

Suchtbezogene Sekundärprävention im Krankenhaus im Rahmen eines regionalen ärztlichen Konsiliar-/Liaisondienstes – (Zwischen-) Ergebnisse eines Modellversuchs –^{*)}

Wlfrid Görge, Rüdiger Hartmann, Martin Wenig

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund von gravierenden Defiziten in der medizinischen Versorgung bei Menschen mit Alkoholproblemen (vgl. Wienberg 1992 und 1995) wurden in den letzten Jahren Überlegungen zur Verbesserung der Behandlung von alkoholgefährdeten bzw. -abhängigen Personen in Arztpraxen und Krankenhäusern verstärkt diskutiert. Dabei geht es insbesondere um Fragen der *frühen Erreichbarkeit und Frühintervention*. In einer Studie kommen John u.a. bspw. zu dem Ergebnis, daß in einem Krankenhaus bei 17,5 % der Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren ein Alkoholmißbrauch oder eine aktuelle Alkoholabhängigkeit nachweisbar ist und bei weiteren 9,7 % ein Verdacht vorliegt (vgl. John u.a. 1996). Die (potentiell) hohe Erreichbarkeit von alkoholgefährdeten und -abhängigen Personen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts geht allerdings einher mit *gravierenden Mängeln der zur Verfügung stehenden suchtspezifischen Versorgungsangebote und -leistungen*. Alkoholbedingte (Folge-)Erkrankungen werden zwar behandelt, eine Ansprache der Patienten auf den Alkoholmißbrauch bzw. die -abhängigkeit erfolgt i.d.R. allerdings nicht, suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien fehlen weitgehend und Vermittlungen in Suchtfacheinrichtungen erfolgen kaum (vgl. John u.a. 1996, Kremer u.a. 1997).

Die Ergebnisse der *ersten Modellvorhaben* in der Bundesrepublik Deutschland zur Verbesserung der sekundärpräventiven Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in Lübeck (vgl. John u.a. 1996) und Bielefeld (Kremer u.a. 1997) zeigen mit Blick auf die stationäre medizinische Versorgung, daß durch den Einsatz qualifizierten Personals sowie spezifischer Handlungskonzepte bspw. im Rahmen von Liaisondiensten die (Früh-)Erkennung und Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern verbessert werden kann.

^{*)} Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit.

Bei der Bewertung der Ergebnisse dieser Modellvorhaben müssen allerdings *spezifische Rahmenbedingungen* beachtet werden. Beide Projekte wurden jeweils in einzelnen Allgemeinkrankenhäusern (bzw. ausgewählten Stationen) durchgeführt. Die Modellmitarbeiter kooperierten dort sehr eng mit den Stationsärzten. Im Rahmen der Modellvorhaben wurden folglich spezielle organisatorische und personelle Voraussetzungen geschaffen, um bspw. mit allen Patienten (bzw. bei einer größeren Stichprobe) der Krankenhäuser Screeningverfahren durchzuführen. Beide Studien rechnen den (zusätzlichen) Personalbedarf für die Umsetzung der sekundärpräventiven Strategien in Allgemeinkrankenhäusern (modellhaft) um. Hapke u.a. (1996) kommen je nach Größe und Aufnahmekapazität auf einen Liaisondienst von 1 bis 1,5 Planstellen. Kremer u.a. (1997) errechnen für ein mittelgroßes Krankenhaus einen Bedarf von etwa einer Personalstelle für die Umsetzung des von ihnen erprobten Konzepts.

Berichtet wird im folgenden von einem Modellversuch in Erlangen (Bayern) in dem ein ärztlicher *Konsiliar-/Liaisondienst*¹ zur Erkennung und Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen in *mehreren regionalen Krankenhäusern* modellhaft erprobt wird.

2. Modellkonzeption und Umsetzung

Die Modellregion umfaßt die Stadt Erlangen sowie den Landkreis Erlangen-Höchstadt und hat insgesamt 220.000 Einwohner. Die Versorgungssituation von suchgefährdeten und -abhängigen Menschen ist in der Modellregion insbesondere geprägt durch ein differenziertes Behandlungsangebot der Abteilung für Sucht und Psychotherapeutische Medizin am Bezirksklinikum Erlangen (u.a. Aufnahmestation, integrierte Ambulanz, Motivationsstation, Rehabilitationsstation, Tagesklinik, frauenspezifische Angebote).

