

5 Integrierte Versorgung für alkoholabhängige und alkoholmissbrauchende Patientinnen und Patienten im Landkreis Konstanz

Wolfgang Höcker und Eberhard Belz

5.1 Einleitung

Auf der Basis einer Studie von Kraus und Bauernfeind hat eine Expertenarbeitsgruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Neuschätzung der Gesamtprävalenz von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch für Deutschland vorgelegt, die sich auf die Wohnbevölkerung ab 18 Jahren (66 Mio. Personen) bezieht.

Demnach beträgt die 12 Monatsprävalenz der Alkoholabhängigkeit 2,4 % (1,6 Mio. Personen), bei 4 % (2,65 Mio. Personen) liegt ein Alkoholmissbrauch vor.

Diese Einschätzung zu Grunde gelegt berechnet sich für den Landkreis Konstanz mit 270.000 Einwohnern eine Wohnbevölkerung ab 18 Jahren von ungefähr 209.000. Von dieser ist davon auszugehen, dass bei etwa 5.000 Perso-

nen eine Alkoholabhängigkeit und bei 8.300 Personen ein Alkoholmissbrauch vorliegt. Die Anzahl von nach psychiatrischer Definition aktuell kranken Alkoholkonsumenten liegt im Landkreis Konstanz also bei mehr als 13.000. Bezieht man die Menschen mit einem riskanten Trinkverhalten mit ein, das sind noch einmal 5 %, so erhöht sich die o. g. Zahl um weitere 10.000.

5.2 Wie gestaltet sich aktuell die Versorgungssituation?

Die medizinische Primärversorgung in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern ist quantitativ mit Abstand das bedeutendste Teilsystem in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland. In Allgemeinkran-

kenhäusern werden ca. 20-mal so viele alkoholabhängige Patienten je Jahr behandelt wie in den Fachkliniken und zehnmal so viele wie in psychiatrischen Kliniken. Unter diesen Patienten befinden sich auch solche, die das Allgemeinkrankenhaus „nur“ zur Entgiftung aufsuchen. Die niedergelassene Ärzteschaft erreicht etwa zehnmal so viele Alkoholabhängige wie die Beratungsstellen.

Wienberg schreibt:

Die sehr hohe Kontaktdichte in der medizinischen Primärversorgung zur Gesamtgruppe der Menschen mit Alkoholproblemen ist natürlich nicht zuletzt dadurch bedingt, dass deren Kapazität im Vergleich zu anderen Akteuren enorm groß ist. Hinzu kommt, dass Ärzte und Krankenhäuser zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung verpflichtet sind und keine besonderen Vorleistungen von ihren Patienten verlangen. Die medizinische Primärversorgung ist für alle Bevölkerungsgruppen leicht zugänglich und weist auch für Alkoholabhängige eine sehr niedrige Schwelle auf. Schlechthin der ideale Ort sind Praxen und Allgemeinkrankenhäuser für die Früherkennung von Suchterkrankungen und Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen jeglicher Art, eben weil so viele Personen mit solchen Problemen diesen Teil des Hilfesystems aufsuchen – wegen eines Alkoholproblems und seiner körperlichen Folgeprobleme, aber auch wegen ganz anderer Beschwerden. Insbesondere tun dies auch solche Betroffene, die keinen Kontakt zu Fachdiensten haben, diesen Kontakt nicht wünschen oder auch nicht benötigen. [Wienberg 2001]

Trotz der guten Inanspruchnahme und der zuverlässigen Erreichbarkeit der medizinischen Primärversorgung weist diese bedeutende Schwachpunkte auf. Oft sind nämlich Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von Alkoholproblemen nicht genügend ausgeprägt bzw. qualifiziert. Die Vernetzung mit den anderen Sektoren ist oft mangelhaft. Die Diagnose wird aus vielfältigen Rücksichtnahmen nicht explizit gestellt. Eigene Einstellungen und Vorurteile des behandelnden Arztes unterscheiden sich leider kaum von denen der Allge-

meinbevölkerung, was den Erfolg therapeutischer Maßnahmen dieser Erkrankungen angeht. Man kann also lediglich davon ausgehen, dass Patienten im Krankenhaus als auch in der Praxis in vielen Fällen erkannt und benannt werden, aber sie werden nicht spezifisch behandelt oder zu spät, weil Früherkennungs-, Frühbehandlungs- und Kurzinterventionsstrategien fehlen bzw. nicht finanziert werden.

Auch wenn sie schließlich benannt werden, erfolgen in den meisten Fällen keine Handlungskonsequenzen.

5.3 Ziel des Projektes aus Sicht der Leistungserbringer

Zwar stellen die Aufnahmediagnosen F 10 ff in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen die größte diagnostische Gruppe dar, haben doch zwischen einem Drittel bis deutlich über 40 Prozent aller im Verlauf eines Jahres dort behandelten Patienten eine Störung aus dieser Gruppe. Diesen Patienten steht in den Fachkrankenhäusern und Abteilungen ein Angebot zur Verfügung, das in dieser Form konkurrenzlos ist, die qualifizierte stationäre und teilstationäre Entzugsbehandlung der Grunderkrankung und der Entzugssymptomatik. Daneben werden im Rahmen der suchtpsychiatrischen Behandlung Krankheitsmodelle erarbeitet, Motivationsarbeit geleistet und die weiteren Behandlungsschritte qualifiziert angegangen.

Die Patientinnen und Patienten, die dieses Angebot in Anspruch nehmen, weisen aber Besonderheiten auf.

