

Rahmenkonzept für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen

G. Reymann, ¹Dortmund, M. Preisning, ²Münster

Für den Workshop zur Maßnahme 105 des Landesprogrammes gegen die Sucht NRW

Aus dem
¹Westfälischen Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dortmund (Ltd. Arzt: Prof. Dr. Dr. U. Sprick) und dem
²Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster

Zusammenfassung

Das vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen mit breiter Beteiligung aller Interessengruppen erarbeitete Landesprogramm gegen die Sucht NRW (MfJFG 1999) sieht den Ausbau qualifizierter Entzugsbehandlung für Alkoholkranken vor.

Mit Federführung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wurde im Anschluss an einen Fachkongress eine Arbeitsgruppe gebildet, die die unten namentlich aufgeführten Vertreter des Ministeriums, der Krankenkassen, der Rentenversicherung und der Ärzteschaft umfasste. In Kleingruppen und in Rücksprache mit den beteiligten Institutionen wurde mit sieben zeitlich gestaffelten eintägigen Workshops das nachfolgend abgedruckte Rahmenkonzept konsentiert.

Dabei erwiesen sich unter anderem der niedrigschwellige Zugang, die Vielfalt relevanter Behandlungsziele, die Einordnung als Krankenbehandlung gem. SGB V, der Personaleinsatz gemäß PsychPV (Bundesregierung 1990), eine auf den „unkomplizierten“ Entzug bezogene Behandlungsdauer von in der Regel bis zu drei Wochen, die in begründeten Einzelfällen bis zu sechs Wochen verlängert wird und die Integration in das regionale Hilfesystem als wesentliche Merkmale dieses Settings.

Präambel

Zielgruppe dieses Rahmenkonzeptes sind alle Personen, die an *alkoholbedingten Störungen nach ICD-10-SGB V* leiden. Dieses Krankheitsbild hat in der Regel einen prozesshaften, langwierigen Verlauf und bedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen und gegebenenfalls somatischen Behandlung.

Das Konzept umfasst die *inhaltlichen* und *strukturellen* Bedingungen für eine stationäre und/oder teilstationäre *qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholkranker (Q.E.)* einschließlich der notwendigen Qualitätsanforderungen.

Der Begriff *Q.E.* im Sinne dieses Rahmenkonzeptes bezeichnet eine teil- oder vollstationär zu erbringende Entzugsbehandlung unter Berücksichtigung der psychischen, somatischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung. Die *Q.E.* umfasst also *weit mehr* als die reine Entgiftungsbehandlung (Detoxifikation), die ebenfalls

Summary

Qualified in-patient withdrawal treatment for alcoholics in North Rhine Westphalia (Germany) - a framework concept

The Programme against addiction, set up by the Ministry for Women, Family, Youth and Health of North Rhine Westphalia, Germany and with broad participation from all groups concerned (MfJFG 1999); seeks the improvement of qualified in-patient withdrawal-treatment for alcoholics.

Under the leadership of a district administration, a congress comprising seven one-day workshops was held for representatives of the Ministry, health insurance funds, pension insurance carriers and physicians. They agreed on the basic concept outlined below.

Low-threshold access, diversity of essential treatment goals, financial obligation on the part of the regular health insurances, nursing staff, physicians, social workers, and non-verbal therapists according to the decree for psychiatric hospitals in Germany (Bundesregierung 1990), a regular in-patient-period for uncomplicated detoxification and motivation of up to 21 days, prolonged in justified cases up to six weeks, and the integration in the regional help-system for persons with sub-stance-use related problems are essential features of this concept.

fachlich qualifiziert durchgeführt werden muss. *Q.E.* ist eine unter Berücksichtigung moderner suchtmmedizinischer Gesichtspunkte fachärztlich geleitete Behandlung Alkoholkranker, die im Sinne des § 39 SGB V als *wirksam, notwendig, zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich* zu bezeichnen ist.

Die *Akutbehandlung* alkoholkranker Menschen wird derzeit stationär in somatischen oder/und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, an Universitätskliniken und in psychiatrischen Fachkrankenhäusern sowie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Arztpraxen, Institutsambulanzen und in Polikliniken auf der Grundlage des SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen geleistet.

