

Empfehlung für die Entwicklung und Einrichtung von Kommunalen Suchthilfenetzwerken in Baden-Württemberg

1. Ausgangslage

Die medizinische Versorgung von Suchtkranken findet zu einem großen Teil in psychiatrischen Fachkrankenhäusern bzw. Fachabteilungen statt. Entzugsmaßnahmen (sog. „Entgiftungen“) von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen erfolgen aber auch durch Einrichtungen der medizinischen Primärversorgung, z. B. durch internistische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und durch niedergelassene Hausärzte. Gemäß § 27 SGB V handelt es sich bei der „Entgiftung“ um Krankenbehandlung und damit um eine Regelleistung der GKV.

Der qualifizierte Entzug als multimodales Behandlungskonzept, bestehend aus körperlichem Entzug und fachärztlich psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung sowie der Einbeziehung psychologischer und psychosozialer Komponenten, erfolgt in der Regel in psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Fachabteilungen, als stationäre, teilstationäre oder inzwischen auch ambulante Behandlung. Nach § 27 SGB V wird auch der qualifizierte Entzug durch die Krankenkassen finanziert.

Die medizinische Suchtrehabilitation („Entwöhnung“) ist gemäß §§ 9 ff SGB VI in der Regel eine Leistung der Rentenversicherungsträger und wird in dafür geeigneten und anerkannten Einrichtungen stationär, teilstationär, ambulant oder in den verschiedensten Varianten als ambulant-stationäre Kombinationsbehandlung durchgeführt. Die psychosozialen Sucht- und Drogenberatungsstellen sind in aller Regel von den Rentenversicherungsträgern auch als ambulante Rehabilitationseinrichtungen anerkannt.

Die **Prävention von Suchterkrankungen** sowie die **psychosoziale Beratung und Betreuung** bilden die zweite Säule der Suchtkrankenhilfe. Sie erfolgen in eigens dafür eingerichteten psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen (PSBen) und werden im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge von den Kreisen, vom Land sowie durch einen oft erheblichen freiwilligen Eigenanteil der Träger der Beratungsstellen – meist Verbänden der freien Wohlfahrtspflege – gemeinsam finanziert. Ferner erfolgt die Prävention von Suchterkrankungen durch die Kommunalen Suchtbeauftragten der Kreise. Ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke wird in Teilbereichen auch nach SGB XII durchgeführt.

Die dritte Säule der Versorgungsstrukturen für Suchtgefährdete und Suchtkranke bilden das breite Spektrum der **Selbsthilfegruppen** und die ehrenamtlichen Suchthelfer.

2. Problemstellung.

Die Anforderungen an die Suchtkrankenversorgung sind durch die Natur der Erkrankung äußerst komplex, die verschiedenen Stadien der Erkrankung erfordern unterschiedliche Zugangswege zu den Hilfebedürftigen und differenzierte Hilfemaßnahmen. Trotz der bereits ausgeprägten Kommunikationsstrukturen aller an der Suchtkrankenhilfe Beteiligten bedarf es deshalb noch verbindlicherer Absprachen zu einer weiteren Verbesserung der Gesamtversorgung. Für Suchtkranke und deren Angehörige ist der Einstieg in das vielgliedrige Suchthilfesystem bisweilen schwierig. Der Beginn von Hilfemaßnahmen kann sich durch fehlende Ressourcen sowie durch nicht optimierte Kooperationsstrukturen verzögern.

Um die Entstehung nicht bedarfsgerechter Parallelstrukturen zu verhindern und um die bestehende Versorgungsqualität zu erhalten, muss es vermieden werden, dass einzelne an der Versorgung Suchtkranker mitwirkende Einrichtungen versuchen, ohne inhaltliche Abstimmung im kommunalen Suchthilfenetzwerk ein eigenes Komplettangebot zu entwickeln. Dies würde zu einer unnötigen Bindung von Ressourcen führen, die an anderen Stellen benötigt werden.

Die Kommunikation und Kooperation der Hilfeerbringer wird auch erschwert durch zwar jeweils aufwändige, aber gleichzeitig nicht miteinander abgestimmte Dokumentationssysteme sowie durch ganz unterschiedliche Anforderungen der verschiedenen Leistungsträger und Finanzierungspartner an personell-sächliche Ausstattungen sowie an Verfahren der Qualitätssicherung bzw. der Qualitätsentwicklung.

3. Lösungsvorschlag: Kommunale Suchthilfenetzwerke

Die Aufgaben der Kommunen in den Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge (Sozialhilfe, Jugendhilfe, Krankenhäuser etc.) sind in der Regel kreisbezogen gegliedert. Durch die Verwaltungsreform wurden die Kreise als Verwaltungsebene noch weiter gestärkt. Es liegt daher nahe, nun auch die Gesamtversorgung suchtkranker und suchtgefährdeter Menschen vermehrt kreisbezogen zu optimieren, zumal Suchtkranke in vielfältiger Weise auch auf kommunale Unterstützung angewiesen sind. Jeder Kreis stellt die Ebene für die interdisziplinäre Kooperation in der Suchthilfe dar, wobei allerdings kreisübergreifende Kooperationen sinnvoll und zulässig sind, weil nicht in jedem Kreis alle für eine qualifizierte Betreuung und Behandlung notwendigen Versorgungseinrichtungen für Suchtkranke vorgehalten werden können.

Durch eine interdisziplinäre, gleichberechtigte Kooperation aller Mitwirkenden entsteht eine verbesserte Ergebnisqualität. Dabei ist ein verbindliches Zusammenwirken aller Akteure in der Suchtkrankenhilfe nach dem Motto: „Jeder bringt seine Aufgaben und seine Finanzierung ein“ erforderlich. Derartige Suchthilfenetzwerke wären auch gut geeignet, strukturierte Frühinterventionsprogramme, wie z.B. den qualifizierten ambulanten Alkoholentzug oder auch Programme zur Konsumreduzierung anzubieten. Solche Programme zielen darauf ab, suchtgefährdete und suchtkranke Menschen deutlich früher im Verlauf einer Suchterkrankung zu erreichen und sie dadurch mit meist erheblich geringerem Aufwand zu stabilisieren. An solchen Entwicklungsüberlegungen sind aber notwendigerweise auch die Kostenträger zu beteiligen.

Insgesamt gesehen muss dafür Sorge getragen werden, dass sich ein Suchthilfenetzwerk als patientenbezogenes System entwickelt, bei dem die Suchtprävention,

die psychosoziale Beratung und Betreuung sowie die differenzierte Diagnostik und Therapie von Erkrankungen aus dem Diagnosebereich F1 (Abhängigkeitserkrankungen) der ICD 10 einschließlich vorliegender komorbider Erkrankungen bedarfsorientiert sichergestellt werden. Sowohl die Diagnostik als auch die Therapie müssen dabei anerkannten fachlichen Leitlinien entsprechen (z.B. den Behandlungsleitlinien der DG-Sucht) und fallbezogen koordiniert werden (Case-Management). Dabei muss von Beginn jeder Betreuung an eine dem Hilfebedarf entsprechende interdisziplinäre Betreuung und Versorgung auch durch verbindliche Kooperationsvereinbarungen sichergestellt werden, unabhängig davon, mit welcher Stelle des Suchthilfenetzwerks der Erstkontakt erfolgt.

Einige suchtttherapeutische Maßnahmen werden schon bisher durch das medizinische Primärsystem durchgeführt. Es gilt aber, die Akteure der medizinischen Primärversorgung vermehrt einzubinden in eine qualifizierte Betreuung und Behandlung Suchtkranker und sie dabei in ihrer Wirksamkeit zu stärken. Möglicherweise könnte durch die Benennung einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle der Vermittlungsaufwand für Hausärzte, Krankenhausärzte und Betriebsärzte als wesentliche Kooperationspartner erheblich gesenkt werden. Ferner sollten durch die vermehrte Einrichtung von Konsiliar- bzw. Liaisondiensten offene „Motivationsfenster“ von Suchtpatienten besser genutzt werden.

Anzustreben sind in den kommunalen Suchthilfenetzwerken ein gemeinsames Qualitätsmanagement, eine einheitliche oder zumindest aufeinander bezogene Dokumentation, sowie verbindliche Zielabsprachen im Sinne eines Case-Managements oder im Rahmen von Hilfeplankonferenzen.

4. Kriterien für die Entwicklung und Einrichtung von Kommunalen Suchthilfenetzwerken

Die Entwicklung und Einrichtung von Kommunalen Suchthilfenetzwerken sollte entlang der im Folgenden dargestellten Kriterien erfolgen. Dabei sollte lokalen bzw. regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur angemessen Rechnung getragen werden.

1. Entwicklung der kooperativen Mitwirkung aller an der Versorgung Suchtkranker Beteiligter
2. Niedrigschwellige wohnortnahe Zugangsmöglichkeit und das Angebot einer unmittelbaren Einleitung erforderlicher Hilfemaßnahmen
3. Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Suchtkranke mit komplexem Hilfebedarf unter vereinbarter Moderation
4. Angebot von Konsiliar- und Liaisondiensten
5. Sicherstellung der zeitnahen Auf- bzw. Übernahme von Hilfesuchenden
6. Verbindliche Mitwirkung mindestens einer Psychosozialen Beratungsstelle und einer suchtmmedizinisch qualifizierten stationären (psychiatrischen) Akutbehandlungseinheit
7. Verfügbarkeit von ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungsmöglichkeiten und komplementären Versorgungsstrukturen mit entsprechender Vernetzung
8. Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation und eines Konsenses über die Erfolgskriterien
9. Verbindlich praktizierte Kooperationsvereinbarungen sowie Entwicklung einer Geschäftsordnung für das kommunale Suchthilfenetzwerk
10. Vereinbarung einer verbindlichen Finanzierungsregelung bei der Übernahme neuer Aufgaben