



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

wgkk

Wiener Gebietskrankenkasse



Alkohol 2020

—

Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung: Das Wiener Modell

- Pilotprojekt Phase I -



Alkohol 2020 - Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung: Das Wiener Modell von Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Autorin: Lenea Reuvers, MA, Projektleiterin „Alkohol 2020“

Stand: Juli 2015

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Mitgliedern der Fokusgruppen und der Steuerungsgruppe für die gute Zusammenarbeit bei der Konzepterstellung:

DI Kurt Aust

Mag.^a Agnes Berlakovich

Mag.^a Martina Böhsner

Dr.ⁱⁿ Barbara Degen

Hans Dlouhy

Mag. Stefan Dobias

Dr.ⁱⁿ Susanne Drapalik

Michael Dressel, MA

Gabriele Eichhorn, MBA

DKS Melanie Ettliger

Univ. Prof. DDr. Peter Fischer

Dr. Christian Gebhardt

Mag. Michel Haas

Dr. Hans Haltmayer

Mag.^a Beate Heiß

Prim. Dr. Robert Herz

Dr. Ewald Höld

Dr.ⁱⁿ Renate Hoffmann-Dorninger

Mag.^a Ursula Griesser

Mag.^a Kristina Hametner

Mag.^a Liane Hanifl

Werner Hilbert

Dr.ⁱⁿ Barbara Kaiser

Mag. Dominik Kalwoda

Mag.^a Isabel Koberwein

Walter Kolar

Dr.ⁱⁿ Ingrid Kollmann

Mag.^a Claudia Kral-Bast

Mag.^a Christina Kraml

Dr. Martin Kratochwil

Ewald Lochner, MA

Prim. Dr. Roland Mader

Dr. Stefan Menghin

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek

Dr. Michael Nikl

Dr. Walter North

Mag.^a Monika Pilgerstorfer

Mag. Adrian Porsche

Chefarzt Prim. Dr. Georg Psota

Dr. Otto Rafetseder

Dr. Gerhard Rechberger

Lenea Reuvers, MA

Direktor Alfred Rohrhofer

Prim. Dr. Shird-Dieter Schindler

Dr.ⁱⁿ Hermine Schmidhofer

Dr. Artur Schroers

Mag.^a Vanessa Schwärzler

HR Prim. Dr. Kurt Sindermann

Mag.^a Jana Sonnberger

Mag.^a Sarah Szadowsky

Dr.ⁱⁿ Marianne Wachter

Mag.^a Karin Wagner

Ao. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Henriette Walter

MMag. Sabine Wieser

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1 <i>Die Prävalenz der Alkoholerkrankung</i>	
1.2 <i>Die volkswirtschaftlichen Kosten der Alkoholkrankheit</i>	
1.3 <i>Die bisherigen Betreuungsangebote in Wien</i>	
2. Alkohol 2020: Versorgung am „Best Point of Service“	8
2.1 <i>Der niedergelassene Bereich: Früherkennung, Kurzintervention und Nachbetreuung</i>	
2.2 <i>Der klinische Bereich: Versorgung von akuten und schweren Fällen</i>	
2.3 <i>Der spezialisierte Bereich: Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation</i>	
2.4 <i>Das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem</i>	
2.5 <i>Das Nahtstellenmanagement</i>	
3. Die Betreuung im Bereich der spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen	12
3.1 <i>Die Aufgaben des regionalen Kompetenzzentrums</i>	
3.2 <i>Die Wiener Multidimensionale Diagnostik</i>	
3.3 <i>Die Maßnahmenpläne</i>	
3.4 <i>Die Module</i>	
3.5 <i>Der Bewilligungsprozess</i>	
4. Die Honorierung im spezialisierten Bereich	19
4.1 <i>Die Qualitätsstandards</i>	
4.2 <i>Die Modulkalkulation</i>	
4.3 <i>Der Verrechnungsprozess</i>	
5 Leistungscontrolling und Dokumentation	22
6. Finanzierung	24
7. Weitere Informationen und Ausblick	25
Anhang	26

1 Einleitung

Alkohol gehört in Österreich zum gesellschaftlichen Alltag und ist Teil unserer Kultur. Die Grenzen zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit sind fließend und oftmals nur schwer wahrnehmbar. Es ist daher wichtig, einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu fördern, um schwerwiegende Folgen für die Betroffenen sowie für unsere Gesellschaft zu verhindern. Wo jedoch Alkoholprobleme entstehen, werden für Menschen mit einer Alkoholerkrankung integrierte Betreuungsangebote benötigt. Von wesentlicher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die frühzeitige Reaktion auf Alkoholprobleme. Je früher eine Intervention erfolgt, desto größer ist die Chance, eine Abhängigkeit oder andere gesundheitliche Folgeprobleme zu vermeiden.

Im Auftrag der amtsführenden Wiener Stadträtin für Gesundheit und Soziales, Mag.^a Sonja Wehsely, und der Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), Mag.^a Ingrid Reischl, wurde das Projekt „Alkohol 2020“ ins Leben gerufen, um ein integriertes System von Betreuungsangeboten für alkoholranke Menschen in Wien aufzubauen. Damit wird zu den Zielen der Landeszielsteuerung im Rahmen der Gesundheitsreform beigetragen, konkrete positive Auswirkungen auf die Versorgung von Menschen am „Best Point of Service“ zu bewirken. Es ist dabei gelungen, die Pensionsversicherungsanstalt (PVA), im Auftrag ihres Obmanns Manfred Felix, als Partner für das Projekt „Alkohol 2020“ in Wien zu gewinnen. Dieses Projekt begründet die erstmalige Zusammenarbeit der PVA, der WGKK und der Stadt Wien als gemeinsame Partner in der Konzeption, Umsetzung und Finanzierung der Betreuung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien.

Nach erfolgter Bestandsaufnahme wurde im Rahmen des Projekts „Alkohol 2020“ in verschiedenen ExpertInnengruppen unter Leitung des Koordinators für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, Michael Dressel, MA, und der Leiterin der Abteilung für Vertragspartnerverrechnung und Verhandlung der Wiener Gebietskrankenkasse, Mag.^a Ursula Griesser, ein Gesamtkonzept für die Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien entwickelt, das die beteiligten Einrichtungen und ExpertInnen miteinander vernetzt, bedarfs- und zielgruppenorientiert ausgerichtet ist und ambulante wie stationäre rehabilitative und integrationsfördernde Angebote aufeinander abstimmt. Ziel ist es, alkoholranke Menschen sektorenübergreifend am „Best Point of Service“ zu betreuen, um zu bewirken, dass sie objektiv wie auch subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind.

Das vorliegende Kurzkonzept konzentriert sich dabei ausschließlich auf die Betreuung (inklusive Behandlung und Rehabilitation) von Menschen mit einer Alkoholerkrankung. Gleichzeitig ist evident, dass eine sinnvolle Auseinandersetzung mit dem Thema ebenso Suchtprävention, die Re-Integration von Menschen mit Alkoholproblemen in den Arbeitsmarkt, sowie den Bereich der So-

zialen Arbeit im öffentlichen Raum mit einschließen muss. Auch für diese Bereiche sind geeignete Maßnahmen und Strategien in Planung.

1.1 Die Prävalenz der Alkoholerkrankung

Alkohol ist neben Nikotin auch im Vergleich zu illegalen Suchtmitteln weltweit die Substanz mit der größten Krankheitslast („Burden of Disease“). Gemäß aktuellen epidemiologischen Berechnungen ist Österreich hier keine Ausnahme. Im Querschnitt sind bis zu 5% der österreichischen Bevölkerung ab dem 16. Lebensjahr alkoholabhängig, weitere 12% konsumieren Alkohol in riskanter Weise. Männer sind mehr als doppelt so oft betroffen wie Frauen – 14% der Männer und 6% der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus. In Wien gelten zwischen 35.000 und 75.000 Menschen als alkoholabhängig, weitere 135.000 bis 175.000 weisen einen problematischen Konsum auf und sind gefährdet, abhängig zu werden¹.

Frauen und Männer weisen hinsichtlich des Konsumverhaltens, des Verlaufs der Alkoholerkrankung, der Kombination mit anderen Suchtmitteln und komorbider Störungen Unterschiede auf. Männer konsumieren durchschnittlich dreimal so viel Alkohol (42g pro Tag) wie Frauen (14g pro Tag) und beginnen deutlich früher mit einem gefährdenden Alkoholkonsum. Bei Frauen treten hingegen komorbide Störungen wie Depression, Angst- und Belastungsstörungen häufiger auf und gehen der Alkoholerkrankung häufiger voraus als bei Männern. Auf diese genderspezifischen Unterschiede muss in der Betreuung Rücksicht genommen werden.

