

Hintergrundinformationen zum Pressestatement des Fachverbandes Sucht e.V.: „Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen fördern!“

Fachverband Sucht unterstützt die aktuelle Empfehlung vom Drogen- und Suchtrat zur „Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen“

Handlungsbedarf besteht hinsichtlich der Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) insbesondere deshalb, weil

- lediglich ca. 3 – 4 % der über 1,3 Mio. alkoholabhängigen Menschen eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nehmen (s. *Anlage 1*)
- über 14 Jahre vergehen, bevor eine stationäre Entwöhnungsbehandlung angetreten wird (s. *Anlage 2*)
- im Vorfeld der stationären Entwöhnung 3,7 Entzugsbehandlungen im Krankenhaus stattfinden (s. *Anlage 3*)
- die Vermittlungsquoten in die Entwöhnungsbehandlung sowohl im Krankenhausbereich wie auch durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten¹ gering sind (s. *Anlage 3*)
- von daher entsprechende Aktivitäten der Früherkennung und Frühintervention im akutmedizinischen Bereich zu verstärken sind (s. *Anlage 4*)
- die Entwöhnungsbehandlung in Deutschland sehr gute Behandlungserfolge erzielt und diese auch belegt sind (s. *Anlage 5*).

Empfehlungen des Drogen- und Suchtrats

Der Drogen- und Suchtrat hat die nachfolgende Empfehlung zur „Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen“ am 07.12.2011 zustimmend zur Kenntnis genommen. Diese wurde unter Koordination des Fachverbandes Sucht e.V. entwickelt.

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet.

Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen

Zustimmend zur Kenntnis genommen vom Drogen- und Suchtrat am 07.12.2011

Der Drogen- und Suchtrat tritt angesichts der erheblichen Auswirkungen alkoholbezogener Störungen und des hohen Konsums von Alkohol in Deutschland dafür ein, die Prävention und Frühintervention zu stärken. Die Umsetzung dieser Zielsetzung wird vom Grundsatz her als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, die eine Vielzahl unterschiedlicher verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen („Policy Mix“) in unterschiedlichen Settings (z.B. Schule, Betrieb, Kommune) erfordert. Alkoholbezogene Störungen sind in Deutschland weit verbreitet. Eine Vielzahl der Menschen mit Alkoholproblemen nimmt das medizinische Versorgungssystem (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) in Anspruch, allerdings geschieht dies in der Regel wegen der gesundheitlichen Folgeschäden, alkoholassoziierten Störungen oder auch anderen medizinischen Problemen und selten wegen der Alkoholprobleme selbst. Im Unterschied dazu steht eine vergleichsweise geringe Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch die betroffenen Menschen. Zudem liegt in der Regel ein langer Zeitraum zwischen dem Auftreten einer Abhängigkeit und der dem Antritt einer Entwöhnungsbehandlung. Von daher ist die stärkere Vernetzung des akutmedizinischen Sektors mit dem System der Suchtkrankenhilfe und -behandlung von zentraler Bedeutung.

Vor dem Hintergrund des früheren Beschlusses des Drogen- und Suchtrats Nr. 2-2008 zum Thema „Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit“ wird in dieser Stellungnahme auf den aktuellen Handlungsbedarf im Bereich der niedergelassenen Ärzte sowie der Krankenhäuser eingegangen.

1. Stärkung der Bedeutung niedergelassener Ärzte im Kontext alkoholbezogener Störungen

Ein früher, fachlich wie persönlich bedeutsamer Kontaktpartner von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen ist der niedergelassene Arzt bzw. Hausarzt. Dieser kann im Rahmen seines Versorgungsauftrages und seiner spezifischen Rolle seinem Patienten eine langfristige und haltgebende Beziehung anbieten. Von daher kann er eine entscheidende Rolle dabei spielen, wenn es darum geht, frühzeitig Risikokonsumenten wie auch alkoholgefährdete und alkoholranke Menschen gezielt anzusprechen und diesen im weiteren Verlauf zu begleiten (z.B. auch im Vorfeld einer bzw. im Anschluss an eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung).

Handlungs- und Verbesserungsbedarf besteht aus Sicht des Drogen- und Suchtrats insbesondere in folgenden Punkten:

1.1 Aufmerksamkeit und Problembewusstsein des niedergelassenen Arztes für alkoholbezogene Störungen erhöhen

Die Rolle des Hausarztes als wichtiger Vertrauensperson für seine Patienten sollte im Rahmen der Frühintervention alkoholbezogener Störungen gestärkt werden. In diesem Sinne sollte er auch problematischen Konsummustern im Kontext der Arzt-Patienten-Beziehung die notwendige Aufmerksamkeit schenken und, falls erforderlich, diese thematisieren.

