

Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.)

Innovative Behandlungsstrategien
bei Alkoholproblemen

Frühe Interventionen
in der medizinischen Basisversorgung
und Ambulante Entgiftung

Lambertus

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen: frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und ambulante Entgiftung / Aktion Psychisch Kranke e. V. – Freiburg im Breisgau : Lambertus, 1997
 ISBN 3 - 7841 - 0992 - 6

Alle Rechte vorbehalten
 © 1997, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
 Umschlaggestaltung: Grafikdesign Christa Berger, Solingen
 Herstellung: Druckerei F. X. Stückle, Ettenheim
 ISBN 3 - 7841 - 0992 - 6

Inhalt

7	VORWORT
11	FRÜHE INTERVENTIONEN IN DER MEDIZINISCHEN BASISVERSORGUNG
11	Prävention von Alkoholproblemen in Europa Olaf-Gjerløw Aasland
27	Frühe Interventionen in der primären Gesundheitsversorgung Bruce Ritson
42	Beratung im Allgemeinkrankenhaus Helene Leslie, Louise Learmonth
49	Alkoholprobleme in der medizinischen Basisversorgung - Prävalenz und sekundärpräventive Strategien Ulfert Hapke, Hans-Jürgen Rumpf, Andreas Hill, Ulrich John
60	Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern Georg Kremer, Susanne Dormann, Niels Pörksen, Theo Wessel, Günther Wienberg
75	Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus Cornelia Schülke
79	Erste Erfahrungen mit Kurzinterventionen in einer Allgemein- arztpraxis Annette Petry
87	Zur Finanzierung von Screening, Diagnostik und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern Niels Pörksen, Günther Wienberg, Georg Kremer, Susanne Dormann, Theo Wessel
94	Die Befähigung von Allgemeinärztinnen und -ärzten zur Behandlung von Alkoholproblemen Brian R. McAvoy

101	AMBULANTE ENTGIFTUNG
101	Ambulante Entgiftung in der Psychiatrischen Ambulanz in Bielefeld Jens Wittfoot
109	Der Ambulante Entgiftungsdienst in Forth Valley, Schottland Colin Bennie
115	Entgiftung zu Hause - Erfahrungen mit einem gemeindeorientierten Angebot aus Edinburgh, Schottland Marie McLennan
125	Ambulante Entgiftung in Zusammenarbeit mit einem gemeindeorientierten Alkohol-Team (CAT) - Erfahrungen aus London, England Kimberley Kirton
136	Erfahrungen mit der ambulanten Entgiftung in Berlin-Pankow Mechthild Donath
144	ABSCHLUß
144	Zur Umsetzung neuer Behandlungsstrategien - Vorschläge und Perspektiven Ambros Uchtenhagen
150	AUTORINNEN UND AUTOREN

Vorwort

Im Oktober 1996 veranstaltete die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) in Bonn eine vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Internationale Tagung mit dem Titel „Innovative strategies in the treatment of alcohol problems“.

Auf dieser Tagung wurden zwei Themen diskutiert, die für die zukünftige gemeindenähe Behandlung und Versorgung von suchtkranken und -gefährdeten Menschen in Deutschland eminente Bedeutung erlangen können:

- (1) frühzeitige Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und
- (2) ambulante Entgiftung.

Die Tagung zeichnete sich nicht nur durch ihre innovative Themenstellung aus, sondern auch durch die gelungene Verbindung von *wissenschaftlicher Erkenntnis* auf international anerkanntem Niveau mit *konkreten praktischen Erfahrungen* aus der Versorgungsrealität in Deutschland.

Alle Beiträge dieser Tagung wurden für den vorliegenden Band überarbeitet und ins Deutsche übersetzt.

Der Eröffnungsvortrag beschäftigt sich mit Fragen der Prävention von Alkoholproblemen aus europäischer Perspektive. Olaf-Gjerlow Aasland diskutiert einige aktuelle gesundheitspolitische Fragen im Hinblick auf ihren gesamtgesellschaftlichen Nutzen (Public Health). Sollte den Menschen empfohlen werden, täglich ein bis zwei Glas Wein zu trinken, um Herzerkrankungen vorzubeugen? Oder würde das eine gesamtgesellschaftlich bedenkliche Steigerung des Alkoholkonsums zur Folge haben? Welche politischen Maßnahmen sind am ehesten geeignet, den Alkoholkonsum in der Gesellschaft zu senken?

Alle weiteren Beiträge des *ersten inhaltlichen Blocks* behandeln wesentliche Aspekte der Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. Es ist auch in Deutschland seit einigen Jahren bekannt, daß die weitaus meisten Menschen mit Alkoholproblemen nicht in den Einrichtungen der traditionellen Suchtkrankenhilfe, sondern beim Hausarzt oder im Allgemeinkrankenhaus behandelt werden, dort allerdings in der Regel nicht wegen ihres Alkoholproblems, sondern wegen somatischer Folgeerkrankungen. Mittlerweile liegen zahlreiche wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse vor, daß dieses Mißverhältnis grundsätzlich behoben werden kann. Konzepte zur Früherkennung und Frühinterventionen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern verhelfen den betroffenen Patientinnen und Patienten dazu, ihren Alkoholkonsum zu verringern, Folgeerkrankungen und Folgeprobleme zu vermeiden und bei Bedarf weiterführende Hilfen in Einrichtungen des Suchthilfesystems in Anspruch zu nehmen.

Bruce Ritson gibt zunächst einen Überblick über wissenschaftliche Studien zur Früherkennung und Frühintervention. Der Schwerpunkt seines Beitrags liegt auf der Diskussion ökonomischer Faktoren und fachlicher Standards für die Allgemeinartzpraxis sowie den Möglichkeiten und Grenzen einer Implementierung wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Alltag der Allgemeinartzpraxis.

Im Anschluß daran stellen Helene Leslie und Louise Learmonth ihr Beratungskonzept für Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses vor.

Ulfert Hapke u. a. berichten über die Ergebnisse einer groß angelegten Prävalenzstudie zu Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. Zusätzlich diskutieren sie die beratungsbezogenen Implikationen des „Stages of change“-Modells von Prochaska und DiClemente, das in den letzten Jahren auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen hat.

Die nächsten vier Beiträge stammen allesamt aus einem Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung von Früherkennung und Frühbehandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern, das von 1994 bis 1997 in Bielefeld durchgeführt wurde. Zunächst stellen Georg Kremer u. a. einige Ergebnisse des Modellprojekts vor. Besonderer Wert wird dabei auf die konkrete praktische Umsetzung von Interventionskonzepten unter Beteiligung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Stationspersonal im Krankenhaus sowie die daraus folgenden versorgungspolitischen Konsequenzen gelegt. Cornelia Schülke und Annette Petry berichten von ihren eigenen praktischen Erfahrungen als kooperierende Ärztinnen dieses Projekts. Schließlich diskutieren Niels Pörksen u. a. einige Finanzierungsvorschläge für die künftige Umsetzung eines Früherkennungs- und Frühinterventionskonzepts unter den konkreten Bedingungen des Gesundheitssystem in Deutschland.

Der erste Teil dieses Bandes wird vervollständigt durch einen Beitrag von Brian R. McAvoy. Er stellt in seinem Beitrag einige Ergebnisse aus Befragungen von Allgemeinärztinnen und -ärzten vor, die sich mit den Einstellungen und Haltungen der Ärztinnen und Ärzte gegenüber Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen befaßt haben. In einem zweiten Schritt diskutiert er einige ökonomische und strukturelle Probleme der primären Gesundheitsversorgung in Großbritannien. Schließlich plädiert er für die Integration von Früherkennungs- und Frühinterventionskonzepten in die allgemeinärztliche Praxis und vergleicht die Ergebnisse dreier „Marketing-Strategien“ miteinander, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte von einer Anwendung solcher Konzepte überzeugen sollen.

Der zweite Teil des Bandes widmet sich dem Thema „Ambulante Entgiftung“. Verschiedene praktische Erfahrungen aus Großbritannien und Deutschland werden hier detailliert vorgestellt. Entgiftung bedeutet in der

fachlichen Auseinandersetzung in Deutschland grundsätzlich „stationäre Entgiftung“. Dabei wird zum einen vergessen, daß die sicherlich größte Zahl an Entgiftungen völlig ohne professionelle Begleitung in Eigenverantwortung der Betroffenen und ihrer Angehörigen stattfindet. Zum anderen werden dabei Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern ignoriert, in denen die ambulante Entgiftung mittlerweile zum Standardangebot vieler Gesundheitsdienste gehört. Daß auch in Deutschland die ambulante Entgiftung praktikabel und effektiv ist, das können sich viele Dogmatiker des traditionellen Suchthilfesystems kaum vorstellen. Dem sollen die fünf Beiträge des zweiten Teils dieses Bandes Abhilfe schaffen.

Der erste Beitrag kommt aus der Psychiatrischen Ambulanz in Bielefeld. Hier wird seit einigen Jahren unter ärztlicher Verantwortung ambulante Entgiftung durchgeführt. Jens Wittfoot diskutiert zunächst die Definition und einige praktische Implikationen des Entgiftungsbegriffs und beschreibt in einem zweiten Schritt die strukturellen Bedingungen, Indikationen, (Ausschlusskriterien), Interventionsmöglichkeiten und Grenzen des ambulanten Entgiftungsangebots.

Die nächsten drei Beiträge von Colin Bennie, Marie McLennan und Kimberley Kirton sind allesamt Beispiele dafür, mit welcher grundsätzlich anderem Versorgungsverständnis in Großbritannien auf gesundheitliche Probleme geantwortet wird. Unter weitgehendem Verzicht auf ideologische und standespolitische Grabenkämpfe werden hier pragmatisch sinnvolle Lösungen umgesetzt. Krankenschwestern und Krankenpfleger organisieren in Kooperation mit Allgemeinartzpraxen und Spezialeinrichtungen für Alkoholabhängige gemeindenahe Versorgungsangebote, die den spezifischen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen entgegenkommen. Hier hat es den Anschein, daß nicht die Institution im Mittelpunkt des Interesses steht, sondern Patientinnen und Patienten. Die Tatsache, daß diese pragmatisch sinnvollen Lösungen auf der Basis eines vergleichsweise ökonomisch „schwächeren“ staatlichen Gesundheitssystems entstanden sind und sich dort bewähren, sollte für die weitere gesundheitspolitische Entwicklung in Deutschland von besonderem Interesse sein.

Ein weiterer Beitrag aus Deutschland beschließt den zweiten Teil des Bandes. Mechthild Donath berichtet über ein Relikt aus DDR-Zeiten, das den Veränderungen der Nachwendzeit nicht zum Opfer gefallen ist: ambulante Entgiftung in einer Suchtberatungsstelle. Ähnlich wie in Großbritannien hat das Gesundheitssystem der DDR pragmatische Lösungen hervorgebracht, die sich an den konkreten Bedürfnissen und Lebenssituationen der Menschen orientieren mußten. Die Suchtberatungsstelle war zentrale Anlauf- und Behandlungsstelle für Alkoholprobleme. Hausbesuche bei den Patientinnen und Patienten gehörten zum Pflichtprogramm, eine gute Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten in Polikliniken war Grundvoraussetzung erfolgreicher Arbeit. Diese traditionell gewachsenen Inhalte und

Kooperationsformen haben sich in einigen Regionen der ehemaligen DDR bis heute erhalten. Mechthild Donath berichtet über ein gruppengestütztes ambulantes Entgiftungsangebot in Berlin-Pankow und diskutiert dabei insbesondere die Krisenhaftigkeit der Entgiftungssituation für den Klienten sowie die darauf abgestimmten Interventionen. Einige Daten belegen die Effektivität eines ambulanten Entgiftungsangebots.

Die Erfahrungsberichte zur ambulanten Entgiftung erheben keinen Anspruch auf wissenschaftliche Exaktheit. Sie sind vielmehr als Anregungen zu verstehen, auch in Deutschland systematisch über eine Erweiterung bzw. Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots nachzudenken. Behandlungsforschung sollte sich in Zukunft intensiver dem Feld der ambulanten Behandlungsangebote zuwenden. Forschungsdesigns mit einem vergleichenden Ansatz - etwa stationäre gegenüber ambulanter Entgiftung - könnten vermehrt Aufschluß geben über Indikationen, Akzeptanz und Effektivität ambulanter Entgiftung und somit wichtige Akzente für die künftige Versorgungsplanung setzen.

Der Band wird schließlich abgerundet durch einen Kommentar von Ambros Uchtenhagen. Er beschäftigt sich v. a. mit Hindernissen und Barrieren bei der Umsetzung der vorgestellten neuen Behandlungsstrategien, mit Schattenseiten und Nebenwirkungen sowie den daraus resultierenden künftigen Prioritäten für Praxis, Forschung und Ausbildung.

Die APK schließt mit diesem Band an eine Veröffentlichung aus dem Jahre 1994 an: „Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung“ (Jagoda u. a., Rheinland-Verlag, Köln). Schon damals wurde in mehreren Beiträgen auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der medizinischen Versorgung (Günther Wienberg, Bruce Ritson) sowie der Einrichtung gemeindenaher Versorgungsangebote wie z. B. ambulanter Entgiftung (Ray Hodgson) hingewiesen. Die Tatsache, daß drei Jahre später eine so hochkarätig besetzte Tagung zu diesen Themen organisiert werden konnte, belegt ihre zunehmende Bedeutung in der deutschen Fachöffentlichkeit.

Die APK bedankt sich beim Bundesministerium für Gesundheit für die großzügige Finanzierung dieser Tagung. Bedanken möchten wir uns außerdem bei Birgit Meiners (APK) und Georg Kremer für die redaktionelle Bearbeitung der Manuskripte, bei Lothar Selenz (SCA, Köln) für die EDV-Beratung, bei Thomas Haury für die wunderbare Korrektur und Ulrich Bröckling vom Lambertus-Verlag für die gute Zusammenarbeit. Besonderer Dank gebührt den Mitarbeitern der von Bodelschwingschen Anstalten für die fachliche Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung der Tagung sowie die Übersetzung der englischen Tagungsbeiträge, namentlich Susanne Dormann, Georg Kremer, Cornelia Schülke, Theo Wessel, Günther Wienberg und Jens Wittfoot.

Bielefeld, im Juni 1997

Niels Pörksen

Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung

Prävention von Alkoholproblemen in Europa

Olaf-Gjerløw Aasland

EINFÜHRUNG

Es ist wissenschaftlich gut dokumentiert, daß das Ausmaß an alkoholbedingten Problemen in einer Population eine Funktion des Gesamtkonsums ist. Die Ursache hierfür liegt darin, daß Trinken nur selten ein isoliertes Verhalten ist, sondern gewöhnlich in einem sozialen Zusammenhang stattfindet, entweder als kollektives Geschehen, bei dem mehrere Menschen gleichzeitig trinken, oder in einer Situation, in der Trinker mit Nicht-Trinkern interagieren.

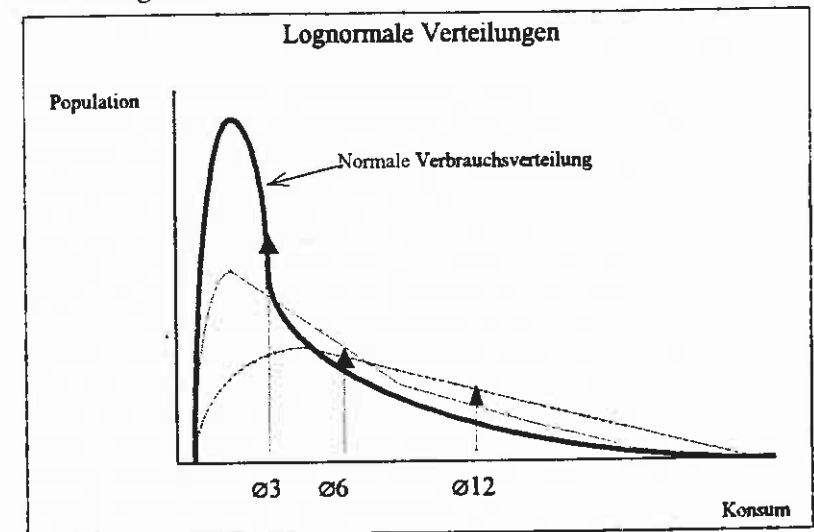


Abb. 1: Verteilung des Alkoholkonsums in der Gesamtpopulation

Empirische Befunde deuten darauf hin, daß die Verteilungs-Kurve des Alkoholkonsums in einer Population, unabhängig vom Gesamtverbrauch, einer lognormalen Verteilung ähnelt. Es handelt sich also um eine schiefe

Verteilung, bei der die Mehrheit auf einem relativ niedrigen Niveau unterhalb des Mittelwertes trinkt. Daraus folgt, daß, wenn sich der mittlere Verbrauch in einer Population z.B. verdoppelt, die Zahl der starken Trinker etwa im Ausmaß ihres Quadrates zunimmt. Seit dem folgenreichen Bericht von Kettl Bruun und Kollegen (1975) über „Alkohol-Kontrollpolitik unter einer Public Health Perspektive“ ist diese Formel eine „Grundregel“ nationaler und internationaler populationsbezogener Präventionsstrategien. Dementsprechend hat die WHO in Europa in dem revidierten Ziel 17 ihres ambitionierten Projektes „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ vorgeschlagen:

Bis zum Jahr 2000 soll der gesundheitsschädliche Gebrauch von abhängigmachenden Substanzen wie Alkohol, Tabak und psychoaktiven Drogen in allen Mitgliedsstaaten signifikant verringert werden.

Dieses Ziel kann erreicht werden, wenn abgestimmte Vorgehensweisen und Programme bezüglich des Konsums und der Produktion dieser Substanzen auf allen Ebenen und in allen Sektoren eingeführt werden, um

- (a) die Zahl der Nichtraucher auf mindestens 80 % der Population zu erhöhen und Nichtraucher davor zu schützen, unfreiwillig dem Tabakrauch ausgesetzt zu sein;
- (b) den Alkoholverbrauch unter besonderer Beachtung des schädlichen Gebrauchs um 25 % zu reduzieren;
- (c) eine andauernde und fortgesetzte Reduktion des Mißbrauchs psychoaktiver Substanzen zu erreichen, einschließlich des unangemessenen Konsums von verschreibungspflichtigen Medikamenten (WHO 1991).

Die direkte Beziehung zwischen Gesamtverbrauch einerseits und Ausmaß der Schädigung andererseits wird natürlich nicht von allen akzeptiert. Denn das Modell stellt die traditionelle Vorstellung in Frage, daß ein guter Index für die Alkoholproblematik eines Landes durch die tatsächliche Zahl von *Alkoholikern* gegeben sei - eine Betrachtungsweise, die sowohl von der Alkoholindustrie als auch von einigen einflußreichen Klinikern propagiert wird. Die daraus resultierende Frage ist: Soll Alkohol so frei zugänglich sein wie irgendein anderes Gut oder ist es notwendig, die allgemeine Zugänglichkeit durch gewisse Einschränkungen zu erschweren?

Bevor ich versuche, diese Frage zu beantworten, möchte ich zwei zentrale Konzepte in der Diskussion um Primärprävention diskutieren, die sich beide aus interessanten epidemiologischen Befunden ableiten: das „Paradox der Prävention“ und die „J-förmige Kurve“. Das Paradox der Prävention impliziert, daß mäßige Trinkerinnen und Trinker infolge ihrer großen Zahl einen erheblichen Teil des Gesamtschadens zu verantworten haben, weil jede Form des Trinkens ein gewisses Risiko mit sich bringt. Die J-förmige Kurve bezieht sich auf die Risikofunktion im Verhältnis zur gesamten und insbesondere kardiovaskulären Mortalität infolge von Alkohol und impliziert, daß das optimale Konsumniveau aus gesundheitlicher Sicht nicht notwendigerweise bei Null liegt. Beide Konzepte können wichtige

Konsequenzen für die Primärprävention und die Alkoholpolitik im allgemeinen haben. Das Präventions-Paradox stellt die vorherrschende Sichtweise in Frage, daß nur starke Trinkerinnen und Trinker oder „Alkoholiker“ einem Risiko ausgesetzt seien. Die J-förmige Kurve legt auf der anderen Seite nahe, daß „ein bißchen trinken“ gut für die Gesundheit sein kann.

DAS PARADOX DER PRÄVENTION

Ursprünglich wurde dieser Begriff von dem britischen Epidemiologen und Präventions-Förderer Geoffrey Rose anhand von Daten über Serum Cholesterol und kardiovaskuläre Mortalität geprägt (Rose 1985). Die grundlegende Idee ist, daß die Kombination einer linearen oder fast linearen Risikofunktion und einer schiefen Verteilung in der Population, in der die Mehrheit nur einem geringen Risiko ausgesetzt ist, eine Situation hervorruft, in der die Zahl der erkrankten Individuen mit niedrigem Risiko höher sein kann als die Zahl der Erkrankten mit hohem Risiko.

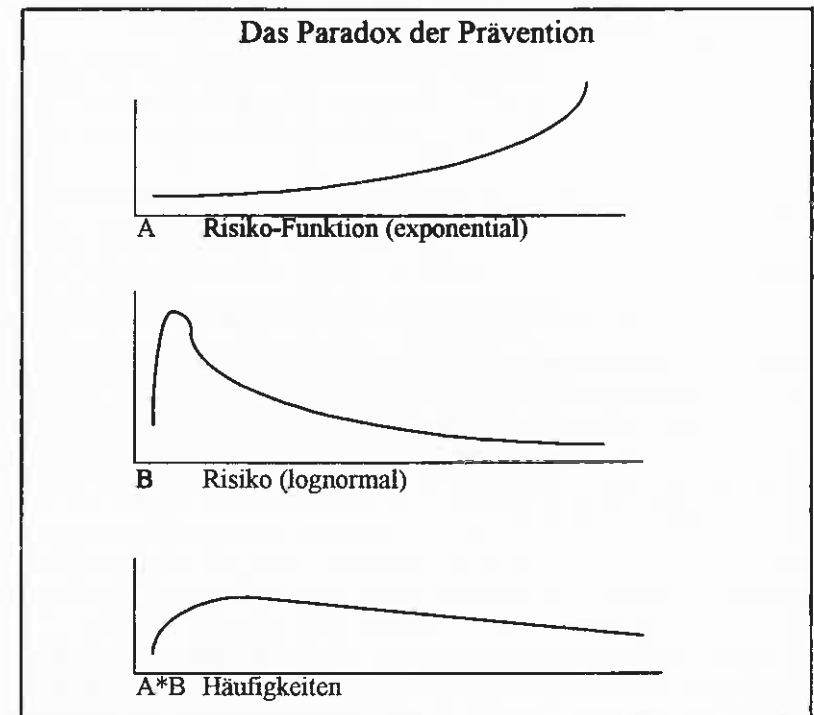


Abb. 2: Das Präventions-Paradox

Norman Kreitman (1986) hat dieses Modell auf das Gebiet des Alkohols übertragen. Aus diesem Modell, das sowohl auf die mäßigen als auch auf die starken Trinker abzielt, entwickelte sich eine weit verbreitete Grundlage für bevölkerungsbezogene präventive Strategien. Es mangelt jedoch an empirischen Befunden, die dieses Modell unterstützen. Von Seiten der Industrie als auch von Klinikern und Epidemiologen wurde das Modell in der Vergangenheit deshalb heftig angegriffen (Sinclair/Sillanauke 1993, Charlton 1995). Das Hauptargument der Kritiker war, daß geringfügige positive Einflüsse durch geringfügige negative Einflüsse ausgeglichen würden und daß erkrankte Individuen mit niedrigerem Risiko in der Wirklichkeit viel seltener anzutreffen seien, als zu erwarten wäre.

Vor kurzem jedoch veröffentlichte Norström eine empirische Studie, in der er berechnete, welches Maß an Konsumreduktion in der Gesamtpopulation bzw. bei starkern Trinkerinnen und Trinkern notwendig wäre, um die alkoholbedingte Mortalität durch Leberzirrhose, Unfälle oder Suizide zu halbieren, wobei als „starke Trinkerinnen und Trinker“ die obersten 5% der Verteilung definiert wurden. Er stellte fest, daß dieses Ziel entweder erreicht wird, indem die Gesamtpopulation ihren Konsum um 25% reduziert, oder indem die 5% stärksten Trinkerinnen und Trinker ihren Konsum um 36% reduzieren (Norström 1995). Einige Details enthält Tabelle 1.

Todesursachen	Verringerung (in %) auf Populationsebene	Verringerung (in %) bei starken Trinkern
Leberzirrhose	58	28
Unfälle	36	48
Suizide	38	46

Tab. 1: Kalkulation der Verringerung alkoholbedingter Todesfälle (Norström 1995)

Norström schlußfolgert hieraus, daß beim Vergleich von Populations- und Hochrisiko-Strategien weder die eine noch die andere einen klaren Vorteil bezüglich ihrer Wirksamkeit aufweise. Die Hochrisikostategie scheint also eine vernünftige *Ergänzung* zur Populationsstrategie zu sein und kann darüber hinaus nachhaltige Effekte auf Populationsebene haben, wenn sie im großen Maßstab verfolgt wird.

DIE J-FÖRMIGE KURVE

Der kardioprotektive Effekt moderaten Alkoholkonsums scheint ohne Zweifel belegt zu sein. Deshalb ist die Erkenntnis, daß ein oder zwei alkoholhaltige Getränke pro Tag gut für die Gesundheit seien, von der Industrie wie auch einer Reihe anderer Autoritäten begeistert verbreitet worden.

Der Effekt ist allerdings am stärksten ausgeprägt in Gruppen mit hoher kardiovaskulärer Mortalität wie z. B. Männer im mittleren Alter in westlichen Industriegesellschaften.

Was aber sind die Public-Health-Konsequenzen dieser Tatsache? Was passiert, wenn gegenüber der Allgemeinbevölkerung generell der Konsum von ein bis zwei alkoholhaltigen Getränken pro Tag empfohlen wird? Unter der Voraussetzung der bereits beschriebenen schiefen Verteilung des Konsums, bei der die Mehrheit mäßig trinkt, würde dies bedeuten, daß die meisten Menschen ihren Konsum *erhöhen* müßten.

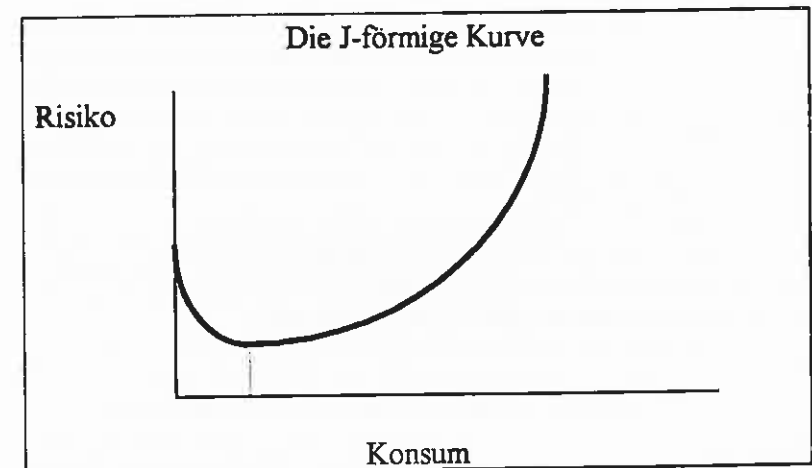


Abb. 3: Die J-förmige Kurve

Vor kurzem präsentierte Skog (1996) eine Analyse, in der diese Implikationen diskutiert werden. Er verweist darauf, daß alle möglichen Konsequenzen von der Verteilung der Veränderungen im Trinkverhalten der Gesamtpopulation abhängen. Wenn diejenigen, die weniger als die optimale Menge konsumieren, ihren Gebrauch erhöhen, während jeder, der oberhalb dieses optimalen Niveaus konsumiert, sich einschränkt, dann kann eindeutig ein Absinken der Mortalitätsrate erwartet werden. Dies ist allerdings nicht das wahrscheinliche Ergebnis. Denn diejenigen, die ihre Gesundheit und ihr soziales Funktionsniveau durch starkes Trinken gefährden, würden wahrscheinlich auf eine Botschaft über den günstigen Einfluß moderaten Trinkens nicht mit einer Reduktion ihres aktuell ungesunden Trinkens reagieren. Im Gegenteil: Man müsse vermuten, daß, wenn ein substantieller Anteil der Population (die mäßigen Trinker) begänne, häufiger zu trinken, diejenigen, die bereits über dem optimalen Niveau trinken, sich dazu ermuntert fühlen, noch häufiger zu trinken, weil sie sich selbst in einer „feuchteren“ Umgebung mit häufigeren Gelegenheiten zum Trinken wiederfänden.

Skog beschreibt zwei Szenarien: eines, in dem das Konsum-Niveau zunimmt, während der Varianz-Koeffizient stabil bleibt, und ein zweites, in dem der Varianz-Koeffizient mit zunehmendem Konsumniveau ansteigt. Das zweite Szenario bildet bei empirischen Verteilungen den Regelfall; ein Varianz-Koeffizient von Null würde eine Situation kennzeichnen, in der jeder exakt die gleiche Menge Alkohol trinkt. Beide Berechnungen zeigen, daß ein Konsumniveau, das optimal für ein einzelnes Individuum ist, für die Population insgesamt zu hoch ist. Tatsächlich scheint es so, daß das aggregierte Optimal-Niveau um den Faktor 3 bis 5 kleiner ist als das individuelle Optimal-Niveau.

Es handelt sich dabei um eine theoretische Studie, die sich auf empirische Daten stützt. Modell- und Szenario-Techniken sind notwendigerweise erforderlich, weil es in erheblichem Maße an Studien mangelt, die die Veränderung des Alkoholkonsums auf aggregierter Ebene untersuchen. Die meisten vorliegenden Studien basieren auf Datenmengen mit Individuen als Einheiten und sind deshalb unter der Perspektive der Primärprävention nur von begrenztem Interesse.

Bis hierher können wir zusammenfassen, daß weder die Kritik am Paradox der Prävention noch die J-förmige Kurve die Prämissen für eine populationsbezogene Präventionsstrategie verändern, deren Hauptziel es ist, den Konsum insgesamt zu kontrollieren und zu reduzieren.

KONTROLLE DES KONSUMS AUF GESAMTGESELLSCHAFTLICHER EBENE

Im folgenden werde ich einige der wichtigsten Maßnahmen einer Präventionspolitik diskutieren, die auf eine Kontrolle des Gesamtverbrauchs abzielt und auf der Erkenntnis beruht, daß - wie im letzten Kapitel beschrieben - zwischen Veränderungen des Alkoholkonsums einer Population und den sich daraus ergebenden Veränderungen alkoholbedingter Probleme eine enge Beziehung besteht. Andere Beiträge dieses Bandes befassen sich mit der sog. „Hochrisikozone“, in der wir diejenigen Individuen finden, deren Trinkverhalten sie in eine oft erkennbare Gefährdungssituation bringt. Bezogen auf den *einzelnen* liegt hier die Verantwortung hauptsächlich bei der primären Gesundheitsversorgung auf lokaler Ebene, die mit relativ einfachen Mitteln die Mehrheit der Hochrisiko-Individuen unter ihren Klientinnen und Klienten identifizieren und zu einer Reduktion des individuellen Risikos beitragen kann. Bezogen auf *Populationsstrategien* liegt die letzte Verantwortung eindeutig bei zentralen, regionalen und kommunalen Regierungen bzw. den gewählten Politikern. Nur sie haben tatsächlich die Macht, das Niveau alkoholbedingter Schädigungen auf der Ebene der Gesamtpopulation zu beeinflussen.

Preis

Preis-Veränderungen sind ein starkes politisches Werkzeug. Staatsmonopole, verbunden mit individuellen Verbrauchsbeschränkungen, sind wahrscheinlich der wirksamste Weg für eine Regierung, um die Alkoholsituation zu kontrollieren.

Eine Reihe von Studien haben den Zusammenhang zwischen Alkoholpreis und Gesamtverbrauch nachgewiesen. Einigen Studien ist es gelungen, einen direkten Zusammenhang zwischen Preis und alkoholbedingten Schädigungen festzustellen (z. B. Cook 1981).

Preis-Elastizität ist ein zentrales Konzept. Sie ist ein Maß dafür, wie die Nachfrage, die in der Regel durch Verkaufsstatistiken gemessen wird, in Abhängigkeit vom Preis variiert. Eine Preis-Elastizität von -0,5 bedeutet, daß eine Zunahme des Preises um 10 % zu einer Reduktion der Nachfrage um 5 % führt. Eine negative Preis-Elastizität bedeutet also, daß Preissteigerungen zu einem Rückgang der Nachfrage führen. Wenn die Preis-Elastizität -1,0 übersteigt, wird das jeweilige Gut gewöhnlich als „Luxusgut“ verstanden - in dem Sinne, daß es erst *nach* allen notwendigen Gütern wie Nahrung, Bekleidung und Unterkunft gekauft wird. Die Preis-Elastizität kann abhängig von der Art des Getränks, von aktuellen politischen Entscheidungen bzw. Trends, von nationalen Unterschieden oder von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen erheblich variieren. In Norwegen scheint die Preis-Elastizität von Alkohol zwischen -0,9 für Spirituosen und -1,65 für Bier zu liegen, was auf eine relativ hohe negative Korrelation zwischen Preis und Konsum hindeutet (NOU 1995). Dies besagt, daß Alkohol in Norwegen tatsächlich als Luxusgut angesehen wird.

Ein extremer, aber interessanter Fall von preisinduzierter Veränderung beim Konsum und bei alkoholbedingten Problemen ereignete sich in Dänemark 1917. Im Verlaufe dieses Jahres wurde der Preis für Aquavit, der bevorzugten dänischen Spirituose, von 0,9 auf 11 Kronen pro Liter erhöht, der Preis für Bier von 0,15 auf 0,24 Kronen pro Liter. Diese dramatischen Preisveränderungen führten im Laufe von zwei Jahren zu einer Reduktion des jährlichen Gesamtverbrauchs von ursprünglich 10 Litern auf etwa 2 Liter reinen Alkohols pro Person. Das Resultat war, daß sich Dänemark fast über Nacht von einem traditionell spirituosentrinkenden Land wie Norwegen, Finnland, Polen oder Rußland zu einem biertrinkenden kontinental orientierten Land veränderte, was es bis heute geblieben ist. Es konnte außerdem gezeigt werden, wie Dänemark als Konsequenz der Reduzierung des Alkoholkonsums „nüchterner“ wurde. Nielsen berichtet, daß die jährliche Rate von Delirium tremens während einer 5-Jahres-Periode von 27,2 auf 1,8 je 100.000 Einwohner sank. Die Mortalitätsrate infolge Alkoholmißbrauchs sank innerhalb desselben Zeitraumes von 13,7 auf 1,9 pro 100.000 Einwohner (Nielsen 1965). Seitdem allerdings steigt der Gesamtkonsum in Dänemark langsam an, so daß er heute fast wieder das Ni-

veau von 1917 erreicht hat. Es hat aber fast drei Generationen gebraucht, um den Effekt dieser drastischen Reform aufzuheben.

Öffnungszeiten

Am 1. Juli 1973 wurden in Norwegen neue Vorschriften in Kraft gesetzt, die eine erhebliche Ausweitung der jährlichen Öffnungszeiten für den Ausschank von Spirituosen erlaubten: um 35% von 2.000 auf 2.700 Stunden (Horverak 1979). Diese Reform führte zu einer Zunahme der Menge *ausgeschenkter* Spirituosen um 25% während des 2. Halbjahres 1973. Der weitere Anstieg bis 1976 belief sich auf 82% im Vergleich zu 1972. Es gab keinen nennenswerten Anstieg der Menge der in den Läden verkauften Spirituosen während dieses Zeitraums. Obwohl bei weitem der größte Anteil von Spirituosen, die in Norwegen gekauft werden, zu Hause konsumiert werden, beeinflussen die Öffnungszeiten und die Tage, an denen der Ausschank erlaubt ist, den Gesamtverbrauch von Spirituosen immer noch in beträchtlichem und steigendem Maße.

Eine weitere Liberalisierung der Öffnungszeiten in der zweiten Hälfte der 80er Jahre hat zu einer völligen Umkehrung der sozialen Gewohnheiten vor allem junger Leute geführt. Während sie früher Restaurants zwischen 19.00 und 20.00 Uhr aufsuchten und dann nach deren Schließen um 1.00 Uhr manchmal noch zu einem „Nachspiel“ bei jemandem zu Hause einkehrten, scheint heute ein „Vorspiel“ mit einem anschließenden Gaststättenbesuch zwischen 23.00 und 4.00 Uhr üblich zu sein. Das bedeutet nicht unbedingt, daß das Trinken in Gaststätten zunimmt, weil viele junge Leute bereits ihr „Quantum“ getrunken haben, wenn sie schließlich dort eintreffen. Die Umkehrung der Gewohnheiten aber scheint viel mehr öffentliche Unruhe und Gewalt in innerstädtischen Gebieten während der Nachtstunden erzeugt zu haben.

Eine interessantes politisches Experiment, das mit Öffnungszeiten und Wochenendtrinken zu tun hat, fand in Norwegen vor einigen Jahren statt. 1983 beschloß unser Parlament, *Stortinget*, die Monopolgeschäfte samstags zu schließen, allerdings nur für ein Jahr. Während dieses Jahres (1984) hat das Nationale Institut für Alkohol- und Drogenforschung die Auswirkungen dieser relativ drastischen Maßnahme ausgewertet. Die Evaluation stützte sich auf ein Design mit paarweisen Vergleichen von Städten, wobei die Monopolgeschäfte in 6 zufällig ausgewählten Kontrollstädten samstags geöffnet blieben. Finnland und Schweden haben ähnliche Versuche durchgeführt und konnten eine signifikante Reduktion der negativen Alkoholkwirkungen, insbesondere von Trunkenheit und häuslicher Gewalt, nachweisen, außerdem eine geringe Reduktion des Gesamtverbrauchs (vgl. Ols-son/Wikström 1984).

In Norwegen nahmen die Verkäufe in den Monopolgeschäften in den „geschlossenen“ Städten, verglichen mit den „offenen“ Städten, gemessen in

Litern reinen Alkohols um 2,8% ab. Diese Abnahme wurde nicht kompensiert durch einen Anstieg des Bierverkaufs. Eine Differenz in der Häufigkeit des Autofahrens unter Alkoholeinfluß war nicht feststellbar. Es gab allerdings signifikante Unterschiede bei den Festnahmen und Polizeiberichten wegen Trunkenheit, ebenso bei den Polizeiberichten über häusliche Störungen. Es wurde außerdem eine Verringerung der Aufnahmen in Entgiftungszentren um 10% festgestellt (Nordlund 1984).

Trotz der Tatsache, daß die Schließung am Samstag eine geringe, aber eindeutige Reduktion des Gesamtverbrauchs sowie eine erkennbare Abnahme der Anzahl von alkoholbedingten negativen Wirkungen zur Folge hatte, wurde beschlossen, die Samstagsschließung nicht fortzuführen. Diese Entscheidung unterstreicht die Tatsache, daß sogar im norwegischen Parlament Handelsinteressen stärker sind als Gesundheitsinteressen.

Schweden hat die Samstagsschließung dauerhaft aufrecht erhalten, Finnland praktiziert sie im Sommer. Während also solide wissenschaftliche Studien vergleichbare Resultate in allen drei Ländern erbrachten, unterschieden sich die daraus resultierenden politischen Entscheidungen erheblich. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, daß die Entscheidungen von Politikern nicht immer dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.

Altersbeschränkungen

Studien aus den USA und Kanada haben eindeutig gezeigt, daß eine Erhöhung der gesetzlichen Altersgrenze für den Alkoholkonsum von 18 auf 21 Jahre zu einer deutlichen Verringerung von Unfällen und anderen schwerwiegenden Alkoholfolgen führt (vgl. Schmidt/Kornaczewski 1975, Douglass/Fikins 1974). In Norwegen beträgt die Altersgrenze für den Konsum von Bier 18 und für den Konsum von Wein und Spirituosen 21 Jahre. Dies spiegelt die traditionelle Auffassung wider, daß Wein und insbesondere Spirituosen gefährlicher seien als Bier, insbesondere als Mittel, um Intoxikationen herbeizuführen.

Untersuchungen, die von Jugendorganisationen der Norwegischen Abstinenz-Bewegung durchgeführt wurden, zeigen allerdings, daß die 18-Jahres-Grenze für den Bierverkauf in regulären Geschäften nur in einem sehr bescheidenen Maße eingehalten wird.

Verbrauchsbeschränkungen

Während des 2. Weltkrieges wurde in Norwegen eine individuelle Verbrauchsbeschränkung praktiziert. Für jeden Bürger, der 21 Jahre oder älter war, waren monatlich nur 1 Flasche Spirituosen oder Likör bzw. 2 Flaschen normalen Weins erlaubt. Dies entspricht weniger als 2 Liter reinem Alkohol pro Person und Jahr. Darüber hinaus war der Verkauf von Bier infolge der Verknappung von Rohstoffen extrem reduziert. Am Ende des

Krieges hatte der Verbrauch deshalb ein nie dagewesenes Rekord-Tief erreicht, knapp unter 1 Liter reinem Alkohol pro Kopf der Bevölkerung. Ein noch interessanterer Fall von Verbrauchseinschränkungen findet sich im schwedischen Bratt-System, einem personenbezogenen Rationalisierungssystem, das zwischen 1920 und 1955 gültig war. Das Programm umfaßte eine Reihe von Punkten, u. a. ein Rationierungs-Buch, das *Mot-boken*. Bürgerinnen und Bürger über 20 Jahre, mit Ausnahme von verheirateten Frauen, konnten die Erlaubnis bekommen, 1, 2, 3 oder ein Maximum von 4 Litern Spirituosen pro Monat zu erhalten, und zwar in Abhängigkeit von ihrem individuellen ehelichen und sozialen Status und ihrer sozialen Stabilität. Ein Liter Spirituosen monatlich entspricht 4,8 Liter reinem Alkohol pro Jahr.

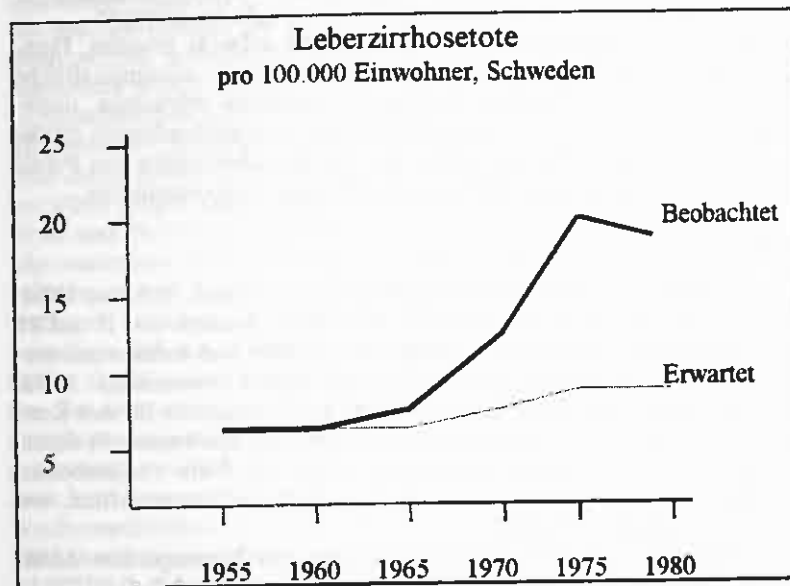


Abb. 4: Leberzirrhosetote (Norström 1987)

Als dieses System 1955 aufgegeben wurde, nahm der Spirituosenkonsum innerhalb von zwei Jahren um 25 % zu, wurde dann durch Preisanstiege vermindert und befand sich 1958 sogar unterhalb des Niveaus von 1955. Norström veröffentlichte eine interessante Analyse der Auswirkungen der Aufhebung des Rationalisierungssystems auf die Leberzirrhose-Mortalität, die zeigt, daß der Übergang zu regulären Verkaufsbedingungen zu einer extensiven und lang andauernden Zunahme in der Leberzirrhose-Mortalität führte, und zwar über das Maß hinaus, das aufgrund der geringen Zunahme des Gesamtverbrauchs zu erwarten gewesen wäre (Norström 1987). Dieses Phänomen erklärt er damit, daß der Verbrauch unter starken Trin-

kerinnen und Trinkern erheblich stärker zunahm als in der übrigen Population, weil jene wieder „frei“ waren, so viel zu trinken, wie sie wollten. Dieser Befund stellt eine interessante und gut belegte Ausnahme von allgemein akzeptierten Theorien über die Konsumverteilung dar und zeigt, wie Veränderungen des allgemeinen Verbrauchs ganze Populationen beeinflussen. Gleichzeitig erinnert er an die Irrationalität alkoholabhängigen Verhaltens (Skog 1985). Das Rationalisierungssystem schneidet der berühmten Lederman-Kurve das Ende ab: Es veranlaßt die starken Trinkenden und Trinker, ihr Trinken - relativ gesehen - stärker zu reduzieren, als es die moderat trinkenden tun.

Informations- und Aufklärungskampagnen

Aufklärungskampagnen sind in der Politik mit Abstand die attraktivsten Maßnahmen. Sie sind sichtbar, von begrenztem zeitlichen und finanziellen Aufwand und vermitteln Glaubwürdigkeit. Die meisten modernen Aufklärungskampagnen basieren auf dem Wissen-Einstellungs-Verhaltensmodell, nach dem Aufklärung das Wissen über Alkohol verbessere, was zu einer Einstellungsänderung mit nachfolgenden Verhaltensänderungen führe. Es ist methodisch extrem schwierig, die Wirkung von Kampagnen zu messen und festzustellen, ob sie irgendeine dauerhafte Änderung im Trinkverhalten der Gesamtpopulation hervorbringen. Ein ausführlicher Überblick zu diesem Thema aus dem Jahr 1989 schließt mit dem ziemlich pessimistischen Fazit:

Gegenwärtig gibt es wenige Ergebnisse, die die Wirksamkeit von Primärpräventionsprogrammen stützen. Obwohl solche Programme Wissen, Überzeugungen und Einstellungen beeinflussen können, wirken sie sich im allgemeinen nicht auf das Verhalten oder (alkoholbedingte) Probleme aus. Es kann also allenfalls nützlich sein, sie als zusätzliche Maßnahme zu effektiven Präventionsstrategien einzusetzen (Moskowitz 1989).

