



Eszter Maylath

Ein integriertes Versorgungsmodell für Alkoholranke

Früherkennung und Kurzintervention in Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern

Eszter Maylath¹, Dirk R. Schwoon², Peter Degkwitz³, Friedrich Hach⁴, Werner Pietsch⁵, Georg Poppele⁶

¹ MDK Hamburg; ² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Eppendorf;

³ Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS); ⁴ Berufsverband der Allgemeinärzte, LV Hamburg; ⁵ Jugend hilft Jugend e. V.; ⁶ Ev. Krankenhaus Alsterdorf

psycho^{neuro} 2005; 31 (6): 331–336

Eine bundesweite Erhebung hat 1997 zu dem Ergebnis geführt, dass in Deutschland die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in der Gruppe der 18–59-Jährigen 3% beträgt und dass weitere 5% einen Alkoholmissbrauch aufweisen (11). Umgerechnet auf die Bevölkerung ab 18 Jahren sind 1,6 Millionen Männer und Frauen in Deutschland alkoholabhängig und bei 2,65 Millionen Personen liegt ein aktueller Alkoholmissbrauch vor. Die Gesamtkosten für alkoholbezogene Krankheiten betragen für das Jahr 1995 knapp 40 Milliarden DM (3). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (www.dhs.de) gibt in einfacher Fortrechnung aktuell einen Betrag von 21 Milliarden Euro an. Auch für die Gesetzliche Krankenversicherung entstehen aufgrund der Alkoholkrankheit wegen zahlreicher Krankenhausaufnahmen, wiederholter Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldzahlungen hohe Kosten. Für das Jahr 1995 wurden vom Robert-Koch-Institut die Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen auf 3,8 Milliarden DM und für Arbeitsunfähigkeit auf 1,7 Milliarden DM geschätzt (3). Diese Angaben werden in einer neuen und umfassenden Analyse bestätigt (15). Eine wirksame Reduzierung dieser Kosten könnte durch eine Früherkennung und Frühbehandlung der Alko-

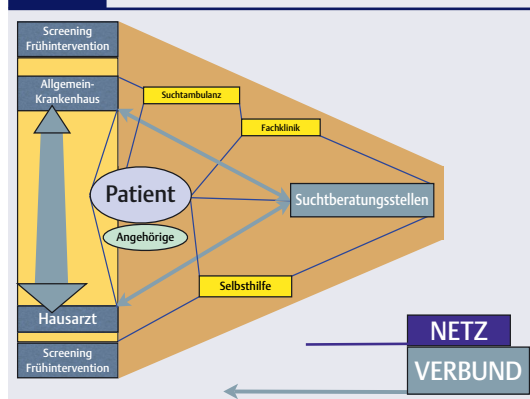
In Deutschland gibt es 1,6 Millionen Alkoholabhängige und 2,65 Millionen Alkoholmissbraucher. Alkoholranke kommen erst nach langjährigem Krankheitsverlauf mit somatischen Folgeproblemen in medizinische Behandlung und zu einem geringen Teil in suchtspezifische Behandlung. Die Mehrzahl hat keinen Kontakt zu suchtspezifischen Einrichtungen wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, suchtpsychiatrischen Abteilungen, Suchtambulanzen und Fachkliniken, wohl aber zu Hausarztpraxen und zu internistischen und chirurgischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Das erste Ziel unseres Modells ist daher, die Alkoholkrankheit früher zu erkennen, und mit Hilfe einer Kurzintervention einen Teil der Betroffenen frühzeitig in das Suchthilfesystem einzubinden. Die Früherkennung mit Hilfe eines Screeningfragebogens (LAST) und die darauf folgende Kurzintervention nach der Methode der motivationalen Gesprächsführung soll in diesem Modell in Hausarztpraxen bzw. in internistischen und chirurgischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern stattfinden. Damit wird das zweite Ziel angestrebt, nämlich Institutionen der medizinischen Basisversorgung in das Verbundsystem zur Behandlung von Alkoholkranken zu integrieren. Eine Finanzierung aus den Mitteln der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V bietet sich an.

holkrankheit in Hausarztpraxen und im Rahmen von Krankenhausaufenthalten erreicht werden.