Die *Vernetzung der Hilfsangebote* für alkoholabhängige Menschen ist entscheidend. Sie ist weiter zu verbessern, um die Chancen sowohl für eine dauerhafte Abstinenz als auch für eine soziale und berufliche Reintegration zu erhöhen [1]. Eine um-

Das Konzept umfasst die inhaltlichen und strukturellen Bedingungen für eine stationäre und/oder teilstationäre qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholkranker (Q.E.) einschließlich der notwendigen Qualitätsanforderungen

Die Vorgaben dieses Rahmenkonzeptes gelten grundsätzlich auch für selbst zahlende Patienten

fassende Darstellung des Suchthilfesystems findet sich im Landesprogramm gegen Sucht NRW [2].

Auch *privat krankenversicherte* alkoholranke Menschen haben Anspruch auf die Erstattung der Kosten von Entgiftungsbehandlungen, soweit diese medizinisch notwendig sind.

Medizinische Leistungen zur *Rehabilitation* werden für *sozialversicherte* alkoholranke Menschen stationär, teilstationär und ambulant überwiegend zu Lasten der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht. Die Übernahme der Kosten von Entwöhnungsbehandlungen bei *privatversicherten* alkoholkranken Menschen durch *private Krankenversicherungen* ist durch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) in der Regel ausgeschlossen. Im Einzelfall kommt im Rahmen der Bemühungen privater Krankenversicherungen um Krankheitsmanagement - abhängig vom individuellen Versicherungstarif - eine (teilweise) Kostenübernahme im Rahmen von *Kulanzregelungen* in Frage.

Die Q. E. soll als Regelbehandlung in stationären Einrichtungen mit psychiatrischer Pflichtversorgung angeboten werden ...

Die Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) *Abhängigkeitskranker (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“)* vom 4. 5. 2001 geht von einem zweigeteilten Behandlungssystem für Alkoholranke aus, in dem Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowohl *konzeptionell* als auch *kostentechnisch* getrennt sind. Nicht jeder Entzugsbehandlung muss eine Entwöhnungsbehandlung folgen.

... kann aber ausnahmsweise auch in anderen Kliniken und Abteilungen durchgeführt werden

Die Versorgung Suchtkranker ist inzwischen durch flexible und an den Bedürfnissen der Kranken gezielt ausgerichtete Hilfen ergänzt und weiterentwickelt worden. Es handelt sich hierbei um ein *differenziertes Hilfenetzwerk*, das ein bedarfsgerechtes wohnortnahes Behandlungs- und Betreuungsangebot beinhaltet, das *allen* alkoholkranken Menschen offen steht und die psychische, somatische und soziale Dimension der Alkoholkrankheit berücksichtigt.

Im *Landesprogramm gegen Sucht Nordrhein-Westfalen* aus dem Jahr 1998 [2] wird die Entwicklung einer Rahmenkonzeption für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholkranker gefordert, wie sie für Drogenranke bereits seit 1996 existiert und hier - allerdings im Rahmen einer besonderen und überregionalen Schwerpunktsetzung - angeboten wird [3].

Ausgangspunkt war die zu beobachtende Tendenz zu kürzeren stationären Entzugsbehandlungsperioden bei gleichzeitig steigenden (Wieder-)Aufnahmefrequenzen, was im Ergebnis zu insgesamt *steigenden kumulativen Behandlungszeiten und Behandlungskosten* pro Patient und Jahr führt [4,5]. Diese Entwicklung hat ersichtlich *keine Verbesserung der Versorgungsqualität* zur Folge.

Das Hilfsangebot soll grundsätzlich *allen* alkoholkranken Personen möglichst niedrigschwellig zur Verfügung stehen.

Die Q.E. ist integraler Bestandteil des wohnortnahen und differenzierten Suchtkrankenhilfesystems

Die Vorgaben dieses Rahmenkonzeptes, insbesondere zur Indikation der Q.E., ihrer Dauer und ihrer Qualitätsmerkmale, gelten grundsätzlich auch für *selbst zahlende* Patienten. Die Erstattung der Behandlungskosten durch *private Krankenversicherungen* richtet sich nach den individuellen Versicherungsbedingungen. Eine Entzugsbehandlung stellt eine *medizinisch notwendige Heilbehandlung* dar. Die spezifischen Inhalte der Q.E. sind als unverzichtbarer Bestandteil jeder Entgiftung ebenfalls *medizinisch notwendige Heilbehandlung*.