Dieses Zitat von Moskowitz gibt wahrscheinlich die beste Antwort auf die Frage: Wo liegt das Optimum zwischen einer Kontrollpolitik und einer Strategie der Nachfragereduktion? Das Optimum ist wohl die Situation, in der Kontrollmaßnahmen wie Preis-Veränderungen und Altersrestriktionen unterstützt (und nicht ersetzt) werden durch Aufklärung und andere kommunikative Mittel der Nachfragereduktion. Ich würde so weit gehen zu sagen, daß es das primäre Ziel aller Informationen über Alkohol ist, die Notwendigkeit einer begrenzten Zugänglichkeit zu erklären und die betroffenen Individuen entsprechend zu motivieren.

Preisveränderungen durch Monopole, Steuern oder auf anderem Wege sind bei weitem das effektivste gesellschaftliche Mittel, den Konsum von Alkohol zu kontrollieren. Es ist ziemlich zuverlässig, in Norwegen scheint es sogar trotz eines geschätzten illegalen Konsums von 25% gut zu funktionieren. Es erfordert jedoch zum einen die fortlaufende Anpassung von Steuern und zum anderen die aktive Einschränkung von illegaler Produktion, Import und Verkauf.

Die ernsthafteste Bedrohung eines kontrollierten und effektiven Alkoholmarktes ist meiner Meinung nach nicht der illegale Alkohol, sondern die gegenwärtig zunehmende Tendenz, Alkoholprobleme als ausschließlich individuelle Probleme mit geringer Beziehung zu sozialen oder politischen Prozessen zu definieren. Dieses Phänomen, oft als *Medikalisierung* bezeichnet, schafft eine Situation, wo die Ressourcen leichter in die Behandlung und Rehabilitation von Individuen mit Alkoholabhängigkeit fließen als in generelles politisches Handeln, das darauf abzielt, die Verfügbarkeit und den Verbrauch von Alkohol in der Gesellschaft insgesamt zu reduzieren.

Wenn wir uns bewußt machen, daß quantitativ gesehen die meisten alkoholbedingten Unfälle oder andere negative Ereignisse bei moderat trinkenden vorkommen, ist es extrem wichtig, daß wir der Versuchung widerstehen, Individuen mit hohem Risiko oder manifesten Problemen als Alibi gegenüber effektiven Populationsstrategien zu benutzen. Um den Alkoholmißbrauch zu minimieren, müssen wir den Alkoholgebrauch kontrollieren.

EIN BEISPIEL-SZENARIO

Das Potential von Populationsstrategien läßt sich durch eine aktuelle Szenario-Studie demonstrieren, die von einigen der anerkanntesten Forscher im Alkoholbereich vorgelegt wurde (Holder et al. 1995). Die Studie untersucht mögliche Veränderungen bei Konsum und negativen Alkoholwirkungen für den Fall, daß die Alkoholhandelsmonopole in Finnland, Norwegen und Schweden modifiziert oder abgeschafft werden. Diese Frage ist aktuell, weil Schweden und Finnland neuerdings Mitglieder der Europäischen Union sind.

Betrachten wir zunächst den Konsum. Drei Verfügbarkeits- und Preis-Situationen werden angenommen:

- V O: Keine Veränderung der Verfügbarkeiten.
- V 1: Bier und Wein werden über privat lizenzierte Geschäfte verkauft, z. B. Lebensmittelgeschäfte, während Spirituosen weiter durch das Monopol verkauft werden.

V 2: Der Handel mit allen Getränken (Bier, Wein und Spirituosen) ist privatisiert.

Die Preis-Varianten sind:

P O: Keine Veränderung des Preises.

P 1: Der Preis von Bier, Wein und Spirituosen wird in etwa auf das aktuelle Preisniveau in Dänemark reduziert.

P 2: Der Preis aller alkoholischen Getränke wird substantiell auf ein Niveau reduziert, das dem gegenwärtigen Preisniveau in Deutschland entspricht.

Erwarteter Pro-Kopf-Verbrauch - Verfügbarkeit und Preis (Bürgerinnen und Bürger ab 15 Jahren)				
		unverändert P0	dänisch P1	deutsch P2
Schweden				
unverändert	V0	6,3	8,3	11,1
partiell priv.	V1	7,1	9,3	12,3
privatisiert	V2	7,3	9,5	12,7
Norwegen				
unverändert	V0	4,7	6,3	7,4
partiell priv.	V1	5,1	6,7	7,9
privatisiert	V2	5,3	6,9	8,1
Finnland				
unverändert	V0	8,4	10,3	12,3
partiell priv.	V1	9,0	11,1	13,3
privatisiert	V2	9,2	11,4	13,7

Tab. 2: Erwarteter Pro-Kopf-Verbrauch bei Veränderungen der Verfügbarkeit und des Preises (Holder et al. 1995)

Tabelle 2 zeigt die erwarteten Verkaufsmengen in Litern reinen Alkohols pro Kopf der Bevölkerung (15 Jahre oder älter) in den drei Ländern unter den verschiedenen Szenarien. Wir sehen, daß ein weitgehendes Absenken des Preisniveaus bei gleichzeitiger Ausweitung der Verfügbarkeit den Konsum in Schweden verdoppeln und in Norwegen und Finnland in erheblichem Maße erhöhen würde.

Die möglichen Veränderungen bei den negativen Alkoholwirkungen werden in dieser Studie verdeutlicht durch die Annahme einer gesamtgesellschaftlichen Konsumsteigerung um 1 Liter, 2,5 Liter bzw. 5 Liter.

Tabelle 3 zeigt einige Veränderungen am Beispiel Norwegens.

Eine Zunahme um 2,5 Liter würde danach zu einem Anstieg der direkten und indirekten alkoholbedingten Mortalität um über 25 % und einer noch

Mortalitätsrate und Rate der Überfälle bei Anstieg des Pro-Kopf-Verbrauchs reinen Alkohols

	Gegenwärtig 1991	Zusätzlich bei Anstieg um		
		1 Liter	2,5 Liter	5 Liter
Alkoholbezogene Mortalität				
Männer	614	120	350	900
Frauen	227	20	50	100
Unfälle mit Todesfolge				
Männer	956	80	210	470
Frauen	777	30	70	140
Suizide				
Männer	495	50	130	280
Frauen	175	10	20	40
Morde	61	10	20	50
Gesamt	3305	320	850	1980
Überfälle	2091	200	530	1190

Tab. 3: Die Veränderung von Mortalität und Überfällen bei steigendem Alkoholkonsum (Holder et al. 1995)

SCHLUB

Die Herausforderung ist also, die hinreichend empirisch gesicherten Erkenntnisse in praktische Politik umzusetzen. Sogar in Norwegen, wo die Alkoholkontrolle im europäischen Vergleich unübertroffen ist, ist dies nicht einfach. Aber Norwegen hat - wie andere skandinavische Länder - gezeigt, daß Alkoholkontrolle *möglich* ist, obwohl die Mitgliedschaft in der Europäischen Union (außer Norwegen und Island) für alle fünf Länder ein neues Risiko und eine neue Herausforderung darstellt.

Um die Komplexität - um nicht zu sagen die Verwirrung - praktischer Alkoholkontrolle zu demonstrieren, möchte ich mich berufen auf einen der britischen Veteranen der Alkoholforschung, Professor Michael Marmot. In

zusammengefasst, in denen zwar überzeugende, aber noch nicht eindeutig gesicherte kausale Zusammenhänge gefunden wurden: Alkohol und Brustkrebs auf der einen sowie Rindfleisch und die Creutzfeld-Jakob-Krankheit auf der anderen Seite (Marmot 1996). Alkohol und Rindfleisch werden von ungefähr demselben Anteil der britischen Bevölkerung konsumiert, und Rindfleisch ist ein ebenso wichtiger kultureller und ökonomischer Faktor wie Alkohol. Empirische Ergebnisse legen nahe, daß 2 - 3 alkoholhaltige Getränke pro Tag mit einer 30-prozentigen Erhöhung der Brustkrebshäufigkeit oder auch der Mortalität einhergehen, ein noch höheres Konsumniveau mit einer bis zu 70-prozentigen Zunahme. Trotzdem gab die britische Regierung jüngst einen Bericht heraus, in dem den Menschen versichert wurde, daß es unschädlich sei, mehr zu trinken, als man bisher für richtig hielt. Zur gleichen Zeit und in Kontrast dazu stellte das Spongiform-Enzephalopathie-Komitee der britischen Regierung fest, daß die *wahrscheinlichste* - aber nicht bewiesene - Ursache von 10 neuen Fällen der Creutzfeld-Jakob-Krankheit der Konsum von Rindfleisch vor dem 1989 durch die Regierung verhängten Verbot vermutlich erregershaltigen Rindfleisches war. Wir alle kennen den Rest der Geschichte: Der Markt für Rindfleisch in Großbritannien brach zusammen, der Rindfleischverbrauch in verschiedenen europäischen Ländern wurde um bis zu 60% reduziert. Im Falle von Alkohol hat die Öffentlichkeit den *wissenschaftlich umstrittenen* Ratschlag der Politik, mehr zu trinken, enthusiastisch aufgenommen, während im Falle des Rindfleisches einem *wissenschaftlich begründeteren* Ratschlag, sich nicht zu sorgen, mißtraut wurde. Wie Marmot folgert, brauchen wir ein besseres Verständnis vom Umgang mit dem Risiko und seiner Vermittlung in der Bevölkerung.

LITERATUR

- Bruun, K. et al.: Alcohol control policies in public health perspective. Finnish Foundation for Alcohol Studies and WHO/EURO, 1975.
- Charlton, B. G.: A critique of Geoffrey Rose's 'population strategy' for preventive medicine. In: Journal of the Royal Society of Medicine, 88, 1995, S. 607ff.
- Cook, P. J.: The effect of liquor taxes on drinking, cirrhosis and auto accidents. In Moore/Gerstein (eds.): Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition. National Academic Press, Washington D.C., 1981
- Douglass, R. L./Filkins, L. D.: The effect of lower legal drinking ages on youth on crash involvements. Ann Arbor, USA, 1974
- Holder, H./Giesbrecht, N./Horverak, Ø./Nordlund, S./Norström, T./Olsson, O./Österberg, E./Skog, O.-J.: Potential consequences from possible changes to Nordic retail alcohol monopolies resulting from European Union membership. In: Addiction 90, 1995, S. 1603 ff.

- Horverak, O.: Norsk alkoholpolitikk 1960-1975. En analyse av alkoholpolitiske virkemidler og deres virkninger. SIFA, Oslo 1979
- Kaski, I.: Experimentet med lørdagsstengt i ALKO's butikker. In: Alkoholpolitikk 41, 1978, S. 57 ff.
- Kreitman, N.: Alcohol consumption and the preventive paradox. In: British Journal of Addiction, 81, 1986, S. 353 ff.
- Marmot, M.: From Alcohol and Breast Cancer to Beef and BSE - Improving Our Communication of Risk. American Journal of Public Health, 86(7), 1996, S. 921 ff.
- Moskowitz, J. M.: The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. In: Journal of Studies on Alcohol, 50, 1989, S. 54 ff.
- Nielsen, J.: Delirium tremens in Copenhagen. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement 187, Vol. 41, 1965
- Nordlund, S.: Lørdagslukkingens innvirkning på alkoholomsetningen. Virkninger av lørdagsstengte vinmonopolutsal. SIFA-mimeograph No. 85, Oslo 1984
- Norström, T.: The abolishment of the Swedish rationing system: Effects on consumption and cirrhosis mortality. In: British Journal of Addiction 82 (6), 1987, S. 633 ff.
- Norström, T.: Prevention strategies and alcohol policy. In: Addiction, 90, 1995, S. 515 ff.
- NOU: 24 Alkoholpolitikken i endring? Hvordan norske myndigheter kan møte de nye utfordringer nasjonalt og internasjonalt, 1995
- Olsson, O./Wikström, P.-O.: Effekten av systembutikkernas lørdagsstengning i Sverige. In: Alkoholpolitikk, Tidsskrift for Nordisk alkoholforskning 1, 1984, S. 84 ff.
- Rose, G.: Sick individuals and sick populations. In: International Journal of Epidemiology, 14, 1985, S. 32 ff.
- Säila, S. L.: Experimentet med lørdagsstengt och fylleristöringarna. In: Alkoholpolitikk 41, 1978, S. 61 ff.
- Schmidt, W./Kornaczewski, A.: The effect of lowering the legal drinking age in Ontario on alcohol related motor vehicle accidents. Proceedings from the Sixth International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety. Toronto, 1975
- Skog, O.-J.: The collectivity of drinking cultures. A theory of the distribution of alcohol consumption. In: British Journal of Addiction 80, 1985, S. 83 ff.
- Skog, O.-J.: Public health consequences of the J-curve hypothesis of alcohol problems. In: Addiction, 91 (3), 1996, S. 325 ff.
- Sinclair, J./Sillanaukee, P.: The preventive paradox: a critical examination. In: Addiction, 88, 1993, S. 591 ff.
- WHO/Regional Office for Europe: Targets for health for all. The health policy for Europe. Copenhagen 1991

Frühe Interventionen in der primären Gesundheitsversorgung

Bruce Ritson

Drei wesentliche Entwicklungen der letzten Jahre haben dazu geführt, daß die Bedeutung der primären Gesundheitsversorgung (PGV, gemeint sind hier die Teams der Allgemeinarztpraxen, Anm. d. Ü.) für Probleme im Zusammenhang mit Alkohol stärker anerkannt wird:

1. Konzeptionelle Veränderungen unseres Verständnisses und unserer Perspektiven in bezug auf alkoholbezogene Probleme.
2. Neue Erkenntnisse über die Wirksamkeit früher Interventionen.
3. Verlagerung von Schwerpunkten innerhalb des britischen Gesundheitssystems und dem anderer Nationen.

EINE VERÄNDERTE PERSPEKTIVE

Bis vor kurzem wurde von alkoholbezogenen Problemen nur im Zusammenhang mit einer kleinen Gruppe von dafür „empfindlichen“ Menschen gesprochen, den „Alkoholikern“. Man glaubte, daß die breite Masse der Bevölkerung sorglos weitertrinken könne, ohne Schaden davonzutragen. Die Forschung der letzten 20 Jahren hat allerdings zu einem Paradigmenwechsel geführt: im Vordergrund steht nicht mehr das „Krankheitskonzept des Alkoholismus“, sondern die Anerkennung der Tatsache, daß sich alkoholbezogene Probleme bei einem Großteil der *mäßigen* Trinkerinnen und Trinker einer Bevölkerung entwickeln können - und nicht nur bei der kleinen Gruppe *derjenigen* starken Trinkerinnen und Trinker, die vom Alkohol *abhängig* sind. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen, daß viele Schäden im Zusammenhang mit Alkohol als Folge einzelner Intoxikationen oder unvernünftigen Trinkens auftreten - weniger als Folge *abhängigen* Trinkens. Man weiß mittlerweile in ganz Europa, daß ca. 2-3% des Bruttosozialprodukts im Zusammenhang mit alkoholbezogenen Problemen aufgebracht werden (WHO 1993). Tabelle 1 zeigt einen aktuellen Versuch, die gesellschaftlichen Kosten, die in Großbritannien im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch entstehen, zu schätzen (Maynard 1992).

<i>Soziale Probleme</i>
Häusliche Gewalttätigkeit, Kindesvernachlässigung/Kindesmißbrauch, häusliche Unfälle, Nichterscheinen am Arbeitsplatz, Arbeitsunfälle, öffentliche Trunkenheit, Fußballrowdytum, Diebstahl, Totschlag, Trunkenheit am Steuer, Verkehrsunfälle, unerwünschte Schwangerschaft
<i>Psychische Probleme</i>
Schlaflosigkeit, Depression, Angstneurose, Amnesie, Selbstmordversuche, Selbstmord
<i>Körperliche Probleme</i>
Hepatitis, Magenschleimhautentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gicht, Trauma, Schlaganfälle, akute Alkoholvergiftung, Impotenz, Fötalschaden

Abb. 1: Probleme in Zusammenhang mit Rausch

<i>Soziale Probleme</i>
Familienprobleme, Scheidung, Obdachlosigkeit, Arbeitsschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, Schulden, Häufige Verurteilungen wegen Trunkenheit, Betrug, Landstreicherei
<i>Psychologische Probleme</i>
Schlaflosigkeit, Depression, Angstneurose, Selbstmordversuch, Demenz, Amnesie, Selbstmord, Persönlichkeitsveränderungen, Delirium tremens, Mißbrauch von anderen Drogen
<i>Körperliche Probleme</i>
Zirrhose, Leberkrebs, Magenschleimhautentzündung, Hoher Blutdruck, Fettleibigkeit, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Nervenerkrankungen, Mund-, Larynx-, Speiseröhrenkrebs, Brustkrebs, Ernährungsmangel, Schlaganfälle, Unfruchtbarkeit, Fötalschaden

Abb. 2: Probleme in Zusammenhang mit ständigem starken Trinken

Gesellschaftliche Kosten im Zusammenhang mit Alkohol	
	Brit. Pfund (1990)
1. Kosten für die Industrie	
a. Abwesenheit wegen Krankheit	964,37
b. Heimarbeits-Dienste	64,78
c. Arbeitslosigkeit	222,23
d. Vorzeitige Todesfälle	870,76
2. Kosten für das Gesundheitssystem	
a. Psychiatrische Krankenhäuser, stationäre Kosten (Alkoholpsychosen, Alkoholabhängigkeit, Alkoholmißbrauch)	26,51
b. Nicht-psychiatrische Krankenhäuser, stationäre Kosten (Alkoholabhängigkeit, Leberzirrhose und andere Lebererkrankungen)	10,64
c. Andere alkoholbedingte stationäre Kosten	109,41
d. Kosten für Arztpraxen	2,79
3. Kosten für soziale Institutionen im Bereich Alkohol	
a. Aufwendungen für Körperschaften	0,44
b. Forschung	0,80
4. Kosten aufgrund materieller Schäden	
Schäden aus Verkehrsunfällen	138,62
5. Kosten aufgrund von Kriminalität	
a. Polizeieinsätze bei Verkehrsvergehen (ausgenommen Verkehrsunfälle)	6,53
b. Polizeieinsätze bei Straßenverkehrsvergehen (einschließlich Versicherungskosten)	19,36
c. Alkoholbedingte Gerichtskosten	24,18
Gesamtkosten (ausgenommen Arbeitslosigkeit u. vorzeitige Todesfälle)	1368,43
Gesamtkosten (einschließlich Arbeitslosigkeit u. vorzeitige Todesfälle)	2416,42

Tab. 1: Gesellschaftliche Kosten im Zusammenhang mit Alkohol

Die Kostenlast verteilt sich auf verschiedene Bereiche des Gemeinwesens. Natürlich ist die PGV nicht der einzige Bereich, in dem Frühintervention praktikabel und effektiv sind. Aber aus verschiedenen noch zu beschreibenden Gründen ist die PGV einer der wichtigsten und vielversprechendsten Bereiche, in denen der Versuch unternommen werden sollte, die gesellschaftlichen Folgekosten des Alkoholkonsums zu verringern.

Diese *gesellschaftliche* Perspektive wird seit einigen Jahren als „Public-Health“-Ansatz bezeichnet. Es ist bekannt, daß sich die physischen, psychischen und sozialen Folgen des Alkoholkonsums direkt proportional zur gesamtgesellschaftlich konsumierten Menge Alkohol verhalten (Holder/Edwards 1995). Eine Gesellschaft kann nicht immer mehr Alkohol konsumieren, ohne nicht dafür einen sozialen Preis zu zahlen. Die britische Regierung initiierte im Jahre 1992 unter dem Titel „Gesundheit für die Nation“ (Secretary of State for Health 1992) eine Gesundheitsförderungs-Kampagne, deren Ziel es war, die Gesundheitspolitik so zu verändern, daß die Hauptlasten des Gesundheitssystems - u.a. Alkoholfolgekosten - verringert würden. Die zentralen Ziele im Bereich Alkohol lauteten: „Die Anzahl derjenigen Männer, die mehr als 21 Standardgetränke in der Woche trinken, ist von 28% im Jahre 1990 auf 18% im Jahre 2005 zu senken. Die Anzahl derjenigen Frauen, die mehr als 14 Standardgetränke in der Woche trinken, ist von 11% im Jahre 1990 auf 7% im Jahre 2005 zu senken“. Ein Standardgetränk entspricht ca. 8 Gramm Alkohol und somit der Menge, die in einem Glas Wein (0,1 l), einem kleinen Schnaps oder einem kleinen Bier (0,2 l) enthalten ist.

Viele Strategien, die darauf abzielen, den Alkoholkonsum gesellschaftlich zu beeinflussen, favorisieren die *Einschränkung der Verfügbarkeit*, z. B. über Steuererhöhung oder Verkaufsbeschränkungen (s. auch den Beitrag von Aasland in diesem Band). Das Gesundheits- und auch das Sozialsystem haben hingegen die wichtigen Aufgaben, zum einen *Primärprävention* zu betreiben und für Gesundheitsförderung zu werben, zum anderen *Sekundärprävention* zu betreiben, indem den Patientinnen und Patienten und Patienten geholfen wird, die Risiken und potentiellen Folgeprobleme des Alkoholkonsums zu verstehen. Dabei geht es nicht darum, den Alkohol zu verteufeln. Es ist heute anerkannt, daß Alkohol durchaus auch gesundheitsförderlich sein kann. Es geht vielmehr darum, den Nutzen zu optimieren und gleichzeitig den Schaden zu verringern.

WELCHE RATSCHLÄGE SOLL MAN GEBEN?

In Großbritannien arbeiten wir mit den o.g. Zielen der Gesundheitsbehörde für „maßvolles Trinken“ (Royal College of Psychiatrists 1986), d. h., wenn ein Mann wöchentlich bis ungefähr 21 Standardgetränke trinkt oder eine Frau wöchentlich bis zu 14 Standardgetränke, dann halten wir das für einen vernünftigen, maßvollen Umgang mit Alkohol, der wahrscheinlich keinen Schaden nach sich zieht. Während der Schwangerschaft empfehlen wir den Frauen, nicht mehr als ein oder zwei Standardgetränke ein- oder zweimal die Woche zu trinken.

Diese grobe Richtlinie wurde kürzlich aufgrund einiger wissenschaftlicher Untersuchungen zum kardioprotektiven Effekt des Alkohols bei mittelalten Männern und Frauen nach der Menopause differenziert: nicht mehr der wöchentliche Konsum steht im Vordergrund der Betrachtungen, sondern der tägliche Konsum bzw. einzelne Intoxikationen. Die neuen Leitlinien zum „Maßvollen Trinken“ wurden kürzlich vom britischen Gesundheitsministerium veröffentlicht und folgendermaßen zusammengefaßt:

Männer

„Der gesundheitliche Nutzen des Alkoholtrinkens bezieht sich auf Männer, die älter als 40 Jahre alt sind, und liegt im allgemeinen bei etwa 1 Standardgetränk pro Tag, der maximale gesundheitliche Nutzen liegt zwischen 1 und 2 Standardgetränken pro Tag. Der regelmäßige Konsum von 3 bis 4 Standardgetränken bei Männern jeden Alters birgt keine signifikanten gesundheitlichen Risiken. Der andauernde Konsum von 4 oder mehr Standardgetränken kann wegen der ansteigenden gesundheitlichen Risiken nicht als maßvolles Trinken empfohlen werden“ (Department of Health 1995).

Frauen

„Der gesundheitliche Nutzen des Alkoholtrinkens bezieht sich auf Frauen nach der Menopause und liegt im allgemeinen bei etwa 1 Standardgetränk pro Tag, der maximale gesundheitliche Nutzen liegt zwischen 1 und 2 Standardgetränken pro Tag. Der regelmäßige Konsum von 2 bis 3 Standardgetränken bei Frauen jeden Alters birgt keine signifikanten gesundheitlichen Risiken. Der andauernde Konsum von 3 oder mehr Standardgetränken kann wegen der ansteigenden gesundheitlichen Risiken nicht als maßvolles Trinken empfohlen werden“ (ebd.).

Diese neuen Richtlinien raten außerdem, daß man nach exzessivem Konsum mindestens 48 Stunden abstinent bleiben soll, um dem Körper die Gelegenheit zu geben, sich wieder zu erholen.

Bei der Verbreitung der Inhalte dieses Regierungspapiers in der öffentlichen Gesundheitsversorgung traten einige Schwierigkeiten auf, die letztlich dazu führten, daß die Richtlinien nur teilweise übernommen wurden. Dies soll hier aber nicht im einzelnen erläutert werden. Für frühe Interventionen in der PGV Großbritanniens stellen die Richtlinien zum „Maßvollen Trinken“ ein wesentliches Fundament dar.

Frühinterventionen in der PGV sollten also vor allem mit dem Ziel durchgeführt werden, Patientinnen und Patienten über maßvolles Trinken aufzuklären. Die Maxime lautet: Erkenne diejenigen, die mehr als die empfohlenen Mengen trinken, und ermutige sie, ihren Konsum auf ein weniger riskantes Maß zu reduzieren!

Wenn diese Richtlinien auch nur irgendeinen praktischen Nutzen für die PGV-Teams haben sollten, dann brauchen wir zum einen geeignetes Handwerkszeug, um die Zielgruppe zu *erkennen*, zum anderen genügend Beweise, daß Allgemeinärzte und ihre Teams überhaupt *fähig* sind, die

Patientinnen und Patienten zu einer positiven Veränderung ihrer Trinkgewohnheiten zu motivieren. Wir können heute sagen, daß beide Voraussetzungen mittlerweile erfüllt sind.

DIE ENTWICKLUNG EINER IDEE

Die ersten Erkenntnisse über die Bedeutung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei der Motivierung ihrer Patientinnen und Patienten zur Verhaltensänderung wurden im Bereich der oftmals frustrierenden Raucherentwöhnung gewonnen. 1979 berichtete Russell über die Effekte ärztlicher Ratschläge gegen das Rauchen. Der ersten Gruppe von Patientinnen und Patienten wurde ein einfacher, aber klarer Ratschlag gegeben, mit dem Rauchen aufzuhören. Einer zweiten Gruppe wurde derselbe Ratschlag gegeben, zusätzlich bekamen alle Patientinnen und Patienten dieser Gruppe eine vierseitige Informationsbroschüre („Wie Sie mit dem Rauchen aufhören können“). Einer dritten Gruppe (Kontrollgruppe) wurde weder Ratschlag noch Information gegeben. Katamnesedaten wurden nach 9 und 12 Monaten erhoben.

Die Ergebnisse zeigten, daß die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, bereits in der ersten Gruppe (Ratschlag) signifikant erhöht war, ebenso die Rate derer, die versucht hatten aufzuhören. Nach 12 Monaten hatten 5% aller Patientinnen und Patienten der zweiten Gruppe (Ratschlag + Informationsbroschüre) mit dem Rauchen aufgehört, verglichen mit 3,3% in der ersten Gruppe (Ratschlag) und 0,3% in der Kontrollgruppe (keine Intervention). Nun mag man sagen, 5% seien nicht viel. Aus einer Public-Health-Perspektive aber ist dem entgegenzuhalten, daß bei einer entsprechenden Intervention aller Allgemeinärztinnen und -ärzte pro Jahr eine halbe Million Menschen mit dem Rauchen aufhören würden.

Die Studie von Russell unterstreicht die Wirksamkeit und Bedeutung von Ratschlägen im Setting der Allgemeinarztpraxis. Die Ergebnisse wurden später von anderen Wissenschaftlern auf den Bereich des riskanten bzw. schädlichen Alkoholkonsums übertragen. Mittlerweile liegen zahlreiche kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit von kurzen Interventionen in Richtung maßvollen Trinkens in verschiedenen Settings belegt haben. Eine der bedeutendsten britischen Studien wurde 1988 von Wallace et al. Alkoholabhängigkeit veröffentlicht. 62.153 Patientinnen und Patienten der Altersgruppe von 17 bis 69 Jahren wurden mit Hilfe eines allgemeinen Gesundheitsfragebogens befragt. Die Autoren hatten die vier Fragen des CAGE-Fragebogens (ein sehr gut validiertes Screening-Instrument für Alkoholprobleme) sowie Fragen nach der Häufigkeit und Menge des Alkoholkonsums in den Gesundheitsfragebogen integriert. 909 Patientinnen und Patienten aus 47 Gruppenpraxen in Schottland und England wurden schließlich als „riskant oder schädlich trinkend“ identifiziert. Die entspre-

chenden Grenzwerte lagen bei 35 Standardgetränken pro Woche für Männer (entspricht ca. 7 l Bier oder 3,5 l Wein, Anm. d. Ü.) und 20 Standardgetränken pro Woche für Frauen (entspricht ca. 4 l Bier oder 2 l Wein, Anm. d. Ü.). Frauen waren in dieser Gruppe etwa zu 1/3 vertreten.

Die Patientinnen und Patienten wurden sodann einer Kontroll- und einer Behandlungsgruppe zugeteilt. Die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe erhielten keinen spezifischen Ratschlag bezüglich ihres Alkoholkonsums - es sei denn, es lag ein signifikanter Leberschaden vor. Die Patientinnen und Patienten der Behandlungsgruppe wurden von ihrem Arzt gebeten, für einen weiteren Termin noch einmal wiederzukommen. Diesen Termin hielten lediglich 61% ein. Bei diesem zweiten Termin (der sog. kurzen Intervention) wurde der genaue Umfang des Alkoholkonsums und der alkoholbezogenen Probleme erhoben. Außerdem wurde eine Blutprobe entnommen. Die Patientinnen und Patienten wurden über die schädlichen Effekte ihres gegenwärtigen Trinkverhaltens informiert und erhielten eine Informationsbroschüre. Männern wurde geraten, nicht mehr als 18 Standardgetränke wöchentlich zu trinken, Frauen nicht mehr als 9 Standardgetränke. Wurden Anzeichen für eine Alkoholabhängigkeit festgestellt, wurde den Patientinnen und Patienten eine völlige Abstinenz empfohlen. Es wurden mit den Patientinnen und Patienten weitere Besuche nach 1 Monat, 4 Monaten, 7 Monaten und 10 Monaten vereinbart. Die Compliance bei den Männern war besser unter den moderat trinkenden und älteren Patientinnen und Patienten. 80% der Männer und Frauen nahmen an einem diagnostischen Interview nach einem Jahr teil. Dieses Interview wurde von einer klinisch ausgebildeten Pflegekraft durchgeführt, der die Zugehörigkeit der Patientinnen und Patienten zu einer der beiden Untersuchungsgruppen nicht bekannt war.

Tabelle 2 zeigt, daß die Patientinnen und Patienten, die eine kurze Intervention erhalten haben, im Vergleich zur Kontrollgruppe ihren Alkoholkonsum um 21% (Männer) und 20% (Frauen) verringert haben. Dieses Ergebnis wurde gestützt durch vergleichbare Verbesserungen von Laborwerten, etwa des γ -GT-Werts.

Männer					
	N	Erstbefragung	6 Monate	1 Jahr	
Behandlungsgruppe	318	62	47*	44*	* p < .001
Kontrollgruppe	322	64	55	56	
Frauen					
	N	Erstbefragung	6 Monate	1 Jahr	
Behandlungsgruppe	130	35	25	24**	** p < .05
Kontrollgruppe	137	37	29	30	

Tab. 2: Studie Wallace et al.: wöchentlich konsumierte Standardgetränke

Auch hier können wir hochrechnen: Wenn eine Intervention dieser Art systematisch in Großbritannien durchgeführt würde, würden 250.000 Männer und 67.000 Frauen innerhalb eines Jahres ihren Alkoholkonsum von einem sehr riskanten auf ein weniger riskantes Maß verringern.

Erkenntnisse dieser Art aus Großbritannien und auch aus anderen Ländern haben die enorme Bedeutung einer frühen Erkennung riskanten Trinkverhaltens und einer angemessenen Beratung unter Beweis gestellt. Kontrollierte Studien wurden mittlerweile mit mehr als 4.000 Patientinnen und Patienten aus Arztpraxen durchgeführt. Das Konzept greift sowohl in Arztpraxen als auch in Allgemeinkrankenhäusern. Seine Praktikabilität konnte in verschiedenen Ländern nachgewiesen werden, u.a. im Rahmen des WHO-Projektes zur Entwicklung des Screening-Fragebogens AUDIT (Saunders et al. 1993). Eine kürzlich veröffentlichte Übersichtsarbeit zur effektiven Gesundheitsversorgung zeigte mäßige, aber durchgängig positive Resultate sowohl bei Männern als auch (in etwas geringerem Umfang) bei Frauen.

Es gibt also genügend Hinweise, daß eine routinemäßige Befragung aller Patientinnen und Patienten zu ihren Trinkgewohnheiten, gegebenenfalls begleitet von formalisierten Screenings und Labortests, die Erkennungsrate riskanten oder schädlichen Trinkens enorm erhöht. Folgt sodann eine einfache Intervention, so sind nach einem Jahr bedeutende gesundheitliche Fortschritte zu erwarten. Für Großbritannien wurde errechnet, daß die unmittelbaren Kosten für Früherkennung und Kurzintervention in Arztpraxen ungefähr 20 Pfund pro Patient betragen (Preise von 1993, s. Nuffield Institute for Health). Dies ist natürlich viel kostengünstiger als vergleichbare Behandlungen in Spezialeinrichtungen, wenn man einmal von der besonderen Gruppe der Anonymen Alkoholiker absieht, die keine Kosten verursachen.

Es wäre vereinfachend und irreführend, wenn man dieses Argument auf *alle* Menschen mit alkoholbedingten Problemen anwenden würde. Es steht außer Frage, daß Menschen mit einer Abhängigkeit oder komplexeren psychischen Problemen intensivere Interventionen benötigen, seien es Angebote zur Entgiftung, zur ausgedehnten Beratung oder zu weitergehenden spezielleren Hilfen. Kurze Interventionen in der PGV sollen nicht als Alternative zu fachspezifischen Hilfen verstanden werden, sondern eher als ergänzendes, sehr kostengünstiges Angebot für diejenigen Menschen, die ein Alkoholproblem in einem frühen Stadium aufweisen.

Einige der o. g. Studien basieren auf einem *systematischen* Screening aller Patientinnen und Patienten. Demgegenüber gibt es die Möglichkeit des *opportunistischen* Screenings *all derjenigen* Patientinnen und Patienten, bei denen ärztlicherseits ein Alkoholproblem vermutet wird. Ein wiederum mehr systematischer und sehr praktikabler Ansatz wäre, das Screening als Teil der routinemäßigen Gesundheitsbefragung bei *denjenigen* Patientinnen und Patienten durchzuführen, die *erstmalig* in die Praxis kommen.

GEMEINDENAHE VERSORGUNG

Eine weitere Entwicklung, die zu der ansteigenden Bedeutung der PGV beigetragen hat, ist die allgemeine Erkenntnis, daß eine Behandlung - wenn möglich - gemeindenah stattfinden sollte, am Wohnort der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien. Es ist eine enorme Herausforderung für die Gesundheitsversorgung, Patientinnen und Patienten zu helfen, ihr Verhalten zu ändern und einen gesünderen Lebensstil zu pflegen, insbesondere in den industrialisierten europäischen Ländern. Noch bis vor kurzem war die Behandlung von Alkoholabhängigkeit und schweren alkoholbedingten Folgeproblemen nur *stationär* vorstellbar, häufig verbunden mit intensiver Nachsorge. Eine Fülle von Studien ließ Zweifel aufkommen, ob dies für die Mehrzahl der Betroffenen so sein muß (Thom/Francy 1994). Als Konsequenz dieser veränderten Sichtweise wurde mehr und mehr Fachkompetenz in die Kommune transferiert. Es entstanden neue Angebote wie z. B. „Entgiftung zu Hause“ oder das System der „geteilten Hilfe“. PGV-Teams arbeiteten enger mit den fachspezifischen Diensten zusammen. Diese Entwicklungen werden später detaillierter dargestellt. Hier soll nur festgestellt werden, daß die Beratung und Unterstützung der PGV durch fachspezifische Dienste das Spektrum der erreichbaren Patientinnen und Patienten und ihrer Familien beträchtlich erweitert. Gleichzeitig stellen fachspezifische Dienste eine Art Sicherheit dar, derer PGV-Teams bedürfen, wenn sie in diesem Bereich tätig sein wollen.

ZUR PRAKTISCHEN UMSETZUNG VON FRÜHEN INTERVENTIONEN

Bei der praktischen Umsetzung des Konzepts der frühen Interventionen in das Versorgungssystem entstehen einige Probleme, die sorgfältig zu analysieren sind. Zunächst ist es wichtig anzuerkennen, daß die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in Europa mit ihren unterschiedlichen Strukturen in der Regel ein eigenes Netz von Behandlungsangeboten hervorgebracht haben. Bevor wir also die Erfahrungen aus Großbritannien auf die Situation in Deutschland übertragen, ist es notwendig, die jeweiligen Gesundheitssysteme zu verstehen.

Der *National Health Service (NHS)* in Großbritannien besteht im wesentlichen aus zwei Teilen: Zum einen gibt es den allgemeinärztlichen Dienst, verantwortlich für die primäre Gesundheitsversorgung und hauptsächlich auf der Basis einer Pro-Kopf-Abrechnung staatlich finanziert. Dieses Angebot der Gesundheitsversorgung kann allgemein genutzt werden. Von jeder Bürgerin und jedem Bürger wird erwartet, daß sie sich bei einem Allgemeinarzt ihrer Wahl registrieren lassen. Seit einigen Jahren versucht man verstärkt, *diejenigen* Allgemeinärztinnen und -ärzte zu belohnen, die Gesundheitsförderungsprogramme in ihr Angebot mit aufnehmen, z. B.

Screenings für Erkrankungen des Gebärmutterhalses, Ratschläge zum Nichtrauchen, Erhebung von Alkoholanamnesen im Zusammenhang mit angemessenen Ratschlägen zur Konsumreduzierung.

Allgemeinärztinnen und -ärzte sind die „Pfortner“ des fachspezifischen Behandlungsangebots, dem zweiten Teil des NHS. Von allen Patientinnen und Patienten wird erwartet, daß sie - außer bei Unfällen - zunächst ihren Allgemeinarzt aufsuchen, und nur bei einer Minderheit erfolgt daraufhin eine Überweisung zu einem Spezialisten.

Es versteht sich deshalb von selbst, daß in Großbritannien die PGV bestens geeignet ist, riskantes und schädliches Trinken in einem frühen Stadium zu erkennen und den Patientinnen und Patienten eine Beratung anzubieten. Die meisten Patientinnen und Patienten werden innerhalb von drei Jahren ihren Allgemeinarzt wenigstens einmal aufsuchen. Die Wahrscheinlichkeit, daß Patientinnen und Patienten mit alkoholbedingten Problemen wegen verschiedener Krankheitssymptome - z. B. im Bereich des Magens, bei Kopfschmerzen oder wegen kleinerer Unfälle - zum Allgemeinarzt gehen, ist wesentlich höher als bei anderen Patientinnen und Patienten. Es ist darüber hinaus wichtig zu wissen, daß „PGV“ in Großbritannien normalerweise ein Team aus Allgemeinärzten und Pflegekräften bedeutet, manchmal auch unterstützt durch Sozialarbeiter, Gesundheitsberater und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens.

PGV-Settings weisen gegenüber den spezialisierten Anbietern viele *Vorteile* auf: Sie sind allgemein zugänglich, wohnortnah und werden von vielen Menschen frequentiert. Man verbindet mit ihnen nicht das Stigma einer Behandlung in einer Spezialklinik für Alkoholprobleme oder einem psychiatrischen Krankenhaus. PGV-Settings genießen hohe Glaubwürdigkeit. Patientinnen und Patienten sind eher geneigt, die Ratschläge ihrer Ärztinnen und Ärzte oder des Pflegepersonals zu befolgen als die anderer Personen. Die Patientinnen und Patienten suchen relativ häufig eine Praxis auf, so daß die Bedingungen für stichprobenartige Screenings sehr gut sind. Aus Großbritannien weiß man, daß Personen mit dem höchsten Alkoholkonsum die PGV häufiger aufsuchen als andere Menschen, wenngleich sie dort auch nicht unbedingt über ihren Alkoholkonsum sprechen - es sei denn, sie werden danach gefragt. Ein letzter Vorteil der PGV-Settings ist schließlich, daß eine Strategie, die ihre Praktikabilität und Funktionalität in einer bestimmten Praxis einer Region unter Beweis gestellt hat, normalerweise auch in anderen Praxen der Region funktioniert. Es ist nicht notwendig, die gesamte Gesundheitsversorgung neu zu strukturieren. Es gibt allerdings auch *Hindernisse* bei der Umsetzung dieses offenbar einfachen und wünschenswerten Zugangs. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Einstellung der Allgemeinärztinnen und -ärzte zu und ihr Wissen über Menschen mit Alkoholproblemen. PGV-Teams mögen darüber hinaus Stereotypen wie das des typischen „Alkoholikers“ im Kopf haben, frühe Interventionen zielen jedoch eher auf Menschen, die in einer

riskanten Art und Weise Alkohol konsumieren. In den letzten Jahren wurde eine Reihe von Anforderungen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung an die PGV gestellt, und es wurde dort die verständliche Kritik laut, daß die Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen für die vielbeschäftigten Allgemeinärztinnen und -ärzte zu zeitaufwendig sei. Dem ist entgegenzuhalten, daß der Zeitaufwand nicht sehr groß und auf lange Sicht sogar gut investiert ist, weil die Patientinnen und Patienten, die an verschiedenen alkoholbedingten Erkrankungen leiden, in der Folgezeit die Praxis seltener aufsuchen werden.

Es ist für Allgemeinärztinnen und -ärzte nicht immer leicht, Prioritäten zu setzen. Gesundheitsfördernde Aktivitäten dieser Art sind deshalb unbedingt angemessenen zu vergüten. Üblicherweise benötigt man für die Behandlung schon eingetretener Krankheiten mehr finanzielle und emotionale Ressourcen als für die Verhütung ernsthafter Erkrankungen durch präventive Maßnahmen.

Leider wird die Methode der Früherkennung immer noch nur von einigen Enthusiasten oder im Rahmen der Forschung eingesetzt. Es hat sich als sehr schwierig herausgestellt, die Gruppe der Allgemeinärzte für eine Anwendung dieser Strategie zu interessieren. In einem anderen Beitrag dieses Bandes erläutert Prof. McAvoy einige Möglichkeiten, wie das Interesse und die Begeisterung von Allgemeinärzten und anderen Mitarbeitern der PGV-Teams für Aktivitäten dieser Art geweckt werden kann. *Fortbildung* ist dabei ein grundlegendes Element, um in der PGV eine effektive Arbeitsgrundlage zu entwickeln. Fortbildungskonzepte sollten sich dabei nicht nur auf Allgemeinärzte und ihre Teams beschränken, sondern auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der alkoholspezifischen Behandlungsangebote einbeziehen, die sich an veränderte Formen der Zusammenarbeit anpassen müssen.

KOMPETENZEN

Die Weltgesundheitsorganisation hat vor einigen Jahren 12 Kompetenzen definiert, über die PGV-Ärztinnen und -Ärzte und ihre Teams verfügen sollten, wenn sie Patientinnen und Patienten mit riskantem Alkoholgebrauch oder ernsthaften Alkoholproblemen erfolgreich beraten/behandeln wollen (WHO 1992):

- (1) Das Wissen über die Prävalenz von riskantem und schädlichem Alkoholkonsum sowie über damit verbundene physische, psychische und soziale Probleme.
- (2) Das Wissen über die Auswirkungen von Alkoholproblemen auf Partner und Familien.

- (3) Bewußte Wahrnehmung der eigenen Einstellungen gegenüber Alkohol.
- (4) Die Fähigkeit, die verschiedenen physischen, psychischen und sozialen Anzeichen eines Alkoholproblems zu erkennen.
- (5) Die Fähigkeit, den Patientinnen und Patienten und ihren Bezugspersonen detaillierte Informationen über Alkohol und alkoholbedingte Probleme in einem angemessenen Kontext mitzuteilen.
- (6) Die Fähigkeit, zwischen wenig riskanten, riskanten und schädlichen Konsummustern und Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden.
- (7) Die Fähigkeit, auf körperliche Folgen und Komplikationen einer akuten Intoxikation zu reagieren.
- (8) Die Fähigkeit, eine detaillierte Alkoholanamnese zu erheben.
- (9) Die Fähigkeit, alkoholassoziierte Erkrankungen zu erkennen.
- (10) Die Fähigkeit, Laborwerte richtig zu interpretieren.
- (11) Die Fähigkeit, eine angemessene Behandlungsstrategie zu entwerfen, d. h. einen Ratschlag zu geben bzw. eine kurze Intervention durchzuführen oder den Patientinnen und Patienten zu einer anderen angemesseneren Einrichtung bzw. anderen Kollegen weiterzuvermitteln.
- (12) Die Fähigkeit, eine ambulante Entgiftung einzuleiten und zu organisieren.

Auf den ersten Blick kommt einem diese Liste erschlagend vor, sie bedeutet eine große Herausforderung für die Ausbildung von Medizinern und Pflegekräften. Das erste Ziel einer Qualifizierung sollte sein, ein System zu installieren, mit dem Patientinnen und Patienten mit riskantem Alkoholkonsum überhaupt erkannt werden. Ein Allgemeinarzt in Großbritannien mit etwa 2.000 Patientinnen und Patienten wird ca. 55 Patientinnen und Patienten behandeln, die einen hoch riskanten Alkoholkonsum aufweisen, und ca. 200 Patientinnen und Patienten, die einen Alkoholkonsum mit mittlerem Schadensrisiko aufweisen.

Eine einfache Screening-Methode ist, die Patientinnen und Patienten nach der Häufigkeit und jeweiligen Menge ihres Alkoholkonsums während der vorangegangenen Woche zu fragen. Auf dieser Basis ist es möglich, den durchschnittlichen wöchentlichen Alkoholkonsum zu berechnen.

1. Wie häufig trinken Sie durchschnittlich in einer Woche Alkohol?
2. Wieviel Standardgetränke trinken Sie normalerweise bei diesen Gelegenheiten?

Danach die wöchentliche Konsummenge berechnen:

$(1 \times 2) = \text{Menge der Standardgetränke pro Woche}$

Natürlich werden die Mengen hier häufig unterschätzt, man erhält aber zumindest einen Eindruck von der eingestandenen Trinkmenge und - ebenso nützlich - den Trinkgewohnheiten. Es überrascht, wie selten selbst

derartig grobe Angaben zum Alkoholkonsum in den Patientenakten vermerkt sind.