Die Versorgung von Alkoholkranken weist heute noch große Mängel auf, denn durch gezielte suchtspezifische Hilfen wird lediglich ein kleiner Anteil der Betroffenen erreicht. Während 71% die Angebote des Suchthilfesystems überhaupt nicht und 14,5% nur in geringem Ausmaß in Anspruch nehmen, sind 25% der Alkoholabhängigen und 14% der Alkoholmissbraucher im Verlauf der letzten zwölf Monate mindestens einmal im Krankenhaus gewesen (9). Die Prävalenz von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch bei Patienten der mittleren Altersgruppen

beträgt in chirurgischen und internistischen Abteilungen 17,5% (10). Man spricht davon, dass de facto jedes fünfte Krankenhausbett ein Suchtbett sei (4). In jedem Bundesland wird ein beträchtlicher Anteil der Alkoholdiagnosen in den somatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser gestellt, wobei Hamburg der Spitzenreiter ist (18). Hier von sind insbesondere sozial benachteiligte Stadtteile wie z.B. Wilhelmsburg in Hamburg betroffen (17).

Schon allein aufgrund dieser epidemiologischen Befunde ist das Allgemeinkrankenhaus ein günstiger Ort für gezielte motivationale Interventionen. Hinzu kommt dort aber auch noch, dass die Patienten in die-

Abb. 1 Versorgungsverbund Frühintervention

ser Zeit besonders sensibilisiert und in erhöhtem Maße bereit sind, etwas an ihrem Trinkverhalten zu ändern (25). Gute Interventionsmöglichkeiten bieten sich ebenfalls bei praktischen Ärzten, Hausärzten sowie in internistischen Praxen, da 80% der Alkoholabhängigen und 67% der Alkoholmissbraucher beiderlei Geschlechts im letzten Jahr mindestens einmal einen entsprechenden Arzt aufgesucht haben (22). In Hausarztpraxen weisen 7,2% aller Patienten eine Alkoholabhängigkeit und 3,5% einen Alkoholmissbrauch auf (8, 26).

Im Gegensatz zu der hohen Inanspruchnahme von Hausarztpraxen sowie chirurgischen und internistischen Krankenhausabteilungen bleibt die Inanspruchnahme von suchtspezifischen Diensten sehr niedrig. In psychiatrischen Kliniken werden höchstens 3 bis 4% der alkoholabhängigen Männer und Frauen behandelt, eine Suchtberatungsstelle suchen ca. 7% auf und eine Entwöhnungsbehandlung absolvieren noch weniger, nämlich nur ca. 1,7% (28). Alkoholranke kommen durchschnittlich erst 12 Jahre nach den ersten manifesten Abhängigkeitssymptomen in eine suchtspezifische Behandlung, ein sehr viel längerer Zeitraum als bei Drogenabhängigen (ca. 5 Jahre). Eine Verfestigung der Abhängigkeit, eine Verschlechterung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes und der sozialen Situation wird mit der Verschiebung des Behandlungsbeginns immer wahrscheinlicher (16). Diese Daten sprechen dafür, dass Alkoholranke, die durch das Versor-

gungssystem bisher kaum oder nur unzulänglich erreicht werden, in Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern angesprochen und für eine Änderung ihres Trinkverhaltens und auch für die Inanspruchnahme von suchtspezifischen Diensten motiviert werden sollten. Hierzu ist der Einsatz von Früherkennungs- und Frühinterventionstechniken sowie eine bessere Integration der Tätigkeit dieser Institutionen (Allgemeinkrankenhäuser, Hausärztinnen und -ärzte sowie Suchtberatungsstellen) bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern erforderlich, einschließlich einer Vernetzung mit weiteren Angeboten der Suchtkrankenhilfe (Suchtabteilungen und Suchtambulanzen psychiatrischer Kliniken, Fachkliniken für Entwöhnungsbehandlung) (Abb. 1).