1.2 Früherkennung fördern

Im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontaktes generell, wie auch von bereits bestehenden Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, sollte der Früherkennung alkoholbezogener Störungen (gesundheitsriskanter Konsum, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitserkrankungen) ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Empfohlen wird hierzu ein zweistufiges Verfahren:

- a) Bessere und zielgenauere Nutzung bereits bestehender Instrumente für die Früherkennung alkoholbezogener Störungen,
- b) Überprüfung, ob sich dadurch die Früherkennung alkoholbezogener Störungen verbessert und ob das vorhandene Instrumentarium ggf. ergänzungsbedürftig ist.

In diesem Kontext sollten zusätzlich bewährte Kurzdiagnostik-Verfahren (z.B. BASIC, CAGE, LAST²) zur Erfassung eines problematischen Alkoholkonsums, an welche im Bedarfsfalle eine anschließende Diagnostik (z.B. ICD 10) zur differenzierten Unterscheidung der substanzbezogenen Störungen angeschlossen werden kann, breit zur Verfügung gestellt werden.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen wird auch auf entsprechende Selektivverträge nach § 73 b SGB V, welche diese Thematik konkret berücksichtigen, hingewiesen. Diese können eine Orientierung für die weitere differenzierte Ausgestaltung der Versorgungslandschaft geben.

1.3 Frühintervention stärken

Auf Basis der Früherkennung richten sich entsprechende Interventionen des Arztes bei riskanten Konsumenten auf Konsumreduktion. Zielsetzung bei schädlichem Konsum bzw. Abhängigkeit ist es, die Motivation zur Auseinandersetzung mit dem Thema und die Vermittlung in passgenaue Suchtberatungs- und -behandlungsangebote zu fördern.

1.4 Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte anpassen

Die erforderlichen Kompetenzen für den Umgang mit alkoholbezogenen Störungen sollten in der Ausbildung von Ärzten und weiteren Berufsgruppen (z. B. Medizinische Fachangestellte) verstärkt Berücksichtigung finden und im Rahmen der Weiter- und Fortbildung vertieft werden.

Für die Berufsgruppe der Ärzte sollten - neben der Möglichkeit im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung suchtmmedizinische Qualifikationen zu erwerben - vermehrt auch berufsbegleitende Fortbildungen und Qualitätszirkel zum Thema „Umgang mit riskantem, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“ angeboten werden.

1.5 Nahtlose Einleitung einer weiterführenden Behandlung fördern

Insbesondere niedergelassene Ärzte, Betriebs-, Werks- und Personalärzte, Krankenhaus- und Klinikärzte können alkoholranke Menschen frühzeitig auf einen evtl. Bedarf an Leistungen zur Teilhabe hinweisen, sie in ihrer Motivation und Mitwirkung zur Inanspruchnahme und aktiven Teilnahme an Leistungen bestärken und unterstützen, sowie Hilfen bei der Antragstellung leisten.

² Brief Alcohol Screening Instrument (BASIC),
Cut down, annoyed, guilty, eye-opener (CAGE), Lübecker Alkoholismus-Screening-Test (LAST)

Grundsätzlich wird von den Rehabilitationsträgern der Sozialbericht als wichtige Informationsgrundlage für eine differenzierte Entscheidung über eine notwendige Rehabilitationsleistung gefordert. In Einzelfällen können auch entsprechend qualifizierte Ärzte (z.B. Ärzte mit Zusatzweiterbildung suchtmmedizinische Grundversorgung) den Sozialbericht ausfüllen.

1.6 Kooperationsmöglichkeiten seitens der Suchthilfe/-behandlung verbessern

Die Kooperation auf Seiten der Suchtkrankenhilfe mit niedergelassenen Ärzten kann insbesondere verbessert werden durch:

- Klare Zuständigkeiten im Versorgungssystem mit einfachen niedrighschwelligem Zugangsmöglichkeiten,
- Sicherstellung einer größtmöglichen Personalkontinuität und Erreichbarkeit in den Einrichtungen
- rasche Rückmeldung bezüglich der in die Einrichtungen überwiesenen Patienten (telefonisch oder per Arztbrief),
- Ermöglichung kurzfristiger Termine für Patienten durch die Suchtberatungsstelle,
- bei Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme ggf. Unterstützung bei der Antragstellung.