Trinktagebücher sind ein weiteres Hilfsmittel, um Informationen über Trinkgewohnheiten zu erhalten. Die Konsummenge kann hier im Verhältnis zu einzelnen Trinkgelegenheiten abgebildet werden. Dies kann dann als Grundlage genutzt werden, um konkrete Ratschläge zur Veränderung von Trinkgewohnheiten zu geben. Darüber hinaus dient es dem Patientinnen und Patienten dazu, den Umgang mit „hoch riskanten“ Trinkgelegenheiten sorgfältig zu überdenken.

Es gibt eine Reihe von eher formalen Fragebögen, die für ein Screening genutzt werden können, darunter den „AUDIT-Fragebogen“ (WHO 1989), der von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt wurde. Die Effektivität des AUDIT wurde in zahlreichen Settings nachgewiesen.

Klinische Anzeichen können ebenfalls als Indikatoren für einen riskanten Alkoholkonsum genutzt werden. Laborwerte wie z. B. γ -GT, CDT oder MCV können die Alkoholanamnese unterstützen und sind darüber hinaus wichtige Hilfsmittel, um den Fortschritt des Patientinnen und Patienten zu dokumentieren.

EINFACHE INTERVENTION

Hat man den riskanten Alkoholkonsum festgestellt, dann ist die erste Aufgabe, den Patientinnen und Patienten dabei zu helfen, diese Tatsache zu akzeptieren und die möglichen Konsequenzen zu verstehen. Allgemeinärztinnen und -ärzte oder Pflegekräfte können dann einen individuell zugeschnittenen Rat geben, auf welche Art und Weise die Trinkgewohnheiten in Richtung eines weniger riskanten Konsums verändert werden sollten. Häufig ist es hilfreich, den Patientinnen und Patienten mit diesem Rat eine Selbsthilfebroschüre zu überreichen. In Großbritannien ist es üblich, daß der Allgemeinarzt seine Patientinnen und Patienten bittet, nach zwei bis drei Wochen noch einmal in die Praxis zu kommen. Hier können dann die Laborwerte und das Trinktagebuch besprochen werden, man kann überprüfen, ob die Patientinnen und Patienten in der Lage waren, die gesetzten Ziele einzuhalten. Es ist sicher hilfreich, wenn Angehörige oder andere nahe Bezugspersonen an diesen Gesprächen beteiligt sind, weil sie die Umsetzung der Ziele im Alltag unterstützen und verstärken können. Bien et al. (1993) haben den Interventionsprozeß folgendermaßen zusammengefaßt:

- (1) *Feedback* über die Risiken geben.
- (2) Die *persönliche Verantwortung* für mögliche Veränderungen betonen.
- (3) Einen *Rat* bezüglich Veränderungsstrategien geben.

(4) *Alternative Veränderungsmöglichkeiten entwickeln in einer empathischen Atmosphäre, die den Glauben an die eigenen Fähigkeiten stärkt.*

Man sollte dabei berücksichtigen, daß es für uns alle schwierig ist, Gewohnheiten zu verändern, und daß es auf diesem Wege immer wieder zu Rückschlägen bzw. Rückschritten kommt. Den Patientinnen und Patienten zu helfen, diese Hindernisse zu erkennen und anzugehen, ist ein wichtiger Teil der Behandlung.

Wichtige Hindernisse von Verhaltensänderungen sind z. B. die physische oder psychische Abhängigkeit vom Alkohol, komorbide psychische Störungen wie Depression oder Angst, manifeste psychiatrische oder somatische Erkrankungen, ungünstiges Umfeld, zwischenmenschlicher Streß, der in der Vergangenheit mit Alkohol bewältigt wurde. Einige dieser Hindernisse sind für die hier beschriebenen einfachen Interventionen sicher nicht zugänglich. Diese Patientinnen und Patienten benötigen häufig eine intensivere Behandlung durch speziell ausgebildete Fachleute der Kommune oder einer Klinik. Dies unterstreicht letztlich die Bedeutung der engen Zusammenarbeit zwischen Spezialisten einerseits und PGV-Teams andererseits („Geteilte Hilfe“), um dem ganzen Ausmaß alkoholbedingter Probleme gerecht zu werden.

SCHLUSFOLGERUNG

Eine zentrale Aufgabe von Sekundärprävention ist die Erkennung von risikantem Trinkverhalten, bevor Probleme sich verfestigt haben und bedeutende Verschlechterungen im Bereich der Gesundheit, der sozialen Beziehungen oder des sozialen Status eingetreten sind. Die PGV ist der ideale Ort, um alkoholbedingte Probleme frühzeitig zu erkennen. Es liegen mittlerweile genügend Belege dafür vor, daß individuell zugeschnittene deutliche Ratschläge - zu einem frühen Zeitpunkt gegeben - zu bedeutenden gesundheitlichen Verbesserungen führen können. Es gibt einige Hindernisse, diesen Prozeß in Gang zu bringen. Hier ist es besonders wichtig, innovative Fortbildungsprogramme zu entwickeln und die Einstellungen von Allgemeinärztinnen und -ärzten und Spezialisten zu verändern. Dabei sollte nicht vergessen werden, daß diese Methode nur eine in einem breiten Spektrum von Präventions- und Behandlungsangeboten sein sollte, derer eine Kommune bedarf.

LITERATUR

Bien, T./Miller, W. R./Tonnigan, S.: Brief intervention for alcohol problems - a review. In: *Addiction* 88, 1993, S. 315 ff.
Department of Health: "Sensible Drinking". London 1995

Heather N.: Treatment approaches to alcohol problems. WHO Euro No. 65 1995
Holder H./Edwards G.: Alcohol and Public Policy. Oxford University Press 1995
Mayfield, D. et al.: The CAGE questionnaire validation. In: *American Journal of Psychiatry* 131, 1974, S. 1121 ff.
Maynard, A. et al.: Newsletter 2. Centre for Health Economics, University of York and Leeds Addiction Unit 1992
Nuffield Institute for Health: Brief Interventions and Alcohol Use. *Effective Health Care* No. 7, 1993
Royal College of Psychiatrists: Alcohol - Our Favourite Drug. Tavistock, London 1986
Russell, M. A. H. et al.: Effect of general practitioners' advice against smoking. In: *British Medical Journal* 2, 1979, S. 231 ff.
Saunders, J. B./Aasland, O.-G. et al.: Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). In: *Addiction* 88, 1993, S. 791 ff.
Secretary of State for Health: The Health of the Nation - A Strategy for Health in England. H.M.S.O. 1992
Thorn, B./Francy, C.: Alcohol Treatment Since 1983: A review of the research literature. Alcohol Education Research Council 1994
Wallace, P./Cullen, S./Haines, A.: Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. In: *British Medical Journal* 297, 1988, S. 663 ff.
WHO/Regional Office for Europe: Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Health Care. Genf 1989
WHO/Regional Office for Europe: European Alcohol Action Plan. Copenhagen, 1993 (auch in deutscher Fassung erhältlich, Anm. d. Ü.)
WHO/Regional Office for Europe: The role of general practice settings in the prevention and management of harm done by alcohol use. Copenhagen 1992 (auch in deutscher Fassung erhältlich)

Beratung im Allgemeinkrankenhaus

Helene Leslie, Louise Learmonth

EINLEITUNG

Das Royal Infirmary ist eines der größten Ausbildungskrankenhäuser der Stadt Edinburgh. Es verfügt gegenwärtig über 873 Betten, durchschnittlich werden 3.000 Patientinnen und Patienten pro Monat stationär und 1.000 Fälle pro Tag behandelt.

Aufgrund aktueller Prävalenzerhebungen kann man davon ausgehen, daß in Großbritannien zwischen 10-30% der Aufnahmen eines Allgemeinkrankenhauses im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen. Nimmt man eine mittlere Rate von 20% an, dann müssen wir von monatlich 800 Patientinnen und Patienten ausgehen, die ein Alkoholproblem haben könnten. Derzeit haben wir (der Beratungsdienst für Alkoholprobleme, Ann. d. Ü.) durchschnittlich 45 Zuweisungen pro Monat aus dem gesamten Krankenhaus (das wären somit lediglich 5% aller Patientinnen und Patienten, die möglicherweise ein Alkoholproblem aufweisen).

Unser Team besteht aus zwei Krankenschwestern, die jeweils eine Allgemeine Krankenpflegeausbildung und eine Ausbildung als Psychiatrischwester absolviert haben. Eine Krankenschwester arbeitet ganztags, die andere halbtags. Wir erhalten wöchentlich Supervisionen durch den Chefarzt der Psychiatrie, mit dem wir einzelne Fälle besprechen können.

Mitte der 80er Jahre zeigte eine Studie, die von Dr. J. Chick, G. Lloyd and E. Crombie (1985) im Royal Infirmary durchgeführt wurde, daß 20% der aufgenommenen Männer auf inneren Stationen gesundheitliche, soziale oder familiäre Probleme hatten, die mit ihrem Alkoholkonsum im Zusammenhang standen. Diesem Patientenkollektiv wurden eine Beratung bezüglich einer Veränderung ihrer Trinkgewohnheiten, ein spezifischer Ratsschlag und einige schriftliche Informationen gegeben. Eine Kontrollgruppe erhielt lediglich die routinemäßige medizinische Versorgung. Beide Gruppen zeigten bei einer Nachbefragung nach einem Jahr eine Reduktion des Alkoholkonsums. Allerdings wies die Beratungsgruppe signifikant bessere Resultate auf. Die Autoren zogen die Schlußfolgerung, daß ein systematisches Screening des Alkoholkonsums und der damit im Zusammenhang stehenden Probleme ein Teil der routinemäßigen medizinischen Behandlung sein sollte und daß ein spezifischer Ratsschlag bezüglich der individuellen Trinkgewohnheiten effektiv ist, wenn er vor Eintritt von irreversiblen physischen oder psychosozialen Folgen gegeben wird.

Aufgrund dieser Studie wurde ein zweijähriges Modellprojekt zur Umsetzung eines Beratungsangebots im Allgemeinkrankenhaus des Royal Infir-

mary bewilligt. Über die wesentlichen Ergebnisse dieses Projekts, das 1992 begann, soll im folgenden berichtet werden.

METHODIK

Hauptziele

Zu Beginn unserer Arbeit definierten wir vier Hauptziele:

1. Umsetzung geeigneter Screening-Methoden, um Patientinnen und Patienten mit möglichen Alkoholproblemen zu identifizieren.
2. Entwicklung eines Ausbildungsprogramms, um bei Pflegekräften das Problembewußtsein für Alkoholprobleme zu fördern.
3. Entwicklung von Methoden der Kurzintervention speziell für mißbräuchlichen Alkoholkonsum.
4. Verbesserung der Kooperation zwischen dem Krankenhaus und staatlichen, ehrenamtlichen sowie öffentlichen Einrichtungen.

Screening

Zunächst arbeiteten wir auf vier allgemeinmedizinischen Stationen (2 Männer- und 2 Frauenstationen). Wir entschieden uns für den CAGE als Screening-Fragebogen (Ewing 1984). Es war unser Ziel, das Personal zu motivieren und zu unterstützen, alle Patientinnen und Patienten mit dem CAGE routinemäßig zu befragen. Auf drei der vier Stationen weigerte sich das Pflegepersonal, die Methode anzuwenden. Dies hatte folgende Gründe:

- (1) Das Screeningverfahren war zu zeitaufwendig, um es in den ohnehin schon überbeanspruchten täglichen Arbeitsablauf zu integrieren.
- (2) Dem Pflegepersonal fehlten Grundkenntnisse über Alkoholprobleme.
- (3) Das Pflegepersonal fühlte sich nicht genügend ausgebildet, um mit Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen adäquat umzugehen.
- (4) Die Befragung könnte den Patientinnen und Patienten zu nahe gehen und aufgrund dessen das Verhältnis zum Pflegepersonal negativ beeinflussen.
- (5) Innerhalb der Stationen fehlten Räumlichkeiten, in die sich das Personal mit den Patientinnen und Patienten für eine persönliche Befragung zurückziehen konnte.

Aufgrund dieser Erfahrungen entschlossen wir uns, das Screening bei jeder Neuaufnahme selbst durchzuführen. Der einzige Grund, eine Befragung nicht durchzuführen, war die Unfähigkeit einer Patientin oder eines Patienten, aufgrund psychischer oder körperlicher Gebrechlichkeit die Fragen adäquat zu beantworten. Nach drei Monaten Anwendung des CAGE hatten wir 360 Patientinnen und Patienten befragt, von denen 68 (19%) ein posi-

tives Ergebnis aufwiesen (Cut-Off = 2). Die vertiefende Alkoholanamnese erfolgte daraufhin mittels Fragen nach Trinkmengen und -häufigkeit sowie psychologischen und gerichtlichen Folgeproblemen. 16 der 68 Patientinnen und Patienten (24%) hatten *keine* potentiellen oder nachweisbaren Alkoholprobleme bzw. alkoholbedingten Folgeprobleme. Zusätzlich konnten wir feststellen, daß 24 Patientinnen und Patienten *mit* Alkoholproblemen kein positives Screening-Ergebnis aufwiesen. Dies führte uns zu dem Schluß, daß der CAGE-Test kein ausreichend sensitives und spezifisches Instrument zum Screening im klinischen Alltag ist. Später erfuhren wir, daß auch andere Studien ähnliche Resultate hervorgebracht hatten (Chick 1994).

Wir entschlossen uns daraufhin, nach einer alternativen Screeningmethode zu suchen, die für das Pflegepersonal akzeptabel war und uns die nötigen Informationen verschaffte. Wir schlugen den Pflegekräften vor, daß sie die Patientinnen und Patienten während oder kurz nach der Aufnahmesituation nach ihrem Alkoholkonsum pro Woche befragten. Dies sollte in der Pflegedokumentation in "UNITS pro Woche" vermerkt werden. In Großbritannien ist ein Richtwert für den „vernünftigen Gebrauch“ von Alkohol anerkannt. Dieser liegt für Frauen bei 14 Standardgetränken pro Woche und für Männer bei 21 Standardgetränken (s. a. Ritson in diesem Band).

Ein Standardgetränk entspricht dabei der Menge von:

½ Pint Bier (284 ml, 3% alc.) oder

1 Glas Wein (125 ml, 8% alc.) oder

Kleines Glas Sherry/Portwein (50 ml, 20% alc.) oder

1 Schnaps (25 ml, 40% alc.).

Fortbildung des Personals

Eine Fortbildung des Pflegepersonals ist nach unserer Erkenntnis von grundlegender Bedeutung, wenn man diesen Ansatz verfolgen will. Das Pflegepersonal hatte z. B. im Verlaufe der Erprobung eine Abneigung dagegen entwickelt, Patientinnen und Patienten nach ihren Trinkgewohnheiten zu befragen. Sie mußten aber auch eingestehen, daß diese Reaktion möglicherweise durch ihre eigene Unkenntnis und mangelnde Schulung verursacht sein könnte. Es wurde deshalb ein Fortbildungsprogramm für Pflegekräfte entwickelt. Hauptziel dieses Programms war es, beim Pflegepersonal das Bewußtsein für die Notwendigkeit zu schärfen, Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen insbesondere in Frühstadien zu erkennen. Darüber hinaus sollte es allen Pflegekräften Konzept und Inhalt unseres Beratungsangebots vermitteln.

Im einzelnen legten wir die folgenden Lernziele fest:

- (1) Verständnis für alkoholbedingte Schäden und Kosten, die der Gesellschaft und dem Gesundheitssystem entstehen.
- (2) Fähigkeit, Alkoholmengen in Standardgetränke zu transferieren und die Richtwerte für den „vernünftigen Gebrauch“ zu akzeptieren.
- (3) Identifikation von anderen Faktoren, die auf einen Alkoholmißbrauch hinweisen, einschließlich psychosozialer und gerichtlicher Indikatoren.
- (4) Anerkennung, daß Früherkennung die Prognose verbessert.
- (5) Kenntnis der unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungsangebote für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen.

Diese Fortbildung wurde nach einer kurzen Einführung mit einer spielerischen Kleingruppenarbeit eingeleitet, die eine ungehemmte Diskussion und ein erstes Feedback zum Thema ermöglichen sollte. Dieses Vorgehen hat sich für das Pflegepersonal bewährt: Ängste, die beim Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen bestehen, können so leichter artikuliert werden. Es hat auch *uns* geholfen, unsere Vorstellungen über die Verhaltensweisen und Schwierigkeiten des Pflegepersonals zu erweitern.

Heute ist die Früherkennung und Beratung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen fester Bestandteil des Ausbildungscurriculums für Pflegekräfte. Wir nehmen teil am Einführungskurs für alle neu eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegebereichs. Im Durchschnitt handelt es sich hierbei um zwei Gruppen pro Monat. Zusätzlich haben wir Anfragen aus den verschiedensten Abteilungen und werden häufig gebeten, Personal auf den Stationen zu schulen.

Wir versuchen, diesen Service dem gesamten Klinikpersonal zugänglich zu machen, und ermuntern die Kolleginnen und Kollegen, uns einfach anzurufen. Unseres Erachtens sind Konsilanträge nicht notwendig, da sie die Zusammenarbeit verlangsamen. Unser Ziel ist es, Konsilnachfragen innerhalb von 24 Stunden zu bearbeiten. Ein Anrufbeantworter steht außerhalb der Dienstzeiten und am Wochenende zur Verfügung.

Mittlerweile ist unser Beratungsangebot im gesamten Krankenhaus bekannt. Wir arbeiten mit Sozialarbeitern, Beschäftigungstherapeuten, Physiotherapeuten, Diätassistenten ebenso eng zusammen wie mit Pflegepersonal, ärztlichem Personal und Studenten der verschiedensten Fachrichtungen.

KONSILTÄTIGKEIT UND KURZINTERVENTION

Sobald eine Patientin oder ein Patient vom Stationspersonal aufgenommen wurde und das Einverständnis gegenüber einem Kontakt mit uns gegeben hat, erheben wir eine detaillierte Alkoholanamnese. Hierbei lenken wir un-

ser Augenmerk auf die Gesamtmenge des Alkoholkonsums und besprechen das individuell typische Trinkverhalten während einer normalen Woche. Es ist besonders wichtig, darauf zu achten, wann, wo und mit wem die Person trinkt. Wir wollen gegebenenfalls das Ausmaß der Alkoholabhängigkeit feststellen und fragen deshalb nach Alkoholentzugssymptomen und deren Form. Genauso wichtig ist es, das soziale Umfeld, bestehende Beziehungen und familiäre Bindungen zu erfragen, um die den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehende Unterstützung einschätzen zu können. Es ist durchaus nicht ungewöhnlich, daß wir dabei auch Kontakt zu Angehörigen und Freunden aufnehmen. Das Pflegepersonal mag festgestellt haben, daß ein Patient ein Alkoholproblem hat, lehnt aber jegliche Übernahme von Interventionen ab. Dies ist häufig für die Angehörigen und Freunde sehr enttäuschend, da auch sie selbst oft ein großes Bedürfnis nach Unterstützung und regelmäßigen Kontakten haben. Wir befragen die Patientinnen und Patienten auch nach möglichen finanziellen Problemen, ihrer Arbeitssituation sowie zu aktuellen polizeilichen oder gerichtlichen Schwierigkeiten. Weiterhin fragen wir die Patientinnen und Patienten, ob sie zuvor schon Kontakt zu Versorgungsangeboten für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen hatten. Nach unserer Statistik werden 46% der von uns beratenen Patientinnen und Patienten zum ersten Mal wegen ihres Alkoholproblems beraten. Zusätzlich versuchen wir, uns eine Vorstellung über die Lebensweise des Patientinnen und Patienten und die Bedeutung des Alkohols im Rahmen der alltäglichen Lebensgestaltung zu verschaffen.

Parallel zur Patientendokumentation und den Gesprächen mit Stationspersonal und Patientinnen und Patienten vermerken wir häufig biochemische Marker wie z. B. MCV und γ -GT. Diese Informationen können uns und dem Patientinnen und Patienten sehr nützlich sein, insbesondere wenn der Grund für die stationäre Aufnahme eine organische Erkrankung war. Es ermöglicht uns, mit den Patientinnen und Patienten über ihr aktuelles Trinkverhalten im Zusammenhang mit körperlichen Folgeproblemen zu sprechen.

Zur Beurteilung der Motivation der Patientinnen und Patienten verwenden wir das integrative Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und Di Clemente (1983). Es gewährleistet unseres Erachtens eine gute Einschätzung der Veränderungsmotivation und ermöglicht uns, die Motivation gezielt zu beeinflussen.

In Verbindung damit benutzen wir minimale Interventionsstrategien, die u. E. diesem Setting angemessen sind. *Minimale Intervention* heißt in diesem Fall, daß der zeitliche Aufwand wesentlich geringer ist als bei herkömmlicheren Behandlungsverfahren (vgl. Watson 1996). Dieses Verfahren erlaubt uns, Informationen, die in Zusammenhang mit dem Trinkverhalten der Patientinnen und Patienten stehen, wahrzunehmen und die Patientinnen und Patienten zu motivieren, ihre Gesamtsituation zu betrachten.

Beispiele für Interventionen dieser Art sind:

- (a) Die Berechnung des wöchentlichen Alkoholkonsums erklären.
- (b) Informationen über nicht schädliches Konsumverhalten geben.
- (c) Zum Führen eines Trinktagebuchs motivieren, um das Trinkverhalten kennenzulernen.
- (d) Die gesundheitlichen Folgen und individuellen Gefahren des Alkoholkonsums betonen.
- (e) Helfen, die Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums wahrzunehmen.
- (f) Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten Ziele zur Reduktion des Alkoholkonsums festlegen.
- (g) Informationen über alternative Hilfsangebote geben.

Nach jedem diagnostischen Erstgespräch werden die Gesprächsergebnisse in der Patientenakte vermerkt. Wir versuchen, den Pflegekräften so oft wie möglich ausreichend direktes Feedback zu geben, sie dabei nicht nur mit Informationen zu versorgen, sondern ihnen darüber hinaus Gelegenheit zu geben, ihre Sorgen und Ideen bezüglich der Patientinnen und Patienten zu äußern. In den meisten Fällen versuchen wir, die jeweiligen Hausärztinnen und Hausärzte zu informieren. Dies geschieht in der Regel mit einem Informationsschreiben, manchmal auch zusätzlich per Telefon. Wir tun dies übrigens auch dann, wenn wir den Ärztinnen und Ärzten lediglich weitergehende Informationen über Alkohol zukommen lassen wollen. Die Patientinnen und Patienten werden über diese Kontaktaufnahme informiert.

UMGANG MIT ÜBERWEISUNGEN

Zur Zeit erhalten 37% unserer Patientinnen und Patienten eine „Minimale Intervention“, alle Patientinnen und Patienten erhalten Informationen über Alkohol und alternative Kontaktstellen. Weitere 26% unserer Patientinnen und Patienten sind bei uns in weiterer ambulanter Behandlung oder werden durch ambulant psychiatrisch tätige Pflegekräfte versorgt. Die Rate der mehrfach durch uns beratenen Patientinnen und Patienten ist relativ hoch, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, daß die Patientinnen und Patienten ein Allgemeinkrankenhaus einer psychiatrischen Klinik vorziehen.

18% der Patientinnen und Patienten werden von uns an Spezialkliniken für Alkoholranke und andere psychiatrische Einrichtungen weitervermittelt, 16% zu kommunalen Alkoholberatungsstellen und anderen Einrichtungen. 3% werden an den Sozialdienst oder ambulant tätige „Alkoholpflegekräfte“, die mit Nichtsehaften arbeiten, überwiesen.

GEGENWÄRTIGE SITUATION

Derzeit hoffen wir, unser Team mit zusätzlichen Pflegekräften verstärken zu können, da unsere Arbeitsbelastung zunimmt. Zusätzlich planen wir eine eigenständige Studie über unser Beratungsangebot, wofür wir zur Zeit noch nach finanzieller Unterstützung suchen.

LITERATUR

- Chick, J. et al.: Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. In: *British Medical Journal*, 1985, 290, S. 965 ff.
- Chick, J.: Alcohol problems in the general hospital. In: *British Medical Bulletin*, 1994, Vol 50, No 1, S. 200 ff.
- Ewing, J. A.: Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. In: *Journal of the American Medical Society*, 1984, 252, S. 1905.
- Leslie, H. F./Learmonth, L.: Alcohol Counselling in the General Hospital. In: *Nursing Standard*, 1994, Vol 8, No 27, S. 25 ff.
- Prochaska, J. O./DiClemente, C. D.: Stages and processes of self change of smoking: toward an integrated model of change. In: *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1983, 51, S. 390 ff.
- Watson, H. E.: Minimal interventions for problem drinkers. In: *Journal of Substance Misuse*, 1996, 1, S. 107 ff.

Alkoholprobleme in der medizinischen Basisversorgung - Prävalenz und sekundärpräventive Strategien

Ulfert Hapke, Hans-Jürgen Rumpf, Andreas Hill, Ulrich John

PRÄVALENZ

International liegt eine Reihe von Studien vor, die eine hohe Prävalenz (Häufigkeit in einem definierten Erfassungszeitraum) von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit bei Patientinnen und Patienten der medizinischen Basisversorgung aufzeigen. Eine Übersicht hierzu findet sich bei John et al. (1996). Die medizinische Basisversorgung umfaßt Allgemeinkrankenhäuser und Arztpraxen und geht damit einen Schritt über den üblicheren Begriff der medizinischen Primärversorgung hinaus. Ländervergleichende Studien belegen eine erhebliche Varianz der Alkoholkonsummengen, der Trinkstile und der Ausprägung von Alkoholproblemen zwischen verschiedenen Ländern und Kulturen (Saunders 1993). In der Bundesrepublik hat sich der Alkoholkonsum seit den 50er Jahren vervierfacht. Mit einem Jahreskonsum von ca. 12-13 l reinem Alkohol pro Kopf liegt Deutschland zusammen mit Frankreich weltweit an der Spitze (Dilling et al. 1987; Junge 1994; Lebach 1995). Es gibt hinreichende empirische Belege dafür, daß eine Steigerung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung eine Zunahme von alkoholbedingten gesundheitlichen Störungen, Verletzungen und Erkrankungen zur Folge hat (Duffy 1992; Lebach 1995). Somit ist zu erwarten, daß Deutschland in besonderem Maße von der Problematik alkoholbezogener gesundheitlicher Störungen in der medizinischen Basisversorgung betroffen ist. Obwohl nach Schätzungen ca. 70% der Alkoholabhängigen mindestens einmal jährlich Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt haben und ca. 24% in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt werden (Wienberg 1992), wurde der Versorgung von Abhängigkeitserkrankten Patientinnen und Patienten in der medizinischen Basisversorgung bisher nur sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In Deutschland liegen wenige Studien zur Prävalenz von Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch in der medizinischen Basisversorgung vor. Athen/Schranner (1981) untersuchten 849 Neuzugänge eines Kreiskrankenhauses in der Nähe Münchens. 11% erhielten die Diagnose Alkoholismus und weitere 3,9% Alkoholismusverdacht gemäß dem Münchener Alkoholismus-Test (MALT; Feuerlein et al. 1977, 1978). In einer Studie zur Validität und Reliabilität des MALT von Auerbach und Melchertsen (1981) wurde auf der Basis von 247 klinischen Interviews bei 13,8% der internistischen und 7,2% der chirurgischen Patientinnen und Patienten die klinische Diagnose einer Alkoholabhängigkeit gestellt. Angermund (1986) und

Mühlen (1984) untersuchten 600 Patientinnen und Patienten der Chirurgischen Klinik Rechts der Isar, München, mit dem MALT (Möller et al. 1987). Sie fanden eine Prävalenz von 14% Alkoholismus und weiteren 12% Alkoholismusverdacht gemäß MALT.

Über die Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in Allgemeinärztlpraxen existieren noch weniger Studien (Driessen et al. 1996). Zintl-Wiegand et al. (1978) sowie Dilling et al. (1978) untersuchten psychische Störungen und ihre Überweisungsbedürftigkeit. Alkoholabhängigkeit wurde in einer Kategorie mit Drogenabhängigkeit zusammengefaßt, die allerdings zahlenmäßig unbedeutend war. Kreissig et al. (1983) fanden von 481 zufällig ausgewählten Patientinnen und Patienten einer allgemeinmedizinischen Sprechstunde im Süden Leipzigs mit dem MALT 6% Alkoholismus.

Bei den zitierten Studien handelt es sich überwiegend um ältere Studien, die den heutigen Standards der Fallfindung und Diagnostik nicht mehr genügen. Vor diesem Hintergrund wurden in Lübeck mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit in den Jahren 1992 bis 1995 im „Forschungs- und Entwicklungsprojekt zur sekundärpräventiven Arbeit mit Alkoholabhängigen im Allgemeinkrankenhaus und in Arztpraxen“ umfangreiche Prävalenzstudien durchgeführt. Im Allgemeinkrankenhaus untersuchten wir eine Stichprobe von 1.309 Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren und eine Stichprobe von 537 Patientinnen und Patienten von einem Alter ab 65 Jahren. In 12 zufällig ausgewählten Arztpraxen der Allgemeinmedizin wurden insgesamt 929 Patientinnen und Patienten untersucht. In diesen drei Stichproben nahmen alle Patientinnen und Patienten an einem Screening auf Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit teil. Wir nutzten deutsche Übersetzungen von international eingeführten Screeningverfahren: den CAGE (Ewing 1984), ein Test mit 4 Fragen, und den Michigan Alcoholism Screening Test (MAST; Selzer 1971) mit 25 Fragen zu Alkoholkonsum und Alkoholfolgeproblemen. Bei einem positiven Screeningergebnis wurde eine vertiefende Diagnostik durchgeführt. Hierbei wurde unter anderem das standardisierte psychiatrische Interview „Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry“ (SCAN; WHO 1992) eingesetzt. Zusätzlich wurden Verdachtsdiagnosen gestellt, wenn kein SCAN-Interview möglich war oder der Untersucher den Eindruck der Dissimulation hatte, gleichzeitig aber mindestens ein deutlicher Nachweis bestand, daß Alkoholkonsum für aktuelle körperliche oder psychische Probleme des Patienten verantwortlich ist. In der Notfallambulanz wurde von diesem Untersuchungsdesign in der Weise abgewichen, daß keine standardisierte vertiefende Diagnostik (SCAN) durchgeführt wurde. Das Verfahren erwies sich im Setting einer Notfallambulanz als wenig praktikabel. Aus diesem Grunde basieren die Prävalenzangaben zur Notfallambulanz auf Screeningergebnissen und deutlichen klinischen Zeichen von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit (Polte 1996). Aus diesen Studien

liegen Prävalenzschätzungen für den Bereich Allgemeinkrankenhaus, Arztpraxen und Notfallambulanz vor. Eine nähere Beschreibung des Untersuchungsdesigns findet sich bei John et al. (1996). Die Tabellen 1 und 2 geben die Resultate der Studien zusammenfassend wieder.

	Krankenhaus 18-64 Jahre	Krankenhaus ab 65 Jahren	Arztpraxen 18-64 Jahre
Alkoholabhängigkeit	12,7%	3,1%	7,2%
Alkoholmißbrauch	4,8%	0,4%	3,5%
Verd. auf Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch	9,7%	3,5%	1,2%
Remittierte Alkoholabhängigkeit	2,6%	2,2%	5,3%

Tab. 1: Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in Allgemeinkrankenhaus und Arztpraxen (Allgemeinmedizin)

Befund od. Screening-Fragen positiv	33,8%
Befund positiv	24,8%
Screening-Fragen positiv	25,6%
Befund u. Screening-Fragen positiv	16,7%

Tab. 2: Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der Notfallambulanz (Alter 14 bis 70 Jahre)

Die Alkoholdiagnosen sind, wie erwartet, bei Männern häufiger als bei Frauen. Bei 16,5% der männlichen stationären Patienten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren wurde eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert, bei 7,2% ein Alkoholmißbrauch, bei 13,6% ein Verdacht auf Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit und bei 3,3% eine remittierte Abhängigkeit. Bei den Frauen lag die Rate mit 7,0% Alkoholabhängigkeit, 1,3% Alkoholmißbrauch, 3,4% Verdacht auf Abhängigkeit oder -mißbrauch sowie 1,5% remittierte Alkoholabhängigkeit deutlich niedriger. Vergleichbare Relationen wurden auch bei den älteren Krankenhauspatienten, in den Arztpraxen und der Krankenhausambulanz gefunden.

Die Prävalenzschätzungen belegen, daß Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit zu den häufigsten gesundheitlichen Störungen in der medizinischen Basisversorgung gehören. Eine nähere Untersuchung der Krankenhauspatienten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren ergab, daß 18,5% der Alkoholmißbrauchenden, 68,5% der Alkoholabhängigen und 17,6% der remittierten Alkoholabhängigen wegen einer klassischen Alkoholfolgeerkrankung stationär behandelt wurden (Gerke et al., im Dr.). Von den Patienten

tinnen und Patienten mit Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus hatten 48% noch nie eine suchtspezifische Hilfe erhalten.

SEKUNDÄRPRÄVENTIVE STRATEGIEN

International liegt mittlerweile eine Reihe von Studien vor, die belegen, daß selbst recht kurze Interventionen in der medizinischen Basisversorgung eine wirksame Veränderung des Substanzkonsums bei Patientinnen und Patienten hervorrufen können (Bien et al. 1993). Die Erfahrung eines Modellprojektes in Bielefeld (Kremer et al. 1996, s. a. Kremer et al. in diesem Band) und des Forschungsprojektes in Lübeck (John et al. 1996) zeigen, daß sich sekundärpräventive Maßnahmen auch in Deutschland recht gut in die medizinische Basisversorgung eingliedern lassen. Beratungskonzepte müssen hierbei die Besonderheiten des Beratungsklientels sowie der institutionellen Rahmenbedingungen berücksichtigen. Generell findet sich in der medizinischen Basisversorgung ein wesentlich breiteres Spektrum an substanzbedingten Störungen im Vergleich zu der traditionellen Suchtkrankenversorgung. Es finden sich Patientinnen und Patienten, bei denen noch keine Alkoholabhängigkeit besteht, sondern lediglich ein riskanter Konsum oder ein Alkoholmißbrauch, sowie Patientinnen und Patienten, die in der Regel noch keinen Kontakt zum suchtspezifischen Versorgungssystem aufgenommen haben. Aber auch Alkoholabhängige in späten Stadien ihrer Erkrankung, häufig chronisch mehrfach geschädigt, die aufgrund ihrer psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen den Weg in die Suchtkrankenhilfe nicht mehr finden, werden in der medizinischen Basisversorgung häufig angetroffen. Insgesamt variieren also die Ausprägung und die Schwere von Alkoholabhängigkeit in der medizinischen Basisversorgung erheblich.

In frühen Stadien reicht häufig bereits die Kurzintervention in der medizinischen Basisversorgung, um eine Reduktion des Alkoholkonsums oder eine Veränderung des Konsummusters herbeizuführen. Ziel ist hierbei erstens die Reduktion der Gesamtmenge des konsumierten Alkohols unterhalb einer Schwelle, die gesundheitsgefährdend ist, und zweitens die Vermeidung von Intoxikationen und entsprechenden Folgen wie Unfällen etc. Bei Patientinnen und Patienten, denen es nicht mehr gelingt, aus eigener Steuerung ihre Alkoholproblematik zu bewältigen, liegt der Schwerpunkt der Beratung in der Motivierung zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfen im Bereich der Suchtkrankenversorgung. Schwerstgeschädigte Patientinnen und Patienten mit multiplen gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen sind von der Forderung nach einer aktiven Bewältigung ihrer Suchtproblematik häufig überfordert. Hier ist es nötig, Kontakte zu

Einrichtungen der nachgehenden Sozialarbeit, sozialpsychiatrischen Diensten und betreuten Wohneinheiten herzustellen.

Ähnlich heterogen wie das Erscheinungsbild der substanzbedingten Störungen sind auch die Motivationslagen der Patientinnen und Patienten. Vor diesem Hintergrund erarbeiteten wir das „Modell zur differentiellen Intervention für verschiedene Phasen der Änderungsbereitschaft“ (Hapke et al. 1996). Dieses Beratungskonzept basiert auf Arbeiten von Prochaska/DiClemente (1986a, b) und Miller/Rollnick (1991). Prochaska/DiClemente beschrieben in ihrem „Stages of Change Model“ verschiedene Stadien der Änderungsbereitschaft im Zusammenhang mit Substanzmißbrauch und -abhängigkeit. Das Beratungskonzept von Miller/Rollnick (1991) beinhaltet spezifische Interventionsstrategien für einzelne Phasen der Änderungsbereitschaft.

Die vier Phasen (Precontemplation, Contemplation, Action und Maintenance) lassen sich auf der Grundlage ihrer inhaltlichen Bedeutung in *Vor-Absichtsbildung*, *Absichtsbildung*, *Umsetzung* und *Aufrechterhaltung* übersetzen. In der Phase der Vor-Absichtsbildung machen sich die Betroffenen noch keine Gedanken über Art, Ausmaß und Folgen ihres Konsumverhaltens und setzen es unreflektiert fort. In der Phase der Absichtsbildung findet so etwas wie eine kritische Reflektion des eigenen Verhaltens statt. Die Betroffenen hinterfragen ihr Problemverhalten. In der Umsetzungsphase suchen sie Hilfe und Unterstützung bei professionellen Helfern oder Vertrauten ihrer Umgebung und/oder ändern durch Kontroll- und Abstinenzversuche das eigene Trinkverhalten. In der Absichtsbildung gewachsene Ziele werden nun konkret umgesetzt. In der Phase der Aufrechterhaltung werden erreichte Ziele stabilisiert. Es folgt eine Anpassung an die geänderte Lebensführung.

Das Modell von Prochaska/DiClemente macht die motivationale Entwicklung vom Beginn eines kritischen Substanzmißbrauchs bis hin zur Abstinenz abbildbar. Aus Biographien von Abhängigen ist hinreichend bekannt, daß der Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen in der Regel nicht geradlinig verläuft, d. h. mit dem kritischen Trinkverhalten beginnt, einige Jahre währt, bis sich die Abhängigkeit entwickelt, dann die Absicht, am Trinkverhalten etwas zu ändern, die Umsetzung der Abstinenzentscheidung, bis die betroffene Person schließlich für den Rest ihres Lebens abstinent lebt. Im Gegensatz zu einer solchen „Idealbiographie“ erfahren viele Abhängige Höhen und Tiefen mit Rückschlägen.

Das Modell von Prochaska/DiClemente beinhaltet einen Wechsel zwischen den verschiedenen Phasen, d. h. daß die Abfolge der Phasen keineswegs einheitlich verläuft. Es ist z. B. denkbar, daß jemand von der Vor-Absichtsphase in die Phase der Absichtsbildung kommt und dann seine Absichten verwirft und wieder in die Vor-Absichtsphase zurückkehrt, z. B. weil sich die Krise mit der Partnerin geglättet hat. Häufig findet auch ein Wechsel zwischen Umsetzung und Aufrechterhaltung statt; hierbei handelt

es sich z. B. um Klientinnen und Klienten, die innerhalb eines Jahres immer wieder kurze Trinkphasen haben, dann bemüht sind, abstinent zu werden, wieder Hilfe suchen und erneut abstinent werden. Für die medizinische Basisversorgung gilt, daß wir Patientinnen und Patienten in allen Phasen der Änderungsbereitschaft begegnen. Dieses hat unmittelbare Konsequenzen für die Arbeit mit den Betroffenen. Es liegt nahe, daß die Gesprächsführung und auch das Versorgungsangebot für jemanden, der sich in der Vor-Absichtsphase befindet, ganz anders sein müssen als für jemanden, der sich in der Umsetzungsphase befindet. Der Erfolg der Intervention hängt wesentlich davon ab, wie zielgerichtet sie auf die Motivationslage des Patientinnen und Patienten abgestimmt ist. „Motivational Interviewing“ (Miller/Rollnick 1991) lieferte wesentliche Grundlagen für das von uns entwickelte Beratungskonzept für die medizinische Basisversorgung. Das Beratungskonzept hat sich in unserer Liaison- und Konsiliararbeit bewährt. Wir nutzen es in der Aus- und Weiterbildung von Sozialarbeitern, Psychologen und Ärzten. Es bestehen Vorarbeiten für eine Integration des Konzepts in andere Bereiche der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung, z. B. den Strafvollzug oder psychosoziale Beratungsstellen. Da unser jetziges Ausbildungscurriculum einer mehrtägigen Weiterbildung entspricht, ist die folgende zusammenfassende Beschreibung unseres differenziellen Interventionskonzeptes nur als allgemeine Orientierung gedacht.

DIE PHASE DER VOR-ABSICHTSBILDUNG

1. Informationen anbieten - nicht werten

In der Phase der Vor-Absichtsbildung hat es sich bewährt, den Patientinnen und Patienten zunächst erst einmal Informationen anzubieten. Diese Informationen werden bewußt neutral gehalten. Wertungen und Moralisierungen werden vermieden, weil sie zu einer Mobilisierung der Abwehr der Betroffenen führen können (vgl. John 1990). Vermittelt werden eine kurze Beschreibung von alkoholbedingten Gesundheitsstörungen sowie weitergehende Informationen, die es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, ein differenziertes Krankheitskonzept zu entwickeln.

2. Probleme definieren

Eine Bezugnahme zur Person des Patienten ergibt sich durch Fragen, durch bestehende Gesundheitsstörungen, die mit dem Alkoholkonsum assoziiert sind, oder, sofern durchgeführt, durch die Resultate einer Screening-Untersuchung sowie der vertiefenden Diagnostik. Wenn sich zeigt, daß die direkte Thematisierung der Alkoholproblematik, des Trinkverhaltens und seiner direkten Folgen für den Patienten zu bedrohlich sind, hat es sich bewährt, andere Themen zu erfragen, z. B. die Zufriedenheit mit

der spezifischen Lebenssituation, in der sich der Patient derzeit befindet. Vielen Patientinnen und Patienten fällt es leichter, über ihren „Streß“ zu sprechen als über depressive Stimmungen oder ähnliches.

3. Diskrepanz entwickeln

Ein wesentliches Ziel in der gesamten Gesprächsführung ist es, Diskrepanzen zu entwickeln, d. h., daß der Patient beginnt, Widersprüche wahrzunehmen zwischen seinen allgemeinen Lebenszielen, Gesundheitswünschen und Wünschen, die sein soziales Umfeld anbelangen, einerseits und seinem eigenen Verhalten, insbesondere im Hinblick auf das Trinken von Alkohol, andererseits. Eine Besonderheit im Umgang mit Patientinnen und Patienten in der Phase der Vor-Absichtsbildung ist jedoch gleichzeitig der Verzicht auf einen konfrontativen Gesprächsstil.

4. Anbindung

Eine Anbindung des Patienten sollte in der Weise erfolgen, daß ihm ein weitergehender Kontakt angeboten wird. Bei uns hat es sich bewährt, daß wir den Patientinnen und Patienten eine Karte mit unserer Anschrift und Telefonnummer hinterlassen, die es ihnen ermöglicht, uns zu einem späteren Zeitpunkt zu erreichen. Es zeigte sich, daß viele Patientinnen und Patienten nach sehr langer Zeit auf dieses Angebot zurückkamen. In Nachuntersuchungen war festzustellen, daß fast alle Patientinnen und Patienten diese Karte aufgehoben hatten.

DIE PHASE DER ABSICHTSBILDUNG

1. Diskrepanzen fördern

In der Phase der Absichtsbildung geht es zunächst darum festzustellen, welche Diskrepanzen der Patient bei sich selber beobachtet hat. Auf der Grundlage einer positiven Rückmeldung hierüber sollte versucht werden, die einzelnen Diskrepanzen möglichst klar zu beschreiben.

2. Informationen über Hilfen geben

Dem Patienten sollten Hilfen darüber gegeben werden, wo und wie er sich Unterstützung und Hilfe holen kann. Hierbei werden sowohl Informationen über das suchtspezifische Hilfesystem gegeben als auch, sofern eine Indikation dafür besteht, über weitere Hilfe wie z. B. Erziehungsberatung, Eheberatung, Schuldenberatung.

3. Ziele definieren

Auf der Grundlage der präzisierten Diskrepanzen sollte die Beraterin oder der Berater als nächstes mit den Patientinnen und Patienten einige konkrete Ziele definieren, deren Erreichung nach beiderseitiger Einschätzung realistisch erscheint. Es geht nicht darum, möglichst umfassend alle Bereiche abzudecken.

4. Anbindung

In Verbindung mit den definierten Zielen sollte eine Anbindung in der Weise erfolgen, daß mit den Patientinnen und Patienten konkrete Vereinbarungen getroffen werden. Konkrete Vereinbarungen können z. B. sein, daß man einen Termin in der Fachberatungsstelle gemeinsam mit dem Ehemann oder der Ehefrau festlegt; auch konkrete Ziele, die sich auf das Problemverhalten selbst beziehen, z. B. eine genaue Dokumentation des weiteren Trinkverhaltens und festgelegte Kontrolluntersuchungen der Leberwerte beim Hausarzt.

DIE PHASE DER UMSETZUNG

1. Ziele konkretisieren

In der Umsetzungsphase ist davon auszugehen, daß der Patient bereits Zielvorstellungen darüber entwickelt hat, ob und was er an seinem bisherigen Verhalten ändern will. Es geht nun darum, mit den Patientinnen und Patienten diese einzelnen Ziele zu präzisieren. Sie sollten so konkrete Formen annehmen, daß sie sich in eine konkrete Handlungsplanung umsetzen lassen.

2. Kontakte herstellen und Behandlung einleiten

Sofern indiziert, sollten konkrete Kontakte zum suchtspezifischen Versorgungssystem hergestellt oder zumindest konkrete Vereinbarungen über weitere Kontakte getroffen werden, z. B. der Besuch einer Selbsthilfegruppe. Kommt die Nutzung einer professionellen Einrichtung der Suchtkrankenversorgung in Frage, sollte der Patient bei der Einleitung der Behandlung unterstützt werden.

DIE PHASE DER AUFRECHTERHALTUNG

1. Beratungsbedarf prüfen

Hat ein Patient bereits in der Vergangenheit sein Verhalten erfolgreich geändert, d. h. ist er z. B. ein trockener Alkoholabhängiger oder jemand, der massiven Mißbrauch aufwies, seinen Alkoholkonsum aber erfolgreich eingeschränkt hat, so ist zunächst zu prüfen, inwieweit überhaupt ein weiterer Beratungsbedarf besteht. Trotz der abstinenten Lebensführung bedürfen verbliebene oder neu eingetretene Probleme bei einigen Patientinnen und Patienten der weiteren Beratung. Entscheidend sind hierbei die subjektive Lebenszufriedenheit mit der geänderten Situation, die Anpassung an das geänderte Verhalten sowie die Reaktionen und Konsequenzen im Umfeld des Betroffenen.