1. Regelversorgung - Versorgungsverpflichtung

Die Q.E. soll als *Regelbehandlung* in stationären Einrichtungen mit psychiatrischer Pflichtversorgung angeboten werden. Zu diesen Einrichtungen gehören alle im *Krankenhausplan* aufgenommenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen.

Selbstzahlende, gegebenenfalls *privatversicherte* alkoholranke Menschen können für die Q.E. auch Einrichtungen in Anspruch nehmen, die nicht in die Regelversorgung einbezogen sind. Diese sollten Qualitätsmerkmale aufweisen, die diesem Rahmenkonzept entsprechen.

Zur Bedarfsdeckung kann die Q.E. ausnahmsweise auch in anderen (z. B. internistischen) Kliniken und Abteilungen durchgeführt werden, wenn die Vorgaben dieses Rahmenkonzeptes erfüllt sind.

2. Zielgruppe und Indikation

Zielgruppe für die Q.E. über die Detoxifikationsphase hinaus sind diejenigen alkoholkranken Menschen (siehe Präambel)

- denen ihr pathologischer Alkoholkonsum als Problem begreifbar gemacht werden kann,
- die bereit sind, während der Behandlung auf Alkoholkonsum zu verzichten
- und die wenigstens langfristig das Ziel der Abstinenz anstreben.

Da sich bei Alkoholkranken eine dauerhafte Abstinenz häufig erst nach *mehreren* Anläufen und nach *wiederholten* Behandlungen erreichen lässt [7,8] ist die Q.E. gerade auch für diejenigen Alkoholkranken geeignet, die bereits mehrere erfolglose Abstinenzversuche hinter sich haben und bei denen ambulante Angebote nicht oder nicht mehr in Betracht kommen.

3. Bedeutung der qualifizierten Entzugsbehandlung (Q.E.) im Suchtkrankenhilfesystem

Die Q.E. ist integraler Bestandteil des *wohnortnahen* und *differenzierten Suchtkrankenhilfesystems*. Im Vorfeld haben Suchtberatungsstellen, Betriebe und deren Suchtkrankenhilfe, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, der

ärztliche Notdienst sowie Selbsthilfeorganisationen eine wesentliche Vermittlungsfunktion.

Die Entscheidung über eine Q.E. im vollstationären oder teilstationären Setting hängt von den medizinischen Möglichkeiten, der Schwere des aktuellen Krankheitsbildes und der Stabilität der sozialen Situation ab [9].

Die Vermittlung in die Suchtselbsthilfe und die Weiterversorgung und -behandlung nach Abschluss der Q.E. kann in allen Einrichtungen der professionellen Suchtkrankenhilfe erfolgen (z. B. ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung [10], betreutes Wohnen).

4. Grundsätzliche Charakteristika der Q.E.

4.1 Ziele

Globale Ziele der Q.E. sind *Überlebens-* und *Gesundheitssicherung* der Betroffenen. Teilziele sind die körperliche Entgiftung sowie die Förderung der Veränderung von Einstellung und Verhalten der Alkoholkranken bzgl. des Alkoholkonsums, um den *Einstieg in den Ausstieg* einzuleiten [11]. Kurzfristig ist die Reduktion von Menge und Häufigkeit des pathologischen Alkoholkonsums anzustreben.

Da Veränderungsbereitschaft mit ausreichender *Veränderungskompetenz* einhergehen muss, um verhaltenswirksam werden zu können, besteht ein weiteres Teilziel der Q.E. darin, die Entwicklung entsprechender *psychosozialer Kompetenzen* zu fördern. Hierzu gehört auch, die vorhandenen psychosozialen Ressourcen zu stabilisieren bzw. neu aufzubauen (soziale Integration und materielle Grundsicherung), Bewältigungsstrategien zu entwickeln und konkrete weitere Behandlungsschritte zu planen (z. B. Vermittlung in eine erforderliche und mögliche Entwöhnungsbehandlung).

4.2 Inhalte und Maßnahmen

Bestandteile der Q.E. sind grundsätzlich eine *umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische, somatische und soziale Diagnostik* einschließlich eines Substanz-Screenings unter besonderer Berücksichtigung psychischer Komorbidität [12].

Sofern die körperliche Entgiftung nicht bereits vor der (teil-) stationären Ausnahme abgeschlossen wurde, erfolgen im Rahmen der Q.E. zunächst die *Detoxifikation* und die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms. Ferner ist eine adäquate Diagnostik und Behandlung somatischer Beschwerden, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der somatischen Medizin, durchzuführen.

