

Qualitätsförderungsprogramm des TGF

Abschlussbericht

Projekttitle: **Virtual Psychosomatics Board (vPB)**

Virtuelles interdisziplinäres Expert:innen Board zur Erarbeitung von individualisierten Therapiekonzepten für Patient:innen mit komplexen psychosomatischen Erkrankungen



Einreichende Stelle:

Univ.-Klinik für Psychiatrie II, Priv.-Doz. Mag.

Dr. Martin Kumnig

Projektleitung:

Barbara Sperner-Unterweger

Umsetzung des Projektes:

Horst Mitmansgruber, Anna Aglan

Projektzeitraum:

Jänner 2023 - März 2024

1. Kurze Problembeschreibung

Komplexe psychosomatische Krankheitsbilder erfordern als leitliniengerechte Therapie zumeist eine multimodale Behandlung durch ein interdisziplinäres Expert:innenteam. Im niedergelassenen Bereich kann ein solches multimodales Behandlungskonzept jedoch häufig nur eingeschränkt umgesetzt werden. Insbesondere an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen gehen qualifizierte, multimodale Therapieansätze verloren. Dies führt u. a. zu:

- erhöhtem Risiko der Chronifizierung,
- wiederholten Abklärungen („Drehtüreffekte“) im somatischen und psychiatrischen Bereich,
- steigenden Behandlungskosten und erhöhten Kosten für Krankenstände, Arbeitsunfähigkeit und Invaliditätspensionen.

Zusätzlich bestehen folgende strukturelle Problemlagen:

- fehlende konzeptuelle und personelle Kontinuität der psychosomatischen Behandlung zwischen stationären und ambulanten Angeboten,
- geringeres spezifisches Wissen zu komplexen psychosomatischen Erkrankungen in der peripheren Versorgungslandschaft im Vergleich zu spezialisierten Einrichtungen,
- Verlagerung von Kosten vom ärztlich-psychologischen in den rein somatischen Bereich.

Vor diesem Hintergrund wurde das Projekt „Virtual Psychosomatics Board (vPB)“ konzipiert, um – analog zu Tumorboards – eine zentrale Plattform für interdisziplinäre Fallbesprechungen zu etablieren und damit die Schnittstelle zwischen intra- und extramuralen Bereichen strukturiert zu stärken und die Versorgung von schwer erkrankten Patient:innen zu verbessern.

2. Projektziele

Im ursprünglichen TGF-Antrag wurden zwei zentrale Hauptziele definiert:

1. *Optimale Versorgung komplex psychosomatisch erkrankter Patient:innen*
Psychosomatisch erkrankte Patient:innen mit komplexen Symptomatiken sollen durch die Unterstützung multiprofessioneller Expert:innen entsprechend ihrer aktuellen Bedürfnisse behandelt werden.
2. *Optimierung des Schnittstellen-Managements*
Die Schnittstellen zwischen intra- und extramuralen Versorgungsbereichen sollen optimiert und ein strukturierter, wiederholbarer Kommunikations- und Entscheidungsprozess etabliert werden.

Als angestrebte nachhaltige Effekte wurden formuliert:

- Vermeidung bzw. Hinauszögern stationärer Aufnahmen, wo medizinisch vertretbar
 - bessere Planbarkeit einer ggf. notwendigen stationären Aufnahme und Vorbereitung gezielter multimodaler Interventionen
 - Reduktion der stationären Behandlungsdauer und Verminderung von Wiederaufnahmen komplexer chronifizierter Patient:innen
 - Aufbau eines niederschwelligen Zugangs zu spezialisierten psychosomatischen Expert:innen für das Tiroler Behandler:innen-Netzwerk
 - Entlastung von niedergelassenen Behandler:innen
-

3. Umsetzung des Projekts nach Workpackages (WP 1–10)

Die im Projektantrag skizzierten Workpackages (WP 1–10) wurden im Berichtszeitraum stufenweise umgesetzt. Im Folgenden werden zentrale Inhalte und Ergebnisse zusammengefasst.

