

Versorgung von Suchtpatienten verbessern durch Kooperation zwischen evangelischen Kliniken und Einrichtungen der Suchthilfe

Positionspapier zur Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland in Kooperation zwischen dem Gesamtverband der Suchthilfe (GVS) und dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV)

1. Hintergrund

Nach Angaben der Bundesärztekammer stellen Abhängigkeitserkrankungen wie riskanter Alkoholkonsum und/oder das Rauchen ein weit verbreitetes sozialmedizinisches Problem dar. Etwa 9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren einer aktuellen Umfrage der Bundesärztekammer zufolge Alkohol in gesundheitlich riskanter Form, 1,8 Mio. sind abhängigkeitskrank. Rund 16 Mio. Menschen konsumieren Tabak in gesundheitsschädlicher Weise und etwa 3,2 Mio. Menschen leiden an Medikamentenabhängigkeit. Etwa 320 T. Menschen sind abhängig von illegalen Drogen, dabei ist Cannabis nach wie vor die am häufigsten konsumierte Droge. Eine Vielzahl der Menschen in Deutschland stirbt an den Folgen ihres Tabakkonsums. So nehmen die volkswirtschaftliche Bedeutung und die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums in Deutschland unter anderem folgende Dimensionen an:

- ca. 40.000 alkoholbedingte Todesfälle, bzw. ca. 74.000 Todesfälle bei der Kombination Alkohol- und Tabakkonsum,
- ca. 40 Mrd. € volkswirtschaftliche Kosten durch alkoholbedingte Erkrankungen (direkte und indirekte Kosten),
- 49.198 Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke durch die Rentenversicherung
- 438.706 Krankenhausfälle aufgrund von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen (F10–F19–Diagnosen),
- 46.448 Gewalt-Straftaten unter Alkoholeinfluss (27,9% aller Gewalt-Straftaten)
- 31.584 Sachbeschädigungsstraftaten unter Alkoholeinfluss (24,6% aller dieser Straftaten),
- 13.239 Alkoholunfälle im Straßenverkehr, dabei 256 Getötete.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung sowie die Folgen des Alkoholkonsums in Deutschland sind enorm. Das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ist außerordentlich hoch. Etwa 110.000 Todesfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen. Zu den weiteren Folgen zählen eine geringere Lebenserwartung, Arbeitsausfälle sowie ein erhöhtes Risiko für Unfälle, Aggressivität und Gewalt. Bereits riskanter Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch haben gravierende Folgen für die Gesundheit der Betroffenen. So leiden Betroffene unter anderem an Krebs, koronaren Herzkrankheiten, neuropsychiatrischen Erkrankungen und Lebererkrankungen. Die soziale Dimension einer Suchterkrankung bedeutet auch, dass sehr hohe gesundheitliche und soziale Belastungen für Angehörige und Familien vorhanden, insbesondere für Kinder aus suchtblasteten Familien.

In Deutschland werden Menschen je nach Schwere und Ausprägung ihrer psychischen, bzw. suchtbezogenen gesundheitlichen Störungen medizinisch stationär, teilstationär oder ambulant versorgt. Im Bedarfsfall erhalten Betroffene eine anschließende medizinische Rehabilitation. Hinzu kommen integrierende Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sowie soziale Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die evidenzbasierte S3-Leitlinie für Alkohol- und Tabakabhängigkeit führt hierzu aus: „Die Angebote für eine Behandlung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit) sind in Deutschland breit gefächert. Allerdings fehlt es oft an der nötigen Abstimmung, zum Beispiel zwischen den Bereichen der Akutmedizin und der Rehabilitation. Es bestehen erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit Suchtpatienten.“¹ Nur als Folge einer höchstrichterlichen Rechtsprechung aus dem Jahr 1968 wurde die Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt. Ganz im Unterschied zu Tabakabhängigkeit die noch heutzutage als „Lifestyle-Problem“ gilt. Psychiatrische Kliniken diagnostizieren über 300.000 Alkoholdiagnosen pro Jahr. Dagegen befinden sich rund 1,6 Mio. Patienten mit Alkoholbeschwerden in somatischen Abteilungen der Krankenhäuser. In der Praxis und in Kliniken wird die ursächliche Suchterkrankung oftmals übersenden oder nicht adäquat behandelt.²

Besonders erfolgversprechend scheint in diesem Zusammenhang jede frühzeitige Kontaktaufnahme zu Menschen mit alkoholbedingten Störungen über die medizinische Grundversorgung zu sein, nämlich über die Kooperation ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe mit den Krankenhäusern vor Ort. Bislang finden

¹ S 3 Leitlinie Alkohol (2015), S. 1

² S 3 Leitlinie Alkohol (2015), S. 1

diese Kooperationen nur marginal statt sodass der Erfolg und die Qualität dieser meist Modellvorhaben eher begrenzt zu scheinen sind. Aus der Deutschen Suchthilfestatistik ³wird ersichtlich, dass nur etwa 10% der Suchterkrankten nach Abschluss einer akuten Krankenhausbehandlung in ambulante Fachdienste der Suchthilfe aufgenommen werden (2014 sind das 4460 Fälle im evangelischen Bereich), und nur ca. 10% aus einer ambulanten Facheinrichtung (Suchtberatungsstelle) in ein Krankenhaus vermittelt werden (2014 sind das 1284 Fälle im evangelischen Bereich). Diese eher geringen Anteile finden sich auch im Bereich von Krankenhäusern und ambulanten Fachdiensten in evangelischer Trägerschaft und sind dringend ausbaufähig.