Trotz großer Bemühungen und Ausbaus der Suchtabteilungen lassen sich dort weniger als 10 Prozent der Betroffenen behandeln. Die im psychiatrischen Fachkrankenhaus behandelten Alkoholabhängigen und Alkoholmissbraucher sind gekennzeichnet durch hohe Belastung mit Dissozialität, die noch vorhandenen sozialen Ressourcen sind gering, die Belastung mit psy-

chiatrischer Comorbidität (Persönlichkeitsstörung, hirnorganisches Psychosyndrom, Psychose) ist hoch, das männliche Geschlecht dominiert (75:25%). Ziel des IV-Projektes aus der Sicht des psychiatrischen Fachkrankenhauses mit seiner suchtmmedizinischen Abteilung war also, das eigene spezifische Know-How an Patientengruppen, Betroffenenengruppen heranzubringen, die sich nicht zu der eben skizzierten Gruppe zählen lassen wollen oder müssen, die über noch intakte soziale Ressourcen verfügen etc. Dem Initiator des integrierten Versorgungsprojektes, dem Zentrum für Psychiatrie Reichenau, ging es in erster Linie darum, neue Patientengruppen zu erreichen und nicht, das Therapieangebot für bekannte User oder sogar High-User zu verbessern und zu erweitern.

Da zwischen dem Zentrum für Psychiatrie Reichenau und den psychosozialen Beratungsstellen eine enge, erprobte Kooperation besteht (gemeinsame Entwicklung des ersten kommunalen Suchthilfenetzwerks, Übernahme des Sozialdienstes in der suchtmmedizinischen Tagesklinik durch die Träger der psychosozialen Beratungsstellen, regelmäßige Sprechstunden im Zentrum für Psychiatrie Reichenau, eigene Motivationsgruppen im stationären Setting), gelang es den psychosozialen Beratungsstellen rasch, sich der Sichtweise des psychiatrischen Fachkrankenhauses bezüglich der Zielgruppe anzuschließen. Auch sie formulierten als Ziel der integrierten Versorgung das Erreichen bisher nicht behandelter Betroffener, und es gelang ihnen, auf den Anspruch der Führungsrolle der PSB in einem spezifischen Suchtbehandlungssetting zu verzichten. Gleichzeitig erhofften sich die Beratungsstellen, vertraglich abgesichert, an einem GKV-finanzierten Behandlungskonzept teilhaben zu können.

Die niedergelassenen Hausärzte und Fachärzte, die sich für das Projekt interessierten, äußerten die Erwartung, ihren Patientinnen und Patienten ein für diese und für sie selbst akzeptables und nicht stigmatisierendes, gut zugängliches, ambulantes Behandlungsange-

bot anbieten zu können. Einzelne formulierten Interesse, ihren therapeutischen Nihilismus bezüglich der Suchterkrankungen verändern zu wollen. Die Mehrzahl wünschte sich ein klares Projekt mit eindeutig benannten ärztlichen Führungspersonen, bei denen sie ihren Patienten dann gut aufgehoben wissen wollten, ohne Angst haben zu müssen, dass der Patient auf „nimmer Wiedersehen“ in einem stationären oder teilstationären Programm verschwindet bzw. ihnen die Überweisung in ein suchtpsychiatrisch geleitetes Programm übel nimmt und zum Kollegen wechselt.

Ähnlich gelagert war die Situation bei den Chefärzten des beteiligten Krankenhauses, des Klinikums Konstanz. Auch hier bestand die Erwartung, für Suchtkranke, deren Aufnahme und Behandlung im somatischen Krankenhaus häufig als frustrierend erlebt wird, ein Angebot formulieren zu können, hinter dem man selbst steht, an dem man in Teilen auch mitbeteiligt ist. Zusätzlich befördert wurde das Projekt im Klinikum Konstanz durch die guten Erfahrungen, die bereits mit der Tagesklinik Sucht und dem suchtmmedizinischen Konsiliardienst dort gemacht werden konnten.

Auch die Krankenkassen hatten als führendes Ziel die Suche nach einem akzeptierten ambulanten Behandlungsangebot für Alkoholmissbrauchende und Abhängige. Ihnen ging es darum, noch im Berufsleben stehende Patientinnen und Patienten ein erfolversprechendes Behandlungsangebot machen zu können, auch mit dem Interesse, die Kosten für das anfallende Krankengeld dadurch senken zu können. Da sich auch die Krankenkassen am kommunalen Suchthilfenetzwerk in Konstanz aktiv beteiligen und innerhalb des Landkreises Konstanz das Suchthilfenetzwerk hohes Prestige genießt, war es für die AOK Konstanz möglich, in einem Projekt, das sich der Behandlung Suchtkranker verschrieben hat, ein Alleinstellungsmerkmal und zumindest keinen Wettbewerbsnachteil, vielleicht sogar einen Wettbewerbsvorteil zu sehen.

Die AOK stimmte einer Erweiterung des Projektes auf andere Kassen schnell zu.

Aus Sicht der Patienten war Ziel des Projektes ein schnell verfügbares, vom Hausarzt direkt erreichbares, ambulantes, effizientes Behandlungsangebot zu haben, mit einer hohen ärztlichen Kontaktdichte, das als nicht stigmatisierend erlebt wird.

