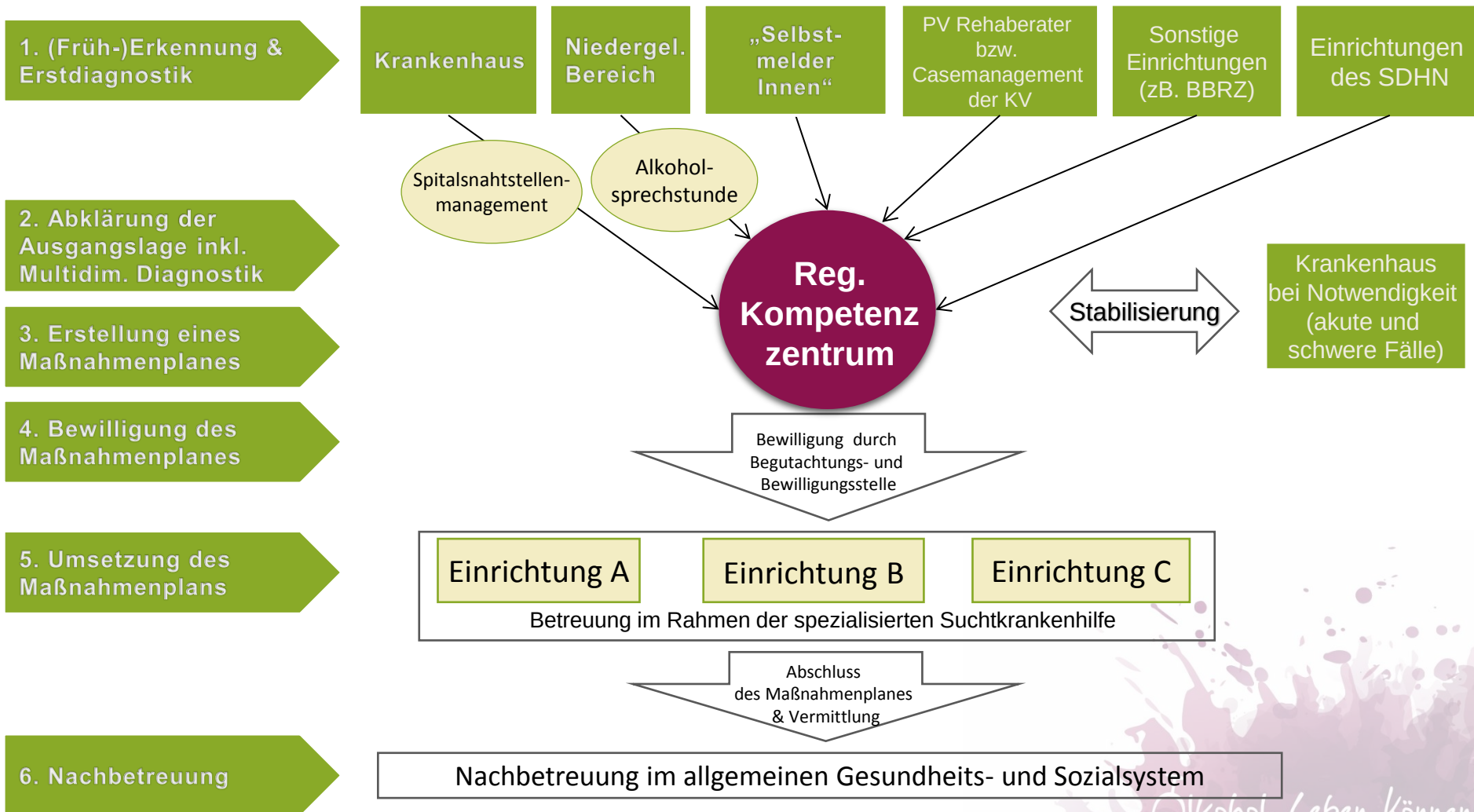
- Qualitätsstandards gelten als Ergänzung zu den rechtl. Vorschriften und anderen Qualitätsstandards und definieren die Mindestanforderungen zur Erbringung von Leistungen im Rahmen des Projektes „Alkohol 2020“:

