



Früherkennung und Frühintervention bei Suchterkrankungen - Verbesserung der Kooperation zwischen katholischen Kliniken und Einrichtungen der Suchthilfe

Problemanzeige und Lösungsvorschläge¹

1 Situation

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) geht derzeit von ca. 1,8 Millionen alkoholabhängigen Menschen aus und zusätzlich von ca. 1,6 Millionen Menschen mit Alkoholmissbrauch.²

Nach Daten aus 2011, die die Bundesärztekammer zusammengestellt hat, suchen lediglich 6% der Personen, die einen missbräuchlichen Alkoholgebrauch betreiben oder alkoholabhängig sind, entsprechende Fachdienste auf und nur 7% ein Fachkrankenhaus. Dagegen haben 80% der genannten Personen im vergangenen Jahr mindestens einmal pro Jahr einen niedergelassenen Arzt aufgesucht und 25% wurden stationär aufgenommen. Studienergebnisse belegen, dass 10,7% der Patienten in ärztlicher Behandlung und 17,5% der Patienten eines Krankenhauses Alkoholprobleme haben.³

Andere Zahlen belegen, dass die somatischen Abteilungen der Krankenhäuser von 1,6 Millionen Patienten mit einer ihren Beschwerden zugrundeliegenden Alkoholproblematik belegt werden. Hierzu führt die aktuelle S3 Leitlinie Alkohol aus: „In Klinik und Praxis wird die *ursächliche Suchterkrankung leider oft übersehen oder nicht adäquat behandelt.*“⁴

Daraus kann gefolgert werden, dass ein hoher Prozentsatz der Menschen mit alkoholbedingten Störungen über die medizinische Grundversorgung erreicht wird. Ansätze der frühen Erreichbarkeit von Menschen, die suchtkrank sind oder Substanzen missbrauchen, bieten sich demnach über die Kooperation ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe mit Allgemeinkrankenhäusern an.

Modellvorhaben zur Verbesserung der sekundärpräventiven Versorgung von alkoholgefährdeten und alkoholkranken Menschen in der Vergangenheit (u.a. Lübeck, John 1996; Bielefeld, Kremer 1997; Erlangen, Görden/Hartmann, 2002) zeigen, dass die Früherkennung und Behandlung von alkoholgefährdeten und abhängigen Menschen im Krankenhaus verbessert werden kann.⁵

Zwischenzeitlich gibt es auch praktische Beispiele gelungener Kooperationen der Kliniken mit ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe sowie der Suchtselbsthilfe. Diese finden

¹ Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird im Papier durchgängig die männliche Formulierung gewählt.

² Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Jahrbuch Sucht 2014, Lengericht 2014

³ Gemeinsames Positionspapier der Bundesärztekammer und Fachverband Sucht e.V. (FVS), Hausärztliches Versorgung und Suchtbehandlung – Erkennen, Steuern, Handeln, 2011

⁴ S3 Leitlinien – Screening, Diagnose, Behandlung alkoholbezogener Störungen, 22.04.2015, Einleitung S. 2

⁵ Wilfried Görden, FOGS, (Früh-)Erkennung und Intervention im (Allgemein-) Krankenhaus im Rahmen von Kooperationsmodellen, Köln 2002

bundesweit aber nur marginal und mit unterschiedlicher methodischer Ausrichtung – somit auch in unterschiedlicher Qualität und mit unterschiedlichem Erfolg - statt.

2 Bewertung

Aus bisherigen praktischen Erfahrungen werden Hürden und Problembereiche bei der Umsetzung von Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention bzw. der Kooperation zwischen der Suchthilfe / der Suchtselbsthilfe und den Kliniken deutlich:

Noch immer sind die Leistungsangebote der ambulanten Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe vor Ort in den Kliniken zu wenig bekannt. Besonders erschwerend wirken sich in den Kooperationsbemühungen die ungleiche Ausrichtung der beiden Systeme Klinik und Beratungsstelle aus. Die spezifischen (Arbeits-) Bedingungen und Routinen in den Kliniken erlauben den Mitarbeitern nur begrenzt Mehraufwand zu betreiben. Damit ist die Sorge verbunden, dass externe Dienste sich den besonderen organisatorischen und institutionellen Bedingungen und Abläufen nicht anpassen lassen und sich deshalb störend auf diese Abläufe wie auch auf das Arzt-Patient-Verhältnis auswirken könnten. Die bisherige Erfahrung zeigt weiter, dass das Zustandekommen einer Kooperation zwischen den Kliniken und externen Diensten sehr stark von den jeweils handelnden Personen im Krankenhaus abhängig ist und je nach auch Haus unterschiedlich bewertet wird – als Wettbewerbsvorteil oder als zusätzliche Belastung im klinischen Arbeitsalltag.

