

# (Qualitäts-)Standards für Interventionen im Krankenhaus bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken

der Fachambulanz für Suchtkranke  
Bad Reichenhall (Caritas-Zentrum  
Berchtesgadener Land)  
in den Krankenhäusern  
Bad Reichenhall, Berchtesgaden, Frei-  
lassing

im Auftrag des Bayerischen Staatsministerium  
für Gesundheit, Ernährung und Verbraucher-  
schutz

# FOGS

FOGS  
Gesellschaft für  
Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und  
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2  
50670 Köln  
Tel.: 0221-973101-0  
Fax: 0221-973101-11

e-Mail: [Kontakt@fogs-gmbH.de](mailto:Kontakt@fogs-gmbH.de)  
[www.fogs-gmbH.de](http://www.fogs-gmbH.de)

Bearbeiter:

Dipl. Psychologe Wilfried Görden

Köln, im Mai 2002  
635/01

## INHALTSVERZEICHNIS

<u>KAPITEL</u>		<u>SEITE</u>
1	EINLEITUNG	1
1.1	Hinweise zum Verständnis der Standards	1
1.2	Grundlagen der Standardentwicklung	3
1.2.1	Stand der fachlichen Entwicklung	3
1.2.2	Konzeption und Arbeitsansatz der Caritas Fachambulanz für Suchtkranke	4
2	STANDARDS	7
2.1	Grundsätze	7
2.2	Organisatorische und personelle Voraussetzungen	9
2.2.1	Organisatorische Voraussetzungen	9
2.2.2	Sachliche und personelle Anforderungen	12
2.3	Interventionen, Angebote, Maßnahmen	14
2.3.1	Charakter der Interventionen	14
2.3.2	Erstdiagnose, Indikation und Kontraindikation	15
2.3.3	Vermittlung	17
2.3.4	Angebote und Maßnahmen	18
2.4	Dokumentation und Erfahrungsaustausch	20
3	LITERATUR	21

## 1 EINLEITUNG

### 1.1 Hinweise zum Verständnis der Standards

Bei Standards handelt es sich i.d.R. um anerkannte und praktisch bewährte Anforderungen an fachliches Handeln zur Sicherung einer Mindestqualität. Standards können dabei (organisatorische) Rahmenbedingungen (Strukturqualität), die Optionen fachlichen Handelns (Prozessqualität) sowie zu erzielende Effekte (Ergebnisqualität) beschreiben (vgl. MEINHOLD 1996). Die Festlegung von Standards erfolgt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und/oder dem fachlichen Konsens von Experten.

Die im Folgenden dargestellten Standards sollen dazu dienen, die Erfahrungen aus dem Arbeitsansatz der *Caritas Beratungsstelle für Suchtkranke sowie den kooperierenden Krankenhäusern des Berchtesgadener Lands* mit Interventionen im Krankenhaus bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken zu vermitteln und nutzbar zu machen für die Implementierung vergleichbarer Angebote in anderen Regionen. Die Standards basieren vor allem auf dem Erfahrungswissen des Projekts. Sie reflektieren die Bedingungen einer ländlich strukturierten Region mit Krankenhäusern der Regelversorgung mit vergleichsweise geringen Bettenzahlen<sup>1</sup>, übersichtliche Sozialstrukturen und „weite Wege“. Gleichwohl wurden bei der Erarbeitung der Standards auch Ergebnisse aus vergleichbaren (Modell-)Projekten mit einbezogen. Eine Validierung der Standards z.B. durch Fachexperten ist (bisher) nicht erfolgt.

Standards sind immer auch beeinflusst von Wertentscheidungen. Den Standards für Interventionen im Krankenhaus im engeren Sinn sind deshalb einige *Grundsätze der Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken* vorangestellt.

Die Standards beinhalten u.a. Aussagen zu den organisatorischen und personellen Voraussetzungen, zu den Interventionen und Angeboten sowie zur Dokumentation und Qualitätssicherung. Die nachfolgende Tabelle 1 zeigt die Gliederung der Standards.

---

<sup>1</sup> Die drei regionalen Krankenhäuser haben 302, 150 bzw. 141 Betten. Einbezogen in das Projekt sind die internistischen und chirurgischen Abteilungen der Krankenhäuser.

Tab. 1: Gliederung der Standards

Grundsätze			
organisatorische und personelle Voraussetzungen	organisatorische Voraussetzungen	Standard 01: Standard 02: Standard 03: Standard 04: Standard 05: Standard 06: Standard 07	Kooperation Organisationsform Informationsaustausch institutionelle Kontinuität Angebotsspektrum ambulante Weiterbehandlung Bezugspersonensystem
	sachliche und personelle Anforderungen	Standard 08: Standard 09: Standard 10: Standard 11:	sachliche Ausstattung fachliche Anforderungen Fortbildung Supervision
Interventionen, Angebote, Maßnahmen	Charakter der Interventionen	Standard 12: Standard 13	Frühintervention Kurzintervention
	Erstdiagnose, (Kontra-)Indikation	Standard 14: Standard 15: Standard 16:	Diagnostik Indikationsstellung Indikation, Kontraindikation
	Vermittlung	Standard 17: Standard 18:	Kontaktaufnahme Kontrolle
	Angebote und Maßnahmen	Standard 19: Standard 20: Standard 21:	Erstgespräch Gruppengespräch Ehemalige
Dokumentation und Qualitätssicherung		Standard 22: Standard 23:	Dokumentation Qualitätssicherung

Den einzelnen Standards sind jeweils fachliche Erläuterungen vorangestellt. Die Standards selbst sind kurz und prägnant formuliert, um unterschiedlichen Textinterpretationen vorzubeugen. In der praktischen Umsetzung müssen situationsbezogen Verfahren und Abläufe konkretisiert werden.

Zum Verständnis der Standards sind folgende Hinweise bedeutsam:

- ❑ Zur sprachlichen Vereinfachung umfassen *Suchtprobleme* sowohl verschiedene Konsumarten wie riskanter Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit<sup>2</sup> als auch Folgeerkrankungen und soziale Problemlagen.
- ❑ Abhängigkeit, Sucht bzw. suchtkrank, Suchtmittelabhängigkeit und substanzbezogene Störungen werden synonym verwendet.
- ❑ *Behandlung* wird teilweise als umfassender Begriff für verschiedene Interventionen bzw. Einzelleistungen wie bspw. Akutbehandlung, Beratung, Betreuung, Rehabilitation verwendet<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> vgl. DSM IV (Diagnostic Statistic Manual) der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung bzw. dazu weitgehend kompatibel der ICD 10 (International Classification of Diseases) der WHO in den Abschnitten F 1.0 bis F 1.9 (Substanzgruppen) und F 1x.0 bis F 1x.9 mit den unterschiedlichen Komplikationen und psychischen Störungsbildern wie *akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit* etc. (vgl. u.a. in GÖLZ 1998).

- Die Standards gelten grundsätzlich für alle Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken während eines Krankenhausaufenthalts. Vornehmlich bezogen sind sie allerdings auf Menschen mit Alkoholproblemen.
- *Suchtberatung* und *Krankenhaus* bezeichnen die Institutionen. Darüber hinaus sind z.T. aber auch die entsprechenden Mitarbeiter gemeint.
- *Ehemalige* sind Menschen, die in der Lage sind, mit ihren Suchtproblemen umzugehen, oder diese überwunden haben. Dabei handelt es sich um Einzelpersonen, die auch Mitglieder von Selbsthilfegruppen sein können.