Weitere Bestandteile der Q.E. sind eine umfassende Information und Aufklärung der Betroffenen über das komplexe Krankheitsbild, die insbesondere auch die individuellen Besonderheiten und das Zusammentreffen mehrerer Erkrankungen ne-

ben der Alkoholkrankheit einschließen. Q.E. ist ein *psychiatrisch-psychotherapeutisch fundiertes Behandlungsangebot*, dessen Fokus die Reduzierung belastender psychischer Symptome bzw. Syndrome und die Förderung von Veränderungsbereitschaft und zumindest langfristig die *Befähigung zur Alkoholabstinenz* ist [13,14,15].

Im Rahmen der sozialtherapeutischen Maßnahmen werden auch die *familiäre* und *berufliche* Situation der Betroffenen in die Behandlung einbezogen.

Ergo- und bewegungstherapeutische Maßnahmen [16], Entspannungsverfahren [17] und weitere anerkannte Therapieformen ermöglichen eine umfassende und individuelle Behandlung. Sie erleichtern die Formulierung individueller Behandlungsziele. Sie dienen u. a. der Förderung kognitiver und koordinativer Fähigkeiten, die bei Alkoholkranken häufig gestört sind [18,19]. Sie sollen über den nonverbalen Zugang zur eigenen Person, zur Erkrankung, zu den Veränderungsmöglichkeiten und der Förderung bzw. Stärkung von Selbstbewusstsein, Eigenverantwortung und soziale Kompetenz der Betroffenen ermöglichen.

Ein unverzichtbarer Bestandteil der Q.E. ist die Einleitung und Organisation erforderlicher und konkreter *weiterführender Hilfen* bzw. *Therapie-maßnahmen* nach Abschluss der Behandlung, sofern dies möglich erscheint.

4.3 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer bemisst sich nach dem akuten Alkoholentzugssyndrom, der (häufig mehrere Wochen andauernden) Restitution neuropsychologischer und kognitiver Fähigkeiten und der emotionalen Stabilität sowie den komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen. Zudem muss die Behandlungsdauer den häufig auftretenden psychosozialen Krisensituationen Rechnung tragen. Für eine bei Behandlungsbeginn eingeräumte Behandlungsdauer von drei bis vier Wochen ist für die qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen die *Wirksamkeit* und *Kosteneffizienz* wissenschaftlich nachgewiesen [20,21,22].

Die Behandlungsdauer der Q.E. beträgt *in der Regel bis zu drei Wochen*, bei kompliziertem Verlauf der Detoxifikationsphase und in besonders gelagerten und begründeten Einzelfällen kann sie bis zu sechs Wochen dauern. Die Krankenhäuser und die jeweils zuständigen Sozialleistungsträger führen während der stationären Behandlung eine enge Kommunikation über weitere einzuleitende Maßnahmen in der Anschlussversorgung. Entsprechende Leistungsanträge sind rechtzeitig zu stellen.

Treten (teil-)stationär behandlungsbedürftige komorbide psychische und/oder somatische Erkrankungen in den Vordergrund, sind diese nach fachärztlicher Indikationsstellung für die Art und Dauer der Behandlung führend und gehen gegebenenfalls über den Zeitrahmen der Q.E. hinaus.

Q.E. ist ein psychiatrisch-psychotherapeutisch fundiertes Behandlungsangebot ...

... wobei auch die familiäre und berufliche Situation der Betroffenen einbezogen wird

Ein unverzichtbarer Bestandteil der Q.E. ist die Einleitung und Organisation weiterführender Hilfen/Therapie-maßnahmen nach Abschluss der Behandlung

Die Behandlungsdauer der Q.E. beträgt in der Regel bis zu drei Wochen

5. Strukturelle Voraussetzungen der Einrichtungen des Q.E.

5.1 Behandlungskonzept

Das Behandlungskonzept der Q.E. trägt der notwendigen Transparenz in der Therapie für Patienten und Kostenträger Rechnung

Auf der Grundlage dieses Rahmenkonzeptes entwickeln die Behandlungseinrichtungen, die Q.E. anbieten, ein Behandlungskonzept, das auch der notwendigen Transparenz in der Therapie für *Patienten* und *Kostenträger* Rechnung trägt. Die jeweiligen Behandlungskonzepte der Einrichtungen können unter Berücksichtigung institutioneller bzw. struktureller Besonderheiten variieren. Sowohl *entzugsliedernde* als auch *motivationsfördernde* Anteile der Behandlung bilden grundsätzlich eine funktionelle Einheit, auch wenn im Einzelfall zwischen Detoxifikationsphase und Motivationsphase unterschieden werden kann.