3 Zielsetzung und Lösungen

Die *gemeinsame* Zielsetzung von KKVD und CaSu ist, die Kooperation zwischen den Katholischen Kliniken und den Einrichtungen der Suchthilfe im Bereich der Früherkennung und Frühintervention auf der Basis entsprechender Qualitätsstandards flächendeckend zu verbessern und auszubauen. Die Verzahnung der Akutkliniken mit den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe, wie auch mit den stationären Reha-Fachkliniken sollte im Krankenhausalltag geregelt sein und jederzeit bei Bedarf abgerufen werden können.

Hierzu gibt auch die aktuelle S3 Leitlinien Alkohol entsprechende Hinweise: *„Es gibt also weiterhin wichtige Gründe für eine systematische Verbesserung der Beratung und Behandlung von Menschen mit alkoholbedingten Störungen in Deutschland....Wollten wir einen Punkt mit entsprechendem Verbesserungspotenzial herausgreifen, wäre dies ‚vermehrte Anstrengung in Früherkennung und Frühintervention‘. Sie müssten in Deutschland flächendeckend etabliert werden“.*⁶

Konkret wird in der S3 Leitlinie zur Umsetzung von Versorgungsverbesserungen im Bereich der Früherkennung und Frühintervention u.a. empfohlen:

- „Das Problembewusstsein und die Aufmerksamkeit aller in den verschiedenen Versorgungssektoren Tätigen (niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhaus-Pflegepersonal) für alkoholbezogene Störungen systematisch erhöhen.“
- „Konsil- und Liaisondienste an somatischen Krankenhäusern systematisch auszubauen“.⁷

⁶ S3 Leitlinie, a.a.O. S. 3

⁷ S3 Leitlinie, a.a.O. S. 355

An den folgenden Beispielen wird deutlich, wie eine erfolgreiche „good-practice“ im Bereich von Früherkennung und Frühintervention aussehen kann:

1 Kooperationsmodell der Caritas Suchthilfe Bielefeld mit dem Allgemeinkrankenhaus Franziskus Hospital Bielefeld:

Die Mitarbeiter der Suchtberatung der Caritas in Bielefeld bieten zu bestimmten Zeiten im Krankenhaus Beratung für Menschen an, bei denen eine Suchtproblematik deutlich wird. Ziel ist, betroffene Menschen zu erreichen, die sich ihrer Suchtproblematik nicht bewusst sind, z.B. in Abteilungen Inneres, Chirurgie etc. Die Mitarbeiter des Krankenhauses sind über das Vorgehen der Beratungsstelle entsprechend informiert und geschult und nehmen diese Beratung in den Entlassbericht der Patienten für den Hausarzt auf. In der Regel werden die entsprechenden Patienten den Mitarbeitern der Suchtberatung benannt. Dieses Projekt wird vom Chefarzt der Klinik begleitet. Durch dieses Projekt konnte die Verzahnung zwischen Allgemeinkrankenhaus und Beratungsstelle deutlich verbessert werden.

Eine gelungene Kooperation, wie am Beispiel in Bielefeld gezeigt, bietet eine Reihe von Vorteilen für die betroffenen Patienten wie auch für die Mitarbeiter im Krankenhaus:

- Betroffene Menschen mit Suchtproblematiken können wesentlich früher erreicht werden. Hilfen und Interventionen können früher angeboten werden und sind dadurch wirksamer und erfolgversprechender.
- Der stationäre Aufenthalt bietet ein zwar zeitlich kurzes, aber günstiges Zeitfenster im Sinne der Zugänglichkeit, um betroffene Menschen zu erreichen und entsprechende Hilfen anzubieten.
- Die Mitarbeiter von Allgemeinkrankenhäusern werden von den Einrichtungen der Suchthilfe praxisorientiert über Themen und Probleme der Suchthilfe informiert und geschult.
- Durch abgestimmte und verbindlich festgelegte Verfahren für die aufsuchenden Dienste werden die Mitarbeiter in den Krankenhäusern im Arbeitsalltag entlastet. Die Kombination aus verbindlichen Verfahren und Schulungen ermöglicht es den Mitarbeiter den Alltagssituationen mit suchtkranken Menschen besser zu begegnen. Sie können sich mit Fragen kurzfristig an ihre externen Ansprechpartner wenden und Unterstützung erfahren.
- Mit gelungenen Kooperationen kann das Entlassmanagement im Krankenhaus gestärkt werden.

Die Frage, inwieweit Kooperationen mit aufsuchenden Hilfen tragfähig und erfolgreich sind, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, wie sie auch im oben beschriebenen Beispiel deutlich wurden:

- Die Kooperation sollte auf verbindlichen, präzisen und transparenten Absprachen erfolgen. Gerade zu Beginn einer Kooperation empfiehlt sich die schriftliche Festlegung der relevanten Punkte und Absprachen.
- Die Kooperation ist dann erfolgreich, wenn es gelingt, sie institutionell und personell abzusichern. Das bedeutet, sich die aktive Unterstützung für die Einführung wie auch insbesondere die weitere Umsetzung der Kooperation durch die institutionellen Ebenen der Kliniken, vom Chefarzt über die Oberärzte zu sichern.
- Bei beiden Kooperationspartnern sollten sogenannte „Kooperationsverantwortliche“ festgelegt werden, um eine möglichst hohe personelle Kontinuität zu erreichen.
- Die Zusammenarbeit im Rahmen suchtbedingter Interventionen in Kliniken sollte über die Kooperation von Klinik und externer Suchtberatung auf eine übergreifende

Zusammenarbeit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes zielen, in das auch die niedergelassenen Ärzte einbezogen sind.

2 Ambulant / stationäre Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit im Rahmen einer integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V für den Landkreis Emsland

Die für den Landkreis Emsland geschaffene Integrierte Versorgung (IV) für Menschen mit psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol und Alkoholassoziierte Krankheiten (ICD F 10.2) ist eine sektorenübergreifende Vernetzung in Kooperation einzelner Leistungserbringer, die orientiert an den Patientenbedürfnissen in der Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit Anwendung findet.

Partner im Rahmen der Integrierten Versorgung sind die AOK Niedersachsen, die Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation des Caritasverbandes für den Landkreis Emsland, die Fachklinik Hase-Ems als Nachfolgeorganisation der Suchtfachklinik Holte-Lastrup, das St.-Vinzenz-Hospital in Haselünne, niedergelassene Ärzte, sowie die Kreuzbund – Selbsthilfe.

Häufig reicht die Zeit einer Akutbehandlung in der Klinik nicht aus, um die Patienten zu weitergehenden Maßnahmen, z. B. zu einer Entwöhnungsbehandlung zu motivieren. Auch können die Zeiträume zwischen unterschiedlichen ambulanten und stationären Behandlungsschritten zu groß sein, so dass Patienten vielfach ihre Behandlungen nicht fortsetzen und / oder es zu Rückfällen kommt.

Oft haben unterschiedliche Versorgungsebenen keine oder nicht ausreichende Informationen über die unterschiedlichen und ggf. wiederkehrenden Behandlungsschritte der Patienten. Dies führt dann häufig zu wenig hilfreichen und nicht effektiven Drehtüreffekten, da Behandlungen nicht im Sinne einer Wertschöpfungskette fortgesetzt werden können, sondern wiederkehrend sind.

Diese negativen Effekte für Patienten, als auch für die Versorgungslandschaft können durch die verbindlich vereinbarte Kooperation der beteiligten Versorgungsebenen aufgehoben und entsprechend verbessert werden, da die im stationären Kontext begonnen Interventionen in der ambulanten Behandlung fortgeführt werden und Lösungen über den Tag hinaus gemeinsam mit dem Betroffenen und den jeweiligen Akteuren entwickelt und umgesetzt werden.

Neben dem versorgungsqualitativen Patientennutzen, finanziellen Einsparungen und einer deutlichen Entlastung der Mitarbeiter(innen) bietet diese Form der Kooperation im Rahmen der IV weitere Vorteile für die beteiligten Kooperationspartner:

- Durch diesen ganzheitlichen und multidisziplinären Ansatz im Rahmen der IV kann eine qualitätsgerechte, effiziente, zweckmäßige und wirksame Versorgung für Patienten mit substanzbezogenen Störungen durch Alkohol ermöglicht werden.
- Sektorielle Trennungen zwischen Fachdisziplinen und Versorgungsebenen werden aufgehoben.
- Durch die Verkürzung der stationären zu Gunsten der ambulanten Module können Fehlzeiten im Betrieb sowie Stigmatisierungen vermieden werden.
- Insbesondere durch den barrierefreien Behandlungszugang über alle Hausärzte und Vertragspartner kann die unbehandelte Krankheitsdauer verkürzt werden.
- Der Gesamtbehandlungsprozess stellt eine personelle und therapeutische Kontinuität sicher.

- Ein durchgängiges Case-Management sorgt für einen individuellen und passgenauen Behandlungszuschnitt und entlastet insbesondere die Mitarbeiter in der stationären Akutversorgung.
- Eine Anbindung an andere, ggf. erforderliche Behandlungsangebote, wie allgemeine Soziale Beratung, Mütter-/Väterberatung, Schuldnerberatung etc. ist sichergestellt.

3 *Projekt Lotsennetzwerk Rhein-Main (im Aufbau) – ein Selbsthilfe-Modellprojekt zur Rückfallprävention nach stationärem Klinikaufenthalt*

Das Projekt Lotsennetzwerk Rhein-Main der Caritas Suchthilfe in Hessen möchte Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oder riskantem Konsum nach stationärem Klinikaufenthalt erreichen, um sie über die Möglichkeiten der Suchthilfe zu informieren und sie auf Wunsch in weiterführende Angebote der Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe zu vermitteln.

Häufig werden Menschen mit einer Zweitdiagnose Sucht aufgrund fehlender Ressourcen in Kliniken nicht auf ihre Suchtproblematik angesprochen und in Einrichtungen der Suchthilfe vor Ort vermittelt. Mit dem Lotsennetzwerk sollen Kliniken im Rhein-Main-Gebiet unterstützende Angebote für weiterführende Hilfen bei Patient(innen)en mit Abhängigkeitserkrankungen oder riskantem Konsum erhalten. Das Projekt Lotsennetzwerk Rhein-Main geht konzeptionell auf ein gleichnamiges Projekt in Thüringen zurück und soll zunächst für eine Teilregion im Rhein-Main-Bereich aufgebaut werden. Partner sind die Caritas, interessierte Kliniken und die Suchtselbsthilfe Kreuzbund in dieser Region.

Lotsen sind interessierte und entsprechend qualifizierte Mitglieder von Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes. Eine für das Projekt eingerichtete Koordinationsstelle begleitet sowohl die eingebundenen Krankenhäuser wie auch die Lotsen fortlaufend.

Konkret sieht das Projekt für die Umsetzung die folgenden Schritte vor:

- Kliniken mit Entgiftungsstationen und Allgemeinkrankenhäuser sollen zur Mitarbeit im Projekt gewonnen werden. Hierzu finden Besuche und Gespräche mit der Leitungsebene der Kliniken statt um für die Mitarbeit zu werben und die Verantwortlichen der Häuser über alle relevanten Belange für ihre Entscheidung zur Mitarbeit zu informieren.
- Die Geschäftsführung der Caritas-Landesarbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser in Hessen soll einbezogen und um Unterstützung gebeten werden.
- Parallel dazu sollen Lotsen in den Selbsthilfegruppen des Kreuzbundes geworben und anschließend für die Gespräche im Rahmen ihrer Lotsenarbeit geschult werden.

4 *Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus*

Diese Maßnahme zielt darauf ab, Menschen mit substanzbezogenen Störungen, die direkt oder indirekt wegen dieser Probleme in Kliniken sind, frühzeitig zu erreichen. Hierzu haben die Suchtambulanz Bad Reichenhall und die Kliniken des Landreises Berchtesgadener Land einen Kooperationsvertrag geschlossen, in dem die Zusammenarbeit geregelt wird. Die Krankenkassen finanzieren die Leistung über das Krankenhausbudget. Das Bayerische Staatsministerium finanziert die Erstellung der Qualitätsstandards sowie der Nachuntersuchung/Evaluation.

Die wesentlichen Behandlungsziele sind:

- Schärfung der Wahrnehmung von Suchtproblemen
- Motivierung für suchtspezifische Hilfen
- Reduzierung der Trinkmenge

- Abstinenz

Die Interventionen reichen von (Früh-) Erkennung von Suchtproblemen durch die behandelnden Ärzte und dem Pflegepersonal, diagnostisch-therapeutischen Erstgesprächen, Kurzinterventionen im Rahmen des Erstgesprächs, der Vermittlung suchtspezifischer Hilfen bis zu Gruppenangeboten der Beratungsstelle im Krankenhaus.

Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation dieser Maßnahme verdeutlichen den Erfolg im Vorgehen:

- Durch die Gespräche und Gruppenzuweisungen können Krankenhaustage und Krankenhauskosten eingespart werden.
- Vor der Intervention im Krankenhaus hatten die Patienten im Schnitt 2,67 Krankenhausaufenthalte mit 26,8 Krankenhaustagen. Nach den Interventionen waren es 1,73 Krankenhausaufenthalte mit 17,6 Krankenhaustagen.

Bei der Durchführung dieser Maßnahme wurde, ungeachtet des Erfolges, aber auch deutlich, dass das Vorgehen kein Selbstläufer ist, sondern prozesshaft zu sehen ist und immer wieder nachgesteuert werden muss. Dies hängt u.a. mit dem wechselnden Personal in den Krankenhäusern zusammen, das eine wiederkehrende Schulung des (neuen) Personals erfordert. Vielfach ist auch hier der Erfolg von der Haltung der handelnden Personen abhängig. Die DRG-orientierte Finanzierung und damit verbundener Probleme erleichtert die Umsetzung nicht immer.

5 Vernetzungen der Abteilung für Suchterkrankungen des St. Alexius / St. Josefs-Krankenhauses Neuss

Das folgende Beispiel fällt etwas aus der bisherigen Systematik der good-practice-Beispiele heraus, da es zunächst kein Vernetzungs-Angebot der ambulanten Suchthilfe mit Kliniken beschreibt, sondern die notwendige und noch auszubauende Vernetzung verschiedener Akteure, aus der Perspektive eines psychiatrischen Krankenhauses. Zunächst werden die vielfältigen Maßnahmen dargestellt, die das psychiatrische Fachkrankenhaus mit seinen unterschiedlichen Partnern vor Ort zur besseren Versorgung suchtkrankter Menschen unterhält. Der Beitrag geht am Ende auf die (noch verbesserungsfähige) Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhäusern, der Suchtberatungsstelle und dem psychiatrischen Fachkrankenhaus ein, das eine Spezifika unseres Anliegens, der Verbesserung der Kooperation zwischen Kliniken und der Suchthilfe, darstellt.

Das St. Alexius / St. Josef Krankenhaus ist ein psychiatrisches Fachkrankenhaus in katholischer Trägerschaft der St. Augustinuskliniken. Die Abteilung für Suchterkrankungen verfügt über 74 stationäre Plätze und eine Suchtambulanz einschließlich einer Substitutionsambulanz. Pro Jahr werden in der Abteilung für Suchterkrankungen ca. 2300 Patientinnen und Patienten aufgenommen, überwiegend Patienten mit Alkoholabhängigkeit. Die Behandlungsangebote im Schwerpunkt sind: Harm Reduction, Niederschwelligkeit, qualifizierte Entzugsbehandlung mit adäquater Nachsorgeplanung und Vernetzung.

Die Niederschwelligkeit im Bereich des Zugangs von Menschen mit bekannter oder offensichtlicher Abhängigkeitserkrankungen aus den somatischen Krankenhäusern, über niedergelassene Ärzte oder die Suchtberatungsstellen sowie die adäquate Nachsorgeplanung durch das psychiatrische Fachkrankenhaus setzen eine gute Vernetzung voraus. Über die niedrighschwellige Kooperation und die Vernetzung der bereits benannten Partner hinaus unterhält das St. Alexius / St. Josefs Krankenhaus eine Reihe wiederkehrender Angebote und Maßnahmen, um die Vernetzung aller relevanten Akteure

vor Ort sicher zu stellen bzw. zu intensivieren. Beispielhaft werden die folgenden Maßnahmen benannt:

- Regelmäßig stellen sich Suchtselbsthilfegruppen in der Klinik vor. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe finden jährlich zwei Gespräche mit den Sprechern der unterschiedlichen Suchtselbsthilfegruppen statt.
- Die Caritas Suchtfachambulanz, der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes sowie die Tagesklinik für Drogenabhängige stellen regelmäßig ihre Arbeit in der Klinik vor.
- Von der Drogenberatungsstelle, dem Gesundheitsamt und der Caritas Fachambulanz wird SKOll, ein Trainingsprogramm, um sich mit dem eigenen riskanten Suchtmittelkonsum und Problemverhalten auseinander zu setzen und durch persönliche Zielsetzungen einen gesundheitsbewussteren Umgang zu finden, angeboten.
- Eine intensive Zusammenarbeit erfolgt mit der Caritas Suchtfachambulanz. Ein Oberarzt der Klinik ist für die ärztliche Behandlung der Rehabilitanden der ambulanten Entwöhnungsbehandlung für die Caritas Fachambulanz zuständig. Eine Suchttherapeutin des Krankenhauses leitet zusammen mit einer Therapeutin der Caritas Fachambulanz eine Nachsorgegruppe. Beides ist durch einen Kooperationsvertrag festgeschrieben. Ein Suchtberater der hiesigen Klinik leitet zusammen mit einer Suchttherapeutin der Caritas Fachambulanz eine Motivationsgruppe. Alle 2 Wochen werden die Patienten zu einem Frühstück mit Information über die Therapiemöglichkeiten ins "Ons-Zentrum", dem alkoholfreien Zentrum der Caritas Fachambulanz, begleitet. Zweimal pro Jahr findet ein Treffen zwischen der Caritas Fachambulanz und Mitarbeitern der Klinik statt
- Eine enge Zusammenarbeit erfolgt überwiegend mit dem ebenfalls in Trägerschaft der St. Augustinuskliniken stehenden, Johanna-Etienne Krankenhaus in Neuss. Ein Oberarzt unserer Fachklinik führt dort die psychiatrischen Konsile durch, einschließlich der Suchtkonsile. In unmittelbarer Nähe des Johanna-Etienne Krankenhauses bietet ein Oberarzt einmal pro Woche eine Suchtsprechstunde an.

Insbesondere die Zusammenarbeit mit den somatischen Häusern könnte aus Sicht des psychiatrischen Fachkrankenhauses vertieft werden, um Patienten mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit frühzeitiger zu erreichen. Sinnvoll wäre aus Sicht des St. Alexius / St. Josefskrankenhauses folgendes Vorgehen:

Patienten mit Verdacht auf Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, z. B. bei Veränderung entsprechender Laborparameter, werden einem Arzt unserer Suchtabteilung namentlich gemeldet. Dieser Arzt führt mit dem genannten Patienten ein Gespräch in der somatischen Klinik und führt einen Screening-Test durch, z.B. AUDIT, und erhebt einen psychischen Befund. Die Patienten mit Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit erhalten dann die Möglichkeit, in der somatischen Klinik während ihres Aufenthaltes an einer Motivationsgruppe teilzunehmen, die von der Caritas Fachambulanz durchgeführt wird. Da o.g. Vernetzungstätigkeit zeitintensiv ist und unzulänglich refinanziert wird, konnte bei den eingeschränkten Personalressourcen dieses Vorhaben bisher nicht in die Tat umgesetzt werden.

4 Vereinbarte Ziele

Der Kath. Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und die Caritas-Suchthilfe e.V. (CaSu), Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im DCV wollen die Kooperation zwischen den Akutkrankenhäusern und den Einrichtungen der Suchthilfe vor Ort verbessern. Die Umsetzung dieses gemeinsamen Anliegens soll auf Trägerebene der Einrichtungen und Kliniken erfolgen. Hierüber sollen die Konferenz der Diözesan- und Landesarbeitsgemeinschaften der Krankenhäuser sowie die Trägerebene der Suchthilfe (Orts- und Diözesanverbände sowie weitere Träger) informiert und ggf. für die Umsetzung vor Ort gewonnen werden.

Konkrete Ziele:

- Die Diözesan- und Landesarbeitsgemeinschaften sowie die Trägerstrukturen der Suchthilfe sind über die Vorteile der verbesserten und intensiveren Kooperation zwischen den Akutkrankenhäusern und den Einrichtungen der Suchthilfe informiert.
- Auf regionaler Ebene sind Strukturen der Diözesan- und Landesarbeitsgemeinschaften mit Trägerstrukturen der Suchthilfe in Kontakt und verknüpft.
- Interessierte werden bei der Einleitung von Maßnahmen zur Umsetzung der Kooperation vor Ort unterstützt.
- Die Maßnahmen, um die eben genannten Ziele zu erreichen, werden zwischen den Geschäftsführungen von KKVD und CaSu vereinbart, in der Umsetzung begleitet und mit den jeweiligen Vorständen abgestimmt.

Freiburg, den 11.02.2016

Katholischer
Krankenhausverband
Deutschlands (KKVD)

Der Vorstand

Caritas Suchthilfe e.V.
(CaSu)

Der Vorstand