## 1.2 Grundlagen der Standardentwicklung

### 1.2.1 Stand der fachlichen Entwicklung

Überlegungen zur Verbesserung der Behandlung von Alkoholabhängigen bzw. Personen mit Alkoholproblemen akzentuieren in den letzten Jahren zunehmend Fragen einer frühzeitigen Erreichbarkeit - und damit korrespondierend - die Entwicklung von sekundärpräventiven bzw. Kriseninterventionsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung. Während die traditionelle Suchtkrankenhilfe hinsichtlich der Erreichbarkeit dieses Personenkreises verstärkt kritisiert wurde (vgl. WIENBERG 1992, 1995), rückt der Versorgungsbeitrag ambulanter und stationärer Einrichtungen der medizinischen Versorgung in den Vordergrund fachlicher Überlegungen. Im Krankenhaus konzentrieren sich die Bemühungen vor allem auf zwei Patientengruppen: (1) Menschen mit Alkoholproblemen in einem möglichst frühen Stadium der Suchtkarriere, bspw. bereits bei riskantem oder missbräuchlichem Konsum oder zu Beginn der Abhängigkeitsentwicklung zu erreichen und (2) Menschen mit einer fortgeschrittenen Suchtmittelabhängigkeit, die aktuell nicht bereit oder in der Lage sind, suchtspezifische Hilfen in Anspruch zu nehmen. Bei beiden Patientengruppen steht i.d.R. die Behandlung der körperlichen Erkrankung im Vordergrund. Diese „maskiert“ (vgl. JOHN u.a. 1994) Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit und macht es erforderlich, dass sowohl der Arzt<sup>4</sup> als auch der Patient diese erkennen, um geeignete Maßnahmen einleiten zu können.

In einem Überblick über verschiedene Studien berichten JOHN u.a. (1996) über *Prävalenzraten* in deutschen Allgemeinkrankenhäusern von 4 % bis 20 % für Alkoholmissbrauch sowie zusätzlich 11 % bis 14 % für Alkoholabhängigkeit. In einer eigenen Studie kommen die Autoren zu dem Ergebnis: „Bei 17,5 % der Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren ist ein Alkoholmissbrauch oder eine aktuelle Alkoholabhängigkeit nachweisbar, bei weiteren 9,7 % ein Verdacht auszusprechen.“ (vgl. JOHN u.a. 1996). Die (potentiell) hohe Erreichbarkeit von alkoholgefährdeten und -abhängigen Personen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts geht allerdings einher mit *gravierenden Mängeln* der zur Verfügung stehenden suchtspezifischen *Versorgungsangebote und -leistungen*. Alkoholbedingte (Folge-)Erkrankungen werden zwar behandelt, eine Ansprache der Patienten auf den Alkoholmissbrauch bzw. die -abhängigkeit erfolgt i.d.R. allerdings nicht, suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien fehlen weitge-

---

<sup>3</sup> Dieses Vorgehen dient vor allem zur vereinfachten sprachlichen Darstellung, ohne dass sozialrechtliche Zuordnungen, bspw. von Behandlung und Rehabilitation, berührt werden.

<sup>4</sup> Die gewählte Form: Arzt, Sozialarbeiter, Patient, Klient meint jeweils beide Geschlechter.

hend und Vermittlungen in Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe erfolgen kaum (vgl. JOHN u.a. 1996, KREMER u.a. 1997).

Die Ergebnisse erster Modellerprobungen in der Bundesrepublik Deutschland zur Verbesserung der sekundärpräventiven Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in Lübeck (vgl. JOHN u.a. 1996), Bielefeld (KREMER u.a. 1997) und Erlangen (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2000) sowie ein Modellvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit in verschiedenen Bundesländern (vgl. ARNOLD u.a. 1999) zeigen mit Blick auf die stationäre medizinische Versorgung, dass durch den Einsatz qualifizierten Personals sowie spezifischer Handlungskonzepte, bspw. im Rahmen von Konsiliar- und Liaisondiensten, die (Früh-)Erkennung und Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern verbessert werden konnten. Im Rahmen des Lübecker Projekts wurde vor dem Hintergrund unterschiedlicher Motivationslagen der Patienten ein „Modell zur differentiellen Intervention für verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft“ (HAPKE u.a. 1996) erarbeitet. In Bielefeld wurde ein sekundärpräventiv orientiertes Schulungskonzept entwickelt und mit einem Teil der beteiligten Ärzte erprobt (vgl. KREMER u.a. 1997). In Erlangen wurde das Konzept eines regionalen Konsiliar-/Liaisondienstes zwischen einem Bezirkskrankenhaus und fünf klinischen Einrichtungen umgesetzt (vgl. GÖRGEN, HARTMANN 2000).

Neben diesen evaluierten Modellprojekten kooperieren bundesweit verschiedenenorts Träger der Suchtkrankenhilfe mit Allgemeinkrankenhäusern und haben bspw. im Rahmen aufsuchender Arbeit von Suchtberatungsstellen suchtspezifische (Beratungs-)Angebote im Krankenhaus implementiert. Ein konzeptionell weit entwickelter und auf langjährigen Erfahrungen beruhender Arbeitsansatz für eine „Motivationsarbeit bei suchtmittelabhängigen und suchtmittelgefährdeten Patienten“ wird seit über 10 Jahren im Berchtesgadener Land von der *Caritas-Fachambulanz für Suchtkranke in Kooperation mit den Allgemeinkrankenhäusern in Bad Reichenhall, Berchtesgaden und Freilassing* praktiziert.

## **1.2.2 Konzeption und Arbeitsansatz der Caritas Fachambulanz für Suchtkranke**

### *Ziele und Aufgaben*

Die Arbeit des Projekts zielt auf die (Früh-)Erkennung von substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken sowie auf die Einleitung von Früh- bzw. Kurzinterventionen bei Patienten während eines Krankenhausaufenthalts. Die sekundärpräventiven Maßnahmen sind dabei u.a. ausgerichtet auf:

- Initiierung des Ausstiegs aus einem problematischen Konsum psychotroper Substanzen
- Förderung neuer gesundheitsorientierter Verhaltensmuster
- bei Bedarf Vermittlung weiterführender suchtspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote
- Sensibilisierung von Ärzten und Pflegepersonal für Suchtprobleme bei Krankenhauspatienten
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Suchtberatung.

Über diese Projektziele im engeren Sinn hinaus trägt das Projekt zur Vernetzung von medizinischer Versorgung und suchtspezifischen Hilfen bei.

#### *Organisatorische und personelle Voraussetzungen*

Die patientenbezogenen Interventionen werden in enger Kooperation zwischen der Fachambulanz für Suchtkranke und drei Allgemeinkrankenhäusern der Region realisiert. Hierbei suchen erfahrene Mitarbeiter der Suchtberatung die Krankenhäuser regelmäßig wöchentlich auf und halten in den Krankenhäusern für Patienten mit Suchtproblemen ein spezifisches Gesprächsangebot vor.

Die Krankenhausärzte und Pflegekräfte nehmen an regelmäßig durch die Mitarbeiter der Fachambulanz durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen teil. Diese dienen u.a. zur Vermittlung suchtbezogener Kenntnisse sowie zur Information neuer Mitarbeiter über das Projekt und seine Angebote.

Die suchtspezifischen Angebote in den Krankenhäusern sind mit den Regelangeboten der Fachambulanz (z.B. Beratung, Vermittlung, ambulante Rehabilitation) vernetzt, so dass im Hinblick auf die Betreuung des einzelnen Patienten ein hohes Maß an personeller und institutioneller Kontinuität gewährleistet ist.