Für die niedergelassenen Ärzte erleichtert es die Arbeit mit Alkoholkranken, wenn für sie ein fester, leicht erreichbarer Ansprechpartner im Suchthilfesystem verfügbar ist.

1.7 Regelungen für die Honorierung der ärztlichen Leistungen nutzen und weiterentwickeln

Die typischen ärztlichen Leistungen eines Vertragsarztes als erstem Ansprechpartner bei drohender Alkoholabhängigkeit / Alkoholkrankheit mit den Maßnahmen - Erstgespräch bis hin zur Langzeitbetreuung - sind in den ärztlichen Kapiteln des EBM in der Bewertung der jeweiligen Versicherten- bzw. Grundpauschalen enthalten und mischkalkulatorisch eingerechnet. Wegen der epidemiologischen und volkswirtschaftlichen Relevanz des Themas sollten Möglichkeiten zur Stärkung der Früherkennung und -intervention bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen bei zukünftigen EBM-Reformen mit berücksichtigt werden. Langfristig könnte bei Bildung von vertragsärztlichen Sucht-Schwerpunktpraxen über Sonderverträge oder Regelungen beim Nachweis von Praxisbesonderheiten im Rahmen der Neuordnung vertragsärztlicher Vergütung beraten werden.

2. Zur Notwendigkeit der Frühintervention im Krankenhaus

Der Drogen- und Suchtrat empfiehlt des Weiteren die Förderung der Frühintervention im Krankenhaus. Ein erheblicher Teil der Krankenhauspatienten mit alkoholbezogenen Störungen wird aufgrund der somatischen Folgeerkrankungen behandelt, die Grunderkrankung bleibt dabei häufig unberücksichtigt und eine Ansprache der Patienten auf den schädlichen oder gefährlichen Alkoholkonsum erfolgt nur selten. Alkoholspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien mit dem Ziel, die Änderungsbereitschaft hinsichtlich des Trinkverhaltens bei riskantem Konsum zu erhöhen und Abhängigkeitskranke in Suchtfacheinrichtungen zu vermitteln, sind von daher flächendeckend in den Krankenhäusern zu etablieren. Denn angesichts des Erlebens von körperlichen Verletzungen oder Erkrankungen ist bei vielen Betroffenen gerade während des Krankenhausaufenthalts mit einer erhöhten Beratungsbereitschaft zu rechnen. Erforderlich sind aus Sicht des Drogen- und Suchtrates folgende Punkte zur Stärkung der Frühintervention im Krankenhaus:

2.1 Früherkennung fördern

Der Früherkennung alkoholbezogener Störungen bei Patienten im Krankenhaus sollte eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bestandteil der ärztlichen Anamnese sollte grundsätzlich auch das Konsumverhalten der Patienten sein. Wenn sich hier Hinweise auf substanzbezogene Störungen ergeben, sollten evidenzbasierte Diagnostikinstrumente (siehe 1.2) eingesetzt werden, welche der Differentialdiagnose (riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit) dienen. Hinsichtlich der Information, Aufklärung und Diagnostik über alkoholbezogene Störungen kann unter Koordination des Arztes auch entsprechend qualifiziertes Gesundheits- und Pflegepersonal unterstützend hinzugezogen werden.

2.2 Frühintervention stärken

Die Beratung findet initial durch den behandelnden Arzt statt. Dieser sollte unter Berücksichtigung der lokalen Begebenheiten und weiterer interner Fachleute (z.B. Psychologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten oder Sozialarbeiter/Sozialpädagogen) sowie ggf. unter Einbezug qualifizierter externer Fachkompetenz eine optimale Beratung und Motivationsarbeit gewährleisten und eine weiterführende suchtspezifische Behandlung einleiten.

2.3 Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte anpassen

Der Punkt 1.4 gilt analog auch für den Krankenhausbereich und bezieht sich auf Ärzte und weitere Berufsgruppen (z.B. Gesundheits- und Pflegepersonal, Sozialarbeiter).