Die Modellkonzeption (vgl. Mugele 1997) zielt darauf ab, die (Früh-)Erkennung und Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in den beteiligten Krankenhäusern zu

verbessern, die Änderungsmotivation der Patienten durch eine gezielte Kurzintervention sowie ein spezielles (Kurz-)Therapieangebot zu stärken, in den beteiligten Einrichtungen die Sensibilität für Suchtgefährdete und -kranke zu verbessern sowie Kooperationsroutinen zwischen dem Konsiliar-/Liaisondienst, den beteiligten Einrichtungen und anderen Versorgungsangeboten für Suchtgefährdete und Abhängige zu entwickeln.

Die sekundärpräventiven Aufgaben im Modellprojekt werden durch einen Arzt wahrgenommen. Die Arztstelle ist organisatorisch und räumlich an die Abteilung für Sucht und Psychotherapeutische Medizin des Bezirksklinikums Erlangen angebunden. Der Arzt des Modellprojekts hat psychiatrische und psychotherapeutische Weiterbildungen absolviert und verfügt über eine mehrjährige Berufserfahrung.

Am Modellvorhaben beteiligen sich insgesamt 17, vornehmlich *internistische Abteilungen*, von fünf regionalen Krankenhäusern. In diesen Abteilungen hat der Modellmitarbeiter feste wöchentliche Aufenthaltszeiten vereinbart und u.a. folgende *Verfahrensabsprachen* getroffen:

- Die ärztlichen Mitarbeiter der Abteilungen identifizieren Personen mit Alkoholproblemen und stellen dem Modellmitarbeiter Konsilscheine aus. Dieser spricht die Patienten selbstständig an und erfragt deren Bereitschaft zu einem Gespräch.
- Bei Zustimmung des Patienten, erfolgt ein diagnostisch-beratendes Erstgespräch als Kurzintervention i.d.R. in einem zur Verfügung stehenden Besprechungsraum.
- Die Vermittlung in eine bis zu fünf Stunden dauernde (Kurz-)Therapie (vgl. Berg, Miller 1995) im Rahmen des Modellprojekts durch den Modellmitarbeiter bzw. ambulante oder stationäre Anschlußmaßnahmen erfolgt bei vorliegender Indikation durch den Arzt des Modellprojekts.

Die Vorstellung der Patienten beim Arzt des Modellprojektes erfolgt ausschließlich auf Initiative der in den jeweiligen Krankenhausabteilungen tätigen Ärzte. Die regelhafte Durchführung von alko-

holbezogenen Screeningverfahren konnte nicht umgesetzt werden. Gründe hierfür liegen u.a. in fehlenden personellen Kapazitäten, der Arbeitsüberlastung der Abteilungsärzte sowie generellen Schwächen der Krankenhausorganisation. Die *Auswahl und Identifikation der Patienten mit Suchtproblemen* erfolgt somit i.d.R. auf Basis

- einer alkoholbedingten Einweisungsdiagnose (z.B. akute Intoxikation)
- einer alkohol(mit-)bedingten Erkrankung der inneren Organe (z.B. Leberzirrhose, Pankreatitis)
- von Laborwerten (soweit vorliegend)²
- multipel begründeten Verdachtsdiagnosen.

Wie die Ergebnisse der Patientendokumentation zeigen (s.u.), lagen bei einer Mehrzahl der Patienten mit Alkoholproblemen (70 %) bereits die ersten beiden der o.g. Auswahlgründe vor. Das umgesetzte Verfahren zur Identifikation von Patienten mit alkoholbezogenen Problemen *selektiert folglich in erster Linie Personen mit bereits entwickelten alkohol(mit-)bedingten gesundheitlichen Folgeschäden bzw. mit einer Alkoholabhängigkeit*. Demgegenüber tritt der Anteil von Personen mit lediglich einer Verdachtsdiagnose und riskantem bzw. schädlichem Gebrauch deutlich zurück.

3. Die erreichten Patienten

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung hat der Modellmitarbeiter in 1998 insgesamt 291 Erstgespräche dokumentiert³. Bezogen auf alle (Erst-)Gespräche beträgt die *durchschnittliche Gesprächsdauer 26 Minuten*, die Spanne reicht von einer bis zu 115 Minuten. Hinsichtlich der Gesprächsdauer zeigt sich bei Vergleichen verschiedener Subgruppen – u.a. Geschlecht, Alters- bzw. Diagnosegruppen – keine signifikanten Unterschiede.

Bei der Ansprache der Patienten⁴ ist der Arzt des Modellprojekts mit unterschiedlichen Gesprächssituationen bzw. Reaktionen der Patienten konfrontiert. In der überwiegenden Mehrheit sind die angesprochenen *Patienten zu einem Gespräch bereit*. Problematische Situationen treten u.a. dort auf, in denen Patienten aufgrund des (aktuellen) Krankheitszustands nur eingeschränkt in der Lage sind, ein Gespräch zu führen, das Vorhandensein eines Alkoholproblems leugnen oder ein Gespräch (z.T. vehement und aggressiv) ablehnen.

3.1 Soziodemographische Merkmale

Die folgende Darstellung basiert auf einer Patientengruppe von 254 Personen, bei denen alkoholbedingte Probleme

vorliegen⁵. Von Interesse ist, welche Merkmale diese Patientengruppe aufweisen, die im Rahmen des Modellprojekts erreicht werden. Die folgende Tab. 1 liefert einen Überblick über ausgewählte Patientendaten.

3.2 Suchtspezifische Merkmale

Die (aktuelle) Suchtproblematik der Patienten (N=245) wurde nach ICD-10 (Dilling, Mombour, Schmidt (Hg.) 1993) erhoben. Für einen Anteil von 71,4 % aller

	Männer		Frauen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Geschlecht (N=252)	177	70,2	75	29,8
Alter (N=244)	Ø 48,2 Jahre		Ø 50,2 Jahre	
Familienstand (N=234)				
Ledig	52	32,1	14	19,4
Verheiratet	94	58,0	35	48,6
Geschieden	12	7,4	9	12,5
Verwitwet	4	2,5	14	19,4
Sozialstatus (N=237)				
Erwerbstätig	73	44,5	15	20,5
Rente	44	26,8	25	34,2
Arbeitslos	46	28,0	15	23,5
Hausfrau/-mann	0	0,0	18	24,7
In Ausbildung	1	0,6	0	0,0

Tab.1: Patienten mit Alkoholproblemen – ausgewählte soziodemographische Merkmale

Das *Alter der Patienten* streut zwischen 22 und 75 Jahren. Überraschend hoch ist der Anteil älterer Patienten und im besonderen der *relativ hohe Anteil älterer Frauen* mit Alkoholproblemen in der Patientengruppe. Gesehen werden muß dabei, daß gerade für ältere Menschen mit Suchtproblemen spezifische Angebote weitgehend fehlen. Der medizinischen Regelversorgung kommt folglich gerade bei dieser Patientengruppe eine wichtige Funktion zu, da deren Mobilität durch Krankheit oder auch fehlende Fahrerlaubnis deutlich eingeschränkt ist.

Bezogen auf den *Sozialstatus* zeigt sich: Der Anteil der Ledigen ist bei Männern deutlich höher als bei den Frauen (32,1 % vs. 19,4 %). Demgegenüber ist ein hoher Anteil der Patientinnen verwitwet (19,4 % vs. 2,5 %) bzw. geschieden (12,5 % vs. 7,4 %). Die Frage nach der „tatsächlichen“ Lebenssituation verdeutlicht, daß mit 37,5 % mehr Frauen alleine leben als Männer (30,2 %).

Der Anteil der *erwerbstätigen Personen* liegt lediglich bei 37,1 %. Rente beziehen knapp 30 % der Patienten, insgesamt 25,7 % sind arbeitslos. Der Anteil der erwerbstätigen Männer ist signifikant höher als bei Frauen (44,5 % vs. 20,5 %). Bei Frauen liegt der Anteil von Rentnerinnen (34,2 % vs. 26,8 %) bzw. Hausfrauen (24,7 % vs. 0,0 %) vergleichsweise höher. Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung ist die Erwerbssituation der Patientengruppe deutlich schlechter.

Patienten wurde ein *Abhängigkeitssyndrom* nach ICD-10 diagnostiziert, *schädlicher Gebrauch* lag bei etwa einem Viertel vor. Sieben Personen (2,9 %) waren seit mindestens 12 Monaten abstinent. Der Anteil alkoholabhängiger Frauen ist vergleichsweise höher als bei den Männern (79,7 % vs. 67,8 %).

Konsumverhalten

Das Konsumverhalten der Patienten wurde auf Grund der von den *Patienten angegebenen* Trinkhäufigkeit sowie der Alkoholsorte(n) ermittelt (N=215). Rund 94 % aller Patienten trinken täglich Alkohol, wobei sich zwischen Männern und Frauen in der Konsumfrequenz keine wesentlichen Unterschiede zeigen. Nahezu alle als *abhängig diagnostizierten Patienten* trinken täglich (96,2 %) mindestens eine Alkoholsorte. Bei Personen, für die als Diagnose *schädlicher Gebrauch* dokumentiert wurde, beträgt dieser Anteil 86,0 %. Die Konsumfrequenz der übrigen Patienten liegt entweder bei drei- bis viermal pro Woche oder seltener.

Zu den von den Patienten angegeben Alkoholsorten zählen Bier, Wein und Schnaps. Die folgende Tab.2 zeigt den durchschnittlichen Alkoholkonsum⁶ differenziert nach Geschlecht.

In bezug auf die durchschnittliche Trinkmenge pro Tag zeigt sich zwischen Männern und Frauen für Bier und Wein ein hochsignifikanter Unterschied. Männer trinken durchschnittlich 1,2 Liter (50 %)

Alkoholkonsum	Männer	Frauen	Gesamt
Bier	3,58	2,39	3,39
Wein	1,95	1,19	1,56
Schnaps	0,65	0,84	0,71

Tab.2: Patienten mit Alkoholproblemen – Alkoholkonsum im Durchschnitt nach Alkoholsorten und Geschlecht (Angaben in Liter/Tag)

mehr Bier als Frauen bzw. 0,76 Liter (63,8 %) mehr Wein. Bei Schnaps erzielen Frauen eine höhere durchschnittliche Trinkmenge. Bei *abhängigen* Patienten ist erwartungsgemäß die durchschnittliche Trinkmenge pro Tag deutlich höher, als bei Patienten mit *schädlichem Gebrauch*.

Ärztliche Diagnose

Überwiegend liegt dem Krankenhausaufenthalt von den im Erstgespräch erreichten Patienten keine suchtsbezogene Diagnose zugrunde. Im folgenden werden die (aktuellen) ärztlichen Diagnosen für die Patientengruppe mit Alkoholproblemen dargestellt. Als Quelle dienen die Einweisungs- oder die Konsilscheindiagnosen der behandelnden Krankenhausärzte.

In Anlehnung an Hapke u.a. (1998) wurden die gesundheitlichen Störungen der Patienten nach Art und Ausmaß in vier Untergruppen eingestuft. Die Verteilung der aktuellen ärztlichen Diagnosen ist in der folgenden Tab.3 dargestellt.

Auf akute alkoholbedingte gesundheitliche Störungen (bzw. Alkoholentzug) entfallen knapp 30 % der Angaben, auf chronisch degenerative Alkoholfolgeerkrankungen (z.B. Leberzirrhose) 22,0 % und auf gesundheitliche Störungen, die bei Alkoholmißbrauch oder Alkoholabhängigkeit gehäuft auftreten (z.B. gastrointestinale Blutungen) 18,5 %. Ein geschlechtsspezifischer Vergleich zeigt hinsichtlich der Diagnose keine bedeutsamen Unterschiede. Die Verteilung der aktuellen ärztlichen Diagnose verdeutlichen den „Problemgrad“ der im Modellprojekt erreichten Patientengruppe.

Inanspruchnahme von Maßnahmen der Suchthilfe in den vergangenen zwölf Monaten

Von besonderem Interesse war die Frage, ob die im Krankenhaus erreichten Patienten bereits vorher (in den letzten zwölf Monaten) Beratung oder Behandlung in Einrichtungen der Suchthilfe in Anspruch genommen hatten. Die große Mehrzahl der Patienten verneint diese Frage (81,6 %). Auf Nachfrage gab eine Mehrheit an, auch über einen mehrjährigen Zeitraum keine suchtspezifischen Hilfen in Anspruch genommen zu haben. Ein Anteil von 18,4 % (=42 Personen) verfügt über Vorerfahrungen

g(en), deren Verteilung der nachfolgenden Tab. 4 zu entnehmen ist.

Am häufigsten wurden stationäre Maßnahmen sowie Kontakte zu (Sucht-) Beratungsstellen genannt. Gruppenbezogene Vergleiche verdeutlichen: Die jüngeren Altersgruppen (bis 39 Jahre alt) verfügen in der Tendenz über mehr Beratungs- bzw. Behandlungserfahrungen in Einrichtungen der Suchthilfe als ältere Patienten (46,3 % vs. 21,7 %) und nicht unerwartet: Der Anteil abhängig-

keitskranker Patienten mit Vorerfahrungen in Einrichtungen der Suchthilfe ist signifikant höher als in der Vergleichsgruppe „schädlicher Gebrauch“ (23,5 % vs. 3,4 %).

3.3 Vermittlungen der Patienten durch den Modellmitarbeiter

Ein wichtiges Element der (Früh-)Intervention im Krankenhaus stellt die Vermittlung in suchtspezifische Hilfen dar. Insgesamt 130 Patienten mit Alkoholproblemen (51,6 %) konnten durch den Modellmitarbeiter in eine Maßnahme vermittelt werden⁸. 122 Personen (48,4 %) wurden nach dem Erstgespräch nicht vermittelt. Die nachfolgende Tab. 5 zeigt die Vermittlungen in die verschiedenen Bereiche:

Den überwiegenden Teil der vermittelten Patienten hat der Modellmitarbeiter in die (Kurz-)Therapie von bis zu fünf

Diagnose	Patienten	
	Anzahl	%
Akute alkoholbedingte gesundheitliche Störungen	76	29,9
Chronisch degenerative Alkoholfolgeerkrankungen	56	22,0
Gesundheitliche Störungen (die bei Alkoholismus gehäuft auftreten)	47	18,5
Andere gesundheitliche Störungen (z.B. Innere Organe)	56	22,0
Unbekannte Diagnose	19	7,5
Insgesamt	254	100,0

Tab.3: Patienten mit Alkoholproblemen – (aktuelle) ärztliche Diagnose Patienten

Diagnose	Patienten	
	Anzahl	%
Stationäre Maßnahmen	12	28,6
(Sucht-)Beratungsstellen	11	26,2
Selbsthilfegruppe	5	11,9
Langzeittherapie	5	11,9
Ambulante Maßnahmen (BKH)	4	9,5
Sonstige Maßnahmen	5	11,9
Insgesamt	42	100,0

Tab.4: Patienten mit Alkoholproblemen – Beratung/Behandlung in Einrichtungen der Suchthilfe

Vermittlung an	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
(Kurz-)Therapie im Modellprojekt	37	46,3	19	38,0	56	43,1
Suchtberatungsstelle	14	17,5	14	28,0	28	21,5
BKH stationär	16	20,0	7	14,0	23	17,7
Ambulanz (BKH)	12	15,0	8	16,0	20	15,4
Ambulante medizinische Versorgung	1	1,3	2	4,0	3	2,3
Insgesamt	80	100,0	50	100,0	130	100,0

Tab.5: Patienten mit Alkoholproblemen – Vermittlung nach Geschlecht

Stunden übernommen (43,1 %). Dieses Therapieangebot findet nach Terminvereinbarung im Bezirkskrankenhaus statt. Die vergleichsweise hohe Vermittlungsquote weist u.a. auf die Bedeutung des persönlichen Kontakts und der Vertrauensbildung bei der Patientengruppe hin.

Ein *gruppenbezogener Vergleich* (vermittelte Patienten vs nicht vermittelte Patienten) macht auf Unterschiede bei folgenden Merkmalen aufmerksam: Der Anteil der in weitere Maßnahmen vermittelten Frauen ist signifikant höher als in der Vergleichsgruppe (38,5 % vs. 20,5 %), Patienten mit *Abhängigkeitsyndrom* nach ICD-10 sind in der Gruppe der vermittelten Patienten signifikant häufiger vertreten als in der Vergleichsgruppe (81,4 % vs. 61,0 %). Auch der Personenkreis mit akut alkoholbedingten gesundheitlichen Störungen (z.B. Alkoholentzug) wurde signifikant häufiger in die Therapie des Modellprojekts bzw. eine andere Maßnahme vermittelt (41,2 % vs. 17,9 %). Demgegenüber konnten Patienten mit *chronisch degenerativen Alkoholfolgeerkrankungen*, insbesondere Patienten mit Leberzirrhose, nur in geringerem Ausmaß vermittelt werden (17,6 % vs 26,8 %). Ein weiterer Unterschied: Patienten, die bereits eine Beratung/Behandlung in einer Einrichtung der Suchthilfe in Anspruch genommen hatten, wurden in der Tendenz häufiger vermittelt, als diejenigen ohne entsprechende Vorerfahrung(en).

4. Diskussion und Ausblick

Das Modellprojekt zielt darauf ab, die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Krankenhäusern durch einen regionalen *ärztlichen Konsiliar-/Liaisondienst* zu verbessern. Der Konsiliar-/Liaisondienst konnte in den beteiligten Einrichtungen *implementiert werden* und es wurden *konkrete Verfahrensabsprachen* getroffen. Diese orientierten sich stark an den organisatorisch-personellen Voraussetzungen und Arbeitsroutinen der Krankenhausabteilungen. Dabei mußten in einigen Abteilungen Verfahrensabsprachen aufgrund einer hohen Fluktuation bei den Stationsärzten immer wieder erneuert werden. Gleichwohl hat die kontinuierliche Arbeit des Modellmitarbeiters mit Blick auf Patienten mit Suchtproblemen zu einer *Sensibilisierung der Krankenhausmitarbeiter* beigetragen. Die regelhafte Durchführung von Screeningverfahren dürfte auch in Zukunft in Krankenhäusern die Ausnahme bleiben, so daß der suchtspezifischen Identifikation der Patienten durch die Krankenhausärzte zentrale Bedeutung zukommt. Daraus abzuleitende suchtbezogene Qualifizierungsanforderungen an die ärztliche Ausbil-

dung werden fachöffentlich seit längerem bereits diskutiert (vgl. u.a. John 1996, Kremer u.a. 1997, Engler u.a.).

Der Arzt des Modellprojekts hat im Erhebungszeitraum eine *vergleichsweise große Zahl von Patienten* mit Alkoholproblemen in beteiligten Krankenhausabteilungen erreicht. Die meisten Patienten sind zu einem Gespräch mit dem Modellmitarbeiter bereit. Bedeutsam sind dabei neben *einer patientenorientierten und akzeptierenden Grundhaltung* (vgl. Rogers 1977) insbesondere ein Vorgehen, das die besondere Situation der Patienten (z.B. aktueller Gesundheitszustand, leugnen von Alkoholproblemen) angemessen berücksichtigt. Die Interventionen im Rahmen des diagnostisch-therapeutischen Erstgesprächs dienen vor allem der Stärkung der Veränderungsmotivation beim Patienten. *Jeder zweite Patient* mit Alkoholproblemen erklärte sich bereit, *weitergehende Hilfen in Anspruch nehmen zu wollen* und vereinbarte zusammen mit dem Modellmitarbeiter einen Gesprächs- bzw. Aufnahmetermin.

Bei über 70 % der Patienten wurde ein *Abhängigkeitssyndrom* diagnostiziert, nur bei jedem vierten Patienten lag schädlicher Gebrauch vor. Damit unterschied sich die Patientengruppe des Modellprojekts deutlich von Patienten aus einer vergleichbaren Studie. Auf Grundlage von regelhaft durchgeführten Screeningverfahren dokumentierten Kremer u.a. (1997b) bei Patienten mit Kurzintervention im Krankenhaus 46 % Abhängigkeit und 47 % riskanter/schädlicher Gebrauch. Dies deutet auf einen signifikanten Einfluß des *ärztlichen Urteils bei der Patientenauswahl* hin. In etwas mehr als einem Drittel der Fälle lag dem Krankenhausaufenthalt bereits eine suchtbezogene Diagnose zugrunde (z.B. akute Intoxikation). In über 70 % lieferten die ärztlichen Eingangsdiagnosen bereits Hinweise auf eine Alkoholproblematik. Suchtbezogene Interventionen sind im Krankenhaus alleine schon aus diesem Grund evident.

Der hohe Anteil von Abhängigkeitskranken in der Patientengruppe des Modellprojekts korrespondiert mit Ergebnissen zum *Konsumverhalten* (94 % der Patienten konsumierte täglich Alkohol). Geschlechtsspezifisch fällt insbesondere der hohe Anteil von Frauen mit Abhängigkeitssyndrom (80 %) und die hohe Trinkmenge von Frauen bei hochprozentigen Alkoholika (durchschnittlich 0,8 Liter) auf. Geschlechtsspezifische Gesichtspunkte sind bei der (Früh-)Intervention (z.B. Ansprache, Hilfeangebote) folglich verstärkt zu berücksichtigen.

Die insgesamt hohe suchtbezogene Belastung der Patientengruppe ging

nicht einher mit der *Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen*. Lediglich einer von fünf Patienten – insbesondere vergleichsweise jüngere – hatte im letzten Jahr eine Beratung/Behandlung in einer Einrichtung der Suchthilfe in Anspruch genommen. Auf Nachfrage gab der überwiegende Teil der Patienten an, auch über mehrere Jahre keine suchtspezifischen Hilfen in Anspruch genommen zu haben.

Bei einem *Vergleich der Patientengruppe* des Modellprojekts mit der Klientel der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (EBIS 1997/ West/Alkohol) zeigen sich erhebliche Unterschiede: Patienten des Modellprojekts waren deutlich älter, weniger erwerbstätig bzw. zu höheren Anteilen Rentner. Die vergleichsweise starke Repräsentanz älterer Menschen, insbesondere Frauen mit z.T. massiven Alkoholproblemen im Modellprojekt korrespondierte mit dem weitgehenden Fehlen von spezifischen suchtbezogenen Angeboten für ältere Menschen. Die Ergebnisse machen insbesondere mit Blick auf ältere Menschen die Grenzen der suchtspezifischen Angebote deutlich und weisen auf die generelle Notwendigkeit von suchtbezogenen Interventionen „ausserhalb“ der (Sucht-)Einrichtungen bspw. bei Krankenhausaufenthalten hin.

Aufgrund der Patientenauswahl durch die ärztliche Diagnose sowie nicht eingesetzter Screeningverfahren ist im Modellvorhaben die Sekundärprävention und insbesondere der Aspekt der frühen Erkennung der Suchtproblematik in den Hintergrund gerückt. In den Vordergrund getreten ist demgegenüber die Notwendigkeit der suchtbezogenen Intervention im Krankenhaus bei einer *(z.T. hoch) belasteten Patientengruppe*. Vermutet werden kann, daß durch eine Verbesserung der Identifikation der Patienten mit Suchtproblemen weitere Patientengruppen (mühe)los erreicht werden können.

Mit Blick auf mittelfristige Wirksamkeit von Kurzinterventionen und (Kurz-)Therapie werden, von der im Rahmen des Modellvorhabens durchgeführten Katamnese, Erkenntnisse erwartet.

Fußnoten:

1 Die Tätigkeit des Arztes im Modellprojekt geht über eine rein beratende Konsiliartätigkeit hinaus. Er übernimmt bspw. im Rahmen der Kurzinterventionen auch Behandlungs- bzw. Überweisungsfunktionen, indem er Patienten in ambulante oder stationäre Anschlussmaßnahmen vermittelt. Von einem (Sucht-)Liaisondienst wie ihn bspw. John (1996) mit krankenhauseigenem Personal und eigenen Räumlichkeiten beschreibt, kann dennoch nicht gesprochen werden.