2. Positive Rückmeldung geben

Abstinent lebende Abhängige erhalten unserer Erfahrung nach selten positive Rückmeldungen. Aus der Verhaltenstherapie ist aber gut bekannt, daß eine positive Rückmeldung der Aufrechterhaltung des geänderten Verhaltens dienen kann. Die Stabilisierung von Gesundheit (z. B. Laborwerte, Blutdruck), soziale Fortschritte (z. B. Abwendung einer Kündigung) und die Verbesserung interpersonaler Beziehungen sind hierbei zu berücksichtigen.

3. Inanspruchnahme thematisieren

Sinnvoll ist es, die bisherige Inanspruchnahme von Hilfen zu thematisieren. Hierbei geht es insbesondere darum, mögliche negative Erfahrungen aufzuarbeiten. Wenn bislang keine Inanspruchnahme von Hilfen besteht, sollte unbedingt eine Information über die Möglichkeiten der Unterstützung gegeben werden. Im Falle von Krisen sollte auf jeden Fall ein konkretes Angebot gemacht werden.

Das Beratungskonzept läßt sich bei vielen Patientinnen und Patienten in unterschiedlichsten persönlichen Situationen praktisch anwenden. Das Zustandekommen eines förderlichen Gesprächskontakts gelingt leicht, da das Konzept besonders dazu anregt, die Patientinnen und Patienten „dort abzuholen, wo sie sich aktuell befinden“.

Abschließend zeigt Tabelle 3 einen Ausschnitt der Ergebnisse einer von uns ein Jahr nach der Beratung durchgeführten Nachuntersuchung bei 187 Patientinnen und Patienten zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen 12 Monate vor dem Krankenhausaufenthalt im Vergleich zu den 12 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt.

Suchtspezifische Hilfe	12 Mon. vor Krankenhausaufenthalt	12 Mon. nach Krankenhausaufenthalt
Selbsthilfegruppe	10,5%	27,2%
Suchtberatung	8,8%	37,7%
Entzugsbehandlung	18,4%	33,3%
Entwöhnungsbehandlung	2,6%	12,3%
Sucht-Hilfen gesamt	28,9%	56,1%

Tab. 3: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen

LITERATUR

- Angermund, A.: Prävalenz von Alkoholismus bei stationär behandelten nicht-traumatologischen Patientinnen und Patienten einer chirurgischen Klinik. TU München, Unveröffentl. Dissertation 1986
- Athen, D./Schrammer, B.: Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer Medizinischen Klinik. In: Keup, W. (Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe, S. 43-57, Stuttgart 1981
- Auerbach, P./Melchertsen, K.: Zur Häufigkeit des Alkoholismus stationär behandelte Patientinnen und Patienten aus Lübeck. In: Schleswig-Holsteinisches Arzteblatt, S. 1981, S. 223 ff.
- Bien, T.H./Miller, W.R./Tonigan, J.S.: Brief interventions for alcohol problems: a review. In: Addiction, 88, 1993, S. 315 ff.
- Dilling, H./Oschinsky, A.M./Nieder, C.: Trends in Epidemiological and Evaluative Research on Alcoholism in the Federal Republic of Germany. In: Cooper, B. (Hrsg.): Psychiatric Epidemiology, S. 296-309, London/Sydney 1987
- Dilling, H./Weyerer, S./Enders, I.: Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie, S. 135-160, Berlin/Heidelberg/New York 1978
- Driessen, M./Petzold, J./John, U.: The prevalence of alcohol abuse in primary care, Medizinische Universität zu Lübeck 1996
- Duffy, J.C. (Hrsg.): Alcohol and Illness. Edinburgh University Press 1992
- Ewing, J.A.: Detecting Alcoholism - The CAGE Questionnaire. In: Journal of the American Medical Association, 252, 1984, S. 1905 ff.
- Feuerlein, W./Ringer, C./Küfner, K./Antons, K.: Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest (MALT). In: Münchner Medizinische Wochenzeitschrift, 119, 1977, S. 1275 ff.
- Feuerlein, W./Ringer, C./Küfner, K./Antons, K.: Münchner Alkoholismus Test (MALT). Weinheim 1978
- Gerke, P./Hapke, U./Rumpf, H.-J./John, U.: Alcohol-related Diseases in General Hospital Patients. In: Alcohol & Alcoholism (im Dr.)
- Hapke, U./Rumpf, H.-J./John, U.: Beratung von alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: DHS (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus - Therapie und Hilfe, S. 345-354, Freiburg 1996
- John, U.: Counselling of alcohol dependents based on a model of change to abstinence. In: Counselling Psychology Quarterly, 3, 1990, S. 181 ff.
- John, U./Hapke, U./Rumpf, H.-J./Hill, A./Dilling, H.: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung, Baden-Baden 1996
- Junge, B.: Alkohol. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht, 1994, S. 81-99, Geesthacht 1994
- Kreissig, M./Ekelmann, F./Waschkes, H.: Die Häufigkeit des Alkoholismus in einer großstädtischen allgemeinmedizinischen Sprechstunde. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 77, 1983, S. 735 ff.
- Kremer, G./Dornann, S./Wienberg, G.: Zur Umsetzung von Früherkennung und Frühintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern - Vernetzung mit dem Hilfesystem für Abhängigkeitskranke. In: DHS (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus - Therapie und Hilfe, Freiburg 1996
- Leibach, W.K.: Epidemiologie des Alkoholismus und alkoholassoziierter Organschäden. In: Seitz, H.K./Lieber, C.S./Simanowski, U.A. (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden, S. 21-72, Heidelberg 1995
- Miller, W.R./Rollnick, S. (Hrsg.): Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior. New York 1991
- Möller, H.J./Angermund, A./Mühlen, B.: Prävalenzraten von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchener Alkoholismus-Test. In: Suchtgefahren, 33, 1987, S. 199 ff.
- Mühlen, B.: Prävalenz von Alkoholismus bei stationär behandelten traumatologischen Patientinnen und Patienten. TU München, Unveröffentl. Dissertation 1984
- Polte, M.: Alkoholbedingte Gesundheitsstörungen in der Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses. Medizinische Universität zu Lübeck, Unveröffentl. Dissertation 1996
- Prochaska, J.O./DiClemente, C.C.: Toward a Comprehensive Model of Change. In: Miller, W.R./Heather, N. (Hrsg.): Treating addictive behaviors: Processes of change, S. 3-27, New York 1986
- Prochaska, J.O./DiClemente, C.C.: The Transtheoretical Approach. In: Norcross, J.C. (Hrsg.): Handbook of eclectic psychotherapy, S. 163-200, New York 1986
- Saunders, J.B./Aasland O.-G./Amundsen, A./Grant, M.: Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative study on early detection of persons with harmful alcohol consumption. In: Addiction, 88, 1993, S. 349 ff.
- Selzer, M.L.: The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument. In: American Journal of Psychiatry, 127, 1971, S. 1653 ff.
- WHO: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Genf 1992
- Wienberg, G.: Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen S. 12-60, Bonn 1992
- Zintl-Wiegand, A./Schmidt-Maushart, C./Leisner, R./Cooper, B.: Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. In: Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie, S. 111-134, Berlin 1978

Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern

Georg Kremer, Susanne Dormann, Niels Pörksen, Theo Wessel, Günther Wienberg

1. EINIGE INFORMATIONEN ZUM HINTERGRUND

Berechnungen von Wienberg (1992, 1995) zeigen, daß nur jeder 15. alkoholabhängige Patient (6%) eine Fachberatungsstelle oder eine Fachklinik aufsucht. Weitere 7% werden von psychiatrischen Diensten oder Kliniken erreicht. Der größte Teil der alkoholabhängigen Menschen aber kommt überhaupt nicht mit diesen Einrichtungen in Kontakt.

Hingegen suchen 3 von 4 Abhängigen mindestens einmal pro Jahr ihren Hausarzt auf, wird jeder 4. Alkohol Kranke mindestens einmal im Jahr auf einer inneren oder chirurgischen Station im Allgemeinkrankenhaus behandelt.

Mittlerweile liegen aus Deutschland zahlreiche Studien zur Prävalenz von alkoholabhängigen und -mißbrauchenden Patientinnen und Patienten in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern vor (s. Hapke u. a. in diesem Band), die ausreichend Belege dafür liefern, daß Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch bei einer großen Zahl von Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern und Arztpraxen ein aktuelles Problem sind. Die medizinische Basisversorgung muß als der quantitativ bedeutsamste Bereich für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen angesehen werden.

Im krassen Mißverhältnis dazu stehen jedoch *Einstellung, fachbezogenes Wissen und fachbezogene Beratungskompetenzen* von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten.

Reimer und Freisfeld (1984) fanden in ihrer Befragung von 117 Allgemeinärztinnen und -ärzten in Schleswig-Holstein zur *Einstellung* gegenüber Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen, daß über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (56%) sog. „Alkoholiker“ weniger gern behandelten als andere Patientinnen und Patienten. Die Erkrankung des Alkoholikers sahen die Ärztinnen und Ärzte größtenteils als „moralische Schwäche“ (63%) oder „Charakterstörung“ (59%) an. Schwierigkeiten in der Behandlung führten sie vor allem auf die Willensschwäche (93%), die fehlende Krankheitseinsicht (81%) und die mangelnde Kooperationsbereitschaft (81%) zurück. Probleme im Umgang mit Alkoholikern würden somit in erster Linie durch die Patientinnen und Patienten selbst verursacht

und wären somit in erster Linie auch durch die Patientinnen und Patienten selbst zu beheben.

Anderson (1985) ermittelte bei 312 Allgemeinärztinnen und -ärzten in England differenzierte Aussagen zur *Behandlungskompetenz*. Während sich fast alle Ärztinnen und Ärzte (93%) legitimiert fühlten, mit sog. „Trinkern“ zu arbeiten, fühlte sich nicht einmal jeder zweite (44%) auch dazu instande. Nur noch etwa jeder dritte (29%) war mit seiner diesbezüglichen Arbeit zufrieden.

In einer Befragung von 67 Niedergelassenen und Krankenhausärzten durch unsere Bielefelder Arbeitsgruppe (Friede u. a. 1996) ergab sich darüber hinaus, daß die überwiegende Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte (87%) der Auffassung ist, die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen sei weniger erfolgreich als die anderer Patientengruppen. Die eigene Haltung bei der Behandlung wurde jedoch von der Mehrheit der Befragten als zugewandt (64%) und geduldig (61%) beschrieben.

Wie sehen Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen ihre Beziehung zum Hausarzt?

Alkämper (1985) befragte 115 Mitglieder von Selbsthilfegruppen zu verschiedenen Aspekten ihrer Erfahrungen mit Hausärzten. Dabei stellte sie fest, daß alle Patientinnen und Patienten einen regelmäßigen Kontakt zu ihren Hausärztinnen und -ärzten hatten, auch während der Trinkphasen. Viele Patientinnen und Patienten waren schon sehr lange bei ein und demselben Arzt in Behandlung: durchschnittlich 14,5 (!) Jahre. Nur wenige (14%) hatten in Trinkphasen ihren Hausarzt gewechselt. Jeder zweite (52%) war mit der Behandlung des Alkoholproblems durch den Hausarzt zufrieden, jeder zweite allerdings auch nicht.

Göttlich (1990) befragte 57 Patientinnen und Patienten einer psychiatrischen Entgiftungsabteilung zu ihrer Einschätzung der Rolle des Hausarztes. Jeder vierte (26%) berichtete dabei von einem Einfluß des Hausarztes auf die Konsummenge. Fast allen Hausärztinnen und -ärzten (96%) sei das Alkoholproblem bekannt gewesen. Hausärztinnen und -ärzte hatten nach den Patientinnen und Patienten selbst den größten Einfluß auf die Entscheidung, eine Entwöhnungsbehandlung aufzunehmen.

Diese Befunde belegen, daß wir - insbesondere was die ambulante medizinische Versorgung anbelangt - bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen von einer häufig gespannten, dennoch aber stabilen *Arzt-Patient-Beziehung* ausgehen können. Die Potenzen dieser Beziehung sind enorm, bedenkt man nur einmal, wie lange viele Patientinnen und Patienten bei ein und demselben Arzt in Behandlung sind. Die Ergebnisse sind allerdings auch gleichzeitig ein Beleg dafür, daß es in der Ärzteschaft weiterhin an einer förderlichen Grundhaltung und erfolgversprechenden Handlungskonzepten mangelt.

Was *Diagnostik und Behandlung* anbelangt, so lassen sich für das Allgemeinkrankenhaus die folgenden allgemeinen Merkmale benennen:

- (a) Diagnostik und Behandlung sind ausschließlich somatisch orientiert. Häufig wird erst bei auftretenden Entzugssymptomen eine Alkoholproblematik erkannt und medikamentös behandelt. Sozialdienste werden in der Regel nicht eingeschaltet. Die psychosoziale Beratung erschöpft sich in einigen gutgemeinten, allgemeinen Ratschlägen.
- (b) Zielgruppe der Behandlung sind Alkoholabhängige im fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Der Mißbrauch wird, sofern überhaupt erkannt, nicht thematisiert.
- (c) Das Behandlungsziel ist körperliche Entgiftung. Eine systematische Einleitung von Nachsorge findet in der Regel nicht statt.

Es mangelt somit an:

- (1) Diagnose- und Behandlungskonzepten, die somatische und psychosoziale Aspekte integrieren,
- (2) an Gesprächsführungskompetenzen und
- (3) vor allem an einem Überblick über das regionale Hilfeangebot für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen inklusive der jeweiligen Vermittlungsindikationen.

Ein solches Behandlungskonzept ist für Behandelnde und Patientinnen und Patienten gleichermaßen frustrierend, zu einer Veränderung des Trinkverhaltens kommt es nur in den allerseltensten Fällen. Den sog. „Drehtürpatienten“ gibt es auch im Allgemeinkrankenhaus.

Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, daß es Krankenhäuser bzw. einzelne Abteilungen in Krankenhäusern gibt, die ein systematisches Konzept der somatischen Behandlung und psychosozialen Beratung von Alkoholabhängigen entwickelt haben und dabei zum Teil eng mit Suchtberatungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten (vgl. z. B. Deigner u. a. 1995, Riedesel 1996).

Für die hausärztliche Praxis läßt sich aus unserer Sicht ein solch düsteres Bild nicht zeichnen.

In einer kürzlich veröffentlichten Studie aus Lübeck (John u. a. 1996) sollten die beteiligten Hausärztinnen und -ärzte eine Einschätzung darüber abgeben, ob bei den untersuchten Patientinnen und Patienten ein Alkoholproblem - Mißbrauch oder Abhängigkeit - vorläge oder nicht. Das erstaunliche Ergebnis ist, daß 3 von 4 Patientinnen und Patienten mit einem Alkoholproblem richtig diagnostiziert wurden. Ähnliche Ergebnisse wurden auch aus anderen Untersuchungen berichtet. Nur bei jedem zehnten aber war diese Diagnose auch in der Krankenakte vermerkt. Die Thematisierung des Alkoholproblems im ärztlichen Gespräch wurde zwar hier nicht untersucht, kann aber aufgrund der fehlenden Vermerke in den Krankenakten als eher selten angenommen werden.

Auch für die Praxis lassen sich einige grundsätzliche Merkmale des Diagnose- und Beratungs-/Behandlungsprozesses beschreiben:

- (a) Die Diagnostik von Alkoholproblemen setzt sich zusammen aus einer oft langjährigen Kenntnis der Patientinnen und Patienten, aus aktuellen klinischen Befunden oder Laborwerten und aus Informationen von Angehörigen
- (b) Zielgruppe sind Patientinnen und Patienten mit erkennbaren Folgeerkrankungen oder Folgeproblemen.
- (c) Die Behandlung ist in erster Linie somatisch orientiert. Verfügen Ärztinnen und Ärzte über ausreichende Erfahrung im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen und haben sie sich einige Gesprächskompetenz angeeignet, so werden sie auch soziale, berufliche und familiäre Aspekte mit einbeziehen.
- (d) Behandlungsziel ist in der Regel Schadensminimierung. Zwar ist die Abstinenz für die meisten Ärztinnen und Ärzte immer noch das einzige „wahre“ Behandlungsziel, der Alltag aber zwingt zum Umdenken und stellt Teilziele in den Vordergrund.

Es mangelt vor allem an:

- (1) der Kenntnis des regionalen Hilfesystems für Abhängigkeitskranke incl. der jeweiligen Vermittlungsindikationen, sowie
 - (2) an effektiven und zufriedenstellenden Beratungskonzepten.
- Hausärztinnen und -ärzte müssen davon ausgehen, daß Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen lange in ihrer Behandlung bleiben. Die Motivation, positiv auf die Patientinnen und Patienten einzuwirken, ist daher höher einzuschätzen als bei Stationsärztinnen und -ärzten im Allgemeinkrankenhaus.

2. DAS KONZEPT DER KURZINTERVENTIONEN

1977 veröffentlichten Edwards u. a. die erste wissenschaftliche Studie, die sich mit den therapeutischen Effekten *kurzer Interventionen* bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen befaßte. Die Autoren kamen damals zu dem Schluß, daß kurze Interventionen unter bestimmten Voraussetzungen ähnlich effektiv sein können wie wochen- bzw. monatelange Behandlungen. Diese Studie war der Auftakt zu einer langen Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen. Sehr bald wurde die besondere Eignung von Kurzinterventionen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern entdeckt und in zahlreichen wissenschaftlichen Studien untersucht. Die Effektivität von Kurzinterventionen wurde v. a. am Kriterium „Reduktion der Alkoholmenge“ belegt. Aber auch andere Meßwerte wie z. B. charakteri-

stische Laborparameter zeigten nach Kurzinterventionen zum Teil deutliche Veränderungen.

In der Literatur werden verschiedene *Formen* von Kurzinterventionen beschrieben: minimaler Ratschlag, Feedback und Ratschlag bis 5 Minuten, kurze Beratung bis 15 Minuten, ausgedehnte Beratung usw. Im Rahmen des Bielefelder Modellprojektes galt als Kurzintervention ein Beratungsgespräch von 15 bis zu 60 Minuten Dauer, evt. unter Zuhilfenahme von schriftlichem Informationsmaterial.

Miller/Sanchez (1991) haben sechs grundlegende *inhaltliche* Elemente ermittelt, auf denen die Effektivität von Kurzinterventionen basiert:

(1) *Rückmeldung geben.* Nach der umfassenden Diagnostik wird dem Patienten eine sachliche Rückmeldung über klinische Befunde und Laborwerte, Folgeerkrankungen und -probleme sowie die individuellen Risiken des gegenwärtigen Alkoholkonsums gegeben. Auch schriftliche Informationen zum Alkoholgebrauch und seinen Risiken können hier eingesetzt werden.

(2) *Eigenverantwortung betonen.* Grundsätzlich sollte die Verantwortung für eine Veränderung so weit wie möglich auf der Seite des Patienten liegen. Der Patient entscheidet letztlich selbst, wie er die Informationen der Rückmeldung nutzen und welchen Schritt er als nächsten gehen wird.

(3) *Einen konkreten Ratschlag geben.* Auch ein konkreter Ratschlag - etwa eine Beratungsstelle aufzusuchen oder pro Woche nur eine bestimmte Menge Alkohol zu trinken - kann einen Patienten dazu bewegen, sein Trinkverhalten zu verändern.

(4) *Alternativen aufzeigen.* Wenn der Patient ein Veränderungsinteresse zeigt, kann es nötig sein, mehrere alternative Veränderungsstrategien aufzuzeigen und dem Patienten die Wahl zu überlassen. Das Gefühl, eine eigene Wahl getroffen zu haben, *erhöht* die Verbindlichkeit eines geplanten Veränderungsschrittes.

(5) *Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken.* Der Glaube des Patienten an seine Fähigkeit, etwas zu verändern, sollte gestärkt werden. Am besten gelingt dies, wenn man die Kompetenzen und Ressourcen des Patienten hervorhebt und weniger die Defizite betont.

(6) *Empathie.* Die therapeutische Grundhaltung sollte geprägt sein von einer unbedingten persönlichen Wertschätzung des Patienten. Der Patient wird akzeptiert als ein Mensch, der sich (in vielen Fällen) in einer ernsthaften Krise befindet. Die empathische Grundhaltung sollte die Basis aller Elemente bzw. Formen der Intervention sein.

Die wesentlichen Elemente von Kurzinterventionen unterscheiden sich nur graduell von anderen ärztlichen Beratungskonzepten - etwa dem der Psychosomatischen Grundversorgung.

Das besondere und im Hinblick auf die suchtherapeutische Behandlungstradition in Deutschland *neue* Element ist, daß eine vergleichsweise minimale Einflußnahme *überhaupt* therapeutischen Nutzen haben kann. Drei Zielgruppen werden durch Kurzinterventionen in der medizinischen Basisversorgung erreicht:

(1) Patientinnen und Patienten mit einer *Alkoholabhängigkeit*,
(2) Patientinnen und Patienten mit *schädlichem bzw. mißbräuchlichem Alkoholgebrauch*, d. h. einem Konsummuster, das zu körperlichen oder psychischen Störungen bzw. beruflichen oder sozialen Problemen geführt hat, das aber die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nicht oder noch nicht erfüllt, sowie

(3) Patientinnen und Patienten mit einem *riskanten Alkoholgebrauch*, d. h. einem Konsummuster, das bislang weder zu einer körperlichen oder psychischen Störung noch zu beruflichen oder sozialen Problemen geführt hat, dessen Beibehaltung aber langfristig mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu Folgeproblemen oder -erkrankungen führen wird. Die im Rahmen des Projektes verwandten Grenzwerte von 110 g Alkohol/Woche bei Frauen und 170 g Alkohol/Woche bei Männern gehen zurück auf Empfehlungen der British Medical Association (Health Education Board for Scotland 1994) und sind als grobe Richtwerte zu verstehen. Auch häufige Trinkexzesse können ein Kriterium riskanten Alkoholkonsums sein. Dieser Patientengruppe kommt aus präventiver Sicht eine besondere Bedeutung zu.

Kurzinterventionen in der medizinischen Basisversorgung verfolgen eine begrenzte Zielsetzung: *Veränderungsmotivation stärken* und evtl. einen ersten *Veränderungsschritt* vereinbaren. Angestrebt wird ein auf den einzelnen Patienten abgestimmter *gesünderer Umgang mit Alkohol*. Das Beratungs-/Behandlungsziel ist jeweils im Einzelfall zu bestimmen. Für alle drei Zielgruppen gilt dabei das Allgemeine Beratungs-/Behandlungsziel „Verringerung des Alkoholkonsums“. Für Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose kommt darüber hinaus noch den Zielen „Erlangung bzw. Aufrechterhaltung von Abstinenz(-Phasen)“ und „Vermittlung in eine Einrichtung des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke“ eine wichtige Bedeutung zu.

3. BIELEFELDER PROJEKT: METHODIK

Seit Ende 1994 fördert das BMG ein dreijähriges Modellprojekt zur *Erkennung und Behandlung* von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern.

Ziel des Modellprojekts ist es, die Umsetzung eines *Alkohol-Screenings, vertiefender Diagnostik und anschließender Kurzintervention (SDK)* in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern zu erproben. Der Schwerpunkt der Evaluation liegt auf drei Aspekten:

- (1) *Akzeptanz und Praktikabilität.* Wie wird das SDK-Konzept von Patientinnen und Patienten und Professionellen angenommen? Welche Umsetzungsmodelle sind praktikabel?
 - (2) *Kooperation.* Wie kann die Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern auf der *einen* und den Anbietern des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke auf der *anderen* Seite systematisch verbessert werden?
 - (3) *Effektivität.* Sind ein Jahr nach der Kurzintervention positive Veränderungen bei den Patientinnen und Patienten nachzuweisen?
- Darüber hinaus sind konkrete Vorschläge zur Finanzierung der Umsetzungsmodelle in der Regelversorgung zu erarbeiten.

An der praktischen Erprobung des Modellprojekts haben sich 12 Arztpraxen (7 allgemeinärztliche, 3 internistisch/hausärztliche, 2 Nervenarztpraxen) sowie 5 Stationen in 2 Allgemeinkrankenhäusern (4 internistische, 1 unfallchirurgische) beteiligt.

Innerhalb des Projekts wurden die folgenden Erprobungsschritte realisiert:

- (1) Alle Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren wurden mit dem „Lübecker Alkoholismus-Screening-Test LAST“ (Rumpf et al. 1995) auf eine Alkoholproblematik hin befragt. Hierbei handelt es sich um einen Fragebogen mit 9 Fragen zu den individuellen Alkoholtrinkgewohnheiten, jeweils mit „JA“ oder „NEIN“ zu beantworten (s. Anhang).
- (2) Bei positivem Screening (2 oder mehr auffällige Antworten) prüfte die anschließende vertiefende Diagnostik das Vorhandensein einer alkoholspezifischen Diagnose.
- (3) Bei positiver Diagnostik erfolgte eine Kurzintervention. Diagnostik und Kurzintervention waren in der Regel in einem *diagnostisch-therapeutischen Gespräch* verknüpft.
- (4) Nach einem Jahr wurden alle Patientinnen und Patienten, die eine Kurzintervention erfahren haben, katamnestisch nachbefragt.

Diese vier Erprobungsschritte galten sowohl für das Allgemeinkrankenhaus als auch für die Arztpraxis.

4. ERGEBNISSE: ARZTPRAXEN

Hier wurde der folgende Ablauf vereinbart:

- (a) In 8 Arztpraxen führten die Ärztinnen und Ärzte Screening, Diagnostik, Kurzintervention und Katamnese *eigenständig* durch. Alle Ärztinnen und Ärzte hatten im Vorfeld der praktischen Erprobung an einer zwölfstündigen Fortbildung teilgenommen.
- (b) In 3 Praxen wurde ein *Konsilmodell* erprobt. Das Screening übernahmen die Arzthelferinnen. Patientinnen und Patienten mit einem positiven Screeningergebnis wurden von der Ärztin oder dem Arzt gefragt, ob sie zu einem weiteren diagnostisch-therapeutischen Gespräch mit einem Mitarbeiter des Projekts in der Praxis bereit wären. Die Katamnese führen die Projektmitarbeiter durch.
- (c) In 1 Arztpraxis wurde ein sog. *Liaisonmodell* erprobt. Ein Mitarbeiter des Projekts war ständig in der Praxis anwesend und führte Screening, Diagnostik, Kurzintervention und Katamnese durch.

Einige ausgewählte Daten aus der Erprobung in den Praxen, in denen die Ärztinnen und Ärzte alle Erprobungsaufgaben *eigenständig* durchführten:

- (a) Erstes wichtiges Ergebnis: ein kontinuierliches Screening *aller* in den Praxen behandelten Patientinnen und Patienten war nicht oder nur unter besonderen Bedingungen möglich. Die zur Verfügung stehende Zeit und die Organisation des Praxisablaufs spielten hier eine wichtige Rolle.
- (b) 1.608 Screenings wurden durchgeführt. 205 Patientinnen und Patienten beantworteten das Screening positiv, davon stellte sich nach einem kurzen diagnostischen Gespräch etwa jedes vierte Screening als falsch positiv heraus.
- (c) Nur etwa jeder zehnte Patient (21) lehnte eine vertiefende Diagnostik in Richtung einer Alkoholproblematik ab.
- (d) In den 8 Praxen wurden insgesamt 140 Kurzinterventionen durchgeführt und dokumentiert. Eine Prävalenzrate kann allerdings daraus wegen des unsystematischen und teilweise vorselektierten Screenings nicht abgeleitet werden.
- (e) Durch das Screening mit dem LAST wurden in den Praxen Patientinnen und Patienten aller drei Zielgruppen erreicht. Die Verteilung der einzelnen Patientengruppen entspricht in etwa dem Verhältnis 2:1:1 (Abhängigkeit / schädlicher Gebrauch / riskanter Gebrauch).
- (f) Ein Interventionsziel kann es sein, Patientinnen und Patienten bei Bedarf in eine Einrichtung des Hilfesystems für Abhängigkeitskranke zu vermitteln. Dies gelang unmittelbar im Anschluß an die Beratung bei 21 Patientinnen und Patienten, also etwa jedem siebten, davon waren ca. 40% neue Vermittlungen.

(g) Es wurde deutlich, daß etwa 2/3 der *abhängigen* Patientinnen und Patienten und *alle* Patientinnen und Patienten mit den beiden anderen alkoholbezogenen Diagnosen zunächst ausschließlich in der Behandlung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte blieben. Und das, obwohl die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Fortbildung das suchtspezifische Versorgungssystem in der Stadt incl. der jeweiligen Indikationen sehr gut kannten.

Einige Ergebnisse zur Praktikabilität der erprobten Umsetzungsmodelle in Praxen:

(a) Das *Konstlmodell* funktionierte überhaupt nicht. Trotz genügend dokumentierter positiver Screenings (15 von 133) wurden die Projektmitarbeiter nicht ein einziges Mal angefordert. Als Grund dafür nannten die Ärztinnen und Ärzte vor allem eine ablehnende Haltung der Patientinnen und Patienten.

(b) Das *Liaison-Modell* wurde zwar von den Patientinnen und Patienten angenommen und funktionierte organisatorisch, der hohe Personal- und Zeitaufwand erscheint allerdings in keiner Weise gerechtfertigt. Insbesondere wenn man bedenkt, daß die diagnostischen Kenntnisse der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbst in bezug auf Alkoholprobleme ihrer Patientinnen und Patienten sehr gut sind (vgl. John u. a. 1996).

(c) Das Konzept der *eigenständigen Übernahme* von Screening, Diagnostik und Kurzintervention durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat sich grundsätzlich bewährt. Ein *kontinuierliches* Alkohol-Screening ist zwar nicht praktikabel, ein *systematisches* aber erscheint sinnvoll und könnte darin bestehen, alle *neu* in der Praxis behandelten Patientinnen und Patienten differenziert zu ihren Alkoholtrinkgewohnheiten zu befragen (vgl. Ritson in diesem Band). Voraussetzung dieses Modells ist allerdings, daß die Ärztinnen und Ärzte sich im Bereich Diagnostik und Kurzbehandlung von Alkoholproblemen qualifizieren.

Als Fazit der Ergebnisse zur Arztpraxis können wir somit festhalten:

- (1) Die Aufteilung bzw. Abspaltung von Behandlungskompetenz *innerhalb* der ärztlichen Praxis erscheint nicht sinnvoll. Neben einem hohen zusätzlichen Personalaufwand ist dabei v. a. die Ablehnung eines externen Behandlers durch die Patientinnen und Patienten von Bedeutung.
- (2) Die Ausweitung der Beratungs-/Behandlungskompetenz der niedergelassenen *Ärztinnen und Ärzte selbst* scheint hingegen ein praktikables und effektives Konzept zu sein.
- (3) Dazu ist eine Qualifikation im Rahmen einer Fortbildung notwendig.
- (4) Diese sollte zu einer erweiterten Leistungsabrechnung ermächtigen.

Die Übernahme eines SDK-Konzepts in die Regelversorgung verlangt aus Sicht des Projektes für die ambulante medizinische Versorgung zwei strukturelle Veränderungen:

- (1) Verabschiedung einer *Fachkunde* als notwendige Qualifikation,
- (2) eine erweiterte Abrechnungsmöglichkeit von Screening, Diagnostik und Kurzintervention über *Neue Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien*.

5. ERGEBNISSE: ALLGEMEINKRANKENHAUS

Konkret vereinbart wurde der folgende Ablauf:

(a) Auf allen *inneren Stationen* führten die Stationsärztinnen und -ärzte das Screening selbst durch. Die Projektmitarbeiter wurden bei positivem Screening hinzugezogen. Diagnostisch-therapeutische Gespräche fanden - wenn möglich - gemeinsam statt. Wenn das aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht möglich war, führten die Projektmitarbeiter oder die Stationsärztinnen und -ärzte die Gespräche allein durch. Alle Stationsärztinnen und -ärzte hatten im Vorfeld der praktischen Erprobung an einer zwölfstündigen Fortbildung teilgenommen.

(b) Auf der *unfallchirurgischen Station* konnten wir keine Beteiligung der Stationsärztinnen und -ärzte an den Projektaufgaben vereinbaren. Hier führten die Projektmitarbeiter Screening, Diagnostik und Kurzintervention selbst durch.

(c) Die Katamnese wurde bei allen Krankenhauspatienten von den Projektmitarbeitern durchgeführt.

Einige ausgewählte Daten aus dem Allgemeinkrankenhaus:

- (a) Von insgesamt 1.318 erfaßten Patientinnen und Patienten lehnten lediglich 26, d.h. 2%, das Screening mit dem LAST ab.
- (b) 1.221 Screenings wurden durchgeführt. 317 Patientinnen und Patienten beantworteten das Screening positiv, davon stellte sich erwartungsgemäß nach einem kurzen diagnostischen Gespräch etwa jedes fünfte Screening als falsch positiv heraus.
- (c) Nur wenige Patientinnen und Patienten (18) lehnten eine vertiefende Diagnostik in Richtung einer Alkoholproblematik ab. Einige wurden zu früh entlassen und von uns nicht mehr erreicht.

Diagnose	Häufigkeit %	absolut
Riskanter Gebrauch	4,0%	49
Schädlicher Gebrauch	3,9%	48
Abhängigkeit	7,8%	95
Remittierte Abhängigkeit bzw. kein aktuelles Problem	1,0%	12
	16,7%	204
Verdachtsdiagnosen	1,5%	

Tab. 1: Prävalenzraten alkoholbezogener Diagnosen im Allgemeinkrankenhaus, Altersgruppe 18-65

(d) Auf den 5 Krankenhausstationen wurden insgesamt 207 Kurzinterventionen durchgeführt und dokumentiert, davon 204 aufgrund einer aktuellen bzw. früheren alkoholbezogenen Problematik. Bei 1.221 Screenings ergibt das eine Rate von 16,7% *alkoholbezogenen Diagnosen*.

(e) Durch das Screening mit dem LAST wurden Patientinnen und Patienten aller drei Zielgruppen erkannt. Die Verteilung ist Tabelle 1 zu entnehmen.

(f) Die aktuellen alkoholbezogenen Diagnosen verteilen sich genau wie in den Arztpraxen im Verhältnis 2:1:1. Dieses Ergebnis festigt die Bedeutung der in der Vergangenheit vernachlässigten Zielgruppe der Konsumenten mit riskantem Gebrauch, insbesondere im Hinblick auf primärpräventive Aufgaben im Rahmen der medizinischen Basisversorgung.

(g) Etwa jeder fünfte Patient, der eine Kurzintervention erfuhr, konnte im Anschluß an die Beratung in eine Einrichtung des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke vermittelt werden, davon war etwa jeder dritte eine Neuvermittlung, ein weiteres Drittel hatte vor mehr als einem Jahr den letzten Kontakt zu einer Suchthilfeeinrichtung. Diese Patientengruppe rekrutierte sich fast ausschließlich aus Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose.

(h) Allerdings wird - ähnlich wie in den Arztpraxen - auch für das Allgemeinkrankenhaus deutlich, daß selbst bei professioneller Beratung und guter Kenntnis der abhängigkeitspezifischen Angebote in der Region etwa 2 von 3 abhängigen Patientinnen und Patienten aktuell nicht in eine Einrichtung des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke mittelbar waren.

Einige Ergebnisse zur Beteiligung von Stationsärztinnen und -ärzten und Pflegepersonal am SDK-Konzept:

(a) Auf der Unfallchirurgie konnte keine Beteiligung der Stationsärztinnen und -ärzte erreicht werden. Dies änderte sich auch nicht im Verlaufe der Erprobung, obwohl es organisatorisch aus unserer Sicht gut in den Ablauf hätte integriert werden können.

(b) Allerdings haben im Verlaufe der Erprobung drei Pflegekräfte der Station an einer alkoholspezifischen Fortbildung teilgenommen. Dagegen gab

es keine Anfrage von seiten des internistischen Pflegepersonals zur Teilnahme an einer Fortbildung. Dies hängt offensichtlich mit dem unterschiedlichen Aufgabenspektrum sowohl des Pflegepersonals als auch der Ärztinnen und Ärzte auf den einzelnen Stationen zusammen.

(c) Auf allen *inneren Stationen* wurden die Screening-Fragebögen von den Stationsärztinnen und -ärzten ausgegeben und eingesammelt. Dies hat sich zum einen als grundsätzlich praktikabel herausgestellt: Der zeitliche Aufwand ist gering, organisatorisch ist das Screening gut in den Stationsalltag integrierbar (vgl. Schülke in diesem Band).

Zum anderen ist dieses Vorgehen äußerst effektiv:

(1) Die Verweigerungsquote ist minimal. Nur 4 von 419 erfaßten Patientinnen und Patienten dieser Stationen (weniger als 1%) lehnten die Beantwortung des Fragebogens ab.

(2) Der (mögliche) Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und organischer Erkrankung ist für die Patientinnen und Patienten eher begreifbar, die Wahrscheinlichkeit einer höheren Veränderungsbereitschaft somit größer.

(d) Etwa jedes zweite diagnostisch-therapeutische Gespräch auf den *inneren Stationen* wurde von Projektmitarbeitern und Stationsärztinnen und -ärzten gemeinsam durchgeführt. Die übrigen Gespräche wurden bis auf wenige Ausnahmen den Projektmitarbeitern übergeben.

Als *Fazit* der Ergebnisse zum Allgemeinkrankenhaus können wir folgendes festhalten:

(1) Die Beteiligung von Stationsärztinnen und -ärzten an einzelnen Diagnose- oder Behandlungsschritten ist unbedingt anzustreben. Durch die ärztliche Autorität wird die Bedeutung des Themas unterstrichen. Außerdem verbleibt das Behandlungs-„Management“ in einer Hand.

(2) Man wird bei der Planung von Interventionskonzepten im Krankenhaus mit einer stärkeren Zurückhaltung bei Ärztinnen und Ärzten chirurgischer Stationen rechnen müssen, wenn es darum geht, Diagnose- oder Behandlungsaufgaben *selbst* zu übernehmen.

(3) Qualifiziertes Fachpersonal sollte je nach zu versorgender Bettenzahl stunden-, tageweise oder vollzeitlich im Krankenhaus zur Verfügung stehen, um Screening, Diagnostik und Kurzintervention jederzeit und in jedem Falle sicherzustellen (zum Stellenumfang vgl. Pörksen u. a. in diesem Band).

(4) Verbindliche und tragfähige Kooperationsbeziehungen zwischen Fachpersonal im Krankenhaus und dem regionalen Hilfesystem für Abhängigkeitskranke sind zu entwickeln.

Die Erfahrungen im Bielefelder Modellprojekt belegen, daß es sekundärpräventive Strategien gibt, die sich im Kontext des Allgemeinkrankenhauses und der niedergelassenen Arztpraxis umsetzen lassen und sowohl für

das Personal als auch für die Patientinnen und Patienten in hohem Maße akzeptabel sind.

Es werden Patientengruppen weit im Vorfeld einer Abhängigkeitserkrankung erreicht. Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Diagnosen werden kompetent beraten und - wenn nötig und möglich - einer fachspezifischen Weiterbehandlung zugeführt.

Ein Konzept zur (Früh-)Erkennung und (Früh-)Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen sollte deshalb in den Leistungskatalog der medizinischen Basisversorgung aufgenommen werden. Für das *Allgemeinkrankenhaus* bedeutet das: Einstellung von speziell qualifiziertem Fachpersonal, für die *niedergelassene Arztpraxis*: Verabschiedung einer Fachkunde mit Abrechnungsmöglichkeit über NUB.

LITERATUR

- Anderson, P.: Managing alcohol problems in general practice. In: British Medical Journal, Vol. 290, 22 June 1985
- Alkämper, B.: Alkoholiker in Selbsthilfegruppen - Struktur der Gruppen - Verhältnis zum Hausarzt, Frankfurt/M. 1985
- Deigner, S./Reitze, R./Horsch, A.: Ergebnisse einer kombinierten Behandlung Alkoholabhängiger durch ein Akutkrankenhaus und eine externe Beratungsstelle. In: SUCHT 41 (5) 1995, S. 342 ff.
- Edwards, G. et al.: Alcoholism: a controlled trial of „treatment“ and „advice“. In: Journal of Studies on Alcohol 38, 1977, S. 1004 ff.
- Friede, B. u. a.: Projektantrag „Qualifizierungsprogramm ‘Sucht’ für medizinisches Personal“, Unveröffentl. Manuskript. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften 1996
- Göthlich, P. C.: Die Rolle des Hausarztes bei der ambulanten Betreuung von Alkoholikern. Unveröffentlichte Dissertation an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz 1990
- Health Education Board for Scotland: That's the limit - A Guide to Sensible Drinking, Edinburgh 1994
- John, U./Hapke, U./Rumpf, H.-J./Hill, A./Dilling, H.: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. In: Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Band 71, Baden-Baden, 1996
- Miller, W. R./Sanchez, V. C.: Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G. (Ed.): Issues in alcohol use and misuse by young adults. University of Notre Dame Press, Notre Dame 1991
- Reimer, C./Freisfeld, A.: Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. In: Therapiewoche 34, 1984, S. 3514 ff.
- Riedesel, H.-W.: Konzept der qualifizierten Entgiftungsbehandlung im Diakoniekrankenhaus Georgsmarienhütte, Abteilung für Innere Medizin. Internes Papier. Diakoniekrankenhaus Georgsmarienhütte 1996

Rumpf, H.-J./Hapke, U./John, U.: Development of a screening questionnaire for primary health care settings: The Luebeck Alcoholism Screening Test. Medizinische Universität zu Lübeck 1995

Wienberg, G.: Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg, G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn 1992

Wienberg, G.: Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung. In: Mann, K./Buchkremer, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. In: SUCHT Sonderband 1995, S. 13 ff.

LAST

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 zu entscheiden.

1. Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen?	☐ JA	☐ NEIN
2. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?	☐ JA	☐ NEIN
3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?	☐ JA	☐ NEIN
4. Haben Ihr (Ehe-)Partner oder Ihre Eltern sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt?	☐ JA	☐ NEIN
5. Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen?	☐ JA	☐ NEIN
6. Trinken Sie oft Alkohol am Vormittag?	☐ JA	☐ NEIN
7. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z.B. Fettleber oder Leberzirrhose)?	☐ JA	☐ NEIN
8. Waren Sie einmal im Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums?	☐ JA	☐ NEIN
9. Sind Sie schon einmal wegen Trunkenheit in Gewahrsam genommen worden?	☐ JA	☐ NEIN

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

--	--

Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus

Cornelia Schülke

Als Stationsärztin in der inneren Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses habe ich ein Jahr lang bei der Durchführung des Bielefelder Modellprojektes (s. Kremer u. a. in diesem Band) mitgewirkt. Über die dabei gewonnenen praktischen Erfahrungen möchte ich an dieser Stelle berichten.

Zunächst einige Bemerkungen zur Erklärung der vorbestehenden Situation und der Rahmenbedingungen: Bei dem genannten Krankenhaus handelt es sich um eine mittelgroße Akutklinik im Zentrum Bielefelds in katholischer Trägerschaft. Die internistische Abteilung umfaßt ca. 130 Betten, ihre Patientenschaft ist von Alter, Geschlecht und Art der Erkrankungen her gemischt.

Eine Besonderheit hebt diese Abteilung jedoch gegenüber vergleichbaren in Bielefeld hervor: hier werden nämlich Patientinnen und Patienten zur Alkoholentgiftung für 7 bis 10 Tage aufgenommen, so daß die Klinik in dieser Hinsicht in der sogenannten „Szene“ eine Alternative zur benachbarten psychiatrischen Entgiftungsabteilung darstellt. Für die Betroffenen hat diese Tatsache offenbar den Vorteil, daß die Schwelle zur stationären Aufnahme niedriger ist, da das Stigma des Psychiatriepatienten wegfällt.

Folge ist jedoch, daß sich unter den Patientinnen und Patienten der Abteilung erheblich mehr Alkoholranke finden als für internistische Kliniken üblich, ohne daß Ärztinnen und Ärzte oder Pflegepersonal für deren Behandlung speziell qualifiziert wären. So besaßen auch meine Stationskollegen und ich keine besondere Vorbildung auf dem Gebiet der Suchterkrankungen. Aus diesen Umständen heraus entstand bei allen Stationsmitarbeitern eine erhöhte Frustration und Gereiztheit im Umgang mit den häufig durch Rückfälle und Wiederaufnahme gekennzeichneten Alkoholkranken.

Die zweite Gruppe der durch das Modellprojekt angesprochenen Patientinnen und Patienten beinhaltet Menschen, die einen Alkoholmißbrauch oder einen schädigenden oder riskanten Gebrauch betreiben, ohne jedoch abhängig zu sein. Vor Durchführung des Modellprojektes wurden diese Patientinnen und Patienten häufig nicht erfaßt oder auch nur bemerkt, da im Anamnesegegespräch zwar meist die Frage nach den Alkoholtrinkgewohnheiten gestellt, jedoch oft gar nicht, nicht genau oder falsch beantwortet wurde. Dies ist wohl am ehesten darauf zurückzuführen, daß der Frage von unserer Seite nicht genügend Gewicht, Sachlichkeit und Ernsthaftigkeit

verliehen wurde. Auch wurde bei unbefriedigender Beantwortung gewöhnlich nicht nachgefragt. In Fällen, in denen pathologische Laborbefunde oder auffällige Ultraschallergebnisse auf einen Alkoholmißbrauch hinwiesen, folgte nicht immer ein aufklärendes Gespräch.

In dieser Situation erfüllte es uns mit gemischten Gefühlen, daß wir vom Chefarzt dazu auserkoren wurden, an der einjährigen Durchführung des Projektes mitzuarbeiten. Denn einerseits bestand der Wunsch, Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen adäquater behandeln zu können, andererseits befürchteten wir jedoch zusätzlichen Arbeits- und Zeitaufwand im ohnehin ausgefüllten Akutklinikalltag.