2.4 Kooperation fördern

Um die Überleitung von alkoholabhängigen Patienten in das Suchthilfesystem zu unterstützen, ist die verbindliche Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Ambulanzen, ganztägig ambulanten Einrichtungen sowie die Zusammenarbeit mit Entwöhnungskliniken von grundsätzlicher Bedeutung. Jede Region weist historisch und sozial gewachsene differenzierte Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote für die Patientengruppe mit alkoholbezogenen Störungen auf. Grundsätzlich sollte sich jedes Krankenhaus mit den jeweiligen Angeboten der Suchtkrankenhilfe vernetzen, um in einer Kooperation mit externen Fachkräften eine einrichtungsübergreifende Beratung und Behandlung ermöglichen zu können.

2.5 Personelle Ressourcen bereitstellen

Zur Durchführung der Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen innerhalb des Krankenhauses bedarf es der Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen, die eine entsprechende Finanzierungsgrundlage voraussetzt. Es ist daher zu prüfen, inwieweit das derzeitige Fallpauschalensystem Früherkennung und Frühintervention im Rahmen einer entsprechenden Nebendiagnose angemessen abbildet. Zielsetzung sollte sein, dass im bestehenden Fallpauschalensystem der entsprechende Aufwand abgebildet ist. Sollte dies nicht der Fall sein, ist zu klären, wie mit systemimmanenten Instrumenten, insbesondere im Fallpauschalensystem, eine adäquate Abbildung des Aufwands hergestellt werden kann.

Der Umgang mit Patienten, welche alkoholbezogene Störungen aufweisen, sollte darüber hinaus im Qualitätsmanagement-System des jeweiligen Krankenhauses beschrieben sein. Hierzu eignet sich z.B. die Integration der o.g. Maßnahmen in Behandlungspfade und die Erstellung entsprechender Verfahrenshinweise.

Erläuterungen zum Drogen- und Suchtrat:

Der Drogen- und Suchtrat wurde von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Mechthild Dyckmans, eingerichtet. Dieser unterstützt die Drogenbeauftragte bei ihrer Tätigkeit. Im Drogen- und Suchtrat sind gesellschaftlich relevante Gruppen und Vertreter aus Bund, Ländern und Kommunen vertreten, die an der Reduzierung von Suchtproblemen und an Hilfen für Suchtkranke beteiligt sind. Er setzt sich zusammen aus Experten und Sachverständigen aus den Bereichen Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Verbände und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Mitglieder des Drogen- und Suchtrats sind

1. die von den Bundesressorts, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden benannten Vertreter, hierzu gehört je ein Vertreter

- des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
- des Bundesministeriums für Finanzen
- des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
- des Bundesministeriums für Gesundheit
- des Bundesministerium des Inneren
- des Bundesministerium der Justiz
- des Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
- der Gesundheitsministerkonferenz
- der Innenministerkonferenz
- der Jugendfachministerkonferenz
- der Justizministerkonferenz
- der Kultusministerkonferenz
- der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene
- der AG-Suchthilfe der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)

2. die von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in Einvernehmen mit der jeweils entsendeten Stelle berufenen Mitglieder, hierzu gehören Vertreter

- der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen
- der Suchtselbsthilfeorganisation
- der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung
- des Fachverbandes Sucht e.V.
- der Bundesagentur für Arbeit
- der Bundesärztekammer
- der Bundespsychotherapeutenkammer

- der Deutschen Rentenversicherung Bund
- des GKV-Spitzenverbandes
- des Verbandes der privaten Krankenversicherungen
- des Zweiten Deutschen Fernsehens (ZDF)
- für die Öffentlich-Rechtlichen Medien sowie des Verbandes privater Rundfunk- und Telemedien

Hinsichtlich der weiteren Umsetzung der in den Empfehlungen genannten Maßnahmen sind nun die jeweils zuständigen Organisationen in ihrem jeweiligen Aufgaben – und Einflussbereich aufgefordert, sich entsprechend zu engagieren. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung selbst versteht die Empfehlungen als Anregung und wird ebenfalls die einzelnen Punkte an geeigneter Stelle ansprechen.

FACHVERBAND SUCHT e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 02 28/26 15 55

Mobil: 0171/7517922, Fax: 02 28/21 58

Email: v.weissinger@sucht.de

Internet: <http://www.sucht.de>

Alkoholbezogene Störungen – Verbreitung und Inanspruchnahme von Leistungen

Alkoholabhängigkeit	1,3 Mio.
Alkoholmissbrauch	2 Mio.
Krankenhausfälle 2009 (mit F10 Diagnose)	339.092
Entwöhnungsbehandlung "Alkoholabhängigkeit" (DRV 2009)	39.679

Fazit: Nur ein geringer Anteil von 3 – 4 % der alkoholabhängigen Menschen nimmt eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch. Deutlich mehr sind aufgrund einer Alkoholintoxikation oder Entgiftung im Krankenhaus.