Das Projekt basiert auf verbindlichen Absprachen zwischen der Fachambulanz für Suchtkranke und den beteiligten Krankenhäusern. Hierzu zählen bspw. Absprachen zur Kontaktvermittlung, Überprüfung der Kontaktaufnahme, Rückmeldungen an die Stationen und Besprechungstermine.

#### *Interventionen, Angebote, Maßnahmen*

Im Rahmen des Projekts werden folgende *patientenbezogenen* Interventionen und Maßnahmen durchgeführt:

- ❑ *Erst- bzw. Verdachtsdiagnose:* Durch den behandelnden Arzt erfolgt auf Basis des klinischen Gesamteindrucks eine vorläufige Erstdiagnose im Hinblick auf den problematischen Konsum psychotroper Substanzen.
- ❑ *Kontaktvermittlung zur Suchtberatung:* Wird bei einem Patienten eine Suchtproblematik festgestellt, vermittelt der behandelnde Arzt den Patienten an die Suchtberatung.
- ❑ *Erstgespräch:* Mitarbeiter der Fachambulanz führen zeitnah ein Erstgespräch durch. Dabei dient das Gespräch u.a. der Kontaktaufnahme sowie der (weiteren) Diagnostik der individuellen suchtbezogenen Problemlage.
- ❑ *Gruppengespräche:* Die Gruppengespräche zielen vor allem auf die Herstellung von Behandlungsmotivation sowie auf die Stärkung der Veränderungsbereitschaft (vgl. PROCHASKA, DICLEMENTE 1984, KELLER 1999). An den Gruppengesprächen nehmen neben den Mitarbeitern der Fachambulanz auch „Ehemalige“ teil.
- ❑ *Vermittlung suchtspezifischer Weiterbehandlung:* Bei Bedarf werden bereits während des Krankenhausaufenthalts weitere suchtspezifische Behandlungsmaßnahmen (z.B. ambulante bzw. stationäre Rehabilitation) eingeleitet.

Die Interventionen und Maßnahmen orientieren sich an den Erfordernissen des Einzelfalls, vor allem an der Mitwirkungsbereitschaft der Patienten<sup>5</sup>.

#### *Dokumentation und Qualitätssicherung*

Klienten- und Betreuungsmerkmale werden kontinuierlich mit dem Dokumentationssystem EBIS erfasst und dokumentiert. Die Ergebnisse werden im Rahmen von regelmäßigen Bilanzgesprächen zwischen den Mitarbeitern der Fachambulanz und den Krankenhausärzten zur Reflektion und Weiterentwicklung des Angebots genutzt.

---

<sup>5</sup> 2001 wurden ca. 250 Krankenhauspatienten durch das Krankenhauspersonal an die Mitarbeiter der Fachambulanz vermittelt. Der Anteil von Personen, die durch die Fachambulanz weitergehend betreut werden bzw. an einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht.

## 2 STANDARDS

### 2.1 Grundsätze

#### *Suchtverständnis*

Den Interventionen bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken liegt ein *multifaktorielles Verständnis von Missbrauch und Abhängigkeit* zugrunde, das Umfeld (z.B. sozialer Wandel, Konsumgewohnheiten, Lebensbedingungen) und personale Aspekte (z.B. körperliche und seelische Dispositionen) ebenso wie substanzspezifische Faktoren (Drogenart, Applikation, Dosis, Verfügbarkeit) umfasst. Ein solches Verständnis schließt ein, dass individuelles Verhalten einer gesellschaftlichen Normierung unterliegt. Die krankheitsbezogene Sicht ist insofern um eine Betrachtungsweise zu ergänzen, die soziale, psychische und körperliche Problemlagen gleichgewichtig berücksichtigt.

#### *Patientenbezug der Hilfen*

Die Behandlung von gefährdeten bzw. abhängigen Patienten während eines Krankenhausaufenthalts fühlt sich einem ganzheitlichen auf die jeweilige Person bezogenen Verständnis verpflichtet. Patientenbezug von Hilfen bedeutet, die Individualität der Person zu wahren, auf Vertrauen und Wertschätzung sowie insbesondere das Selbstbestimmungsrecht der Person zu achten. Ausgangspunkt der Interventionen und Maßnahmen ist der jeweils betroffene Patient mit seinen zentralen Bedürfnissen bzw. Bedarfen nach Behandlung, Kontakt, Wohnen und Arbeit. Suchtkranke weisen häufig multiple Bedarfe auf und benötigen unterschiedliche medizinische, psychologische und soziale Hilfen.

#### *Ziele und Teilziele*

Die übergeordneten Ziele suchtspezifischer Interventionen im Krankenhaus sind Erhaltung, Verbesserung bzw. Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit und sozialen Integration. Diese können sowohl mit der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit zu einer abstinenten Lebensführung als auch mit der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit eines selbst- und sozialverträglichen Konsums einhergehen.

Die unterschiedlichen Krankheitsbilder einer Suchtmittelabhängigkeit, die individuelle Situation sowie das Stadium der Veränderungsbereitschaft der Patienten machen die Berücksichtigung von unterschiedlichen Teilzielen erforderlich. Solche Teilziele können sein: (a) Sicherung des Überlebens, (b) Sicherung des gesunden Überlebens, (c) Förderung der sozialen Integration und Sicherung der sozialen Umgebung, (d) materielle Grundsicherung, (e) Ermöglichung längerer Abstinenzphasen, (f) dauerhafte Abstinenz (vgl. SCHWOON 1992).

#### *Vernetzung*

Multiple Hilfebedarfe von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken erfordern auf Seiten der Leistungserbringer eine personenbezogene Abstimmung un-

terschiedlicher Hilfen. Der fallbezogenen und institutionellen Vernetzung von Hilfen kommt deshalb ein hoher Stellenwert zu. Vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie verbindliche Kooperationsvereinbarungen bilden die Basis für eine Hilfeebringung, die für alle Beteiligten ein hohes Maß an Transparenz sowie die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Anbietern und Angeboten sichern soll.

## 2.2 Organisatorische und personelle Voraussetzungen

### 2.2.1 Organisatorische Voraussetzungen

#### Kooperation

Zur Umsetzung von suchtbezogenen Früh- und Kurzinterventionen während eines Krankenhausaufenthalts ist eine enge Kooperation zwischen Krankenhaus und Suchtberatung zwingend erforderlich. Institutionell muss die Suchtberatung in die Arbeitsabläufe und -routinen des Krankenhauses integriert werden<sup>6</sup>. Fallbezogen ist eine enge Abstimmung der Maßnahmen von Krankenhaus und Suchtberatung erforderlich, um Ausweichverhalten von Patienten vorzubeugen und ein einheitliches Vorgehen zu sichern.

Die Kooperation sollte auf verbindlichen, präzisen und transparenten Absprachen basieren. Schriftliche Vereinbarungen können, gerade zu Beginn einer Zusammenarbeit, den verbindlichen Charakter der Absprachen stärken. Über die Zusammenarbeit bei suchtbezogenen Interventionen im Krankenhaus hinaus, sollte die Kooperation zwischen Krankenhaus und Suchtberatung auf eine generelle Zusammenarbeit im Rahmen regionaler Netzwerke zielen (vgl. FVS 1998, OLIVA u.a. 2001), in die insbesondere die Hausärzte einbezogen werden sollten (vgl. DEIGNER u.a. 1994).

#### Standard 01

Enge fachliche und organisatorische Kooperation von Suchtberatung und Krankenhaus.

#### Organisationsform

Mit Blick auf die Organisationsform eines aufsuchenden Dienstes hat sich eine Mischform aus Konsiliar- und Liaisondienst bewährt. Erforderlich ist eine kontinuierliche Präsenz der Suchtberatung im Krankenhaus, die über einen aktuellen Bedarf bspw. nach einer konsiliarischen Beratung hinausreicht (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2000, HAPKE 2000). Die Einzel- und Gruppengespräche sollten zu festgelegten Zeiten durchgeführt werden, da so Patienten und Krankenhausmitarbeiter innerhalb eines fixen zeitlichen Rahmens ein „Sofortangebot“ gemacht werden kann. Ein solcher Rahmen trägt dazu bei, Vermittlung, Inanspruchnahme und Überprüfbarkeit zu sichern.

#### Standard 02

Mitarbeiter der Suchtberatung suchen das Krankenhaus ein- bis zweimal wöchentlich zu festgelegten Terminen auf.

---

<sup>6</sup> Erreicht werden sollte, dass die Suchtberatung von Ärzten, Pflegekräften und Patienten als integrierter „Bestandteil“ des Krankenhauses angesehen wird. So steigen bspw. Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft bei Ärzten u.a. mit der persönlichen Entlastung durch einen qualifizierten Kooperationspartner (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2000).

### Informationsaustausch

Das komplexe Krankheitsbild (vgl. z.B. DILLINGER u.a. 1991) erfordert bei der Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen. Ein regelmäßiger Informationsaustausch ist dabei im Hinblick auf Diagnose, Indikation und Therapie erforderlich. So können bspw. für die Suchtberatung ärztliche Informationen zur gesundheitlichen Situation hilfreich sein, wie es für das Krankenhaus Kenntnisse der Konsumgewohnheiten und Lebensumstände der Patienten sein können.

Nicht zu unterschätzen sind für die Akzeptanz des Angebots durch das Krankenhaus regelmäßige (z.B. halbjährliche) Rückmeldungen über die Weiterbehandlung, den sozialen Hintergrund und die persönliche Entwicklung der Patienten. Ärzte und Pflegekräfte erfahren darüber oft erstmalig eine positive Rückmeldung über ihre ehemaligen Patienten, die über einen erneuten Krankenhausaufenthalt u.U. aufgrund eines fortgesetzten Missbrauchs hinausgeht. Erfahrungen zeigen zudem, dass das Bild von Suchtkranken, z.B. im Hinblick auf ihre Behandelbarkeit (Linderung bzw. Heilung), durch solche Rückmeldungen verändert werden kann.

#### Standard 03

Wöchentlicher patientenbezogener Informationsaustausch zwischen Suchtberatung und Krankenhaus unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

### Institutionelle Kontinuität

Die Kooperation von Krankenhaus und Suchtberatung kann nur Bestand haben, wenn sie institutionell und personell abgesichert ist. Insbesondere bei den (Stations-)Ärzten des Krankenhauses muss mit einer vergleichsweise hohen Fluktuation gerechnet werden (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2000). Deshalb ist ein „top-down“-Vorgehen notwendig, das auf die Unterstützung des suchtspezifischen Angebots und der Zusammenarbeit durch den Chefarzt und die Oberärzte zielt. Darüber hinaus sollten in beiden Institutionen personelle Verantwortlichkeiten so festgelegt werden, dass auch personell eine möglichst hohe Kontinuität („Kooperationsbeauftragter“) gewährleistet ist.

#### Standard 04

Sicherstellen der institutionellen und personellen Kontinuität des Angebots durch Suchtberatung und Krankenhaus.

### Angebotsspektrum

Der Gebrauch psychotroper Substanzen kann mit verschiedenen substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken einhergehen und unterschiedliche Hilfebedarfe hervorrufen. Suchtberatungsstellen sollen deshalb ein breites Spektrum von Interventionen, Angeboten und Hilfen bereitstellen (vgl. DHS 1999). Zur Sicherung einer breiten fachlichen Grundlage sowie institutioneller bzw. personeller Betreuungskontinuität sollten Früh- und Kurzinterventionen im Krankenhaus integriert sein in ein breiteres Spektrum von Behandlungs- und Betreuungsleistungen (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2000).

**Standard 05**

Vorhalten eines breiten Spektrums von ambulanten suchtspezifischen Hilfen durch die Suchtberatung als Institution. Sie kooperiert zudem eng mit der Selbsthilfe.

**Ambulante Weiterbehandlung**

Bei einem Teil der Krankenhauspatienten ist eine ambulante Behandlung bzw. ambulante Rehabilitation angezeigt. Die Suchtberatungsstelle sollte eine ambulante Behandlung im Sinne einer individuellen Bearbeitung von psychischen, sozialen und Verhaltensproblemen und -störungen, bei der eine tiefgehende Veränderung bzw. Neuorientierung erfolgen soll, anbieten (vgl. DHS 1999). Darüber hinaus sollte sie - selbständig oder in Kooperation - ambulante Rehabilitation im Sinne der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“<sup>7</sup> vorhalten.

**Standard 06**

Die Suchtberatung gewährleistet - bei vorliegender Indikation - eine ambulante (Weiter-)Behandlung bzw. ambulante Rehabilitation.

**Bezugspersonensystem**

Bei suchtgefährdeten und -abhängigen Menschen ist häufig personelle Kontinuität indiziert. Einer solchen Kontinuität steht u.a. die Segmentierung der Hilfen (vgl. WIENBERG 1992, OLIVA u.a. 2001) entgegen, sodass Brüche in der Betreuung, die insbesondere beim Einrichtungswechsel häufig mit „Abbrüchen“ einhergehen, gemildert bzw. vermieden werden. Um dem zu begegnen, bietet die Suchtberatung dem Krankenhauspatienten eine „sichere“ Betreuungsperspektive im Rahmen ihres ambulanten Angebots an. Im Hinblick auf die Kontinuität der Bezugsperson wird Sorge getragen.

**Standard 07:**

Die Suchtberatung bietet den Krankenhauspatienten eine Bezugsperson an, die settingübergreifend eine (längerfristige) Betreuung sichert.

---

<sup>7</sup> Siehe u.a. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen den Verbänden der Krankenkassen und Rentenversicherung vom 04.05.2001. Die Vereinbarung enthält in Anlage 1, Punkt 2 ebenfalls Anforderungen an ein integriertes Programm.

## 2.2.2 Sachliche und personelle Anforderungen

### Sachliche Ausstattung

Es muss die Möglichkeit zu Einzelgesprächen zwischen Suchtberater und Patient in einem Raum - ohne Störung - gegeben sein. Darüber hinaus muss ein geeigneter Raum für Gruppengespräche vorhanden sein. Für Mitteilungen an die Suchtberatung sollte diese schließlich über ein eigenes Postfach verfügen.

#### Standard 08

Zur Ausstattung im Krankenhaus zählen: ein Raum für Einzelgespräche, ein Gruppenraum sowie ein Postfach.

### Fachliche Anforderungen

Beim (Erst-)Kontakt im Krankenhaus handelt es sich um eine ambivalente Situation, in der viele Patienten (noch) nicht beabsichtigen, etwas gegen ihre Suchtprobleme zu tun. Ihre Haltung ist oft von Zweifel und innerem Widerstand geprägt. Darüber hinaus ist der Berater mit unterschiedlichen Stadien bzw. Ausprägungen der Abhängigkeit sowie individuellen Problem- und Motivationslagen konfrontiert. Schließlich erfordern Kurzinterventionen generell ein gezieltes und kompetentes Vorgehen im Einzelfall (vgl. DEMMEL 2001). Schließlich muss der Mitarbeiter sich angemessen und sicher im Krankenhaus bewegen, eine professionelle Haltung mitbringen und von den Ärzten und Pflegekräften akzeptiert werden. Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, dass die aufsuchende Arbeit im Krankenhaus von erfahrenen Mitarbeitern der Suchtberatung durchgeführt wird.

Der Berater muss die regionalen Versorgungsstrukturen kennen, um zeitnah und angemessen die notwendigen Hilfen einleiten bzw. vermitteln zu können. Empfohlen wird darüber hinaus eine Zusatzqualifikation zur Behandlung von Abhängigen. Standards für eine solche Ausbildung liefern die Erläuterungen des VDR zu den Auswahlkriterien zur Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten (Tätigkeitsfeld Sucht) gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen den Verbänden der Krankenkassen- und Rentenversicherungsträger vom 04.05.2001.

#### Standard 09

Die Suchtberatung stellt erfahrene Mitarbeiter (Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogen oder Dipl. Psychologen) mit folgenden Zusatzqualifikationen zur Verfügung:

- mehrjährige Erfahrungen in der Arbeit mit unterschiedlichen Gruppen Suchtkranker
- Kenntnisse der (regionalen) Angebotsstruktur der Suchthilfe sowie der sozialen Hilfen
- Kenntnisse im Kooperationsmanagement.

Empfohlen wird darüber hinaus:

- eine Zusatzausbildung (Weiterbildung) zur Behandlung von Abhängigen sowie
- Kenntnisse bzw. Erfahrungen mit (therapeutischen) Kurzinterventionen.

## Fortbildung

Den Krankenhausärzten kommt im Hinblick auf die (Früh-)Erkennung einer Suchtproblematik sowie einer angemessenen ersten Ansprache des Patienten am Krankenbett eine wichtige Bedeutung zu. Dies u.a. auch deshalb, weil gezielte Kurzinterventionen in Verbindung mit der „ärztlichen Autorität“ erfolgen können. Darüber hinaus können Pflegekräfte aufgrund ihres engen und regelmäßigen Kontakts zu den Patienten zu (Früh-)Erkennung und Erstintervention beitragen.

Durch in den Klinikalltag integrierte Fortbildungsangebote von kurzer Dauer kann die Suchtberatung dazu beitragen, dass die Sensibilität der Ärzte und Pflegekräfte für Suchtprobleme bei den Krankenhauspatienten verbessert wird<sup>8</sup>. Darüber hinaus sollen Fortbildungsmaßnahmen dazu dienen, neue Mitarbeiter mit dem Angebot vertraut zu machen, die Identifikation mit diesem zu verbessern sowie die Zusammenarbeit weiterzuentwickeln.

Es sollten u.a. folgende Themen behandelt werden: Suchtverständnis, Phasen der Veränderung, Patientenreaktionen und Abwehrmechanismen, Versorgungsangebote (z.B. medizinische Rehabilitation), Grundzüge der Suchtkrankenbehandlung, Handlungsstrategien. Darüber hinaus werden neuere Entwicklungen bei der Behandlung von Suchtkranken vermittelt.

### Standard 10

Die Suchtberatung führt suchtbezogene Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus durch.

## Supervision

Die (therapeutische) Arbeit mit suchtkranken Menschen erweist sich u.a. aufgrund fehlender bzw. geringer Behandlungsmotivation sowie Abwehr- und Manipulationsversuche als schwierig. Eine regelmäßige Supervision zur Reflektion der Arbeit mit den Patienten sowie der Rahmen- und Kooperationsbedingungen im Krankenhaus ist deshalb erforderlich. Da Supervision zum Standard der Arbeit von Suchtberatungsstellen zählt, kann die auf das spezielle Angebot im Krankenhaus bezogene Supervision integriert erfolgen.

### Standard 11

Die Mitarbeiter der Suchtberatung nehmen regelmäßig an einer Supervision teil.

---

<sup>8</sup> Auf Beschluss der Bundesärztekammer vom 11.09.1998 hat die „Suchtmedizinische Grundversorgung“ als Fachkunde Eingang in die ärztliche Weiterbildung gefunden..

## **2.3 Interventionen, Angebote, Maßnahmen**

### **2.3.1 Charakter der Interventionen**

#### **Frühintervention**

Je eher Suchtprobleme bei einer Person erkannt werden und entsprechende Interventionen erfolgen, umso größer sind i.d.R. die noch vorhandenen Ressourcen, umso geringer die bereits eingetretenen Störungen und umso erfolgversprechender kurze bzw. begrenzte Interventionen (vgl. DHS 2001a). Eine frühe Erreichung der Betroffenen ist gerade im Krankenhaus möglich (vgl. u.a. JOHN u.a. 1996). Die Interventionen zielen bei dieser Patientengruppe vornehmlich auf eine Veränderung des riskanten Konsumverhaltens. Während des Krankenhausaufenthalts geht es vor allem um die Förderung bzw. Herstellung von Änderungsbereitschaft (vgl. u.a. FDR 1997, HAPKE 2000).

#### **Standard 12**

Krankenhaus und Suchtberatung intervenieren in einem frühen Stadium des Missbrauchverhaltens bzw. bei (noch) geringen negativen Auswirkungen des Konsums psychotroper Substanzen.

#### **Kurzintervention**

Die begrenzte Aufenthaltsdauer macht im Krankenhaus kurze Interventionen erforderlich. „Minimal Interventions“ wie bspw. schriftliche Informationen, Ratschlag, Kurzberatung bzw. -behandlung zeichnen sich dadurch aus, dass sie auch ohne weitere Maßnahmen im Hinblick auf definierte (Teil-)Ziele wirksam sind (vgl. z.B. JOHN 1996, VOLZ 1999, RUMPF 2001). Dies ist auch deshalb von Bedeutung, da der Krankenhausaufenthalt u.a. als „Krise“ mit einer verstärkten Bereitschaft der Patienten sich mit dem Thema Krankheit/Gesundheit auseinanderzusetzen gesehen werden kann (vgl. HOFFMANN u.a. 1999, JOHN u.a. 1994, HAPKE 2000). Diese Sensibilisierung für die eigene Situation gilt es durch geeignete Maßnahmen in Richtung Krankheitseinsicht, Herstellung von Behandlungsmotivation, aber auch Trinkmengenreduktion zu stärken (vgl. FDR 1997, RUMPF u.a. 1997). Die Maßnahmen können dabei u.a. sowohl auf die Verhinderung von Abhängigkeit als auch auf die Verkürzung chronischer Verläufe und wiederholter Behandlungen zielen (vgl. DHS 1999, GÖRGEN/HARTMANN 2000). Die Patientenarbeit muss bei vielen Patienten auch unter dem Gesichtspunkt der Kontraktbildung gesehen werden.

#### **Standard 13**

Suchtbezogene Angebote während eines Krankenhausaufenthalts sind Kurzinterventionen. Eine Weiterführung erfolgt - nach den Erfordernissen des Einzelfalls - nach dem Aufenthalt im Krankenhaus.

## 2.3.2 Erstdiagnose, Indikation und Kontraindikation

### Diagnostik

Die suchtbezogene Erstdiagnose wird vom behandelnden Arzt erstellt. Sie kann u.a. auf dem klinischen Erscheinungsbild (z.B. Gesichtsröte, Tremor u.a.), Laborwerten (z.B. GGT, ASAT, MCV, CDT u.a.) (vgl. SEITZ u.a. 1995, SOYKA 1995) bzw. der Einweisungsdiagnose beruhen. Darüber hinaus können Beobachtungen während des Krankenhausaufenthalts und Hinweise der Pflegekräfte einbezogen werden. Die Festigung einer ersten Verdachtsdiagnose sollte im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs, z.B. im Rahmen der Anamnese, entlang der diagnostischen Leitlinien des ICD-10 bzw. DSM IV erfolgen. Unterstützt werden kann das diagnostische Vorgehen durch den Einsatz von Screeningverfahren wie bspw. LAS, CAGE, MAST (vgl. u.a. JOHN u.a. 1997, VOLZ 1999)<sup>9</sup>.

Beachtet werden muss, dass bei der Diagnose eines Suchtmittelmissbrauchs „harte Daten“ (z.B. Laborwerte) ergänzt werden müssen durch Selbstaussagen der Patienten. Diese können aber mit einer (starken) Abwehr auf die eigene Problematik reagieren. Diagnostische Fragen sind folglich oft mit (Kurz-)Intervention zu verknüpfen.

### Standard 14

Der Arzt erstellt die suchtbezogene Erstdiagnose (Verdachtsdiagnose).

### Indikationsstellung

Auf Basis der Erstdiagnose ist es Aufgabe des Arztes, suchtbezogene Maßnahmen entweder selbst durchzuführen (z.B. Kurzinterventionen) oder eine Vermittlung zum Angebot der Suchtberatung zu veranlassen. Weiterführende Maßnahmen (z.B. ambulante bzw. stationäre Rehabilitation) werden dann durch die Suchtberatung angeregt und veranlasst.

### Standard 15

Die (Erst-)Indikation für eine suchtspezifische Intervention stellt der Arzt.

### Indikation und Kontraindikation

Beim überwiegenden Teil der Krankenhauspatienten mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken liegt eine Alkoholproblematik vor. Personen mit Medikamenten- bzw. Drogenmissbrauch sind demgegenüber in vergleichsweise geringer Anzahl anzutreffen. Ausnahmen können Krankenhäuser in besonders belasteten Großstädten bilden, die verstärkt Drogenabhängige u.a. aus Notfallsituationen aufnehmen (vgl. ARNOLD u.a. 1999). Gleichwohl sollten suchtspezifische Interventionen im Krankenhaus für die Konsumenten unterschiedlicher Substanz vorgehalten werden. Dies gilt generell für die

<sup>9</sup> LAS (Lübecker Alkoholismus Screening); MAST (Michigan Alkoholismus Screening Test); CAGE (vgl. Ewing 1984).

Der Einsatz von Screeningverfahren wird durchaus kontrovers beurteilt. Während in vielen Modellversuchen der regelhafte Einsatz von Screeningverfahren zum Untersuchungsdesign zählt, beurteilen Kliniker den Einsatz von suchtbezogenen Screeningverfahren oft skeptisch und verweisen eher auf die Angemessenheit des ärztlichen Gesprächs sowie die Nutzung klinischer Zeichen und Werte auch bei der Diagnose einer Suchtproblematik (vgl. LESLIE/LEARMONTH 1997; GÖRGEN/HARTMANN 2000). Unstrittig ist, dass durch Screeningverfahren die Identifikationsrate von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken deutlich erhöht werden kann (vgl. HAPKE 2000).

ärztliche Intervention sowie das Erstgespräch mit der Suchtberatung. Über eine Teilnahme bspw. von drogenabhängigen Patienten an den Gruppengesprächen (mit Alkoholabhängigen) sollte im Einzelfall entschieden werden.

Suchtspezifische Interventionen im Krankenhaus sind grundsätzlich bei allen Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken angezeigt, unabhängig davon, ob ein riskanter bzw. schädlicher Konsum oder eine Abhängigkeit vorliegt.

Verzichtet werden sollte auf suchtspezifische Interventionen lediglich bei den Patienten, die aufgrund der Schwere bzw. der Spezifik ihrer Erkrankung (z.B. Verwirrtheitszustand) nicht in der Lage sind, angemessen auf die Interventionen zu reagieren.

### **Standard 16**

Suchtspezifische Interventionen im Krankenhaus zielen auf Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken.

Eine Indikation liegt vor bei riskantem Konsum, schädlichem Konsum und Abhängigkeit.

Kontraindikationen liegen bei schweren bzw. spezifischen Erkrankungen vor, die einer angemessenen Reaktion des Patienten auf die Interventionen entgegenstehen.

### 2.3.3 Vermittlung

#### Kontaktaufnahme

Die Verantwortung für die Vermittlung des Kontakts zwischen Patient und Suchtberatung liegt beim Arzt. Die Vermittlung erfolgt nach Einholung des Einverständnisses des Patienten. In das praktische Vorgehen können Pflegekräfte oder auch der Sozialdienst im Krankenhaus einbezogen werden. Wichtig ist es, durch eine geeignete Ansprache die Schwelle der Inanspruchnahme eines suchtspezifischen Beratungsangebots zu senken. Hilfreich kann hier sein, wenn der Arzt das Gespräch mit der Suchtberatung als medizinische Notwendigkeit „verschreibt“. Solche Überweisungen sowie die (sofortige) Verfügbarkeit des Angebots stellen wichtige „erleichternde Faktoren“ im Hinblick auf die Inanspruchnahme von suchtspezifischen Angeboten dar (vgl. FINNEY/MOOS 1995, HAPKE 2000).

Insbesondere der Krankenhaussozialdienst ist aufgrund seiner hohen personellen Kontinuität geeignet, die Herstellung des Kontakts zu begleiten und zu unterstützen.

#### Standard 17

Bei vorliegender Indikation für suchtspezifische Interventionen erfolgt eine Vermittlung an die Suchtberatung. Die Vermittlung des Kontakts zwischen Patient und Suchtberatung ist Aufgabe des Arztes.

#### Kontrolle

Zwischen Krankenhaus und Suchtberatung muss, bezogen auf die einzelne Kontaktvermittlung, eine Rückmeldung erfolgen. Dies geschieht durch Konsilschein oder Gespräch, um Informationen über weitere Maßnahmen sowie den Verbleib des Patienten zu kommunizieren.

#### Standard 18

Das Zustandekommen des (Gesprächs-)Kontakts zwischen Patienten und Suchtberatung wird überprüft.

### 2.3.4 Angebote und Maßnahmen

#### Erstgespräch

Das Erstgespräch erfolgt im Krankenhaus. Denjenigen Patienten, mit denen z.B. wegen einer nur kurzen Verweildauer im Krankenhaus, kein Erstgespräch durchgeführt werden kann, bietet die Suchtberatung ein Erstgespräch in der Beratungsstelle an.

Die Gesprächsführung orientiert sich in erster Linie an den Belangen des Patienten und zielt auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Der Patient erhält Gelegenheit, seine Fragen zu stellen, Zweifel und Befürchtungen zu äußern und Einschätzungen zu formulieren. Wichtig ist dabei eine akzeptierende und von Respekt getragene Grundhaltung des Beraters. Gleichzeitig dient das Erstgespräch dazu, Informationen, bspw. zum Thema Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit oder zu weiterführenden Hilfen, zu geben. Gestützt werden kann die Erstgesprächssituation - wie auch die Gruppengespräche - durch die Anwendung von geeigneten Verfahren wie bspw. „motivational Interviewing“ (vgl. MILLER/ROLLNICK 1999).

Die Einbeziehung von Angehörigen stellt während des Krankenhausaufenthalts die Ausnahme dar. Gleichwohl sollte diese Behandlungsvariante nach Bedarf möglich sein.

#### Standard 19

Jede Kontaktvermittlung ist mit einem Erstgespräch verbunden. Das Erstgespräch wird patientenorientiert geführt.

#### Gruppengespräch

Gruppengespräche/-therapie sind/ist generell eine wichtige Intervention bei Suchtkranken. Die Gruppensituation ermöglicht es, dass die Patienten bereits während des Krankenhausaufenthalts wichtige Erfahrungen im Hinblick auf die Herstellung von Behandlungsmotivation machen können: So erleben Patienten im Gruppengespräch oft erstmalig, dass auch andere Menschen Alkoholprobleme haben und dass Suchtprobleme (mit-)teilbar sind. Durch die regelhafte Teilnahme von Ehemaligen erfahren die Patienten darüber hinaus, dass auch schwere Suchtprobleme eingegrenzt bzw. bewältigt werden können. Die Gruppengespräche orientieren sich an den Bedürfnissen der Teilnehmer. Gestützt werden können die Gruppengespräche durch die modifizierte Anwendung von geeigneten Verfahren der Kurzzeittherapie (vgl. z.B. BERG/MILLER 1995).

Die Anzahl der Gruppengespräche ist aufgrund der Aufenthaltsdauer weitgehend determiniert bzw. begrenzt. Gleichwohl sollte den Patienten die Krankenhausgruppe auch nach der Entlassung als Behandlungsalternative während der Motivationsphase angeboten werden. Der Patient kann in vertrauter Umgebung in seiner Auseinandersetzung mit seinen Suchtproblemen fortfahren.

#### Standard 20

Den Patienten wird die Teilnahme an Gruppengesprächen während ihres Krankenhausaufenthalts angeboten. Die Gruppe findet im Krankenhaus statt.

**Ehemalige**

Ehemaligen leisten im Rahmen der Gruppengespräche u.a. durch ihren Vorbildcharakter einen wichtigen Beitrag zum Aufbau von Behandlungsmotivation sowie zur Vermittlung von Erfahrungswissen aus Sicht von Betroffenen. Darüber hinaus sind sie bei der häufig wechselnden Zusammensetzung der Gruppen ein stabilisierendes Element und tragen zur Sicherung einer arbeitsfähigen Gruppengröße bei.

**Standard 21**

An den Gruppengesprächen im Krankenhaus nehmen Ehemalige teil.

## 2.4 Dokumentation und Erfahrungsaustausch

### Dokumentation

Suchterkrankungen mit oft chronischem Verlauf erfordern im Hinblick auf eine mittel- bzw. längerfristige Behandlung sowie zur Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen eine kontinuierliche Dokumentation. Eine solche Dokumentation von Klientendaten sowie Daten zu Betreuungsverlauf und -ergebnis auf Basis spezieller Dokumentationssysteme zählt zum Standard von Suchtberatung. Eine Vereinheitlichung der Datengrundlagen wurde in den letzten Jahren auf europäischer und nationaler Ebene durch die Abstimmung von Kerndatensätzen (vgl. DHS 2001b) erreicht.

Auch die im Rahmen der aufsuchenden Arbeit im Krankenhaus erhobenen Daten von Krankenhauspatienten werden mit dem jeweils verwendeten Instrument dokumentiert und ausgewertet.

#### Standard 22

Die Suchtberatung dokumentiert die Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken während und nach einem Krankenhausaufenthalt kontinuierlich mit einem Standarddokumentationssystem (z.B. Horizont, EBIS).

### Erfahrungsaustausch

Zur Sicherung der Qualität des suchtspezifischen Angebots im Krankenhaus ist ein regelmäßiger Austausch von Informationen erforderlich. Es sollte deshalb halbjährlich ein Bilanzgespräch zwischen Suchtberatung und Krankenhaus erfolgen. Als eine Grundlage für ein solches Bilanzgespräch dient u.a. die Rückmeldung über den weiteren Behandlungsverlauf der einzelnen Patienten (in den vergangenen sechs Monaten). Das Gespräch kann zudem zur Präzisierung bzw. Modifizierung von Absprachen und -routinen genutzt werden.<sup>10</sup>

#### Standard 23

Mindestens zweimal im Jahr erfolgt ein Bilanzgespräch zwischen Krankenhaus und Suchtberatung.

---

<sup>10</sup> Zur Fundierung der Ergebnisqualität wäre eine regelhaft durchgeführte kurze Patientenbefragung sinnvoll.

### 3 LITERATUR

- ARNOLD, TH., SCHMID, M., SIMMENDINGER, R. 1999  
Suchtkrankenhilfe im Krankenhaus, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 120, Baden-Baden.
- AROLT, V., DRIESSEN, M., SCHÜRMAN, A. 1995  
Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten, in: Fortschr. Neurol. Psychiat. 63, S. 283 - 288.
- BERG, I.K., MILLER, S.D. 1995  
Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg.
- BÜHRINGER, G. U.A. 1995  
Methadon-Standards - Vorschläge zur Qualitätssicherung bei Methadon-Substitution im Rahmen der Behandlung von Drogenabhängigen, Stuttgart.
- DEIGNER, S., REITZE, R., HORSCH, A. 1995  
Ergebnisse einer kombinierten Behandlung Alkoholabhängiger durch ein Akutkrankenhaus und eine externe Beratungsstelle, in: Sucht 42 (5), S. 342 - 347.
- DEMMELE R. 2001  
Voraussetzungen der Implementierung effektiver Kurzinterventionen, Manuskript, Münster.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN E.V. (DHS) 1999  
Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/1999, Hamm.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN E.V (DHS) 2001(a)  
Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Positionspapier 2001, Hamm.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN E.V. (DHS) (Hg.) 2001 (b)  
Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe - Definition und Erläuterung zum Gebrauch, Hamm.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H. (Hg.) 1991  
Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, WHO, Bern.
- ENGLER, U., SCHLANSTEDT, G., OLIVA, H. 1998  
Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 106, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- EWING, J.A. 1994  
Detecting Alcoholism - The CAGE Questionnaire, Journal of the American Medical Association, 252, S. 1905 - 1907.

- FACHVERBAND SUCHT (Hg.) 1998  
Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Bonn.
- FACHVERBAND DROGEN UND RAUSCHMITTEL (Hg.) 1997  
Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Geesthacht.
- FLEISCHMANN, H. 1999  
Suchtprobleme im Alter, in: GASTPAR, M., MANN, K., ROMMELSPACHER, H. (Hg.), Lehrbuch der Suchterkrankungen, S. 170 - 182, Stuttgart, New York.
- FICHTER, M.M. u.a. 1990  
Ergebnisse der oberbayerischen Verlaufsstudie, in: SCHMIDT (Hg.): Fortschritte in der Psychiatrischen Epidemiologie. Ergebnisse aus dem DFG-Sonderforschungsbereich "Psychiatrische Epidemiologie", Weinheim, S. 91 - 113.
- FIEDLER, A. 2001  
Informations- und Kooperationsangebot in der medizinischen Basisversorgung, in: Binad-Info 20, BINAD-LWL (Hg.), Schwerpunktthema: Sucht- Und Drogenprävention II, Münster, S. 48 - 53.
- FINNEY, W. u. MOOS, R.H. 1991  
Entering treatment for alcohol abuse - a stress and coping model, Addiction, 90, S. 1223 - 1240.
- Gölz, J. (Hg.) 1998  
Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome, Stuttgart.
- GÖRGEN, W., HARTMANN, R., WENING, M. 1999  
Suchtbezogene Sekundärprävention im Krankenhaus im Rahmen eines regionalen ärztlichen Konsiliar-/Liaisondienstes - (Zwischen-)Ergebnisse eines Modellversuchs -, in: sucht aktuell 2/99, S. 39 - 43.
- GÖRGEN, W., HARTMANN, R. 2000  
Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker - (Früh-)Erkennung und -behandlung im Krankenhaus, Projektbericht.
- GRIGOLEIT, H., WENIG, M., HÜLLINGHORST, R. 1999  
Handbuch Sucht, St. Augustin.
- HAPKE, U. u.a. 1996  
Beratung von alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus, in: DHS (Hg.): Alkohol - Konsum und Missbrauch, Alkoholismus - Therapie und Hilfe, Freiburg, S. 345 - 354.
- HAPKE, U. u.a. 1997  
Alkoholprobleme in der medizinischen Basisversorgung - Prävalanz und sekundärpräventive Strategien, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Freiburg, S. 49-59.

- HAPKE, U. u.a. 1998  
Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch, Alkoholabhängigkeit und Alkoholkrankungen in der medizinischen Basisversorgung, in: SENATOR FÜR FRAUEN, GESUNDHEIT, JUGEND, SOZIALES UND UMWELTSCHUTZ - REFERAT SUCHTKRANKENHILFE - (Hg.): Vergessene Mehrheit - chronisch Suchtkranke, Schriftenreihe Suchtkrankenhilfe Bd. 2, Bremen, S. 65 - 72.
- HAPKE, U. 2000  
Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus, Freiburg i. Br.
- HOFFMANN, R. STROBL, F. WUST, 1999  
Konzeption für die Motivationsarbeit mit suchtmittelabhängigen bzw. suchtmittelgefährdeten Patienten im Allgemeinkrankenhaus, Bad Reichenhall.
- JOHN, U. u.a. 1994  
Motivationsarbeit bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen, Tagungsbericht, Bd. 21, Köln.
- JOHN, U. u.a. 1996  
Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit in der allgemeinmedizinischen Versorgung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71, Baden-Baden.
- JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.-J. 1997  
Gesundheitsversorgung und Sekundärprävention der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, in: WATZL, H., ROCKSTROH, B. (Hg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen, S. 185-199.
- JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.J. 2000  
Frühintervention bei Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch, in: Sucht Aktuell, 1, S. 4 - 7.
- KELLER, S. 1999  
Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Freiburg i. Br.
- KREMER, G. u.a. 1997a  
Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Freiburg i.Br., S. 60 - 74.
- KREMER, G. u.a. 1997b  
Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke, in: ENGLER, U. u.a.: Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen, Abschlussbericht der Projektgruppe im Modellverbund, S. 8 - 50.

- KREMER, G. u.a. 1999  
Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Krankenhaus, in: Sucht, 45 Jg., Heft 2, S. 80 - 88.
- LESLIE/LEARMONTH 1997  
Beratung im Allgemeinkrankenhaus, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Freiburg, S. 42 - 48.
- MEINHOLD, M. 1996  
Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit, Freiburg i.Br.
- MILLER, W., ROLLNICK, S. 1999  
Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Hg. und für die dt. Ausg. bearb. von KREMER, G., SCHROERS, B., Freiburg i.Br.
- OLIVA, H, GÖRGEN, W., SCHLANSTEDT, G., SCHU, M., SOMMER, L. 2001  
Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke - Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 135, Baden-Baden.
- PÖRKSEN u.a. 1997  
Zur Finanzierung von Screening, Diagnostik und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxis und Allgemeinkrankenhaus, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Freiburg, S. 87 - 93.
- POLTE, M. u.a. 1999  
Schätzung der Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses, in: Sucht 45 (3), S. 187 - 194.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMETE, C.C. 1984  
The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapie, Dow Jones Irwin, Homewood.
- RATHJE, E. 1997  
Kooperation: Notwendige Verzahnung und Kooperation im Gesundheitswesen, in: Das Krankenhaus, 4, 178.
- ROGERS, C. 1977  
Therapeut und Klient, München.
- ROLLNICK, S., HEATHER, N., BELL, A. 1992  
Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing, in: Journal of Mental Health, 1/92, S. 25 - 37.
- RUMPF, H.-J., HAPKE, U., JOHN, U. 1997  
Spezifika des Settings im Allgemeinkrankenhaus und ihre Bedeutung für die Vernetzung von Suchthilfen, in: JOHN, U., DHS (Hg.): Regionale Suchtkrankenversorgung - Konzepte und Kooperationen, Lambertus, Freiburg i.Br.

- RUMPF, H.-J. 2001  
Die Bedeutung von Kurzintervention für die Suchthilfe, in: DHS (Hrg.)  
Individuelle Hilfen für Suchtkranke - Früh erkennen, professionell handeln,  
effektiv integrieren, Freiburg i.Br.
- SCHAEFFER, D. 1995,  
Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurati-  
ver Institutionen, in: Das Gesundheitswesen, Vol. 57 (No. 3 - Sonderdruck),  
Stuttgart, S. 145 - 150.
- SCHMID, R. 1998  
Weiterentwicklung des Krankenhauses und seines Leistungsangebots, in: Arzt  
und Krankenhaus, 3, S. 60 - 65.
- SCHWOON 1992  
Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker, in:  
WIENBERG, G. (Hg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung  
alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.
- SEITZ, K. u.a. (Hg.) 1995  
Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden, Leipzig.
- SOYKA, M. 1995  
Die Alkoholkrankheit - Diagnose und Therapie, London.
- TRESS, W., SCHEPANK, H. 1990  
Zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung, in:  
SCHMIDT (Hg.): Fortschritte in der psychiatrischen Epidemiologie. Ergebnisse  
aus dem DFG-Sonderforschungsbereich "Psychiatrische Epidemiologie",  
Weinheim, S. 75 - 87.
- UCHTENHAGEN, A. 1997  
Zur Umsetzung neuer Behandlungsstrategien - Vorschläge und Perspektiven,  
in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Bahandlungsstrategien bei  
Alkoholproblemen, Freiburg, S. 144 - 149.
- VORMANN, U. 1997  
Alkoholmissbrauch im Alter - Entstehungsbedingungen, Erscheinungsbild  
und Hilfeangebote, in: NIEDERSÄCHSISCHE LANDESSTELLE GEGEN DIE  
SUCHTGEFAHREN (Hg.): Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter,  
Dokumentation des Studientags vom 16. Oktober 1997, Hannover.
- VOLZ, M., RIST, F., ALM, B. 1998  
Screening für Alkoholprobleme in einer chirurgischen Abteilung mit Hilfe des  
Kurzfragebogens LAST, in: Sucht 44 (5), S. 310 - 321.
- VOLZ, M. 1999  
Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus, in:  
PITTRICH, W., ROMETSCH, W., SARRAZIN, D. (Hg.): Aktuelle Entwicklungen in  
der Behandlung Alkoholabhängiger, Forum Sucht, Bd. 24, Münster.

WIENBERG, G. (Hg.) 1992

Die vergessene Mehrheit - zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.

WIENBERG, G. 1994

Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen, Tagungsbericht Band 21, Köln, S. 18 - 37.

WIENBERG, G. 1995

Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung, in: MANN/BUCHKEMPER (Hg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sucht Sonderband, S. 13 - 17.

ZEISSLER, E. 1999

Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung: erste katamnestische Ergebnisse, in: Sucht, 45 Jg., Heft 2, S. 100 - 107.