Ich komme nun zur praktischen Durchführung der im Projekt vorgesehenen Aufgaben: Der Lübecker Alkoholismus-Screening-Test LAST (s. Anhang zu Kremer u. a. in diesem Band) wurde als Instrument der Befragung und erste Möglichkeit, zum Thema Alkohol ins Gespräch zu kommen, an alle neu aufgenommenen Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 65 Jahren verteilt. Das geschah aus Gründen der Praktikabilität jeweils im Anschluß an das Anamnesegespräch. Dieser enge zeitliche Zusammenhang mit anderen ärztlichen Tätigkeiten vermittelte den Angesprochenen einerseits ein Gefühl für die Wichtigkeit der Sache, andererseits vermochte er etwaige Befangenheit und Peinlichkeitsgefühle beim Patientinnen und Patienten größtenteils zu entschärfen. Gleichzeitig erklärten wir kurz die wesentlichen Inhalte und Zielsetzungen des Modellprojekts. Diese Informationen waren auch in einem Aushang auf dem Stationsflur nachzulesen. Die Grundvoraussetzung für überzeugende Arbeit ist immer die eigene Überzeugung von deren Bedeutung. Diese wurde ermöglicht durch eine der Durchführungsphase vorausgegangene zwölfstündige Weiterbildung. Diese vermittelte meiner Kollegin und mir ein sachliches und empathisches Arbeiten mit betroffenen Patientinnen und Patienten, förderte unser Problembewußtsein und veränderte so unsere Arbeitspraxis:

(a) Wir gewöhnten uns an, freundlich - aber hartnäckig - nach der genauen Trinkmenge zu fragen. Dies nahm mitunter einige Minuten in Anspruch, schien uns aber für die Angemessenheit des weiteren Gespräches eine unerläßliche Basis zu sein.

(b) Erhöhte Leberwerte (insbesondere der γ -GT) im Rahmen der Routine-laboruntersuchung nahmen wir genauer wahr und als Anlaß für ein aufklärendes Gespräch.

(c) Die höhere Toleranz gegenüber alkoholkranken Patientinnen und Patienten sowie das Wissen, daß Rückfälle zum Wesen der Erkrankung gehören, ermöglichte uns ein streßfreieres und angemesseneres Arbeiten. Interessanterweise wirkte sich unsere veränderte Haltung und Arbeitsweise auch positiv auf die Einstellung des Pflegepersonals aus. Zusätzlich führten kurze, größtenteils zufällige Gespräche im Schwesternzimmer dazu, daß

die Stationsatmosphäre an Gelassenheit und Freundlichkeit gewann und der Ärger über die "lästigen Drehtürpatienten" merklich abnahm.

Rückblickend auf ein Jahr Erprobung des Projektes bezüglich Zeitaufwand und Praktikabilität im Stationsalltag kann ich folgende Feststellungen treffen:

(1) Das Erfragen der genauen Alkoholtrinkmenge im Rahmen des Anamnesegespräches erfordert ungefähr zwei Minuten.

(2) Zum Austeilen des LAST und der damit verbundenen Erklärung werden ca. zwei Minuten benötigt.

(3) Bei positiv beantwortetem LAST schließt sich ein diagnostisch-therapeutisches Gespräch an, das auf unserer Station in einem Großteil der Fälle von Projektmitarbeiter und Stationsärztin gemeinsam, teilweise von Projektmitarbeitern allein und zu einem geringen Teil von den Stationsärztinnen allein durchgeführt wurde. Dieses diagnostisch-therapeutische Gespräch erfordert durchschnittlich 25 Minuten, wobei die Zeiten hier je nach Patient stark variieren.

Daraus können wir folgendes Fazit ziehen: Der notwendige Zeitaufwand war bei der Besetzung einer 31-Betten-Station mit zwei Stationsärztinnen gut zu leisten. In Zeiten, wie sie leider immer häufiger vorkommen, in denen eine von zwei Stationsärztinnen durch Urlaub, Krankheit und neue Dienstregelungen ausfiel, war eine umfassende Durchführung jedoch nur durch Überstunden möglich.

Den *inhaltlichen* Nutzen des Modellprojektes betreffend lassen sich rückblickend folgende Erfahrungen festhalten:

(a) Schon seit Beginn meiner Tätigkeit im Allgemeinkrankenhaus - sei es als Aushilfskraft in der Pflege während meiner Studienzeit, sei es als Ärztin - fiel mir auf, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten mit offensichtlichen Folgeerkrankungen von Alkoholkonsum war. Hierzu zähle ich einen hohen Anteil der Fälle von Leberzirrhosen, bösartigen Tumoren der Speiseröhre, der Mundhöhle und des Magens, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, toxische Schädigungen des Gehirns und viele andere. Besonders beeindruckt mich auch die Schwere dieser Erkrankungen. Aus diesem Grund erschien mir ein frühzeitiges Eingreifen zur Verhinderung bzw. Verminderung von Folgeerkrankungen immer wünschenswert, ohne daß ich jedoch eine konkrete Vorstellung von der Art und Weise eines solchen Eingreifens hatte. Diese scheint mir durch das Projekt gegeben zu sein.

(b) Ebenso notwendig und sinnvoll erscheint mir für alle in der somatischen Medizin tätigen Ärztinnen und Ärzte ein Basiswissen im Umgang mit alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten. Dazu gehört auch eine

Kenntnis der regionalen Suchthilfeeinrichtungen, um die Möglichkeit einer qualifizierten Weiterbehandlung zu gewährleisten.

(c) Die Reaktionen unserer Patientinnen und Patienten auf die Konfrontation mit dem Thema Alkohol waren fast durchweg positiv, was auch an den niedrigen Verweigerungsraten deutlich wird (vgl. Kremer u. a. in diesem Band). Wir machten die Erfahrung, daß ein sachliches, gleichzeitig aber einfühlsames Zugehen auf die Patientinnen und Patienten deren etwaige Befangenheit schnell abbauen kann und ein offenes Gespräch ermöglicht.

(d) Beim Informieren über pathologische Befunde und deren Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken ist ebenfalls Sachlichkeit vonnöten, ein Moralisieren mit erhobenem Zeigefinger ist absolut überflüssig, wenn nicht schädlich.

(e) An dieser Stelle möchte ich noch hinzufügen, daß gerade Ärztinnen und Ärzte das Thema Alkohol gut zur Sprache bringen können, da sie aus meiner Erfahrung bei den Patientinnen und Patienten einen Bonus an Vertrauen und Gesprächsbereitschaft genießen. Voraussetzung ist natürlich ein grundsätzliches Interesse am "ganzen Menschen".

(f) Bei unserer einjährigen Erprobung des Modellprojektes sind wir uns aufgrund der großen Zahl abhängiger Patientinnen und Patienten eines deutlichen Mangels bewußt geworden: Oftmals hätten wir uns eine Fachkraft innerhalb des Krankenhauses gewünscht, um spontan entstehendem Gesprächsbedarf von seiten der Patientinnen und Patienten gerecht werden zu können. Immer wieder gab es Fälle, in denen ein wichtiges Thema zwar angeschnitten, jedoch aus Zeitmangel und mangelnder Ausbildung nicht weiterbehandelt werden konnte.

Zusammenfassend möchte ich zwei Wünsche äußern, die im Verlauf unserer Arbeit bei meiner Kollegin und mir entstanden sind:

(1) Eine Weiterbildung im Umgang mit Alkoholproblemen für alle im Allgemeinkrankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte halten wir für dringend notwendig.

(2) Wünschenswert wäre darüber hinaus die Einstellung einer im Umgang mit Alkoholproblemen qualifizierten Fachkraft in Allgemeinkrankenhäusern. Der Aufgabenbereich dieser Person könnte in weiterführenden Gesprächen mit Patientinnen und Patienten bestehen, die riskanten oder schädlichen Alkoholgebrauch betreiben, sowie in der Weitervermittlung alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten an Einrichtungen des regionalen Suchthilfesystems.

Erste Erfahrungen mit Kurzinterventionen in einer Allgemeinarztpraxis

Annette Petry

Ich bin niedergelassene Allgemeinärztin in Bielefeld und habe über ein Jahr an dem Modellprojekt zur Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen (s. Kremer u. a. in diesem Band) zusammen mit einem Kollegen in dessen Praxis teilgenommen. Seit Mitte dieses Jahres betreibe ich eine eigene Praxis.

Meine Bereitschaft, an diesem Projekt mitzuwirken, begründete sich v. a. durch:

- (a) das grundsätzliche Interesse an neuen Möglichkeiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen,
- (b) unbefriedigende Erfahrungen während der klinischen Ausbildung und
- (c) meine Hilflosigkeit, als ich in der Praxis auf mich allein gestellt war.

ERFAHRUNGEN MIT DER FORTBILDUNG

Im Vorfeld der praktischen Erprobung haben alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen an einer zwölfstündigen Fortbildung teilgenommen. In dieser Fortbildung wurden u. a. die folgenden Themen behandelt:

- (a) Alkoholerkrankung, Folgeerkrankungen und -probleme, Komorbidität,
- (b) Arzt-Patient-Beziehung,
- (c) Einsatz des Screening-Instruments,
- (d) Diagnostik,
- (e) Behandlungsziele, Motivation, Kurzinterventionskonzept, Rückfall.

Durch diese Fortbildung veränderte sich meine *Grundhaltung* gegenüber (Patientinnen und Patienten mit) Alkoholproblemen beträchtlich. Das „Schwarz-Weiß-Denken“, daß es entweder Alkoholiker oder Nicht-Alkoholiker gebe, wich einer differenzierteren Sichtweise von Abhängigkeit, schädlichem Gebrauch bzw. Mißbrauch und riskantem Gebrauch. Die bisherige Vorstellung, daß ein Patient erst an seinem Tiefpunkt angekommen sein müsse, bevor Veränderung möglich sei, paßte nicht mehr in ein differenziertes Krankheitsverständnis. Abstinenz konnte nicht mehr als das einzige Therapieziel bei Alkoholabhängigkeit angesehen werden. Hier beeindruckte mich insbesondere die Zielhierarchie nach Schwoon u. a. (1990). Diese Zielhierarchie erhöht die Frustrationstoleranz sowohl auf seiten der Ärztin als auch auf seiten der Patientinnen und Patienten und entspannt

die Behandlungsbeziehung. Durch das Ansprechen der positiven Seiten des Alkoholkonsums fühlen sich die Patientinnen und Patienten wahrgenommen und sind eher bereit, über ihr Problem zu sprechen. Der Rückfall ist nicht mehr ein (beiderseitiges) Versagen, sondern Normalität.

Therapeutisch drückte sich diese veränderte Grundhaltung u. a. darin aus, daß ich auch kleine Veränderungen und kleine Schritte wahrnahm und als Behandlungserfolg ansah. Grundsätzlich konnte auch das sog. „kontrollierte Trinken“ ein Behandlungsziel sein. Die Entscheidung für eine Veränderung lag immer bei den Patientinnen und Patienten, *meine* Aufgabe sah ich darin, angemessene Veränderungsangebote mit ihnen zu erarbeiten. Ich bezog stärker die Vorerfahrungen der Patientinnen und Patienten mit ein und war wachsam für komorbide Symptome.

Das *Einüben der einzelnen Interventionen im Rollenspiel* erhöhte den Lerneffekt enorm. Den *Erfahrungsaustausch* mit den ärztlichen Kollegen und den Projektmitarbeitern im Rahmen der Fortbildung und bei einem späteren Nachtreffen empfand ich als besonders anregend und hilfreich, ebenso die Möglichkeit, mich bei Problemen mit den Projektmitarbeitern beraten zu können.

Im Rahmen der Projekterprobung wurde ein sog. „Projektbeirat“ ins Leben gerufen. Diesem Beirat gehörten zum einen alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte an, zum anderen Vertreterinnen und Vertreter der Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und der Psychiatrischen Klinik. Die entsprechenden Dienste und Mitarbeiter persönlich kennenzulernen, erleichterte den späteren „offiziellen“ Kontakt. Zwar ging eine (in der Regel telefonische) Kontaktaufnahme meistens von mir aus, sie wurde jedoch grundsätzlich als sehr positiv empfunden.

ERFAHRUNGEN MIT DEM SCREENING

Unsere Vereinbarungen im Rahmen der Projekterprobung sahen vor, daß allen Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 65 Jahren ein Screening-Fragebogen ausgehändigt werden sollte. Hierbei handelt es sich um den „Lübecker Alkoholismus-Screening-Test LAST“ (s. Anhang zu Kremer u. a. in diesem Band).

Insgesamt wurden im Laufe des Erprobungsjahres in unserer Praxis 237 Screening-Fragebögen ausgegeben. Nur ein von mir angesprochener Patient verweigerte das Ausfüllen des LAST. 47 LASTs wurden positiv beantwortet, bei 34 ergab sich nach einer vertiefenden Diagnostik ein alkoholbezogener Beratungsbedarf.

Sehr schnell stellte sich für mich heraus, daß ich den LAST nur ausgeben wollte, wenn klar war, daß ich gegebenenfalls noch Zeit für ein anschließendes Gespräch haben würde. Es hatte sich nämlich gezeigt, daß einige Patientinnen und Patienten, denen ich nach positivem Screening ohne nä-

here Besprechung des Hintergrundes einen Gesprächstermin gegeben hatte, zu diesem Termin nicht mehr erschienen waren.

Patientinnen und Patienten, die das erste Mal zur Behandlung kamen, gab ich den LAST nur, wenn ein guter Kontakt zustande gekommen war. Im Rahmen der Gesundheits-Untersuchung ließ ich den LAST regelmäßig ausfüllen.

In der Regel habe ich den LAST am Ende des Behandlungskontaktes ausgegeben und die Patientinnen und Patienten beim Ausfüllen allein gelassen. Andere Ärztinnen und Ärzte, die am Projekt teilnahmen, ließen den LAST durch ihre Arzthelferinnen ausgeben. Dieses Vorgehen erschien mir unter den konkreten Bedingungen unserer Praxis zu unpersönlich. Grundsätzlich halte ich es aber für möglich, daß engagierte Arzthelferinnen nach einer entsprechenden Schulung diese Aufgabe übernehmen können.

Eine gespannte Behandlungsbeziehung entwickelte sich bei *den* Patientinnen und Patienten, bei denen mir entweder durch eigene Diagnostik oder durch Mitteilungen Dritter ein Alkoholproblem bekannt war, die den LAST allerdings negativ beantwortet hatten. Zwar ist diese gespannte Beziehung auch ohne den LAST vorhanden, es ist allerdings die Frage zu stellen, ob die schriftliche Form der Befragung bei diesen Patientinnen und Patienten nicht noch mehr Widerstand erzeugt.

ERFAHRUNGEN MIT DER KURZINTERVENTION

Von den 34 Patientinnen und Patienten unserer Praxis, die einen alkoholbezogenen Behandlungs-/Beratungsbedarf aufwiesen, befanden sich 22 in meiner Behandlung.

Die Patientinnen und Patienten gaben häufig schon vor dem Ausfüllen des Fragebogens einen Kommentar zu ihren Alkoholtrinkgewohnheiten ab, waren dann teilweise verblüfft über einzelne Fragen und fingen oft von selbst an, über das Thema Alkohol zu sprechen.

Der LAST erwies sich somit, was den Übergang in ein Beratungsgespräch anbelangt, als äußerst praktikabel und effektiv, nicht zuletzt, weil er den Patientinnen und Patienten meine eigene Gesprächsbereitschaft signalisierte.

Ich vermerkte das positive Screening-Ergebnis auf allen Karteikarten und sprach das Thema bei Folgekontakten erneut an, was von den meisten Patientinnen und Patienten ohne jegliches Mißtrauen toleriert wurde. Die Gesprächsatmosphäre war in der Regel entspannt und angenehm.

Bei fast allen Patientinnen und Patienten bestand ein auffallend großer Informationsbedarf über die „Verträglichkeit von Alkohol“ und riskante Alkoholtrinkungen (s. Anhang). Dies traf übrigens auch auf viele Patientinnen und Patienten mit einem *negativen* Screening-Ergebnis zu.

Bei einem positiven Screening-Ergebnis erfragte ich zunächst ausführlich die genauen Trinkmengen. Dies erschien mir praktikabler und einfacher, als die Kriterien des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 abzufragen. Die Zuordnung nach ICD-10-Kriterien unterliegt in E. einem starken subjektiven Faktor, da einzelne alkoholbezogene Verhaltensweisen sich oft im Grenzbereich zwischen „normal“ und pathologisch bewegen.

In einigen Fällen gab ich den Patientinnen und Patienten ein sog. „Trinktagebuch“ (s. Anhang), aus dem hervorgehen sollte, *wann sie wann, wo und mit wem* getrunken hatten. Dies erwies sich in allen Fällen als hilfreich. Insbesondere konnten hier selbstgesetzte Ziele gefestigt werden.

Die Analyse der „Vor- und Nachteile des gegenwärtigen Alkoholkonsums“ (s. Anhang) habe ich meistens mündlich durchgeführt, v. a. bei Patientinnen und Patienten, die schon die Absicht hatten, etwas an ihrem Trinkverhalten zu verändern. Ziel war hier, die vorhandene Motivation zu festigen. Wenn die Indikation dazu gegeben war, stellte ich den Patientinnen und Patienten Informationen über weitergehende Behandlungsmöglichkeiten in Bielefeld, zum Teil in schriftlicher Form, zur Verfügung. Hier ging es insbesondere um Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen sowie ambulante und stationäre Entgiftungsmöglichkeiten. Da viele Patientinnen und Patienten jedoch Angst vor entsprechenden Angeboten haben und ein „Vermitteln“ häufig als „Wegschicken“ empfinden, erwies es sich als vorteilhafter, diesen Patientinnen und Patienten auf der Grundlage der gestiegenen eigenen Kompetenz zunächst auch *selbst* ein Behandlungsangebot machen zu können.

Im Falle einer Abhängigkeit und dem Ziel der Abstinenz war es mir wichtig, bei allen Folgekontakten den möglichen Rückfall und die Notwendigkeit des frühzeitigen Ansprechens zu thematisieren. Ein Patient z. B. hatte in dem Erprobungsjahr fünf Rückfälle. Von Mal zu Mal aber sprach er den Rückfall früher an, die Abstände zwischen den Rückfällen wurden stetig größer. Dies konnte ich im Gegensatz zu früher als *Erfolg* der Behandlungsbeziehung verbuchen.

Nur bei 3 Patienten wurden Angehörige einbezogen, in einem Fall bei einem sehr motivierten Patienten, bei einem anderen Patienten wegen des chronisch langjährigen Verlaufs zur Vereinbarung von Verhalten bei Rückfällen, im dritten Fall schließlich vorwiegend zur Beratung der Angehörigen, da der Patient nur sehr selten zur Behandlung kam. Darüber hinaus gab es viele Gespräche mit Angehörigen, deren Partner nicht in meiner Behandlung waren. Stützende Begleitung, Verständnis für ihre Probleme, Erläuterung und Diskussion der Mechanismen des Co-Alkoholismus sowie Informationen über Angehörigengruppen waren die Hauptinhalte dieser Gespräche. Wegen der großen Bedeutung sollte in einer Fortbildung das Thema „Beratung von und Umgang mit Angehörigen“ einen breiten Raum einnehmen.

Die durchschnittliche Dauer der Kurzinterventionen betrug 15 Minuten.

Vermißt habe ich eine kleine Informationsbroschüre, die - anders als übliche Suchtbroschüren - in einem motivierenden Grundtenor gehalten ist, den Patientinnen und Patienten einige Informationen über die Erkrankung und entsprechende Risiken gibt und konkrete Veränderungsstrategien beschreibt. Eine solche Broschüre könnte insbesondere bei Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommen, die schon eine Veränderungsabsicht geäußert haben, zur genauen Planung allerdings noch Zeit brauchen.

RESÜMEE

- (1) Fortbildungen zur Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen sollten breitflächig angeboten werden. Der Zeitpunkt sollte so gewählt sein, daß die Teilnehmer auch die Möglichkeit haben, die Erfahrungen praktisch umzusetzen. Ein günstiger Zeitpunkt ist m. E. die AIP-Zeit. Auch als freies Angebot für Niedergelassene ist eine solche Fortbildung sinnvoll. Auf jeden Fall aber sollten entsprechende Inhalte in die Facharztausbildung für Allgemeinmedizin integriert werden. Ärzte und Patienten würden davon gleichermaßen profitieren.
- (2) Die Arbeit mit Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen ist für mich aufgrund der Fortbildung und der anschließenden praktischen Erprobung viel befriedigender geworden. Der Umgang mit diesen Patientinnen und Patienten fällt mir leichter und ist nicht mehr so belastend.
- (3) Es fiel auf, daß einige *neue* Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in die Praxis kamen, weil sich offensichtlich herumgesprochen hatte, daß wir uns dem Problem widmen und uns damit auskennen.
- (4) Im Hinblick auf einen künftigen Einsatz in der Praxis halte ich es für sinnvoll, die Altersgrenze von 65 auf mindestens 70 heraufzusetzen, da ein nicht unerheblicher Anteil von Patientinnen und Patienten dieser Altersgruppe ein Alkoholproblem aufweist und der LAST den Einstieg in ein Behandlungsgespräch enorm erleichtert.
- (5) Die einfühlsame und motivierende Grundhaltung sowie die Kurzinterventionsstrategien können auch für andere Bereiche genutzt werden, etwa Ernährungsberatung oder Raucherentwöhnung.

Mittlerweile ist die Projekterprobung für mich abgeschlossen. Den LAST setze ich *weiterhin* ein, da ich von seiner Effektivität überzeugt bin und er mir in Verbindung mit den Kurzinterventionsstrategien die Arbeit mit den manchmal schwierigen Patientinnen und Patienten deutlich erleichtert.

LITERATUR

Schwoon, D. R./Krausz, M.: Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart 1990

Zur Verträglichkeit von Alkohol

Der Konsum geringer Mengen Alkohol kann gesundheitsförderlich sein. Übersteigt aber der regelmäßige Alkoholkonsum gewisse Grenzen, steigt das Risiko gesundheitlicher oder sozialer Folgeprobleme kontinuierlich an.

Die *Weltgesundheitsorganisation* hat diese Grenzen auf 20 Gramm Alkohol/Tag für Frauen und 40 Gramm/Tag für Männer festgelegt. Zahlreiche Untersuchungen legen allerdings nahe, die Grenzwerte niedriger anzusetzen.

Die *Britische Ärztevereinigung* empfiehlt 14 Standardgetränke = 112 Gramm Alkohol/wchtl. für Frauen und 21 Standardgetränke = 168 Gramm Alkohol/wchtl. für Männer bei 1 - 2 Tagen Abstinenz pro Woche.

Wöchentlicher Alkoholkonsum - Risiko gesundheitlicher oder sozialer Folgeprobleme

	Geringes Risiko		Ansteigendes Risiko		Hohes Risiko	
	Frauen		Männer			
	Geringes Risiko		Ansteigendes Risiko		Hohes Risiko	
	↓		↓		↓	
	2,8 Liter Bier	4,2 Liter Bier	7 Liter Bier	10 Liter Bier		
	1,4 Liter Wein	2,1 Liter Wein	3,5 Liter Wein	5 Liter Wein		
	0,7 Liter Sherry	1,05 Liter Sherry	1,75 Liter Sherry	2,5 Liter Sherry		
	0,55 Liter Likör	0,84 Liter Likör	1,4 Liter Likör	2 Liter Likör		
	0,35 Liter Schnaps	0,5 Liter Schnaps	0,85 Liter Schnaps	1,25 Liter Schnaps		

© KA Gielad, vBA Bethel, Bielefeld 1997

Trink-Tagebuch

Das Trink-Tagebuch soll dazu dienen, Ihnen die Menge und einige nähere Umstände Ihres Alkoholtrinkens bewußt zu machen.

Wochentag Datum einsetzen	Wann vormittags, mittags, nachmit- tags, abends	Was Nur alkoholische Getränke Evtl. mit einer Strichliste arbeiten	Wo Zu Hause, Kneipe usw.	Mit wem Partner/in, Freunde, zufällig anwesende, gute Bekannte usw.
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Vorteile und Nachteile einer Veränderung des Alkoholkonsums

Nachteile der jetzigen Situation

- ☐ Gesundheitliche Schäden
- ☐ Finanzielle Abhängigkeit
- ☐ Schlechtes Vorbild für die Kinder
- ☐ Beziehungsprobleme
- ☐ Verlust der Partnerschaft
- ☐ Verschwendung von Zeit
- ☐ Gefährdung / Verlust des Arbeitsplatzes
- ☐ Verlust des Führerscheins
- ☐ Verlust von sozialem Ansehen
- ☐ Probleme im Freundeskreis / Isolation
- ☐ Hoher Kraftaufwand durch Verheimlichen
- ☐ Gefährdung / Verlust der Wohnung
- ☐ Polizeiliche / gerichtliche Probleme
- ☐ Zunahme von depressiven Stimmungen / Grübeln
- ☐ Verlust der Selbstbestimmung
- ☐
- ☐
- ☐

Vorteile einer Veränderung des Alkoholkonsums

- ☐ Mehr Zeit für die Familie
- ☐ Weniger Geldprobleme
- ☐ Zufriedenere Partnerschaft
- ☐ Besseres Lebensgefühl
- ☐ Zeit für neue Interessen / Hobbies
- ☐ Halten bzw. Wiederaufnahme einer geregelten Arbeit
- ☐ Mehr Selbstbewußtsein
- ☐ Verbesselter körperlicher Zustand
- ☐ Höheres Ansehen im Freundeskreis
- ☐ Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen
- ☐
- ☐
- ☐

Vorteile der jetzigen Situation

- ☐ Entspannung
- ☐ Verringerung von Angst
- ☐ Angenehme Rauschgefühle
- ☐ Soziale Kontakte / Freunde
- ☐ „Vergessen“ von Konflikten und Streitigkeiten
- ☐ Innere Unruhe abbauen
- ☐ Sich zurückziehen / Drumherum „abschalten“
- ☐ Mutiger werden
- ☐ Weniger Langeweile
- ☐ Mehr Genuß
- ☐
- ☐
- ☐

Nachteile einer Veränderung des Alkoholkonsums

- ☐ Probleme mit Freunden / Verlust von Freunden
- ☐ Weniger Entspannung
- ☐ Mehr Angstzustände
- ☐ Zunahme von depressiven Stimmungen / Grübeln
- ☐ Probleme mit Arbeitskollegen (Druck mitzutrinken)
- ☐ Gefährdung des Arbeitsplatzes wegen Abwesenheit bei stationärer Suchtbehandlung
- ☐ Alleinsein / Einsamkeit
- ☐ Weniger Genuß
- ☐
- ☐
- ☐

© KA Gilad, vBA Bielefeld, Bielefeld 1997

Zur Finanzierung von Screening, Diagnostik und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern

Niels Pörksen, Günther Wienberg, Georg Kremer, Susanne Dormann, Theo Wessel

Behandlungsleistungen, die im Rahmen der medizinischen Basisversorgung erbracht werden, werden von den Krankenkassen finanziert. Verhandlungspartner zur inhaltlich-organisatorischen und finanziellen Verankerung eines Screening-Diagnostik-Kurzinterventions (SDK) - Konzepts in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern sind deshalb Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Im folgenden soll der derzeitige Stand der Überlegungen zur leistungsrechtlichen Absicherung qualifizierter Hilfen für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung dargestellt werden. Wir stützen uns dabei im wesentlichen auf die Diskussionsergebnisse eines Workshops zu versorgungspolitischen Strategien und Finanzierungsmodellen, der im März 1996 in Bielefeld stattfand. An diesem Workshop nahmen u. a. Vertreterinnen und Vertreter von Ärzteverbänden und Krankenkassen teil.

Vorausgesetzt wird das Ergebnis der Modellerprobung, daß sich ein SDK-Konzept für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen sowohl in der Arztpraxis als auch im Allgemeinkrankenhaus als praktikabel und effektiv erwiesen hat (s. Kremer u. a., Schülke, Petry in diesem Band).

1. FINANZIERUNGSMODELLE FÜR DIE ARZTPRAXIS

Im folgenden werden drei Abrechnungsmodelle diskutiert, die sich auf die *eigenständige Übernahme* von Screening, Diagnostik und Kurzintervention durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbst beziehen.

1.1 Finanzierung über EBM

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V (in Kraft seit 1. Januar 1996) sieht im Abschnitt B II 1. (Hausärztliche Beratungs- und Betreuungsleistungen) zwei

Abrechnungsziffern für hausärztliche Gespräche vor (nur von Hausärzten abrechenbar):

- 10 Therapeutisches hausärztliches Gespräch
zu komplexen erkrankungsbedingten Patientenproblemen und/oder
Beratung und Instruktion der Eltern und/oder Bezugspersonen von Kin-
dern oder Jugendlichen mit Verhaltensstörungen oder Suchtproblemen
Dauer mindestens 15 Minuten
Punktwert: 450
- 11 Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder
psychischen Krankheit durch hausärztliches Gespräch
Dauer: mindestens 15 Minuten
Punktwert: 450

Im Abschnitt B II 2. (Fachübergreifende Beratungs- und Betreuungsgrund-
leistungen) finden wir zwei weitere Ziffern, die in diesem Zusammenhang
eine Rolle spielen (von Hausärzten, Nervenärzten, Psychiatern und Kinder-
und Jugendpsychiatern abrechenbar):

- 17 Intensive ärztliche Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, fami-
liären, sozialen und beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung
bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Erkrankung,
ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen und fremdanamnestischen
Angaben
Dauer: mindestens 15 Minuten
Punktwert: 450
- 18 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 10, 11, 17 bei einer Ge-
sprächsdauer von mehr als 30 Minuten
Punktwert: 450

Der Vorteil einer EBM-gestützten Finanzierung läge darin, daß diese Ab-
rechnungsmöglichkeit schnell und ohne zusätzlichen konzeptionellen bzw.
vertragsrechtlichen Aufwand genutzt werden könnte.

Die Nachteile aber überwiegen:

- (1) Das Screening kann nicht über den EBM abgerechnet werden. Somit
fielen die wichtige präventive Funktion des Konzepts aus.
- (2) Die Ärztinnen und Ärzte bräuchten keine zusätzliche Qualifikation er-
werben. Eine besondere Qualifikation erscheint aber unter Berücksichti-
gung des Mangels an alkohol- und suchtspezifischen Inhalten in der Aus-
und Weiterbildung von Medizinern als absolut notwendig.
- (3) Für die Niedergelassenen bestünde die Gefahr der Überlastung des Pra-
xis-Budgets durch neue Leistungen und somit der realen Senkung ihres
Einkommens.

Eine Abrechnung des SDK-Konzepts über den EBM kann somit nicht
empfohlen werden.

1.2 Finanzierung im Rahmen des „Gesundheits-Check-up“

Nach § 25, Satz 1, SGB V haben

Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, ... jedes
zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früher-
kennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-
und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Der Vorteil einer Koppelung (zumindest des Screenings) mit den Check-
up-Untersuchungen wäre, daß damit eine routinemäßige Einbindung der
alkoholspezifischen Früherkennung gegeben wäre.

Die Nachteile aber überwiegen:

- (1) Es ist keine Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte vorgesehen.
- (2) Der Einsatz ist erst ab dem 35. Lebensjahr möglich.
- (3) Eine weitere Behandlung bei positiver Diagnostik ist nicht zwingend
vorgeschrieben.
- (4) Der Einsatz von medizinischer Technik ist Voraussetzung.
- (5) Die alkoholspezifische Prävention tritt möglicherweise gegenüber der
kardiovaskulären in den Hintergrund.
- (6) Laut Auskunft der am Projekt beteiligten niedergelassenen Ärztinnen
und Ärzte sind die Patientinnen und Patienten, die den Gesundheits-
Check-up in Anspruch nehmen, in der Regel überdurchschnittlich gesund.
Die Zielgruppen des SDK-Konzepts würden somit nicht in ausreichendem
Maße erreicht.

Eine Koppelung des Screenings mit dem Gesundheits-Check-up erscheint
somit nicht sinnvoll.

1.3 Finanzierung über NUB-Richtlinien

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V, Abs. 1),
zusammengesetzt aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Bundesver-
bänden der Krankenkassen, Bundesknappschaft und Verbänden der Er-
satzkassen, beschließt unter Aufsicht des Bundesministers für Gesundheit
gemäß § 92, Abs. 1, SGB V

die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die
Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der
Versicherten.

Nach § 135, Abs. 1-3, SGB V dürfen

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ... in der vertragsärztlichen und
vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerech-
net werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf An-
trag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereini-

gung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92, Abs. 1, Satz 2, Nr. 5 Empfehlungen abgegeben haben über:

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte ..., und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Vertragspartner der Bundesmantelverträge einheitliche Qualifikationserfordernisse für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Nur Ärzte, die die Qualifikation erfüllen, dürfen die Leistungen abrechnen.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung.

Die Anträge auf Prüfung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode sind zu begründen. Der diagnostisch-therapeutische und wirtschaftliche Nutzen der Methode ist zu belegen.

Zur Prüfung der Methode werden Stellungnahmen von Sachverständigen eingeholt, ob das behauptete Wirkprinzip in sich plausibel und wissenschaftlich nachvollziehbar ist, ob Studien zur Wirksamkeit vorliegen, die auch wissenschaftlichen Anforderungen standhalten, ob schließlich klinische Erfahrungen mit der Methode gemacht wurden, die sich als Nachweis für die behauptete Wirksamkeit anführen lassen.

Bei Anerkennung der Methode werden Richtlinien mit näheren Regelungen zur Durchführung der entsprechenden Leistung erlassen, wie z. B. die NUB-Richtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung.

Der *Nachteil* einer NUB-Richtlinien-Finanzierung bestünde in einem *vorläufigen* Einstieg in die Leistungsabrechnung mit einem gewissen Übergangscharakter. Die Einführung der Methode würde wissenschaftlich begleitet. Die Gutachter würden nach Abschluß einer vereinbarten Erprobungsphase eine endgültige Empfehlung aussprechen (vgl. Methadon-Begleitforschung durch das IFT München).

Dieser einzige Nachteil tritt allerdings gegenüber den *Vorteilen* in den Hintergrund:

- (1) Es kann ein Gesamtpaket, bestehend aus Screening, Diagnostik und Kurzintervention geschnürt werden. Prävention *und* Behandlung sind somit abgesichert.
- (2) Eine Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte ist qua Gesetz vorgesehen und Abrechnungsvoraussetzung.
- (3) Es liegt eine Fülle von wissenschaftlichen Studien zur klinischen Wirksamkeit und zum wirtschaftlichen Nutzen von SDK-Konzepten vor.

Das Modellprojekt wird somit in Zukunft die leistungsrechtliche Absicherung des SDK-Konzepts über die NUB-Richtlinien verfolgen.

Die im Gesetz vorgeschriebene Qualifikation der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte kann durch Erlangung einer sog. „Fachkunde“ (etwa Fachkunde

„Suchtmedizinische Grundversorgung“ o. ä.) gewährleistet werden. Ein entsprechendes Fortbildungs-Curriculum wird derzeit von uns entwickelt.

2. FINANZIERUNGSMODELLE FÜR DAS ALLGEMEINKRANKENHAUS

Die Finanzierung des SDK-Konzepts im Allgemeinkrankenhaus muß über den Pflegesatz verhandelt werden. Der *zusätzlich anfallende Arbeitsaufwand* wird im folgenden anhand zweier Umsetzungsmodelle detailliert dargestellt.

Modellrechnung 1

Die erste Modellrechnung basiert auf den folgenden Grundannahmen:

- (1) Die Stationsärztinnen und -ärzte übernehmen das Screening.
- (2) Speziell ausgebildetes Fachpersonal wird zur Diagnostik und Kurzintervention hinzugezogen.

Fachpersonal im Allgemeinkrankenhaus: Modellrechnung 1

Anzahl Betten auf Station	32		
Durchschnittl. Verweildauer	10 Tage		
Fälle/Jahr somit	1168		
abzgl. Mehrfachaufnahmen (20%)	234		
abzgl. Kein Screening (15%)	175		
Anzahl Screenings somit	759		
Positive Screenings (26%)	197		
Falsch positiv (21%)	40	x 5 =	200 Min.
Diagnostik abgelehnt/Zu früh entlassen (13%)	25		
Diagnostik/Kurzintervention	132	x 36 =	4752 Min.
		=	4952 Min.
		=	82,5 Std.
		+ 50% =	124 Std.
		=	2,4 Std./Wo.

Abb. 1: Modellrechnung 1 zum Fachpersonalaufwand Allgemeinkrankenhaus

Alle in der Modellrechnung (s. Abb. 1) aufgeführten Zahlen sind real. Die durchschnittliche Verweildauer von 10 Tagen wurde von einem Bielefelder Allgemeinkrankenhaus für die ersten drei Quartale 1996 errechnet. Die Prozentangaben für „Mehrfachaufnahmen“ und „Kein Screening“ sind der Studie von John u. a. (1996) entnommen. Alle anderen Prozentangaben

sowie die Zeiten für *Screening* (5 Minuten) und *Diagnostik und Kurzintervention* (36 Minuten) wurden im Rahmen des Modellprojekts in Bielefeld ermittelt. Die 36 Minuten beinhalten das diagnostisch-therapeutische Gespräch, Fallgespräche mit Stationsärztinnen und -ärzten, Kontaktaufnahmen zur Suchthilfe sowie eine mögliche zweite Kurzintervention. Zum ermittelten Zeitaufwand für unmittelbare Tätigkeiten im Rahmen des SDK-Konzepts wurden *weitere 50% Zeitaufwand für mittelbare Tätigkeiten sowie Urlaubs- und Krankheitszeiten* hinzugerechnet.

Unter der Prämisse, daß Stationsärztinnen und -ärzte das Screening übernehmen, erfordert die Umsetzung des SDK-Konzepts unter den hier angenommenen Voraussetzungen somit *2,4 Stunden zusätzlichen wöchentlichen Arbeitsaufwand*, der durch speziell qualifiziertes Fachpersonal abzudecken wäre.

Modellrechnung 2

Die zweite Modellrechnung (s. Abb. 2) basiert auf den folgenden Grundannahmen:

- (1) Die Stationsärztinnen und -ärzte übernehmen das Screening *nicht*.
- (2) Speziell ausgebildetes Fachpersonal übernimmt Screening, Diagnostik und Kurzintervention.

Fachpersonal im Allgemeinkrankenhaus: Modellrechnung 2	
Anzahl Betten auf Station	32
Durchschnittl. Verweildauer	10 Tage
Fälle/Jahr somit	1168
abzgl. Mehrfachaufnahmen (20%)	234
abzgl. Kein Screening (15%)	175
Anzahl Screenings somit	759 x 5 = 3795 Min.
Positive Screenings (26%)	197
Falsch positiv (21%)	40 x 5 = 200 Min.
Diagnostik abgelehnt/Zu früh entlassen (13%)	25
Diagnostik/Kurzintervention	132 x 36 = 4752 Min.
	= 8747 Min.
	= 146 Std.
	+ 50% = 219 Std.
	= 4,2 Std./Wo.

Abb. 2: Modellrechnung 2 zum Fachpersonalaufwand Allgemeinkrankenhaus

Es wurden dieselben Ausgangsdaten verwandt wie in Modellrechnung 1. Für das Screening durch Fachpersonal wurde ein Wert von 5 Minuten angesetzt. Auch dieser Wert wurde im Rahmen des Modellprojekts in Bielefeld ermittelt. Die entsprechende Berechnung ist Abbildung 2 zu entnehmen.

Unter der Prämisse, daß das Fachpersonal Screening, Diagnostik und Kurzintervention übernimmt, erfordert die Umsetzung des SDK-Konzepts unter den hier angenommenen Voraussetzungen somit *4,2 Stunden zusätzlichen wöchentlichen Arbeitsaufwand*.

Im Rahmen des Bielefelder Modellprojekts konnte mit allen inneren Stationen vereinbart werden, daß die Stationsärztinnen und -ärzte das Screening übernehmen. Auf den chirurgischen Stationen konnte keine Teilnahme der Stationsärztinnen und -ärzte erreicht werden, Fachpersonal mußte alle Aufgaben im Rahmen des SDK-Konzepts übernehmen. Wenn wir diese Erfahrung verallgemeinern, so können wir die folgende Beispielrechnung für ein mittelgroßes Allgemeinkrankenhaus aufstellen:

$$\begin{aligned}
 5 \text{ Innere Stationen} &= 5 \times 2,4 \text{ Std./Woche} = 12 \text{ Std./Woche} \\
 5 \text{ Chirurgische Stationen} &= 5 \times 4,2 \text{ Std./Woche} = 22 \text{ Std./Woche} \\
 &= 34 \text{ Std./Woche}
 \end{aligned}$$

Der Bedarf eines mittelgroßen Allgemeinkrankenhauses an speziell qualifiziertem Fachpersonal zur kontinuierlichen und systematischen Gewährleistung von Früherkennung und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen läge somit bei etwa einer vollen Stelle.

LITERATUR

- John, U./Hapke, U./Rumpf, H.-J./Hill, A./Dilling, H.: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden 1996
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für die ärztlichen Leistungen gemäß §87 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V. Beilage im Deutschen Ärzteblatt, Heft 39, 1995
- Sozialgesetzbuch V - Gesetzliche Krankenversicherung mit Nebenbestimmungen. 4. überarbeitete Auflage, München 1995

Die Befähigung von Allgemeinärztinnen und -ärzten zur Behandlung von Alkoholproblemen*

Brian R. McAvoy

EINLEITUNG

Die Fortbildung von Allgemeinärztinnen und -ärzten - speziell im Bereich von Alkoholproblemen - ist keine leichte Aufgabe. Dieser Prozeß wurde von S. Cohen sogar einmal mit dem *Dressieren von Katzen* verglichen. Der folgende Beitrag verfolgt drei Ziele:

- (1) Einen Überblick darüber zu geben, was über die Haltung von Allgemeinmedizinern zu und ihre Erfahrungen mit Fortbildungen bezüglich Alkoholproblemen bekannt ist.
- (2) Einige Probleme zu beschreiben, denen sich britische Allgemeinärztinnen und -ärzte gegenwärtig ausgesetzt sehen.
- (3) Einige vorläufige Ergebnisse einer WHO-Studie zu präsentieren, die Wege einer möglichen Verbesserung aufzeigen.

BEFRAGUNGEN VON ALLGEMEINMEDIZINERN

Während der letzten 20 Jahre hat es eine Reihe von Studien gegeben, die die Haltung von Allgemeinmedizinern zu Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen evaluierten. Die wahrscheinlich erste Arbeit auf diesem Gebiet war das *Mandsley Alcohol Pilot Project (MAPP)*. Die Autoren dieser Studie stellten in den späten 70er Jahren die Behauptung auf, daß viele Problemtrinker hauptsächlich deswegen unentdeckt blieben, weil den meisten Professionellen im Gesundheitswesen die notwendige Sachkenntnis fehle, diese zu identifizieren (Shaw et al. 1978). 1984 ermittelte eine postalische Befragung von 467 Allgemeinärztinnen und -ärzten (Anderson 1985) in Oxfordshire und Berkshire, daß 93% der Befragten sich für *legitimiert* hielten, mit Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen zu arbeiten. Weniger als die Hälfte jedoch glaubte sich angemessen für diese Rolle *gerüstet*. Nur 2 von 5 fühlten sich *motiviert* zu einer Arbeit mit Alkoholabhängigen, weniger als 1/3 waren *zufrieden* mit ihrer Arbeitsweise

* Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag auf der „10. International Conference on Alcohol“ in Liverpool 1996. Er wurde außerdem veröffentlicht im *Journal of Alcohol and Alcoholism*, Vol. 32, No 1, Januar 1997. Wir danken dem Verlag Oxford University Press für die Genehmigung der deutschsprachigen Veröffentlichung.

und weniger als 1/10 schöpften *Befriedigung* aus der Arbeit mit Alkoholpatienten.

Eine weitere postalische Befragung mit 1.291 Allgemeinärztinnen und -ärzten 1987 in Oxford (Coulter/Schofield, 1991) erbrachte, daß die Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zu ihrer Rolle im Bereich *Prävention und Gesundheitsförderung* sehr positiv sei, und eine große Mehrheit gab an, gesundheitsbezogene Themen bei Bedarf mit ihren Patientinnen und Patienten zu diskutieren. 26 % der Befragten sagten aus, sie sprächen den Alkoholkonsum routinemäßig bei allen erwachsenen Patientinnen und Patienten an.

Eine letzte Befragung schließlich, die sich an Allgemeinärztinnen und -ärzte in England und Wales richtete, kam zu dem Ergebnis, daß seit der MAPP-Untersuchung ein Anstieg der Legitimation stattgefunden habe, daß es jedoch trotz aller Energie, die in die Ausbildung des medizinischen Personals zur Aufdeckung und Behandlung von Alkoholproblemen gesteckt wurde, den Allgemeinärztinnen und -ärzten noch immer an einer angemessenen Haltung und Sicherheit gegenüber dieser Arbeit mangelt.

Diese Ergebnisse decken sich mit den aktuellsten Daten aus einer Fragebogenstudie, die 1995/96 als Teil einer mehrstufigen multinationalen Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt wurde. Phase I der Studie beinhaltete die Entwicklung eines validen und reliablen Screening-Instrumentes zur Identifizierung riskanten und schädlichen Alkoholkonsums - des AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; Saunders et al. 1993). Phase II bestand im wesentlichen aus einer kontrollierten Erprobung von drei Kurzinterventionsmethoden bei riskantem und schädlichem Alkoholkonsum (Babor/Grant 1992).

Phase III ist noch nicht abgeschlossen und erprobt in 14 europäischen und außereuropäischen Ländern verschiedene Strategien der Verbreitung des Kurzinterventionskonzeptes bei Allgemeinmedizinern (s. a. Saunders et al. 1992). Phase III beinhaltet drei Teile:

- (1) Schriftliche Befragung von Allgemeinärztinnen und -ärzten.
- (2) Schriftliche Befragung von Entscheidungsträgern und wichtigen Personen der Gesundheitsfürsorge.
- (3) Erprobung verschiedener Methoden, Allgemeinärztinnen und -ärzte zur Annahme und Verwendung eines *Frühinterventionspaketes* zu bewegen.

Diese Untersuchung wird wichtige Erkenntnisse über effektive Strategien liefern, wie Allgemeinärztinnen und -ärzte stärker in die Frühintervention bei riskantem und schädlichem Alkoholkonsum eingebunden werden können. Sie wird die erste britische Studie sein, die systematisch die Entwicklung und die Verbreitung solcher Strategien in der primären Gesundheitsversorgung erforscht. Wir gehen davon aus, daß die Studie auch Aufschlüsse darüber liefern wird, wie grundsätzlich therapeutische Neuerungen in der Allgemeinpraxis umgesetzt werden können.