5.4 Entwicklungsgeschichte

Bereits seit Ende der 70er Jahre wurde im Zentrum für Psychiatrie Reichenau der Weg der Spezialisierung zur Versorgung der psychisch Kranken eingeschlagen. In der Folge entwickelte sich hier bezogen auf die Gesamtbettenzahl des Hauses und die zu versorgenden Einwohner der zahlenmäßig größte suchtpsychiatrische Bereich aller Zentren für Psychiatrie Baden-Württembergs mit einem entsprechend differenzierten Behandlungsangebot. So wurden 1978 eine Aufnahme- und Medikationstation für den Alkohol- und Medikamentenzug eingerichtet, gleichzeitig entstand eine sozialpsychiatrisch orientierte Station zur Behandlung langjährig Suchterkrankter, aus der sich als erste Station dieses Typs im Lande Baden-Württemberg eine Spezialstation für chronisch mehrfach beeinträchtigte alkohol- und medikamentenabhängige Patienten entwickelte. Ende der 80er Jahre wurde das stationäre Angebot um eine Behandlungseinheit für psychiatrisch comorbide Patienten (Sucht und Depression, Sucht und Persönlichkeitsstörung) erweitert und Anfang der 90er Jahre wurde die erste niedrigschwellig arbeitende qualifizierte Drogenentzugsstation Baden-Württembergs eingerichtet, die sich als platzmäßig größte Drogenentzugsstation etabliert hat und aufgrund ihres Settings ausweislich der Kennzahlen einen Spitzenposition unter den niedrigschwelligen Drogenentzugsstationen einnimmt. 2004 wurde die suchtmmedizinische Tagesklinik in Konstanz gegründet, die seinerzeit erste Tagesklinik in Baden-Würt-

temberg für Suchtkranke, die einen Flächenlandkreis versorgt und die an einem somatischen Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, dem Klinikum Konstanz, allokiert ist

Anlässlich der Gründung der Suchtmmedizinischen Tagesklinik wurde der Landkreis Konstanz als Modelllandkreis des Landes Baden-Württemberg vom Ministerium für Arbeit und Soziales ausgewiesen. 2004 folgten die Geschäftsführer der Zentren für Psychiatrie Baden-Württembergs dem Vorschlag der suchtmmedizinischen Chefärzte des Landes, ein integriertes Versorgungsprojekt im Bereich der Versorgung Betroffener von substanzbezogenen Störungen zu implementieren.

Das Zentrum für Psychiatrie Reichenau erhielt den Auftrag ein integriertes Versorgungskonzept für Alkoholabhängige und Alkoholmissbraucher zu entwerfen. Grund hierfür waren die langjährige intensive Zusammenarbeit mit den psychosozialen Beratungsstellen, die enge Verknüpfung des suchtpsychiatrischen Angebotes des ZPR mit der Inneren Medizin des Krankenhauses Konstanz und die signalisierte Bereitschaft der örtlichen AOK, einen Versorgungsvertrag zu entwickeln. Trotz dieser günstigen Voraussetzungen dauerte es fast ein Jahr und waren 13 Vertragsentwürfe nötig, bis der Vertrag 2005 immer noch als erster in Baden-Württemberg zur Versorgung Suchtkranker unterschrieben werden konnte. Anfang 2006 konnten dann die ersten Patientinnen und Patienten behandelt werden.

Aufgrund der geographischen Besonderheit, der Begrenzung durch den Bodensee und die Schweiz, entwickelte sich im Landkreis Konstanz ein ausgeprägter „Regionalgeist“, der aus unserer Sicht die Chance bot, ein integriertes Versorgungsprojekt hier erfolgversprechend zu implementieren. Zwar begegneten auch hier die niedergelassenen Hausärzte der integrierten Versorgung nach § 140a mit viel Vorbehalt und Skepsis. Der Hinweis, als Konstanzer Arzt für die Konstanzer Bevölkerung etwas besonderes anbieten zu können, half aber manche Hür-

de zu überspringen. Unterstützt wurde dieser Prozess dadurch, dass sich parallel zur integrierten Versorgung in Konstanz das erste kommunale Suchthilfenetzwerk bildete, in dem sich die psychosozialen Beratungsstellen, der Landkreis, die Selbsthilfe, die Berufsbetreuer, die Kostenträger inklusive der Deutschen Rentenversicherung, Hausärzte, Krankenhäuser, niedergelassene Fachärzte und das Zentrum für Psychiatrie Reichenau in einem vertraglich festgelegten Kooperationsmodell zur Versorgung Suchtkranker zusammenschlossen. Dieses Modell wurde vom Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg aufgegriffen. Mittlerweile verfügen alle Landkreise Baden-Württembergs über ein derartiges Suchthilfenetzwerk. Die letztgenannten Mitglieder des kommunalen Suchthilfenetzwerkes, nämlich die Hausärzte, die Krankenhäuser, die niedergelassenen Fachärzte und das Zentrum für Psychiatrie Reichenau sowie die psychosozialen Beratungsstellen sind derzeit die Leistungserbringer der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V. Der potenzielle Patient kann sich an jeder Stelle in der integrierten Versorgung anmelden und einschreiben.

5.5 Kernelemente des Versorgungskonzeptes

Abbildung 24 stellt die zentralen Bausteine der integrierten Versorgung sowie die Kernelemente der Leistungsangebote dar.

Das Leistungsangebot besteht aus einer Verbesserung der Diagnostik im Bereich der medizinischen Primärversorgung, strukturierten Frühinterventionsprogrammen, qualifizierter ambulanter Entzugsbehandlung und Rückfallprävention sowie einer interdisziplinären Erarbeitung der Weiterbehandlungsperspektive.

Die an der integrierten Versorgung beteiligten Haus- und Fachärzte führen im ambulanten Bereich, die Krankenhausärzte im stationären, eine qualifizierte Diagnostik zur Erkennung

der Suchtproblematik sowie ein motivationales Erstgespräch bei den Versicherten durch.

Bei Bereitschaft des Versicherten entsprechend der Indikation erfolgt die Kontaktaufnahme mit den anderen Leistungserbringern sowie eine zeitnahe Übernahme in das Behandlungsprogramm (ambulanter Entzug, motivationales Behandlungsprogramm, Rückfallprophylaxe) in der Tagesklinik Sucht am Klinikum Konstanz.