5.2 Personelle Ausstattung und Qualifikation

Die Q.E. setzt ein multiprofessionelles Behandlungsteam unter fachärztlicher Leitung voraus

Die Q.E. setzt ein *multiprofessionelles Behandlungsteam* unter fachärztlicher Leitung mit psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychologischer, sozialarbeiterischer sozialpädagogischer, (fach-)krankenpflegerischer, ergotherapeutischer und bewegungstherapeutischer Kompetenz voraus. Bei psychiatrischen Stationen richtet sich die personelle Besetzung qualitativ und quantitativ nach der *Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV* [23,24]. Stationen außerhalb des Psych-PV-Anwendungsbereiches haben eine analoge Personalausstattung vorzuhalten.

Da *selbstzahlende*, gegebenenfalls *privatversicherte* alkoholranke Personen auch Einrichtungen in Anspruch nehmen können, die *nicht* in die Regelversorgung eingebunden sind und nicht dem Psych-PV-Anwendungsbereich unterliegen, sollten diese der Psych-PV *vergleichbare* Qualitätsmerkmale in quantitativer und qualitativer Hinsicht aufweisen, wobei die Struktur der multiprofessionellen Zusammensetzung des Behandlungsteams den Besonderheiten bestimmter Patientengruppen angepasst werden kann.

Unverzichtbar sind eine Supervision für alle Mitarbeiter/innen sowie kontinuierlicher Erfahrungsaustausch und Wissensvermittlung

Neben den notwendigen Fort- und Weiterbildungen sind ferner eine Supervision für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch und Wissensvermittlung unverzichtbar.

5.3 Sozialleistungsrechtliche Zuständigkeit

Stationäre Q.E. im Krankenhaus wird gem. § 39 SGB V durch die Krankenkasse finanziert

Stationäre Q.E. im Krankenhaus wird gem. § 39 SGB V durch die zuständige *Krankenkasse* finanziert.

Die Erstattung der Behandlungskosten durch *private Krankenversicherungen* richtet sich nach den individuellen Versicherungsbedingungen. Eine Entgiftungsbehandlung stellt eine *medizinisch notwendige Heilbehandlung* dar. Die spezifischen Inhalte der Q.E. sind als unverzichtbarer Bestandteil jeder Entgiftung ebenfalls medizinisch notwendige Heilbehandlung und fallen ausdrücklich *nicht* unter den Ausschluss der Übernahme von Kosten

für Entwöhnungsbehandlungen, wie dies die allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen in der Regel für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren vorsehen.

6. Behandlungsergebnisse (Evaluation)

6.1 Dokumentation der Befunde und erbrachten Leistungen

Die im Rahmen der Q.E. erhobenen Befunde werden schriftlich dokumentiert. Die Dokumentation der im Rahmen der Q.E. erbrachten Leistungen umfasst die körperliche und psychiatrische Untersuchung, Diagnostik und Anamnese einschließlich Eigen-, Familien- und Suchtanamnese, die pflegerischen und sozialtherapeutischen Befunde sowie den Behandlungsverlauf einschließlich der Einzel- und Gruppentherapie, der Co-Therapien und der weiteren fakultativ zu erhebenden Befunde (z. B. weitere psychologische Diagnostik, somatische Differenzialdiagnostik etc.).

Im Bereich der Q.E. ist eine *einheitliche* Dokumentation anzustreben.

6.2 Informationsfluss und Datenschutz

Die Integration der Kliniken und Abteilungen von Krankenhäusern, die die Q.E. durchführen, in das vernetzte Hilfesystem vor Ort hängt wesentlich von der Effektivität und Effizienz der *Informationsweitergabe* zwischen den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Institutionen und Personen ab. Besonders an den Schnittstellen innerhalb des Systems (z. B. Planung von Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, Organisation von Anschlusslösungen etc.) ist eine enge *Zusammenarbeit* der beteiligten Institutionen erforderlich.