1.2 Die volkswirtschaftlichen Kosten der Alkoholkrankheit

Nicht nur die gesundheitlichen und gesellschaftlichen, sondern auch die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Alkoholkrankheit sind in Österreich beachtlich. So sind allein im Jahr 2011 nach Berechnungen des Instituts für Höhere Studien² direkte medizinische Kosten von 374 Mio. Euro auf die Alkoholerkrankung zurückzuführen. Dazu kommen 6,6 Mio. Euro Krankengeldzahlungen, 8 Mio. Euro Pflegegeldzahlungen und weitere 7,1 Mio. Euro für Witwen- bzw. 23,5 Mio. Euro für Invaliditätspensionen. Alkoholbedingte Produktivitätsausfälle verursachen darüber hinaus Kosten von 441,7 Mio. Euro. Stellt man diesen Kosten für die Allgemeinheit die Höhe der Einnahmen über die Alkoholsteuer von 119,3 Mio. Euro und Einsparungen bei den Alterspensionen von 3,7 Mio. Euro gegenüber, so überwiegen im einperiodigen Berechnungsmodell die Kosten den Nutzen um 737,9 Mio. Euro. Damit sind die schädlichen Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum nicht nur für

¹ Studien zur Alkoholprävalenz liefern unterschiedliche Ergebnisse. Deshalb werden unter Heranziehung der niedrigen und der höheren Ergebnisse Bandbreiten dargestellt.

² Czipionka T, Pock M, Röhrling G, Sigl C.: Volkswirtschaftliche Effekte der Alkoholkrankheit. Eine ökonomische Analyse für Österreich. Institut für höhere Studien. Wien 2013

die Betroffenen, sondern auch für das Gesundheits-, das Sozialsystem und aus volkswirtschaftlicher Sicht erheblich.

1.3 Die bisherigen Betreuungsangebote in Wien

Das bisherige Leistungsangebot in Wien entspricht nur sehr bedingt den Bedürfnissen der Betroffenen. Ambulante sind im Vergleich zu stationären Angeboten bis dato kaum entwickelt und dienen fast ausschließlich der Vor- oder Nachbetreuung im Rahmen einer stationären Behandlung. Die bestehenden Einrichtungen sind kaum miteinander vernetzt und die Einbindung des niedergelassenen Bereichs ist mangelhaft. Demzufolge weichen viele Betroffene auf die Angebote von Akutspitälern aus. So überrascht es nicht, dass österreichweit die Alkoholkrankheit mehr direkte medizinische Kosten im intramuralen (154,0 Mio. Euro) als im extramuralen Bereich (117,5 Mio. Euro) verursacht³.

Derzeit werden daher in Wien in Summe nur 6% der Betroffenen über qualifizierte Betreuungsangebote erreicht. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Betreuungssituation für alkoholranke Menschen in Wien etwa so darstellt wie die Situation für Abhängige von illegalen Substanzen vor mehr als zwei Jahrzehnten.

Entsprechend der epidemiologischen und volkswirtschaftlichen Ausgangssituation und dem Umstand eines fehlenden integrierten Versorgungssystems, das die beteiligten Einrichtungen und Experten miteinander vernetzt und die Angebote aufeinander abstimmt, wurde das Projekt „Alkohol 2020“ ins Leben gerufen.

³ Czypionka T, Pock M, Röhrling G, Sigl C.: Volkswirtschaftliche Effekte der Alkoholkrankheit. Eine ökonomische Analyse für Österreich. Institut für höhere Studien. Wien 2013

2 Alkohol 2020: Versorgung am „Best Point of Service“

In einem integrierten Betreuungssystem, in dem Menschen am „Best Point of Service“ betreut werden sollen, müssen die Angebote des niedergelassenen und des klinischen Bereichs, der spezialisierten ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen und das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem aufeinander abgestimmt sein, sich gegenseitig ergänzen und ineinandergreifen.

2.1 Der niedergelassene Bereich: Früherkennung, Kurzintervention und Nachbetreuung

Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen⁴ sind für die meisten Menschen die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden und werden so zu fachlichen und oftmals auch zu persönlichen Bezugspersonen. Ihnen kommt eine besondere Bedeutung in der Früherkennung, der Kurzintervention und der Nachbetreuung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung zu.

Die meisten alkoholkranken bzw. -gefährdeten Menschen konsultieren ÄrztInnen für Allgemeinmedizin aufgrund einer allgemeinen Erkrankung bzw. einer alkoholinduzierten Folgeerkrankung. AllgemeinmedizinerInnen sind in der Position, eine zugrundeliegende Alkoholerkrankung frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls mittels Kurzinterventionen ihren PatientInnen dabei zu helfen, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder sie dazu zu motivieren, eine suchtspezifische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang auch die frühzeitige Reaktion auf Alkoholprobleme: Je eher eine Intervention erfolgt, desto größer ist die Chance, eine Abhängigkeit oder andere gesundheitliche Folgeprobleme zu vermeiden. Darüber hinaus übernehmen AllgemeinmedizinerInnen eine wichtige Funktion in der langjährigen Nachbetreuung, Begleitung und Unterstützung von alkoholkranken Menschen nach Abschluss der spezialisierten Maßnahmen.

2.2 Der klinische Bereich: Versorgung von akuten und schweren Fällen

Der klinische Bereich, der sich auf die Rolle von vollausgestatteten Krankenhäusern bezieht, umfasst die im Einzelfall notwendige Behandlung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung in den Wiener Krankenanstalten. Aufgrund des Schweregrads ihrer Alkoholerkrankung oder anderer somatischer und psychischer Erkrankungen benötigen einige Menschen eine Versorgung in einem vollausgestatteten Krankenhaus. Auch besonders komplexe Fälle, die einer besonders intensiven multiprofessionellen Betreuung und Pflege bedürfen, sollen in einem vollausgestatteten Krankenhaus versorgt werden. Darüber hinaus ist der klinische Bereich auch für die Akutversorgung von Menschen mit besonders dringlichem Behandlungsbedarf wichtig.

⁴ Auch wenn der Fokus hier auf der Rolle der AllgemeinmedizinerInnen liegt, soll ausdrücklich auf die Bedeutung der niedergelassenen PsychiaterInnen und InternistInnen hingewiesen werden, die eine wesentliche Funktion übernehmen.

In einem vollausgestatteten Krankenhaus sollen daher in Zukunft ausschließlich alkoholranke Menschen versorgt werden

- mit schweren somatischen und/oder psychischen Erkrankungen, die einen akuten Behandlungsbedarf aufweisen (Akutfall) und eine intensive Pflege erfordern (24/7),
- mit somatisch-chronischen Erkrankungen, die eine ressourcen- und zeitintensive spezialisierte medizinische Betreuung brauchen,
- die selbst- oder fremdgefährdend sind und
- Notfälle.

Nach erfolgter Stabilisierung werden diese Menschen über ein integriertes Nahtstellenmanagement zur weiteren Betreuung in den spezialisierten Bereich vermittelt.

2.3 Der spezialisierte Bereich: Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation

Der spezialisierte Bereich mit den Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) übernimmt in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit einer Alkoholkrankung die Schlüsselrolle. Während der niedergelassene Bereich in der Früherkennung, Frühintervention und Nachbetreuung eine zentrale Stelle einnimmt und die Versorgung im klinischen Bereich sich auf Akut- und Schwerstfälle konzentriert, soll die suchtspezifische Behandlung und Rehabilitation von alkoholkranken Menschen im Regelfall sowohl ambulant als auch stationär nur noch im spezialisierten Bereich des SDHN erfolgen.

2.4 Das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem

Ergänzt werden diese Einrichtungen von Angeboten im allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem. Ziel ist es, keine Parallelstrukturen für alkoholranke Menschen zu schaffen, sondern Einrichtungen aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem für die spezifischen Bedürfnisse von alkoholkranken Menschen zu sensibilisieren und sie zu befähigen, ihre bestehenden Angebote ggf. zu adaptieren und sie auch Menschen mit einer Alkoholkrankung zugänglich zu machen. Dies entspricht dem Ziel, alkoholranke Menschen in allen Bereichen in die Gesellschaft zu integrieren.