WP 1: Literaturarbeit und Erfassung vorhandener Konzepte und Strukturen

Zu Projektbeginn erfolgte eine strukturierte Literatur- und Konzeptrecherche zu:

- integrierten Versorgungsmodellen in der Psychosomatik
- Erfahrungen mit multidisziplinären Boards (insbesondere Tumorboards)
- bestehenden intra- und extramuralen Versorgungsstrukturen in Tirol.

Hieraus wurde ein internes Prozessdiagramm erarbeitet, das u. a. definierte:

- Einschlusskriterien für die Fallvorstellung im vPB
- Grundstruktur des Ablaufs (Anmeldung, Vorbereitung, Sitzung, Rückmeldung)
- Anforderungen an Dokumentation und Datenschutz.

Die Informationen aus der Recherche haben als Grundlage für WP2 gedient.

WP 2: Erstellung der erforderlichen Dokumente und fallbezogenen Strukturvorlagen

Im Rahmen von WP 2 wurden alle für das vPB notwendigen Dokumente erstellt bzw. adaptiert, u. a.:

- Einladungsschreiben an potenzielle Zuweiser:innen
 - kurze Beschreibung des Ziels des Boards
 - Darstellung des Boards („Who is this board?“ – Zusammensetzung, Expertise)
 - Beschreibung des Ablaufs von der Anmeldung bis zur Rückmeldung
- Checkliste/Einschlusskriterien zur Prüfung, ob ein Fall für das vPB geeignet ist
- Anmeldeformular zur standardisierten Erfassung der relevanten Informationen (Anamnese, bisherige Behandlungen, aktuelle Symptomatik, konkrete Fragestellung an das Board)

- Formular „Zusammengefasste Informationen aus der Vorababklärung“ als interne Strukturvorlage für die fallbezogene Aufbereitung
- Vorlage für das Board-Protokoll / Empfehlungsschreiben, die die interdisziplinär erarbeiteten Empfehlungen sowie Verantwortlichkeiten und das weitere Vorgehen dokumentiert

Der Anmelde- und Entscheidungsprozess wurde wie folgt festgelegt:

1. Überprüfung der Voraussetzungen anhand der Checkliste
2. Anforderung/Ausfüllen des Anmeldeformulars durch die Zuweiser:in
3. Interne Prüfung und Entscheidung über Aufnahme und Terminvergabe; entsprechende Rückmeldung an die Zuweiser:in
4. Kontaktaufnahme mit der/dem Patient:in durch das Board-Team (Erstgespräche, diagnostische Klärung, Einholung der Einwilligung)
5. Durchführung des fallbezogenen Boards mit punktueller Einbindung der/des Patient:in, sofern sinnvoll

Es wurden folgende Dokumente erstellt:

- x1 iBoard DOKUMENT _ Aussendung-who is this board
- x2 iBoard DOKUMENT _ Protokollblatt telefonische Vorabklärung
- x3 iBoard DOKUMENT _ Anmeldeformular inkl. Einverständniserklärung
- x4 iBoard DOKUMENT _ Antragsformular neu
- x5 iBoard DOKUMENT _ Info aus Antrag für Voting
- x6 iBoard DOKUMENT _ Zusammengefasste Informationen aus der Vorabklärung,
- x7 iBoard Protokollblatt
- x8 iBoard Prozessblatt-integr. Information

WP 3: Vorstellung des vPB bei Kooperationspartner:innen

In WP 3 wurde das vPB systematisch im Tiroler Versorgungsnetzwerk vorgestellt.

Zu den in der Entwicklungsphase gezielt angesprochenen Kooperationspartner:innen gehörten u. a.:

- Leitung von Tageskliniken für Erwachsene sowie für Adoleszente der Psychiatrie II, Leitung der Station für Psychosomatische Medizin der Psychiatrie II, Leitung der Akutpsychiatrie der Psychiatrie I an den Tirol Kliniken
- niedergelassene Allgemeinmediziner:innen und Fachärzt:innen (Innere Medizin, Psychiatrie)
- niedergelassene klinische Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen,
- psychosoziale Einrichtungen: Pro Mente Tirol, PSP Tirol, Domcafé, therapeutische Wohngemeinschaften

Es fanden mehrere konstituierende Boardtreffen mit den jeweiligen Leitungspersonen der Einrichtungen der Psychiatrie I und Psychiatrie II an den Tirol Kliniken statt.