Die Sicherstellung tragfähiger Anschlusslösungen zur Unterstützung des angestrebten Behandlungserfolgs erfordert eine zeitnahe Informationsweitergabe bereits *während* der Q.E.. Dabei sind stets die psychische, somatische und soziale Dimension der Suchterkrankung und damit zugleich auch die konkrete Lebenssituation des Patienten angemessen zu berücksichtigen.

Bei der Datenerfassung und -weitergabe sind die *datenschutzrechtlichen* Bestimmungen zu beachten. Zur Wahrung des Datenschutzes ist u. a. eine Entbindung von der Schweigepflicht durch die Patientinnen/Patienten oder gegebenenfalls ihre gesetzlichen Vertreter sicherzustellen.

Spezifische Problemstellungen, die sich auf Grund *regionaler Besonderheiten* ergeben und besonderer Regelungen bedürfen, sind in den regionalen Arbeitskreisen zu analysieren, um Kommunikationshemmnisse zu überwinden und die Integration aller von diesem Behandlungsangebot zu erreichenden Zielgruppen sicherzustellen.

Den Krankenkassen sind die Daten gem. § 301

Versicherungsmedizin 55 (2003) Heft 1

SGB V nach den in der Vereinbarung über den Datenträgeraustausch genannten Fristen zu übermitteln. Hierbei sollten - unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen - auch sachdienliche Zusatzinformationen zur Q.E. beigefügt werden.*

Für *privat versicherte* Patienten gilt, dass die Einrichtungen der Q.E. dem Patienten alle zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Q.E. als *stationäre Heilbehandlung* durch die private Krankenversicherung erforderlichen Informationen zugänglich machen (soweit deren Offenlegung nicht aus medizinischen Gründen kontraindiziert ist). Dabei sollte der Patient auf seine - aus dem Vertragsverhältnis mit der privaten Krankenversicherung resultierende - *Mitwirkungspflicht* bei der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit hingewiesen werden.

Dem Patienten ist ferner die alternative Möglichkeit aufzuzeigen, eine schriftliche, individuell auf die jeweils aktuell durchzuführende bzw. durchgeführte Q.E. bezogene *Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht* gegenüber der/den konkret benannten privaten Krankenversicherung/en zu erteilen und damit sein Einverständnis zu erklären, dass die Ärzte bzw. die Einrichtung der Q.E. die medizinischen Dokumente dem/den Versicherungsunternehmen *direkt* zukommen lassen/lässt.

Die Einrichtungen der Q.E. und die Kostenträger erklären sich bereit, anonymisierte Daten retro- und prospektiv für Maßnahmen zur Verbesserung der *Transparenz* und für die *Evaluation* zur Verfügung zu stellen.

7. Qualitätsmanagement

Eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patientinnen/Patienten ist durch geeignetes Qualitätsmanagement sicherzustellen. Eine wesentliche Rolle spielt hierfür eine einheitliche Dokumentation, in die u. a. Daten zur geschlechtsspezifischen Differenzierung, zur Vernetzung der Hilfen sowie zur beruflichen Situation einzubeziehen sind. Qualitätsmanagement umfasst *alle* Maßnahmen, die für die Konzeption, die praktische Umsetzung und das Erreichen der entsprechenden Behandlungsergebnisse erforderlich sind. Qualitätsmanagement umfasst auch externe Vergleiche der Krankenhäuser untereinander.

Zum Qualitätsmanagement gehört auch die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung sowohl der Behandlung als auch des Qualitätsmanagements selbst, um zu gewährleisten, dass alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen nach dem *aktuellen und anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft* vorgehalten werden.

Der *Workshop zur Maßnahme 105 des Landesprogrammes gegen die Sucht NRW* bestand aus:

Ahlemeyer, Martin, Dr. med.,
MDK Westfalen-Lippe, Lippstadt
Banger, Markus, PD Dr. med.,
Rheinische Kliniken, Bonn
Driessen, Martin, P D Dr.,
Krankenanstalten Gilead Bethel, Bielefeld
Elsner, Heinrich, Dr. med.,
Elisabeth-Krankenhaus GmbH, Gelsenkirchen
Fritz, Thomas
AOK Westfalen-Lippe, Dortmund
Fritze, Jürgen, Prof. Dr.,
Verband der privaten Krankenversicherung, Köln
Grünter, Jakob,
VdAK/AEV NRW, Düsseldorf
Koch, Rüdiger,
Innungskrankenkasse, Essen
Kuhlmann, Thomas, Dr. med.,
Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach
Lappe, Rolf-Bernd,
LVA Westfalen, Münster
Lesser, Dirk,
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW, Düsseldorf
Leßmann, Josef., Dr. med.,
Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Warstein
Maier, Christoph, Dr. med.,
St. Vinzenz-Hospital, Rhede
Marcea, Joan Teodor, Dr. med.,
Psychiatrische Klinik Marienborn, Zülpich
Max, Elke, Dr. med.,
Rheinische Kliniken, Viersen
Möller, Heinz-Josef,
Koordinationsstelle Sucht,
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Pichlo, Hans-Günter, Dr. med.,
MDK Nordrhein
Pöhlke, Thomas, Dr. med., Münster
Preisig, Marlies,
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Reymann, Gerhard, Dr. med.,
Westf. Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dortmund
Schiemann, Gerd,
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, Düsseldorf
Settelmayer, Jutta, Dr. med.,
Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Münster
Stetter, Friedhelm, Prof. Dr. med.,
Oberbergkliniken, Extertal-Laßbruch
van Brederode, Michael,
Landschaftsverband Rheinland, Köln
Zunker, Klaus,
Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW, Essen

Privat versicherten Patienten müssen alle Informationen zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Q.E. als stationäre Heilbehandlung durch die private Krankenversicherung zugänglich gemacht werden

Eine qualitativ hochwertige Behandlung ist durch geeignetes Qualitätsmanagement sicherzustellen ...

... wozu auch die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Behandlung sowie des Qualitätsmanagements selbst gehört

Literatur

* Im Rheinland werden zur Zeit standardisierte Abfragen zur angemessenen Datenübermittlung entwickelt und erprobt, die u. a. den Datenfluss zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern erleichtern und effektiver machen sollen. Diese Erhebungsbögen sind gegenwärtig noch nicht ausreichend konsentiert.

[1] Marcea, I. T., T. Kuhlmann, P. Summa-Lehmann, G. Reymann, T. Reinert, J. Endres et al.: Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und/oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie/ Psychotherapie. Suchthh 2 (2001) 45

- [2] Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW: Landesprogramm gegen Sucht. W&S Druck, Köln 1999
- [3] Heudtlass, J. H., D. Sawalies, T. Kuhlmann: NRW-Krankenhausbedarfsplanung für qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger. Sucht 42 (1996) 196
- [4] Richter, D., B. Eikelmann: Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: Positive oder negative Konsequenzen. Spektrum 29 (2000) 67
- [5] Richter, D.: Die Dauer der psychiatrischen Behandlung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 69(2001) 19
- [6] Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abt. Krankenhäuser und Psychiatrie, Abt. Gesundheitswesen: Tagungsband 13. März 2000: „Die qualifizierte Akutbehandlung alkoholkranker Menschen - Ein Element in der psychiatrischen stationären Krankenbehandlung“. LWL, Münster 2001
- [7] Reinert, T., G. Reymann: Über die Notwendigkeit einer suchtmittelmedizinisch qualifizierten stationären Akutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Psychiatr Prax 26 (2000) 294
- [8] Reymann, G.: Qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger nach regulärer und nach notfallmäßiger Krankenhausaufnahme - ein Vergleich der Behandlungsverläufe. Spektrum Psychiatrie Psychoth Nervenheilk 29(2000) 120
- [9] Bauer, U., A. Hasenöhr: Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (Vergleichende 28-Monats-Kata-mnese). Sucht 46 (2000) 250
- [10] Prochaska, J. O., C. C. Di Clemente: In search of how people change. Applications to addictive behaviours. AmPsychol 47(1992) 1102
- [11] Stetter, F.: Psychotherapie von Suchterkrankungen, Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. Psychotherapeut 45 (2000) 63
- [12] Driessen, M.: Psychiatrische Komorbidität des Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Steinkopf, Darmstadt 1999
- [13] Kuhlmann, T.: Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe, Sucht 47 (2001) 131
- [14] Miller, W. R., S. Rollnick: Motivational Interviewing. Guilford, New York 1991
- [15] Miller, W. R., S. Rollnick: Motivierende Gesprächsführung - ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus, Freiburg 1999
- [16] Reymann, G., A. Erdmann: Ergotherapie in der qualifizierten Akutbehandlung Alkoholabhängiger, praxis ,ergoth 12(1999)399
- [17] Stetter, F., K. Mann: Der Wunsch nach Entspannung -eine autonome Entscheidung. Das autogene Training als Komponente in der Behandlung Alkoholabhängiger. Psycho 17 (1999) 305
- [18] Horak, M., M. Soyka: Restitution neuropsychologischer Defizite von Alkoholkranken in der Phase der frühen Abstinenz: Ergebnisse einer neuropsychologischen Studie. Sucht 45 (1999) 376
- [19] Mann, K., A. Günthner, F. Stetter, K. Ackermann: Rapid recovery from cognitive deficits in abstinent alcoholics: A controlled test-retest study. Alcohol and Alcoholism 34 (1999) 567
- [20] Stetter, F., K. Mann: Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt 68 (1997) 574
- [21] Driessen, M., C. Veltrup, K. Junghanns, A. Przywara, H. Dilling: Kosten-Nutzen-Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme am Beispiel einer erweiterten Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Nervenarzt 70 (1999) 463
- [22] Stetter, F.: Psychotherapie in der Entgiftungs- und Motivationsbehandlung - Konzepte, Ergebnisse und Prognose. In: Stetter, F. (Hrsg.): Suchttherapie an der Schwelle zur Jahrtausendwende - Herausforderungen für Forschung und Therapie. Neuland, Geesthacht 2000, S. 70
- [23] Bundesregierung: Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV). Bundesgesetzblatt, 18. 12.1990, S. 2930
- [24] Kunze, H., I. Kaltenbach: Psychiatrie Personalverordnung - Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 1996