Männer und Frauen weisen erhebliche Unterschiede im Suchtverhalten auf. Dies konnte für die Ursachen, die Entstehungsbedingungen, die Trinkgewohnheiten, die Krankheitsfolgen usw. festgestellt werden (29). Es ist deshalb auch davon auszugehen, dass bei Frauen andere Faktoren wirksam sind, wenn es darum geht, sie zu einer Reduktion des Alkoholkonsums und zur Inanspruchnahme von Hilfen zu motivieren (1). Über die aus diesen Überlegungen abzuleitenden Strategien für die Frühintervention gibt es noch keine klaren Erkenntnisse. Unser Modell soll zur Entwicklung entsprechender geschlechtersensibler Angebote beitragen.

Früherkennung mit Hilfe von Screeningverfahren

In der Regel besteht die Frühintervention aus zwei Schritten: Einem Screening, durch das die entsprechenden Patienten identifiziert werden können, und der eigentlichen Kurzintervention, die aus Informationsvermittlung oder Beratung bestehen kann (26). Für das Screening empfiehlt sich aus zwei Gründen der breite Einsatz eines einfachen, gut validierten Fragebogens mit Selbstaussagen. Zum einen erkennen Ärzte lediglich einen Teil ihrer alkoholkranken Patienten, zum anderen bieten die Selbstaussagen einen ersten Anknüpfungspunkt für

ein gezieltes Gespräch. In Hausarztpraxen werden immerhin 76% der alkoholabhängigen und -missbrauchenden Menschen erkannt, aber nur bei 12% wird diese Diagnose auch im Krankenblatt festgehalten (9). Im Allgemeinkrankenhaus sind die Entdeckungsraten noch niedriger: In der Inneren Medizin werden lediglich die Hälfte, in der Chirurgie nur ein Viertel der Alkoholabhängigen und -missbraucher durch ihre behandelnden Ärzte identifiziert (2).

Fragebogenverfahren haben sich als sensitiver und spezifischer im Vergleich zur Bestimmung diverser Laborparametern erwiesen (26). Die Durchführung ist im Allgemeinen weniger kostenaufwendig und kann auch von nicht-ärztlichem Personal vorgenommen werden. Hinzu kommt der motivierende Aspekt, dass die Betroffenen für eine Beratung zugänglicher sind, wenn neben den „positiven“ somatischen Befunden auch ihre Selbstaussagen eingehend erörtert werden. Für die Zielgruppe der Alkoholkranken kann der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) empfohlen werden (Abb. 2). Er besteht aus sieben Fragen und ermöglicht auf der Basis von Ja/Nein-Antworten eine Einschätzung mit hoher Sensitivität und Spezifität, ob Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch vorliegt. Für dieses Screeningverfahren steht eine umfangreiche Datenbasis aus dem deutschsprachigen Raum zur Verfügung (24). Für die Anwendung des LAST-Fragebogens ist keine spezielle Qualifikation erforderlich, denn er kann durch Krankenpflegepersonal oder Sprechstundenhilfen ausgehändigt und ausgewertet werden. Um die Befragung nicht ausschließlich auf den Alkoholkonsum und seine problematischen Folgen zu zentrieren und damit möglicherweise Abwehrtendenzen wie Verleugnung oder Bagatelisierung zu mobilisieren, kann der LAST mit anderen Gesundheitsfragebogen z.B. zum Thema Nikotinkonsum kombiniert werden.

In den Hausarztpraxen, die sich an diesem integrierten Versorgungskonzept beteiligen, sollte das Screeningverfahren routinemäßig sowohl bei allen neuen Patienten aus der

Altersgruppe von 18 bis 65 Jahren eingesetzt werden als auch bei Patienten, die dem Arzt durch bestimmte Laborbefunde oder Alkoholfolgekrankheiten aufgefallen sind. In den internistischen und chirurgischen Abteilungen der beteiligten Allgemeinkrankenhäusern empfiehlt sich ein Screening bei allen neu aufgenommenen Patienten dieser Altersgruppe.