Der Umfang und die Art der von den Vertragspartnern zu erbringenden Leistungen richtet sich nach den Behandlungsleitlinien 2000 der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften („Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen“). Die Leistungserbringer verpflichten sich, die Behandlungen entsprechend den bestehenden Leitlinien durchzuführen.

Das ZfP hat die Aufgabe, als Fallmanager zu agieren. Das bedeutet, ein Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung „Fachkunde Suchtmedizin“ des ZfP's ist für den Ablauf der Behandlung des Versicherten verantwortlich. Der Zugang zu diesem Case Management erfolgt niederschwellig. Die niedergelassenen Vertragspartner haben die Gewähr, dass ihr Versicherter insbesondere zeitnah einen Termin erhält, kompetent weiterbehandelt wird und alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen entsprechend ihrer Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit veranlasst werden.

Nach dem Behandlungsprogramm werden die Versicherten entweder zum zuweisenden Arzt zurück überwiesen oder sie werden in ein ambulantes Rehabilitationsprogramm außerhalb der integrierten Versorgung vermittelt.

Auch im stationären somatischen Bereich ist das Ziel der integrierten Versorgung eine verbesserte Diagnostik der Suchterkrankung sowie ein rascher niederschwelliger Zugang in das spezifische Behandlungssystem – analog des



Abb. 24 Bausteine und Leistungsangebote der Integrierten Versorgung

Behandlungsablaufs bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzten (s. Abb. 25).

Die Leistungen des ZfP im Rahmen der integrierten Versorgung sind:

- die Überprüfung der Zuweiserdignose und der Teilnahmevoraussetzungen sowie im Regelfall die Erstellung der Teilnahmeerklärung
- die Koordination und Durchführung des ambulanten Behandlungsprogramms (ambulanter Entzug, motivationales Behandlungsprogramm, Rückfallprophylaxe) gemäß näherer Bestimmung in den Anlagen 2 und 3
- ggf. die Delegation von einzelnen Leistungsteilen aus dem Behandlungsprogramm an nach § 2 einbezogene Leistungserbringer
- die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung aller Behandlungsdaten gemäß § 9 dieses Vertrages
- ggf. die Einleitung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.

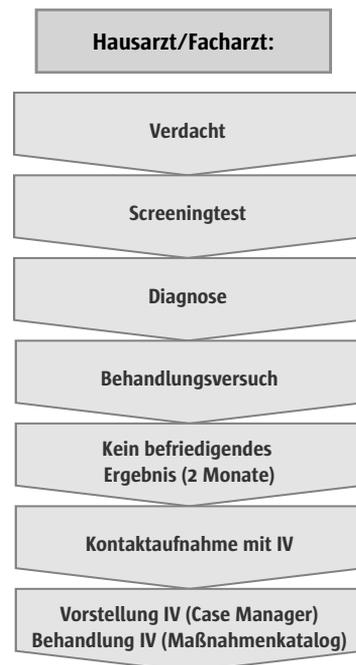


Abb. 25 Behandlungskorridor vor Beginn der IV-Behandlung

Leistungen der Haus- und Fachärzte:

- eine qualifizierte Diagnostik mit vertiefter Suchtanamnese und Alkoholscreeningtest mit Auswertung
- die Förderung der Bereitschaft zur Auseinandersetzung des Versicherten mit der Suchtproblematik
- die Motivation des Versicherten, an der integrierten Versorgung teilzunehmen
- die Kontaktaufnahme mit dem ZfP bei Übermittlung der erhobenen Befunde
- ggf. nach Delegation durch das ZfP Leistungen aus dem Behandlungsprogramm gemäß Anlagen 2 und 3
- Erstellung der Teilnahmeerklärung
- Teilnahme an interdisziplinären Fallbesprechungen.

Leistungen sonstiger Leistungserbringer

- Die Abteilung Innere Medizin des Klinikums Konstanz führt im Rahmen der Leistungsbausteine 7 und 11 ärztlich geleitete Gruppentherapien (Psychoedukation I und II) durch.
- Die Psychosozialen Beratungsstellen des Landkreises bieten die Leistungsbausteine 12 und 14 (Rückfallmanagement I und II) an.

5.5.1 Leistungsbausteine

Das Konzept besteht aus insgesamt 16 Modulen (s. Tab. 15).

Tab. 15 Module/Leistungsbaustein

1. Leistungsbaustein Indikation I	Hausarzt oder Krankenhaus: Alkohol – Screeningfragebogen mit Auswertung Körperliche Untersuchung, Suchtanamnese, Motivationale Erstintervention Anmeldung ZfP ggfs. Einschreibung IV-Vertrag
2. Leistungsbaustein Indikation II	Suchtpsychiatrischer Facharzt suchtmedizinische Anamnese und weiterführende suchtspezifische Diagnostik psychiatrische/orientierende neurologische Untersuchung Angehörigengespräch/Fremdanamnese Information über Behandlungsablauf und motivationale Intervention Austausch mit dem Hausarzt
3. Leistungsbaustein Start Abstinenzgebot	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik, Abstinenzkontrolle (Atemalkoholkontrolle, Drogenscreening) bei Bedarf ärztliche Intervention Ärztliches Einzelgespräch mit motivationalem Element ggfs. Einschreibung IV-Vertrag
4. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik und Abstinenzkontrolle Sozialanamnese
5. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik und Abstinenzkontrolle ärztlich geleitete Gruppentherapie
6. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik und Abstinenzkontrolle Ärztliche Einzeltherapie: Motivationale Intervention

7. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik und Abstinenzkontrolle ärztlich geleitete Gruppentherapie (Psychoedukation I)
8. Leistungsbaustein (Wochenende)	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik und Abstinenzkontrolle ggf. Krisenintervention Selbstarbeit (Selbstkontrolltechniken; abstinentes Freizeitverhalten, Selbstauskunftsbögen)
9. Leistungsbaustein (Wochenende)	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik und Abstinenzkontrolle ggf. Krisenintervention Selbstarbeit (Selbstkontrolltechniken; abstinentes Freizeitverhalten, Selbstauskunftsbögen)
10. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Monitoring der Entzugssymptomatik und Abstinenzkontrolle interdisziplinäre Fallkonferenz (Vernetzung) Familiengespräch/Einzelgespräch/Auswertung Wochenende
11. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Abstinenzkontrolle ärztlich geleitete Gruppentherapie (Psychoedukation II)
12. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Abstinenzkontrolle ärztlich geleitete Gruppentherapie (Rückfallmanagement I)
13. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Abstinenzkontrolle ärztlich geleitetes Einzelgespräch (Perspektiven und weitere Planung: Aufrechterhaltung der Abstinenz, ggf. weitere suchtspezifische Behandlungsmaßnahmen)
14. Leistungsbaustein	Ärztliche und pflegerische Visite m. Abstinenzkontrolle ärztlich geleitete Gruppentherapie (Rückfallmanagement II)
15. Leistungsbaustein Ende	Ärztliche und pflegerische Visite m. Abstinenzkontrolle ärztlich geleitetes Abschlussgespräch Austausch mit dem Hausarzt bzgl. Rückübernahme und weiterem Procedere
16. Leistungsbaustein	Follow up: Ärztlich geleitetes Boostergespräch

Kern des Konzeptes ist das Modul 1, welches bei Verdacht auf alkoholbedingte Störung beginnt (s. Abb. 26).

Im anschließenden zweiten Modul wird entsprechend der weiteren Entwicklung vorgegangen (s. Abb. 27).

Ein weiteres wichtiges Element ist das Modul 10, in dem die interdisziplinären Fallkonferenzen festgelegt werden (s. Abb. 28).

Die abschließenden Module sichern den langfristigen Erfolg des Konzeptes (s. Abb. 29).

5.6 Management

Das Management der integrierten Versorgung liegt beim Zentrum für Psychiatrie Reichenau. Konkret verantwortlich ist der fachärztliche Kooperationsmanager des Suchthilfenetzwerks, der in dieser Funktion auch direkter Ansprechpartner für die niedergelassenen Haus- und Fachärzte, Krankenhausärzte und die psychosozialen Beratungsstellen ist.

Die Funktion des Kooperationsmanagers beinhaltet folgende Zuständigkeiten:

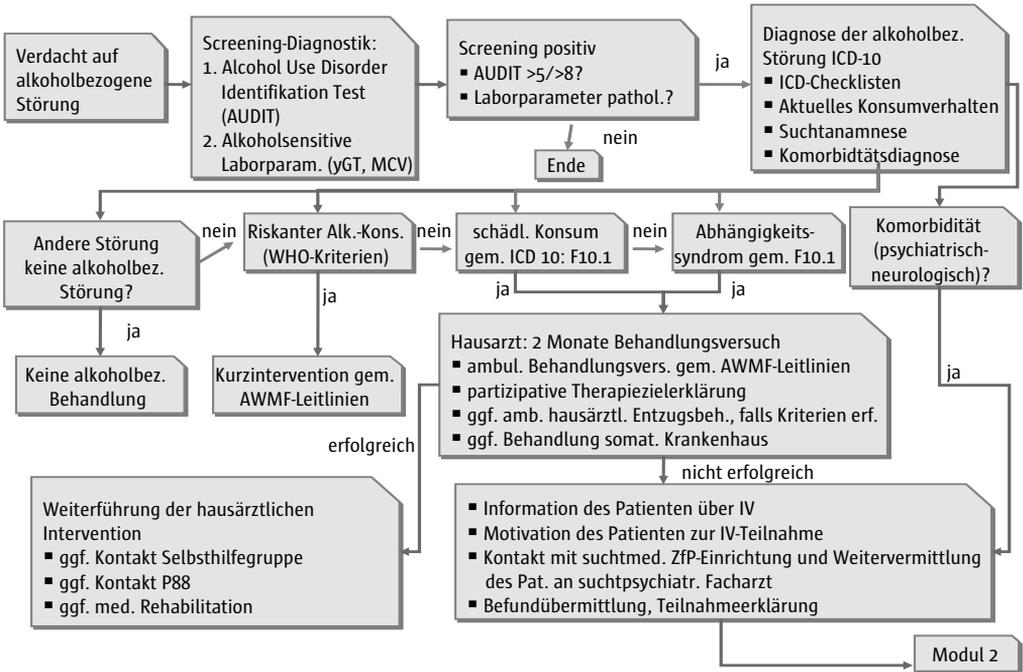


Abb. 26 Integrierte Versorgung Alkoholabhängigkeit Modul 1

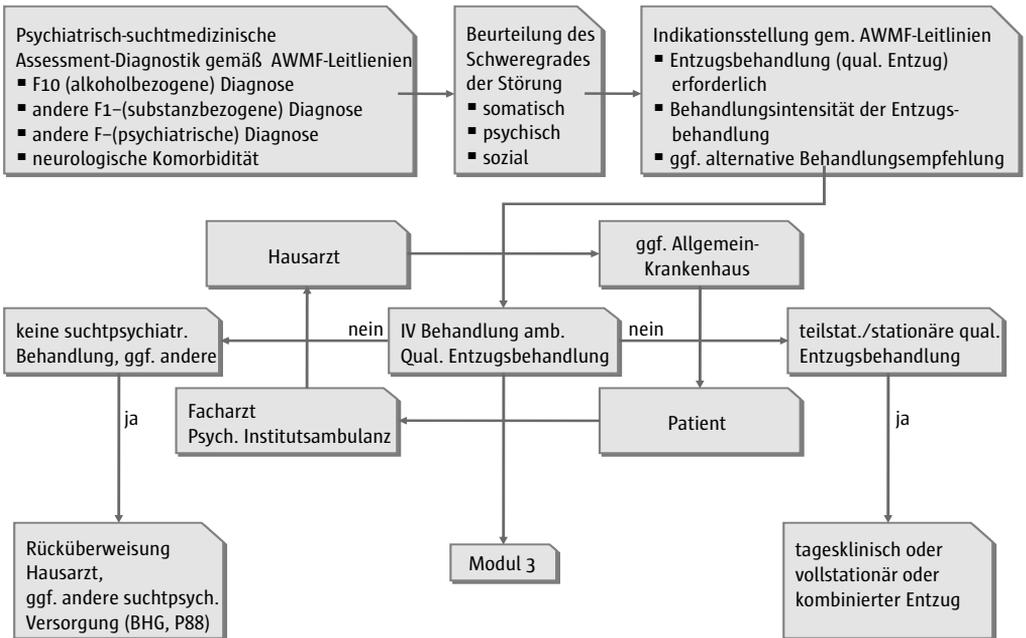


Abb. 27 Integrierte Versorgung Alkoholabhängigkeit Modul 2

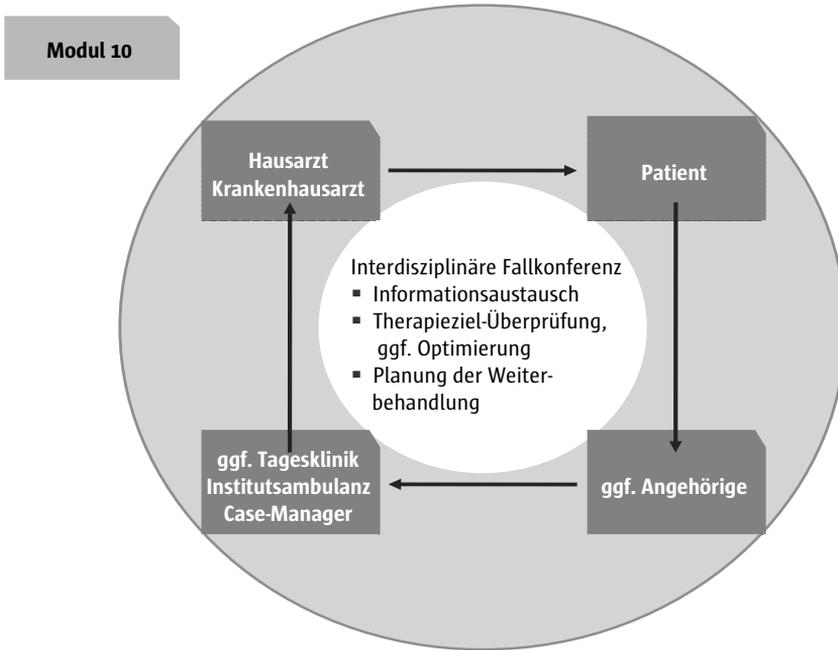


Abb. 28 Integrierte Versorgung Alkoholabhängigkeit Modul 10

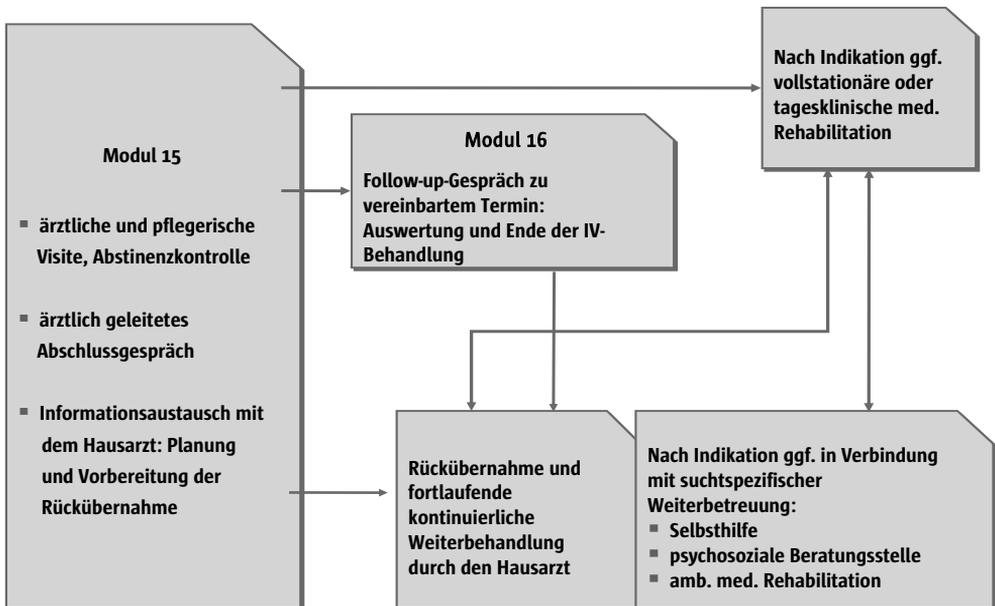


Abb. 29 Integrierte Versorgung Alkoholabhängigkeit Modul 15 und 16

- Promotion der integrierten Versorgung bei Niedergelassenen und Krankenhäusern (Praxisbesuche, Beratung)
- Koordination und Durchführung der Behandlung (IV-Management)
- Durchführung des suchtmedizinischen Konsiliardienstes in den kooperierenden Kliniken (Konstanz, Singen, Radolfzell), hierbei besondere Berücksichtigung und Umsetzung der Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der integrierten Versorgung
- Durchführung von Visiten (14-tägig) bei den psychosozialen Beratungsstellen (PSB's)
- Organisation gemeinsamer Weiterbildungen im Rahmen des Suchthilfeverbundes
- Moderation bei Veranstaltungen im Rahmen der integrierten Versorgung, bzw. im Rahmen des Suchthilfeverbundes.
- Leitung Interdisziplinärer Fallbesprechungen im Rahmen von Reha direkt.