Ziel von Teil 1 der Phase III ist es, Wissen, Einstellung und aktuelle Praxis von Allgemeinärztinnen und -ärzten zur Frühintervention bei Alkoholkonsum, Präventivmedizin und Behandlung von manifester Alkoholabhängigkeit zu erheben, ferner, wie sie ihre eigene Rolle in der Durchführung dieser Interventionen verstehen. Darüber hinaus geht es um *Hindernisse* und potentielle *Anreize* für Frühinterventionskonzepte. Der betreffende Fragebogen wurde als Pilotprojekt in acht Ländern angewandt. Als britischer Beitrag zu der WHO-Studie wurde aus den Listen der Family Health Services Authority (FHSA) eine Zufallsstichprobe von 430 Allgemeinärztinnen und -ärzten in Leicestershire, Derbyshire und Nottinghamshire gezogen, wobei aus jeder Praxis nur ein Arzt befragt wurde. Ein Anschreiben wurde mit einem frankierten Rückumschlag versandt. Wenn der Bogen nach zwei Wochen nicht ausgefüllt eingegangen war, erhielten die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte einen Anruf zur Erinnerung sowie zwei weitere Fragebögen. Die Rücklaufquote lag bei 68%. 76% der Antwortenden waren männlich, 78% arbeiteten in Gemeinschaftspraxen, 50% der Praxen lagen im Stadtgebiet, 16% im ländlichen Bereich und 34% hatten eine gemischte Klientel. Das mittlere Alter der Antwortenden lag bei 45 Jahren mit einer mittleren Dienstzeit von 13 Jahren. Wie schon in früheren Studien fühlte sich ein Großteil der Ärztinnen und Ärzte legitimiert, mit exzessiven Trinkern zu arbeiten, wobei sich 57% als gerüstet, 26% als sehr gut ausgebildet beurteilten, um Patientinnen und Patienten hinsichtlich einer Reduktion des Alkoholkonsums zu beraten. Dagegen fühlten sich nur 20% erfolgreich in dieser Tätigkeit. 58% glaubten, angemessene Information und Training würden ihnen verhelfen, erfolgreich bzw. sehr erfolgreich arbeiten zu können. Diese Zahlen erklären sich vielleicht dadurch, daß 42% der Antwortenden weniger als vier Stunden Training, Ausbildung oder klinische Supervision zum Thema Alkohol absolviert haben.

AKTUELLE PROBLEME FÜR DIE BRITISCHE ALLGEMEINARZTPRAXIS

Es ist schon eine Ironie, daß auf der einen Seite von Politikerinnen und Politikern ein von der primären Gesundheitsversorgung geführtes staatliches Gesundheitswesen proklamiert wird, daß auf der anderen Seite aber die dort tätigen Allgemeinärztinnen und -ärzte überaus besorgt sind im Hinblick auf berufliche Zufriedenheit, Moral, Autonomie, Arbeitsbelastung, Bürokratie oder Nachwuchs (Olsen 1996). Die Realitäten und Schwierigkeiten, denen britische Allgemeinärztinnen und -ärzte heute ausgesetzt sind, traten in der Fragebogenaktion des ersten Studienteils offen zu Tage. Nach zwei Wochen hatten wir z. B. eine Rücklaufquote von lediglich 32%. Wie im Studiendesign vorgeschrieben, wurden diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die nicht geantwortet hatten, angerufen. Insgesamt

gaben so 267 Allgemeinärzte Auskunft, warum sie den Bogen nicht zurückgeschickt hatten. 46 % gaben an,

- (a) zu beschäftigt gewesen zu sein,
- (b) grundsätzlich keine Fragebögen zu beantworten oder
- (c) grundsätzlich nicht an Forschung interessiert zu sein.

Wissenschaftler sollten sich also auf jeden Fall über einige Probleme in der Allgemeinpraxis im klaren sein (McAvoy/Kaner 1996). 1985/86 lag z. B. die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Allgemeinärztinnen und -ärzte (abgesehen von Bereitschaftsdiensten) bei 38 Stunden. 1989/90 war sie bereits auf 41 Stunden, 1992/93 auf 43,5 Stunden angestiegen. Eine aktuelle Studie (British Medical Association 1996) enthüllt darüber hinaus schwerwiegende Veränderungen in Arbeitsabläufen und Personalstrukturen. Zwischen 1988 und 1990 war z. B. ein Rückgang der Anzahl der registrierten Allgemeinärztinnen und -ärzte um 15% zu verzeichnen. Zwischen 1990 und 1994 stieg die Zahl der Allgemeinärzte mit einer 3/4-Tätigkeit um 50% und die der Ärztinnen und Ärzte mit einer halben Stelle um fast das Fünffache an. Allgemeinmediziner stehen somit unter einem enormen Druck, der noch anzusteigen droht, je weiter sich die führende Rolle der primären Gesundheitsversorgung im staatlichen Gesundheitssystem entwickelt.

DER WEG NACH VORN?

Die Befragung der Allgemeinärztinnen und -ärzte zu Problemen im Hinblick auf Frühinterventionen bei Alkoholproblemen hat einige wichtige Erkenntnisse erbracht, die hilfreich sein können, um zukünftige Behandlungsstrategien zu planen. Abgesehen vom allgegenwärtigen Zeitdruck nannten 62% der Befragten die *fehlende Ausbildung* und 51% die *Nichtverfügbarkeit angemessener Materialien* als wichtige Faktoren.

Diese Faktoren finden im Teil 3 der Phase III Berücksichtigung. Hierbei handelt es sich um eine kontrollierte Untersuchung von Methoden zur Förderung, Annahme und Anwendung von Frühinterventionen gegen exzessiven Alkoholkonsum.

Ziel der Studie ist es, die effektivsten Marketing-, Trainings- und Unterstützungsstrategien herauszufinden, mit denen man Allgemeinmediziner davon überzeugen kann, ein Alkohol-Frühinterventionspaket (das sog. *Drink-Less-Programm*, das den AUDIT als Screening-Instrument beinhaltet) anzunehmen und dauerhaft anzuwenden.

Bislang wurden 729 Allgemeinärztinnen und -ärzte mit Hilfe einer Zufallsstichprobe aus den FSHA-Listen der Northern- und Yorkshire-Region ausgewählt. Das Studiendesign beinhaltet zwei Phasen: eine Annahme- und eine Anwendungsphase.

In der Annahmephase werden drei Verteilungs-Strategien miteinander verglichen:

- (1) *Anschreiben per Post* (schriftliche Informationen werden zugesandt),
- (2) *Telefon-Marketing* (Ärztinnen und Ärzte werden telefonisch ermutigt, das Programm anzunehmen und anzuwenden) und
- (3) *Persönliche Ansprache* (Ärztinnen und Ärzte werden persönlich besucht und ermutigt, das Programm anzunehmen und anzuwenden).

In der Anwendungsphase werden 3 Gruppen miteinander verglichen:

- (1) Ärztinnen und Ärzte absolvieren eine Fortbildung
- (2) Ärztinnen und Ärzte absolvieren eine Fortbildung und erhalten unterstützende Beratungen
- (3) Ärztinnen und Ärzte erhalten weder Fortbildung noch Beratung

Diese Untersuchung hat erst Anfang 1996 begonnen, zur Annahmephase liegen allerdings bereits vorläufige Ergebnisse auf der Basis von 278 Allgemeinärzten (40%) vor.

Telefon-Marketing und persönliche Ansprache haben sich im Hinblick auf die Annahme des Programmpakets als sehr effektiv erwiesen: 83% (Telefon) bzw. 79% (persönlich) nahmen die Unterlagen an. Die Anfrage mittels eines Anschreibens erbrachte dagegen nur eine Antwortrate von 18%. In allen drei Marketing-Gruppen wollten nahezu 50% derer, die das Programm angefordert hatten, es auch anwenden. Zum jetzigen Zeitpunkt können wir allerdings noch keine Aussagen darüber treffen, welches Ausmaß an Unterstützung notwendig sein wird, um die Anwendung des Programmpakets auch dauerhaft zu gewährleisten. Hier sind die endgültigen Resultate beider Studienteile abzuwarten, bevor verbindliche Schlußfolgerungen gezogen werden können. Allerdings liegen uns mündliche Berichte darüber vor, daß viele Allgemeinärztinnen und -ärzte ihre Artzhelferinnen oder andere Angestellte des PGV-Teams aufgefordert haben, identifizierte Risikopatienten zu beraten bzw. zu unterstützen. Dieses Vorgehen wurde auch von E. Roman im Rahmen einer Untersuchung von 390 PGV-Angestellten in Waltham Forest beobachtet.

Pragmatische Kurzinterventionen sind - das haben einige Studien nachgewiesen - besonders effektiv bei Patientinnen und Patienten, die keine alkoholspezifische Behandlung nachgefragt haben, sie sind weniger effektiv bei Patientinnen und Patienten, die in Spezialeinrichtungen für Alkoholprobleme behandelt werden. Kurzinterventionen sollten denjenigen Patientinnen und Patienten vorbehalten bleiben, die eine weniger schwere Problematik/Abhängigkeit aufweisen (Heather 1995). Allgemeinmediziner werden somit auch in Zukunft geeignete Unterstützung durch spezialisierte Dienste benötigen.

ALLGEMEINE SCHLUßFOLGERUNGEN

Allgemeinärztinnen und -ärzte fühlen sich ausgesprochen legitimiert, um Menschen mit Alkoholproblemen zu behandeln, es mangelt ihnen jedoch an einer angemessenen Haltung und Selbstsicherheit für diese Aufgabe. Es besteht ein offensichtlicher Bedarf an Aus- und Fortbildung, derzeit aber erschweren einige Probleme wie z. B. Arbeitsüberlastung und mangelnde Motivation deren praktische Umsetzung. Screening und frühzeitige Kurzintervention sind vielversprechende Strategien und könnten die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen verbessern, insbesondere in Kombination mit weiterführenden bzw. nachsorgenden Angeboten und dem phantasievollen Einsatz von anderen Angestellten der PGV-Teams, von Sozialarbeitern und angemessenen fachspezifischen Angeboten.

DANKSAGUNG

Teil 1 der Phase III der WHO-Studie wurde finanziert von der Yorkshire Regional Health Authority, Teil 3 vom Alcohol Education and Research Council. Ein besonderer Dank geht auch an Dr. Peter Anderson, WHO Regional Office for Europe, und alle Kollegen, die an der Collaborative Study beteiligt sind.

LITERATUR

- Anderson, P.: Managing alcohol problems in general practice. In: British Medical Journal 290, 1985, S. 1873-1875
- Babor, T. F./Grant, M., (eds.): Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems. Report on Phase II: A Randomised Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care. World Health Organisation, Genf 1992
- British Medical Association: General Medical Services Committee Medical Workforce Task Group Report. British Medical Association, London 1996
- Coulter, A./Schofield, T.: Prevention in general practice: the views of doctors in the Oxford region. In: British Journal of General Practice 41, 1991, S. 140-143
- Heather, N.: Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. In: Alcohol and Alcoholism 30, 1995, S. 287-296
- McAvoy, B. R./Kaner, E. F. S.: GP Postal Surveys: Have we gone a questionnaire too far? In: British Medical Journal 313, 1996, S. 732-733
- Olsen, N. D.: Sustaining general practice. In: British Medical Journal 312, 1996, S. 525-526
- Saunders, J. B./Roche, A. M./Elvy, G. A.: Implementing Early Intervention in Primary Health Care: a Proposal to Establish a WHO Collaborative Study. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen 1992

Saunders, J. B./Aasland, O.-G./Babor, T. F./De La Fuente, J. R./Grant, M.: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II. In: *Addiction* 88, 1993, S. 617-628

Shaw, S./Spratley, T./Cartwright, A./Harwin, J.: *Responding to Drinking Problems*. London 1978

Ambulante Entgiftung

Ambulante Entgiftung in der Psychiatrischen Ambulanz in Bielefeld

Jens Wittfoot

ZUM BEGRIFF DER ENTGIFTUNG

Die von den Begriffen „Entgiftung“ und „Entwöhnung“ geprägte Tradition der Suchtkrankenbehandlung in Deutschland betrachtet Entgiftungsbehandlung in aller Regel als Synonym für die Akutkrankenhausbehandlung eines Abhängigkeitskranken. Diese Verkürzung ist aus zwei Perspektiven falsch. Zum einen belehrt uns nicht zuletzt die Psychiatrie-Personalverordnung, daß die Krankenhausbehandlung Suchtkranker umfassender und - auf den im einzelnen zu behandelnden Kranken bezogen - spezifischer zu planen ist, als es in der Standardvorstellung der gesetzlichen Krankenkassen von der (maximal) 14tägigen „Entgiftung“ suggeriert wird. Zum anderen beschreibt der Begriff Entgiftung nicht die äußeren Umstände einer Behandlung, sondern den Inhalt der Behandlung selbst. Entgiftung als medizinische Prozedur läßt sich definieren als *die gezielte Beendigung eines Suchtmittelkonsums mit dem Erreichen einer befristeten oder unbefristeten Abstinenz*.

Als Teilziele des Entgiftungsprozesses lassen sich bestimmen:

- (a) die Bewältigung und Überwindung körperlicher Entzugserscheinungen,
- (b) die Bewältigung und Überwindung des unmittelbaren Verlangens nach Fortsetzung des Suchtmittelkonsums,
- (c) die Erarbeitung und Vorbereitung der erforderlichen Schritte, um die erreichte Abstinenz für einen bestimmten oder unbestimmten Zeitraum aufrechtzuerhalten.

Entgiftung ist nach dieser Definition nicht notwendigerweise an das Ziel einer langfristigen Abstinenz gekoppelt, sondern kann auch vorübergehende Suchtmittelfreiheit ermöglichen (z. B. zur Durchführung operativer Eingriffe). Bedeutsam ist ferner, daß der Begriff Entgiftung immer bezogen auf ein klar definiertes Suchtmittel (oder mehrere) gesehen werden muß und die Entgiftung von einer Substanz den fortgesetzten Konsum eines anderen suchterzeugenden Stoffes (z. B. Nikotin oder Methadon) nicht ausschließt. Auf der anderen Seite erfordert der Entgiftungsbegriff, wie er

hier verwendet wird, die tatsächliche Beendigung der Substanzzufuhr, um die es geht. Eine Konsumreduktion alleine führt nicht zum Erreichen des Entgiftungsziels, sondern stellt unter Umständen ein eigenständiges Behandlungsziel dar, das dann auch als solches erfaßt und benannt werden sollte.

Eine dergestalt definierte Entgiftung läßt sich wie jede andere definierbare Prozedur in der Medizin beobachten, messen und wiederholen. Entgiftung ist in unterschiedlichen Behandlungssettings möglich, wobei im einfachsten Fall überhaupt keine fremde Hilfe in Anspruch genommen wird:

- (a) selbständige Entgiftung alleine
- (b) Entgiftung mit Hilfe von Angehörigen, Freunden, Mitbetroffenen
- (c) Entgiftung mit professioneller Hilfe (ambulant, teilstationär, vollstationär)

Dabei sind Übergänge in allen Richtungen möglich.

SUCHTKRANKENBEHANDLUNG IN DER PSYCHIATRISCHEN AMBULANZ BETHEL

Die Psychiatrische Ambulanz (PA) der von Bodelschwingschen Anstalten nimmt in Ergänzung der Tätigkeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie an der kassenärztlichen Versorgung psychisch Kranker in der Stadt Bielefeld teil. Behandelt werden Menschen, bei denen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die Nutzung der besonderen Möglichkeiten einer psychiatrischen Institutsambulanz erforderlich machen. Insgesamt wurden im dritten Quartal 1996 (Juli bis September) 997 Patientinnen und Patienten behandelt, von denen 29% der Gruppe der primär oder überwiegend Suchtkranken zuzuordnen waren (vgl. Abb. 1).

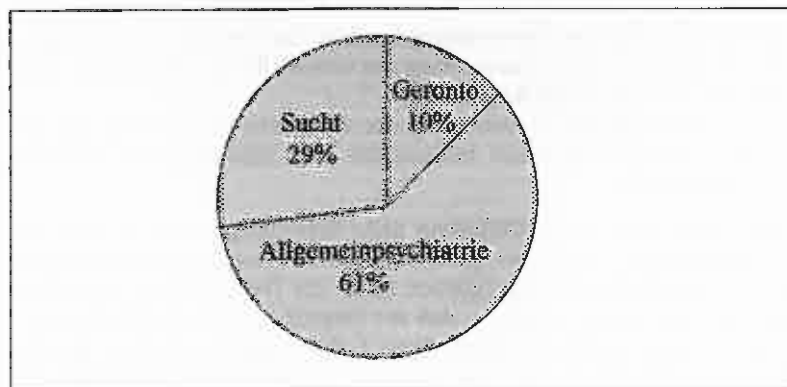


Abb. 1: Patientenverteilung Psychiatrische Ambulanz Bethel (3. Quartal 1996)

Von den 292 behandelten Suchtpatienten waren 107 abhängig von illegalen Drogen und 185 abhängig von Alkohol und/oder Medikamenten. Beiden Gruppen stehen spezialisierte Kleinteams im Rahmen einer jeweils täglich montags bis freitags durchgeführten offenen Sprechstunde zur Verfügung. Die Sprechstunden dienen in vielen Fällen der Einleitung akuter Behandlungsschritte, wobei naturgemäß die Einleitung bzw. Durchführung von Entgiftungsbehandlungen eine große Rolle spielt. Im Rahmen mittel- und langfristiger Behandlungen stehen für alkohol- und medikamentenabhängige Patientinnen und Patienten außerdem ein ambulant Rehabilitationsprogramm, zwei Nachsorgegruppen, individuell strukturierte Einzelgesprächsangebote sowie medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Seit Eröffnung der Tagesklinik für Abhängigkeitskranke mit 16 Behandlungsplätzen in unmittelbarer räumlicher Nähe werden vielfach Patientinnen und Patienten in Krisensituationen zur tagesklinischen Behandlung eingewiesen.

Mit der ambulanten Durchführung von Entgiftungsbehandlungen wurde im Frühjahr 1995 begonnen. Hauptmotivation war die unbefriedigende Tatsache einer Warteliste für stationäre Aufnahmen in der Suchtabteilung der Psychiatrischen Klinik. Mittlerweile wird bei jedem Patienten, der eine Konsumphase bzw. einen Rückfall beenden will, überprüft, ob dazu eine ambulante Behandlung ausreicht oder ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist. In einigen Fällen wird alternativ die Indikation zur primär tagesklinischen Behandlung gestellt. Im Quartal 3/96 (Juli bis September) wurde bei insgesamt 185 Patientinnen und Patienten mit Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit in 83 Fällen eine stationäre Behandlung eingeleitet, in 27 Fällen eine ambulante Entgiftung durchgeführt und in 15 Fällen eine tagesklinische Behandlung begonnen (vgl. Abb. 2). Bei einzelnen dieser Patientinnen und Patienten waren in diesem Zeitraum nacheinander unterschiedliche Ansätze erforderlich.

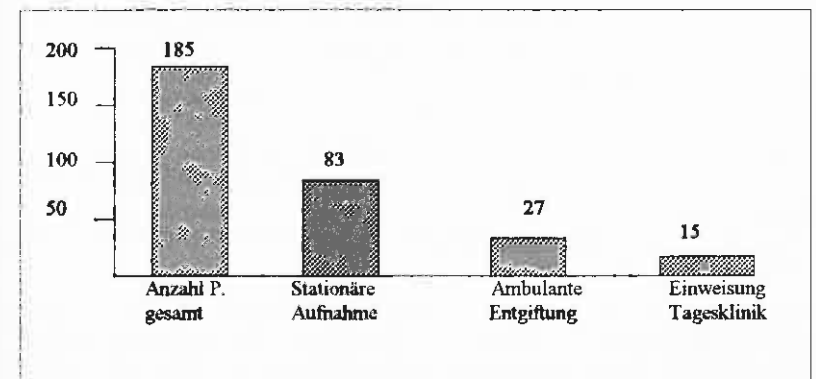


Abb. 2: Patientenanzahl und Art der Maßnahmen im Rahmen der PA-Sprechstunde

Alkohol- bzw. Medikamentenabhängige, die sich in Konsumphasen bzw. Rückfallsituationen in der Sprechstunde vorstellen, werden nach Erhebung der erforderlichen Daten über Vorgeschichte und aktuelle Situation im ersten Schritt um eine eindeutige Zielbestimmung hinsichtlich der Beendigung des Suchtmittelkonsums gebeten. Besteht ein eindeutiger Entgiftungswunsch, werden mit dem Patienten und eventuell begleitenden Bezugspersonen die möglichen Behandlungsssettings diskutiert. Ansonsten wird versucht, ein vorläufiges Behandlungsziel zu erarbeiten, das in einigen Fällen im Versuch der Konsumreduktion bzw. zunächst nur im Wiederaufsuchen der Ambulanz zu einem späteren Termin besteht. Notfallsituationen, in denen ein sofortiges umfassendes Eingreifen - unter Umständen auch gegen den Willen des Betroffenen - erforderlich ist, machen natürlich ein direktiveres Vorgehen erforderlich.

Als Voraussetzungen für die ambulante Durchführung der Entgiftung betrachten wir:

- (a) den eindeutigen Entgiftungswunsch des Betroffenen,
- (b) die Bereitschaft, sich zu konkreten Schritten zu verpflichten, und
- (c) das Fehlen schwerer Entzugsserscheinungen in der Vorgeschichte.

Kommt eine Vereinbarung über die ambulante Durchführung der Entgiftung zustande, so wird der Betroffene zunächst gebeten, sich zur Beendigung des Suchtmittelkonsums zu einem definierten Zeitpunkt zu verpflichten. In der Regel bedeutet dies, daß er ab sofort suchtmittelfrei bleibt. In diesem Zusammenhang werden unverzüglich alle relevanten Details erörtert, die zu Problemen führen könnten (Alkohol in der Wohnung, trinkende Bezugspersonen etc.). In der Regel werden tägliche Kontakte im Rahmen der Sprechstunde vereinbart, wobei das Wochenende aus organisatorischen Gründen ausgespart bleiben muß. Die Entgiftungsphase wird bislang fast ausschließlich ärztlich begleitet. Die Dauer des einzelnen Patientenkontaktes ist entsprechend den Rahmenbedingungen einer recht stark frequentierten Sprechstunde relativ kurz.

Es werden überwiegend drei Standardinterventionen verwendet:

- (a) die positive Verstärkung der erreichten Nüchternheit,
- (b) die realistische Bewertung von Entzugsserscheinungen und Suchtmittelverlangen sowie
- (c) die Vermittlung von Basisstrategien im Umgang mit Suchtdruck und rückfallgefährdenden Situationen.

Patientinnen und Patienten, die im Arbeitsleben stehen, werden in vielen Fällen arbeitsunfähig geschrieben. Häufig sind auch Bescheinigungen über die Behandlung selbst erforderlich, wenn der Betroffene am Arbeitsplatz auffällig geworden war und der Arbeitgeber die Einleitung einer suchtspe-

zifischen Behandlung erwartet. Angehörige werden nach Möglichkeit in die Behandlung einbezogen. Eine medikamentöse Behandlung von Entzugsserscheinungen wird nicht regelhaft durchgeführt. Bisher verwenden wir mit eher zurückhaltender Indikationsstellung überwiegend Promethazin, im Einzelfall auch Antidepressiva oder Benzodiazepine. Ambulante Benzodiazepin- oder Opiatentgiftungen mit ausschleichender Verordnung eines entsprechenden Suchtmittels wurden bisher nur in wenigen Fällen durchgeführt. Sobald sich die Situation des Patienten ausreichend stabilisiert hat und ein erfolgreicher Verlauf der Entgiftung anzunehmen ist, bemühen wir uns, eine weitergehende Zielvorstellung und die dazu passenden Behandlungswege zu erarbeiten. Grundsätzlich wird allen Patientinnen und Patienten die Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe vorgeschlagen. Im Rahmen unserer eigenen Behandlungsmöglichkeiten stehen darüber hinaus folgende Ansätze zur Verfügung:

- (a) die Aufnahme in ein ambulantes Rehabilitationsprogramm für sechs Monate,
- (b) die Einleitung einer stationären Rehabilitationsbehandlung in einem Fachkrankenhaus,
- (c) die Einbindung in eine therapeutisch geleitete Nachsorgegruppe,
- (d) Einzelgespräche mit individueller Zielsetzung,
- (e) die medikamentöse Behandlung von begleitenden affektiven oder Angststörungen und
- (f) die Behandlung mit Acamprosat.

In jedem Fall erhalten die Patientinnen und Patienten das Angebot, sich jederzeit ohne Voranmeldung in der Sprechstunde erneut vorzustellen. Die Entgiftungsphase wird in gegenseitigem Einvernehmen beendet, wobei es keine zeitlichen Vorgaben für die Dauer gibt.

Die Komplikationen der ambulanten Durchführung von Entgiftungsbehandlungen lassen sich nach unseren Erfahrungen in fünf Problembereiche gliedern, die im folgenden diskutiert werden sollen:

(1) *Wider Erwarten treten schwere Entzugsserscheinungen auf.*

In diesem Fall wird dem Patienten die sofortige stationäre Aufnahme angeboten. Lehnt er diese ab, wird die Möglichkeit einer intensiveren medikamentösen Behandlung überprüft.

(2) *Abstinenzunfähigkeit im ambulanten Setting*

Erweist sich der ambulante Behandlungsrahmen als ungenügend, um den Patienten in seinem Entgiftungswunsch zu unterstützen, wird eine stationäre oder tagesklinische Aufnahme vorgeschlagen.

(3) *Heimlicher Konsum*

In einzelnen Fällen erleben wir die Konstellation, daß ein Patient vorgibt, den Konsum beendet zu haben, aber nach plausiblen Angaben von Bezugspersonen oder nach unseren eigenen Beobachtungen weiterhin kon-

sumiert. Wir versuchen, in jedem Zweifelsfall die Situation durch Atemlufttests zu objektivieren und im Gespräch zu einer Offenlegung des tatsächlichen Trinkverhaltens zu kommen. Es hat sich als außerordentlich hilfreich erwiesen, in dieser Situation noch einmal das grundsätzliche Behandlungsziel zu besprechen. Hält der Patient an seinem Entgiftungswunsch fest, so wird gemeinsam erneut abgewogen, ob die Entgiftung tatsächlich im ambulanten Rahmen stattfinden kann. Wird sie ambulant fortgesetzt, wird im weiteren Verlauf der Aspekt des heimlichen Trinkens offen als überwindbare Bewältigungsstrategie thematisiert. In einigen Fällen ergibt jedoch die erneute Überprüfung des Behandlungszieles, daß lediglich der Wunsch nach Konsumreduktion vorliegt, vom Patienten jedoch angenommen wurde, daß ein solches Ziel nicht legitim sei. Wir bemühen uns dann, mit den Patientinnen und Patienten diese veränderte Zielvorstellung in der Realität zu überprüfen, wobei wir auf konkrete Selbstverpflichtungen hinsichtlich Trinkmenge und Trinkzeiten Wert legen. Scheitern die Betroffenen an ihren eigenen Vorgaben, werten wir dies als Hinweis, das Behandlungsziel im Licht dieser Erfahrung erneut zu überprüfen.

(4) Veränderung des Behandlungszieles

Auch ohne auf heimliches Trinken zurückgreifen zu müssen, verändern einige Patientinnen und Patienten spontan ihr Behandlungsziel in Richtung eines kontrollierten Konsums. Das Vorgehen ist analog zu dem unter c) geschilderten.

(5) Behandlungsabbruch

Die für uns problematischste Komplikation ist der in der Regel unangekündigte Behandlungsabbruch. Wir bemühen uns, soweit es organisatorisch möglich ist, den Patientinnen und Patienten nachzugehen. Erforderlich wäre aber sicherlich in vielen Fällen der zumindest vorübergehende Übergang zu einer mehr aufsuchend orientierten Behandlung, die allerdings entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen erfordert.

GRENZEN UND MÖGLICHKEITEN AMBULANTER ENTGIFTUNGSBEHANDLUNG

Insbesondere in einem Umfeld, das die vollstationäre Behandlung des Suchtkranken als zwingende Notwendigkeit betrachtet, wird die ambulante Durchführung von Entgiftungen häufig als wenig aussichtsreich und schlecht kontrollierbar eingeschätzt. Patientinnen und Patienten selber und ihre Angehörigen, aber auch Bezugspersonen aus der Selbsthilfebewegung und der professionellen Suchtkrankenhilfe setzen eher auf die „richtige“ Entgiftungsbehandlung im vollstationären Rahmen. Dabei schwingt einerseits vielfach mit, daß Betroffene im ambulanten Setting die behandelnden Personen und ihre eigene Umgebung betrügen könnten, andererseits besteht oft die Überzeugung, je intensiver eine Behandlungsform sei, um so nachhaltiger müsse sie wirken.

Aus der täglichen Erfahrung heraus sehen wir die Grenzen der ambulanten Entgiftung mit einer anderen Akzentsetzung. Neben den bereits bei der Erörterung der Komplikationen geschilderten Situationen tritt immer wieder eine Konstellation auf, die im folgenden durch ein Fallbeispiel illustriert werden soll, nämlich der Wunsch einer Patientin oder eines Patienten nach ambulanter Entgiftung, obwohl im Grunde eine vollstationäre Behandlung dringend geboten ist.

Fallbeispiel 1: Es handelt sich um eine 63jährige alkoholkrankte Frau, bei der sich aufgrund der seit Jahrzehnten bestehenden Abhängigkeit bereits eine Leberzirrhose entwickelt hat. Zumindest im Verlauf der letzten Jahre kam es mehrmals im Jahr zu Rückfallsituationen. Wir nahmen sie nach einer längeren tagesklinischen Behandlung in eine wöchentlich stattfindende Nachsorgegruppe auf, wodurch eine dauerhafte ambulante Anbindung gelang. Nach sieben Monaten Abstinenz kam es erstmals zum Rückfall. Da die Patientin eine Krankenhausaufnahme strikt ablehnte, wurde die Entgiftung ambulant durchgeführt. Obwohl die Behandlung letztendlich erfolgreich war, ließen es die deutlichen Entzugsscheinungen und die eingeschränkte Fähigkeit der Patientin, klare Absprachen einzuhalten, geraten erscheinen, eine zukünftige Entgiftungsbehandlung stationär durchzuführen. Das zu erwartende Dilemma trat bereits zwei Monate später auf, als die Patientin in einer erneuten Rückfallsituation die dringend angeratene vollstationäre Behandlung strikt ablehnte und darauf pochte, erneut ambulant zu entgiften. Wir haben uns schweren Herzens darauf eingelassen, sie dabei zu unterstützen, um wenigstens eine möglichst intensive Betreuung im ambulanten Rahmen zu gewährleisten. Es zeigte sich, daß die Patientin die definitive Beendigung ihres Alkoholkonsums immer weiter vor sich herschob, immer mit der vorgetragenen Absicht, den Konsum ausschleichend zu beenden, was ihr jedoch nicht gelang. Sowohl durch den fortgesetzten Konsum als auch durch die intermittierend auftretenden Entzugsscheinungen war sie körperlich gefährdet, so daß mehrmals überprüft werden mußte, ob nicht eine Zwangsunterbringung eingeleitet werden mußte. Letztendlich ließ die Patientin sich dann vom Ehemann, der von vornherein in die Behandlung einbezogen war, dazu bewegen, sich in einem Allgemeinkrankenhaus aufnehmen zu lassen. Im weiteren Verlauf wiederholte sich in Rückfallsituationen immer wieder das beschriebene Szenario.

Mit einem anderen Fallbeispiel möchte ich die Chancen, die eine ambulante Entgiftungsbehandlung aufgrund der Betonung der Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten und aufgrund der unkomplizierten therapeutischen Kontinuität über die Entgiftungsphase hinaus bietet, deutlich machen.

Fallbeispiel 2: Ein sechzigjähriger Patient stellte sich in Begleitung seiner Ehefrau in unserer Sprechstunde mit dem Wunsch vor, seinen Alkoholkonsum zu beenden. Die Anamneseerhebung ergab, daß seit mindestens fünf Jahren ein abhängiger Alkoholkonsum bestand und mittlerweile deutliche körperliche Entzugsscheinungen dazu geführt hatten, daß der Patient kontinuierlich im Sinne eines „Spiegeltrinkens“ Alkohol zu sich nahm. Interessanterweise berichtete er jedoch, daß es ihm im Urlaub gelungen war, den Alkoholkonsum vorübergehend

vollkommen einzustellen. Es wurde eine ambulante Entgiftung über neun Tage durchgeführt. Aufgrund der arteriellen Hypertonie war eine enge Kooperation mit der Hausärztin erforderlich, Komplikationen traten jedoch nicht auf. Der Patient äußerte am Ende der Entgiftungsphase den Wunsch, mich zukünftig einmal im Monat aufsuchen zu dürfen, um mir einen Bericht über seine Situation zu erstatten. Er tut dies seit mittlerweile 18 Monaten und ist dabei durchgängig abstinent geblieben, worauf er sehr stolz ist.

AUSBLICK

Ich hoffe deutlich gemacht zu haben, daß die ambulante Durchführung von Entgiftungsbehandlungen für eine Reihe von Patientinnen und Patienten eine ernstzunehmende Alternative zur üblicherweise als Standardbehandlungsform angesehenen vollstationären Entgiftung im Krankenhaus ist. Insbesondere die Psychiatrische Institutsambulanz bietet aufgrund ihrer Zugehörigkeit zum Psychiatrischen Krankenhaus die Möglichkeit, solche Behandlungen durchzuführen. Mit dem hier referierten Behandlungssetting schöpfen wir jedoch - wie die beeindruckenden Berichte aus Großbritannien zeigen (s. Bennie, McLennan und Kirton in diesem Band) - die vorhandenen Möglichkeiten nicht aus. Obwohl bereits jetzt bei uns das Verhältnis von Einweisungen zur vollstationären Durchführung der Entgiftung zu ambulanten Entgiftungen nur 3:1 beträgt, sind wir überzeugt, daß größere personelle Ressourcen einen sinnvollen weiteren Ausbau der Behandlungsform möglich machen würden. Damit würde eine verminderte Inanspruchnahme der stationären Kapazitäten und ein niederschwelligerer Zugang für viele Betroffene erreicht werden. Die ambulante Entgiftung, wie wir sie durchführen, beschränkt sich bisher auf einen Personenkreis mit einer relativ hohen persönlichen Kompetenz. Um weitere Betroffene zu erreichen und Behandlungsabbrüche zu minimieren, wird eine geplante *aufsuchende Behandlung* ebenso erforderlich sein wie eine Erweiterung der täglichen Kontaktmöglichkeiten für den einzelnen und eine Erweiterung der medikamentösen Entzugsbehandlung bis hin zum kontrollierten Benzodiazepineinsatz, um deutlichere Entzugserscheinungen abzufangen. Eine Erweiterung des Behandlungsangebotes in diesem Sinne hängt jedoch ganz wesentlich von der Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen ab. Insbesondere muß die zeitintensive Betreuung von ambulant entgifteten Patientinnen und Patienten durch qualifizierte Krankenpflegekräfte ermöglicht werden. Wer ambulanten Behandlungskonzepten gegenüber kostenintensiven stationären Therapien den Vorzug geben will, muß sie angemessen finanzieren. Dies ist mit einer festgelegten Pauschalvergütung für nichtärztliche Leistungen in Höhe von DM 154,65 pro Patient und Quartal, wie sie für unsere Ambulanz mit den Krankenkassen derzeit ausgehandelt ist, nicht zu erreichen.

Der Ambulante Entgiftungsdienst in Forth Valley, Schottland

Colin Bennie

In Forth Valley, einer Region in Zentralschottland, wohnen 273.000 Menschen in städtischen und ländlichen Gemeinden. Das Versorgungsgebiet des Forth Valley Gesundheitszentrums ist sehr weitläufig, Hauptzentren sind die Städte Stirling, Falkirk und Alloa, die jeweils von kleineren Orten umgeben sind. In den städtischen Gebieten ist größtenteils Industrie angesiedelt (Öl, Kohle, Stahl, Brennerien). Die meisten Einwohner der ländlichen Gebiete im Norden des Versorgungsgebietes sind in der Landwirtschaft und der Tourismusbranche beschäftigt. Aufgrund der geographischen Nähe zu Glasgow, Edinburgh und Perth entwickeln sich hier zunehmend Wohngebiete. Freizeit- und Erholungsangebote sind in den größeren Ortschaften gut entwickelt.

Die Einwohner werden von 200 Hausärztinnen und -ärzten in 53 Gemeinschafts- und Einzelpraxen versorgt. Die Royal-Infirmary-Krankenhäuser in Falkirk und Stirling verfügen über medizinische, chirurgische und andere Abteilungen. Der Central Scotland Healthcare NHS Trust unterhält darüber hinaus vier psychiatrische Angebote: eine Einrichtung für Patientinnen und Patienten mit Lernschwierigkeiten, gemeindenähe Einrichtungen, Alten- und Hauskrankenpflege und Kinder- und Jugendeinrichtungen. Unter Berücksichtigung der Häufigkeit von Alkoholproblemen und Zahlen aus dem Gemeinderegister kann man bei einer vorsichtigen Schätzung davon ausgehen, daß zwischen 15.000 bis 20.000 Einwohner in Forth Valley einen so hohen Alkoholkonsum aufweisen, daß sie in Zukunft medizinische oder soziale Versorgungseinrichtungen benötigen werden. Ein Teil dieser exzessiv Trinkenden stellt sich zur Entgiftung in der psychiatrischen Abteilung des Bellsdyke-Krankenhauses in Larbert vor. Das Bellsdyke-Krankenhaus verfügt ebenso wie das andere Allgemeinkrankenhaus des Kreises über keine spezielle Suchtstation, so daß Patientinnen und Patienten zur Entgiftung auf psychiatrischen Akutstationen aufgenommen werden. Viele Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen stellen sich allerdings auch auf Inneren Stationen oder in Ambulanzen der beiden Allgemeinkrankenhäuser vor, da sie wegen des ausgeprägten Alkoholkonsums häufig schwerwiegendere körperliche Folgeerscheinungen aufweisen. Der Home Detoxification Service (Ambulanter Entgiftungsdienst, im folgenden als „HDS“ abgekürzt) wurde 1991 vom Central Scotland Healthcare NHS Trust gegründet. Die Hauptaufgabe dieses von Pflegekräften geleiteten Dienstes bestand darin, ein gemeindenahes und aufsuchendes Behandlungsangebot für Menschen mit Alkoholproblemen und deren Fami-

lien zu etablieren. Allgemeinärztinnen und -ärzte sollten direkt an den HDS überweisen können. Weitere Ziele des neuen Dienstes waren:

- (a) das mit der üblichen Sucht-Behandlung verbundene Stigma vermeiden,
- (b) Aufnahmen auf psychiatrischen Akutstationen reduzieren,
- (c) Barrieren, die den Prozeß der Hilfe-Suche verhindern, abbauen und
- (d) als Dienst für Menschen mit Alkoholproblemen und deren Familien leicht zugänglich, effizient und kostengünstig sein.

Die Notwendigkeit, dieses Angebot zu entwickeln, ergab sich aus folgenden Faktoren:

(a) *Mangel an kommunalen Einrichtungen* für Menschen mit Alkoholproblemen: Abgesehen von einem kleinen Netzwerk freiwilliger Hilfsorganisationen wie des lokalen Arbeitskreises Alkohol, den Anonymen Alkoholikern und anderen Selbsthilfeorganisationen existieren keine etablierten kommunalen Einrichtungen für Menschen mit Alkoholproblemen und ihre Familien in Forth Valley.

(b) *Die hohe Aufnahmezahl von Alkoholkranken* auf psychiatrischen Akutstationen des Bellsdyke Hospital: die Untersuchung der jährlichen Krankenhausaufnahme-Statistik zwischen 1989 und 1990 zeigt, daß 20% aller Aufnahmen auf psychiatrischen Akutstationen wegen "Alkoholabhängigkeit" als primärer Diagnose zustande kommen. Weitere 5% haben „Alkoholabhängigkeit“ als sekundäre Diagnose. Die weiterführende Untersuchung zeigt, daß ein Großteil dieser Aufnahmen aus sozialen oder häuslichen Krisen resultierte, die sich abends oder am Wochenende ereigneten. Das stationäre Programm für Menschen mit Alkoholproblemen war nicht besonders differenziert und bestand in der ersten Woche hauptsächlich in der Überwachung von Alkoholentzugssymptomen und in der zweiten Woche in der Versorgung körperlicher und psychologischer Folgen des exzessiven Trinkens. Die stationären Bedingungen ermöglichten eine alkoholfreie Zeit. Generell aber fehlte die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf ihre Rückkehr in die häusliche Umgebung, fehlte die Auseinandersetzung mit bisherigen Trinkgewohnheiten, mit familiären und häuslichen Problemen etc. Das Ergebnis war, daß viele Patientinnen und Patienten bald nach der Entlassung rückfällig wurden und zur Wiederaufnahme kamen.

(c) Ein hoher Prozentsatz der Menschen mit Alkoholproblemen, die an die Alkohol-Ambulanz überwiesen wurden, erschienen dort nicht: Eine Untersuchung über die Teilnahme am Erstgespräch in der Ambulanz aus dem Jahre 1988 zeigte, daß 50% der Neuüberweisungen ihren ersten Termin nicht wahrnahmen. Nachforschungen bezüglich der niedrigen Teilnahmequote brachten verschiedene Ursachen hervor: langer Anreiseweg, Wartezeit auf den Termin, fehlende Motivation gegenüber dem Hilfsangebot, das

mit der Teilnahme verbundene Stigma und anhaltendes ausgeprägtes Trinken.

Aufgrund dieser Analysen wurde deutlich, daß eine geeignetere und wirksamere Form der Institution gefunden werden mußte.

Im HDS sind fünf psychiatrische Pflegekräfte und eine Verwaltungskraft beschäftigt. Das Pflege team erhielt eine umfassende Ausbildung durch einen spezialisierten Ausbildungspfleger für Suchterkrankungen, der die klinische und geschäftsführende Verantwortung des Dienstes hat. Der HDS befindet sich im Bellsdyke-Krankenhaus und übernimmt die Versorgung des Kreises. Die offiziellen Arbeitszeiten sind von 9.00 bis 17.00 Uhr, wobei die Arbeitszeiten den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und deren Angehöriger flexibel angepaßt werden können. Der Dienst arbeitet sieben Tage in der Woche, dies ermöglicht die schnelle Annahme von Überweisungen sowie den Beginn von Entgiftungsbehandlungen über die gesamte Woche, Wochenenden inbegriffen.

Die Allgemeinärztinnen und -ärzte wurden gebeten, ihre Überweisungen an den HDS zunächst telefonisch anzukündigen (zusätzlich müssen sie noch einen Überweisungsschein ausfüllen), damit die auswärtig tätigen Pflegekräfte des HDS innerhalb von 24 Stunden mit jedem Patienten und seiner Familie Kontakt aufnehmen können.

Der Vorteil der ambulanten Entgiftung liegt darin, daß eine sichere und effektive Intervention für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen zur Verfügung steht und daß andere Familienmitglieder zur Teilnahme an der Behandlung ermutigt werden. Durch die Vermeidung der Krankenhausbehandlung besteht für die Patientinnen und Patienten in vielen Fällen die Möglichkeit, sich mit ihren Problemen, die im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum stehen, dort auseinanderzusetzen, wo sie entstehen. Wenn Patientinnen und Patienten berufstätig sind, können Vereinbarungen getroffen werden, damit sie während der Behandlung weiter zur Arbeit gehen können. Ambulante Entgiftung bedeutet auch eine flexiblere Antwort auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien unter Betonung der persönlichen Verantwortung. Damit verbunden ist die Abkehr von rigiden und verfestigten Modellen und Philosophien von abhängigem Verhalten. Die Entwicklung eines solchen ambulanten Behandlungsangebotes kann Menschen mit Alkoholproblemen ermutigen, frühzeitiger Hilfe zu suchen. Hierdurch können die möglichen körperlichen, psychologischen und sozialen Folgen des exzessiven Trinkens, die ansonsten aufwendige medizinische, psychiatrische und soziale Interventionen erfordern würden, reduziert werden. Ambulante Entgiftung ist für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen praktikabler und verhindert die Isolation durch einen Krankenhausaufenthalt.

Vor einer Überweisung an den HDS sind die Allgemeinärztinnen und -ärzte gehalten, eine kurze körperliche und psychologische Untersuchung

durchzuführen, um Komplikationen zu erkennen bzw. zu vermeiden. Sie sollten eine Laboruntersuchung unter Berücksichtigung der Parameter MCV, γ -GT, GOT und GPT durchführen und Einzelheiten der aktuellen Trinkanamnese erheben. Nach Erhalt der Überweisung vom Hausarzt erfolgt innerhalb von 24 Stunden ein erster Hausbesuch durch ein Mitglied des Pflegeteams mit dem Ziel, die Angemessenheit und Durchführbarkeit einer ambulanten Entgiftungsbehandlung einzuschätzen. Diese Einschätzung erfolgt so umfassend wie möglich. Als Hilfsmittel dienen:

(a) Ein speziell entwickelter 36 Items umfassender, strukturierter Fragebogen mit Fragen zu: Biographie, Trinkanamnese, soziale, körperliche und psychologische Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, anderer Drogenkonsum, Einnahme von verschriebenen bzw. nicht verschriebenen Medikamenten, Zigarettenkonsum, rechtliche, finanzielle und berufliche sowie persönliche und Beziehungsprobleme, Unfälle und vorangegangene Alkohol-Behandlungen.

(b) Ein Fragebogen zur Schwere der Alkoholabhängigkeit (SADQ, Stockwell et al. 1983). Hierbei handelt es sich um einen Selbsteinschätzungsfragebogen, der die Trinkgewohnheiten während eines typischen Monats und die daraus folgenden Konsequenzen erfragt. Die Bewertungsskala reicht von 0 bis 60 je nach Grad der Abhängigkeit.

(c) Eine Checkliste zur Schwere des Alkoholentzugs: ein 12-Item-Fragebogen, der Fragen zu Schlaf- und Appetitstörungen, Magen-Darm-Verstimmungen, Hinweisen auf akustische oder visuelle Halluzinationen, Agitiertheit, Stimmung und anderen Entzugssymptomen etc. beinhaltet.

(d) Schließlich eine Atemprobe mittels Atemmeßgerät, um den Alkoholkonsum zur Zeit des Interviews zu bestimmen.

Allgemeine Voraussetzungen für eine Aufnahme in das ambulante Entgiftungsprogramm sind:

- (1) keine ernsthaften gesundheitlichen Probleme,
- (2) anamnestisch keine Entzugsanfälle,
- (3) sichere häusliche Umgebung,
- (4) eine weitere Person, die den Entgiftungsprozeß unterstützt.