In diesem Sinne ist die Vernetzung und Kooperation mit Einrichtungen und Angeboten zusätzlich zu der direkten medizinischen Betreuung für einen nachhaltigen Erfolg der Behandlung und Rehabilitation notwendig. Wo zum Beispiel die Sicherung der Wohnsituation oder die Reintegration in den Arbeitsmarkt wichtige Bestandteile einer gesellschaftlichen Reintegration sind, muss die Betreuung eine Vermittlung in geeignete Angebote aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozial-

system gewährleisten. Kooperationen mit Angeboten der Wohnungslosenhilfe und der beruflichen Rehabilitation sind daher zentraler Teil des Konzepts. Ebenso wichtig sind die Einbindung von Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen, ein Betreuungsangebot für Angehörige, alkoholfreie Freizeitalternativen und andere unterstützende Angebote (Kinderbetreuung, Unterbringung von Haustieren etc.) (Abb. 1).

Vernetzung & Kooperation

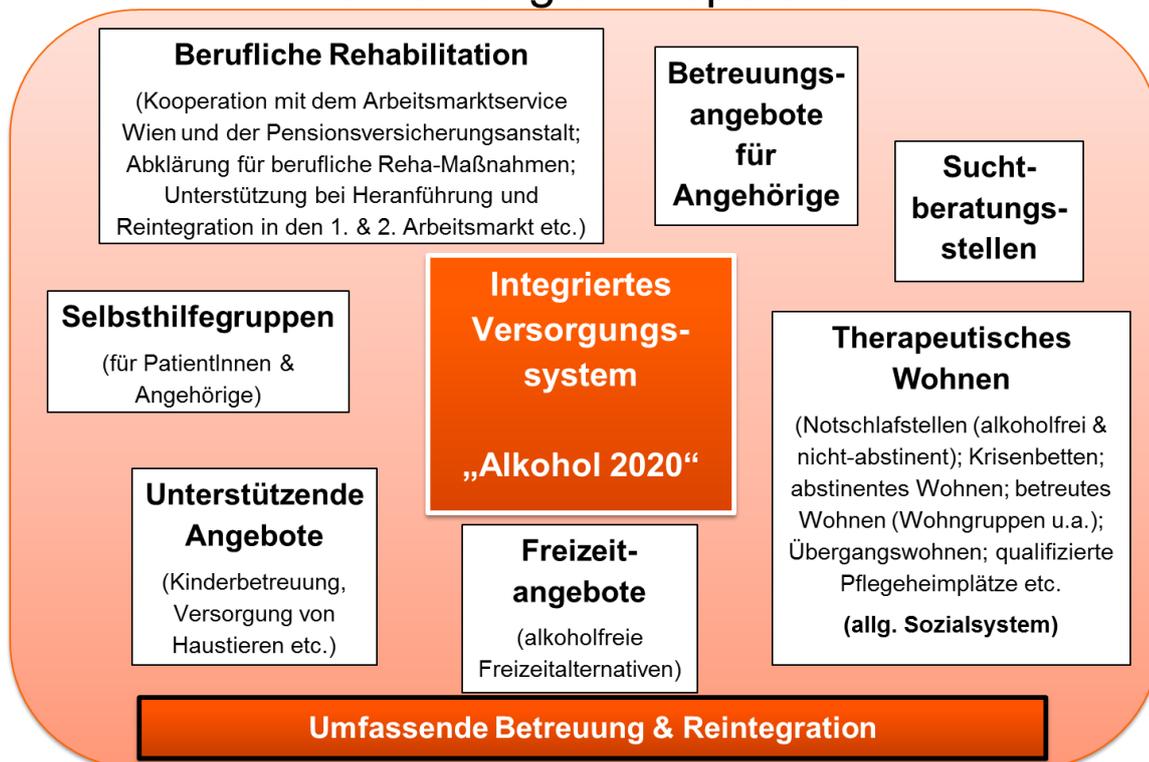


Abb. 1: Vernetzung und Kooperation mit dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem.

2.5 Das Nahtstellenmanagement

Die Voraussetzung für ein solches integriertes Betreuungssystem ist ein gutes Nahtstellenmanagement, das den niedergelassenen Bereich, den klinischen Bereich, den spezialisierten Bereich und die Angebote aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem miteinander vernetzt.

Die Vermittlung von PatientInnen aus dem niedergelassenen Bereich, den Spitälern und dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem in eine spezialisierte Betreuung wird durch das Nahtstellenmanagement der Liaisondienste der Sucht- und Drogenkoordination Wien unterstützt. Wird der Liaisondienst vom Krankenhauspersonal, den PatientInnen oder den Angehörigen beigezogen, können PatientInnen im klinischen Bereich bereits während des Aufenthalts im Krankenhaus durch die Liaisondienste betreut, von ihnen motiviert und an ein regionales Kompetenzzentrum (eine Einrichtung im spezialisierten Bereich) vermittelt werden. Auch im niedergelassenen Bereich bie-

ten die Liaisondienste an, in Ordinationen von interessierten AllgemeinmedizinerInnen „Alkoholsprechstunden“ zur psychosozialen Abklärung, Information und Beratung der betroffenen PatientInnen abzuhalten und dadurch einen niederschweligen Erstkontakt mit dem spezialisierten Hilfsystem zu ermöglichen.

Sobald PatientInnen im Projekt „Alkohol 2020“ in Betreuung sind, ist die jeweilige betreuende Einrichtung für das direkte Nahtstellenmanagement zu allen anderen Angeboten, die im Rahmen der Betreuung zusammenwirken sollen, zuständig. Das regionale Kompetenzzentrum⁵ übernimmt während der gesamten Betreuungsphase das einrichtungsübergreifende Case Management und bleibt zentraler Ansprechpartner für die PatientInnen sowie für alle betreuenden Einrichtungen. Über das regionale Kompetenzzentrum kann auch das Nahtstellenmanagement zu Angeboten aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem unterstützt werden.

⁵ siehe Kapitel 3. Die Betreuung im Bereich der spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen.

3 Die Betreuung im Bereich der spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen

Im Mittelpunkt der integrierten Versorgung im Konzept „Alkohol 2020“ stehen sogenannte „regionale Kompetenzzentren“, die als direkte Anlaufstelle für alkoholranke Menschen und als Drehscheibe zwischen dem niedergelassenen und dem klinischen Bereich, den spezialisierten Einrichtungen des SDHN und dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem dienen. Über die regionalen Kompetenzzentren ist ein niederschwelliger Zugang in das Betreuungssystem möglich. Alkoholranke Menschen können sich direkt an ein regionales Kompetenzzentrum wenden oder von AllgemeinmedizinerInnen, SpitalsärztInnen oder sonstigen Stellen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem an ein Kompetenzzentrum vermittelt werden. In vielen Fällen wird die Vermittlung von PatientInnen an ein regionales Kompetenzzentrum durch ein Nahtstellenmanagement erleichtert.

3.1 Die Aufgaben des regionalen Kompetenzzentrums

Im regionalen Kompetenzzentrum wird zunächst geklärt, ob tatsächlich eine Alkoholproblematik vorliegt⁶ und ob mit den PatientInnen eine langfristige Maßnahmenplanung zur Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation im spezialisierten Bereich des SDHN möglich und sinnvoll ist. Ist dies nicht der Fall, ist es Ziel des regionalen Kompetenzzentrums, die betroffenen Personen an die geeigneten Stellen im Gesundheits- und Sozialsystem zu vermitteln bzw. zur Abdeckung einer unmittelbaren somatischen, psychischen oder sozialen Notlage im Rahmen von Sofortmaßnahmen schnelle, unmittelbare und unbürokratische Hilfestellung zu leisten⁷.

Ist eine Maßnahmenplanung indiziert, prüft das regionale Kompetenzzentrum das Vorliegen der Anspruchsberechtigung beim zuständigen Krankenversicherungsträger, beim Bundesland und bei der zuständigen Pensionsversicherung⁸ und beginnt anschließend mit einer „Abklärungsphase“. Während der Abklärungsphase wird von einem multiprofessionellen Team aus ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen die bio-psycho-soziale Ausgangslage der PatientInnen inklusive der „Wiener Multidimensionalen Diagnostik“ erhoben. Gegebenenfalls erfolgt eine weitere medizinische Abklärung z.B. durch die Gesundheitszentren der WGKK. Auf Basis dieser Diagnostik werden anschließend im Konsens mit den PatientInnen ein Maßnahmenplan und die geeigneten Einrichtungen für die weitere Betreuung festgelegt.

Während dieser Phase ist auch die Motivation und Unterstützung von PatientInnen, die entsprechenden Angebote in Anspruch zu nehmen, eine wichtige Aufgabe. Wenn notwendig, werden im

⁶ Dies gilt vor allem für PatientInnen, bei denen bisher keine entsprechende Diagnose gestellt wurde.

