

Indikationsgeleitete ambulante/teilstationäre/ stationäre Behandlung für den Kreis Olpe und den Hochsauerlandkreis

Klaus Paul

Angesichts der veränderten Rahmenbedingungen für die Rehabilitation Suchtkranker erhält die Notwendigkeit einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und die Forderung nach einer flexiblen Abfolge stationärer, teilstationärer und ambulanter Hilfsmaßnahmen nochmals eine verstärkte Gewichtung und Dringlichkeit.

Mit dem hier vorzustellenden Behandlungsmodell soll die Entscheidung begründet werden, die in einer Region schon vorhandenen und in langjähriger Tätigkeit bewährten Ressourcen zur Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger durch einen gemeinsamen Prozeß von Vernetzung und enger Kooperation nicht nur zu erhalten, sondern einer im Wirkungsgrad optimierten Nutzung zuzuführen.

Im folgenden wird ein regionales Kooperationskonzept und dessen Entwicklungsprozeß vorgestellt, welches entstanden ist aus der Zusammenarbeit dreier Suchtfachkliniken mit zwei Beratungs- und Behandlungsstellen sowie dem Sozialpsychischen Dienst einer Kreisverwaltung und der Fachabteilung eines Leistungsträgers.

Vorgeschichte

Im Februar 1997 kam es infolge einer Einladung der Caritas-Beratungsstelle und des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Olpe zu einem Treffen der in der Region beheimateten Fachkliniken Fachklinik Brilon-Wald, Fachklinik Fredeburg und Fachklinik Haus Spielwigge, um eine gemeinsame Entwicklungsarbeit zur Verbesserung des Gesamtprozesses Reha-Sucht für Patienten aus der Region zu besprechen. Klar war von vornherein, daß bei allen Überlegungen zur Qualitätssicherung auch der Aspekt zur Einsparung von Behandlungskosten zu berücksichtigen ist. Aus diesem ersten Treffen entstand eine Arbeitsgruppe mit Vertretern der vorgenannten Kliniken sowie den Psychosozialen Beratungsstellen Olpe und Brilon und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Kreisverwaltung Olpe. Mit den darauf folgenden, regelmäßigen Treffen der Arbeitsgruppe begann für alle Teilnehmer ein spannender Prozeß, in dem es möglich war, daß Einrichtungen unter verschiedener Trägerschaft ihre Vorstellungen über den Rehabilitationsprozeß diskutierend annähern konnten und ausgehend von erprobten Modellen miteinander ein neues Konzept entwickelten.

Grundlagen unserer Überlegungen waren die Notwendigkeit, einerseits, angesichts verkürzter stationärer Behandlungszeiten, für ein stark belastetes Klientel

eine intensivierete ambulante Vor- oder Weiterbehandlung und optimale Nutzung der stationären Behandlungszeit zu forcieren und andererseits, die aufgrund der Kostenersparnis und bei den Patienten aus Angst vor Arbeitsplatzverlust präferierte Inanspruchnahme ambulanten Behandlung zu fördern und in einen Gesamtbehandlungsplan einzubeziehen. Aus unserer gemeinsamen Erfahrung wußten wir, daß sich zumeist erst im Behandlungsprozeß Informationen ergeben, auf deren Grundlage Veränderungen im therapeutischen Angebot notwendig und sinnvoll werden.

Unter Berücksichtigung dieser Erfahrungen und in Übereinstimmung mit den Empfehlungen von Süß und Waldow (in: Süß, 1988, S.75) strebten wir eine adaptive, kriterienorientierte ambulante/stationäre, später vielleicht auch teilstationäre Behandlungsprozeßsteuerung an, so daß sich die therapeutischen Maßnahmen dem Entwicklungsprozeß des Patienten anpassen und nicht umgekehrt.

Zur Orientierung für unser Vorhaben diente ein gemeinsam verabschiedetes Drei-Stufen-Programm mit folgenden Zielen:

1. der Ausarbeitung und wissenschaftlich überprüften Umsetzung eines Kooperationskonzeptes für den Kreis Olpe und den Hochsauerlandkreis
2. der Entwicklung und Anwendung von Rahmenbedingungen, Instrumenten und Inhalten für eine flexible und indikationsgeleitete Rehabilitation Abhängigkeitskranker
3. der Überprüfung von Ausgangsbedingungen und Voraussetzungen für den Ausbau teilstationärer Behandlungsangebote.

Ziele des Modells

Es galt, eine variable und individualisierte Therapieform zu entwickeln und in der Praxis auf Durchführbarkeit und Effizienz zu überprüfen. Wichtiges Ziel war und ist dabei, die Wirkung einer verstärkten Verknüpfung von stationären und ambulanten oder teilstationären Leistungen zur Rehabilitation zu untersuchen. Neue Möglichkeiten der Kommunikation zwischen den einzelnen Behandlungsstellen, z. B. in Form einer vereinheitlichten Diagnostik und verbesserter Sozialberichte und ärztlicher Entlassungs- und Zwischenberichte, sollten entwickelt und erprobt werden. Ein weiteres Ziel war es, eine indikationsgeleitete und klientenorientierte Gestaltung des Gesamtrehabilitationsprozesses zu entwickeln, die jederzeit den Einsatz der jeweils erfolgsversprechendsten und kostengünstigsten Rehabilitationsform ermöglicht. Statt einer einmaligen Selektionsentscheidung zu Behandlungsbeginn mit unsicherer prognostischer Grundlage, sollten die Voraussetzungen für einen flexiblen Rehabilitationsprozeß geschaffen werden, der entsprechend der sich verändernden Voraussetzungen und Behandlungsbedingungen beim Patienten einen angemessenen Einsatz stationärer und ambulante/teilstationärer Rehabilitation erlaubt.

Bedenkt man, daß nur bei einem bestimmten Anteil der behandlungsbedürftigen Abhängigkeitskranken eine ambulante Entwöhnungsbehandlung ausreichend ist, bei einem anderen Teil eine stationäre Rehabilitation indiziert ist, so kommt man

schnell zu dem Ergebnis, daß ein großer Teil der Abhängigkeitskranken von einer Kombination der Behandlungsformen profitieren würde. Zudem liegt nach den Erfahrungen der Psychosoz. Beratungs- und Behandlungsstelle der Caritas in Olpe die Gefahr eines Abbruchs der ambulanten Behandlung in den ersten drei Monaten deutlich am Höchsten, da naturgemäß am Anfang mehr Krisen erlebt werden (Jahresbericht 1996). Hier sollte das Modell die Möglichkeit bieten, solche Krisen durch ein stationäres Intervall aufzufangen, den Patienten im geschützten Rahmen zu stabilisieren und mit Hilfe von Rückfallpräventionsmaßnahmen die Anzahl der Behandlungsabbrüche zu reduzieren.

Als Voraussetzung für eine solches indikationsgeleitete ambulante/teilstationäre/stationäre Rehabilitationsmodell wurden zum einen die Ausarbeitung und Fortschreibung einer für Patient, behandelnde Einrichtung, Leistungsträger und evtl. auch Arbeitgeber transparenten Behandlungsplanung mit deutlich benannten und vereinbarten Therapiezielen (siehe hierfür auch W. Knauf, 1992) und zum anderen eine entsprechend flexible Übernahme der Behandlungskosten durch den Leistungsträger gesehen. Angestrebt wurde eine patientenbezogene Budgetierung für einen bestimmten Zeitraum, innerhalb dessen, nach Vorabsprache mit dem Leistungsträger, Wechsel zwischen verschiedenen Formen der Rehabilitation möglich sind.

In der patientenbezogenen Budgetierung der Behandlung sahen wir eine konsequente Umsetzung von einem institutionsbezogenen zu einem personenbezogenen Ansatz, unter Beibehaltung des Ziels, Behandlungskosten zu reduzieren, ohne stärkere Einbußen der Behandlungsqualität zu verursachen.

Zielgruppe

Zielgruppe des Modells sind alkohol- und medikamentenabhängige Personen beiderlei Geschlechts, für die eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist und deren Wohnort im Einzugsbereich der beteiligten Einrichtungen liegt. Es war gerade beabsichtigt, ein möglichst breites Spektrum von Patienten einem in Zeit, Inhalten und Behandlungsrahmen angemessenen Rehabilitationsprozeß zuzuführen. Somit umfaßt der Modellrahmen sowohl Patienten, die für ein ambulante/teilstationäres Setting geeignet sind, als auch Patienten, deren Behandlungseinstieg stationär erfolgen sollte. Je schwerer ein Abstinenznehmen vom Suchtmittel wird und je instabiler die berufliche und private Situation erscheint, um so eher werden stationäre Therapiebausteine zu Beginn der Behandlung stehen.

Therapiesteuerung

In Annäherung an das übergeordnete Ziel, Abstinenz zu erreichen und zu erhalten, körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen und die möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen, gilt es für Patient und Therapeut, möglichst früh eindeutige

und transparente Unterziele und Teilziele zu erarbeiten. Orientiert an Hilfsmöglichkeiten, wie z.B. dem Schweregradprofil des European Addiction Severity Index (EuropASI, B. B. Gsellhofer, E.-M. Fahrner und J. Platt,) sollten Therapiezielvorgaben für den jeweiligen Behandlungsabschnitt entwickelt werden und eine aufeinander aufbauende Bearbeitungsfolge in gleichen oder verschiedenen Behandlungssettings ermöglichen. Für Patienten sollten in jeder Phase der Therapie die individuell erarbeiteten Ziele und zur Verfügung stehenden Interventionsstrategien sichtbar und verständlich sein, damit sie an der Lösungssuche für ihre Problematik beteiligt sind und Verhandlungen über den Behandlungsverlauf weniger zeit-, als inhaltsbezogen sind.

Rahmenbedingungen der Kooperation

Da die Rehabilitation im Rahmen des indikationsgeleiteten ambulant/teilstationär/stationären Behandlungsmodells ein aufeinander abgestimmtes Handeln der beteiligten Einrichtungen erfordert, war es notwendig die folgende verbindliche Kooperationsvereinbarung zu treffen.

Kooperationsvertrag: Fassung vom 25.02.1998

Auf der Grundlage der Konzeptbeschreibung des Kooperationsverbundes in der Fassung vom 25.02.1998 treffen die beteiligten Einrichtungen folgende Vereinbarung:

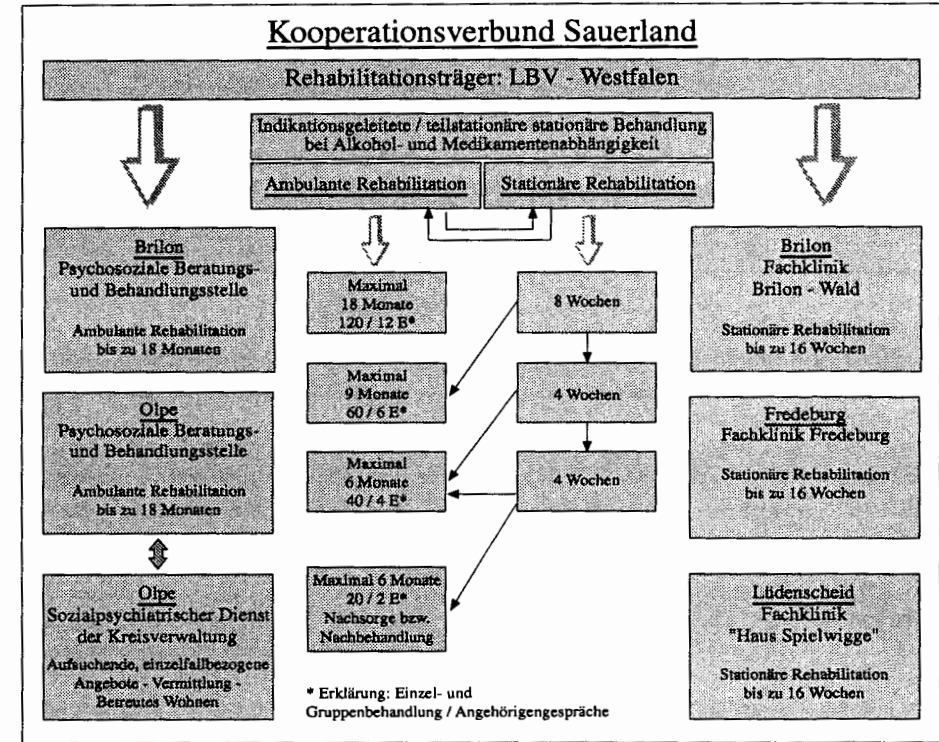
1. Alle Kooperationspartner verpflichten sich, sich an der Entwicklung einer einheitlichen und transparenten Kommunikationsstruktur zu beteiligen.
2. Durch Übergabegespräche und Arbeitstreffen wird die Qualität der Rehabilitation im Einzelfall gewährleistet.
3. Alle Einrichtungen beteiligen sich an einer gemeinsam vereinbarten Datenerhebung und ggf. wissenschaftlichen Begleitung.
4. Alle beteiligten Einrichtungen sichern zu, Patientinnen im Kooperationsverbund bei vorliegender Kostenzusage innerhalb von 14 Tagen nach Vorankündigung aufzunehmen.

Diese Vereinbarung gilt für die Laufzeit des Modells vom 01.05.1998 bis 30.04.2001.

Besonders wichtig war in diesem Zusammenhang natürlich die Gewährleistung der Kontinuität der Rehabilitationsleistung, welche in der Form der schriftlichen Zusicherung erfolgte, daß bei allen beteiligten Einrichtungen nach einer 14-tägigen Vorankündigung durch die vorbehandelnde Stelle eine Aufnahme des Patienten gesichert ist.

Behandlungsverläufe im Modell

Auf der Grundlage der vorgenannten Überlegungen und Ziele wurden in Zusammenarbeit mit der Fachabteilung der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft die in der folgenden Übersicht beschriebenen zeitlichen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für den Rehabilitationsverlauf erarbeitet.



Es erfolgte die Verständigung auf ein Bausteinsystem. Die einzelnen Bausteine, die ein Patient benötigt bzw. nutzt, stehen in ihrem Umfang (und damit auch in ihren Kosten) in wechselseitiger Abhängigkeit. Die Weichenstellung für den Einstieg in die Rehabilitation findet nach wie vor in der Beratungsstelle statt. Hier wird die Erfüllung der Kriterien für eine Rehabilitationsleistung ermittelt und vorgeschlagen, ob eine ambulante, stationäre oder künftig vielleicht auch teilstationäre Eingangsphase durchgeführt werden soll. Die Bewilligung erfolgt vom Leistungsträger dann ggf. für bis zu 16 Wochen stationäre bzw. 26 Wochen ambulante Rehabilitation.

In Anlehnung an die aktuellen gültigen Vereinbarungen zwischen psychosozialen Beratungsstellen, Fachkliniken und Leistungsträgern für Reha-Leistungen wurden die in der Abbildung illustrierten Therapiezeitvarianten veranschlagt:

Jede Veränderung der Therapieform ist mit dem zuständigen Leistungsträger zu vereinbaren und erfolgt unseren Erfahrungen nach bisher in einer angemessenen Flexibilität und zeitnahen Bearbeitung.

Im Modell nicht angesprochene Indikationen (z.B. längere stationäre Behandlungszeiten bei Junioren) blieben von diesen Vorgaben unberücksichtigt gültig.

Erste Erfahrungen und Ausblick

Wie unsere Erfahrungen in den ersten 6 Monaten der Modell-Laufzeit zeigen, wird das Angebot eines vernetzten Gesamtrehabilitationsprozesses von den Patienten gerne angenommen und führt auch aufgrund der verstärkten Eigenbeteiligung in die Prozeßplanung zu einer guten Mitarbeit der Patienten. Die Ergebnisse, insbesondere was den mit Sorge beobachteten Wechsel von einer Therapieform in eine andere anbelangt, sind bislang ermutigend, so daß wir große Hoffnungen haben, die Schnittstellenproblematik erfolgreich zu bewältigen. Erste Ergebnisse indizieren eine stationäre Behandlungsdauer mit einer Häufung um 8–12 Wochen mit entsprechenden Möglichkeiten für eine stationäre Wiederaufnahme im Krisenfall. Abgesehen von Patienten, die sowohl ambulant, wie auch stationär behandelt werden, sind sowohl rein ambulante, wie auch rein stationäre Behandlungen feststellbar. Eine differenziertere Auswertung des Datenmaterials im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung wird noch immer angestrebt.

Positiv konotiert werden von allen beteiligten Einrichtungen auch die im Rahmen der Fachtagung zu Themen wie Erstinformation für Patienten, Abstimmung diagnostischer Instrumente und Beziehungs- und Behandlungskontinuität erarbeiteten Themen, welche zu einer Vergrößerung der Fachkompetenz führen.

Kritisch anzumerken ist jedoch, insbesondere aus meiner Sicht als Mitarbeiter einer stationären Einrichtung, eine Entwicklung, innerhalb derer nicht am Modell beteiligte ambulante Einrichtungen unter Bezugnahme auf das Modell von vornherein verkürzte stationäre Behandlungszeiten erwirken möchten, um somit größeren Spielraum und umfangreichere diagnostische Informationen für eine ambulante Behandlung zu haben. Hier gilt es, wie bei allen neuen Therapiemodellen in kritischen Zeiten, einen von institutionellen Interessen geleiteten Mißbrauch von Patienten, wie Behandlungseinrichtungen zu verhindern. Kooperationsmodelle erfordern immer eine entsprechende, passende Grundlage, sowohl in den regionalen Ausgangsbedingungen, als auch eine intensive Zusammenarbeit und nur innerhalb einer solchen Zusammenarbeit lassen sich auch institutionelle Interessen reflektieren und wo nötig korrigieren.

Literatur

- Süß, H.-M., 1988, Evaluation von Alkoholismustherapie, Verlag Hans Huber.
Knauf, W. 1992, Individuelle Therapieplanung in der Rehabilitation Anhängigkeitskranker, Sucht 33, (S. 336–344).
Jahresbericht 96, PSBB Olpe, Herausgegeben vom Caritasverband für den Kreis Olpe e. V., Bruchstr. 3, 57462 Olpe.
European Addiction Severity Index (EuropASI), Deutsche Version: B. Gsellhofer, E.-M. Fahrner und J. Platt, 1993.

Suchtbehandlung : Entscheidungen und Notwendigkeiten /
Fachverband Sucht e. V. – Geesthacht : Neuland, 1999
(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V.; 22)
ISBN 3-87581-197-6