

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)

Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung

Autoren: H.-J. Rumpf¹, G. Bischof¹, J. Grothues¹, C. Meyer², U. Hapke³, J. Freyer-Adam², B. Coder², S. Ulbricht², U. John², M. Driessen⁴, G. Kremer⁴, G. Wienberg⁵

¹Universität zu Lübeck, ²Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, ³Robert-Koch-Institut Berlin, ⁴Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, ⁵v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel Bielefeld

Beteiligte Fachleute: U. Schwantes, T. Neumann, H. Krampe (Charité Berlin), M. Kampmann-Schwantes (Praxis Oberkrämer), M. Berner (Universität Freiburg), G. Mundle (Oberbergklinik Schwarzwald), F. Rist, R. Demmel (Universität Münster), M. Müller-Mohnssen (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg)

Unterstützende Organisationen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Aktion Psychisch Kranke (APK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DG SPS) Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Kontakt: PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf

Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Forschungsgruppe S:TEP (Substanzmissbrauch: Therapie, Epidemiologie und Prävention)

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451-5002871, Fax: 0451-5003480, Email: hans-juergen.rumpf@psychiatrie.uk-sh.de

1. Hintergrund

Trotz hoher gesellschaftlicher Folgekosten des problematischen Alkoholkonsums und alkoholbezogener Erkrankungen ist in Deutschland eine gravierende Unterversorgung insbesondere in den Bereichen der Früherkennung und Frühintervention bekannt und belegt. Andererseits haben Studien die Wirksamkeit von Frühinterventionen insbesondere in Hausarztpraxen und unter bestimmten Voraussetzungen auch im Allgemeinkrankenhaus nachgewiesen. Es mangelt jedoch an einer flächendeckenden Implementierung entsprechender Maßnahmen. Die Verbreitung und Anpassung innovativer Interventionsformen ist durch die wissenschaftliche Evidenz gerechtfertigt. Durch die Nutzung moderner Informationstechnologie ist eine Steigerung von Bevölkerungswirksamkeit unter Berücksichtigung von Kosteneffizienz zu erwarten.

2. Übergreifendes Konzept für Hausarztpraxis und Allgemeinkrankenhaus

Für eine bevölkerungswirksame Frühintervention gilt es, möglichst alle in Frage kommenden Patienten einzubeziehen. Ausschließlich evidenzbasierte Verfahren im Hinblick auf Screening, Kurzdiagnostik und Interventionsmaßnahmen sollten genutzt werden. Insgesamt ist der Heterogenität der Rahmenbedingungen innerhalb der ambulanten und stationären Versorgung Rechnung zu tragen.

Screening. Es ist unerlässlich, dass alle Patienten (z.B. im Rahmen des Aufnahmeverfahrens) ein Screening erhalten. Geeignete kurze Fragebogenverfahren, die neben alkoholbezogenen Störungen auch Risikokonsum abbilden, liegen dafür vor. Wünschenswert ist dabei auch die Einbeziehung von Jugendlichen und älteren Patienten.

Es empfiehlt sich, gleichzeitig Fragen zu Tabakkonsum und evtl. Ernährung und Bewegung zu erheben. Insbesondere das Tabakrauchen stellt eine erhebliche Gesundheitsgefährdung dar, gerade in Kombination mit Alkoholkonsum, so dass Interventionen auch hier sinnvoll sind. Das ermöglicht zudem die Einbettung in ein umfassendes Präventionskonzept.

Kurzdiagnostik. Eine kurze weiterführende Diagnostik klärt, ob es sich bei screening-positiven Patienten um gesundheitsriskanten Konsum, Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit handelt. Dieses ist notwendig, da übliche Frühinterventionsmaßnahmen insbesondere in der Gruppe der riskant Konsumierenden Wirksamkeit zeigen, während bei Personen mit Alkoholabhängigkeit eine verstärkte Einbeziehung des bestehenden Suchthilfesystems notwendig ist.

Intervention. Bei Kurzinterventionen ist zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der Zielpopulation keine oder wenig Änderungsbereitschaft aufweist. Das bedeutet, dass das Ziel der Intervention in Motivierung besteht und eine Intervention ausgewählt werden muss, welche dieses leisten kann. Dafür kommen z. B. persönliche Beratungen oder schriftliches Material wie Broschüren in Frage. Nach derzeitigem Stand des Wissens

können auch innovative computergestützte Interventionen als effektiv und besonders kostengünstig empfohlen werden.

Personelle Umsetzung. Für die Durchführung von Frühinterventionsmaßnahmen kommen Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter sowie geschultes medizinisches Personal in Frage (Arzthelferinnen, Pflegepersonal). Darüber hinaus ist eine Zusammenarbeit mit dem bestehenden Suchthilfesystem möglich. Hierbei muss sichergestellt werden, dass es tatsächlich zu einer weiteren Betreuung kommt. Pro-aktive Modelle sind empfehlenswert, bei denen das Einverständnis zur Weitergabe der Adresse eingeholt wird und die entsprechende Stelle Kontakt mit dem Patienten aufnimmt.