Innerhalb von 24 Stunden nach Überweisung durch den Hausarzt werden der Patient und sein „Unterstützer“ durch ein Mitglied des Pflegeteams zu Hause besucht. Das Erstinterview dauert zwischen 1½ bis 2 Stunden. Falls es notwendig ist, kann durch den Hausarzt Chlordiazepoxid (Benzodiazepin, in Deutschland als „Librium“ bekannt, Anm. d. Ü.) verschrieben werden, um Alkoholentzugssymptome zu lindern. Es wird über fünf Tage in ausschleichender Dosierung gegeben. Die Pflegekraft des HDS bestimmt die Anfangsdosierung und das Reduktionsschema anhand des Bewertungsergebnisses, das mittels SADQ und der Checkliste für die Schwere der Alko-

holentzugssymptome ermittelt wurde. Die Patientinnen und Patienten und ihre „Unterstützer“ erhalten eine Telefonnummer des HDS sowie zusätzliches Informationsmaterial zu Appetit- und Schlafstörungen, Flüssigkeitsaufnahme, der Möglichkeit von zunehmenden Angstzuständen sowie Ratschlägen, wie sie damit umgehen können.

Programm der ambulanten Entgiftung im HDS

- ♦ Kontakt innerhalb 24 Stunden
- ♦ Ausführliche Diagnostik
- ♦ Zusammenarbeit mit Allgemeinarztpraxis wegen Medikation
- ♦ Zwei tägliche Hausbesuche in den ersten 3 Tagen
- ♦ Ein täglicher Hausbesuch bis zum 7. Tag
- ♦ Medikation abgeschlossen am 5. Tag
- ♦ Angebot wöchentlicher Nachbesuche bis Ende 5. Woche

Abb. 1: Programm der ambulanten Entgiftung im HDS

Die Behandlung dauert in der Regel fünf Wochen vom Erstkontakt bis zum Abschluß der Betreuung durch die Pflegekraft. Während der ersten 72 Stunden besucht ein Mitglied des Pflegeteams den Patienten zweimal täglich. Die Zeiten der Hausbesuche können den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien flexibel angepaßt werden. Die Hausbesuche werden vom 3. bis zum 7. Tag auf einmal täglich reduziert. Während jedes Besuchs werden Blutdruck, Pulsfrequenz und Alkoholgehalt der Atemluft gemessen. Die Schwere der Alkoholentzugssymptomatik wird anhand der Checkliste (s. o.) ermittelt. Die Medikation wird von Tag zu Tag reduziert, so daß die Gabe nach fünf Tagen abgeschlossen ist. Jeden Tag erhalten der Patient und sein „Unterstützer“ zusätzlich Informationen und Ratschläge, wie sie nach der Entgiftung mit dem Alkoholproblem umgehen können. Dies beinhaltet Ratschläge zum Umgang mit typischen Trinksituationen, zum Umgang mit Ängsten, zur Rückfallprophylaxe, zum Aufrechterhalten der Abstinenz und zur Änderung des Lebensstils. Es werden Informationen über regionale Hilfsorganisationen wie beispielsweise über den lokalen Arbeitskreis Alkohol, die Anonymen Alkoholiker und andere Selbsthilfegruppen gegeben. Damit verbunden wird der Hinweis, daß die Kontaktaufnahme zu einer dieser Hilfsorganisationen eine wichtige Unterstützung nach Beendigung der Behandlung darstellen könnte. Um den Entgiftungsprozeß zu optimieren, werden Patient und „Unterstützer“ über weitere vier Wochen hinweg einmal wöchentlich aufgesucht. Bei diesen Besuchen wird der Behandlungsverlauf beobachtet. Informationen, die zu einem früheren Zeitpunkt gegeben worden waren, werden erneut bekräftigt.

Durchschnittlich werden pro Jahr ca. 550 Patientinnen und Patienten zur ambulanten Entgiftung an den HDS überwiesen. Der Anteil an Frauen beträgt etwa 40 %. Dies ist insofern ein interessantes Charakteristikum des Dienstes, als der Anteil an Frauen in *traditionellen* Alkohol-Behandlungsangeboten nur zwischen 20 und 25 % liegt. Der Dienst gilt als sehr vertrauensvoll. Für Frauen besonders positiv sind die Hausbesuche, da hiermit das Problem der Kinderbetreuung entfällt. Das durchschnittliche Alter der Patientinnen und Patienten, die zum HDS überwiesen werden, liegt zwischen 35 und 40 Jahren. Alle Patientinnen und Patienten weisen bei der Einstiegsdiagnostik die Kriterien körperlicher und psychischer Alkoholabhängigkeit auf. Das HDS-Team kommt auf etwa 4.000 Patientenkontakte pro Jahr.

Seit Beginn vor fünf Jahren wurden zahlreiche Qualitätskontrollen und klinische Prüfungen im HDS durchgeführt. Dabei wurde die extrem hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, ihrer Familien und der Hausärztinnen und -ärzte mit dem Dienst hervorgehoben. Als besondere Vorzüge wurden genannt:

- (a) der direkte Zugang der Hausärztinnen und -ärzte zum HDS,
- (b) die schnelle Reaktionszeit,
- (c) die Professionalität und Kompetenz des Personals,
- (d) die Behandlung in der häuslichen Umgebung,
- (e) die Nachsorgebehandlung.

Seit der Gründung des HDS im Jahre 1991 ist die Rate jährlicher Aufnahmen wegen Alkoholbehandlungen auf psychiatrischen Akutstationen der Region um 75% gesunken. Es ist ebenfalls zu beachten, daß die Kosten der ambulanten Entgiftungsbehandlung gegenüber einer zweiwöchigen stationären Krankenhausbehandlung um 2/3 geringer sind.

Zur Zeit wird im HDS eine Vergleichsstudie zu Langzeiteffekten des ambulanten und stationärer Behandlungsverfahren durchgeführt (erneute Wiederaufnahmen, positive Verläufe, gesundheitsökonomische Aspekte).

LITERATUR

Stockwell, T./Murphy, D./Hodgson, R.: The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. In: British Journal of Addiction, 78 1983, S. 145-155

Entgiftung zu Hause - Erfahrungen mit einem gemeindeorientierten Angebot aus Edinburgh, Schottland

Marie McLennan

1. SOZIALER KONTEXT

Gesundheitsexperten der Universität Edinburgh stellten im Jahre 1991 fest, daß Alkoholprobleme in Wester Hailes, einem Stadtteil von Edinburgh, im Vergleich zu anderen Stadtteilen besonders häufig auftraten (Hopton 1991). Zwei Gesundheitszentren mit fünf Allgemeinarztpraxen versorgen diesen Stadtteil. Insgesamt sind in den fünf Praxen 22.000 Patientinnen und Patienten registriert. Die Patientinnen und Patienten sind relativ jung, fast die Hälfte ist jünger als 25 Jahre. Fast die Hälfte der Bewohner des Stadtteils lebt allein oder als alleinstehende Erwachsene mit kleinen Kindern. Die Arbeitslosenquote ist wesentlich höher als in anderen Stadtteilen Edinburghs. Der Anteil an chronischen Gesundheitsproblemen wie Asthma, chronischer Bronchitis, Angststörungen oder Depressionen ist im Vergleich zu anderen Stadtteilen besonders hoch. 13% der Bewohner von Wester Hailes glauben, daß sie Hilfe und Beratung wegen ihrer Alkoholprobleme benötigen, im Vergleich zu 9,7% in anderen Stadtteilen Edinburghs.

2. ZIELE UND AUFGABEN DES PROJEKTS „ENTGIFTUNG ZU HAUSE“

1. Unterstützung bei der Entgiftung

Zu Projektbeginn wurde allen Allgemeinärztinnen und -ärzten in den beiden Gesundheitszentren ein Protokoll der „Gemeindeorientierten Pflegeplanung zur Entgiftung von Alkohol“ vorgestellt. Dieses Protokoll enthält Angaben zu Zielen der Entgiftung, Ausschlusskriterien, Medikation, Verschreibungsrichtlinien und zur praktischen Durchführung (s. Anhang 1). In der Regel wurde die „Entgiftung zu Hause“ nach einem standardisierten Ablauf durchgeführt: ich selbst als Fachkrankenschwester für Gemeindepсихиатрии nahm nach der Klärung des Entgiftungswunsches Kontakt mit der zuständigen Allgemeinarztpraxis auf und organisierte die Verschreibung der Medikation mit Chlordiazepoxid (Benzodiazepin, in Deutschland als „Librium“ bekannt, Anm. d. Ü.), in der Regel 30 Kapseln mit je 10 mg. Diese Kapseln blieben zur Verabreichung bei mir oder bei einem nahestehenden Angehörigen des Klienten. Bei Vorliegen akuter und eindeutiger Entzugssymptome erfolgte die Medikamentenverschreibung im

Zuge einer *telephonischen* Abklärung zwischen mir und der zuständigen Allgemeinanzpraxis, um nicht zuviel Zeit zu verlieren. Die Klientinnen und Klienten erhielten ein Informationsblatt „Alkoholentzug zu Hause“ (s. Anhang 2). Nach einer Atemluftkontrolle erstellte ich gemäß den Richtlinien des Pflegeprotokolls die medikamentöse Dosierung. Über einen Zeitraum von fünf Tagen führte ich nun tägliche Hausbesuche mit regelmäßiger Atemluftanalyse durch. Die Medikation war spätestens nach diesen fünf Tagen auf Null reduziert.

2. Angebot eines Beratungsdienstes für diejenigen Menschen, die ein aktuelles Problem mit Alkohol haben oder befürchten, eines zu entwickeln

Der Beratungsdienst für Problemtrinker im Rahmen des Projektes konzentrierte sich auf zwei Bereiche: 1. Einzel- und Eheberatung, 2. Gruppenarbeit und Kooperation mit anderen Projekten im Stadtteil.

Die Einzel- und Eheberatung wurde in einem der beiden Gesundheitszentren des Stadtteils angeboten, sobald eine Überweisung in das Projekt „Entgiftung zu Hause“ erfolgte. Die Einbestellung zu einem Erstkontakt geschah mit der Absicht, weitere Informationen über die Lebenssituation des Klienten zu erhalten, die Motivation der Behandlung zu überprüfen und den Erstkontakt in einer sicheren Umgebung durchzuführen. Falls Klientinnen oder Klienten zum Erstkontakt nicht ins Gesundheitszentrum kommen konnten, z. B. wegen Kinderversorgungspflichten, wurden die Erstgespräche in deren Wohnungen durchgeführt. Alle weiteren Beratungsgespräche fanden dann grundsätzlich in den Wohnungen der Klientinnen und Klienten statt, falls sie dies akzeptierten. Die Beratung fand einzeln oder unter Hinzuziehung der Partnerinnen und Partner statt. Letzteres hatte den Vorteil, daß eine gemeinsame Sichtweise der Problemsituation erarbeitet werden konnte, was die Behandlungsergebnisse erheblich verbesserte. Die Beratungsmethoden waren auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten zugeschnitten. In der Regel wurden Informationen vermittelt, um das Abstinenzziel zu erreichen und aufrechtzuerhalten, bei einigen Klientinnen und Klienten ging es um die Reduktion des Alkoholkonsums auf ein gesundheitsverträgliches Niveau.

Gruppenarbeit wurde für diejenigen Projektteilnehmer angeboten, bei denen die Hausbesuche beendet waren und die von weiteren professionellen Kontakten profitieren konnten. Dabei stellte sich der *regelmäßige* Kontakt zur Gruppe als außergewöhnlich hilfreich heraus.

Auch die Vermittlung zu anderen Gruppen (Selbsthilfegruppen) im Stadtteil, in denen es nicht nur um das Alkoholproblem ging, war von großer Bedeutung: Ein Selbstsicherheitstraining zur Aufrechterhaltung des Abstinenzziels, Diätberatung und Kochkurse, eine Selbsthilfegruppe für Allein-erziehende mit praktischer Erziehungsberatung, aber auch Freizeitange-

bote in Gruppen mit paralleler Kinderbetreuung (Kinderkrippen) waren sinnvolle Ergänzungen des Projektangebots.

Gleichzeitig war es wichtig, gute Kooperationsbeziehungen zu anderen lokalen Projekten aufzubauen, zumal auch von dieser Seite Überweisungen in das Projekt „Entgiftung zu Hause“ erfolgten.

3. Vermittlung von fachspezifischer Kompetenz an Arzthelferinnen sowie Angestellte des Gesundheitsdienstes in den Bereichen Frühintervention, Beratung und Entgiftung zu Hause

Eine weitere Projektaufgabe bestand darin, die Kompetenzen und das Selbstvertrauen von Arzthelferinnen und Gesundheitsberatern im Umgang mit Alkoholproblemen zu unterstützen und weiter zu entwickeln, vor allem unter Einbezug der Methoden Frühintervention, Beratung und Entgiftung zu Hause.

Dieses Informations- und Beratungsangebot erfolgte nach individueller Absprache. Alle in Frage kommenden Professionellen im Gesundheitssektor des Stadtteils wurden zu Projektbeginn entsprechend informiert. Andere Pflegekräfte im Stadtteil wünschten häufig fachspezifische Beratung und Information. Zu Überweisungen von Patientinnen und Patienten ins Projekt kam es allerdings durch diese Kolleginnen nicht. In Wartezimmern und Behandlungsräumen wurden regelmäßig Informationsbroschüren zu Alkoholproblemen ausgelegt. Gesundheitsberater und Arzthelferinnen fühlten sich in der Regel durch ihre eigentlichen Aufgaben so stark in Anspruch genommen, daß sie keine neuen Aufgaben übernehmen wollten. Mit der Zeit konnte diese Hürde allerdings überwunden werden, weil sich die Arzthelferinnen mit dem Beratungsangebot der externen Kollegin zunehmend mehr anfreundeten konnten. Vorurteile und negative Gefühle gegenüber Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen konnten so mit der Zeit abgebaut werden.

Die lokalen Behörden für soziale Arbeit, Gemeindehilfe, Kinder- und Familienhilfe und Bewährungshilfe fragten regelmäßig wegen Information und Beratung im Projekt „Entgiftung zu Hause“ an, hier kam es auch zu einigen Überweisungen. Eine gemeinsame, koordinierte Planung und Durchführung der erforderlichen individuellen Ziele und Maßnahmen hat sich dabei als außerordentlich wichtig erwiesen.

Eine als besonders hilfreich erlebte 1-2wöchentlich stattfindende Fallsupervision mit einem Psychiater rundete das Angebot des Projekts ab.

3. ERGEBNISSE DES ENTGIFTUNGS- UND BERATUNGSDIENSTES

Rekrutierung neuer Patientinnen und Patienten

Im Vergleich zum ambulanten Angebot der Klinik für Alkoholprobleme (KAP) in Edinburgh konnten durch dieses ambulante Angebot wesentlich mehr *neue* Patientinnen und Patienten angesprochen werden (77% im Vergleich zu 45%). Dies kann auf die wesentlich kürzere Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn zurückgeführt werden (Projekt: 7-10 Tage, Klinik: 8 Wochen). Auch die örtliche Nähe im Stadtteil könnte in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, obwohl eine kürzlich durchgeführte Erhebung der KAP keinen Zusammenhang zwischen Wohnortnähe und Inanspruchnahme des eigenen ambulanten Angebots feststellen konnte.

Ergebnisse der 6-Monats-Katamnese

Mit Hilfe eines Fragebogens zu alkoholbedingten Problemen (ARPQ, Alcohol Related Problems Questionnaire, Patience et al. im Druck) wurde eine 6-Monats-Katamnese durchgeführt. Der Fragebogen wurde per Post versandt, bei fehlendem Rücklauf erfolgte nach 2-3 Wochen eine erneute schriftliche Aufforderung. In Einzelfällen wurde die Befragung trotz methodischer Bedenken telefonisch durchgeführt. In der Katamnesegruppe (n = 110) waren 57% Männer und 43% Frauen; das Durchschnittsalter lag bei 42 Jahren.

Die Ergebnisse zeigen zu allen Meßzeitpunkten deutliche Verbesserungen bei alkoholbedingten Problemen: Krankenhausaufnahmen, Notaufnahmen, Erbrechen nach Trinkepisoden, Durchfall nach Trinkepisoden, alkoholbezogene Depressionen, Suizidversuche mit Überdosierungen, Arbeitsplatzprobleme, Familienkonflikte, Gewaltprobleme, Konflikte mit Angehörigen, Konflikte mit der Polizei.

Die Rate der Überweisungen aus allgemeinmedizinischen Praxen direkt in das Projekt „Entgiftung zu Hause“ stieg mit zunehmender Projektdauer stetig an. Dieser Trend ist u. a. dadurch zu erklären, daß sich durch das Projekt die Sensibilität für Alkoholprobleme vor allem in Allgemeinarztpraxen enorm erhöhte und somit viele Patientinnen und Patienten erfaßt wurden, die bis dahin unerkannt geblieben waren. Aus epidemiologischen Untersuchungen weiß man, daß in jeder Kommune zu einem gegebenen Zeitpunkt eine große Zahl von fachspezifisch unbehandelten Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen zu finden ist. Hier war nun ein relativ einfacher Zugang zur Behandlung geschaffen worden, der in einigen Fällen den Einstieg in eine weiterführende fachspezifische Behandlung erst ermöglichte. Dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, daß in der Stadt Edinburgh der größte Behandlungskostenanteil im Zusammenhang mit Alkoholproblemen nicht durch die fachspezifischen Behandlungsangebote, sondern durch alkoholbedingte Aufnahmen in Allgemein-

krankenhäusern verursacht wird. Eine umfassende Studie zu dieser Fragestellung steht allerdings noch aus.

4. FRÜHERKENNUNG VON PROBLEMTRINKERN

Nach sechsmonatiger Laufzeit wurde deutlich, daß viele der ins Projekt überwiesenen Patientinnen und Patienten schon sehr lange eine Reihe von abhängigkeitsbedingten Alkoholproblemen aufwiesen, die bisher in der primären Gesundheitsversorgung nicht erkannt und/oder nicht adäquat behandelt worden waren.

Daraufhin wurde an *alle Allgemeinärztinnen und -ärzte* ein Fragebogen verschickt, der den Grad der Informiertheit über das Projekt „Entgiftung zu Hause“ sowie die entsprechenden Überweiskriterien erfragte. Zusätzlich wurde erhoben, inwieweit die Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten routinemäßig nach Alkoholkonsummengen fragten. Von 21 verschickten Fragebögen wurden 15 zur Auswertung zurückgeschickt. 12 Ärztinnen und Ärzte berichteten, daß sie neue Patientinnen und Patienten routinemäßig nach ihrem Alkoholkonsum befragten, allerdings gab es keine Angaben, wie oft diese Nachfrage bei schon bekannten Patientinnen und Patienten erfolgte. Kriterien für eine Überweisung in das Projekt „Entgiftung zu Hause“ waren v. a. lang andauernde und immer wiederkehrende Alkoholprobleme, körperliche Schädigungen durch Alkoholkonsum, schwere Entzugssymptome, alkoholbedingte Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie und in der Partnerschaft, Hilfeersuchen der Patientinnen und Patienten selbst.

9 Ärztinnen und Ärzte gaben an, daß sie unter gewissen Voraussetzungen bereit wären, mit jedem ihrer Patientinnen und Patienten in regelmäßigen Abständen einen *Lebensstil-Fragebogen* durchzugehen. Der Lebensstil-Fragebogen umfaßt eine Seite und fragt detailliert nach Zigaretten- und Alkoholkonsum, nach Versuchen, das Körpergewicht zu reduzieren, sowie nach körperlicher Betätigung. Ein solches Instrument hatte sich in der Studie von Anderson u. a. (1992) als geeignet erwiesen, frühzeitig Alkoholprobleme bei Patientinnen und Patienten zu erkennen.

In einer Pilotstudie wurde dieser Fragebogen über eine Woche in einer Praxis eingesetzt. Insgesamt 89 Patientinnen und Patienten konnten mit dem Fragebogen befragt werden, davon 66% Frauen mit einem Durchschnittsalter von 32 Jahren und 34% Männer mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren. 65% dieser Gruppe waren Raucher. Alle Angaben basierten auf Selbstaussagen der Patientinnen und Patienten. Die Angaben waren sehr unvollständig und ließen erhebliche Zweifel an der Genauigkeit aufkommen. Die maximale Trinkmenge z. B. lag bei 18 Standardgetränken pro Woche (dies entspricht ca. 150 gr. Alkohol bzw. 3,6 l Bier oder 1,8 l Wein, Anm. d. Ü.). Zum Vergleich: 27% der männlichen Allgemeinbevöl-

kerung konsumieren mehr als 21 Standardgetränke pro Woche, 10% der weiblichen Allgemeinbevölkerung konsumieren mehr als 14 Standardgetränke pro Woche. Insgesamt muß somit die Verwendung dieses Fragebogens zum Zwecke der Erkennung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen kritisch beurteilt werden, insbesondere weil das Bildungsniveau der Patientinnen und Patienten im Rahmen dieser Pilotstudie sehr niedrig war. Dies ist auch ein wesentlicher Unterschied zur Studie von Anderson et al. (1992) aus Oxford, die den Einsatz eines Lebensstil-Fragebogens in diesem Zusammenhang empfohlen hatten.

5. KOSTEN UND ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG

Insgesamt betragen die laufenden Kosten für das stadtteilorientierte Projekt „Entgiftung zu Hause“ in Wester-Hailes/Edinburgh 25.000 £ im Jahr (ohne Kosten für wöchentliche Fallbesprechungen).

Die Allgemeinärztinnen und -ärzte, die am Projekt teilgenommen haben, sowie die fachspezifischen Einrichtungen der Stadt haben in der Vergangenheit die Vorteile dieses Angebots deutlich hervorgehoben und unterstützen die Forderung nach einer weitergehenden Finanzierung. Allerdings konnte bis auf eine dreimonatige Verlängerung keine Finanzierung durch die Gesundheitsbehörde sichergestellt werden. Die größten Kosten, die der Gesundheitsbehörde im Zusammenhang mit Alkoholproblemen entstehen, fallen in Allgemeinkrankenhäusern aufgrund steigender Zahlen alkoholassoziierter Diagnosen an. Dieser Trend ist seit ca. sechs Jahren zu beobachten und wird derzeit von einigen Public-Health-Experten wissenschaftlich untersucht. Aus unserer Sicht ist es deshalb unbedingt empfehlenswert, das Angebot einer stadtteilorientierten „Entgiftung zu Hause“ in die primäre Gesundheitsversorgung zu integrieren. Supervision und Fortbildung durch Fachpersonal sollten dieses Angebot ergänzen.

LITERATUR

- Anderson, P./Scott, E.: The effect of GP's advice to heavy drinking men. In: British Journal of Addiction, 87, 1992, S. 891-900
- Patience, D./Buxton, M./Chick, J./Howlett, H./McKenna, M./Ritson, B.: SEC-CATT II: The alcohol-related problems questionnaire as a proxy for resource utilisation and quality of life in alcoholism treatment. In: Alcohol and Alcoholism, (im Druck)
- Hopton, J. L.: Assessment of Health Needs applicable to the provision of Primary Care. University of Edinburgh 1991

Anhang 1

Gemeindeorientierte Pflegeplanung zur Entgiftung von Alkohol

1. Ziel der Entgiftung

- (a) Vorbeugung von Delir und Anfällen
- (b) Unterstützung der Aufnahme einer alkoholfreien Rehabilitation

2. Ausschlusskriterien für eine ambulante, aufsuchende Entgiftung

- (a) Entzugskrampfanfälle in der Vorgeschichte
- (b) Prädelirante Symptome
- (c) Patient ist nicht bereit, während der Medikamenteneinnahme auf Alkohol zu verzichten
- (d) Patient ist nicht mit der täglichen Kontrolle durch die Pflegekraft einverstanden
- (e) Suizidgedanken
- (f) Schweres Erbrechen
- (g) Schwere Entzugsbehandlung in der Vorgeschichte bekannt

3. Ablauf

- (a) Chlordiazepoxid (Librium) 10mg, 8 bis 12 Kapseln in den ersten 24 Stunden, dann reduzieren auf Null über einen Zeitraum von 5 bis 6 Tagen
- (b) Bei Bedarf eine zusätzliche Medikation von 20 mg bei Agitiertheit in Abständen von 2 bis 4 Stunden
- (c) Die Medikation wird vor Eintreten von Entzugssymptomen verabreicht, unter Umständen auch schon, bevor der Alkohol-Atemluft-Test keinen Nachweis mehr anzeigt

4. Richtlinien für die Medikamentenvergabe

Die Entzugsmedikation wird nach der Vorgabe des Allgemeinarztes verabreicht. Auf dieser Grundlage kann die Pflegekraft entsprechend ihrem klinischen Eindruck die Dosierung selbstständig reduzieren.

Ein Allgemeinarzt oder Psychiater beauftragt die Pflegekraft, den Patienten ohne Medikamentenverschreibung aufzusuchen. Bei diesem Besuch kann die Pflegekraft bei drohenden Entzugssymptomen entsprechend ihrem klinischen Eindruck eine Dosierung für die ersten 24 Stunden (max. 12 Kap-

seln mit je 10 mg) zur Verfügung stellen. Sie informiert anschließend den Arzt. Die Pflegekraft läßt sich in diesem Falle eine schriftliche Autorisierung durch den Arzt ausstellen. Diese wird dann in die Krankenunterlagen der Praxis eingefügt.

5. Sichere Durchführung

- (a) Die Entzugsmedikation wird nur zusammen mit dem Informationsblatt „Alkoholentzug zu Hause“ verabreicht
 - (b) Grundsätzlich wird nur eine 24-Stunden-Entzugsmedikation verabreicht. Tägliche Atemluftkontrollen sind Pflicht. Am 2. Tag wird die Entzugsmedikation nur dann verabreicht, wenn die Atemluftkontrolle keinen Befund mehr aufweist.
-

Anhang 2

Informationsblatt „Alkoholentzug zu Hause“

(1) Wenn Sie körperlich abhängig von Alkohol geworden sind, verursacht das Absetzen des Alkoholkonsums Spannungen und Gereiztheit, vielleicht Zittern und Schlafstörungen. Dieser „Rückschlag“ des Nervensystems kann sich sehr schwierig gestalten. Medikamente können diese Symptome kontrollieren, bis der Körper frei von Alkohol ist und sich beruhigt hat. Dieser Vorgang braucht gewöhnlich 3 bis 7 Tage nach dem letzten Schluck Alkohol. Ohne Medikamente verschlimmern sich die Symptome in den ersten 48 Stunden und verschwinden dann schrittweise. Aus diesem Grund wird zu Beginn eine hohe Medikamentendosis verabreicht, die dann schrittweise reduziert wird.

(2) *Sie haben zugestimmt, keinen Alkohol zu trinken.* Vielleicht werden Sie durstig. Trinken Sie Fruchtsäfte, soviel Sie wollen. Trinken Sie nicht mehr als 3 Tassen Kaffee oder 5 Tassen Tee am Tag. Diese enthalten den Wirkstoff Koffein, der Schlafstörungen und Nervosität verursachen kann.

(3) *Vermeiden Sie Straß.* Die wichtigste Aufgabe besteht nun darin, dem starken Verlangen, Alkohol zu trinken, nicht nachzugeben. Versuchen Sie sich zu entspannen. Machen Sie Spaziergänge.

(4) *Schlafen.* Wenn Sie unter der Medikamenteneinnahme oder nach dem Absetzen der Medikamente schlecht schlafen, verzweifeln Sie nicht. Schlafmangel stellt im Vergleich zum erneuten Alkoholtrinken keine ernsthafte persönliche Beeinträchtigung dar. Ihre Schlafgewohnheiten werden sich etwa im Laufe eines Monats wieder normalisiert haben. Gehen Sie später zu Bett, so daß sich Ihr normaler Schlafrhythmus wieder einstellen kann. Nehmen Sie nach Schlafunterbrechungen eine Kleinigkeit zu essen zu sich, oder trinken Sie ein Milchgetränk.

(5) Die Entzugsmedikamente könnten Ihre Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigen. Sie sollten dann kein Auto fahren und keine Maschinen bedienen. Falls Sie sich stark beeinträchtigt fühlen, lassen Sie eine Dosis aus.

(6) *Lassen Sie keine Mahlzeit aus.* Selbst wenn Sie nicht hungrig sind, versuchen Sie, etwas zu essen. Ihr Appetit kehrt zurück. Wenn Ihnen unwohl ist im Magen, trinken Sie Milch.

(7) Das Medikament ist *Chlordiazepoxid* (Librium) 10mg. Sie sollten die Tabletten folgendermaßen einnehmen:

Tag	Tagesbeginn	Mittags	Nachmittags	zur Nacht
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Ambulante Entgiftung in Zusammenarbeit mit einem gemeindeorientierten Alkohol-Team (CAT) - Erfahrungen aus London, England

Kimberley Kirton

1. EINFÜHRUNG

Ambulante Alkoholentgiftungsbehandlungen werden von der Psychiatrischen Abteilung des St. George's Hospital seit 10 Jahren angeboten. Die Abteilung befindet sich auf dem Gelände eines Allgemeinkrankenhauses. Sie ist zuständig für die psychiatrische Untersuchung und Behandlung von Patientinnen und Patienten, die sich im Krankenhaus befinden, die Notaufnahme aufsuchen oder von Hausärztinnen und -ärzten sowie anderen im Gesundheitswesen tätigen Professionellen in den Gemeinden Merton und Wandsworth überwiesen werden.

Die Zusammensetzung der zu versorgenden Patientinnen und Patienten und die zu behandelnden Störungen sind sehr heterogen. Das Personal der Abteilung setzt sich zusammen aus drei Psychiatrie-Pflegekräften und drei Ärzten einschließlich des leitenden Arztes. Soweit erforderlich, können andere Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des Gesundheitswesens hinzugezogen werden.

Das ambulante Entgiftungsprogramm wurde entwickelt, als deutlich wurde, daß eine bestimmte Gruppe von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen zwar Behandlung benötigt, diese aber nicht notwendigerweise vollstationär durchgeführt werden muß bzw. eine Krankenhausaufnahme von den Betroffenen nicht gewünscht wird. Während der Planungsphase des Programms wurde klar, daß ambulante Entgiftung in Großbritannien weitgehend unbekannt war, in anderen Ländern, einschließlich Skandinavien (Asen 1975) und den USA (Feldmann et al. 1975, Shrett 1982) dagegen bereits als Regelbehandlung durchgeführt wurde.

Während der Jahre seines Bestehens wurde das Programm weiterentwickelt, wobei im Laufe der Zeit der Nachsorge und der längerfristigen Behandlung nach der Entgiftung eine stärkere Bedeutung beigemessen wurde.

2. ZIELSETZUNGEN

Behandlungsrahmen

Angestrebt wird ein sicheres, strukturiertes und effektives Entgiftungsprogramm, das es ermöglicht, Patientinnen und Patienten ohne Krankenhausaufnahme zu behandeln. Die Abteilung ist montags bis freitags von 9 bis 17 Uhr geöffnet. Das Behandlungsprogramm beginnt morgens, um das Risiko von Alkoholentzugserscheinungen (die meistens 6 bis 12 Stunden nach Absetzen des Alkohols auftreten) zu vermindern. Vor Beginn der Entgiftung wird den Patientinnen und Patienten geraten, den letzten Alkohol nicht später als um 23 Uhr am Abend vor dem Behandlungsbeginn zu sich zu nehmen. Dadurch wird sichergestellt, daß einerseits ein niedriger Blutalkoholspiegel bei Behandlungsbeginn vorhanden ist, andererseits das Risiko auftretender Entzugserscheinungen gering ist.

Unterstützung und Beratung der Patientinnen und Patienten

Die meisten Patientinnen und Patienten haben negative Auswirkungen des Alkohols auf ihren Gesundheitszustand (z. B. Gastroduodenalulcera, Blackouts, Gedächtnisstörungen etc.) schon kennengelernt. Sie erhalten dazu eingehende Informationen. Viele Patientinnen und Patienten beklagen außerdem eine gedrückte Stimmung, wobei viele dies nicht mit ihrer Alkoholabhängigkeit in Zusammenhang bringen und oft sogar die Trinkmenge erhöhen, um sich von ihrem depressiven Erleben zu entlasten. Dadurch entsteht ein Teufelskreis aus Alkoholkonsum und depressiver Stimmung. Auch diese Aspekte des Alkoholismus werden mit den Patientinnen und Patienten eingehend diskutiert.

Ermutigung der Patientinnen und Patienten, sich aktiv mit der Nachsorgeplanung auseinanderzusetzen

Wie bereits erwähnt, ist das Programm im Laufe der Zeit in Richtung einer gezielten Motivation der Patientinnen und Patienten hinsichtlich längerfristiger Behandlungen erweitert worden. Es wird darüber informiert, welche weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten existieren und welche davon für den einzelnen Patienten am geeignetsten erscheinen. Im einzelnen kommen in Frage:

- (a) stationäre Rehabilitationsbehandlung, 13 Wochen bis 12 Monate
- (b) ambulante Rehabilitationsbehandlung
- (c) wöchentliche Einzelberatung
- (d) Abstinenzgruppe des CAT
- (e) AA-Gruppe

Die Patientinnen und Patienten werden in der Haltung bestärkt, daß die Entgiftung der erste Schritt auf dem Weg zur Überwindung der Alkoholabhängigkeit ist. Die Hinzuziehung einer Sozialarbeiterin ist möglich, um eingehendere Informationen über weiterführende Behandlungsmöglich-

keiten zu erhalten sowie finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären.

3. ZUWEISUNGSWEGE

Gemeindeorientiertes Alkohol-Team (CAT)

Durch das zum selben Psychiatrischen Gesundheitsdienst gehörende CAT werden Patientinnen und Patienten dem ambulanten Entgiftungsprogramm zugeführt.

Allgemeindrztinnen und -ärzte

Aufgrund der langen Zeit seiner Existenz ist das Entgiftungsprogramm vielen Ärztinnen und Ärzten innerhalb unseres Versorgungsgebietes bekannt. Daher haben Überweisungen von dieser Seite beständig zugenommen. Nicht alle Patientinnen und Patienten erfüllen dabei die notwendigen Voraussetzungen für eine ambulante Entgiftung, so daß in manchen Fällen andere Behandlungsmöglichkeiten gefunden werden müssen.

Gemeindeorientierte Teams für psychische Gesundheit (CMH-Teams)

Diese Teams behandeln psychiatrische Patientinnen und Patienten in den Gemeinden Wandsworth und Merton Borough. Ein großer Teil davon hat alkoholbezogene Probleme. Häufig besteht eine Doppeldiagnose. Die CMH-Teams stellen die betreffenden Patientinnen und Patienten bei uns vor, so daß durch uns eine alkoholbezogene Behandlung stattfinden kann, während die allgemeinspsychiatrische Behandlung durch das CMH-Team weitergeführt wird.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des St. George's Hospital

Hierbei handelt es sich v. a. um Beschäftigte in der Notaufnahme, mit der die psychiatrische Abteilung eng kooperiert. Meist geht es um Patientinnen und Patienten, die sich selbst Verletzungen zugefügt haben und von denen eine große Zahl alkoholabhängig ist. Ferner werden häufig Patientinnen und Patienten vorgestellt, die alkoholbedingte Unfälle erlitten haben.

Selbstüberweisung

Obwohl sie nicht dazu ermutigt werden, stellen sich immer wieder Patientinnen und Patienten aus eigenem Antrieb vor. Meist sind sie bereits früher einmal im Entgiftungsprogramm behandelt worden, oder sie haben von anderen Patientinnen und Patienten davon gehört und streben eine entsprechende Behandlung an. Patientinnen und Patienten können sich einen Monat nach dem letzten Termin erneut vorstellen, falls die Behandlung nicht erfolgreich war. Dies ist maximal dreimal pro Jahr möglich.

4. ABLAUF DER UNTERSUCHUNG UND BEHANDLUNG

4.1 Detaillierte Anamneseerhebung einschließlich:

... Familienanamnese / Analyse des häuslichen Umfeldes

- (a) Wird der Patient zu Hause unterstützt? Ist die häusliche Umgebung mit der Durchführung einer ambulanten Entgiftung vereinbar?
- (b) Probleme zwischen Familienmitgliedern, Auswirkungen des Trinkverhaltens des Patienten auf seine Familie.
- (c) Familienanamnese in Bezug auf Alkoholkonsum.

... Analyse der momentanen persönlichen Situation

- (a) Warum kommt die Patientin gerade jetzt?
- (b) Welcher Anlaß, welches Ereignis hat die Patientin bewogen, Hilfe zu suchen? Gesundheitliche Einschränkungen? Probleme am Arbeitsplatz? Druck der Familie?

... Psychiatrische Vorgeschichte

- (a) Frühere psychiatrische Behandlung?
- (b) Frühere Behandlung wegen Alkoholproblemen?
- (c) Signifikante psychiatrische Probleme, die die Durchführung einer ambulanten Entgiftung beeinträchtigen könnten?

... Suchtanamnese

- (a) Wann wurde der Alkoholkonsum subjektiv zum Problem?
- (b) Frühere Versuche, den Alkoholkonsum einzuschränken oder aufzugeben.
- (c) Wann und warum hat der Alkoholkonsum zugenommen?
- (d) Gibt es ein Trinkmuster? Episodisches oder kontinuierliches Trinken?

4.2 Fragebogen zur Ausprägung der Alkoholabhängigkeit

Der „Severity of Alcohol Dependence Questionnaire“ (Stockwell et al. 1983) wird von allen Patientinnen und Patienten vor Beginn des Entgiftungsprogramms ausgefüllt. Aufgrund dieser Daten wird die Ausprägung der bestehenden Alkoholabhängigkeit und die Dosis der erforderlichen medikamentösen Behandlung eingeschätzt (vgl. Tab. I). Außerdem hilft der Fragebogen Patientinnen und Patienten dabei, sich die unangenehmen Auswirkungen des Alkoholkonsums deutlich zu machen und ermutigt sie, den Konsum zu beenden.

4.3 Blutuntersuchung

Untersuchung der γ -GT, um alkoholtoxische Leberschäden festzustellen. Der Befund wird den Patientinnen und Patienten erläutert und ihren Ärztinnen und Ärzten mitgeteilt.

Medikamentöse Behandlung (Tagesdosen in mg Diazepam)		
	Schweregrad der Abhängigkeit	
	ausgeprägt	mäßig
Tag 1	40	30
Tag 2	30 variabel je nach aufgetretenen Entzugserscheinungen	20 variabel je nach aufgetretenen Entzugserscheinungen
Tag 3	20	15
Tag 4	15	10
Tag 5	10	5
Tag 6	5	-

Tab. 1: Schema der medikamentösen Behandlung

4.4 Behandlungsverlauf

Es findet eine tägliche Beratung durch ein und dieselbe Pflegekraft statt. Es hat sich herausgestellt, daß Patientinnen und Patienten diese Beratung als sehr wertvoll ansehen. Sie schafft den Rahmen, um - bei vielen Betroffenen *erstmalig* - über Befürchtungen und Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch zu sprechen. Patientinnen und Patienten bringen sehr häufig ihre Erleichterung darüber zum Ausdruck, daß sie an jedem der fünf Tage dieselbe Pflegekraft sehen, wodurch sich eine therapeutische Beziehung in einer sicheren, angenehmen und vertraulichen Atmosphäre ausbildet.

Tag 1: Der erste Tag wird hauptsächlich dazu genutzt, die Patientinnen und Patienten zu untersuchen bzw. die begonnene Untersuchung fortzusetzen. Es werden Informationen eingeholt zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand, zu emotionalen, familiären und finanziellen Problemen sowie zu Problemen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz oder der Partnerschaft. Das Behandlungsprogramm wird in aller Ausführlichkeit vorgestellt. Die Patientinnen und Patienten werden ausdrücklich ermuntert, alle Befürchtungen im Zusammenhang mit der Entgiftung zu äußern.

Tag 2: Akute körperliche Beschwerden werden erfragt und besprochen. Das Programm wird erneut erklärt, da viele Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Ängstlichkeit am ersten Tag nicht alle notwendigen Informationen erfassen. Mit Bezug auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen findet eine Gesundheitsberatung statt.

Tag 3: An diesem Tag geht es vorrangig um spezifische Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen der Patientinnen und Patienten. Alterna-

tive Bewältigungsstrategien sowie sinnvolle Veränderungen des Lebensstils werden besprochen.

Tag 4: Zu diesem Zeitpunkt beschreiben Patientinnen und Patienten üblicherweise eine deutliche Verbesserung ihres körperlichen Zustandes. In der 3. und 4. Sitzung werden Ratschläge zur Rückfallprophylaxe gegeben. Die Patientinnen und Patienten erhalten Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten. Sie werden ermutigt, während der Entgiftungsphase Kontakt zu entsprechenden Einrichtungen aufzunehmen, um Termine für die darauffolgende Woche zu machen. Den Patientinnen und Patienten wird grundsätzlich geraten, noch während der Entgiftung Treffen der Anonymen Alkoholiker aufzusuchen, um möglicherweise auf längere Sicht Anschluß an die AA-Bewegung zu finden. Soweit sie weitergehende Informationen über Rehabilitationsprogramme benötigen, kann ein Termin mit einem Sozialarbeiter vereinbart werden.

Tag 5: Der zurückliegende Entgiftungsverlauf wird besprochen, wobei das Erreichte positiv verstärkt wird. Es wird über die sinnvolle Nachsorge und die konkreten Planungen der Patientinnen und Patienten gesprochen. Patientinnen und Patienten, die noch keinen Kontakt zum CAT hatten, können dorthin überwiesen werden, um an einer Nachsorgegruppe teilzunehmen. Die Abstinenzerhaltungsgruppen können für den Übergang zwischen Entgiftung und Rehabilitationsbehandlung genutzt werden. Die Patientinnen und Patienten treffen sich in diesen Gruppen mit anderen Klienten des CAT unter Anleitung einer geschulten Beraterin zweimal pro Woche über vier bis sechs Wochen. Den Patientinnen und Patienten wird vorgeschlagen, zu einer der Gruppensitzungen ihre Partnerinnen bzw. Partner mitzubringen.

4.5 Vorstellung und Vorbereitung von Langzeitbehandlungen (s.o.)

Das grundsätzliche Vorgehen im Rahmen des Entgiftungsprogramms besteht in einer kontinuierlichen Unterstützung der Patientinnen und Patienten, solange sichergestellt ist, daß sie aktiv ihre Abstinenz aufrechterhalten. Es wird erwartet, daß jeder Patient mindestens *einen* weiterführenden Kontakt organisiert.

5. JURISTISCHE ABSICHERUNG

Die Patientinnen und Patienten werden eindringlich vor dem Risiko durch Alkoholkonsum während der Diazepam-Medikation gewarnt. Die entsprechenden Hinweise werden in der Akte dokumentiert. Zwischen dem Patientinnen und Patienten und der Abteilung wird eine mündliche Behandlungsvereinbarung getroffen. Die Hausärztin wird über die Behandlung informiert. Soweit notwendig, werden Fachärzte hinzugezogen (z. B. für

Hepatology oder Neurologie). Wenn Patientinnen und Patienten sich aus eigenem Antrieb vorstellen, können sie zwar vorgemerkt werden, müssen aber vor Behandlungsbeginn eine Überweisung durch ihren Hausarzt vorlegen. Dadurch ist sichergestellt, daß der Hausarzt informiert ist, keine relevanten medizinischen Informationen verborgen bleiben und keine Patientinnen und Patienten ins Programm aufgenommen werden, die lediglich Beruhigungsmittel verschrieben bekommen möchten. Außerdem erleichtert dieses Vorgehen die Weiterbehandlung durch den Hausarzt nach Abschluß der Entgiftung.

6. VORTEILE

Patientinnen und Patienten bleibt die Krankenhausbehandlung erspart.

Die psychiatrische Krankenhausbehandlung bedeutet noch immer eine Stigmatisierung, so daß einige Patientinnen und Patienten sie nicht auf sich nehmen würden. Eine Reihe von Patientinnen und Patienten, die bereits vollstationär behandelt worden sind, berichten, daß sie sehr bald nach der Entlassung rückfällig wurden. Dies könnte mit dem Problem zusammenhängen, daß der Übergang von einer vollstationären Krankenhausbehandlung zum normalen Alltag schwieriger ist, als wenn man nach einer kurzen intensiven ambulanten Sitzung nach Hause kommt.

Die Behandlung ist sicher und effektiv.

Sobald medizinische Komplikationen auftreten, wird unverzüglich die notwendige Behandlung eingeleitet. Die verwendete Entgiftungsmedikation wird problemlos vertragen. Die Patientinnen und Patienten werden täglich hinsichtlich körperlicher Entzugserscheinungen befragt und untersucht.

Die Behandlung erfolgt ohne Verzögerung.

Patientinnen und Patienten, die überweisen werden oder sich selbst vorstellen, müssen normalerweise nicht länger als einige Tage bis zum ersten Termin warten. Die Behandlung beginnt grundsätzlich montags. Patientinnen und Patienten werden davor gewarnt, den Alkoholkonsum vor Behandlungsbeginn abrupt zu beenden.

Aufgrund negativer Erfahrungen werden keine ambulanten Notfallentgiftungen durchgeführt. Das Programm ist grundsätzlich so strukturiert, daß sich jede Entgiftung über die gesamten fünf Arbeitstage der Woche erstreckt.

Es besteht eine durchgängige Motivation.

Die Patientinnen und Patienten müssen die aktive Entscheidung getroffen haben, sich behandeln zu lassen. Im Gegensatz dazu wird ihnen bei Krankenhausaufnahmen, die durch psychiatrische oder medizinische Notfallsituationen bedingt sind, die Entscheidung zur Entgiftung häufig abgenommen.

Die Abhängigkeit vom Krankenhaus wird vermieden.

Dies hat mit dem oben bereits diskutierten schwierigeren Übergang vom Krankenhaus nach Hause zu tun, vor allem, wenn das Umfeld eher eine nicht-unterstützende, entmutigende Haltung einnimmt.

Die Durchführung ist sehr einfach.

Es ist lediglich eine Pflegekraft erforderlich, die bis zu 5 Patientinnen und Patienten pro Woche behandeln kann. Aufgrund der Durchführung in Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus sind alle unter Umständen erforderlichen Angebote vorhanden. Die Medikation wird für jeden Tag einmal festgelegt.

Die Beratung findet täglich durch dieselbe Pflegekraft statt.