Fachkliniken für Alkohol- Medikamentenabhängigkeit: Abhängigkeitsdauer und Anzahl der Entzugsbehandlungen

(Basisdokumentation 2010 des Fachverbandes Sucht e.V.)

Abhängigkeitsdauer (N=12.115) vor Antritt einer stationären Entwöhnung	14.4 +/- 9,7 Jahre
Anzahl der Entzugsbehandlungen (N=17.074) im Vorfeld der stationären Entwöhnung	3,7 +/- 0,7 Entzugsbehandlungen

Fazit: Es dauert sehr lange bevor eine stationäre Alkoholentwöhnung in Anspruch genommen wird. Davor liegen im Durchschnitt 3,7 Entzugsbehandlungen im Krankenhaus.

Krankheitsgeschehen nach Entgiftung im Akutkrankenhaus (Alkohol) – Studie von DAK, FVS, AHG (Zielke 2007)

Ausgangspunkt:

Komplettstichprobe der DAK-Versicherten mit F10 Krankenhausdiagnose (Alkoholintoxikation) im Jahr 2002 (N=11.849)
Inanspruchnahme einer stationären Entwöhnungsbehandlung in den Folgejahren im Anschluss an die Entgiftung im Krankenhaus

Jahr	2003	2004	2005
Anteil in %	5,4	4,1	0,71

Fazit: Lediglich 5,4 % gehen im Folgejahr nach einer Entgiftung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Aus der Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht e.V. (2010) geht ferner hervor, dass nur 2,4 % der Patienten über niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in die stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt werden.

Empfehlungen zur "Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen" des Drogen- und Suchtrats vom 7.12.2011

Aufgrund dieser Situation hat der Drogen- und Suchtrat ein Gremium, welches die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Mechthild Dyckmans, eingerichtet hat, Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation entwickelt.

Zentrale Zielsetzungen sind hierbei:

- Patienten mit riskantem und schädlichem Konsum sollten hinsichtlich der Reduktion des Alkoholkonsums im akutmedizinischen Bereich durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser qualifiziert beraten werden.
- Rehabilitationsbedürftigen Personen muss frühzeitig die Inanspruchnahme einer fachgerechten suchtspezifischen Behandlung ermöglicht werden. Niedergelassene Ärzte und Klinikpersonal haben hinsichtlich der Motivierung und Vermittlung von Patienten eine besondere Aufgabe.

**Wirksamkeit der Entwöhnungsbehandlung –
Katamnestische Erfolgsquoten (ganztägig) ambulanter und stationärer
Behandlung nach 1 Jahr - EJ 2009, Fachverband Sucht e.V. Katamnesen,
Zeitschrift SuchtAktuell 01.12): Alkohol/Medikamente**

	stationär		ganztägig ambulant		ambulant	
Ausschöpfungs- quote	58,5 %		54,5 %		69,0 %	
	DGSS 1 (N=5.788)	DGSS 4 (N=10.961)	DGSS 1 (N=155)	DGSS 4 (N=279)	DGSS 1 (N=231)	DGSS 4 (N=445)
Katamnest. Erfolgsquote (abstinent u. abstinent nach Rückfall)	79,3 %	45,1 %	74,2 %	43,0 %	80,1 %	48,8 %
Rückfällig	20,7 %	54,9 %	25,8 %	57,0 %	19,9 %	51,2 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

DGSS 1: Katamneseantworter mit planmäßiger Entlassung, DGSS 4: Gesamtentlassjahrgang

Fazit: Es gibt vielfältige Behandlungsangebote (stationär, ganztägig ambulant, ambulant) für die eine bedarfsgerechte Zuweisung besteht. Von daher sind die Ergebnisse der Behandlungsformen auch nicht vergleichbar.

Während nach der Berechnungsform DGSS1 eine Überschätzung des Behandlungserfolges (planmäßige Beender- u. Antworter der Befragung) wird dieser nach DGSS4 (Gesamter Entlassjahrgang, Nichtantworter werden generell als rückfällig eingeschätzt) deutlich unterschätzt. Der "wahre" Wert liegt dazwischen. Über 50% sind 1 Jahr nach der Entwöhnungsbehandlung abstinent. Von daher lautet die zentrale Erkenntnis: Eine frühzeitige Inanspruchnahme einer Suchtrehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) lohnt sich!