Anschrift für die Verfasser:

Marlies Preisung,
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Warendorfer Straße 25-27, 48133 Münster

Verlust von über 13 Lebensjahren bei Kombination von Fettsucht und Rauchen

Wer im mittleren Alter von etwa 40 Jahren stark übergewichtig ist, muss im Gegensatz zu einem Schlanken im Durchschnitt mit einer *um drei Jahre verkürzten Lebenserwartung* rechnen. Laut einem niederländischen Forscherteam ist starkes Übergewicht zwischen 35 und 45 Jahren ebenso schädlich wie Rauchen.

Ein düsteres Bild zeichnet sich demnach für *fettsüchtige Raucher und Raucherinnen* ab: Sie sterben der Untersuchung zufolge in etwa um *13,3 bis 13,7 Jahre* eher als normalgewichtige Nichtraucher. Es war bereits bekannt, dass Übergewicht die Lebenserwartung verkürzt. Wie viele Jahre aber tatsächlich verloren gehen, belegt kaum eine Studie.

Wer nicht raucht, aber *übergewichtig* ist, verliert im Vergleich zu schlanken Personen drei Jahre seines Lebens, berichtet das niederländische Team in den *Annals of Internal Medicine*. Sie beziehen die Ergebnisse auf eine Bevölkerungsstatistik mit Datenmaterial von 3 457 Freiwilligen, das zwischen 1948 und 1990 ausgehoben wurde. Die Daten wurden von Forschern des Erasmus Medical Center und der Universität Groningen analysiert.

Fettsüchtige Menschen sterben den Ergebnissen zufolge noch früher. Nichtrauchende, fettsüchtige Frauen verlieren im Durchschnitt 7,1 Jahre, Männer 5,8 Jahre. Für *Raucher* zeichnet sich noch ein düstereres Bild ab. Stark übergewichtige Raucherinnen sterben um rund 13,3 Jahre früher als normalgewichtige Nichtraucherinnen. Die männliche Vergleichsgruppe muss mit einem um gar 13,7 Jahre früheren Ableben rechnen. Im Vergleich zu normalgewichtigen Rauchern sterben fettsüchtige Frauen um „nur“ 7,2 Jahre früher, fettsüchtige Männer um 6,7 Jahre.

Für die Wissenschaftler zeigt die Studie, dass Übergewicht in den mittleren Jahren selbst nach einer späteren Gewichtsreduktion das höhere Sterberisiko *nicht* wettmachen kann. Die Botschaft sei, das Übergewicht *frühzeitig* in Angriff zu nehmen.

In den USA sind nach Angaben der *Centers for Disease Control and Prevention* bereits *zwei Drittel* der erwachsenen Bevölkerung übergewichtig oder fettsüchtig. US-Bürger werden dies in immer jüngeren Jahren. Fettsucht ist mit einem *Body-Mass-Index (BMI) über 30* definiert.

Presstext Austria