Dies wird von den Patientinnen und Patienten nach eigenen Angaben als sehr hilfreich erlebt, während überlastete Pflegekräfte in einer stark frequentierten Psychiatrischen Klinik oft nicht viel Zeit haben, sich mit den Entgiftungspatienten zu beschäftigen.

Die Patientinnen und Patienten werden ermutigt.

Von Anfang an werden die Patientinnen und Patienten ermutigt, in der Behandlung aktiv zu sein und nach Angeboten für eine kontinuierliche längerfristige Unterstützung zu suchen. Dabei wird versucht, die individuell angemessensten Angebote herauszufinden.

Die Selbständigkeit der Pflegekraft ist größer als üblich.

Dadurch wird die Kompetenz der Pflegekraft, insbesondere auf dem Gebiet der Beratung, genutzt und weiterentwickelt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Programms erhalten Supervision und Unterstützung.

Es werden gute Verbindungen zu anderen Anbietern der Suchtkrankenhilfe hergestellt.

Das Programm verbessert die gute Zusammenarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten. Die Mitarbeiter des Entgiftungsprogrammes sind in der Lage, gezielt hinsichtlich der Möglichkeiten einzelner Anbieter (z. B. Wartezeit, Behandlungskriterien) zu beraten. Viele Rehabilitationszentren machen den Patientinnen und Patienten zur Bedingung, vor der Aufnahme 7 Tage lang ohne Alkohol zu sein. Dies setzt uns in die Lage, eine Rehabilitationsbehandlung im unmittelbaren Anschluß an die Entgiftung zu organisieren.

Die Behandlung ist kostendämpfend und spart Krankenhausbetten ein.

Durch das Programm könnte die Anzahl notwendiger Krankenseinweisungen um 50% gesenkt werden. Dadurch wurden Betten für andere Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen frei. Das Programm kann mit einer einzigen Pflegekraft und einer Ärztin in Bereitschaft durchgeführt werden. Die Möglichkeiten anderer Anbieter können genutzt werden.

7. NACHTEILE

Die Abbrecher könnten medizinische Komplikationen erleiden.

Um dies möglichst zu verhindern, werden die Hausärztinnen und -ärzte grundsätzlich darüber informiert, ob der Patient die Behandlung regulär beendet hat oder nicht. Darüber hinaus wird, wenn signifikante behandlungsbedürftige Befunde erhoben werden, die notwendige Behandlung eingeleitet.

Konkrete Fälle medizinischer Komplikationen bei Abbrechern sind bisher nicht bekannt geworden. Daten darüber sind jedoch schwierig zu gewinnen.

Die Tätigkeit ist für die Pflegekraft auf Dauer belastend.

Das Programm ist durch die Intensität und die ständige Wiederholung für die behandelnden Pflegekräfte belastend. Um „burn-out“ zu verhindern, könnte die regelmäßige Rotation von Mitarbeitern sinnvoll sein.

Es gibt unpassende Überweisungen.

Patientinnen und Patienten kommen manchmal mit der Erwartung, daß die Entgiftung unverzüglich beginnt. Der generelle Erfolg des Programms kann gefährdet sein, wenn Patientinnen und Patienten sich intoxikiert vorstellen und damit keine angemessene Einschätzung möglich ist.

Es ist schwierig, Daten über den Langzeiterfolg der behandelten Patientinnen und Patienten zu gewinnen.

Nach welchen Kriterien soll der Erfolg gemessen werden? Würde eine Studie über Monate oder Jahre erforderlich sein? Patientinnen und Patienten, denen zu einer Langzeitbehandlung geraten wurde, entscheiden sich oft, keine der angebotenen Möglichkeiten zu nutzen. Häufig sieht man sie danach nie wieder.

8. AUSWERTUNG DER VORHANDENEN DATEN UND SCHLUßFOLGERUNGEN

Es ist von großer Bedeutung, daß die ambulante Entgiftung sicher und effektiv ist und die Zahl der zugewiesenen Patientinnen und Patienten künftig ansteigt.

Tabelle 2 ist zu entnehmen, daß die Patientinnen und Patienten des CAT hinsichtlich der erfolgreichen Beendigung der Entgiftung eine bessere Prognose haben als andere. Daraus läßt sich schließen, daß die ambulante Entgiftung effektiver ist, wenn die Patientinnen und Patienten ein integriertes Behandlungsangebot erhalten, das eine kontinuierliche und ganzheitliche Behandlung und Unterstützung vor, während und nach der Entgiftung sicherstellt.

Da das CAT und unsere Psychiatrische Abteilung ihre alkoholbezogenen Dienste in Zukunft eng koordinieren werden, kann angenommen werden,

daß die ambulante Entgiftung weiterentwickelt wird und ihre Effizienz noch vergrößert werden kann.

<i>Ambulante Entgiftung Juli bis September 1996</i>			
Zuweisung durch <i>Juli</i>	Patientenzahl	Abbruch	Regulär beendet
CMHT	2	1	1
Hausarzt	5	3	2
selbst	4	4	0
CAT	7	2	5
sonstige	2	1	1
Summe	20	11	9
<i>August</i>			
CMHT	2	0	2
Hausarzt	2	2	1
selbst	5	5	0
CAT	8	1	7
sonstige	3	2	1
Summe	21	10	11
<i>September</i>			
CMHT	2	0	2
Hausarzt	5	3	2
selbst	3	3	0
CAT	7	4	3
sonstige	2	0	2
Summe	19	10	9

Tab. 2: Ergebnisse ambulanter Entgiftung 3. Quartal 1996

9. AUSBLICK

Das CAT wird in die Psychiatrische Abteilung integriert werden. Bisher bietet das CAT Untersuchung und Beratung in drei anderen Kliniken des Einzugsbereiches an. Mit der Integration in unsere Abteilung wird es möglich sein, Patientinnen und Patienten eine umfassendere Untersuchung und Behandlung an einer zentralen Stelle anzubieten. Das CAT setzt sich aus einer Koordinatorin, zwei Krankenpflegekräften, drei Ärztinnen, einem Sozialarbeiter und verschiedenen Beratern bzw. Gruppentherapeuten zusammen.

Die bedeutendste Veränderung des Programms wird die Durchführung in einem Gruppensetting sein. Behandlungsbedingungen und Aufnahmekrite-

rien werden nicht verändert. Die Behandlung wird aus sechs einstündigen Gruppensitzungen über einen Zeitraum von zwei Wochen bestehen. Die Patientinnen und Patienten erhalten bei Bedarf zusätzlich Einzelberatungen, wenn Probleme vorhanden sind, die nicht im Gruppenzusammenhang besprochen werden können. Die Patientinnen und Patienten erhalten eine Checkliste zur Einschätzung von Entzugerscheinungen, die täglich während der Dauer der Entgiftung geführt wird. Ferner können Hausbesuche und fortlaufende Beratungen angeboten werden.

LITERATUR

Stockwell, T./Murphy, D./Hodgson, R.: The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. In: British Journal of Addiction, 78 1983, S. 145-155

Erfahrungen mit der ambulanten Entgiftung in Berlin-Pankow

Mechtild Donath

Ich leite als Psychologin eine Beratungsstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängige in Berlin-Pankow. Träger dieser Beratungsstelle ist das Sozialpädagogische Institut. Kernstück der Arbeit dieser Beratungsstelle ist neben den anderen für eine Beratungsstelle typischen Aufgaben die psychosoziale Begleitung während der ambulanten Entgiftung. Die Beratungsstelle ist fester Bestandteil der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung unseres Bezirkes und hat einen Versorgungsauftrag, eine Versorgungsverpflichtung bezüglich der Abhängigkeitskranken des Bezirkes Berlin-Pankow übernommen. Hierzu sind konkrete Absprachen und Vereinbarungen mit dem Sozial-psychiatrischen Dienst des Bezirkes getroffen worden. Zur Zeit arbeiten in der Beratungsstelle eine Sozialarbeiterin, ein Sozialarbeiter, eine Psychologin und eine Verwaltungskraft.

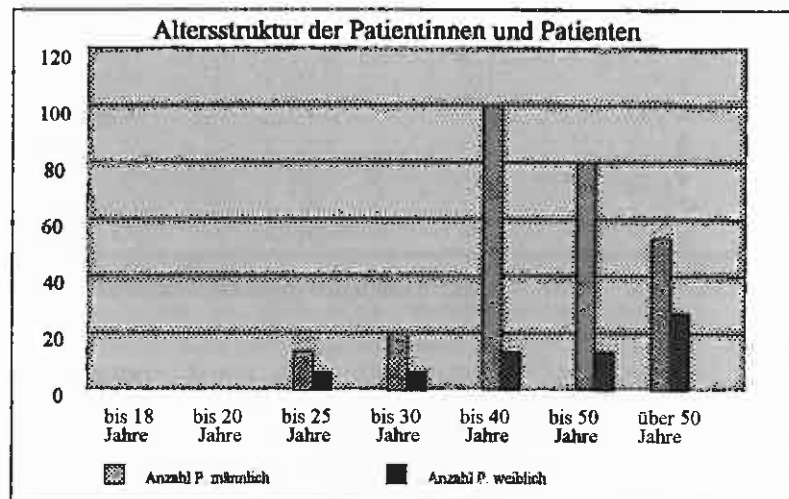


Abb. 1: Alterstruktur der Patientinnen und Patienten in der Beratungsstelle

90 Prozent der Patientinnen und Patienten sind Pankower Bürger. Von Juli 1992 bis August 1996 haben wir 807 Abhängigkeitskranke erfasst. Geht man von 3% behandlungsbedürftigen Alkoholkranken aus, so sind das für

unsere Versorgungsregion (ca. 100.000 Einwohner) ca. 3.000 Menschen, die 807 Patientinnen und Patienten entsprechen somit 27% von 3.000.

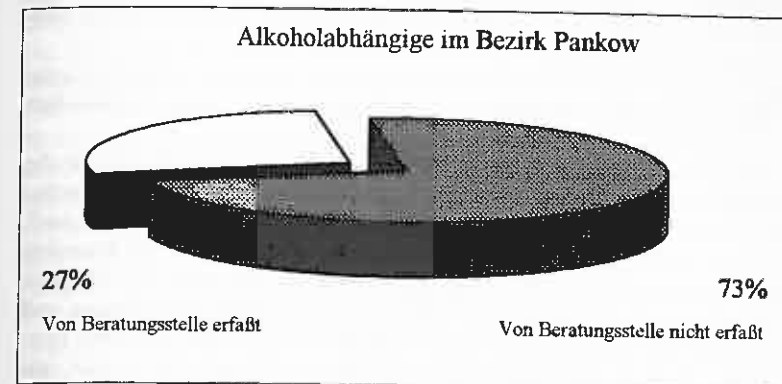


Abb. 2: Quote erfafter und nicht erfafter Alkoholabhängiger im Bezirk Pankow

Im folgenden werde ich die Konzeption und einige Erfolge der ambulanten Entgiftung und Krisenintervention darstellen.

In jeder Arztpraxis für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin und für Neurologie und Psychiatrie werden Patientinnen und Patienten mit vegetativer Entzugssymptomatik behandelt. Sie kommen nach einer Trinkphase oder zur Trinkphasenunterbrechung. Die herkömmliche Behandlung ist fast ausschließlich darauf ausgerichtet, die primären körperlichen Vergiftungssymptome abzubauen. Weder konzeptionell noch personell sind die Ärztinnen und Ärzte darauf eingestellt, die Motivationsfrage in der Suchtproblematik aufzuarbeiten und auf der Grundlage einer umfassenden medizinischen, psychologischen und sozialen Diagnostik gezielte suchtspezifische Interventionen und Behandlungsmaßnahmen rechtzeitig durchzuführen und einzuleiten.

Eine stationäre Entgiftung, wo solches vielleicht geleistet wird, ist aufgrund des körperlichen Zustandes oft nicht notwendig. Es kommt also darauf an, die durchgeführten ambulanten Entgiftungen zu qualifizieren. Eine solche qualifizierte ambulante Entgiftung wird in unserer Beratungsstelle in Kooperation mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten seit mehreren Jahren erfolgreich durchgeführt und hat auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen hohen Stellenwert. Da die Beratungsstelle seit 1981 am gleichen Ort existiert, gibt es im Bezirk traditionelle Kooperationsbeziehungen und Arbeitsweisen.

Die Beratungsstelle wurde bis zur Übernahme in Freie Trägerschaft von einer Ärztin (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie) geleitet. Sie bekam von den Ärztinnen und Ärzten des Bezirkes die Alkoholkranken überwie-

sen, die Beratungsstelle mit kurativem Auftrag war zuständig für die Behandlung der Alkoholabhängigen. So führte die Ärztin ambulante Entgiftungen durch, und mit den anderen Mitarbeitern, Psychologinnen und Sozialarbeitern, wurden die Patientinnen und Patienten in dieser Zeit begleitet. Es wurde ein tägliches Angebot entwickelt.

So erfuhren die Patientinnen und Patienten von Anfang an eine psychosoziale Betreuung, und wir kamen weg von der vorwiegend medizinischen Versorgung.

Seit dem Ausscheiden der Ärztin 1992 begleitet die Beratungsstelle die Patientinnen und Patienten während der ambulanten Entgiftung in Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft. Die Beratungsstelle ist nach wie vor bei Alkoholproblemen die erste Anlaufstelle, trotz der strukturellen Veränderungen, d.h. des Wechsels zum Freien Träger und der Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte in freier Niederlassung. Viele Patientinnen und Patienten, die in einer Trinkphase sind und nicht ohne Hilfe aufhören können zu trinken bzw. im Entzug stecken, kommen von sich aus zu uns, andere werden von den Hausärzten geschickt, oftmals mit Überweisungsschein.

Der Entschluß vieler Alkoholabhängiger, mit dem Trinken aufzuhören, wird aus einer äußerst kritischen Lebenssituation und/oder körperlichen Problematik heraus gefaßt. Viele befinden sich in einer akuten Krisensituation. Es handelt sich hier um Krisen im körperlichen, psychischen und/oder sozialen Bereich. Wir nutzen die Krisen als therapeutischen Ansatzpunkt, der die Auseinandersetzung des Kranken mit seiner Krankheit, die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für das eigene Leben und die weitere Therapiemotivation fördert.

Wir bieten den Patientinnen und Patienten dazu folgendes an:

Ohne Voranmeldung erhält der Patient die Möglichkeit zu einem Gespräch, in dem wir sein Anliegen erfahren. Bei den meisten Patientinnen und Patienten ist eine Trinkphasenunterbrechung, ein Entzug, vordergründig notwendig. Viele Patientinnen und Patienten wünschen, diesen Entzug ambulant durchzuführen. Zur ambulanten Entgiftung und Krisenintervention bieten wir den Patientinnen und Patienten unsere tägliche Gruppe an, die sie ab dem folgenden Tag besuchen können.

Gleichzeitig beachten wir die notwendige ärztliche Betreuung. Erfolgt diese nicht über den Hausarzt, vermitteln wir einen Facharzt. Auf jeden Fall soll möglichst noch am gleichen Tag der Arzt aufgesucht werden. Da dieses Angebot vielen Ärztinnen und Ärzten im Bezirk bekannt ist und sie durch unsere Arbeit eine Entlastung erfahren, schicken sie die Patientinnen und Patienten oft gleich zu uns, während sie die medizinische Betreuung übernehmen.

Wie bereits erwähnt, können alle Patientinnen und Patienten ab dem nächsten Tag an der täglichen Gruppe teilnehmen. Vereinbart wird die tägliche Teilnahme an der Gruppe über mindestens drei Wochen, parallel dazu

werden Einzelgespräche zur Diagnostik, Anamneseerhebung und Termine zur Regelung anstehender sozialer Probleme, die eigentlich immer vorliegen, vereinbart und durchgeführt. Patientinnen und Patienten, die berufstätig sind, werden vom Arzt krankgeschrieben.

Die Ärztinnen und Ärzte, mit denen wir eng kooperieren, bestellen die Patientinnen und Patienten anfangs täglich zur Überwachung des körperlichen und psychischen Zustandes, nach ca. einer Woche in etwas größeren Abständen. Es erfolgt eine umfassende medizinische Diagnostik (internistisch, neurologisch, psychiatrisch incl. umfangreichem Labor), eine entsprechende Behandlung wird eingeleitet. Die Ärztinnen und Ärzte motivieren darüber hinaus die Patientinnen und Patienten dazu, mindestens drei Wochen unser Angebot in Anspruch zu nehmen.

Hauptteil der Behandlung ist die tägliche Gruppenstunde. Nach der ersten Gruppenstunde wird eine Vereinbarung für drei Wochen getroffen. In der Gruppe zeigt sich meist sehr eindeutig die eigentliche Persönlichkeitsstörung der Patientinnen und Patienten, was die Chance bietet, diese im Gruppenprozeß zu thematisieren.

Die Ziele der Beratungsgespräche sind:

- (a) Beseitigung der vorliegenden Krisensituation durch psychische Bewältigung (Arbeitslosigkeit, drohender Arbeitsplatzverlust, Trennung vom Partner, Wohnungsprobleme),
- (b) Stabilisierung der sozialen Situation der Betroffenen,
- (c) Weiterentwicklung von Krankheitseinsicht und -bewältigung, z. B. Erarbeiten einer Therapiemotivation für eine weiterführende ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung.

Für die Patientinnen und Patienten heißt das:

- (a) Erkennen der Notwendigkeit einer Änderung der gegenwärtigen Situation und des gegenwärtigen Verhaltens,
- (b) Akzeptanz der eigenen Verhaltensdefizite,
- (c) Akzeptanz der angebotenen Hilfe,
- (d) Anerkennung des Status eines Suchtkranken, wobei das Zusammensein, das Miteinander von Gleichbetroffenen eine große Wirkung hat.

Mit dieser Form der Krisenintervention werden folgende Vorteile deutlich:

- (a) Eine größtmögliche Realitätsnähe ist gewährleistet.
- (b) Es besteht die Möglichkeit der Aufarbeitung neuer Erfahrungen in den realen Lebenssituationen der Patientinnen und Patienten.
- (c) Die Klärung sozialer Konflikte vor Ort ist möglich.
- (d) Für gezielte therapeutische Maßnahmen können die Vorteile der Gruppenarbeit genutzt werden.
- (e) Keine Überforderung der aktuellen Fähigkeiten.

(f) Zu Beginn der Teilnahme an dieser therapeutischen Intervention können die Patientinnen und Patienten alkoholisiert kommen - wir stellen keine vorerst unerfüllbaren Forderungen an die Patientinnen und Patienten. Wir überreimen sie nicht mit der Forderung: „Entweder sind Sie morgen nüchtern oder Sie gehen in die Klinik!“ Wir geben den Patientinnen und Patienten angemessene Zeit, selbst zu begreifen und zu erkennen, welches Hilfsangebot sie annehmen müssen.

(g) Die Teilnahme an der Gruppe ist zeitlich unbegrenzt, Patientinnen und Patienten sollten mindestens über 3 Wochen täglich kommen, können aber auch solange kommen, wie sie es brauchen und die Teilnahme für sie nützlich ist.

(h) Diese Form der Therapie kann immer wieder in Anspruch genommen werden. Rückfälle sind kein Ausschlußkriterium.

Zielgruppen des ambulanten Entgiftungsangebots sind:

- (1) Neue Patientinnen und Patienten,
- (2) Patientinnen und Patienten, die bisher noch keine Entwöhnungsbehandlung aufgenommen haben und wiederholt rückfällig geworden sind,
- (3) Patientinnen und Patienten, die trotz Teilnahme an Therapien bisher ohne Behandlungserfolg blieben,
- (4) Patientinnen und Patienten in einer Krisensituation (Rückfallgefährdung),
- (5) Patientinnen und Patienten, die eine stationäre Entgiftung hinter sich haben. Die drei Wochen im Krankenhaus reichen oft nicht aus, um wieder „etwas Boden unter die Füße“ zu bekommen und einen „roten Faden“ zu finden.

Dreimal in der Woche wird in der täglichen Gruppenstunde eine Entspannungs- und Wahrnehmungsübung durchgeführt (s. Abb. 3). Deren Ziel ist die Wahrnehmung der aktuellen körperlichen und seelischen Befindlichkeit. Denn die Gefühlsabwehr stellt ein Schlüsselproblem der Abhängigkeit dar. Auch nach Wegfall des Suchtmittels besteht die Unfähigkeit der Gefühlswahrnehmung und das daraus folgende inadäquate Verhalten weiter. Durch die Wahrnehmung und Akzeptierung eigener Gefühle wird bei den Patientinnen und Patienten der Prozeß der Auseinandersetzung mit eigenen Zielvorstellungen und Bewältigungsmechanismen gefördert. In der täglichen Gruppenstunde wird zu Beginn eine kurze Entspannungsübung durchgeführt. Sie dauert ca. zehn Minuten.

Einmal wöchentlich findet an einem Tag im Anschluß an die Gruppenstunde ein Informationsseminar statt. Hier wird versucht, den Patientinnen und Patienten das nötige medizinische und psychologische Wissen an die Hand zu geben, um die eigene Abhängigkeitsentwicklung und das therapeutische Vorgehen verstehen und nachvollziehen zu können. Die Form der Darbietung regt an und gibt den Patientinnen und Patienten die Gele-

genheit, über ihr Leben jeweils unter einem speziellen Aspekt nachzudenken und dabei das erworbene Wissen auf sich selbst anzuwenden. Die Gesprächsinhalte der Gruppenstunde werden oft durch die Seminarthemen bereichert und angeregt (dies gilt auch umgekehrt). In dieser Stunde stellt sich ca. alle vier Wochen die in unserem Bezirk sehr aktive und anerkannte Selbsthilfegruppe SUSE e. V. vor.

Seit September haben wir die Möglichkeit, durch einen Honorarmitarbeiter zwei weitere Angebote zu machen. So wird zweimal in der Woche ein Kurs *Rückfallprophylaxe* durchgeführt und einmal in der Woche ein Gruppenausflug.

Nicht zu vergessen sind natürlich die Diagnostik und - sehr wichtig - die Sozialarbeit. Die soziale Bestandsaufnahme beginnt bereits im ersten Gespräch. Die ersten Hilfsmaßnahmen, die der Patient erfährt, betreffen oft seine akute soziale Problemsituation. Ein sehr günstiger Aspekt ist die *Beziehungsaufnahme durch konkrete Sozialarbeit*. Patientinnen und Patienten erfahren umfassende Hilfe bei der Klärung sozialer Probleme - von beraten bis begleiten und befähigen. Auch Maßnahmen zur Kontakterhaltung - Hausbesuche - werden, wenn nötig, durchgeführt.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
9.00 - 10.30 Gruppenstunde mit Entspannungs- und Wahrnehmungsübungen	9.00 - 10.30 Gruppenstunde	9.00 - 10.30 Gruppenstunde mit Entspannungs- und Wahrnehmungsübungen	13.00 - 14.00 Gruppenstunde mit Entspannungs- und Wahrnehmungsübungen 14.00 - 15.00 Informationsgruppe	9.00 - 10.30 Gruppenstunde neu: Kurs Rückfallprophylaxe
neu: Kurs Rückfallprophylaxe				

Abb. 3: Wochenplan Ambulante Entgiftung

Folgende Erfahrungen haben wir innerhalb unserer Arbeit gemacht: Der erste Effekt für die Patientinnen und Patienten ist, daß sie jeden Tag zur gleichen Zeit in der Beratungsstelle erscheinen und hierdurch langsam wieder Struktur in ihren Tagesablauf bekommen. Nach und nach regeln sie ihre Angelegenheiten und haben in der Gruppe und in den Mitarbeitern konkrete Ansprechpartner. Sie bekommen den Kopf wieder frei und können anfangen, sich um sich selbst zu kümmern. Sie erleben sich nicht allein. Selbst ihre körperlichen Beschwerden überwinden sie durch ihre Ak-

tivität schneller. Es ist ein Unterschied, ob man sich in der Klinik ins Bett legt und behandeln läßt, oder ob man jeden Tag zu uns kommt. Gerade dieser Eigenanteil an der Überwindung stärkt das Bewußtsein, handlungsfähig zu sein, nicht ausgeliefert zu sein. Das Selbstwertgefühl, um das es sowieso nicht gut bestellt ist, wird positiv angeregt. Hier liegen auch die Vorteile gegenüber stationärer Entgiftung: Die *Eigeninitiative* der Patientinnen und Patienten wird von Anfang an gefordert. Der gerade nach dem Klinikaufenthalt so kritische Übergang in einen abstinenten Alltag fällt weg. Der Patient *wächst* hinein.

Wir ermöglichen den Patientinnen und Patienten, eine stabile Beziehung mit uns einzugehen - wir bieten eine hohe Objektkonstanz, was von uns Mitarbeitern viel Zuverlässigkeit und Berechenbarkeit erfordert. Manche Patientinnen und Patienten erfahren zum erstenmal, daß jemand, d. h. unsere Institution, immer für sie da ist. Dies bedeutet für die Patientinnen und Patienten, daß sie erstmals Erfahrungen mit einem stabilen, zuverlässigen Objekt machen, das sie nicht funktionalisiert und mißbraucht und welches sie durch ihr Handeln nicht verlieren und schädigen können. Patientinnen und Patienten erfahren Zuwendung, Achtung und Respekt - ganz wichtige Erfahrungen, um Selbstwertgefühl positiv aufzubauen, um mutiger in der Auseinandersetzung mit sich selbst zu werden, d. h. die Therapieangebote wahrzunehmen.

Wir haben das Jahr 1995 ausführlich ausgewertet und können aufgrund der vorliegenden Daten der ersten drei Quartale 1996 auch den Verlauf dieses Jahres einschätzen.

1995 führten wir in Kooperation mit den Ärztinnen und Ärzten 160 ambulante Entgiftungen durch, davon wurden 109 regulär beendet. Es kam zu 51 Abbrüchen. In den ersten drei Quartalen 1996 führten wir 123 Ambulante Entgiftungen durch. Es sind also ähnliche Gesamtzahlen zu erwarten wie für 1995. Wie bereits erwähnt lassen wir die Teilnahmedauer nach hinten offen - die Patientinnen und Patienten können so lange bleiben, wie sie es brauchen. Selbstverständlich kontrollieren wir in Fallbesprechungen und Supervisionssitzungen, ob sich ein Patient gar nicht trennen kann.

Die meisten Behandlungsabbrüche erfolgten gleich zu Anfang der Behandlung (s. Abb. 4). Wer eine Woche gekommen war, blieb in der Regel länger. Nach 2½-3 Wochen beendeten besonders Patientinnen und Patienten, die berufstätig waren, die Teilnahme. 70% der Patientinnen und Patienten, die das komplette Programm absolviert haben, blieben länger als drei Wochen. Dieses deutliche Bedürfnis nach Auseinandersetzung zeigt, daß die Bereitschaft, etwas zu verändern, die Therapiemotivation, im Zuge der Entgiftung gestiegen war.

Von den Patientinnen und Patienten, die beendet haben, nutzte ein Teil weiterführende Angebote:

(a) ambulante Alkolentwöhnungsbehandlung	20
(b) stationäre Alkolentwöhnungsbehandlung	21
(c) Nachsorgeangebote der Beratungsstelle	9
(d) Teilnahme an Selbsthilfegruppen	8

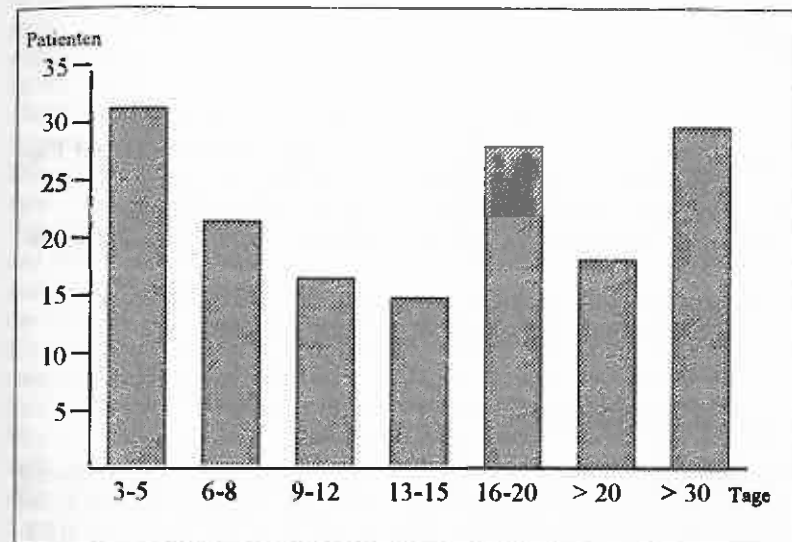


Abb. 4: Anzahl Patienten und Dauer der Teilnahme an der Gruppe in Tagen

50% der Patientinnen und Patienten, die 1995 die ambulante Entgiftung beendet hatten, waren Ende 1996 noch immer abstinent - sicher sind noch einige mehr abstinent, von denen wir nichts wissen.

Die Gründe für diese beachtliche Erfolgsquote sind:

- (1) Hohe Objektkonstanz, Zuverlässigkeit seitens der Institution.
- (2) Wir überfordern die Patientinnen und Patienten nicht, wir verlangen nichts von ihnen, was sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht leisten können.
- (3) Wir geben ihnen Zeit.

Es sollte in diesem Beitrag deutlich geworden sein, daß die psychosoziale Begleitung während der ambulanten Entgiftung eigentlich Motivationsförderung und Krisenintervention heißen müßte. Motivationsförderung ist ein Schwerpunkt in der Alkoholismusbehandlung. Ich denke, wir werden mit unserer Arbeit dieser Aufgabe gerecht.

Abschluß

Zur Umsetzung neuer Behandlungsstrategien - Vorschläge und Perspektiven

Ambros Uchtenhagen

Die folgenden Ausführungen befassen sich mit fünf Thematiken:

- (1) Aktuelle bzw. künftige Konzepte und Strategien im Hinblick auf Probleme im Zusammenhang mit Alkohol und ihre Behandlung
- (2) Die damit verknüpften Veränderungen im Behandlungssystem
- (3) Hindernisse und Barrieren bei der Umsetzung neuer Behandlungsstrategien
- (4) Schattenseiten und Nebenwirkungen neuer Behandlungsstrategien
- (5) Daraus resultierende Prioritäten für die nahe Zukunft

1. KONZEPTE UND METHODEN

Das traditionelle Konzept des chronischen Alkoholismus wurde ersetzt durch ein diagnostisches Konzept von Problemen im Zusammenhang mit Alkohol. Ein prominentes Beispiel dafür ist die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ der WHO (ICD-10). Hier wird eine Einteilung in Syndrome vorgenommen, die sich auf Risiken und den Bedarf an Versorgung und Behandlung beziehen. Sowohl die akute Intoxikation als auch der riskante und schädliche Gebrauch, Abhängigkeitssyndrome, Entzugsstadien, Psychosen, Demenzen und chronische Beeinträchtigungen sind als Syndrome enthalten.

Alkoholabhängigkeit, aus dieser Perspektive, ist nicht länger eine Krankheit an sich, sondern besteht aus einer Reihe von Syndromen, innerhalb derer nicht nur medizinische und psychologische, sondern auch soziale Faktoren, die eine Abhängigkeit kennzeichnen, Berücksichtigung finden (z. B. Trinken jenseits gesellschaftlich akzeptierter Gewohnheiten bzw. Situationen oder Trinken trotz offensichtlich damit verbundener sozialer Konsequenzen).

Welche Konsequenzen lassen sich daraus für eine Behandlung ziehen?

Statt Behandlung als Heilung zu definieren, die den Alkoholismus überwinden soll, kann Behandlung als eine Reihe von Behandlungsstrategien beschrieben werden, die sich direkt auf die o. g. verschiedenen Zustände

beziehen. Das allgemeine Konzept ist das der Schadensminimierung oder Problemminimierung. Interventionen sind gefragt, die auf verschiedenen Ebenen alkoholbezogene Probleme effektiv reduzieren können.

Interventionen gegen *akute Intoxikation* beschränken sich nicht nur auf die Bewältigung der Intoxikationssituation an sich, sondern sollten so konzipiert sein, daß sie die Häufigkeit von Verkehrs- oder anderen Unfällen, die unter akuter Intoxikation passieren, verringern.

Riskantem und schädlichem Gebrauch kann mit Kurzinterventionsstrategien, wie sie in einigen Beiträgen dieses Bandes beschrieben wurden, begegnet werden. Das Ziel mag Abstinenz sein, doch ebenso ein nicht schädlicher oder weniger riskanter Gebrauch - und es ist bemerkenswert, daß in einigen Studien, die in den Beiträgen beschrieben wurden, ausschließlich Ergebnisse zur Abstinenz präsentiert werden.

Die Behandlung des *Abhängigkeitssyndroms* kann abstinenzorientiert sein, aber für einige Patientinnen und Patienten ist auch kontrolliertes Trinken ein Therapieziel. Die biologische Forschung hat einige Indikatoren für ein ansteigendes Abhängigkeitsrisiko bestimmt, die bei der Zieldefinition hilfreich sein können.

Im *Stadium des Entzugs* benötigen wir Interventionen, die Komplikationen bei der Entgiftung vorbeugen, folglich gebührt auch dem Risiko des Medikamentenmissbrauchs während der Entgiftung eine spezielle Aufmerksamkeit. Ambulante Entgiftung ist ein zentrales Thema vieler Beiträge dieses Bandes, und auch hier ist es wieder bemerkenswert, daß die Ergebnisse sich ausschließlich auf Abstinenz beziehen. Entgiftung kann sehr unterschiedliche Ziele haben - natürlich Wege zur Abstinenz zu eröffnen, genauso aber auch Phasen schlechter Gesundheit und sozialen Abstiegs zu überbrücken oder eine zeitweilige Unterbrechung andauernder Intoxifikation zu ermöglichen. Derartige Ziele *müssen* gesetzt werden, und es ist wichtig, entsprechende Effekte zu messen.

Wenn sich eine *chronische Beeinträchtigung* entwickelt hat, können die Interventionen in Richtung soziale Integration ausgerichtet sein, indem Lern- und Ausbildungsprogramme und ein beschützendes Lebensumfeld genutzt werden. Interventionen sollten aber auch für diejenigen vorgehalten werden, die trotz der Beeinträchtigung weitertrinken.

2. GROBE VERÄNDERUNGEN IM BEHANDLUNGSSYSTEM

All dieses verlangt große Veränderungen in den Behandlungsangeboten, deren Grundlinien bereits sichtbar werden:

Die *Deinstitutionalisierung* steigert die Rate der ambulanten Behandlungen im Vergleich zu den stationären. In den letzten 15 Jahren stieg die Rate der ambulanten Behandlungen in Schweden um 60%, in Finnland gar

um 500%. Die Verweildauer in stationärer Behandlung verkürzt sich, Nachsorge wird als regulärer Bestandteil von Behandlung intensiviert.

Dezentralisierung beinhaltet den Ausbau gemeindenaher Behandlungsformen, in der die primäre Gesundheitsversorgung die Verantwortung für weitergehende professionelle Behandlungsangebote übernimmt.

Differenzierung beinhaltet den Ausbau von Tageskliniken, stationären Kurzzeit-Behandlungsprogrammen, Rehabilitationskonzepten und den systematischeren Einbezug der Selbsthilfebewegungen.

Spezialisierung meint die Entwicklung von Vermittlungszentren und Liaisondiensten, die von Spezialisten getragen werden. Diese sollten Wege aufzeigen, wie die Ideologie der Abstinenz überwunden werden kann. Dies wiederum sollte ein Qualitätskriterium in der Ausbildung von Professionellen sein.

Die wichtigsten Gründe für diese Veränderungen sind:

- (1) Unzufriedenheit mit bisherigen Behandlungsergebnissen,
- (2) hohe Kosten für stationäre Behandlungen,
- (3) Implikationen der Psychiatriereform,
- (4) Public-Health-Bewegung.

Ein interessanter Effekt dieser Entwicklungen ist die Veränderung einiger Patientencharakteristika: Die Patientinnen und Patienten werden jünger, kommen aus allen sozialen Schichten (incl. der gut integrierten Schichten). Mit anderen Worten: Die Patientinnen und Patienten repräsentieren eher die Allgemeinbevölkerung, weniger eine marginalisierte Teilgruppe. Spezielle Patientengruppen drängen in die Behandlung wie etwa diejenigen, die wegen Trunkenheit am Steuer aufgefallen sind. Die Veränderung der Zielgruppe wiederum verstärkt den Veränderungsprozeß im Bereich der Behandlungsangebote.

3. HINDERNISSE UND BARRIEREN BEI DER UMSETZUNG NEUER STRATEGIEN

Überholte professionelle Einstellungen spiegeln sich insbesondere in den negativen Vorurteilen von Ärztinnen und Ärzten und anderen Professionellen wider, die im Hinblick auf die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen desillusioniert sind. Diese Haltungen können allerdings nicht durch Vorwürfe verändert werden, sondern vielmehr durch den Nachweis, daß etwas Sinnvolles getan werden kann. Eine pessimistische Einstellung wird am besten dort überwunden, wo neue Strategien ihre Nützlichkeit demonstriert haben.

Ein bedeutendes Hindernis sind *ökonomische Faktoren*. Personal mit chronischer Arbeitsüberlastung wird nur schwer für neue Methoden zu begeistern sein, die zusätzlich Zeit für Fortbildung und Umsetzung benötigen. Der Mangel an angemessenen Hilfsmitteln kommt noch hinzu. Außerdem

erschweren fehlende Anreize eine Veränderung des Verhaltens. Eine defensive Einstellung gegenüber den Krankenkassen und anderen Gesundheitsbehörden, die neuen Verpflichtungen gegenüber zunächst zurückhaltend sind, tut ihr übriges, um die Umsetzung neuer Strategien zu behindern.

Schließlich erschwert der *Mangel an angemessener Ausbildung* der Professionellen die Erprobung neuer therapeutischer Zugänge und deren Evaluation.

Erste wichtige Aufgabe muß deshalb sein, diese Hindernisse ernstzunehmen, um so genügend Unterstützung und Interesse zur Umsetzung neuer Strategien zu entwickeln.

4. MÖGLICHE RÜCKSCHLÄGE UND NEBENWIRKUNGEN NEUER STRATEGIEN

Jede Intervention, jede Veränderung kann unbeabsichtigte Effekte erzeugen. Negative Effekte sollten dabei möglichst vermieden werden, soll Innovation nicht in Gefahr geraten.

Überhebliche Einstellung: Das Konzept der Selbstverantwortung von Patientinnen und Patienten, heute die Basis vieler therapeutischer Konzepte, bedeutet nicht, daß die Verantwortung für das Therapieergebnis ausschließlich auf Seiten der Patientinnen und Patienten liegt.

Neue Ungleichheiten: Private Dienstleister, häufig flexibler als staatliche Institutionen, sprechen vor allem Patientinnen und Patienten der Mittel- und Oberschicht an. Selektive Aufnahmeverfahren, Image der Einrichtung sowie eine bessere personelle und materielle Ausstattung erhöhen die Attraktivität dieser Anbieter für die „Bessergestellten“. Öffentliche Anbieter werden in einem solchen Prozeß bei nachlassenden Ressourcen mehr und mehr verantwortlich für Menschen mit schwierigeren Symptomatiken und umfassenderem Hilfebedarf.

Unangemessene Zugänge zur Behandlung: Dies gilt insbesondere für diejenigen Menschen, die besonders behandlungsbedürftig sind, z. B. chronisch abhängige Trinker mit Persönlichkeitsstörungen und hirnganischen Beeinträchtigungen, Gefängnisinsassen (die Prävalenz alkoholbezogener Probleme in Gefängnissen ist hoch, Rückfälle sind oft verbunden mit Rückfällen in schädliche Trinkgewohnheiten), Mitglieder sozialer Randgruppen mit niedrigem Bildungsniveau, Flüchtlinge aus fremden Kulturen, oder auch polytoxikomane Patientinnen und Patienten, die sich der üblichen Behandlungsroutine widersetzen.

Neue Formen der Kontrolle: Diese müssen sorgfältig beobachtet und evaluiert werden. Hierzu zählen z. B. bestimmte Behandlungsvereinbarungen in der Psychotherapie oder die mit dem euphemistischen Begriff „Arbeitnehmer-Begleit-Programme“ umschriebenen Urin-Tests für den Mißbrauch von Substanzmitteln mit Behandlungsaufgaben und Androhung der

Entlassung bei einem positivem Testergebnis. Darüber hinaus mangelt es an adäquaten Interventionen für Menschen, die wegen Trunkenheit am Steuer aufgefallen sind.

5. SCHLUBFOLGERUNGEN: PRIORITÄTEN FÜR DIE ZUKUNFT

Konzertierte Aktion

Der ökonomische Trend des freien Marktes führt zu einer Verbilligung alkoholischer Getränke. Die Zusammenhänge zwischen Preisgestaltung und Konsummengen sind hinreichend nachgewiesen, eine Steigerung der Gesamtalkoholmenge ist somit zu erwarten. Mit steigenden Konsumraten werden die Probleme ebenso zunehmen. Gesundheitsversorgung und Kommunen versuchen, die Konsummengen herabzusetzen. Eine konzertierte Aktion oder zumindest Formen der politischen Abstimmung zwischen den einzelnen betroffenen Institutionen und Behörden sind gefragt. Die Weltgesundheitsorganisation legt in ihrem Alkohol-Plan, in ihrer Alkohol-Charta und in ihren Empfehlungen für föderal strukturierte Länder (in denen zwischen Bund und Ländern Absprachen nötig sind) sehr viel Wert auf umfassende alkoholpolitische Maßnahmen und ein aufeinander abgestimmtes System von Präventions- und Behandlungsangeboten.

Forschung

Neben der gründlichen Evaluation von Pilotprojekten sind bei allen Behandlungsformen einige Basis- und Routinedokumentationen notwendig, um die Veränderungen der Patientenpopulationen und die dabei entstehenden Probleme in Verbindung mit der jeweiligen Behandlungsform abbilden zu können. Die Evaluation von Behandlungsangeboten und -strategien bei Störungen, die im Zusammenhang mit Alkohol stehen, muß weiter entwickelt werden, insbesondere als vergleichende Evaluation von Strategien und Einrichtungen. Eine systematische Dokumentation ist durchaus auch in der primären Gesundheitsversorgung durchführbar, z. B. mittels Online-Datenübertragung vom Computer in der Arztpraxis. Voraussetzung dazu ist natürlich die grundlegende Bereitschaft und das Interesse an den erhobenen Daten sowie ein angemessenes Forschungsdesign, das Ärztinnen und Ärzte eher unterstützt als kontrolliert.

In einigen Forschungsbereichen müssen neue Methodologien entwickelt werden. Die Erhebung individuellen Behandlungsbedarfs, die Überlegung „Was funktioniert bei wem?“, die Entwicklung differenzierter Behandlungsindikationen oder die Ermittlung eines Angebotsspektrums in einer bestimmten Region sind nur einige der neuen Aufgaben. Die Erhebung von Kosten und Nutzen einzelner Interventionen ist ein weiterer Bereich mit wachsender Bedeutung. Dabei geht es darum zu vermeiden, daß Behand-

lungsangebote allein aufgrund der Kosten beurteilt werden, was möglicherweise zu „Dumping“-Angeboten führen würde. Forschung im Bereich der Gesundheitsförderung ist ein Schlüsselement für die Zukunft, wenn Public-Health-Interessen eine Priorität gegenüber privaten Interessen haben sollen.

Fortbildung

Neben dem Bedarf an einer Zunahme professioneller Kompetenzen in der Behandlung von Problemen im Zusammenhang mit Alkohol gibt es einen weiteren wichtigen Aspekt, der in Zukunft berücksichtigt werden sollte: Die Behandlung entfaltet dann ihren größten Nutzen, wenn sie in ein funktionierendes regionales Netzwerk eingebunden ist. Lokale/regionale Fortbildungskurse oder Workshops auf interdisziplinärer Basis sind dazu eine gute Voraussetzung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus verschiedenen Professionen und Einrichtungen sollten dabei ihr Wissen übereinander ausbauen und gemeinsam Wege der optimalen Zusammenarbeit entwickeln.

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Olaf-Gjerløw Aasland, Direktor des Forschungsinstituts der Norwegischen Ärztlichen Vereinigung, Lysaker; Professor am Zentrum für Gesundheitspolitik der Universität von Oslo, Norwegen

Colin Bennie, Fachkrankenpfleger, Management für gemeindenahe Suchthilfeangebote, Bellsdyke-Hospital, Larbert, Schottland

Mechthild Donath, Diplom-Psychologin, Leiterin der Suchtberatungsstelle in Berlin-Pankow

Susanne Dormann, Ärztin, Psychiatrische Klinik Gilead, Von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Ulfert Hapke, Diplom-Psychologe, Klinik für Psychiatrie II, Medizinische Universität zu Lübeck

Andreas Hill, Arzt, Klinik für Psychiatrie II, Medizinische Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Ulrich John, Diplom-Psychologe, Klinik für Psychiatrie II, Medizinische Universität zu Lübeck

Kimberley Kirton, Leitende Krankenschwester, Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie, St. George's Hospital, London, England

Georg Kremer, Diplom-Psychologe, Psychiatrische Klinik Gilead, Von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Louise Learmonth, Leitende Krankenschwester, Abteilung für Psychologische Medizin, Royal Infirmary of Edinburgh, Schottland

Helene Leslie, Krankenschwester, Abteilung für Psychologische Medizin, Royal Infirmary of Edinburgh, Schottland

Prof. Brian R. McAvoy, Professor für Primäre Gesundheitsversorgung, Universität Newcastle upon Tyne, England

Marie McLennan, Fachkrankenschwester für Gemeindepsychiatrie, Gemeinde Wester Hailes, Edinburgh, Schottland

Dr. Annette Petry, Niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin, Bielefeld

Dr. Niels Pörksen, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Gilead, Von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Dr. Bruce Ritson, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Royal Edinburgh Hospital, Edinburgh, Schottland

Hans-Jürgen Rumpf, Diplom-Psychologe, Klinik für Psychiatrie II, Medizinische Universität zu Lübeck

Cornelia Schülke, Ärztin, Klinik Pniel, Von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Prof. Dr. Dr. Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung, Zürich

Theo Wessel, Diplom-Psychologe, Psychiatrische Klinik Gilead, Von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Günther Wienberg, Diplom-Psychologe, Geschäftsführung der Teilanstalt Bethel, Von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld

Dr. Jens Wittfoot, Arzt, Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrische Ambulanz der Psychiatrischen Klinik Gilead, Von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld