

## **Was darf man von einer psychiatrischen Akutbehandlung Suchtkranker erwarten?**

- Vortrag auf dem 5. Fachtag der DGSP am 06.03.2014 in Nürnberg

Prof. Lieb aus Mainz hat in seinem Buch „Interessenkonflikte in der Medizin“ herausgearbeitet, unter welchen vielfältigen Einflüssen Entscheidungen von Ärzten stehen, wenn sie Patienten bestimmte Behandlungen verordnen. Dabei hat er in sehr eindrücklicher Weise herausgearbeitet, welchen vielfältigen Einflüssen derartige Entscheidungen unterliegen und wie schwer es ist, persönlichen Überzeugungen entsprechend zu handeln. Sein Resümee ist im Wesentlichen, dass es immer solche Interessenskonflikte gibt und dass es wesentlich darauf ankommt, diese transparent zu machen, damit die Nutzer, in diesem Fall die Patienten, die Interessenkonflikte durchschauen können und ihre eigenen Entscheidungen darauf abstellen können.

Wenn wir uns also mit der Frage beschäftigen, welche Erwartungen man an eine Akutbehandlung für Suchtkranke in der Psychiatrie haben darf, sollte man sich zunächst mit der Frage beschäftigen, welche Interessenkonflikte hier vorliegen und welche Bedeutung das für die Versorgung und Behandlung von suchtkranken Patienten in der behandlungsbedürftigen Akutsituation hat. Nur das gibt den Betroffenen die Möglichkeit, die für sich stimmige und angemessene Entscheidung zu treffen und die Empfehlungen der behandelnden Kollegen angemessen einschätzen zu können.

Joachim Körkel hat an anderer Stelle auf die Bedarfe hingewiesen, die sich aus der subjektiven Bewertung der Situation suchtkranker Patienten ergeben. Sie wünschen sich in Notfallsituationen, z.B. im Entzug oder in Situationen seelischer und sozialer Not, eine schnelle Aufnahme und betrachten eine Entgiftungsstation dann häufig als einen sicheren Ort, an dem sie ausnüchtern oder entgiften können und sich mit Unterstützung der vorhandenen Kollegen neu reorientieren können. Im weiteren Verlauf ist es für sie wichtig, Behandlungsangebote nutzen zu können, von denen sie lernen, wie sie den erreichten Zustand möglichst lange aufrechterhalten können. In

vielen Situationen geht es dann auch darum, seelische Begleitstörungen zu behandeln, damit Depressionen, Ängste oder Traumafolgestörungen so weit stabilisiert werden, dass Patienten in ihrem Alltag damit wieder zurecht kommen.

Ein besonderes Augenmerk verdienen bei der Betrachtung der verschiedenen Interessenlagen die ökonomischen Bedarfe eines Krankenhauses, die im Akutbehandlungsbereich für suchtkranke Patienten in der Psychiatrie zum Tragen kommen. Krankenhäuser stehen seit vielen Jahren unter sehr hohem finanziellem Druck und sind darauf angewiesen, die eigene Arbeit so zu organisieren, dass Ressourcen gespart werden, kein unnötiger Aufwand entsteht und dass die Einnahmen die Ausgaben zumindest decken.

Bisher galt in der von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) -finanzierten psychiatrischen Krankenhausbehandlung der Tagespflegesatz. Das bedeutet, dass für jeden Tag im Krankenhaus der gleiche Pflegesatz bezahlt wird, unabhängig davon, wie krank, behandlungsbedürftig oder aufwändig ein Patient ist und unter welchen Umständen er in Krankenhausbehandlung gekommen ist.

Wenn ein Krankenhaus ökonomisch wirtschaften will, sollte es unter diesen Voraussetzungen bestimmte Regeln beachten:

1. Unter Ressourcengesichtspunkten ist es vernünftiger, gesunde Patienten zu behandeln als kranke, weil kranke sehr viel mehr Ressourcen verbrauchen und trotzdem nicht mehr Geld bringen. Aus diesem Grund lohnen sich für Krankenhäuser Selektionen, die schwierige Patienten außen vorhalten und möglichst viele weitgehend gesunde Patienten zur Aufnahme kommen lassen. Eine besonders beliebte Möglichkeit innerhalb der Akutbehandlung Suchtkranker in der Psychiatrie ist die Aufnahme von Patienten über Warteliste. Bei ausreichend langen Wartelisten führt das dazu, dass instabile und chronifizierte Patienten es nicht schaffen, sich täglich zu melden und dadurch von der Warteliste runterfallen. Hochmotivierte, weitgehend stabile und veränderungsoffene Patienten mit guter sozialer Unterstützung schaffen es hingegen, die Wartezeiten durchzuhalten und kommen dann zur stationären Aufnahme. Durch den Selektionsmechanismus hat man dann auf der Station nur noch motivierte Patienten mit vergleichsweise geringem Aufwand für das Behandlungspersonal. Da auf den Stationen immer weniger

Mitarbeiter vorhanden sind, müssen Mitarbeiter so platziert werden, dass viele Mitarbeiter da sind, wenn viel Arbeit gemacht werden muss und wenig Mitarbeiter, wenn wenig Arbeit da ist. Daraus ergibt sich, dass Behandlung so planbar wie möglich sein muss. Wenn alle Neuaufnahmen vormittags einbestellt werden können und für den Rest des Tages keine Aufnahmen mehr zugelassen werden, kann das Personal auf den Vormittag konzentriert werden. Den Rest des Tages müssen dann nur noch akademische Berufsgruppen vorhanden sein, um Therapiegruppen und Einzelgespräche zu machen. Nachts ist wenig Personal erforderlich, weil wenig Akutpatienten vorhanden sind, die notfallmäßig Hilfe benötigen. Würde eine Klinik sich für Notfallbehandlungen rund um die Uhr offen halten, müsste sie rund um die Uhr Personal bereit halten, das dieser Aufgabe gewachsen ist, auch wenn gar nicht absehbar ist, ob wirklich jemand kommt oder ob an einem Tag vielleicht mehrere Notaufnahmen kommen. Wenn Patienten erst einmal zur Aufnahme gekommen sind, machen die ersten Tage, in denen die Patienten im körperlichen Entzug sind oder wenn die Eingangsdagnostik laufen muss, besonders viel Arbeit. Sie sind dadurch besonders kostenintensiv. Wenn die Patienten länger bleiben, sind sie in der Regel deutlich stabilisiert und können sich selbst versorgen. Sie verbrauchen dann deutlich weniger Ressourcen. Das Krankenhaus erhält aber den gleichen Pflegesatz. Insofern macht es für Krankenhäuser Sinn, im Tagespflegesatz Patienten möglichst lange zu halten, um viele stabile Selbstversorger auf der Station zu haben.

Schließlich sind die Pflegesätze so ausgerichtet, dass sich mit stationärer Krankenhausbehandlung, zumindest wenn die Betten voll sind, viel Geld verdienen lässt, während die ambulante Behandlung stark unterfinanziert ist. Insofern ist es für ein Krankenhaus nicht lohnend, ambulante Behandlung anzubieten. Zudem nimmt eine gut funktionierende Ambulanz, die z.B. qualifizierte ambulante Entgiftungen anbietet, der Station Patienten weg, was sich ökonomisch negativ auswirkt. Insofern lohnt sich ambulante Arbeit für Krankenhäuser nur dadurch, dass sie der Station Patienten zuführt. Ambulante Arbeit, die stationäre Behandlung verhindert, ist aus ökonomischer Perspektive dysfunktional.

Qualifizierte Kollegen haben sich umfangreich Gedanken darüber gemacht, wie die effektivste Entzugsbehandlung suchtkranker Patienten aussehen könnte. Nachdem schon in den 90er Jahren der sogn. „qualifizierte stationäre Entzug“ entwickelt worden ist mit definierten Qualitätsmerkmalen, sind in den letzten Jahren sogn. AWMF-Leitlinien entwickelt worden, in denen wissenschaftliche Arbeiten dahingehend ausgewertet werden, wie die effektivste Entzugsbehandlung suchtkranken Patienten aussehen könnte. Herr Wodarz ([Internetzugang](#)) aus Regensburg hat im Januar 2014 auf der Suchtbereichsleitertagung der Bundesdirektorenkonferenz den aktuellen Stand der Diskussion zu den aktuellen Richtlinien zur Akutbehandlung von Alkoholpatienten vorgestellt. Dabei ist deutlich geworden, dass die Entzugsbehandlung im Krankenhaus letztlich zu komplex ist, um die Wirkfaktoren einzelner Maßnahmen daran angemessen zu belegen. Es gibt Untersuchungen darüber, dass stationäre Behandlungen in der Psychiatrie effektiver sind als im Allgemeinkrankenhaus und dass eine dreiwöchige qualifizierte Behandlung mit definierten Therapieelementen wirksamer ist als eine andere kürzere, die diese Elemente nicht hat. Ob aber gerade im Wiederholungsfall mehr Behandlung immer mehr bringt, wie viele Behandlungen pro Jahr wie viel bringen, was in einer Behandlung tatsächlich stattfinden muss, was unentbehrlich ist, ist letztendlich nicht belegt und wird im Grunde über Expertenmeinungen zusammengetragen. Die Experten haben ein klares Eigeninteresse, möglichst lange Behandlungsdauern zu rechtfertigen. Studien von unabhängiger Seite, d.h. von Kollegen, die nicht selbst in einem Interessenkonflikt im Hinblick auf die Auslastung der eigenen Einrichtung liegen, liegen quasi nicht vor.

Festzustellen ist, dass in allen anderen Ländern der Welt viel mehr Patienten ambulant entgiftet werden als bei uns und nirgendwo Suchtpatienten so lange hospitalisiert werden, wie das in Deutschland üblich ist.

Ein Großteil der Studien ist bisher auch überwiegend unter dem Aspekt der Effektivität betrachtet worden. Wie man bei begrenzter Ressourcenlage die vorhandenen Mittel so einsetzt, dass sie tatsächlich auch effizient genutzt werden, d.h. dass für möglichst viele Leute ein möglichst hoher Effekt bereit gestellt werden kann, ist von all diesen Untersuchungen kaum berücksichtigt

worden. Dass ist aber die Situation, in der die meisten GKV-finanzierten Suchtbehandlungen in der Psychiatrie ablaufen. Es gibt eine begrenzte Anzahl von Betten für eine unübersehbare Zahl von Suchtpatienten. Es stellt sich die Frage, wie die vorhandenen Ressourcen so eingesetzt werden können, dass sie möglichst vielen behandlungsbedürftigen Patienten möglichst umfassend zur Verfügung stehen.

Nicht zu vernachlässigen ist die Interessenlage der Kollegen selbst, die mit suchtkranken Patienten arbeiten. Gerade in der Situation der letzten Jahre, in der die Ressourcenlage knapper geworden ist, wünschen auch sie sich möglichst geplante Behandlungen mit möglichst wenig Störaktionen von außen. Auch sie sind froh, wenn Patienten länger bleiben, weil sie dann mehr stabile Patienten auf der Station haben, die das Klima positiv beeinflussen und beruhigenden Einfluss auf ihre Mitpatienten ausüben können. Überhaupt ist es auch für Kollegen auf einer Station angenehmer, mit nüchternen Patienten zu arbeiten als mit betrunkenen. Schließlich ist das Thema Sucht nicht selten mit Dissozialität und Gewalt verbunden, die für die beteiligten Mitarbeiter eine große Herausforderung darstellen. Höfliche, freundliche und kooperative Patienten sind auch einem Mitarbeiter auf einer psychiatrischen Station lieber als expansive, bedrohliche, emotional instabile oder gar kriminelle Patienten.

Wenn man also Kollegen fragt, wie sie am liebsten selbst arbeiten würden, so äußern viele, sie hätten gerne mehr Zeit, würden gerne mit Patienten mehr sprechen, würden gerne längere Verläufe begleiten und mehr aus dem persönlichen Kontakt mit den Patienten arbeiten. Die Interessen decken sich damit eigentlich an vielen Stellen mit dem, was schon zur Frage wirtschaftlichen Arbeitens angesprochen worden war.

Schließlich bleibt als letztes die Frage, was unter den Bedingungen der psychiatrischen Pflichtversorgung eigentlich sinnvoll ist, was also aus der kommunalen Bedarfslage einer Region von einer Psychiatrischen Klinik erwartet werden darf. Als von den damaligen Protagonisten der DGSP Mitte der 70er Jahre die Psychiatriereform vorangetrieben wurde, wurden für umschriebene Regionen Psychiatrische Krankenhäuser als Pflichtversorger eingesetzt, die die Aufgabe übernehmen sollten, sich insbesondere für die

Patienten verantwortlich zu fühlen, die ohne eine solche Pflichtversorgung immer durchs Rost gefallen wären. Dazu gehören nicht nur die Patienten, die im Rahmen der Pflichtversorgung nach PsychKG untergebracht werden, sondern auch die, die an vielen Stellen als Systemsprenger bezeichnet werden, die sich also in vorstrukturierte Therapiepläne nicht einbinden lassen und von denen Klaus Dörner einmal gesagt hat, dass man an ihrer Versorgung und an dem Umgang mit ihnen die Qualität eines regionalen Pflichtversorgungssystems erkennen könne.

Aus der Versorgungsperspektive ist ein psychiatrisches Krankenhaus der Pflichtversorgung dafür zuständig, sich um die Patienten zu kümmern, um die sich die Anbieter, die sich ihre Patienten frei wählen können, nicht kümmern. Dabei handelt es sich innerhalb des Suchtbereiches insbesondere um all die Patienten, die gegen ihren Willen zur Aufnahme kommen, die als Akutpatienten ohne Vorlauf zur Behandlung eingeliefert werden, die als chronische Patienten mit Multiproblemlagen im Versorgungssystem immer wieder auffällig werden und dieses an ihre Grenzen bringen. Und schließlich die Patienten, die mit zum Teil sehr spezifischen Problemlagen Hilfe benötigen, die aufgrund der besonderen Konstellation in der Region nicht angeboten werden kann. Dazu können bestimmte Migrantengruppen gehören, insbesondere solche, die unzureichend die deutsche Sprache beherrschen, Patienten mit gestörter Impulskontrolle, deren Unberechenbarkeit für andere Einrichtungen überfordernd ist, Patienten mit komplexen Problemlagen, die z.B. suchtkrank, psychisch krank und körperbehindert sind oder schwere akute körperliche Erkrankungen haben oder solche Patienten, die wegen ihres schwierigen Persönlichkeitsprofils in regulären Behandlungen nicht zurecht kommen und spezifische Zugänge benötigen, um in einem Behandlungssetting mit ihnen umgehen zu können. Dazu gehören viele der narzisstisch strukturierte Patienten, aber auch viele Borderline-Patienten oder dissoziale Patienten.

Fasst man nun diese unterschiedlichen Interessenlagen von Patienten, Geschäftsführern, Mitarbeitern auf Station, Fachleuten in den Gremien und kommunalen Versorgungsplanern zusammen, so ergeben sich höchst divergente Interessen. Insbesondere die Bedarfe, die sich aus der

kommunalen Versorgung abgeleitet haben, stehen in einem lebhaften Widerspruch zu den natürlichen Interessen, die sich aus der wirtschaftlichen und personellen Situation psychiatrischer Krankenhäuser ergeben. Aus der Versorgungsperspektive, aber auch aus der Sicht von Patienten wünscht man sich eine niederschwellige, leicht zugängliche, flexible, individuell zugeschnittene Versorgungspraxis, die insbesondere die Personengruppen berücksichtigt, die in höherschwelligen Behandlungseinrichtungen keinen Zugang finden. Es ist kein Wunder, dass es an dieser Stelle immer wieder zu Konflikten kommen muss.

Es ist sehr zu bedauern, dass aus viele Kollegen auf diese widersprüchlichen Interessen, die in diesem Arbeitsfeld aktuell vorliegen, zu wenig hinweisen und das zu wenig transparent machen. Zu einer sachgerechten Versorgung Suchtkranker kann es nur dann kommen, wenn diese Interessenkonflikte transparent gemacht werden, offen angesprochen werden und Rahmenbedingungen so verändert werden, dass es sich für Krankenhäuser und ihrer Angestellten lohnt, die Arbeit so zu machen, wie sie vom Versorgungssystem und den Betroffenen selbst als notwendig angesehen wird.

Aktuell wird das **PEPP-System** eingeführt, das bei der Finanzierung psychiatrischer Krankenhausbehandlung neue Akzente setzt. Im neuen System sollen kürzere Aufenthalte besser bezahlt werden als längere, kränkere Patienten besser refinanziert werden als gesündere und intensivere Behandlungen besser abgebildet werden als Behandlungen von Patienten, die wenig Versorgung haben. Von den psychiatrischen Krankenhäusern wird diese Neuakzentuierung mit großer Sorge betrachtet. Es sind massive Widerstände entstanden, weil Sorge besteht, dass psychiatrische Krankenhäuser unter einen unbeherrschbaren Ökonomisierungsdruck geraten. Zudem besteht die Sorge, dass es dem System nicht gelingt, den Aufwand, der durch kurze Intensivbehandlungen entsteht, so abzubilden, dass die tatsächlich geleistete Arbeit angemessen refinanziert wird. Zudem ist der Dokumentationsaufwand extrem hoch. Zum Teil werden absurde Akzente gesetzt und Interessenkonflikte verschiedener Akteure an der Neuformulierung der Kostenregelung sind unzureichend deutlich.

Problematisch ist insbesondere, dass das PEPP unzureichend gegenfinanziert wird und dadurch tatsächlich die Sorge entstehen muss, dass die Gesamtversorgung darunter leidet.

Letztlich muss man sich dem Thema so nähern, dass zunächst definiert wird, welche Ziele letztlich mit den bestehenden Suchthilfeangeboten erreicht werden sollen.

Aus Versorgungsperspektive, aber auch im Hinblick auf Effektivität und Effizienz müssen dafür folgende Grundsätze gelten:

1. Ambulante Behandlung vor stationärer Behandlung
2. Kurze stationäre Aufenthalte sind besser als lange stationäre Aufenthalte
3. Niederschwellige Kriseninterventionen haben Vorrang vor elektiven Behandlungsindikationen
4. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten haben da Vorrang, wo sie von anderen Anbietern in der Region nicht abgedeckt werden können.

Wenn man psychiatrische Pflichtversorgung suchtkranker Patienten so verstehen will, ergeben sich daraus folgende Überlegungen:

Akute Intoxikationen von alkoholabhängigen Patienten stellen in vielen Situationen akute Gefahrenlagen dar, die im psychiatrischen Krankenhaus einen niederschweligen Zugang erfordern. Psychiatrische Krankenhäuser müssen sich deswegen für Suchtpatienten niederschwellig zugänglich machen und sich ab dem Zeitpunkt des Erstkontaktes für weitere Behandlungscoordination verantwortlich machen. Dafür müssen individuell stimmige Behandlungswege gewählt werden.

Ein zentrales Merkmal eines solchen niederschweligen Zugangs sind werktägliche offene Sprechstunden in einer Psychiatrischen Institutsambulanz für Suchtkranke, in denen suchtkranke Patienten in akuter Not vorsprechen können, um gemeinsam zu besprechen, ob eine direkte Aufnahme erforderlich



ist oder ob über ambulante Entgiftung oder andere unterstützende Maßnahmen andere überbrückende Strategien gewählt werden können.

Psychiatrische Krankenhäuser müssen im Rahmen ihres Pflichtversorgungsauftrags für Akutpatienten immer zugänglich sein und in Akutsituationen die Möglichkeit haben, Patienten aufzunehmen.

Da es für motivierte Patienten, die eine strukturierte Behandlung suchen, eine ganze Reihe von alternativen Behandlungsangeboten gibt, besteht die vorrangige Aufgabe einer Versorgungspsychiatrie darin, sich für Krisen- und Akutbehandlungen bereit zu stellen und sich um die Patienten zu kümmern, die Behandlungsbedarf haben, für die aus der individuellen Situation heraus aber höherschwellige Angebote bislang überfordernd sind. Was in diesen Fällen erforderlich ist, kann häufig nur sehr individuell geklärt werden. Gerade bei chronischen Patienten kann die stationäre Entzugsbehandlung dabei niemals Selbstzweck sein. Vielmehr kommt es gerade bei chronischen Patienten darauf an, unterhalb der Abstinenzschwelle Ziele zu definieren, die die existenziellen Grundlagen der Patienten absichern helfen. Dazu gehört das Überleben selbst, das Vermeiden schwererer körperlicher Komplikationen, ein Dach über dem Kopf, eine Beschäftigung am Tag, soziale Anbindung und zumindest die Option einer ambulanten Anschlussperspektive von professioneller Seite.

Es sollte Grundsatz einer jeden psychiatrischen Akutbehandlung suchtkranker Patienten sein, dass am Entlasstag feststeht, wer im Anschluss zuständig sein wird und welches individuelle Ziel definiert worden ist, um die Situation entweder zu stabilisieren, erneute Wiederaufnahmen zu verhindern oder erste kleine Schritte in Richtung Veränderung zu tun.

Eine solche Zielsetzung kann nur umgesetzt werden, wenn psychiatrische Kliniken sehr gut in der Region vernetzt sind und in alle Richtungen Anknüpfungsmöglichkeiten vorhalten, an die gerade chronische Patienten weitervermittelt werden können. Psychiatrische Versorgungskliniken können an der Stelle nicht einfach nur soziale Dienstleister sein. Es geht auch darum, das eigene Handeln als qualifizierte Krankenbehandlung auszuzeichnen. Insofern geht es gerade hier um methodisch geleitetes Handeln. In

Deutschland hat sich an dieser Stelle in den letzten Jahren der Community Reinforcement Approach verbreitet, der auf einer evidenzbasierten verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Grundlage methodisch geleitetes Handeln auf der einen Seite mit verantwortlichem handeln im Dienste von Patienten und Solidargemeinschaft verbindet. Grundsätzlich sind auch andere fachliche Fundierungen denkbar. Ich halte es für gerechtfertigt, dass GKV-finanzierte Krankenhäuser nachweisen müssen, dass sie nicht nur Drehtürbehandlungen machen, in denen sich erfolgloses Handeln wiederholt und chronifizierte Situationen weiter chronifiziert werden, sondern dass eine zielorientierte reflektierte methodische Krankenbehandlung stattfindet, die veränderungsorientiert ist und den Namen Behandlung tatsächlich auch verdient.

Unter fachlichen Gesichtspunkten ist abschließend hervorzuheben, dass die Versorgungspsychiatrie häufig mit Behandlungskonstellationen konfrontiert wird, an der alle anderen Anbieter in einem Versorgungssystem scheitern. Stellvertretend dafür sollen suchtkranke konsumierende Traumapatienten genannt werden, die in (fast) keiner der hochspezialisierten hochkompetenten Traumakliniken unterkommen können, weil sie alle nur Traumapatienten aufnehmen wollen, die vorher eine wochen- oder monatelange Stabilität und Abstinenz nachgewiesen haben. Alle anderen Patienten werden quasi als unbehandelbar angesehen. Psychiatrie ist damit konfrontiert, sich auch mit diesen Patienten auseinander zu setzen, die vital hochgefährdet sind, viel Emotionalität und Impulsivität in die Behandlung reinbringen und damit maximale Flexibilität und Durchhaltevermögen auf Therapeutenseite erfordern. Gleiches gilt für psychisch schwer erkrankte Flüchtlinge und Asylbewerber, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind und deren Problemlagen auf ihrem kulturellen Hintergrund schwer verständlich und kaum lösbar erscheinen. Eine Klinik mit psychiatrischer Pflichtversorgung kann sich keinem dieser Aufträge entziehen und muss jeden neu als Herausforderung annehmen. Die Kliniken sind mit all diesen Patienten konfrontiert, wenn sich Situationen zugespitzt haben, wenn Rat- und Hoffnungslosigkeit sich breit gemacht haben und wenn die versorgenden Institutionen außerhalb mit ihrem Latein am Ende sind. Insofern lastet auf Kliniken und den beteiligten

Mitarbeitern, die diese Versorgungsaufgaben wahrnehmen, eine hohe Verantwortung, für die sie viel Respekt verdienen. Man darf sich glücklich schätzen, dass in den meisten psychiatrischen Kliniken die Situation bisher so war, dass solche Aufgaben in aller Regel kompetent geschultert werden konnten. Es steht nach meiner Überzeugung außer Frage, dass der eigentliche Skandal, anders als vor der Psychiatriereform, gegenwärtig nicht in der Psychiatrie zu suchen ist, sondern in somatischen Krankenhäusern.

Gleichzeitig müssen Mitarbeitende in der Psychiatrie selbst darauf aufpassen, dass im Rahmen von Kostenreformen die Zustände nicht so werden, wie wir sie jetzt in der Somatik haben. Die Schwerpunkte, die das neue Finanzierungssystem PEPP setzt, mögen grundsätzlich richtig sein, dass das ganze System zu einer noch stärkeren Ökonomisierung des Gesundheitssystems in der Psychiatrie führen wird und dass komplementäre Bereiche wie die ambulante Suchtkrankenbehandlung unzureichend gefördert und gestützt werden,. Insofern sind erhebliche Anstrengungen erforderlich, um das aufzufangen.

Handlungsfähig werden wir alle in diesem Bereich sicher nur dann, wenn wir bei der Versorgung von Suchtkranken nicht immer nur die Interessen der eigenen Institution im Blick behalten, sondern orientiert am Interesse unserer Suchtpatienten, Interessen verschiedener Träger und Beteiligten so zusammenführen, dass Interessenkonflikte offen ausgehandelt werden können und so zusammengeführt werden, dass eine sinnstiftende Behandlung in einer Verantwortungsgemeinschaft dabei herauskommt, die für alle ein zumutbares, vielleicht sogar freudvolles Arbeiten möglich sein lässt.

Dr. Martin Reker