Der Kooperationsmanager fungiert im Sinne einer koordinierenden, vernetzenden Stelle. Als „anerkannte, übergeordnete“ Funktion achtet er besonders auf Schnittstellenthematiken, informiert, fördert und unterstützt Entwicklungsprozesse zwischen den Kooperationspartnern

Die Abrechnung mit den Kostenträgern erfolgt über die Patientendatenverwaltung des Zentrums für Psychiatrie Reichenau. Im IV-Vertrag wurde mit den Krankenkasse vereinbart, dass unsere integrierte Versorgung nicht pauschal, sondern Modul-bezogen vergütet wird, analog eines teilstationären oder stationären Aufenthaltstages in der Psychiatrie.

Die einzelnen Leistungsbausteine/Module werden kostengleich vergütet, die Höhe beträgt etwa 2/3 eines teilstationären Behandlungstages.

Die von uns gewählte Vergütungsform bringt auch Vorteile mit sich, so können einzelne Leistungsbausteine wiederholt werden und werden dann auch zusätzlich vergolten. Zum anderen schützt sie die Krankenkassen davor, jeden Behandlungsversuch (im Extremfall Ausnüchterung) mit der kompletten Pauschale ver-

gelten zu müssen. Ausweislich unserer Ergebnisse ist die Befürchtung der Krankenkassen, dass viele Patienten die Behandlung abbrechen, nicht eingetreten.

Der Hausarzt bekommt den Leistungsbaustein I komplett vergütet. Für die weiteren Bausteine, an denen er oder andere Leistungserbringer (Krankenhausärzte, PSB-Mitarbeiter) beteiligt sind, erfolgt eine anteilige Vergütung, die vom Zentrum für Psychiatrie vorgenommen wird.

Das Qualitätsmanagement und die Evaluation werden vom Zentrum für Psychiatrie Reichenau und der Universität Konstanz wahrgenommen. Ein erster Evaluationsbericht ging an die beteiligten Krankenkassen. Nach Erhalt dieses Berichts entschlossen sich die beteiligten Kostenträger, das IV-Projekt über den 31.12.2008 hinaus fortzuführen.

Das Kooperationsmanagement des Suchthilfenetzwerkes wird über die Universität Hamburg, Herrn Prof. Dr. Dr. Herter, evaluiert werden.

5.7 Evaluationsergebnisse – Stand Ende 2007

Das Konzept wird kontinuierlich evaluiert. Tabellenartig können folgende Ergebnisse festgehalten werden (s. Tab. 16).

Aus Sicht der Patienten waren folgende Faktoren besonders positiv:

1. Die hohe Arztkontaktdichte, das ärztliche Einzelgespräch
2. Die Atmosphäre der Behandlung (man hat sich sehr um mich bemüht, ich konnte an einem besonderen Angebot teilnehmen)
3. Hervorgehobene Behandlung: ein fest zugeordneter Arzt („mein Arzt“), der als fixer Ansprechpartner während der gesamten Behandlung zur Verfügung stand.
4. Der schnelle, niederschwellige Zugang zur Behandlung („hatte schnell meine Termine, war unkompliziert“)

5. Die Kompetenz der Behandler
6. Das Behandlungsnetz (Hausarzt, Facharzt, Klinikarzt, PSB-Mitarbeiter gab mir Sicherheit und Stabilität
7. „ich habe viel gelernt und weiß wo ich mir zuverlässig wieder Unterstützung holen kann“

Auch die Einschätzung durch die weiterbehandelnden Ärzte stellte sich positiv dar (s. Tab. 17).

Nahezu alle Patienten, die in der integrierten Versorgung behandelt wurden, standen in einem bestehenden Arbeitsverhältnis bzw. studierten, besuchten eine Schule oder waren berentet.

Tab. 17 Einschätzung weiterbehandelnder Ärzte

Weiterbehandlung	
beim Hausarzt	88 %
Nach der integrierten Behandlung Antritt einer Langzeittherapie	12 %
Behandlungsergebnis nach Angaben des weiterbehandelnden Arztes (telefonische Befragung)	
Die Behandlung hat sehr positive Effekte gehabt	47 %
Leicht positive Effekt gehabt	23 %
Hat zu keinen Veränderungen geführt	17 %
Es ist keine Aussage möglich	12 %