■ Kurzintervention

Aus den angelsächsischen Ländern sind gut evaluierte Beratungstechniken bekannt, die effektiv zu einer Trinkmengenreduktion beitragen (8). Dies gelingt am besten, wenn die Beratung über mehrere Kontakte fortgesetzt wird (23). Es konnte auch gezeigt werden, dass dadurch Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden können (6). Im deutschsprachigen Raum hat sich das Konzept des „Motivational Interviewing“ (19) als Beratungsmethode etabliert. Es handelt sich um eine gezielte Gesprächsführung, die unter Anwendung bestimmter Techniken (offene Fragen, Bestätigung, aktives Zuhören und Zusammenfassen) strukturiert vorgeht und in der die Motivationslage des Patienten entsprechend dem Modell von Prochaska und DiClemente (21, 27) berücksichtigt wird. Dieses Modell geht davon aus, dass eine Veränderung gesundheits-schädlicher Verhaltensweisen regelhaft mehrere Stadien durchläuft, und dass dieser Ablauf mehrfach wiederholt wird, bevor sich neue, konstruktive Verhaltensmuster etabliert haben. In Abhängigkeit vom jeweiligen Stadium in diesem Änderungsprozess wird mit den Betroffenen an unterschiedlichen Zielsetzungen gearbeitet (z.B. Motivationsaufbau, Trinkmengenreduzierung, Kontaktaufnahme zum Suchthilfesystem, Stabilisierung des Abstinenzwunsches). Diese Beratungsmethode muss in einem achtstündigen Kurs erlernt werden. Ein Auffrischungsseminar nach vier Wochen ist zu empfehlen, um die ersten Erfahrungen zu besprechen. Es ist vorgesehen, für die Beteiligten (Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal) eine Hotline einzurichten, um Rückfragen zu Problemfällen zu ermöglichen. Zur

Ausbildung gehört das Erlernen von Verhaltensweisen, Gesprächstechniken und -modulen wie auch das Erkennen des vorliegenden Stadiums der Änderungsbereitschaft. Für das praktische Vorgehen bietet ein Leitfaden der DHS (5) eine gute Orientierung. Das Beratungsgespräch lässt sich gut einleiten, indem auf die Symptomantworten im LAST-Fragebogen eingegangen wird. Am Ende des Gesprächs wird mit den Patienten eine konkrete Vereinbarung getroffen, die deren Motivationslage berücksichtigt. Dazu kann die Lektüre eines Faltblattes oder einer Informationsbroschüre gehören oder es können Kontaktadressen ausgehändigt werden wie z.B. die Adressen einschlägiger Suchtberatungsstellen bzw. Suchtambulanzen. In Frage kommt im Weiteren ein stadienbezogenes Selbsthilfemanual (7) oder die Vereinbarung eines Besuchs in einer Selbsthilfegruppe. Für das Beratungsgespräch ist eine Dauer von 15 bis 20 Minuten zu veranschlagen. Im Idealfall wird eine schriftliche Vereinbarung getroffen, die während der weiteren Kontakte überprüft wird. Geplant sind insgesamt maximal vier Kontakte innerhalb eines Jahres. In Tabelle 1 ist der Ablauf in Hausarztpraxen dargestellt. In Krankenhäusern ist ein ähnlicher Ablauf vorgesehen, mit dem Unterschied, dass hier in ca. 20% ein positives Screening zu erwarten ist.

Im Krankenhausbereich, wo die Motivationslage der Betroffenen meistens günstiger ist als im ambulanten Bereich, hat es sich als ausreichend erwiesen, wenn das Beratungsgespräch durch geschultes medizinisches Fachpersonals durchgeführt wird (13, 14). In Hausarztpraxen werden bessere Ergebnisse erzielt, wenn der Arzt selbst das Beratungsgespräch durchführt (8). Es besteht aber auch eine gute Alternative darin, einen Liaisondienst durch Mitarbeiter der örtlich zuständigen Suchtberatungsstelle einzurichten. Sowohl in den am Modell beteiligten Krankenhäusern als auch bei den teilnehmenden Arztpraxen können diese an wöchentlichen festen Terminen die weiterführende Intervention durchführen. Das Screening sollte aber auch bei dieser Vorge-

hensweise durch das Krankenhauspersonal bzw. die Praxismitarbeiter durchgeführt werden (26).

In Bielefeld und in Lübeck ist es in zwei großen Studien gelungen, die positiven Effekte von Screening und Frühintervention zu belegen. Mit der Beratung nach den Prinzipien der motivationalen Gesprächsführung konnte bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern in internistischen und chirurgischen Abteilungen bzw. in Hausarztpraxen eine signifikante Reduzierung der Trinkmengen und eine erhöhte Inanspruchnahme von suchtspezifischen Diensten in vergleichbarem Ausmaß wie in ausländischen Studien erreicht werden (9, 12, 20).

■ Qualitätssicherung und Evaluation

Obwohl die positiven Effekte von Frühinterventionsmaßnahmen durch wissenschaftliche Studien wiederholt und schlüssig nachgewiesen wurden, sind sie im allgemeinen Versorgungssystem kaum implementiert worden. Die Vernetzung der einzelnen an der Versorgung von Patienten mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit beteiligten Bereiche ist weiterhin mangelhaft. Dafür dürften mehrere Faktoren verantwortlich sein. Im Medizinstudium wird zu wenig theoretisches und praktisches Wissen über Abhängigkeit als psychische Störung vermittelt, so dass bei vielen Ärzten Vorurteile gegenüber Suchtkranken und eine pessimistische Grundhaltung hinsichtlich der Behandlungserfolge vorherrschen. Eine Offenlegung der Alkoholproblematik wird vermieden, weil erwartet wird, dass man auf aversive Abwehrreaktionen wie Leugnen, Bagatellisieren, Empörung oder Aggressivität stoßen wird, die man sich lieber ersparen möchte. Oft wird auch befürchtet, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört und damit die notwendige Behandlung anderer Krankheiten gefährdet, der Behandlungskontakt sogar ganz abgebrochen werden könnte. Nicht zuletzt sehen sich viele Ärzte sowohl im Krankenhaus als auch in der eigenen Praxis außerstande, ein zusätzliches Interventionsverfahren einzuführen,

das mit einem gewissen Zeitaufwand verbunden ist, weil sie täglich bereits an die Grenzen ihrer Arbeitskapazität stoßen. Sie müssen eine Fülle von Verwaltungsarbeiten erledigen, die sie von den eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten abhalten, und sie sehen sich nicht nur den Ansprüchen von Suchtfachleuten gegenüber, sondern sollen auch noch denen anderer Disziplinen genügen, wie etwa Ernährungsberatung, Psychosomatik, Sexualtherapie usw.

Eine breite Umsetzung des hier skizzierten Versorgungsmodells wird demnach nur möglich sein, wenn derartige Hindernisse erkannt und überzeugende Ansätze zu ihrer Überwindung entwickelt werden. Längerfristige Effekte sind jedoch auch bei erfolgreicher Früherken-

nung und Motivation nur dann zu erwarten, wenn eine anschließende Behandlung gewährleistet ist. Eine Verzahnung von Krankenhäusern, Hausarztpraxen und Suchtberatungsstellen im Rahmen integrativer Versorgungsnetze bzw. Behandlungsketten ist unabdingbare Voraussetzung dafür, dass eine effektive Therapie erfolgen und Überschneidungen in der regionalen Inanspruchnahme von verschiedenen Komponenten des Behandlungssystems vermieden werden können. Es leuchtet unmittelbar ein, dass ein solches Konzept nicht mit einem einmaligen Appell unter Berufung auf die empirische Evidenz eingeführt werden kann. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich in einem längeren, wissenschaftlich zu

begleitenden Prozess entwickeln wird, bevor es tatsächlich wie angestrebt flächendeckend realisiert ist. Dies bedeutet auch, dass für Qualitätssicherung und Evaluation ein gewisser Dokumentationsaufwand geleistet werden muss, der sich hoffentlich nicht als ein zusätzliches Hindernis erweisen wird.

In der Einführungsphase sind qualitätssichernde Maßnahmen auf drei Ebenen notwendig. Zum einen müssen die Voraussetzungen für die Durchführung von Kurzinterventionen geschaffen werden (Strukturqualität): Die Schulung der Mitwirkenden muss zeitlich und finanziell gesichert werden; geeignete Materialien für Patienten und Mitwirkende sind bereit zu stellen, die Verantwortlichkeiten für Screening, Kurzintervention, Vermittlung und Weiterbehandlung sind zu regeln, die Vernetzung zwischen medizinischer Primärversorgung und dem Suchthilfesystem ist durch Kooperationsvereinbarungen zu fördern, eine angemessene Vergütung ist zu gewährleisten. Zweitens geht es um die Sicherung der Abläufe in der Routineanwendung (Prozessqualität), also um die Einhaltung der methodischen Standards bei Screening und Gesprächsführung sowie um die systematische Weitervermittlung und die Verlaufskontrolle, denn die „Methodentreue“ hat sich als ein wichtiger Faktor für die Wirksamkeit dieser Interventionsform erwiesen. Schließlich muss die Frage beantwortet werden, ob die Einführung dieses Versorgungsmodells auch die angestrebten Resultate erzielt (Ergebnisqualität). Wie viele Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte konnten für eine Beteiligung gewonnen werden? Welche Gründe für eine Ablehnung oder einen Abbruch der Mitwirkung lassen sich feststellen? Wie sorgfältig wird die Begleitdokumentation erhoben? Wie wird das Angebot von den Kranken angenommen und werden die Empfehlungen umgesetzt, so dass tatsächlich die Trinkmenge, die Zahl der Krankenhausaufnahmen oder die Arbeitsunfähigkeitstage reduziert werden? Werden suchtspezifische Angebote tatsächlich vermehrt in Anspruch genommen? Verbessert

Abb. 2 LAST-Fragebogen

| LAST | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Lübecker Alkoholismus Screening Test | | |
| <small>(Rumpf et al. 2001; Copyright beim Hogrefe Verlag, Göttingen)</small> | | |
| <p>Sie finden nachfolgend Fragen, die sich auf Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten beziehen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am ehesten zutrifft, auch wenn es Ihnen manchmal schwerfällt, sich für eine Antwort zu entscheiden.</p> | | |
| | ja | nein |
| 1. Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Ihr (Ehe-) Partner oder Ihre Eltern sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z.B. Fettleber oder Leberzirrhose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Waren Sie einmal im Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vielen Dank für Ihre Mitarbeit | | |
| <p><small>Hinweis auf Alkoholabhängigkeit bei 2 oder mehr Symptomantworten (Frage 1 "nein"; Frage 2 bis 7 "ja")</small></p> | | |

sich auch das psychische Befinden und die soziale Situation der Betroffenen? Gibt es wirklich einen globalen Einspareffekt?

Um zu all diesen Themenbereichen verlässliche Informationen zu erhalten, ist vor allem in der Anfangsphase eine systematische, begleitende Evaluation erforderlich. Dafür werden methodisch sehr unterschiedliche Ansätze gewählt: Neben der erwähnten Dokumentation sind der Einsatz von standardisierten Fragebogen, Expertengespräche, Auswertung von Gesundheitsstatistiken und Leistungsabrechnungen u.ä. vorgesehen. Im Sinne eines kontinuierlichen Monitoring sollen die Ergebnisse jeweils zeitnah an alle Beteiligten rückgemeldet werden, um das Modell nach dem Prinzip einer „best practice“ zu optimieren. Wir erwarten, dass auf diesem Wege die Compliance der Mitwirkenden stetig gefördert werden kann, denn sie wird für den Erfolg des Vorhabens ebenso wichtig sein wie die der Patienten.

■ Fazit

Die neuen gesetzlichen Möglichkeiten zur Integrierten Versorgung sollten dringend zur Verbesserung der Versorgung von Alkoholkranken genutzt werden. Daher werden sowohl die zuständigen Gesetzlichen Krankenkassen als auch die Hausärzte, die Allgemeinkrankenhäuser und die Suchtberatungsstellen aufgefordert, dieses Konzept umzusetzen. Die Autoren stehen sowohl beim Vertragsabschluss als auch bei der Realisierung in beratender Funktion zur Verfügung. Sie können aber nicht die erforderliche Eigeninitiative der Kostenträger und der Leistungserbringer ersetzen. Ein erster Schritt wäre bereits dann getan, wenn sich einzelne internistische und chirurgische Abteilungen mit interessierten Hausärzten und Suchtberatungsstellen ihres Versorgungsgebietes zur Frühentdeckung und Frühintervention vernetzen würden. Wir sind zuversichtlich, dass in diesem Falle auch innovative Krankenkassen zu finden sind, die das Versorgungsproblem bereits erkannt haben und die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung

Tab. 1 Frühintervention – „Screening und motivierende Beratung in Hausarztpraxen“

| |
|---|
| Screening |
| Vorgabe eines Screening-Fragebogens durch Arzthelferinnen an alle neuen Patienten zwischen 18 und 64 Jahren und an Patienten mit einschlägigen Hinweiszeichen (Laborwerte, sonstige Symptome) |
| 1. Beratungsgespräch |
| <input type="checkbox"/> nach den Prinzipien des Motivational Interviewing |
| <input type="checkbox"/> bei allen Patienten mit positivem Screening (ca. 10% der Screening-Stichprobe) durch speziell für die Kurzintervention geschulte Berater: |
| <input type="checkbox"/> Arzt oder |
| <input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle/Suchtambulanz |
| mit individuell getroffener Vereinbarung |
| <input type="checkbox"/> zur Führung eines Trinkprotokolls und/ oder |
| <input type="checkbox"/> zur Reduktion der Trinkmenge und/ oder |
| <input type="checkbox"/> zum orientierenden Besuch einer Selbsthilfegruppe und/ oder |
| <input type="checkbox"/> zum Anschluss an eine Selbsthilfegruppe und/ oder |
| <input type="checkbox"/> zum Gesprächstermin in einer Suchtberatungsstelle und/ oder |
| <input type="checkbox"/> zur Wiedervorstellung zu einem festen Termin |
| <input type="checkbox"/> Aushändigung von Informationsmaterial (Flyer, Selbsthilfematerial, Protokollbogen, Internetadressen) |
| <input type="checkbox"/> Dokumentation von Patientendaten, Gespräch, Vereinbarung in einem standardisierten Erhebungsbogen |
| 2. Beratungsgespräch nach ca. 1 Monat |
| <input type="checkbox"/> ca. 8% der Screening-Stichprobe |
| <input type="checkbox"/> zur Überprüfung der Vereinbarung |
| <input type="checkbox"/> zur Festlegung neuer Ziele |
| <input type="checkbox"/> mit Dokumentation von Verlauf und Vereinbarung durch Personal des 1. Gesprächs (Sicherung der Kontinuität) |
| 3. Beratungsgespräch 2 Monate später |
| <input type="checkbox"/> ca. 6% der Screening-Stichprobe |
| <input type="checkbox"/> zur Überprüfung der Vereinbarung |
| <input type="checkbox"/> zur Festlegung neuer Ziele |
| <input type="checkbox"/> mit Dokumentation von Verlauf und Vereinbarung durch Personal der vorhergehenden Gespräche (Sicherung der Kontinuität) |
| 4. Beratungsgespräch 3 Monate später |
| <input type="checkbox"/> ca. 4% der Screening-Stichprobe |
| <input type="checkbox"/> zur Überprüfung der Vereinbarung |
| <input type="checkbox"/> zur Festlegung neuer Ziele |
| <input type="checkbox"/> mit Dokumentation von Verlauf und Vereinbarung durch Personal der vorhergehenden Gespräche (Sicherung der Kontinuität) |

stellen, zumal für Modelle der Integrierten Versorgung ein gesetzlich festgeschriebenes Budget gebildet wurde.

Integrated Care for patients with alcohol dependence – Screening and short intervention by general practitioners or general hospitals

There are 1.6 million persons with alcohol dependence and another 2.65 million with harmful use living in Germany. Persons suffering from alcoholic disease enter medical treatment only after a long course of illness with alcohol related somatic problems. The

majority is not in contact with the professional help system for dependency such as outreach clinics, self help groups, psychiatric departments, in- or outpatient treatment units for addiction. Nevertheless they do have contact with a general practitioner or internal and surgery departments of general hospitals. Therefore the project is primarily directed to detect alcohol dependence or harmful use at an early stage. By means of short intervention chronic progression should be avoided and a part of the patients should be integrated in the professional help system for substance abuse

problems as early as possible. Detection at an early stage using a screening instrument and the following short intervention based on motivational interviewing should take place at general practitioners and at internal and surgery departments of general hospitals. In this way the second aim of the project to integrate units of primary medical care into treatment of persons with alcoholic disease will be realised. The project should be financed within the budget of 'integrated care' based on the Social Security Code (§ 140a SGB V).