2 Laborwerte lagen häufiger nicht vor bzw. wurden während des Krankenhausaufenthalts nicht erhoben.

3 Von 291 Erstgesprächen fanden 31 (10,7 %) im ersten Vierteljahr, in der „Modellvorlauf-Phase“ statt.

4 Benutzt wird im folgenden einheitlich der Begriff Patient bzw. Patienten. Gemeint sind damit Personen männlichen und weiblichen Geschlechts.

5 17 Personen nahmen zweimal und ein Patient dreimal an einem (Erst-)Gespräch teil, 18 Personen gaben als Hauptsuchtmittel eine andere Substanz als Alkohol an oder hatten kein Suchtproblem.

6 Die Angaben weisen eine hohe Streubreite auf, bei Bier liegt diese beispielsweise zwischen 0,5 bis 12,0 Liter.

7 Hapke u.a. (1998) unterscheiden vier Untergruppen: „(1) Akute alkoholbedingte gesundheitliche Störungen wie Intoxikationen, pathologische Alkoholintoxikationen oder Alkoholentzugssyndrome und häufig hiermit verbundene Komplikationen, wie Krampfanfälle, Delirien oder vegetative Störungen. (2) Chronisch degenerative Alkoholfolgeerkrankungen, die ätiologisch einen unmittelbaren Zusammenhang zum Alkoholkonsum haben und bei Patienten mit geringem oder moderatem Alkoholkonsum nicht oder nur äußerst selten vorkommen, wie zum Beispiel äthyltoxische Polyneuropathien. (3) Gesundheitliche Störungen, Erkrankungen oder Verletzungen, die bei vorliegendem Alkoholmißbrauch oder Alkoholabhängigkeit gehäuft auftreten, deren Auftreten aber nicht ausschließlich bzw. nicht immer auf Alkoholkonsum zurückzuführen ist, wie z.B. Traumata des Kopfes und der oberen Extremitäten oder gastrointestinale Blutungen. (4) Gesundheitliche Störungen, Erkrankungen oder Verletzungen, an deren Genese Alkoholkonsum vermutlich nicht beteiligt ist, bzw. bis heute keine gesicherten, replizierten Befunde hierzu vorliegen, z.B. Blinddarmentzündungen oder Gallensteine.“

8 Der Begriff der Vermittlung bezieht sich auf eine Terminvereinbarung bzw. -absprache zwischen Patient und der jeweiligen Einrichtung, die vom Modellmitarbeiter initiiert wurde.

Literatur:

Berg, Miller 1995
Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg.

Dilling, Mombour, Schmidt (Hg.) 1993
Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Bern.

Ebis 1998
Erweiterte Jahresstatistik 1997 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland, EBIS-Berichte Bd. 30e, Freiburg, Hamm, Kassel, München.

Engler, U., Schlanstedt, G., Oliva, H. 1998
Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen. Abschlußbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 106, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.

Hapke u.a. 1996
Beratung von alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus, in: DHS (Hg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus - Therapie und Hilfe, Freiburg, S. 345 - 354.

Hapke u.a. 1998
Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch, Alkoholabhängigkeit und Alkoholerkrankungen in der medizinischen Basisversorgung, in: Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz - Referat Suchtkrankenhilfe - (Hg.): Vergessene Mehrheit - chronisch Suchtkranke, Schriftenreihe Suchtkrankenhilfe Bd 2, Bremen, S. 65 - 72.

John, U. u.a. 1996
Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit in der allgemeinmedizinischen Versorgung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71, Baden-Baden.

Kremer u.a. 1997
Erkennung und Behandlung von PatientInnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitsranke, in: Engler u.a.: Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen, Abschlußbericht der Projektgruppe im Modellverbund, a.a.o., S. 8 - 50.

Mugele 1997
Neue Wege in der Behandlung Suchtkranke in der frühen Sekundärprävention, Projektantrag, Manuskript, Erlangen.

Rogers 1977
Therapeut und Klient, München.

Wienberg (Hg.) 1992
Die vergessene Mehrheit - zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.

Wienberg 1995
Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung, in: Mann/ Buchkemper (Hg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland, Sucht Sonderband, S. 13 - 17.

Der Autor:

FOGS GmbH
z. Hd. Wilfried Görgen
Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221/973101 26
Fax: 0221/973101 11