⁷ Mehr Information zum Zielgruppenansatz des Betreuungssystems und den möglichen Sofortmaßnahmen findet sich im Anhang.

⁸ bzw. beim zuständigen Versicherungsträger für Rehabilitationsleistungen. Einschränkungen betreffend die Anspruchsberechtigung gelten begrenzt auf die Dauer des Pilotprojekts. Bei fehlender Anspruchsberechtigung für eine Betreuung im Rahmen von „Alkohol 2020“ vermittelt das regionale Kompetenzzentrum in die bisherigen bestehenden Betreuungsangebote.

regionalen Kompetenzzentrum in Einzelfällen auch medizinische Sofortmaßnahmen durchgeführt. Nach der Bewilligung des erstellten Maßnahmenplans durch das Institut für Suchtdiagnostik (ISD)⁹ werden die PatientInnen an die weiterbetreuenden Einrichtungen vermittelt.

Kennzeichnend für das neue System ist, dass mit den PatientInnen gemeinsam der geeignete Maßnahmenplan besprochen und die passenden Einrichtungen ausgewählt werden. Im Gegensatz zum bisherigen System müssen die PatientInnen sich nicht eigenständig über die unterschiedlichen Angebote informieren und bei den Einrichtungen um Therapieplätze ansuchen. Stattdessen trägt das regionale Kompetenzzentrum die Verantwortung dafür, die PatientInnen durch diesen Prozess zu leiten und Sorge zu tragen, dass die im Maßnahmenplan gemeinsam festgelegten Betreuungsangebote den PatientInnen zur Verfügung gestellt werden. Damit übernimmt das regionale Kompetenzzentrum eine entscheidende Rolle in der Steuerung der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung am „Best Point of Service“.

3.2 Die Wiener Multidimensionale Diagnostik

Die bio-psycho-soziale Ausgangslage der PatientInnen wird durch die von der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH in Zusammenarbeit mit allen Einrichtungen des SDHN speziell für den Suchtbereich entwickelten „Wiener Multidimensionalen Diagnostik“ dokumentiert, die sowohl die objektive als auch die subjektive somatische, psychische und soziale Gesundheit der PatientInnen erfasst und sich im Suchtbereich bewährt hat. Die Wiener Multidimensionale Diagnostik umfasst jeweils die objektive Beurteilung der Situation der PatientInnen und ihres Realismus aus Sicht der Betreuung sowie die subjektive Zufriedenheit der PatientInnen mit ihrer Situation und ihre Veränderungsmotivation in den Bereichen Konsumverhalten, somatische Gesundheit, psychische Gesundheit und soziale Gesundheit (unterteilt in: Ressourcen und Netzwerk, Beruf und Ausbildung, Finanzen, Wohnen).

Ergänzend zu den bestehenden verschiedenen fachspezifischen diagnostischen Instrumenten, die durch die einzelnen Einrichtungen verwendet werden, stellt die Wiener Multidimensionale Diagnostik einen einheitlichen gemeinsamen Dokumentations-Datensatz dar. Ein solches gemeinsames Dokumentationsmittel bildet die Grundlage für eine einrichtungsübergreifende Betreuung und ermöglicht die Darstellung von Verlauf und Entwicklung der gesundheitlichen Situation der PatientInnen im Sinne der Wirkungsorientierung. Die Wiener Multidimensionale Diagnostik wird daher nicht nur zu Beginn der Betreuung, sondern auch spätestens nach Abschluss eines jeden Moduls im Rahmen des Maßnahmenplans von den betreuenden Einrichtungen erhoben.

⁹ siehe 3.5 Bewilligungsprozess.

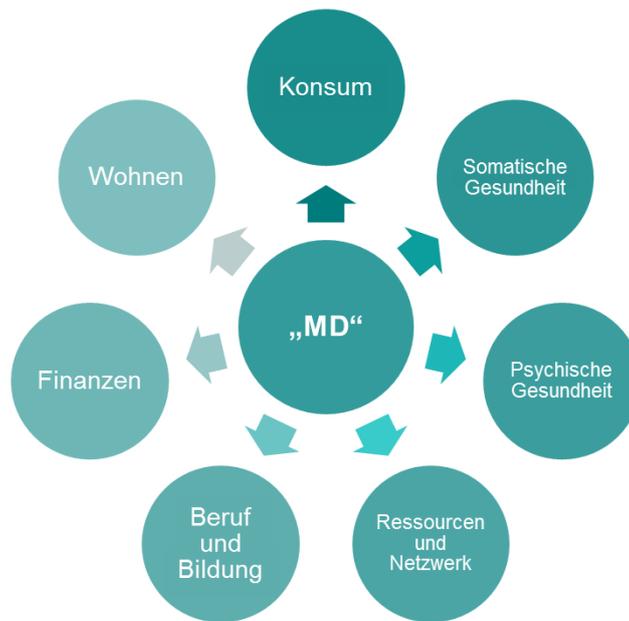


Abb. 2: Die Kategorien der Wiener Multidimensionalen Diagnostik.

3.3 Die Maßnahmenpläne

Nicht jeder alkoholkrankte Mensch braucht die gleiche Betreuung. Das Konzept „Alkohol 2020“ im spezialisierten Bereich orientiert sich daran, dass PatientInnen einen unterschiedlichen Bedarf aufweisen und dementsprechend auch ein individuelles Betreuungsangebot benötigen. Das regionale Kompetenzzentrum stellt daher im Konsens mit den PatientInnen jeweils aus definierten Modulen individuell patientInnenorientierte Maßnahmenpläne zusammen, die sowohl ambulante als auch stationäre Module beinhalten können. Nach einem stationären Aufenthalt folgt im Maßnahmenplan jedenfalls immer eine ambulante Weiterbetreuung.

Maßnahmenpläne decken den kompletten Betreuungsbedarf (somatisch/psychisch/sozial) sowohl in Hinblick auf die akute Krankenversorgung als auch auf die medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation der jeweiligen PatientInnen ab¹⁰. Durch die individuelle, bedarfsorientierte und langfristige Betreuung im Rahmen von Maßnahmenplänen können sogenannte „Drehtüreffekte“ deutlich reduziert werden. Ändert sich im Laufe der Betreuung der Bedarf der PatientInnen, wird auch der Maßnahmenplan entsprechend angepasst. Für die PatientInnen bietet ein Maßnahmenplan Betreuungssicherheit: Die Betreuung ist langfristig geplant, Behandlungs- und Rehabilitationsplätze sind reserviert, die Finanzierung ist zugesagt, etc.

¹⁰ Dies wird sichergestellt durch direkte Leistungen des SDHN, durch Kooperationen mit dem allg. Gesundheits- u. Sozialsystem und durch die Befähigung der PatientInnen („Hilfe zur Selbsthilfe“).

Beispiele für Maßnahmenpläne

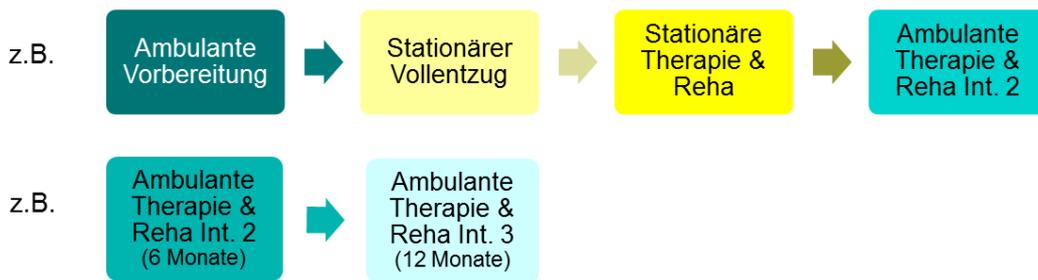


Abb. 3: Beispiele für Maßnahmenpläne.

Nach Abschluss des Maßnahmenplans findet die Nachbetreuung z. B. im niedergelassenen Bereich statt, bei Bedarf können PatientInnen jedoch jederzeit die Hilfsangebote im spezialisierten Bereich erneut in Anspruch nehmen.

3.4 Die Module

Module sind einzeln beschriebene Leistungsbündel auf Basis von definierten Qualitätsstandards, die den Zweck, die Dauer, die Mindestanforderungen an die Personalstruktur und spezifische Leistungen festlegen. Um dem unterschiedlichen Bedarf der PatientInnen gerecht zu werden und eine Vielfalt an Betreuungsangeboten zu gewährleisten, wurden im Rahmen der Qualitätsstandards keine einheitlichen detaillierten Leistungsprofile sondern vielmehr Mindestanforderungen definiert. Über diese Mindestanforderungen hinaus kann jede Einrichtung auf Basis wissenschaftlicher Betreuungskonzepte die Module unterschiedlich gestalten. Relevant für die Honorierung sind nicht die Mindeststandards sondern die tatsächlich in den Modulen enthaltenen und erbrachten Leistungen, die von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich sein können¹¹.