Vergütung. Entscheidend für die flächendeckende Implementierung von Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung ist die Refinanzierung der einzelnen Leistungen. Sie ist eine unabdingbare Voraussetzung, um nachhaltig eine weite Verbreitung zu ermöglichen, und muss im Sinne eines finanziellen Anreizsystems gestaltet werden.

Training. Trainingsmaßnahmen sind unabdingbar und sollten im Rahmen der fachlichen Fort- oder Weiterbildung stattfinden. Dabei ist neben der Berücksichtigung des ärztlichen auch die Adressierung nicht-ärztlichen medizinischen Personals von zentraler Bedeutung. Wünschenswert ist darüber hinaus, bereits im Medizinstudium Grundlagen von Frühintervention und Gesprächsführung zu vermitteln. In jedem Fall sollte dieser Bereich Teil der Facharztausbildung sein. Auch für das nicht-ärztliche medizinische Personal sind entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu gewährleisten und eine Einbeziehung in das Frühinterventionskonzept sicherzustellen.

Unterstützung / Qualitätssicherung. Insbesondere zu Beginn sollten Hausärzte und Ärzte im Krankenhaus Hilfe bei der Implementierung erhalten. Dazu können Schulungen, das Bereitstellen von Materialien sowie Hilfestellung bei strukturellen oder inhaltlichen Problemen gehören. Hier gilt es, eine klare Verantwortlichkeit im Rahmen einer neu zu schaffenden Struktur herzustellen. Ein wesentlicher Aspekt ist auch die Einführung von qualitätssichernden Maßnahmen.

2.1 Konzept für die Hausarztpraxis

Die Hausarztpraxis ist aufgrund der hohen Erreichbarkeit der betreffenden Zielpersonen besonders für die Frühintervention geeignet.

Screening. Das Screening, einschließlich einer Wiederholung nach 12 Monaten, sollten alle neuen Patienten erhalten. Der Screening-Fragebogen kann am besten von den Arzthelferinnen während der Anmeldung ausgehändigt werden.

Kurzdiagnostik. Die weiterführende Diagnostik kann sowohl durch nicht-ärztliches Personal als auch durch den Hausarzt erfolgen.

Intervention. Aufgrund des zeitlich knappen Budgets ist ein gestufter Beratungsansatz mit weniger aufwändigen Maßnahmen zu Beginn (z. B. Broschüre, computergestützte Intervention) gefolgt von aufwändigeren (Beratung) sinnvoll. Dabei ist der nächste Schritt, der aus einer aufwändigeren Intervention besteht, nur bei fehlendem Erfolg der vorausgegangenen Maßnahme notwendig. Ein erneutes Einbestellen des Patienten zur Überprüfung des Fortschritts ist daher anzuraten.

Personelle Umsetzung. Die Beratung kann durch den Arzt selbst erfolgen. Aufgrund der zeitlich knappen Ressourcen sind die Einbeziehung von nicht-ärztlichem Personal und auch die Zusammenarbeit mit einer Beratungsstelle oder Ambulanz (zur Durchführung aufwändigerer Diagnostik und Interventionen) sinnvoll.

2.2 Konzept für das Allgemeinkrankenhaus

Ein Krankenhausaufenthalt ist bei vielen Betroffenen aufgrund des Erlebens von körperlichen Verletzungen oder Erkrankungen von erhöhter Beratungsbereitschaft begleitet und bildet eine motivational günstige Ausgangsposition zu einer Änderung des Trinkverhaltens.

Screening. Das Screening sollten alle Patienten bei der Aufnahme bzw. dann erhalten, wenn sie zur Beantwortung in der Lage sind. Aushändigen, Einsammeln und Auswerten erfolgt durch das Pflegepersonal.

Kurzdiagnostik. Die weiterführende Diagnostik kann sowohl durch das Pflegepersonal als auch durch den Arzt oder einen suchtmmedizinisch qualifizierten Liaisondienst erfolgen.

Intervention. Eine Besonderheit im Krankenhaus ergibt sich durch die erhöhte Änderungsbereitschaft während des Aufenthalts. Um einen Interventionserfolg zu erzielen, scheint mindestens ein Nachkontakt (z. B. telefonisch oder persönlich nach 3 Monaten) notwendig zu sein. Auch hier können die drei Formen der Kurzintervention (schriftliches Material, computergestützte Intervention, Beratung) zum Einsatz kommen. Durch den hohen Anteil an Personen mit einer Alkoholabhängigkeit, bei denen Kurzintervention allein wenig Wirksamkeit aufweisen, ist eine Zusammenarbeit mit dem regionalen Suchthilfesystem notwendig.

Personelle Umsetzung. Die Beratung kann durch den behandelnden Arzt selbst erfolgen, durch Psychologen oder Sozialarbeiter des Krankenhauses oder durch einen suchtmmedizinisch geschulten Liaisondienst. Bei Ressourcenproblemen kann die Einbeziehung von speziell qualifiziertem Pflegepersonal sinnvoll sein. Um die Überleitung von alkoholabhängigen Patienten in das Suchthilfesystem zu unterstützen, ist die verbindliche Einbeziehung von Suchtberatungsstellen oder Ambulanzen in den Interventionsprozess anzustreben.