Allgemeinkrankenhäuser führen in der Regel einen reinen körperlichen Entzug und die Behandlung von den vielfältigen alkoholbedingten somatischen Folgeerkrankungen. Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken mit ihren Institutsambulanzen führen in der Regel qualifizierte Entzugsbehandlungen (mit Motivationsarbeit und konkrete Vermittlung in weiterführende Suchtbehandlungen mit Einbezug der Suchtselbsthilfe) und die akute Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und komorbider psychischer Störungen; in den dazugehörigen Psychiatrischen Institutsambulanzen werden schwer Alkoholranke ambulant behandelt, die nicht wartezimmerfähig sind und durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht angemessen versorgt werden können.

Darüber hinaus haben sich die Behandlungsansätze der Früherkennung und Früh- bzw. Kurzintervention in Allgemeinkrankenhäusern als besonders wirksam herausgestellt. Verschiedene wissenschaftlich evaluierte Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung von alkoholgefährdeten und alkoholabhängigen Menschen, z.B. in Lübeck, Bielefeld, Erlangen, Boppard und im Rems-Murr-Kreis zeigen, dass im Krankenhausbereich durch Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen von Konsiliar- oder Liaisondiensten die (Früh-) Erkennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung in Anschluss an die akute Krankenhausbehandlung deutlich verbessert werden kann. Die Kurzinterventionen beruhen hier auf aktivem Zugehen eines externen Konsiliar-/Liaisondienstes auf den betroffenen Patienten mit Motivationsarbeit zu einer Verhaltensänderung und zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen. Die Identifikation von Personen mit Alkoholproblemen erfolgt über den ärztlichen Mitarbeiter der jeweiligen Krankenhausabteilung, die externen Fachdienste können bei den ambulanten Fachstellen, der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachklinik mit Ambulanz oder einer Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation angesiedelt sein. Die hohe Vermittlungsquote und das damit verbundene Unterbrechen von „Drehtür“-Aufnahmedynamiken im Einzelfall belegen die hohen Vermittlungsquoten in das Suchthilfesystem von ca. 50%. Regelungen zum Entlassmanagement im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes können die Möglichkeit bieten, entsprechende Qualitätskriterien zu definieren, die auch einer Verbesserung der Kooperation mit dem Suchthilfesystem umfassen.

Die AWMF-S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen empfiehlt mit einem hohen Evidenzgrad, qualifizierte Entzugsbehandlungen (QE) der rein körperlichen Entgiftung vorzuziehen. Leider ist der Anteil dieser Behandlungen eher gering im Vergleich zur allgemeinen Entzugsbehandlung. QE enthält im Unterschied zur körperlich orientierten Entgiftung zusätzlich entsprechende Leistungen zur Motivationsförderung, Einzel- und Gruppengespräche und die proaktive Vermittlung der Betroffenen in weiterführende suchtspezifische Behandlungen, z.B. in Form von ambulanter, tagesklinischer oder stationärer Rehabilitation mit Adaptionsphasen und anschließender ambulanter Nachsorge. Sie bedarf somit einer angemessenen Bemessung des Fachpersonals und einer entsprechenden Behandlungsdauer (bei alkoholbezogenen Störungen in der Regel 21 Tage gemäß AWMF-S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen, Erfahrungswerte zeigen inzwischen, das bei schweren und komplexen Störungsbildern 28 Tage eine dem Einzelfall angemessene Behandlungsdauer sein kann.

Auch die Akutbehandlungen für Menschen mit Alkoholabhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern sollten verbesserte Personalausstattungs- und Verweildauervorgaben aufweisen und sich so den Kriterien des QE deutlicher annähern.

Die ambulanten Fachdienste der Suchthilfe vor Ort müssen für eine gelingende Kooperation folgende Leistungsmerkmale vorhalten: definierte Ansprechpartner zu definierten Erreichbarkeitszeiten, offene Sprechstunden ohne Wartezeiten, aufsuchende Suchtarbeit im Krankenhaus an definierten Orten zu definierten Zeiten (Niedrigschwelligkeit), beschleunigte Möglichkeiten zur Vermittlung in weiterführende Suchthilfe (Nahtlosigkeit); um diese Leistungen im Kooperationsverbund nachhaltig anzubieten, bedarf einer angemessenen Personalausstattung (kommunale Mittel, Landesmittel, Projektmittel zur Etablierung von aufsuchender Suchtarbeit im Krankenhaus usw.).