Ist ein stationärer Aufenthalt notwendig, so können bei Bedarf die Module „Ambulante Vorbereitung“, „Stationärer Voll-/ Teilentzug“ und „Stationäre Therapie & Rehabilitation“ mit einer Dauer von 1, 2, 3 oder 6 Monaten zur Anwendung kommen. Im ambulanten Bereich gibt es laut Konzept das Modul „Ambulante Therapie & Rehabilitation“ in fünf verschiedenen Intensitätsstufen, die sich in Betreuungsintensität und –dauer unterscheiden (von 2 Kontakten pro Woche über 3 Monate [Intensität 1] bis hin zu 1 Kontakt pro Quartal über 24 Monate [Intensität 5]). Zusätzlich ist eine „Ganztägig ambulante Therapie & Rehabilitation“ vorgesehen.

Ein Modul gilt als erfolgreich abgeschlossen, wenn eine Übergabe in die nächste Phase oder der Abschluss des Maßnahmenplans möglich und sinnvoll ist. Ob die Wirkungsziele erreicht wurden, kann mittels der Wiener Multidimensionalen Diagnostik überprüft werden.

¹¹ Siehe Kapitel 4. Die Honorierung im spezialisierten Bereich.

Module (stationär)	Module (ambulant)
Vollentzug / Teilentzug	Therapie & Reha – Intensität 1 (3 Monate)
Therapie & Reha – 1 Monat	Therapie & Reha – Intensität 2 (6 Monate)
Therapie & Reha – 2 Monate	Therapie & Reha – Intensität 3 (12 Monate)
Therapie & Reha – 3 Monate	Therapie & Reha – Intensität 4 (24 Monate)
Therapie & Reha – 6 Monate	Therapie & Reha – Intensität 5 (24 Monate)
Ambulante Vorbereitung	Ganztägig ambulante Therapie & Reha

Tab. 2: Übersicht über die stationären und ambulanten Module.

Um möglichst viele PatientInnen zu erreichen, soll eine Vielfalt an Angeboten und Therapieansätzen geschaffen werden. Die spezifischen Therapieansätze werden daher nicht vorgegeben. Die Einrichtungen des SDHN können auf Basis wissenschaftlicher Betreuungskonzepte ein vielfältiges Betreuungsangebot (inkl. Behandlung und Rehabilitation) bereitstellen, das medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische, sozialtherapeutische, sozialarbeiterische und andere rehabilitative Maßnahmen beinhalten kann. Auch das Therapieziel muss den Möglichkeiten und Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen entsprechen und kann durch Abstinenz, kontrolliertes Trinken, Trinkmengenreduktion sowie durch stabilisierende oder andere „harm reduction“ Angebote erreicht werden. Die Mindeststandards sichern dabei die Qualität und ermöglichen die Vergleichbarkeit und Abgrenzung der unterschiedlichen Angebote.

Es ist Aufgabe des regionalen Kompetenzzentrums, die Angebote der verschiedenen Einrichtungen im Detail zu kennen und bei der Erstellung des Maßnahmenplans unter den vielfältigen Angeboten individuell patientInnenorientiert die passenden Module bei den für die PatientInnen geeigneten Einrichtungen auszuwählen.

3. 5 Der Bewilligungsprozess

Nach erfolgter Erstellung des Maßnahmenplans reicht das regionale Kompetenzzentrum den Maßnahmenplan zur Bewilligung ein. Im Sinne eines integrierten Versorgungssystems gibt es im Projekt „Alkohol 2020“ einen gemeinsamen kostenträgerübergreifenden Bewilligungsprozess, der von einer zentralen Stelle durchgeführt wird. Das ist eine Neuerung, die besonders hervorzuheben ist, da die derzeitigen Kostenträgern PVA, WGKK und Stadt Wien im Interesse der PatientInnen auf die bisher üblichen eigenen, voneinander getrennten Bewilligungsprozesse verzichten.

Die Bewilligung der Maßnahmenpläne wird durch das Institut für Suchtdiagnostik (ISD) der Sucht- und Drogenkoordination Wien erteilt, das über langjährige Erfahrung in der Diagnostik von Menschen mit Suchterkrankungen verfügt. Die Bewilligung erfolgt in den Räumlichkeiten des regionalen Kompetenzzentrums zeitnah innerhalb eines Termins durch ein multiprofessionelles Team des ISD. Eine Bewilligung beinhaltet die formelle Prüfung der Anspruchsberechtigung sowie der Verfügbarkeit der Module bei den entsprechenden Einrichtungen, wie auch die inhaltliche Beurteilung des erstellten Maßnahmenplans. Mit der Bewilligung des Maßnahmenplans durch das ISD liegt gleichzeitig auch die Finanzierungszusage der drei Kostenträger für die im Maßnahmenplan festgelegten Module vor. Es ist keine weitere Bewilligung durch die Kostenträger notwendig.

Sollte das ISD Änderungsbedarf im Maßnahmenplan feststellen, so wird das regionale Kompetenzzentrum angehalten, in Abstimmung mit dem ISD einen überarbeiteten bewilligungsfähigen Maßnahmenplan einzureichen. Die Abklärungsphase endet mit der Erteilung der Bewilligung des Maßnahmenplans durch das an ISD an das regionale Kompetenzzentrum. Das regionale Kompetenzzentrum informiert nun die Einrichtungen über die bevorstehende Betreuung und vermittelt die PatientInnen an die erste betreuende Einrichtung im Maßnahmenplan.

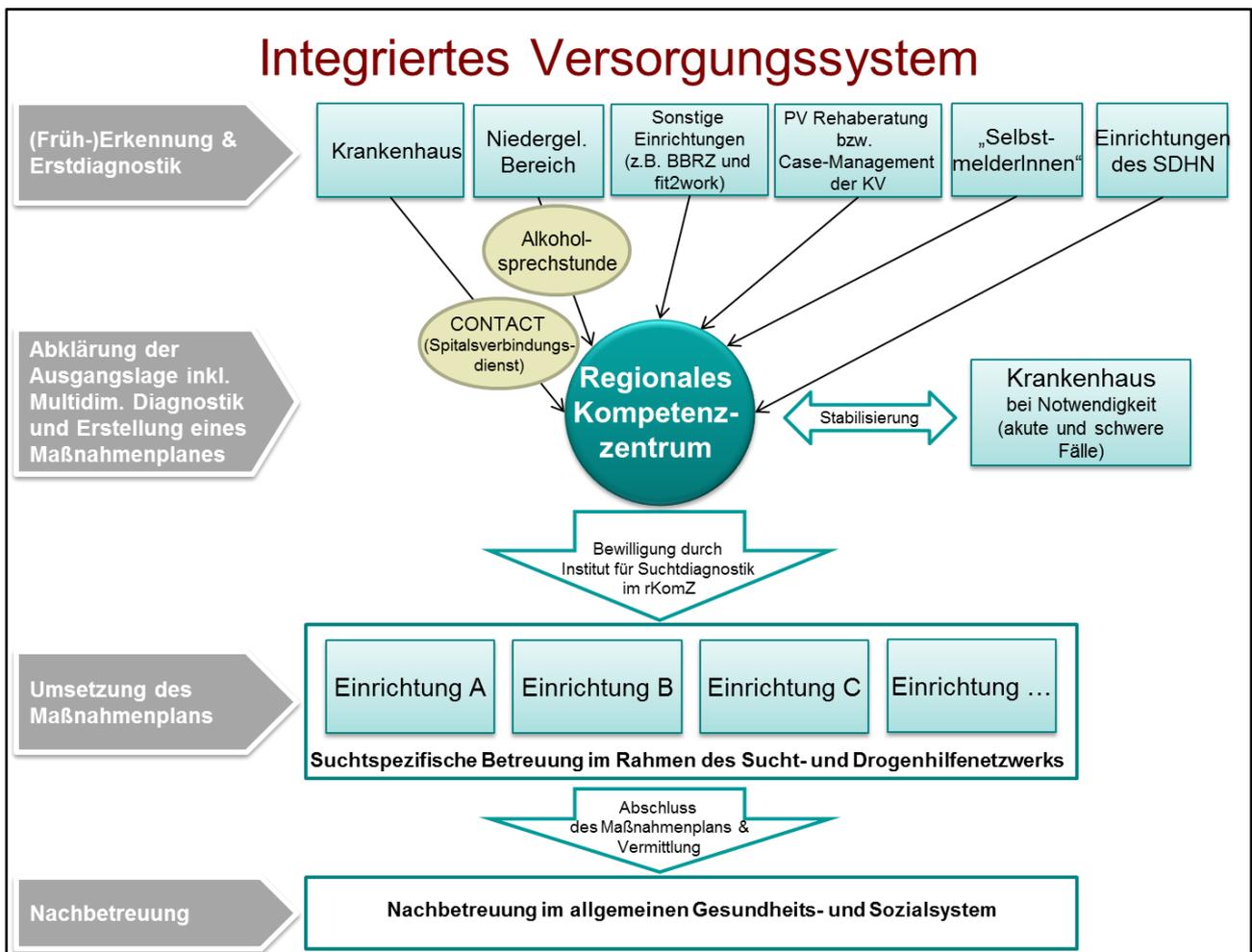


Abb. 4: Schematische Abbildung des integrierten Versorgungssystems.