Tab. 16 Evaluationsergebnisse

Geschlecht und Alter	
Weiblich 50 %	Männlich 50 %
Durchschnittsalter 45 Jahre	Durchschnittsalter 50 Jahre
Behandlungsverlauf	
Behandlung regulär beendet, alle Leistungsbausteine wahrgenommen	77 % der Patienten
Behandlung abgebrochen	23 % der Patienten
Werte des Screeningtests (Audit)	
Bei Behandlungsbeginn durchschnittlich 22 Punkte Schwankungsbreite	10 Punkte bis 30 Punkte
Vom Patienten angegebene Trinkmenge pro Tag bei Behandlungsbeginn	
> 200 g Alkohol pro Tag	27 %
100–200 g Alkohol pro Tag	55 %
40–100 g Alkohol pro Tag	16 %
Nahezu alle Abbrecher gehörten zur Gruppe der Hochdosiskonsumenten (> 200 g).	
Behandlungsergebnisse nach Angaben der/des Patientin/Patienten	
mindestens 1 Jahr Abstinenzzeit nach Beendigung der Maßnahme	31 %
subjektiv zufrieden, selbst gestecktes Therapieziel erreicht	25 %
Patient ist nicht erreichbar gewesen bzw. ungebessert	44 %

Die Hälfte der Patienten wurde direkt vom Hausarzt in die integrierte Versorgung genommen, knapp ein Drittel wurde nach einem Vorgespräch in der Suchtmedizinischen Tagesklinik übernommen. (In der Regel Patienten des somatischen Krankenhauses).

Fazit aus Sicht der Leistungserbringer

Die integrierte Versorgung bietet ein differenziertes Behandlungsangebot für Alkoholranke und Alkoholmissbraucher, ohne hohe Belastung durch psychiatrische Comorbidität, das sehr stark Frauen anspricht. Die Erwartungen der Krankenkasse, Patienten zu behandeln, die noch im Erwerbsleben stehen, hat sich bislang erfüllt. Die behandelten Patienten weisen fast keine spezifischen Vorbehandlungen oder stationären psychiatrischen Voraufenthalte auf. Sie kommen überwiegend direkt durch den behandelnden Hausarzt oder das somatische Krankenhaus. Für die bisher ausgewertete Patientengruppe gilt also, dass das Ziel, ein Angebot für nicht-dissoziale, sozial angepasste, noch in Teilen leistungsfähige, integrierte und nicht schwer psychiatrisch comorbide Patienten in Form der integrierten Versorgung existiert und ausweislich der Behandlungsergebnisse diese Patientengruppe wirksam erreicht, gleichen doch unsere Behandlungsergebnisse denen der qualifizierten stationären Entzugsbehandlung.

Anfänglich litt das IV-Projekt darunter, dass nur AOK-Versicherte Zugang hatten. Dies wurde speziell von den beteiligten Hausärzten kritisiert. Mittlerweile traten die DAK Baden-Württemberg und die BKK/IKKs Baden-Württemberg bei. Ein unterschriftsreifer Vertrag mit der Barmer Ersatzkasse liegt derzeit vor.

Das Projekt ist noch längst kein Selbstläufer, es muss permanent weiter beworben werden. Die niedergelassenen Kooperationspartner verwechseln immer noch integrierte Versorgung und tagesklinische Behandlung.

Eine über die Einweisung am Projekt hinausgehende aktive Teilnahme am Behandlungsprogramm außer der interdisziplinären Fallkonferenz ließ sich kaum verwirklichen. Die Anzahl der eingeschriebenen fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich Psychiatrie/Psychotherapie ist weiterhin erschreckend klein. Positiv ist das Engagement der psychosozialen Beratungsstellen zu bewerten. Sie arbeiten aktiv mit, bieten Leistungsbausteine an, somit trägt die integrierte Versorgung zur Verbesserung des Spannungsfeldes zwischen suchtpsychiatrischer Behandlung und psychosozialer Suchthilfe bei. Sodass ein immer belastbareres Suchthilfenetzwerk im Landkreis Konstanz entstehen konnte. Gleiches gilt für die am Projekt beteiligten Krankenhausärzte des Zentrums für innere Medizin Konstanz. Hier ist eine bessere Wahrnehmung der effektiven Behandlungsmöglichkeit der Störung durch das IV-Projekt wahrnehmbar, das Interesse an der Behandlung substanzbezogener Störungen steigt.

Einordnung durch die Herausgeber

BMC Matrix						
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch	nicht relevant/ nicht beurteilbar
a) Gesundheitssystem						
gesundheitsökonomisches Potenzial			•			
Innovationsgrad			•			
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung				•		
Orientierung am Versorgungsbedarf				•		
Beitrag zur Verringerung von Qualitätsdefiziten/ Unterversorgung				•		
KURZE BEGRÜNDUNG/ERLÄUTERUNG:						
b) Medizinische Versorgung						
ganzheitliches Behandlungskonzept			•			
Sicherstellung langfristiger Behandlungskonzepte			•			
Verbesserung der Kommunikation und Koordination				•		
Abbau von Zugangsbarrieren				•		
Optimierung der berufsfeldübergreifenden Versorgung				•		
Komplexität der Versorgung		•				
Transparenz				•		
KURZE BEGRÜNDUNG/ERLÄUTERUNG:						
c) Patienten						
Verbesserung der medizinischen Versorgung				•		
Berücksichtigung unterschiedlicher Bedürfnisse			•			
Verständlichkeit und Transparenz				•		
Förderung der Compliance				•		
Einbindung in Entscheidungen				•		
Wahlmöglichkeiten und Zugang				•		
finanzielle Anreize	•					
KURZE BEGRÜNDUNG/ERLÄUTERUNG:						

BMC Matrix						
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch	nicht relevant/ nicht beurteilbar
d) Management/Betreiber						
Wertschöpfungspotenzial						•
Organisationsgrad				•		
Komplexität		•				
Nachhaltigkeit			•			
Risiko/Vulnerabilität	•					
finanzielle Anreize für Leistungserbringer	•					
Grad der Risikoübernahme (risk-sharing/P4P)	•					
nicht-monetäre Anreize		•				
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe			•			
KURZE BEGRÜNDUNG/ERLÄUTERUNG						