Key words

alcohol dependence – harmful use – screening – short intervention – general practitioner – general hospital

Literatur

1. Aktionsplan Drogen und Sucht 2003. In: Gerkens K, Hüllinghorst R, Wimmer D (Hrsg.). Handbuch Sucht. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Band I, 2003
2. Arolt V. Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Berlin / Heidelberg / New York: Springer, 1997: 22–75
3. Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Band 128. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2000: 124–134
4. Caspers-Merk M, Mann K. Berliner Eckpunkte zur Verbesserung der Therapie bei Alkoholproblemen. In: Mann K (Hrsg.). Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Verlag, 2002: 16
5. DHS-Leitfaden: Kurzintervention bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2003
6. Fleming MF, Marlon P, Mundt MS et al. Benefit-Cost Analysis of Brief Physician Advice With Problem Drinkers in Primary Care Settings. *Medical Care* 2000; 38(1): 7–18
7. Grothues J, Bischof G, Reinhardt S et al. Ein stadienbezogenes Selbsthilfemanual zur Trinkmengenreduktion auf den Grundlagen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. In: Rumpf HJ, Hüllinghorst R (Hrsg.). Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2003: 142–156
8. Hill A. Hausarztpraxen als Zentren zur Früherkennung und Behandlung von Alkoholproblemen – ein realistisches Modell? In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg.). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001: 272–291
9. John U, Hapke U, Rumpf HJ et al. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 71. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996
10. John U, Rumpf HJ, Hapke U. Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital – an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol and Alcoholism* 1999; 34: 786–794
11. Kraus L, Bauernfeind R. Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht* 1998; 44 (Sonderheft 1): 3–82
12. Kremer G, Beyerlein-Buchner Ch. Sekundärprävention von Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus – originärer Auftrag oder ineffektiver Aufwand? In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg.). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001; 242–258
13. Kremer G, Dormann S, Wienberg G et al. Erkennung und Behandlung von Patientinnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblem. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998
14. Kremer G, Wienberg G, Pörksen N. Patienten mit Alkoholproblemen beim Hausarzt. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1999; 141: 133–136
15. Kufner H, Kraus L. Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: A 936–945 (Heft 14)
16. Martens MS, Lorenzen J, Verthein U, Degkwitz P. Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation. BADO e.V. (Hrsg.). Hamburg: Kreuzfeld-Verlag, 2002
17. Maylath E, Seidel J, Schlattmann P. Alkoholranke in suchtpsychiatrischer und internistischer stationärer Behandlung – eine psychiatrisch/ökologische Vergleichsuntersuchung. In: Backmund M, Soyka M (Hrsg.). 1. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie AG, 1999: 19–23
18. Maylath E, Spanka M, Nehr R. In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhausfälle der DAK im Vorfeld der DRGs. *Gesundheitswesen* 2003; 65: 486–494
19. Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1999
20. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine* 1999; 28: 503–509
21. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390–395
22. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U et al. Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht* 2000; 46: 9–17
23. Rumpf HJ, Bischof G, Fritze M et al. Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein: Frühentdeckung und Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum in der medizinischen Versorgung. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 2003; 9: 67–73
24. Rumpf HJ, Hapke U, John U. LAST. Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -Mißbrauchs-Screening-Test. Manual. Göttingen: Hogrefe, 2001
25. Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Motivation to change drinking behaviour: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry* 1999; 21: 348–353
26. Rumpf HJ, Kremer G. Früherkennung, Kurzintervention, Beratung und Motivation bei alkoholbezogenen Störungen: Der Stellenwert von Arztpraxis und Beratungsstelle. In: Rumpf HJ, Hüllinghorst R (Hrsg.). Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2003: 92–107
27. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis* 1999; 38: 216–233
28. Wienberg G. Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil V: Bilanz und Perspektiven. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg.). Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001: 318–332
29. Winkler K. Frauenspezifische Behandlung bei substanzbezogenen Störungen: Ergebnisse und Indikation. *Sucht* 2004; 50: 121–127

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Eszter Maylath
MDK Hamburg
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg
Dr.Eszter.Maylath@mdkhh.de

Konzeptpapier für die Initiative „Frühe Intervention bei schädlichem Alkoholgebrauch und -abhängigkeit (FAlk)“ auf Einladung der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Hamburg