

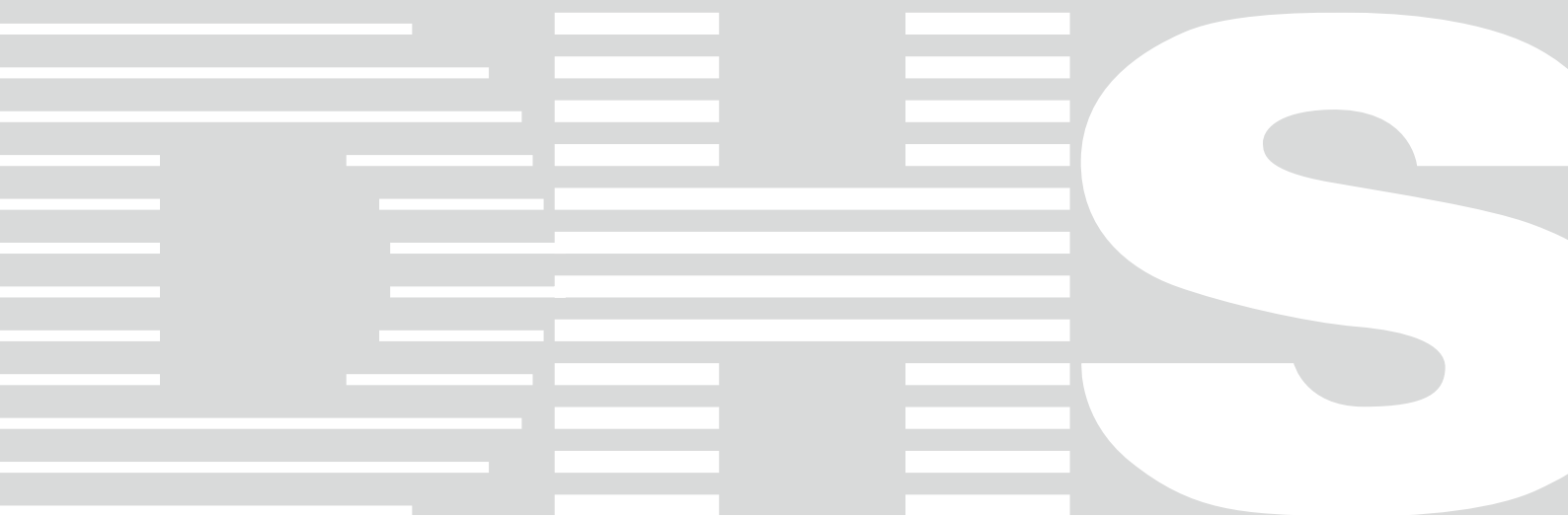
Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven

Grundlagen der Suchtprävention und Suchthilfe

Informationsdienst der DHS

akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik | Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO) | Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V. - Bundesverband (BKE) | Blaues Kreuz in Deutschland e.V. - Bundesgeschäftsstelle (BKD) | BAG der Landesstellen für Suchtfragen | BAG Psychiatrie - Landeswohlfahrtsverband Hessen | BundesFachverband Essstörungen e.V. | Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V. (BVEK) | Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) | Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände | Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Bundesverband für Suchthilfeeinrichtungen im DCV | Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. (DG-SAS) | Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V. (DG Suchtmedizin) | Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. - Bundesgeschäftsstelle | Deutscher Caritasverband e.V., Referat Basisdienste und besondere Lebenslagen | Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur e.V., Bundesverband | Deutsches Rotes Kreuz e.V., Generalsekretariat (DRK) | Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR) | Fachverband Glücksspielsucht e.V. | Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband e.V. | Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD e.V. (GVGS) | Guttempler in Deutschland | Kreuzbund e.V. Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige, Bundesgeschäftsstelle | Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) | Postfach 1369 | 59003 Hamm | Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0 | Fax +49 2381 9015-30 | info@dhs.de | www.dhs.de



Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund

Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

Autoren

Hans Böhl

Dr. Andreas Koch

Jost Leune

Dr. Thomas Redecker

Hamm/Westfalen, November 2010

INHALT

1. Individuelle Hilfeplanung –
,Der Patient steht im Mittelpunkt‘
2. Ausgestaltung des Behandlungsverbundes –
Module und Beteiligte
3. Gestaltung von Verbundsystemen –
Organisatorische und formale Aspekte
4. Kombimodelle in der medizinischen Reha –
Kleinste Form eines Verbundsystems
5. Schlussfolgerungen

Anhang: Aktuelle Beispiele

- a) Sucht-Rehabilitationszentrum Bremen
- b) Kombi-Nord
- c) Integrierte Versorgung Emsland/Osnabrück
- d) Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg
- e) Suchthilfeverbund Ostwestfalen-Lippe

1. Individuelle Hilfeplanung - ‚Der Patient steht im Mittelpunkt‘

In vielen Bereichen des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens hört man immer häufiger die Forderung nach einer Planung und Durchführung von (Hilfe)Maßnahmen, die möglichst individuell und spezifisch auf die Bedürfnisse und Ressourcen der bzw. des Betroffenen abgestimmt sind. Der ‚autonome Patient‘ (Patientin, Klient, Betroffener, Rehabilitand etc.), der selbst darüber entscheidet, was sie oder er zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben braucht, und von wem die entsprechende Unterstützung geleistet werden soll, ist zu einer wichtigen Leitfigur der sozialpolitischen Diskussion geworden und findet zunehmend Eingang in die Gesetzgebung. Ein besonders deutliches Beispiel ist die Einführung des persönlichen Budgets in der medizinischen Rehabilitation (§ 17 SGB IX), die den Leistungsempfänger zum eigenen Fallmanager machen soll. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass es bei Abhängigkeitserkrankungen um teilweise schwere psychische Erkrankungen mit massiven somatischen Komorbiditäten geht und somit die Autonomie von Betroffenen eingeschränkt sein kann; manchmal (besonders bei Abhängigkeit von illegalen Drogen) bezieht sie sich nur auf das Überleben.

Antworten für das Suchthilfesystem

Was verbirgt sich aber fachlich und organisatorisch ganz konkret hinter diesen Anforderungen? Was sind die einzelnen Versorgungssysteme im Hinblick auf Individualisierung und Flexibilisierung überhaupt zu leisten im Stande? Und wer kann entsprechend komplexe Leistungen innerhalb eines stark gegliederten Systems erbringen und wer will sie bezahlen? Mit der vorliegenden Stellungnahme soll versucht werden, für das Versorgungssystem Suchtkrankenhilfe einige Antworten auf diese Fragen zu finden.

Die ‚Aktion Psychisch Kranke‘ hat für den Bereich der psychiatrischen Akutversorgung und die Rehabilitation Psychisch Kranker mit ihrer Jahrestagung 2003 entsprechende Entwicklungen beschrieben und weitergehende Forderungen formuliert (Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Kunze, H. (Hrsg.) (2003): Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Psychiatrie-Verlag, Bonn). Kunze formuliert in der Einführung: ‚Der personenzentrierte Ansatz geht vom Bedarf der Person aus und fragt erst in der zweiten und dritten Ebene nach der entsprechenden Organisation der Hilfen und ihrer Finanzierung‘ (S.17). In weiteren Beiträgen wird u.a. dargestellt: der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes (Pörksen, S. 42-51), der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Krüger, S. 30-41) und der Zusammenhang zur Teilhabe am Arbeitsleben (Brill, S. 201-210), die koordinierende Bezugsperson (Locher, S. 214-218) sowie die Funktion von Hilfeplankonferenzen (von Woyna, S. 218-221 / Müller, S. 222-228). Krüger beschreibt den integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als ein Instrument zur ‚Planung: zielorientiert, lebensweltbezogen, integriert; / Koordination im Verlauf und / Evaluation‘ (S. 37). Es werden auch Erfahrungen zur personenbezogenen Hilfeplanung bei abhängigkeitskranken Menschen beschrieben, allerdings nur für die ambulante Arbeit in einem regional begrenzten Versorgungsbereich (Sundermann, S. 194-200)

Beim Bedarf ansetzen

Eine individuelle Hilfeplanung setzt also zunächst einmal ganz eindeutig beim Bedarf eines Betroffenen an und nicht beim Leistungsangebot eines Versorgungssystems – zumindest theoretisch! Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen (stoffgebunden und verhaltensbezogen) bedeutet das, für Betroffene einen einfachen und akzeptablen Zugang zum Hilfesystem zu finden – immer vorausgesetzt, diese psychische Erkrankung wird als solche überhaupt erkannt (Behandler) und akzeptiert (Betroffener). Der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten findet diesen Zugang über Beratungsstellen, die wohnortnah verfügbar sind und eine erste professionelle Unterstützung bieten. Bei vielen Betroffenen wird eine Abhängigkeitserkrankung aber auch erst entdeckt, wenn sie in ein Krankenhaus eingewiesen oder von erfahrenen Haus- bzw. Fachärzten behandelt werden. Der Erstkontakt erfolgt auch in Selbsthilfegruppen. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Zahl von Abhängigkeitskranken in der Akutversorgung somatisch behandelt wird, ohne dass die Abhängigkeitsproblematik erkannt oder thematisiert wird, i.d.R. fällt eine Suchterkrankung eher zufällig im

Zusammenhang mit einer somatischen Behandlung auf, häufig bei Verletzungen und Unfällen in der Notaufnahme. Eine interessante Rolle könnten hier die Krankenkassen übernehmen, die bei auffälligen Diagnosen im Zusammenhang mit AU-Meldungen entsprechende Hinweise an ihre Versicherten zur Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle geben könnten. Schließlich erfolgt ein – nicht immer ganz freiwilliger – Zugang auch über die Arbeitsagentur oder die ARGE, wenn Sucht als Arbeitsvermittlungsproblem identifiziert wird oder im Zusammenhang mit der Verkürzung von Haftstrafen bzw. bei entsprechenden gerichtlichen Auflagen. Es existiert also eine Vielzahl von Zugangsmöglichkeiten und trotzdem wird seit Jahren richtigerweise beklagt, dass zu wenig Betroffene (ca. 10%) diese Eingangstür auch finden.