Sollte im Laufe der Betreuung eine Änderung des Maßnahmenplans notwendig werden, beantragt die betreuende Einrichtung in Abstimmung mit den PatientInnen eine entsprechende Maßnahmenplanänderung beim regionalen Kompetenzzentrum, das den Antrag nach inhaltlicher Beurteilung entweder ablehnt oder zur Bewilligung an das ISD einreicht. Wird dem Antrag stattgegeben, informiert das regionale Kompetenzzentrum die betreuende Einrichtung sowie die nachbetreuenden Einrichtungen über die Änderung des Maßnahmenplans.

Während der gesamten Betreuungsphase übernimmt das regionale Kompetenzzentrum das einrichtungsübergreifende Case Management und bleibt zentraler Ansprechpartner für die PatientInnen sowie für alle betreuenden Einrichtungen.

4 Die Honorierung im spezialisierten Bereich

Das Modulsystem bildet auch die Grundlage für die Honorierung der Leistungen, welche von den Einrichtungen des SDHN erbracht werden. Im Gegensatz zu dem bisherigen System kommt es im Projekt „Alkohol 2020“ sowohl ambulant als auch stationär weder zu einer Verrechnung von Tag-sätzen (intramural) noch zu einer Verrechnung von Einzelleistungen (extramural). Basis der Honorierung ist ein pauschalisierter Modulpreis auf Basis der in dem Modul enthaltenen Leistungen.

Um im Rahmen der Module ein möglichst vielfältiges Betreuungsangebot zur Verfügung stellen zu können, wurden pro Modul keine detaillierten Leistungsprofile sondern in den Qualitätsstandards vielmehr Mindestanforderungen definiert, die für die Einrichtungen die Ausgangsbasis für eine individuelle Ausgestaltung der Leistungen in den Modulen bilden. Relevant für die Honorierung sind nicht die Mindeststandards sondern die tatsächlich in den Modulen enthaltenen und erbrachten Leistungen, die von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich sein können.

4.1 Die Qualitätsstandards

Die Qualitätsstandards gelten als Ergänzung zu den bestehenden rechtlichen Vorschriften und anderen Qualitätsstandards und definieren die Mindestanforderungen zur Erbringung von Leistungen im Rahmen des Projektes „Alkohol 2020“.

Die spezifischen Qualitätsstandards bestehen aus

- generellen Standards, die für alle am Projekt beteiligten Einrichtungen gelten und die grundlegenden Anforderungen an das wissenschaftliche Betreuungskonzept, die Infrastruktur, die Personalstruktur und die Kernprozesse beinhalten,
- spezifischen Standards für die Betreuung im Rahmen der Umsetzung der Maßnahmenpläne (demzufolge müssen die Einrichtungen u.a. den kompletten Betreuungsbedarf (som/psy/soz) der PatientInnen abdecken, sie über die vorhandenen Optionen in der Betreuung informieren, Beschäftigungsmaßnahmen berücksichtigen und die Übergabe in die nächste Phase des Maßnahmenplans ermöglichen), und
- ergänzenden spezifischen Modul-Standards (für jedes Modul gelten weitere spezifische Standards wie z.B. Dauer, Infra- und Personalstruktur und weitere individuelle Kriterien).

Anerkannte Einrichtungen beschreiben ausgehend von diesen Qualitätsstandards ihre Zielgruppen und legen ihre inhaltlichen Modulbeschreibungen und Angebote als Verhandlungsbasis für eine Zusammenarbeit im Rahmen der Umsetzung der Maßnahmenpläne vor.

4.2 Die Modulkalkulation

Im Rahmen der Honorierungsverhandlungen legen die Einrichtungen ihr wissenschaftliches Betreuungskonzept sowie pro Modul eine detaillierte inhaltliche Modulbeschreibung vor. Die dort abgebildeten Schwerpunkte in der Betreuung müssen sich auch in der darauf basierenden Modulkalkulation wiederfinden¹².

Die Modulkalkulation beinhaltet eine detaillierte Auflistung der im Modul enthaltenen Personalstunden und der damit verbundenen direkten Personalkosten, sowie eine Auflistung der direkten und indirekten (Personal- und) Sachkosten abzüglich Erlöse bzw. Drittmittel. Grundlage für die Berechnungen sind jeweils die in der Einrichtung für dieses Modul vorhandenen Eckkosten.

Modulkalkulation									
Ambulante Therapie & Rehabilitation Intensität 2									
	Anwesenheitsstunden pro Jahr	Gesamtkosten Berufsgruppe	Stunden Satz Berufsgruppe	VWD pro Modul in Tagen	Stunden an 1 Klient/in bei max. VWD	Stunden für 1 Klient/in bei max. VWD	Summe Stunden pro Modul	Stunden Satz	Modulkosten
durchschnittliche Verweildauer in Tagen				135					
maximal mögliche Verweildauer in Tagen				180					
durchschnittliche Kontakte				24					
maximal mögliche Kontakte				34					
ÄrztInnen Allgemein	5.700,00	290.928,00	€ 51,04		3,00	1,50	4,50	€ 51,04	€ 229,68
FÄ Psychiatrie/Neurologie	4.300,00	398.051,00	€ 92,57		1,50	1,00	2,50	€ 92,57	€ 231,43
Pflege	0,00	0,00	€ 0,00		0,00	0,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00
PsychologInnen	11.500,00	392.495,00	€ 34,13		2,50	1,50	4,00	€ 34,13	€ 136,52
DSA	7.700,00	252.483,00	€ 32,79		4,25	2,00	6,25	€ 32,79	€ 204,94
Administration	3.200,00	95.584,00	€ 29,87		0,50	2,00	2,50	€ 29,87	€ 74,68
PsychotherapeutInnen	8.200,00	388.024,00	€ 47,32		21,00	3,00	24,00	€ 47,32	€ 1.135,68
SozialpädagogInnen etc.	3.250,00	99.027,50	€ 30,47		2,50	1,00	3,50	€ 30,47	€ 106,65
Arbeitstherapie	1.400,00	30.870,00	€ 22,05		6,00	2,00	8,00	€ 22,05	€ 176,40
Berufsgruppe xyz	0,00	0,00	€ 0,00		0,00	0,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00
indirekte Personal- und Sachkosten abzüglich Erlöse / Drittmittel					(detaillierte Übersicht auf nächstem Tabellenblatt)				€ 135,12
direkte Sachkosten abzüglich modulbezogene Erlöse / Drittmittel					(detaillierte Übersicht auf nächstem Tabellenblatt)				€ 640,82
Kosten pro Modul bei maximaler VWD + maximaler Kontakte					41,25	14,00	55,25		€ 3.071,90
Kosten pro Modul bei durchschnittlicher VWD + durchschnittlicher Kontakte									€ 2.236,16

Tab. 2: Fiktive Modulkalkulation für ein Modul „Ambulante Therapie & Reha Intensität 2“¹³.

Ausgehend von dieser Eckkostenberechnung, die sich auf die Leistungen bei einer maximalen Moduldauer bezieht, wird im Rahmen der Modulkalkulation für jedes Modul schließlich auf Basis der im Dokumentationssystem hinterlegten durchschnittlichen Verweildauern und Kontakte in dem Modul ein Durchschnittswert errechnet.

¹² Die Modulkalkulation einer Einrichtung, deren Betreuungskonzept einen Schwerpunkt auf psychotherapeutische Betreuung der PatientInnen legt, weist beispielsweise einen verhältnismäßig höheren Anteil an Psychotherapiestunden auf.

¹³ Dies ist eine rein fiktive Modulkalkulation und als solche nicht präjudiziell. Sie stellt keine Anhaltspunkte für tatsächliche Größen dar. Die realen Kosten sind im Rahmen der Modulkalkulation von jeder Einrichtung nachzuweisen

Dieser Durchschnittswert stellt schließlich den Pauschalpreis des Moduls dar, der der Einrichtung pro PatientIn abgegolten wird. Dieses System lässt zu, dass die Verrechnung eines Moduls im stationären Bereich bereits nach dem zweiten Tag des stationären Aufenthalts möglich ist (Aufnahme- und Entlassungstag zählen nicht als Aufenthaltstage), im ambulanten Bereich nach dem zweiten realen (physischen) Kontakt zwischen Einrichtung und PatientIn.

Dieses System birgt Vorteile für die Einrichtungen wie auch für die Kostenträger: Ausgehend von wirkungsorientierten Modulen entspricht der Modulpreis der Kostenwahrheit auf Basis der tatsächlich erforderlichen Bedarfsdeckung. Damit ist das Honorierungssystem für alle Seiten transparent und nachvollziehbar.

4.3 Der Verrechnungsprozess in der Pilotphase I

Die Einrichtungen übermitteln zunächst eine patientInnenbezogene Übersicht der Module, die in der letzten Verrechnungsperiode verrechnungsfähig wurden, an das Institut für Suchtdiagnostik. Das ISD prüft, ob diese Module mit dem bewilligten Maßnahmenplan übereinstimmen. Erst nach Freigabe durch das ISD erfolgt die eigentliche Verrechnung der Module mit der WGKK.

Nach Freigabe durch das ISD übermittelt die Einrichtung einen elektronischen Abrechnungsdatensatz mittels Datenfernübertragung an die WGKK, der dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbartem Datensatzaufbau entspricht. Das Honorar wird den Einrichtungen anschließend von der WGKK angewiesen.

Die WGKK übernimmt die Weiterverrechnung der Kostenanteile an die PVA und die SDW.

5 Leistungscontrolling und Dokumentation

Eine wesentliche Grundlage des integrierten Betreuungssystems bildet ein gemeinsames einrichtungsübergreifendes Dokumentationssystem, die „DOKU neu“. Die „DOKU neu“ ist das wienweite Dokumentationssystem des SDHN und stellt den Nachfolger der von 2002 bis 2011 angewandten Basisdokumentation (BADO) dar. Die „Doku neu“ ersetzt nicht die eigenen Dokumentationssysteme der verschiedenen Einrichtungen sondern legt einen einheitlichen, von allen Einrichtungen an ein gemeinsames Dokumentationssystem zu liefernden Datensatz fest. Die technische Umsetzung der „DOKU neu“ erfolgt durch das Institut für empirische Sozialforschung (IFES).

In diesem Dokumentationssystem werden die tatsächlich erbrachten Leistungen pro PatientIn ab dem ersten Kontakt dokumentiert, wobei nicht Einzelleistungen, sondern definierte Produkte dokumentiert werden. Darüber hinaus erlaubt es das Dokumentationssystem, den Verlauf und die Entwicklung der gesundheitlichen Situation der PatientInnen über den gesamten Betreuungszeitraum darzustellen. Ebenso können Aussagen über die Effektivität von Therapieansätzen, den Ressourceneinsatz sowie über Veränderungen im Leistungsbedarf getätigt werden.

Im Dokumentationssystem steht jeweils der Fall einer einzelnen PatientIn im Zentrum. Je nachdem, um welches Betreuungssetting es sich handelt, können nur bestimmte Daten erhoben werden. Es wurden daher zwei unterschiedlich umfangreiche Datensätze festgelegt, ein Maximal- (K1) und ein Minimaldatensatz (K2). Neben den fallbasierten Daten werden im Dokumentationssystem auch deskriptive Daten zu unterschiedlichen Lebensbereichen der PatientInnen erfasst (siehe Abb. 5). Der Maximaldatensatz K1 schließt zusätzlich noch die Wiener Multidimensionale Diagnostik und den Maßnahmenplan mit ein.

Die Erhebung der Wiener Multidimensionalen Diagnostik findet erstmals während der Abklärungsphase im regionalen Kompetenzzentrum statt, und in weiterer Folge

- mit Ende jedes Moduls,
- nach 3 Monaten Betreuungsdauer, wenn die Modul-Dauer länger als 3 Monate ist, sowie
- bei Maßnahmenplan Änderungen.

Die wiederholte Erhebung der Wiener Multidimensionalen Diagnostik bildet eine Verlaufsdarstellung der gesundheitlichen Situation der PatientInnen in allen Bereichen der Wiener Multidimensionalen Diagnostik und ermöglicht damit ein wirkungsorientiertes Berichtswesen.

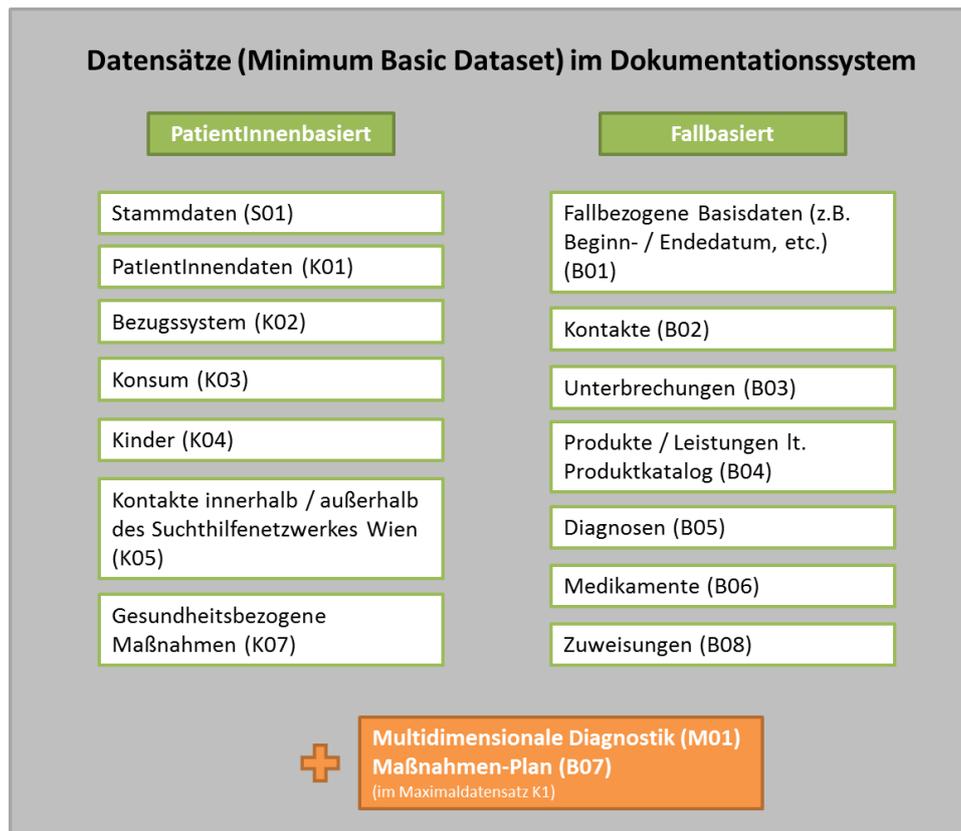


Abb. 5: Übersicht über die Datensätze im Dokumentationssystem.

Jede Einrichtung übermittelt die einzelnen Datensätze an einen Übergabe-Server des Dienstleisters (IFES). Die Übermittlung der Datensätze erfolgt mittels eines von IFES zur Verfügung gestellten Laptops via VPN-Tunnel unter Verwendung der Übertragungsprotokolle http/https sowie eines X.509-Zertifikats (digitales Zertifikat, das den Schutz der Vertraulichkeit, Authentizität und Integrität von Daten gewährleistet).

Die dokumentierten Daten liegen ausschließlich in nicht rückführbar pseudonymisierter Form vor. Durch mehrstufige, voneinander getrennte Pseudonymisierungsverfahren ist sichergestellt, dass sich aus einem Datensatz die Identität eines Menschen nicht ermitteln lässt. Die Datenschutzregelungen und die zwingenden Pseudonymisierungsverfahren sind in einem Datenschutzvertrag geregelt, der von der Datenschutzbehörde genehmigt wurde und dort aufliegt.

6 Finanzierung

Die Kosten im Pilotprojekt „Alkohol 2020“ werden gemeinsam von der PVA, der WGKK und der Stadt Wien getragen, wobei die jeweiligen Anteile sich aus einem auf Modul-Ebene festgelegten Finanzierungsschlüssel ergeben.

Auf Basis der in den Modulen beinhalteten Personalkosten werden nach einem einheitlichen System für jedes einzelne Modul die jeweiligen Kostenanteile pro Kostenträger errechnet. Im ambulanten Bereich beispielsweise ergibt sich der Schlüssel daraus, dass die Stadt Wien jeweils die Personalkosten für die Sozialarbeit trägt, die WGKK die ärztlichen Leistungen finanziert und die PVA die Personalkosten für Psychologie und Psychotherapie übernimmt, während administrative Kosten und Kosten für Sachaufwand von allen Kostenträgern zu gleichen Teilen getragen werden. Dies ist die Grundlage für den zwischen der PVA, der WGKK und der Stadt Wien vereinbarten Finanzierungsschlüssel, der die Kostenübernahme durch die Kostenträger festlegt.

Die Kostenverteilung ist daher flexibel und richtet sich nach den tatsächlichen Inhalten der Module, wodurch auch die Konformität des Finanzierungsschlüssels mit den Vorgaben des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) gesichert ist.

7 Weitere Informationen und Ausblick

Dieses Kurzkonzept bietet eine Übersicht über die wichtigsten Aspekte des Projekts „Alkohol 2020“ und das gemeinsam mit ExpertInnen entwickelte integrierte Versorgungssystem für Menschen mit einer Alkoholerkrankung in Wien.

Dieses Versorgungssystem wird seit 1. Oktober 2014 im Rahmen eines Pilotprojekts in Wien umgesetzt. Über die beschriebenen Aspekte hinaus bestehen zahlreiche Vereinbarungen, Bestimmungen und Richtlinien, die diese Umsetzung ermöglichen. So sind beispielweise alle Prozesse im Projekt „Alkohol 2020“ datenschutzkonform. Gerne geben wir Auskunft über die datenschutzrechtlichen Vereinbarungen, die dem integrierten Versorgungssystem zugrunde liegen. Auch weiterführende Informationen zum Dokumentationssystem, der Multidimensionalen Diagnostik, den Qualitätsstandards, dem regionalen Kompetenzzentrum und anderen Teilbereichen des Konzepts „Alkohol 2020“ stellen wir gerne bereit.

Die Erstellung eines Handbuchs für Einrichtungen, die an der operativen Umsetzung des Projekts „Alkohol 2020“ beteiligt sind, ist derzeit in Erarbeitung. Dort finden sich detaillierte Angaben zu den einzelnen Modulen, Prozessbeschreibungen, Dokumentationsrichtlinien und weiteren Regelungen, die über die Möglichkeiten der Darstellung in diesem Kurzkonzept hinausgehen. Bei Interesse stellen wir auch das fertige Handbuch gerne zur Verfügung.

Die Dokumentation und die laufende Prüfung, Bewertung und Verbesserung der Angebote tragen wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Über den bestehenden Projektzeitraum hinaus sollen so die gemeinsamen Strukturen, Standards und Anforderungen des integrierten Versorgungssystems für alkoholranke Menschen in Wien kontinuierlich weiterentwickelt und an neue Herausforderungen angepasst werden.

Kontakt:

Lenea Reuvers, MA

Projektleiterin Alkohol 2020

Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH

Modecenterstraße 14/Block B/2.OG, 1030 Wien

Lenea.Reuvers@sd-wien.at

+43 1 4000 - 87310

ANHANG

Anhang 1 - Der Zielgruppenansatz im SDHN

Das Betreuungskonzept im spezialisierten Bereich ist am Bedarf der unterschiedlichen Zielgruppen ausgerichtet, der ein unterschiedliches Leistungsangebot in der Betreuung bedingt.

Ausgehend vom übergeordneten Wirkungsziel („Ziel ist, dass Menschen mit einer Alkoholsuchtproblematik objektiv und subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sind.“) wurden unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells für das gesamte SDHN einheitliche Zielgruppen definiert (hier: KlientInnengruppen). Die KlientInnengruppen definieren sich über die Beschreibung der (typischen) Ausgangslage der PatientInnen, einer Beschreibung des angestrebten Wirkungsziels pro KlientInnengruppe („Was wollen wir für unsere bzw. mit unseren KlientInnen erreichen?“) und einer Beschreibung des Motivationsziels pro KlientInnengruppe („Wozu wollen wir unsere KlientInnen motivieren?“).

KlientInnengruppe 1 („Überleben“)

Bei der KlientInnengruppe 1 besteht eine unmittelbare Notlage (somatisch/ psychisch/ sozial) und ein unmittelbarer Handlungsbedarf, eine längerfristige Planung ist nicht möglich bzw. nicht realistisch. Wirkungsziel ist daher die Überwindung der unmittelbaren Notlage. Motivationsziel ist es, eine Motivation der PatientInnen in Richtung geplanter Maßnahmen herzustellen (wenn indiziert).

Ad-Hoc-Maßnahmen

Ad-hoc-Maßnahmen ("Sofortmaßnahmen") werden typischerweise für die KlientInnengruppe 1 innerhalb eines Kontakts erbracht. Sie dienen als schnelle, unmittelbare, unbürokratische Hilfestellungen zur Abdeckung einer unmittelbaren Notlage (somatisch, psychisch, sozial). Das herausragende Merkmal aus PatientInnen-Perspektive ist die Betreuungs-Flexibilität: Ad-hoc-Maßnahmen können ohne großen Aufwand durch die PatientInnen in Anspruch genommen werden.

Folgende Ad-hoc-Maßnahmen werden im Sinne eines niedrighschwelligem Zugangs angeboten:

- Klärung der Ausgangslage und des Betreuungsbedarfes
- Information
- Beratung (inkl. Kurzintervention)
- Vermittlung
- Begleitung
- Tagesstruktur
- Nächtigung
- medizinische Notversorgung
- stationäre Krisenintervention im Behandlungsverlauf

Sofern nach Erbringung einer Ad-hoc-Maßnahme ein Bedarf an weiteren Leistungen (Ad-hoc-Maßnahmen oder Maßnahmenplan) besteht, ist die Ad-hoc-Maßnahme erst dann erfolgreich abgeschlossen, wenn die PatientInnen an eine geeignete Organisation vermittelt bzw. in eine Abklärungsphase (Modul) im Rahmen eines Maßnahmenplans übernommen wurden.

KlientInnengruppe 2 („Geregeltes Leben“)

Für PatientInnen der KlientInnengruppe 2 ist ein Leben ohne Konsum derzeit nicht möglich. Es besteht jedoch der Wunsch nach einer Verbesserung der Ausgangslage (KlientInnengruppe 2a „Basis schaffen“) bzw. nach einer Erhaltung der vorhandenen Ausgangslage (KlientInnengruppe 2b „Basis erhalten“). Das Wirkungsziel für die KlientInnengruppe 2a und 2b ist es, den (Wieder-)Einstieg in ein geregeltes Leben mit bzw. trotz Konsum zu ermöglichen. Motivationsziel ist es, bei der KlientInnengruppe 2b die Motivation zu halten, während es bei der KlientInnengruppe 2a darum geht, die Motivation für eine umfassende Betreuung (KlientInnengruppe 3) herzustellen.

KlientInnengruppe 3 („Selbstbestimmtes Leben“)

Bei der KlientInnengruppe 3a („Basis schaffen“) besteht der (realistische) Wunsch nach nachhaltiger und tiefgreifender Verbesserung im Sinne eines „selbstbestimmten Lebens“, welches prinzipiell ohne (weitere) Unterstützung durch das SDHN aufrechterhalten werden kann. PatientInnen der KlientInnengruppe 3b („Basis erhalten“) sind gesellschaftlich noch gut integriert und haben Teil am sozialen Leben, es besteht jedoch bereits ein schädlicher Konsum und dadurch bedingte somatische Problemlagen. Das Wirkungsziel ist daher das (Zurück-)finden in ein selbstbestimmtes Leben (KlientInnengruppe 3a) bzw. die Erhaltung eines selbstbestimmten Lebens (KlientInnengruppe 3b), das durch Selbstkontrollregeln gesteuert und gehalten werden kann. Als Motivationsziel sollen die PatientInnen befähigt werden, nach Abschluss der Maßnahmen die Motivation selbst aufrechtzuerhalten und bei etwaigen Krisen Unterstützung im allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereich zu finden. Sollte dennoch ein „Rückfall“ stattfinden, wissen die PatientInnen, wo im SDHN sie Hilfe finden und nehmen diese auch in Anspruch.