WP 4: Vorbereitung der technischen Infrastruktur

Zur technischen Umsetzung des virtuellen Boards wurden folgende Schritte gesetzt: Bereitstellung von 20 ClickDoc-Lizenzen durch die IT-Abteilung der Tirol Kliniken. Die rechtlichen Grundlagen für das virtuelle Einbinden externer Behandler:innen wurde mit der Rechtsabteilung vorbereitet.

WP 5: Pilotphase

In der Pilotphase wurden erste Patient:innenfälle interdisziplinär im vPB diskutiert und fallbezogene Behandlungsempfehlungen erarbeitet.

- Es nahmen jeweils bis zu 15 Personen aus der Leitung der Psychiatrie II, Sozialarbeit, Pflege, Psychologie, Medizin, niedergelassene Behandler:innen und Betreuungspersonen teil
- Häufige Diagnosen der eingebrochenen Patient:innen: K-PTBS, Borderline Persönlichkeitsstörung, funktionelle Körperbeschwerden
- typische Fragestellungen, welche in das Board eingebbracht wurden:
 - Reduktion von akutpsychiatrischen Aufenthalten bei chronischer Suizidalität
 - Fehlende Behandlungsfortschritte trotz zahlreicher unterschiedlicher Behandlungen
 - Wiederkehrendes problematisches, therapieschädigendes Verhalten im stationären und im teilstationären Setting
 - Therapieplanung nach mehrfachen Abbrüchen.

Die Umsetzung, der im Board erarbeiteten Empfehlungen wurde – soweit möglich – via Rückmeldung der Zuweiser:innen und Dokumentation im KIS nachverfolgt.

Ein exemplarischer Fall

- Ausgangslage: 34-jährige Patientin mit komplexer psychosomatischer Symptomatik, emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (F60.3), komorbider Depression und posttraumatischer Belastungsstörung
- Problemstellung: Wiederholte stationäre Aufnahmen, chronische Suizidalität, multiple Selbstverletzungen, hoher Medikamentengebrauch (Hypnotika, Benzodiazepine)
- Fragestellung an das Board: Indikation für stationäre Krisenintervention vs. ambulante Stabilisierung; Planung einer multimodalen Therapie unter Berücksichtigung von Traumafolgestörung und Benzodiazepinabhängigkeit
- Empfehlung des Boards: Kurzstationäre Krisenintervention mit anschließender DBT-basierter Skillsgruppe, engmaschige psychiatrische Betreuung, Reduktion von Benzodiazepinen, Einbindung von Sozialarbeit zur Wohnsituation, Unterstützung in der aktuellen Gewaltbeziehung, diagnostische Zusatzabklärung

- Ergebnis: Umsetzung der Empfehlungen, deutliche Reduktion der Notfallkontakte innerhalb von 3 Monaten. Neue diagnostische Aspekte V.a. Autismusspektrumstörung
-

WP 6: Reflexionsphase und konzeptuelle Weiterentwicklung

Nach Abschluss der Pilotphase fand eine strukturierte Reflexionsphase statt, u.. in Form von:

- internen Teamklausuren/Reflexionssitzungen: 16 Sitzungen
- Feedbackgesprächen mit ausgewählten Zuweiser:innen: 20+ Gespräche

Wesentliche Ergebnisse:

- Anpassung und Präzisierung der Einschlusskriterien
 - Optimierung der Struktur der Fallpräsentationen (Fokussierung auf leitende Fragestellungen)
 - Klarere Festlegung von Rollen (Moderation, Protokollführung, Nachkontakt)
 - Überarbeitung der Empfehlungsschreiben (z. B. stärkere Priorisierung der Maßnahmen, Hinweise zur Umsetzbarkeit im jeweiligen Setting)
-

WP 7: Ausrollung des vPB und fortlaufende Administration

Der geplante Übergang des vPB in den Regelbetrieb nach Abschluss der Projektlaufzeit konnte bislang nicht umgesetzt werden. Die für die operative Umsetzung verantwortliche Mitarbeiterin, Anna Aglan, ist seit April 2024 der Ärztlichen Direktion (Gewaltschutz) zugeordnet und steht so für die weitere Administration nicht mehr zur Verfügung. Eine Übergabe an eine andere Person war aufgrund des erheblichen Arbeitsaufwandes und fehlender personeller Ressourcen bisher nicht realisierbar.

WP 8: Erstellung des Evaluationsinstrumentariums

Als Vorbereitung auf ein mögliches quantitatives Evaluationsinstrument wurden qualitative Rückmeldungen erhoben und bei der Weiterentwicklung der Prozesse stetig mitberücksichtigt.

WP 9: Projektevaluation

Die Projektevaluation basierte auf:

- den qualitativ erhobenen Rückmeldungen der Zuweiser:innen
- den qualitativ erhobenen Rückmeldungen der internen Expert:innen
- einer Auswertung einfacher Prozessindikatoren (Fallzahlen, technische Probleme, Durchlaufzeiten)
- ausgewählten exemplarischen Fallverläufen

Rückmeldungen von internen und externen Zuweiser:innen sowie Expert:innen flossen stetig in die Überarbeitung der Formulare und Abläufe ein (z. B. Schärfung der Fragestellungen, bessere Lesbarkeit der Empfehlungen) mit ein.

WP 10: Ergebnisbericht

Mit dem vorliegenden Abschlussbericht wird WP 10 umgesetzt. Alle wesentlichen Schritte der Projektumsetzung und der entwickelten Strukturen und Instrumente werden dokumentiert. Der Bericht dient zugleich als Entscheidungsgrundlage für die weitere strategische Verankerung des vPB im Regelbetrieb.

4. Zusammenfassende Bewertung

Aus heutiger Sicht lässt sich festhalten:

- Die für das vPB notwendigen Strukturen und Prozesse (Dokumente, Abläufe, technische Infrastruktur) wurden aufgebaut und im klinischen Alltag erprobt.
 - Es konnte ein niederschwelliger Zugang zu einem interdisziplinären psychosomatischen Expert:innengremium für ausgewählte komplexe Fälle geschaffen werden.
 - Die Rückmeldungen der Zuweiser:innen und der beteiligten Expert:innen sowie die Auswertung der „Patient:innen Fälle“ weisen auf einen klaren Nutzen im Bereich Schnittstellen-Management und Therapieplanung hin.
-

5. Nachhaltigkeit und Ausblick

Im Rahmen des Projekts wurden wesentliche Voraussetzungen für eine Fortführung des vPB über die Projektlaufzeit hinaus geschaffen:

- definierte und erprobte Prozesse
- umfangreiche Dokumente für die Behandlung von einzelnen Patient:innenfällen,
- vorhandener Expert:innenpool,
- administrative Koordination wurde etabliert, allerdings stellte sich heraus, dass diese aufgrund der Komplexität und des erforderlichen Hintergrundwissens, sowie der Notwendigkeit mit externen Schnittstellen auf fachlicher Augenhöhe Kontakt zu halten, bisher nicht an eine administrative Kraft der Klinik übergeben werden konnten.
- Somit kann aktuell aufgrund der geänderten Zuordnung (nun Ärztliche Direktion Gewaltschutz), der für das Projekt verantwortlichen Psychologin, keine weitere Aufnahme von Patient:innen erfolgen.
- Eine weitere Arbeit an der Digitalisierung des Boards wäre wünschenswert.

Die Fortführung des Angebots kann – abhängig von der strategischen Entscheidung der Klinik- und Spitalsträgerleitung – in folgenden Formen erfolgen:

- Weiterführung als reguläres Angebot des Departments
- thematische Schwerpunktsetzung (z. B. spezifische Altersgruppen, wie z. B. Adoleszente)
- stärkere Integration in bestehende Fort- und Weiterbildungsstrukturen für extramurale Behandler:innen