Planung für die nächsten Schritte

Mit dem Erstkontakt sollte bereits die Planung für die nächsten Schritte eingeleitet und vor allem eine hinreichende Motivation für eine weitergehende Betreuung und/oder Therapie erarbeitet werden. Entscheidend ist dabei als unabdingbare Voraussetzung für eine personenzentrierte Hilfeplanung die gemeinsame Klärung der Zielsetzung (Berater und Betroffener). Das professionelle System spricht von beruflicher/sozialer Integration, gesellschaftlicher Teilhabe und Abstinenz. Wovon spricht aber der oder die Betroffene, was wird hier als Ziel oder Wunsch formuliert? Und wie passt das mit vorhandenen Angeboten und leistungsrechtlichen Voraussetzungen zusammen? Häufig ist die Klärung dieser Fragen weder leicht noch kurzfristig erreichbar, und es muss um eine ausreichende Basis für folgende Maßnahmen ‚gerungen‘ werden.

Es ist empirisch belegt, dass sich die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, der Beginn einer Ausbildung oder auch die Teilnahme an einer Qualifizierungsmaßnahme stabilisierend auf den Erfolg der Suchthilfemaßnahme auswirken. Dagegen werden arbeitslose häufiger und schneller rückfällig als erwerbstätige Personen. Es geht um eine möglichst ‚passgenaue‘ Hilfe, die in Arbeitsförderung, in Eingliederungshilfe(n) und in Therapie oder Behandlung, die normalerweise Akut- und Reha-Maßnahmen, bei Bedarf Vor- oder Nachsorge sowie Phasen der Überleitung umfasst. Sie kann ambulant, tagesklinisch oder stationär erfolgen und es können sich zur weiteren Stabilisierung gezielte psychotherapeutische Maßnahmen oder Aktivitäten in Selbsthilfegruppen anschließen.

Wir verfügen in Deutschland also über ein höchst professionelles und stark ausdifferenziertes Suchthilfesystem mit einer Vielzahl von sich ergänzenden oder alternativen Leistungsangeboten. Auch für Experten ist es nicht immer einfach, hier den Überblick zu behalten und die für den individuellen Bedarf passende Behandlung zu finden – oder genauer bzw. moderner gesagt: die passende Kombination von Behandlungsmodulen.

Nicht immer ganz einfach: ‚Schnittstellenmanagement‘

Erschwerend kommt hinzu, dass nicht alle diese Leistungen aus derselben Kasse bezahlt werden. Als Kosten- und Leistungsträger können schon bei einer ‚normalen‘ Behandlung zahlreiche Institutionen ins Spiel kommen: Kommunen (Finanzierung der meisten ambulanten Hilfen), Gesetzliche Krankenkassen (Akutbehandlung), Sozialhilfe (Eingliederungshilfe, z.T. auch Arbeitsförderung), Gesetzliche Rentenversicherung (medizinische Rehabilitation) usw. Es ist leicht vorstellbar, dass das ‚Schnittstellenmanagement‘ in diesem stark gegliederten System nicht immer ganz einfach und für den Betroffenen ohne professionelle Unterstützung kaum zu bewältigen ist. Noch komplexer wird die Situation, wenn es sich um Jugendliche handelt (Jugendhilfe) oder die Betroffenen sich in Haft befinden (Justizbehörden).

»Nicht an einzelnen Bäumen hängenbleiben...«

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das vorhandene Versorgungssystem eigentlich alles bietet, was für eine personenzentrierte Hilfeplanung erforderlich ist: Professionelle Beratung, qualitativ hochwertige und (zumindest überwiegend) vernünftig finanzierte Angebote sowie eine ausreichende (wenn auch gelegentlich etwas unübersichtliche) leistungsrechtliche Grundlage. Wie kann man aber sicherstellen, dass Mann oder Frau als Betroffener diesen schönen großen Wald überhaupt sieht und nicht an einzelnen Bäumen zufällig hängenbleibt? Wie kommt also der angeblich autonome

Patient oder Klient (natürlich auch die Patientin bzw. Klientin) zu tatsächlichen Umsetzung dieser Gestaltungsfreiheit?

Eine mögliche Antwort darauf sind Verbundsysteme und Netzwerke. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sich verschiedene Leistungserbringer zusammenschließen und dabei

- ihre Behandlungs- und Hilfefkonzepte aufeinander abstimmen,
- ergänzende oder alternative Leistungen ‚aus einer Hand‘ anbieten,
- nicht um Betroffene konkurrieren,
- sondern diesen eine ‚passgenaue‘ Planung und Durchführung ermöglichen,
- flexibel auf Änderungen des Plans und unvorhergesehene Krisen reagieren,
- für ein reibungsloses Schnittstellenmanagement sorgen,
- Betroffene durch den Hilfeprozess begleiten (Fallmanagement),
- sich auf verbindliche Kommunikationsregeln verpflichten (bspw. Fallkonferenzen und Lenkungs-kreise),
- leistungrechtliche und finanzielle Fragen für die Betroffenen grundsätzlich klären,
- sich gemeinsam auf Qualitätsstandards verpflichten und diese weiterentwickeln.

Welche Partner in einem Netzwerk zusammen arbeiten sollten, wie solche Verbundsysteme im Detail gestaltet werden können und welche Vor- und Nachteile existierende Beispiele haben, wird in den folgenden Abschnitten ausgeführt.

2. Ausgestaltung des Behandlungsverbundes - Module und Beteiligte

In den folgenden Abschnitten wird dargestellt, welche Akteure, Berufsgruppen und Einrichtungen im Suchthilfesystem eine Rolle spielen (sollen), welche Aufgaben sie in einem Behandlungsverbund übernehmen und welche Leistungsmodule sinnvoll miteinander kombiniert werden können. Die Definition eines Behandlungsverbundes erfolgt in Anlehnung an die Arbeitshilfe der BAR (BAR 2006).

2.1 Hilfesegment: Akutbehandlung

2.1.1 Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten die erste Anlaufstelle für Abhängigkeitskranke bzw. –gefährdete, insbesondere im Zusammenhang mit körperlichen und/oder seelischen Erkrankungen sein. Sie haben bei der Früherkennung und Frühintervention eine besondere Rolle und Verantwortung. Es ist ihre Aufgabe, im Rahmen der Diagnostik und Therapie einer Krankheit eine festgestellte Abhängigkeitsproblematik und ihre Folgen anzusprechen und den Patienten durch eine gezielte Beratung zur Inanspruchnahme geeigneter Hilfen, z.B. einer Suchtberatungsstelle, hinzuweisen und diese ggf. zu vermitteln.

Rechtsgrundlage: SGB V

Planung durch: Kassenärztliche Vereinigungen

2.1.2 Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Zur Psychotherapie berechnigte Ärzte sind Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Die Durchführung einer Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) kann nach dem Psychotherapeutengesetz auch durch niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten erfolgen. Psychotherapie allein wird aber nicht den Anforderungen an eine umfassende qualifizierte ambulante Versorgung Abhängigkeitskranker gerecht.

Rechtsgrundlage: SGB V

Planung durch: Psychotherapeutenkammern

2.1.3 Psychiatrische Institutsambulanzen

Institutsambulanzen sind in der Regel an psychiatrischen Krankenhäusern, und z.T. auch an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angesiedelt. Sie zeichnen sich durch die multiprofessionelle Zusammensetzung des Mitarbeiterteams aus.

Rechtsgrundlage: SGB V

Planung durch: Krankenkassen

2.1.4 Allgemeinkrankenhäuser

Entzugsbehandlungen/Entgiftungen werden vorwiegend stationär in Krankenhäusern durchgeführt. Entzüge können aber auch im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen oder mit durch Suchtmittelmissbrauch verursachten somatischen Krankheiten und Unfällen (Notfallbehandlung) auftreten. Krankenhäuser müssen auf eine mögliche Abhängigkeitsproblematik achten und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Stellen der Suchtkrankenhilfe einschließlich der Selbsthilfe pflegen.

Rechtsgrundlage: SGB V

Planung durch: Länder

2.1.5 Psychiatrische Kliniken

Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken spielen eine wichtige Rolle im Versorgungssystem für abhängigkeitskranke Menschen. Das Angebot reicht von „qualifizierter“ Entzugsbehandlung bis zu Behandlungen für Abhängigkeitskranke mit psychiatrischen Zusatzstörungen.

Rechtsgrundlage: SGB V

Planung durch: Länder

2.2 Hilfesegment: Betreuung und Beratung im Verbundsystem der Suchthilfe

2.2.1 Niedrigschwellige Angebote

Niedrigschwellige Angebote sind ein in das Hilfesystem hineinführendes Angebot. Hier gibt es ein Kontaktangebot als Grundlage für weitere Hilfe, u.a. durch Konsumräume, Streetwork oder Kontaktläden mit sozialpädagogischer Betreuung.

Rechtsgrundlage: Freiwillige staatliche Leistungen und Projekte

Planung durch: Kommunen, teilweise auch Bundesländer

2.2.2 Suchtberatungs- und Behandlungsstellen

Psychosoziale Beratungsstellen sowie Suchtberatungs- und Behandlungsstellen haben eine zentrale Aufgabe bei der Beratung und Betreuung Abhängigkeitskranker und sind zentrale Anlaufstellen. Sie unterstützen Betroffene beim Aufbau der Motivation Hilfe anzunehmen, erstellen Hilfepläne und vermitteln in weiterführende Angebote (soziale, berufliche, medizinische Rehabilitation).

Rechtsgrundlage: Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Planung durch: Kommunen, teilweise auch Bundesländer

2.2.3 Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen sind ein vollstationäres Angebot für Suchtkranke. Sie dienen der seelischen und körperlichen Gesundheitsförderung sowie der Förderung sozialer Verantwortlichkeit. Ziel ist die Vermittlung in eine geeignete Folgeeinrichtung. In der Regel sind dies Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Betreute Wohnheime oder Betreutes Einzelwohnen.

Rechtsgrundlage: SGB XII

Planung durch: Sozialhilfeträger

2.3 Hilfesegment: Betreuung und Beratung in der gesundheitlichen Versorgung

2.3.1 Gesundheitsämter

Gesundheitsämter sind Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens und leisten im Rahmen ihrer sozialmedizinischen Aufgaben u.a. Gesundheitshilfe für abhängigkeitskranke und -gefährdete Menschen

Rechtsgrundlage: Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Planung durch: Kommunen, teilweise auch Bundesländer

2.3.2 Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste bieten vorsorgende und nachgehende Hilfen, auch durch Hausbesuche sowie Krisenintervention für psychisch kranke, aber auch suchtkranke Menschen.

Rechtsgrundlage: Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Planung durch: Kommunen, teilweise auch Bundesländer

2.3.3 Soziale Dienste in Krankenhäusern

Die Krankenhausbehandlung umfasst auch die soziale Beratung und Betreuung des Patienten. Sie sollte durch Inanspruchnahme interner und externer sozialer Dienste sichergestellt werden. Bei Feststellung einer Abhängigkeitsproblematik kann der Sozialdienst über die vielfältigen Möglichkeiten der Betreuung, Behandlung, Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe aufklären und den Patienten motivieren, diese in Anspruch zu nehmen.

Rechtsgrundlage: SGB V

Planung durch: Länder

2.4 Hilfesegment: Betreuung und Beratung in der sozialen Sicherung

2.4.1 Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Die betriebliche Suchtkrankenhilfe versteht sich als Teil eines integrierten Konzeptes, das neben der allgemeinen Information, Aufklärung und Beratung schwerpunktmäßig ein betriebsbezogenes Interventionsprogramm umfasst. Dieses kann abhängigkeitsgefährdeten und -kranken Beschäftigten in Betrieben und Dienststellen eine möglichst frühzeitige Inanspruchnahme von geeigneten und qualifizierten Hilfeangeboten sowie betriebsnahe Formen der nachgehenden Begleitung und Betreuung ermöglichen.

Rechtsgrundlage: Normen zu Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit

Planung durch: Betriebe

2.4.2 Beratung durch Rehabilitationsträger

Alle Rehabilitationsträger sowie deren Gemeinsame Servicestellen informieren und beraten über Leistungen zur Teilhabe sowie das Antragsverfahren mit dem Ziel, zu einer Behandlung zu motivieren, und ihnen geeignete Behandlungsangebote aufzuzeigen

Rechtsgrundlage: SGB IX

Planung durch: Sozialleistungsträger

2.5 Hilfesegment: Förderung der Teilhabe

2.5.1 Soziale Rehabilitation

Maßnahmen der Sozialen Rehabilitation sind bei mehrfachgeschädigten abhängigkeitskranken Menschen notwendig. Sie umfassen Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Rechtsgrundlage: SGB XII

Planung durch: Sozialhilfeträger

2.5.2 Arbeits-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote

Die Integrationsleistung von Erwerbsarbeit und ihre stabilisierende Funktion verwirklichen sich in Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten der Suchthilfe. Arbeitsplätze bieten die Basis für eine erfolgreiche Integration und Stabilisierung der abhängigkeitskranken Personen. Arbeit und Beschäftigung müssen frühzeitig und in unterschiedlichen Konsum-, Abstinenz- oder Substitutionsphasen durch geeignete Projekte der Suchthilfe angeboten werden.

Rechtsgrundlage: SGB II, SGB III, SGB VI, SGB XII

Planung durch: Agenturen für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung, Sozialhilfeträger

2.5.3 Selbsthilfe

Selbsthilfe ist eine wichtige Säule im Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe. Selbsthilfe lebt aus der Freiwilligkeit ihrer Mitglieder, wirkt ohne Zuweisung oder Kontrolle und ergänzt so die professionellen Hilfen um ein unverzichtbares Angebot mit eigenständigem Profil. Sie basiert auf dem offenen Gespräch in der Gruppe und dem Handlungsprinzip der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘. Durch den Austausch mit anderen lernen die Gruppenmitglieder, den Alltag ohne Suchtmittel zu bewältigen und an den tiefer liegenden Problemen zu arbeiten. Der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe vermindert das Rückfallrisiko und erhöht die Chance einer dauerhaften Stabilität.

Planung durch: Deutsche Rentenversicherung und Gesetzliche Krankenversicherung

2.6 Hilfesegment: Behandlung

2.6.1 Qualifizierte Entzugseinrichtungen

Eine „qualifizierte“ Entzugsbehandlung ergänzt die Entgiftung mit motivierenden und psychosozialen Leistungen. Sie findet in speziellen Abteilungen von Fachkrankenhäusern oder besonderen Einrichtungen statt, wo die Besonderheiten des psychophysischen Entzuges von Alkohol und psychotropen Substanzen entsprechend Berücksichtigung finden.

Rechtsgrundlage: SGB V

Planung durch: Länder

2.6.2 Ambulante Entwöhnung

Zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung im ambulant rehabilitativen Setting stehen Angebote in verschiedenen Einrichtungen zur Verfügung: Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ganztägig ambulante Einrichtungen (auch: teilstationäre Einrichtungen, Tageskliniken, Tagesrehabilitation). Die Einzelheiten für die Voraussetzungen zur Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen ergeben sich aus den medizinischen und psychosozialen Behandlungserfordernissen.

Rechtsgrundlage: SGB VI

Planung durch: Rentenversicherungsträger

2.6.3 Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

In stationären Rehabilitationseinrichtungen (Fachkliniken) werden stationäre Entwöhnungsbehandlungen mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt.

Rechtsgrundlage: SGB VI

Planung durch: Rentenversicherungsträger

2.6.4 Adaptionseinrichtungen

Die stationäre medizinische Rehabilitation kann bei einer bestimmten Gruppe von Rehabilitanden eine so genannte Adaptionsphase einschließen bzw. es kann eine entsprechende Phase folgen. Diese wird ebenfalls im stationären Rahmen durchgeführt.

Rechtsgrundlage: SGB VI

Planung durch: Rentenversicherungsträger

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg., (2006), Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen Schriftenreihe, Heft 12, Frankfurt
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdn), (1997), Hrsg., Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe. Schwerpunkt Drogenarbeit., Neuland, Geesthacht.
- FOGS GmbH, (Hrsg.), 2000, Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke - Zur Arbeit regionaler Suchtkoordinatoren - Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit - Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellbestandteil Koordination im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, http://www.fogs-gmbh.de/pdf/koord_endbericht.pdf
- Tielking, K.; Ratzke, K. (2004), Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe: Abschlussbericht zur flächendeckenden Umsetzung des Modellprojekts 'Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) - Teil II' /- Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Univ., 2004. - 204 S. (Schriftenreihe 'Sucht- und Drogenforschung'; 8).

3. Gestaltung von Verbundsystemen - Organisatorische und formale Aspekte

Größe und Zielgruppen

Abgeleitet aus theoretischen und praktischen Erwägungen sollte der regionale Behandlungsverbund aus folgenden Partnern bestehen:

- 2 bis 4 ambulante Suchtberatungs- und Suchtbehandlungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft
- Mindestens eine Einrichtung der Akutpsychiatrie mit Angeboten der ambulanten, teilstationären und stationären qualifizierten Entzugsbehandlung und allgemein-psychiatrischen Angeboten
- Alternativ ein somatisches Krankenhaus mit Innerer Abteilung, in der qualifizierte Entzugsbehandlungen durchgeführt werden können und ein Sozialdienst vorhanden ist
- Angebote der Eingliederungshilfe, z.B. ambulant betreutes Wohnen
- Arbeitsagenturen und Job-Centern zur Grundsicherung, Arbeitserprobung und Arbeitsförderung
- 2 bis 3 stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen
- Falls vorhanden, Einrichtungen zur (ganztägig) ambulanten Rehabilitation
- Falls vorhanden, eine stationäre oder teilstationäre Adaptionseinrichtung

Der Einzugsbereich eines regionalen Behandlungsverbundes umfasst ca. 250.000 bis 300.000 Menschen, die in einem Umkreis von 50 km beheimatet sind, damit das unterstützende Umfeld der Klienten einbezogen werden kann. Die Größe und Ausdehnung des Einzugsgebietes des regionalen Behandlungsverbundes richtet sich selbstverständlich nach den regionalen Gegebenheiten, wobei in städtischen Ballungsgebieten andere Maßzahlen anzunehmen sind als im ländlichen Bereich.

Im regionalen Behandlungsverbund werden Hilfeangebote für alle stoffgebundenen Abhängigkeitsformen vorgehalten. Darüber hinaus sind Therapieangebote für psychiatrische und psychosomatische Komorbidität erforderlich. Zielsetzung des regionalen Behandlungsverbundes sollte es sein, ein qualifiziertes und leitliniengerechtes Angebot für einen großen Teil der behandlungsbedürftigen Suchtkranken in der entsprechenden Region zu machen.

Nicht in jedem Fall ist eine regional bezogene Behandlung die geeignete Maßnahme. Nach den Erfahrungen der Fachleute besteht eine Indikation für eine überregionale Behandlung vor allem dann, wenn die Klienten in einem destabilisierenden psychosozialen Umfeld leben und sie ein spezielles indikationsspezifisches Angebot benötigen, das im regionalen Behandlungsverbund nicht möglich ist. Beispiele für überregionale indikationsspezifische oder genderspezifische Angebote sind:

- Trauma und Sucht
- bestimmte Patientengruppen, bei denen zusätzlich eine Mediensucht besteht
- Sucht und psychiatrische Komorbidität (Psychose, Schizophrenie)
- spezielle Therapieangebote für junge erwachsene Menschen

Die Aufgabe der Beratung ist es, die entsprechende Indikation mit der/dem Klienten/-in festzulegen und zu entscheiden, ob eine regionale Behandlung in Frage kommt. Die o. g. Kriterien können die Entscheidung erleichtern, in Zweifelsfällen besteht die Möglichkeit, mit der entsprechenden Einrichtung ein Vorgespräch zu führen, um die Zielgenauigkeit der Indikation zu überprüfen.

Verträge und Regeln

Es ist empfehlenswert, dass die beteiligten Einrichtungen eine Kooperationsvereinbarung schließen, in der die gemeinsamen Ziele des regionalen Verhandlungsverbundes und die Indikationskriterien festgelegt werden. Weiterhin sollte das gemeinsam abgestimmte, wissenschaftlich begründete und leitliniengerechte Konzept verbindlich abgesprochen und niedergeschrieben sein und die einzelnen Partner des Behandlungsverbundes ihr Angebotsprofil nach zuvor festgelegten Kriterien beschreiben. In einer Kooperationsvereinbarung werden Ablaufregeln und Übergänge verbindlich festgelegt und die zeitnahe Informationsweitergabe im Berichtswesen geregelt. Außerdem empfiehlt es sich, die Übergabeschnittstellen zu beschreiben und die bisher angewendeten Konzepte aufeinander abzu-

stimmen. Regelmäßige Treffen der Kooperationspartner sind verbindlich festzulegen und dienen sowohl der kollegialen Fallbesprechung als auch des Erfahrungsaustausches. Jährlich durchgeführte Fachkolloquien zu bestimmten Themen ergänzen die vorhandenen Absprachen.

Zusammenfassend sollten in einer Kooperationsvereinbarung folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Ziel des Behandlungsverbundes
- Vereinbarung zur Differenzialindikation
- Profile der beteiligten Einrichtungen
- Merkmale des Behandlungsverbundes
- Ablaufregelungen
- Gestaltung der Kooperation
- formale Vereinbarung
- Schweigepflichtsentbindung für Fallbesprechungen

Jeder Verbund entwickelt seine individuellen Kooperationsregeln, wobei wesentliche Aspekte sind:

- die Patientenübergabe,
- die Informationsweitergabe,
- das zeitnahe Berichtswesen,
- die nahtlosen Übergänge und
- die gemeinsame Ausrichtung der Interventionen.

Gut arbeitende regionale Verbünde müssen die Leistungsträger frühzeitig mit in den Diskussionsprozess bei der Gründung und Weiterentwicklung einbeziehen und die spezifischen Vorgaben der regionalen Leistungsträger berücksichtigen.

Literatur

- Baudis, R. : „Verbundqualität in der Suchtkrankenhilfe“, 2007
- Aupperle, A., Redecker, Th.: „Das Netz enger knüpfen“: Partner, Nicol-Verlag Kassel
- FDR: Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, 1997
- GVS Berlin: „Positionspapier zum regionalen Verbundsystem 2001“
- Modellvorgaben für die integrative gemeindenahere Hilfe für Suchtkranke, Bundesministerium für Gesundheit, 1998

4. Kombimodelle in der medizinischen Reha - Kleinste Form eines Verbundsystems

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker dient der Bewältigung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren der Erkrankung. Diesen komplexen Zusammenhängen wird durch die enge Zusammenarbeit der Berufsgruppen Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit sowie Ergo- und Arbeitstherapie Rechnung getragen. Je nach Erfordernissen des Einzelfalls werden psychiatrische, somatische, psycho- und sozialtherapeutische Verfahren kombiniert.

Solange funktionierende Verbundsysteme noch nicht flächendeckend bestehen, kann eine ‚Kombitherapie‘ möglicherweise ein praktikabler Zwischenschritt auf dem Weg zu regionalen Zusammenschlüssen darstellen und zwar durch das zielgerichtete und geplante Zusammenwirken von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung. Sie ersetzt weder die ambulante noch die stationäre Rehabilitation, sondern stellt einen weiteren alternativen Baustein in der Rehabilitation dar. Das koordinierte Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer führt hier zu einer verbesserten Behandlungsabstimmung und somit zu einer flexibleren und stärker individualisierten, d.h. patientenorientierten Organisation der Behandlung. Die Kombitherapie bemüht sich um ein frühzeitiges Ansetzen der Rehabilitation, da durch frühes Erkennen, frühe Intervention und Rehabilitation eine weitere Schädigung von Betroffenen verhindert werden kann. Die frühe Intervention bei einer wenig chronifizierten Störung ist zudem häufig prognostisch günstiger.

Die Kombitherapie hat sich zu einer umfänglichen, flexiblen und individuellen Leistung entwickelt, weil sie sehr effektiv das Zusammenwirken von verschiedenen Modulen nutzt, die sich vor allem aus der Behandlungsplanung und dem Behandlungsverlauf ergeben und entwickeln lassen. Sie erfordert eine umfassende Gesamtplanung und eine differenzierte Diagnostik sowie eine enge Verzahnung der beteiligten Dienste und Einrichtungen.

Partizipative Indikationsstellung und Zielesetzung

Gemeinsam mit dem Rehabilitanden müssen die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, die Indikation für das jeweilige Behandlungsmodul zu erstellen und einzuleiten. Dies richtet sich nach dem Hilfebedarf und der Einsatz muss in jede Richtung, sowohl von ambulant bis stationär als auch umgekehrt, möglich sein. Der Kostenträger wird über den modularen Verlauf informiert. Dieses ambulante-stationäre Behandlungsangebot kann von einem Leistungserbringer oder auch von kooperierenden Leistungserbringern erbracht werden. Insbesondere bei verschiedenen Leistungserbringern dienen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Strukturierung des Behandlungsprozesses. Regelungen zur Fallsteuerung und zum ‚Case Management‘ sowie die Selbstverpflichtung zur prozess- und leitlinienorientierten Behandlung sind zentrale Qualitätsmerkmale, die eine wirksame Behandlung von suchtkranken Menschen sicherstellen.

Die Kombitherapie orientiert sich am höchstmöglichen fachlichen Niveau. Die Hilfeangebote werden auf dem Fundament gesicherten Erfahrungswissens (Evidenzbasierung) sowie neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse aufgebaut, und sie werden entsprechend den Veränderungen des Bedarfs und der Problemlagen der Klientel innovativ weiterentwickelt. Es gehört zur Leistungsverantwortung und einer qualifizierten Arbeit, durch regelmäßige Befragungen der Klientel deren Bedürfnisse zu erkennen und hierfür adäquate Behandlungskonzepte umzusetzen.

Die Ausrichtung und Auswahl der Behandlungsangebote richtet sich nach dem spezifischen Behandlungsbedarf einer Person. Dabei sind neben der Vorgeschichte einer Person auch die Ressourcen und Kontextfaktoren im Sinne der ICF zu berücksichtigen.

Mit einem lösungsorientierten Ansatz wird an der gegenwärtig bestehenden Problematik gearbeitet und das therapeutische Vorgehen möglichst präzise auf die jeweilige Diagnose und die individuellen Probleme und Ressourcen des Patienten abgestimmt. Im Sinne eines evidenzbasierten Ansatzes soll das jeweils wirksamste Verfahren für die spezifische Störung ausgewählt und angewendet werden. Im Fokus der therapeutischen Intervention steht dabei stets die/der Patient/in.

Therapie- bzw. Reha-Ziele für die Behandlung werden zur Sicherstellung einer effektiven und subjektiv plausiblen Behandlung gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten formuliert und explizit vereinbart. Zusammenhänge zwischen Störung, Behandlungszielen und Therapiemethoden sollen stets transparent und nachvollziehbar sein.

In einem vernetzten Hilfesystem wird flexibel reagiert

Veränderungsbereitschaft und Einsicht sind wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung. Ergänzend muss die Umsetzung daraus abgeleiteter Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien erarbeitet und in einem realitätsnahen Kontext geübt werden. Dabei werden motivierende und einsichtsorientierte Therapieverfahren kombiniert mit handlungs- und verhaltensbezogenen Ansätzen.

Ein wichtiger Grundsatz der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist die Erhöhung der eigenen Aktivität sowie die Übernahme und das Einüben von Eigenverantwortung. Die Patientinnen und Patienten werden zum Besuch von Selbsthilfegruppen motiviert und viele Einrichtungen stellen Räume für Meetings von Selbsthilfegruppen bereit.

Soziale Unterstützung der Betroffenen durch Angehörige sowie die Bearbeitung und Klärung der durch die Suchtproblematik geprägten Beziehungsdynamik zwischen Patienten und Angehörigen ist häufig eine wichtige Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation. Aus diesem Grund wird stets angestrebt, das soziale Umfeld in die Rehabilitation einzubeziehen. Dabei wird auch eigener Hilfebedarf von Angehörigen berücksichtigt.

In einem vernetzten Hilfesystem wird flexibel und angemessen auf die individuellen Erfordernisse reagiert. Der Komplexität der gesundheitlichen und sozialen Probleme der Betroffenen kann am besten durch ein differenziertes Angebot von Prävention, Beratung, Behandlung und Betreuung begegnet werden.

Die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Rehabilitationseinrichtungen werden kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt. Durch Veröffentlichung von Daten und Studien sowie durch Mitarbeit in Fachverbänden und trägerübergreifenden Gremien machen die Leistungserbringer ihre Arbeit transparent und empirisch überprüfbar.

5. Schlussfolgerungen

In der Diskussion um die Weiterentwicklung der Suchthilfe erhalten Verbundsysteme eine zunehmend größere Bedeutung, da in einem aufgesplittertem Versorgungssystem die erhebliche Schwierigkeit besteht, Suchtkranken eine adäquate, kontinuierliche und ganzheitliche Versorgung anzubieten. Das noch durch Konkurrenz bestimmte Nebeneinander der Versorgungssektoren, die unterschiedliche Zuständigkeit der Kostenträger und das Fehlen aufeinander abgestimmter Hilfskonzepte erschweren teilweise die bestmögliche Therapie. Um die Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen zu verbessern, ist es notwendig, die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzulösen, die Schnittstellen zwischen den einzelnen Angebotssegmenten und Versorgungsstrukturen zu bearbeiten und die Kooperation zwischen den Leistungserbringern zu verbessern.

Ein multifaktorielles Bedingungsgefüge...

Wenn man zugrunde legt, dass es sich bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung um ein multifaktorielles Bedingungsgefüge handelt, ist es notwendig, eine Vielzahl von unterschiedlichen Hilfen aus verschiedenen Angebotsstrukturen zu bündeln und aufeinander abzustimmen.

Entsprechend dieser Mehrschichtigkeit müssen in der Behandlung suchtkranker Menschen sowohl medizinische wie auch psychologisch-psychotherapeutische und sozialtherapeutische Aspekte Berücksichtigung finden. Eine qualifizierte Suchthilfe, bei der personenbezogene Hilfen im Mittelpunkt stehen, erfordert Individualisierung und Flexibilisierung. Hieraus lässt sich ableiten, dass ein Behandlungsverbund mehr sein muss als das Zusammenwirken von ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen mit stationären Rehabilitationseinrichtungen. Der Verbund muss alle notwendigen Leistungen miteinander verbinden.

Gerade weil in den letzten Jahrzehnten die Angebote der Suchthilfe ausgebaut und differenziert wurden, ist jetzt die Integrationsanforderung von elementarer Bedeutung. Aufgabe muss es sein, die Hilfeangebote aufeinander abzustimmen, miteinander zu vernetzen und allen suchtkranken Menschen in der Region zugänglich zu machen.

...erfordert individuell geplante Hilfen...

Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Hilfeangebote muss für den suchtkranken Menschen die Möglichkeit einer Re-Integration in das gesellschaftliche und berufliche Leben bieten. Eine integrierte Hilfeplanung rückt folglich in den Mittelpunkt des gemeinsamen Handelns. Das adäquate Zusammenwirken von ambulanten und stationären Hilfen wird zwangsläufig zu einer Reduzierung der Behandlungshäufigkeit und -frequenz führen und somit ist mit einer Steigerung der Lebensqualität der Suchtkranken zu rechnen. Sie profitieren maßgeblich durch individuell geplante Prozesse, durch das aufeinander bezogen sein von Motivationsförderung und ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsangeboten.

...in gesicherter Qualität

Zentraler Grundsatz in Verbundsystemen ist die Verbesserung und Sicherung der Qualität der Hilfen bei gleichzeitiger Optimierung des Ressourceneinsatzes. Koordinierte Abläufe reduzieren für den Leistungserbringer die organisatorischen Belastungen durch Schnittstellen und verbessern damit die Wirtschaftlichkeit der Prozesse. Kurze und effektive Kommunikations- und Informationswege optimieren die Ressourcenauslastung. Kooperation ermöglicht eine prozessorientierte Qualitätssicherung durch Einführung und Dokumentation standardisierter Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Durch die optimierten und aufeinander abgestimmten Behandlungsprozesse verbessert sich neben der Kosteneffizienz auch die ‚Kundenzufriedenheit‘.

Handlungsbedarf

Für die Weiterentwicklung des Suchthilfesystems lassen sich vor diesem Hintergrund folgende Forderungen formulieren:

1. Die Leistungserbringer in den verschiedenen Bereichen des gegliederten Hilfesystems dürfen sich nicht nur auf Ihr ‚Kerngeschäft‘ konzentrieren, sondern müssen sich als Teil eines Kooperationsgefüges verstehen. Dabei darf die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Einrichtung natürlich nicht in den Hintergrund treten.
2. Die Leistungsträger als Finanzierer des Hilfesystems dürfen Maßnahmen und Projekte nicht nach Kassenlage bewilligen, sondern müssen ihre Planungen an dem Behandlungsbedarf ausrichten. Beim Übergang zwischen Leistungsbereichen müssen die Schnittstellen reibungsfrei organisiert sein, es darf keine unnötige Verschiebung oder Verzögerung von Zuständigkeiten geben. Dabei sind selbstverständlich die sozial- und leistungsrechtlichen Vorgaben zu beachten. Pilotprojekte gemeinsam mit Leistungserbringern sind ein probates Mittel, um neue Wege und Verfahren in der Praxis zu erproben.
3. Der Gesetzgeber und die Exekutive sind aufgefordert, die Rahmenbedingungen für ein möglichst homogenes und verständliches Leistungsrecht zu schaffen. Problemanzeigen der Fachleute sollten ernst genommen werden und durch normative Vorgaben ist entsprechende Abhilfe zu schaffen. Ein gutes Beispiel für ein mögliches ‚Monitoring‘ des Suchthilfesystems ist der von der Bundesdrogenbeauftragten moderierte Drogen- und Suchtrat, insbesondere mit seinem Schnittstellenausschuss. Hier sollten alle Partner aus den Bereichen Leistungsträger und Leistungserbringer an einem Tisch sitzen und praktikable Lösungen abstimmen.

Anhang: Ausgewählte Beispiele

In den folgenden Abschnitten werden aktuelle Beispiele für regionale Verbundsysteme vorgestellt und bewertet. Die Auswahl der Beispiele erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität, es soll lediglich ein Eindruck zum Stand der Umsetzung sowie die Vor- und Nachteile von regionalen Verbundsystemen gegeben werden.

Sucht-Rehabilitationszentrum Bremen (Thomas Hempel, Therapiehilfe Bremen)

Das Sucht-Rehabilitationszentrum Bremen (SRB) ist ein Gemeinschaftsprojekt von zwei Trägern in enger Kooperation mit dem Klinikum Bremen Ost (siehe unten) zur integrativen medizinischen Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. Integrativ meint nicht die wahllose Vermischung beider Patientengruppen, sondern das Verlassen einer rein substanzbezogenen Binnendifferenzierung zugunsten einer Zusammenfassung spezifischer Patientengruppen nach den Kriterien der „funktionalen Gesundheit“ im Sinne des ICF. Dieses Projekt wurde unter anderem auf Betreiben des federführenden Leistungsträgers, der DRV Oldenburg-Bremen, initiiert. Der Leistungsträger forderte die drei Träger dazu auf, gemeinsam eine integrative Entwöhnungsklinik mit stationären und ganztägig ambulanten Behandlungsplätzen konzeptionell zu entwickeln. Eine weitere Forderung war, die Herstellung eines hohen Vernetzungsgrades mit den bestehenden Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten beider Suchthilfesysteme in Bremen und Niedersachsen (z.B. ambulante Beratung, ambulante Therapie, Adaption, betriebliche Suchtkrankenhilfe, arbeitsweltbezogene Behandlungsangebote, Übergangswohnheime, betreutes Wohnen). Insbesondere wurde die Einbindung der Behandlungsangebote der Fachklinik in Kombi-Nord, ehemals MOKO und EVS, gefordert.

Die Idee zur Entwicklung eines integrativen und doch differenzierten Modells der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist nicht neu. Fachverbände wie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) oder der Fachverband Drogen- und Rauschmittel e.V. (fdr) fordern schon seit längerer Zeit die verstärkte Vernetzung von therapeutischen Angeboten der ‚Sucht-Parallelsysteme‘ mit dem Ziel einer Nutzung von synergetischen Effekten durch die Zusammenfassung fachlicher und personeller Ressourcen.

Träger:

Die **Therapiehilfe Bremen gGmbH** arbeitete schwerpunktmäßig in Bremen und Niedersachsen im Drogenhilfesystem. Die Therapiehilfe gGmbH ist wiederum eine hundertprozentige Tochter der Therapiehilfe e.V. in Hamburg. Dieser Verein bietet seit 1974 Menschen mit Suchterkrankungen und anderen psychosozialen Problemen verschiedenartige Hilfen in Hamburg und Schleswig-Holstein an. Derzeit verfügt die Therapiehilfe Bremen gGmbH über ein psychosoziales Netz im Bereich der Drogenhilfe in Bremen mit Betreuung von substituierten Frauen und Männern im eigenem Wohnraum, mit Betreuung in sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften, mit einer ambulanten Therapie und mit einer externen Adaptionsphase für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen sowie über zwei stationäre Entwöhnungseinrichtungen die stationären medizinische Entwöhnungseinrichtungen.

Die **Steps – Suchtreha Therapie gGmbH** (Tochtergesellschaft der Hohehorst gGmbH) betreibt zwei stationäre Entwöhnungseinrichtungen für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen von primär illegalen Substanzen in Bremen. Weiterhin gehören hierzu verschiedene Wohn-, Betreuungs- und Beschäftigungsprojekte für Drogenabhängige im Bremer Raum (z.B. Wohnprojekte für Substituierte, ambulantes Betreuungsprojekt ‚MOBILE‘, Obdachloseneinrichtung LA CAMPAGNE, das Beschäftigungsprojekt SPRUNGBRETT). Gemeinsam mit dem Verein für Innere Mission Bremen wird die Tochtergesellschaft Ambulante Drogenhilfe Bremen betrieben, diese betreibt die Drogenberatungsstellen in Bremen. Darüber hinaus ist die Hohehorst gGmbH seit 2006 in dem Kooperationsprojekt Zentrale Fachstelle Wohnen (ZFW) gemeinsam mit dem Amt für Soziale Dienste, dem Verein für Innere Mission Bremen und der Bremischen Straffälligenhilfe in der Beratung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Suchtmitteln tätig. Weiterhin bestehen über die Kooperationen

der Träger enge Verbindungen zu den Sucht- und Drogenberatungsstellen im niedersächsischen Umland und der betrieblichen Suchtkrankenhilfe.

Kooperationspartner:

Das **Klinikum Bremen-Ost** ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung (Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen). Es verfügt momentan über 1170 Planbetten und folgende Fachbereiche: Innere Medizin, Lungenzentrum (Kliniken für Pulmologie und Thoraxchirurgie), Chirurgie, Geriatrie, Neurologie, Intensivmedizin, ein Aufnahmezentrum, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, stationäre Entwöhnungsbehandlung für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie (gegliedert in die vier regionalen Behandlungszentren West, Mitte, Süd und Ost), Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. In den Behandlungszentren sind Suchtberatungsstellen integriert, die für Alkohol- und Medikamentenabhängige ambulante Entwöhnungsbehandlungen und Nachsorgebehandlungen durchführen.

Bedingt durch das gemeinsame Interesse an der Funktionsfähigkeit der geplanten Fachklinik und des hohen Kooperations- und Vernetzungsgrades der einzelnen Träger, wird das SRB den Kristallisationskern für ein Suchthilfesystem in Bremen darstellen, das unabhängig von der konsumierten Substanz für die Patienten einen barrierefreien Zugang zu allen notwendigen Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten ermöglicht. Hierfür bedarf es einer hohen Kooperationsbereitschaft bei allen Anbietern. Diese scheint auf der inhaltlichen Ebene, insbesondere aufgrund der langjährigen guten Erfahrungen infolge der schon lange praktizierten hohen Vernetzung in beiden Suchthilfesystemen in Bremen, gegeben.

Ein schwieriger Schritt wird die Auflösung der traditionell gewachsenen und teilweise auch künstlich beibehaltenen Barrieren zwischen dem legalen und illegalen Versorgungsbereich sein. Trotz aller vorhandener Professionalität auf beiden Seiten müssen hier unterschiedliche Kulturen zusammenwachsen und dementsprechend Vorurteile und Ängste abgebaut werden. Es ist davon auszugehen, dass sich im Prozess des Zusammenwachsens beide Bereiche zum Wohl der Patienten befruchten werden, erhebliche Synergieeffekte auftreten und der Patient sich nur noch in einem System bewegen muss. Für den Prozess scheint es unabdingbar, dass es trägerübergreifend eine Stelle gibt, die die Kooperationen vorantreibt, die inhaltlich weisungsbefugt ist und die mit den Leistungsträgern die konzeptionelle Ausrichtung und Weiterentwicklung kommuniziert.

»Kombi-Nord« (Robert Stracke, Fachkrankenhaus Hansenberg)

Vorgeschichte

Das Konzept basiert auf den Erfahrungen der DRV Oldenburg-Bremen, die Kombitherapie erstmalig in Deutschland als Regelbehandlungsmodell einführte, dann von der DRV Braunschweig-Hannover adaptiert und später gemeinsam mit der DRV Nord weiterentwickelt wurde. Kombitherapiemodelle wurden vorher bereits von der DRV Bund eingeführt, die dieses Modell bislang immer als Vierte Säule neben rein ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungen definierte.

Strukturelle Besonderheiten

Kombi-Nord soll als Therapieform die Vorteile von ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Behandlung suchtkrank Menschen (Alkohol- und Drogenabhängigkeit) verknüpfen. Eine oder mehrere Kliniken kooperieren vertraglich verbindlich mit Beratungsstellen und Tageskliniken in einem grundsätzlich offenen, nicht unbedingt gemeindenahen Einzugsbereich. Die Therapie kann bis zu einem Jahr dauern und setzt sich aus verschiedenen Behandlungsmodulen zusammen, die nach den persönlichen Bedürfnissen der Rehabilitanden und therapeutischen Erfordernissen frei kombinierbar sind. Ein verbindliches Übergabemanagement und gemeinsame Qualitätszirkel sollen Patientenmanagement und Prozessabläufe optimieren. Die Umsetzung soll 2009 beginnen.

Zielsetzung

Hierzu werden von den Autoren des Konzepts u.a. folgende Ausführungen gemacht: Aufhebung der starren Regelung der bislang separat zu beantragenden Angebote ambulanter, teilstationärer („ganztägig ambulant“) oder vollstationärer Therapie. Eine flexiblere Gestaltung ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Therapien als Kombination von modularen Behandlungsabschnitten ist beabsichtigt. Die Realisierung eines möglichst gemeindenahen Angebotes, eine wirtschaftlichere Gestaltung der Entwöhnungsbehandlung, Senkung der Rückfallquoten durch eine insgesamt längere Behandlungssequenz, Verminderung der Schnittstellenproblematik, eine höhere Qualität der Zusammenarbeit der kooperierenden Stellen, Einführung eines vereinfachten Antrags- und Verwaltungsverfahrens sind weitere Ziele.

Indikation

Auffällig ist, dass die drei DRVen das gesamte Spektrum der bislang für den vollstationären Behandlungsbereich ‚reservierten‘ Krankheitsbilder aufführen, wie neben den primären Suchterkrankungen nahezu das gesamte Feld der neurotischen und Belastungs- wie auch somatoformer Störungen sowie begleitende schwere seelische Störungen wie Psychosen, Persönlichkeitsstörungen. Im somatischen Bereich werden neben Diabetes, chronischen Pankreatitiden auch Kleinhirnaffektionen und Kardiomyopathien genannt.

Vorteile

Aus der Sicht des Praktikers sind Therapieverläufe dynamische Prozesse, die den das Störungsspektrum beeinflussenden Kontextfaktoren Umfeld und Individuum unterliegen. Dies gilt auch für die Indikationsstellung zu bestimmten Therapieformen, die ebenfalls als ein dynamischer Prozess zu begreifen sind. Flexible Therapiezeiten und unbürokratische Leistungsbescheide sind grundsätzlich positive Prozessmerkmale. Der Versuch, Kommunikationsdefizite zwischen ambulanten und stationären Settings durch strukturelle Vorgaben zu minimieren ist ebenfalls wie gemeinsame Qualitätszirkel grundsätzlich begrüßenswert und fachlich sinnvoll. Gemeinsame Spielregeln verbessern so die Prozessqualität. Das ‚Dehnen‘ des Therapieprozesses über einen längeren Zeitraum als bei einer stationären Behandlung ist sowohl der neurobiologischen Sicht der Notwendigkeit längerer Regenerationsprozesse als auch der Notwendigkeit der Integration des Gelernten in den Alltag geschuldet. Ein gemeinsamer Entlassungsbericht der beteiligten Institutionen unter Einbezug eines an „Kombi“ adaptierten Sozialberichtes könnte zum Einsparen personeller Ressourcen führen, wenn nicht letztlich aus sozialmedizinischen Gründen gesonderte Berichtsteile erstellt werden müssen. Letztlich ist das ge-

meinsame Vorgehen der Nord DRVen zur Angleichung von Verfahrensabläufen und damit besserer Durchführbarkeit grundsätzlich positiv zu werten.

Nachteile

Das Beharren der Kostenträger auf grundsätzlich persönlich vorzunehmender Patientenübergaben bei unterfinanzierten Kostensätzen für dieses Procedere unterläuft ökonomisch ein inhaltlich interessantes und innovatives Modell. Weder Kliniken noch Beratungsstellen können bei gegebener knapper Personaldecke und ständig steigenden neuen Anforderungen unter diesen Voraussetzungen Interesse an einer flächendeckenden und damit Personalressourcen ‚fressenden‘ (Anfahrts- und Abfahrtszeiten in Flächenländern) Umsetzung haben. Mögliche Alternativen wie telefonische oder EDV gestützte Übergaben mit Kameras sind weder finanziell noch technisch in einem praxisreifen Umsetzungsstadium. Sozialrechtliche Fragestellungen bei einem einheitlichen Entlassungsbericht sind ungeklärt. Die Indikationsstellung weicht willkürlich und sowohl fachlich wie auch empirisch völlig unbegründet von den bisherigen bewährten Standards der DRVen ab. Die Forderung nach einer prospektiv vorzuhaltenden Therapieplanung ignoriert das im ICF vorbildhaft beschriebene Wechselspiel zwischen individuellen und sozialen Kontextfaktoren, die letztlich den Ausschlag für eine fachlich sinnvolle Indikation geben, die nicht statisch starr und prospektiv vorgegeben sein kann.

Gesundheitspolitische Implikationen

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie wirtschaftlicher und somit gesellschaftlicher Verwerfungen wird allgemein mit einer erhöhten Nachfrage nach suchtrehabilitativen Angeboten gerechnet, die sozialrechtlich bei gegebenen Voraussetzungen von der Rentenversicherung gesetzlich zu erfüllen sind. Da das norddeutsche Kombimodell aus den vollstationären Budgets der Kliniken refinanziert wird und durch den vorgegebenen längeren Verlauf in der kleinen Forschungsstichprobe bislang aber nicht ausgenutzt wurde, könnten sich hier gewollte Einsparoptionen für die Kostenträger ergeben. Gleichzeitig senkt sich die Verweildauer in einem Behandlungssegment, das im Vergleich zu anderen somatischen Rehaangeboten noch über vergleichsweise lange Behandlungszeiträume verfügt. Dies ist bei knappen Budgets politisch immer gut kommunizierbar und profiliert die Suchtrehabilitation und die beteiligten Akteure als innovativ und flexibel gegenüber dem Gesetzgeber. Inwieweit der implizite Anspruch der beteiligten Kostenträger vor dem Hintergrund der Strukturdebatte nach Bestandsschutz der kleinen Kliniken durch Verbundsysteme tatsächlich umsetzbar ist, bleibt bei gleichzeitiger Senkung der Verweildauern im vollstationären Bereich fraglich. Kombitherapien könnten sich so auch als ein Instrument der Marktberreinigung erweisen. Die zu Beginn des Projektes viel beschworene Gemeindennähe musste wegen der dann gegebenen Einschränkung auf strukturschwächere Kliniken und damit möglicher Unterversorgung der Rehabilitanden verlassen werden. Die faktische Umsetzung von ‚Kombi‘ als Regelbehandlung von der DRV Oldenburg-Bremen und der gleichlautende mündlich kommunizierte Anspruch der DRV Braunschweig-Hannover könnten ‚Kombi-Nord‘ als Vorreitermodell für eine Marktberreinigung und Konzentration von Kliniken machen, die in einer solchen Konstellation bei sinkender Verweildauer ihre Betten noch wirtschaftlich betreiben können.

Forschungsfragen

Grundsätzlich ist vor dem Hintergrund des fachpolitisch und vor allem durch die Kostenträger in ihren Qualitätssicherungsprogrammen formulierten Anspruchs an eine evidenzbasierte Medizin zu fordern, dass neue Angebote erst nach wissenschaftlich fachlich und instrumentell valider Evaluation auf den Markt kommen. Die bislang publizierten sehr kleinen Fallzahlen, die zudem ohne Kontrollgruppenvergleich generiert wurden, erfüllen diesen legitimen Anspruch in keinsten Weise. Dem gegenüber belegen die durch große Stichproben generierten Statistiken der Suchtfachverbände eindrucksvoll die Effizienz der bisherigen „konservativen“ Modelle, die auch im Vergleich zu anderen Rehabilitationsbereichen eindrucksvoll sind. Auch die fachlich nicht nachvollziehbare Indikationsstellung bei ‚Kombi-Nord‘ entbehrt jeder empirischen und breit diskutierten Expertenmeinung und somit jeder Grundlage und sollte sich ebenfalls einer rehawissenschaftlichen Untersuchung unterziehen. Hier mangelt es an klarer Evidenz, die diese indikative Öffnung zu somatisch und psychisch schwerer beeinträchtigtem Klientel nachvollziehbar erscheinen lässt. Auch die im Rahmen von ‚Kombi‘ erneut diskutierte Frage nach der Überlegenheit wohnortnaher Angebote und Verbünde sollte wissenschaftlich untersucht werden.

Integrierte Versorgung Emsland/Osnabrück (Conrad Tönsing, Caritas Osnabrück)

Deutschland weist weltweit einen der höchsten Alkoholverbräuche in der Gesamtbevölkerung auf. Dementsprechend sind die Zahlen alkoholbezogener Erkrankungen und Todesfälle, damit verbundene Kosten für medizinische Versorgung und Lösung sozialer Probleme besonders hoch. Die vom Gesetzgeber seit dem Jahr 2000 in § 140 a-e SGB V geschaffene Integrierte Versorgung haben das St. Vinzenz-Hospital, Haselünne, und den Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. im Geschäftsbereich Suchtprävention und Rehabilitation im Jahr 2005 ermutigt, im Zusammenwirken mit der AOK Niedersachsen eine Wertschöpfungskette zur Versorgung von Patienten mit substanzbezogenen Störungen zu schaffen, in der sektorale Trennungen zwischen Fachdisziplinen und Versorgungsebenen aufgehoben werden und eine ganzheitliche medizinische Behandlung zu einer effizienten, zweckmäßigen und wirksamen Versorgung führen sollte.

Das bedeutete, eine Integrierte Entzugsbehandlung aus einem stationären und einem ambulanten Modul aufzubauen, unter Einbeziehung des St. Vinzenz-Hospitals, Haselünne, der Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für den Landkreis Emsland mit ihren drei Standorten Meppen, Lingen und Papenburg, der Fachklinik Holte-Lastrup als Rehabilitationsklinik für Männer und Frauen, der Kreuzbund-Selbsthilfe und den niedergelassenen Ärzten im Netzwerk des Krankenhauses. Ein wesentliches Element im Behandlungsprozess stellt neben einer qualifizierten Diagnostik auch unter Berücksichtigung der ICF-Kriterien die Behandlungsplanung und ein damit verbundenes Case Management dar.

Gerade das Case Management, das unter der Leitung des beauftragten Arztes steht, bietet uns die Möglichkeit, im individuellen Fall unter Berücksichtigung der zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungssystems mit den unterschiedlichen Akteuren gemeinsam Ziele festzulegen. Über den gesamten ambulanten/stationären Behandlungsverlauf hinweg wird zudem auf diese Weise die ressourcenorientierte Koordination der individuellen Versorgung des Patienten sichergestellt. Durch das Case Management werden alle Akteure individuell in den Behandlungsprozess einbezogen, damit eine möglichst optimale Ergebnisqualität bereits in der stationären Phase erreicht werden kann.

Die nachstationäre Phase umfasst neben der notwendigen medizinischen Überwachung Einzel- und Gruppengespräche, um die Veränderungsmotivation des Patienten zu unterstützen. Dazu gehören auch Hausbesuche durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachambulanz, der Besuch einer Selbsthilfegruppe des Kreuzbundes und die Entwicklung eines entsprechenden Behandlungs- und Rehabilitationsplans für die Zeit nach der Entgiftungsbehandlung. Unterstützt wird die Behandlungs- und Rehabilitationsplanung durch die Besuchsmöglichkeit der Fachklinik Holte-Lastrup. Hier kann sich der Patient für weiterführende Rehabilitationsmöglichkeiten (zu Lasten des Rentenversicherungsträgers) vor Ort informieren und durch Gespräche mit Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seine mögliche Scheu vor einer weiterführenden Behandlung überwinden. Psychoedukative Interventionen und Entspannungstraining unterstützen den Patienten in der gesamten Behandlungsphase.

Der mit der AOK im Jahr 2006 geschlossene Vertrag zur Integrierten Versorgung sah vor, 200 Patienten im ersten Jahr und 250 Patienten in den Folgejahren zu versorgen. Die vereinbarten Kennziffern konnten bisher erreicht werden. Die AOK Niedersachsen hat nach der Auswertung des vorgelegten Berichtswesens einschließlich der darin enthaltenen Kennziffern den Projekteignern eine positive Rückmeldung zur Erbringung der Leistungen gegeben, so dass wir zum jetzigen Zeitpunkt von einer Fortführung der Integrierten Versorgung für Menschen mit substanzbezogenen Störungen im Emsland ausgehen können.

Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass für die Region des Landkreises Emsland eine erhebliche Qualitätsverbesserung für Menschen mit substanzbezogenen Störungen erreicht werden konnte, indem die Behandlungsdauer verkürzt und das Rückfallrisiko reduziert werden konnte, Folgeerkrankungen reduziert und eine Vermeidung von sozialem Abstieg und Desozialisation erreicht werden konnte.

Suchthilfenetzwerke in Baden-Württemberg (Christian Heise, Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation)

In Baden-Württemberg existieren seit Anfang 2009 in allen 44 Stadt- und Landkreisen kommunale Suchthilfenetzwerke (KSHN). Nachdem einige Kreise die Konzeption des Sozialministeriums bereits sehr frühzeitig umgesetzt hatten, wurde für die Mehrzahl die Verknüpfung der Landesförderung für die Suchtberatungsstellen mit ihrer Beteiligung an einem kommunalen Suchthilfenetzwerk ein wesentlicher Antrieb für die Gründung dieser Verbände.

Die kommunalen Suchthilfenetzwerke sollen nach der Konzeption des Sozialministeriums auf der Grundlage verbindlicher Kooperationsvereinbarungen eine bedarfsgerechte Sicherstellung gewährleisten. Die Kooperation soll zu einer verbesserten Ergebnisqualität führen und zu einer Sicherstellung einer dem Hilfebedarf entsprechenden Betreuung. Ausdrücklich angeführt sind ein Angebot strukturierter Frühinterventionsprogramme, eine vermehrte Einbeziehung der medizinischen Primärversorgung und die vermehrte Einrichtung von Konsiliar- und Liaisondiensten. Weiterhin sind ein gemeinsames Qualitätsmanagement und eine gemeinsame Dokumentation vorgesehen (Sozialministerium Baden-Württemberg, Empfehlungen für die Entwicklung und Einrichtung von kommunalen Suchthilfenetzwerken in Baden-Württemberg, 22.08.2005).

Die Umsetzung der Konzeption ist in den einzelnen Kreisen höchst unterschiedlich. Es gibt ambitionierte Landkreise (z.B. Konstanz, Reutlingen), in denen die Gründung der KSHN tatsächlich zu einem Entwicklungsschub in der Kooperation der Beteiligten führte. Das andere, nicht so seltene Extrem sind Landkreise, denen es lediglich darauf ankam, der Form Genüge zu tun. In der stark differierenden Ausgestaltung spiegelt sich jedoch nicht nur die unterschiedliche Motivation wider, sondern auch unterschiedliche Ausgangsbedingungen und strukturelle Unterschiede. Dort, wo es bereits ein funktionierendes Netzwerk, wenn auch unter anderem Namen gab, sind durch die Umbenennung keine großen Veränderungen zu erwarten. Außerdem gibt es eine Reihe von Kreisen, in denen sehr viele Akteure auf dem Gebiet der Suchthilfe präsent sind, in anderen Kreisen sind es nur sehr wenige, die für sich keinen weiteren Vernetzungsbedarf sehen.

Positiv ist zu vermerken, dass einige KSHN bereits in kurzer Zeit strukturelle Verbesserungen in die Wege geleitet haben, indem z.B. durch die Zusammenführung unterschiedlicher Angebote die Erreichbarkeit für das Klientel verbessert wurde. Auch die personenbezogene Zusammenarbeit konnte im Rahmen von KSHN zum Teil für eine bessere Grundlage gestellt werden. Gemeinsame Fortbildungen tragen zu einer Vertiefung der Zusammenarbeit bei. Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg ist trotz des hohen personellen Aufwandes in fast allen KSHN präsent.

Durch die KSHN erhöht sich die Präsenz der großen psychiatrischen Kliniken in der gesamten Suchthilfe. Bei ihnen handelt es sich um wirtschaftlich wie personell sehr potente Partner, und die Gefahr, dass diese eine dominierende Stellung in den KSHN einnehmen, ihnen ihren Stempel aufdrücken und die anderen beteiligten Einrichtungen als nachgeordnete Institutionen betrachten, muss zumindest im Blick behalten werden. Die eigentliche Realbewährung für die KSHN steht noch aus. Es muss sich erst zeigen, ob das anspruchsvolle Programm realisiert wird. Die Nagelprobe wird sein, ob es gelingt, die bislang, wenn überhaupt, dann vorwiegend auf dem Papier existierende Einbeziehung der medizinischen Primärversorgung zu verwirklichen.

Suchthilfeverbund Ostwestfalen-Lippe (Thomas Redecker, Hellweg-Klinik Oerlinghausen)

Die Mitarbeiter der Hellweg-Klinik Oerlinghausen, Fachklinik für Psychiatrie und Suchtmedizin mit 120 Therapieplätzen haben sich schon sehr frühzeitig für die Entwicklung von regionalen Behandlungsverbänden interessiert und aufgrund fachlicher und soziodemographischer Entwicklungen an der Gründung der regionalen Behandlungsverbände beteiligt. Aus Sicht der Hellweg-Klinik Oerlinghausen ergaben sich aufgrund der strukturellen Gegebenheiten 3 regionale Behandlungsverbände, in denen sich die Klinik aus Entfernungsgründen integrieren konnte. Alle 3 Behandlungsverbände erfüllen die Kriterien der Entfernung und der Zielgröße. In der Entstehung der Reihenfolge sind das

- Regionaler Behandlungsverbund Paderborn/Höxter
- Regionaler Behandlungsverbund Bielefeld/Gütersloh
- Regionaler Behandlungsverbund östliches Ostwestfalen (Herford, Minden, Lübbecke, Bad Salzungen).

Durch die Mitarbeit in den regionalen Behandlungsverbänden haben sich die Zuweisungsbereiche erheblich verändert. Im Jahre 1996 kamen ca. 20% der Patienten aus den o.g. Kreisen, im Jahre 2008 waren es bereits mehr als 60% der zugewiesenen männlichen Klienten, die in der Hellweg-Klinik Oerlinghausen eine stationäre Behandlung absolviert haben. Im gleichen Zeitraum hat sich auch die Behandlungszeit verkürzt und es sind flexible Behandlungsverläufe entstanden, die sich aus Sicht des Behandlungsverbundes positiv auf die Behandlung der regionalen Klienten ausgewirkt haben. Aufgrund der Größe der Einrichtung ist die Hellweg-Klinik Oerlinghausen auch in der Lage, für bestimmte Indikationen überregionale Behandlungsangebote zu machen. Diese sind z.B. junge erwachsene Patienten, männliche Suchtpatienten mit Traumaerfahrung und bestimmte psychosomatische Komorbiditäten.

Am Beispiel des Behandlungsverbundes Bielefeld/Gütersloh kann dargestellt werden, wie eine konkrete Kooperationsvereinbarung der ambulanten, teilstationären (auch ganztägig ambulant) und stationären Mitglieder des Behandlungsverbundes entsteht. Die vorgelegte Kooperationsvereinbarung ist in einem Diskussionszeitraum von 2-3 Jahren entstanden und ist an verschiedenen Stellen intensiv diskutiert worden. Zeitnah ist der regionale Leistungsträger, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, mit einbezogen worden. Auch die Deutsche Rentenversicherung Bund ist in größeren Abständen über den Fortschritt der Kooperationsvereinbarung informiert worden. Im Jahr 2009 ist die Kooperationsvereinbarung von den beteiligten Kooperationspartnern ‚unterschrieben‘ und in die Praxis umgesetzt worden.

Impressum

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de | www.dhs.de

11.10



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Postfach 1369
Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de | www.dhs.de