Generelle Standards	gelten für die am Projekt beteiligten Einrichtungen und beinhalten die grundlegenden Anforderungen an das wissenschaftliche Betreuungskonzept, die Infrastruktur, die Personalstruktur und die Kernprozesse der Einrichtungen
Spezifische Standards	Zusätzliche Standards an die Betreuung im Rahmen der Umsetzung der Maßnahmenpläne; demzufolge müssen die Einrichtungen u.a. den kompletten Betreuungsbedarf (som/psy/soz) der PatientInnen abdecken, sie über die vorhandenen Optionen in der Betreuung informieren, Beschäftigungsmaßnahmen berücksichtigen und die Übergabe in die nächste Phase des Maßnahmenplans ermöglichen
Einzelne Modul-standards	Für jedes Modul gelten weitere spezifische Standards wie z.B. Moduldauer, Infrastruktur und Personalstruktur und jeweils weitere individuelle Kriterien

- Relevant für die **Finanzierung** sind nicht die Mindeststandards sondern die **tatsächlich** in den Modulen enthaltenen und **erbrachten Leistungen**.

Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Integriertes Versorgungssystem



Gesamtkonzept „Alkohol. Leben können.“

Vertragliche Grundlagen

- **Vereinbarung** zwischen der PVA, der Sucht- und Drogenkoordination Wien (Stadt Wien) und der WGKK abgeschlossen, welcher weitere Kostenträger (BVA, VAEB, SVA, SVB und KFA) beigetreten sind.
- Inhalte:
 - Ziele und Inhalte der Pilotphase II
 - Zusammenarbeit und Projektsteuerung innerhalb des Pilotprojektes
 - Kosten und Finanzierung
- **Verrechnungs- und Dokumentationsvereinbarung** mit den jeweiligen Leistungserbringern abgeschlossen.

Pilotprojekt Phase II

Pilotprojekt Phase II

Rahmenbedingungen

Kooperationspartner und Kostenträger	• Kooperationspartnerinnen: PVA, Stadt Wien (Sucht- und Drogenkoordination Wien) und WGKK • Weitere Kostenträger: BVA, KFA, SVA, SVB und VAEB
Dauer	• 3 Jahre von 1. April 2016 bis 31. Dezember 2018; Option auf Verlängerung um 12 Monate
Ziele	• Einbeziehung weiterer Kostenträger bis zum Ende der Pilotphase II • Einbindung der Sonderversicherungsträger • Ausweitung auf einzelne Bundesländer und Gebietskrankenkassen • Ausbau der Versorgung in Wien bis zum Ende der Pilotphase II • Ausbau der spezialisierten Angebote (inkl. regionale Kompetenzzentren) • Bedarfsbestimmung für definitive Ausrollung
Zielgruppe	• Ausbau der Kapazitäten und Vergrößerung der Zielgruppe in Pilotphase II: • ca. 3200 Menschen in der Laufzeit von 1. April 2016 bis 31. Dezember 2018 d.h. Ø 100 Neuaufnahmen pro Monat • Anspruchsberechtigte der WGKK, der SVA, der SVB, der VAEB, der BVA, der KFA oder einer der Betriebskrankenkassen, solange sie noch keine Alterspension beziehen
Leistungserbringer	• Anton Proksch Institut, Verein Grüner Kreis, Verein p.a.s.s., Verein Dialog, Schweizerhaus Hadersdorf

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Anhang

Wirkungsmessung

Beispiel 1: Alkoholkonsum

Auswertungsbasis:

Daten Stand Dez 2015 – 186 PatientInnen

Beobachtungszeitraum:

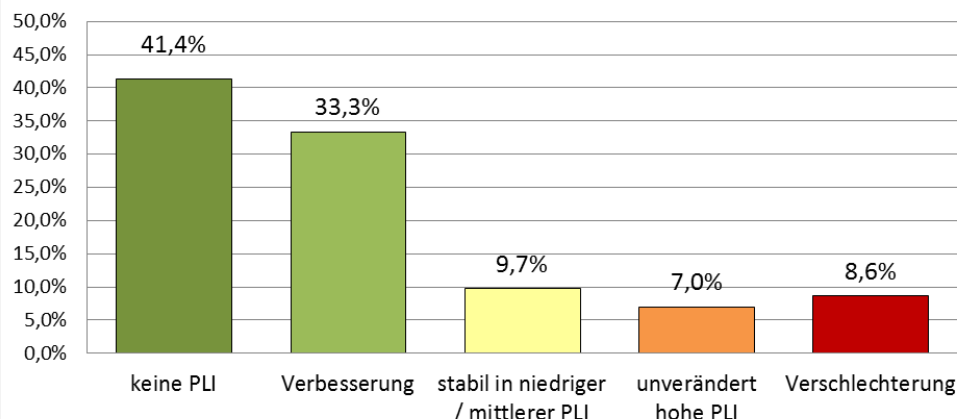
min. 3 Monate – max. 14 Monate

Mittelwert 6,5 Monate; Median 6 Monate

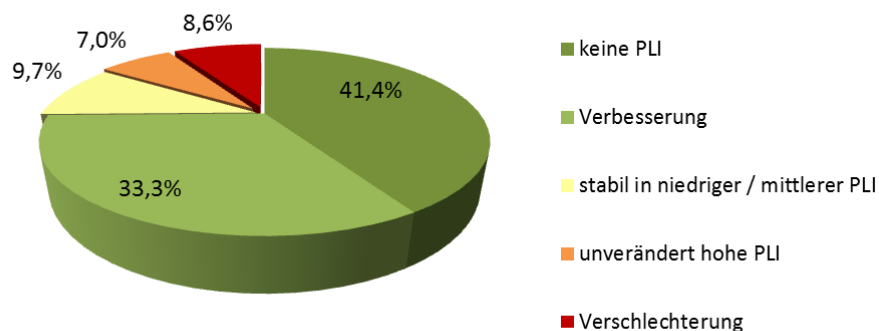
Voraussetzungen:

- abgeschlossene und laufende Fälle
- mind. 2 MDs,
- mind. 3 Monate zwischen erster und letzter MD
- gültige KLGR bei letzter MD
- gültige MD Eingabe bei allen 7 PLIs

Konsum Problemlagenintensität (PLI)
Veränderung zwischen 1. und letzter MD



Konsum Problemlagenintensität (PLI)
Veränderung zwischen 1. und letzter MD



Wirkungsmessung

Beispiel 2: Somatische Gesundheit

Auswertungsbasis:

Daten Stand Dez 2015 – 186 PatientInnen

Beobachtungszeitraum:

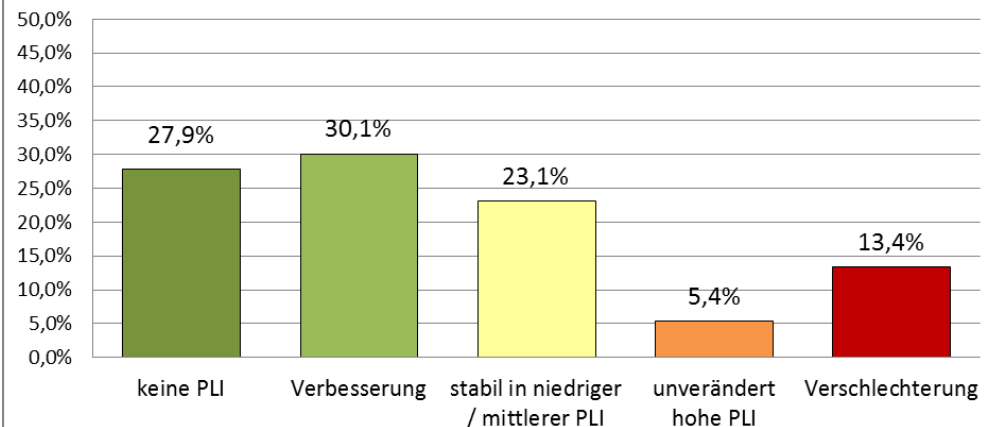
min. 3 Monate – max. 14 Monate

Mittelwert 6,5 Monate; Median 6 Monate

Voraussetzungen:

- abgeschlossene und laufende Fälle
- mind. 2 MDs,
- mind. 3 Monate zwischen erster und letzter MD
- gültige KLGR bei letzter MD
- gültige MD Eingabe bei allen 7 PLIs

Somatische Gesundheit Problemlagenintensität (PLI) Veränderung zwischen 1. und letzter MD



Somatische Gesundheit Problemlagenintensität (PLI) Veränderung zwischen 1. und letzter MD