³ www.deutschesuchthilfestatistik.de

2. Bewertung

Mit über 440.000 kodierten Hauptdiagnosen gehört das ICD Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ unter den Top 10 der am häufigsten kodierten Kapitel in der Krankenhausversorgung. Die große Herausforderung besteht aktuell zwischen den ambulanten und stationären Sektoren. So können die Mitarbeiter von Kliniken nur begrenzt Mehraufwand leisten. Externe Dienste können häufig nicht an die Bedingungen und Abläufe innerhalb der Klinik ohne weiteres angepasst werden. Häufig wirkt sich das negativ auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aus. In der Praxis ist zudem regelhaft feststellbar, dass die Kooperation zwischen Diensten und Einrichtungen besonders von den handelnden Personen abhängig ist. Geregelt und schriftlich fixierte Kooperationsvereinbarungen auf Trägerebene sind relativ selten.

	2014	2015	Abs. in Prozent
Trägerübergreifende Anzahl an Diagnosefälle:	439.221	442.468	1%
Davon in			
Evangelischen Krankenhäuser insgesamt:	44.354	45.093	2%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	34.379	34.623	1%
F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	2.815	3.029	8%
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	1.485	1.680	13%
F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	882	910	3%
F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	242	249	3%
F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	1.109	1.126	2%
F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	55	56	2%
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	14	14	0%
F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	12	12	0%
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	3.361	3.394	1%

Deutlich wird in dieser differenzierten Darstellung der Diagnosefälle, dass es eine Zunahme zum Vorjahr gibt. Das zeigen auch die dokumentierten Daten der Deutschen Suchthilfestatistik. Eine Zunahme der Diagnosefälle im Krankenhausbereich ist zu erwarten.

3. Problemanzeige und Lösungsvorschläge

- Zentrale Bedeutung erhält die Rahmenvereinbarung der DRV und GKV und im speziellen das Antragsverfahren und -bearbeitung sowie die Rehabilitationsplatzreservierung. Suchtpatienten benötigen mindestens eine durchschnittliche medizinische Behandlungsdauer von 21 Tagen, besser 28 Tagen. Geplantes „Inkrafttreten“ der Rahmenvereinbarung erfolgt am 01.10.2017.
- Mindest- und Strukturmerkmale des OPS 8-985 „Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker“ ist u.a., dass ein Patient mindestens 3 Stunden am Tag in Einzel- oder Gruppenarbeit teilnehmen muss. Das ist aus medizinischer Sicht nicht akzeptabel. So sind die Patienten besonders zu Beginn der Akutbehandlung durch die körperliche Entzugssymptomatik wenig belastbar.
- Um die patientenspezifischen Besonderheiten gerecht zu werden und vor dem Hintergrund, dass fest vorgeschriebene Zeitvorgaben Suchtpatienten insbesondere zu Beginn der Behandlung überfordern, ist eine Differenzierung der Zeiteinheiten im OPS Code 8-985 einzuführen, die auch eine Behandlung unter 3 Stunden am Tag ermöglicht.
- Ein nahtloses Anschlussverfahren nach qualifiziertem Entzug muss den Behandlungserfolg sichern und darf nicht in die Behandlungshoheit des Krankenhauses hinsichtlich der Rehabilitation vorausgehenden Krankenhausbehandlung eingreifen.

- Die strukturellen Voraussetzungen in der ambulanten Suchthilfe vor Ort müssen den Anforderungen einer vernetzten, aufsuchenden Suchtarbeit im Krankenhaus entsprechen und bei der Refinanzierung dieser Dienste durch kommunale Haushalte (Daseinsvorsorge, Gesetze zu öffentliche Gesundheitsdiensten, SGB VI, usw.) entsprechen.
- Beschleunigte Vermittlungsverfahren in die ambulante, ganztägig ambulante, stationäre medizinische Rehabilitation mit Adaption und in ambulante Suchtnachsorge sind dringend erforderlich.

4. Zielsetzung

Verbesserung der Leistungsabbildung der Krankenhausbehandlung und Sicherung eines nahtlosen Überganges in die medizinische Rehabilitation zur Sicherung des Behandlungserfolges.

Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen für niedrigschwellige, aufsuchende Suchtarbeit im Krankenhaus und die Stärkung von Netzwerkstrukturen vor Ort zur Ermöglichung eines nachhaltigen Behandlungserfolges.

Verbesserung der Kooperation zwischen Evangelischen Krankenhäusern und Einrichtungen der (evangelischen) ambulanten Suchthilfe vor Ort. Die Trägerschaften in beiden Bereichen sind auf Ortsebene zu sensibilisieren.