

„Frühzeitig, effektiv und nahtlos“ – Fallmanagement bei Störungen durch Alkohol

– Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. –

Zusammenfassung

Angebote und Hilfen für suchtkranke Menschen müssen frühzeitig, flexibel und zielgruppenspezifisch zur Verfügung gestellt werden. Während die aufsuchende Arbeit und niedrigschwellige Angebote für drogenabhängige Menschen eine hohe Verbreitung gefunden haben, sind derartige Ansätze für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen unterentwickelt. Eine Vielzahl abhängigkeitskranker Menschen hat zwar Kontakt zum akutmedizinischen Bereich (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten), wird dort allerdings aufgrund der somatischen Folgeerkrankungen und nicht aufgrund der zugrunde liegenden Suchterkrankung behandelt.

Um einer Chronifizierung der Abhängigkeit entgegenzuwirken, ist die frühzeitige Einleitung einer fachgerechten Beratung und Behandlung suchtbelasteter bzw. -abhängiger Patienten erforderlich.

Die Literaturangaben finden Sie am Ende des Artikels

1. Ausgangslage

Die Notwendigkeit der Frühintervention bei Störungen durch Alkohol ergibt sich u.a. aus dem hohen Ressourcenverbrauch im akutmedizinischen Bereich infolge substanzbezogener Störungen, der zu keiner nachhaltigen Veränderung der Situation der betroffenen Menschen führt. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes liegen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ bei den Männern mit 215.936 Fällen an 2. Stelle von allen Diagnoseklassen im Krankenhausbereich.

Auch ergab der Gesundheitsreport 2004 der Gmünder Ersatzkasse, dass in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der Krankenhausbehandlungen stattfand.¹ Von 1993 bis 2003 verdoppelte sich deren Anzahl bei Männern mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose.

Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose wiesen gegenüber einer Referenzgruppe von GEK-Versicherten auch eine dreifach erhöhte Behandlungs-

häufigkeit außerhalb der F10-Diagnosen auf.

Besonders erhöht waren „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ohne F10-Diagnosen), „Verletzungen“ und „Krankheiten des Verdauungssystems.“

Untersucht wurde des Weiteren, ob es sich um wiederholte Einweisungen bei Patienten mit F10-Diagnosen handelt. Hierbei wurde ein Zeitraum von drei Jahren zugrunde gelegt (2000-2003, s. Abb. 1).²

Die Ergebnisse der aktuellen DAK/AHG/FVS-Studie, deren Ergebnisse im Rahmen der Tagung am 11./12.10 vorgestellt werden, weisen ebenfalls einen hohen Ressourcenverbrauch von alkoholabhängigen Menschen im akutmedizinischen Bereich nach.

Diese Erkenntnisse machen deutlich, dass es wichtig ist, zukünftig „Drehtüreffekte“ möglichst zu vermeiden und die Patienten möglichst frühzeitig einer qualifizierten Suchtbehandlung zuzuführen.

Wiederholte Einweisung F10-Diagnose (2000-2003) innerhalb			
Diagnose der Ersteinweisung 2000 F10 (incl. Untergruppen) N = 2.158	...eines Jahres	...von 2 Jahren	... von 3 Jahren
davon: Akutes Alkoholproblem (F100)/Intoxikation (F101)	23,6%	30,3%	35,0%
Alkoholabhängigkeit F102-104	37,7%	49,4%	54,1%

Abb. 1: Rehospitalisierungsraten nach Krankenhausbehandlungen unter F10-Diagnose – Gmünder Ersatzkasse: Gesundheitsreport 2004 (Grobe, Th. G. et. al. 2004)³

Auch die Untersuchungen des Fachverbandes Sucht e.V. zeigen, dass eine erhebliche Zeit vergeht, bevor suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen werden. So betrug die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten/innen bis sie sich erstmalig einer stationären Entwöhnungsbehandlung unterzogen haben (Entlassjahrgang 2004, N = 8.013), 12,08 Jahre.⁷ Die genannten Zahlen und der Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung verdeutlichen, welche ökonomische Bedeutung einer Verstärkung der Frühintervention zuzumessen ist, um der Chronifizierung einer Abhängigkeit entgegenzuwirken und frühzeitig

Eine Untersuchung von Rumpf et. al. belegt ferner, dass alkoholabhängige Patienten im Krankenhaus eine höhere Änderungsbereitschaft ihres Trinkverhaltens aufweisen, als in der Bevölkerung. Es handelt sich somit um eine sensible Phase, die für Intervention genutzt werden sollte (s. Abb. 2).⁴

Eine Bevölkerungsstudie in Norddeutschland (Rumpf et. a. 2000) zeigt, dass im letzten Jahr 80% der Alkoholabhängigen einen Hausarzt oder Internisten aufgesucht hatten, 24,5% hatten einen Krankenhausaufenthalt hinter sich.⁵

Die TACOS-Bevölkerungsstudie (Rumpf et. al. 2000) zeigt ferner, dass im letzten Jahr 80% der Alkoholabhängigen und 67,4% der Missbraucher einen Hausarzt oder Internisten aufgesucht hatten (s. Abb. 3), 24,5% bzw. 14% hatten einen Krankenhausaufenthalt hinter sich.⁶

Somit hatte der Großteil der alkoholabhängigen und -missbrauchenden Menschen zwar Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem, jedoch hatten 70,9% der aktuell Alkoholabhängigen keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen (s. Abb. 4).

	Absichtslosigkeit	Absichtsbildung	Handlung
Krankenhaus	5,9% (7)	50,8% (60)	43,2% (51)
Bevölkerung	26,0% (13)	58,0% (29)	16,0% (8)

Abb. 2: Motivationale Grundlagen für die Sekundärprävention von Alkoholabhängigkeit (Rumpf H. J. et. al., 2000)
Vergleich: Studien der Änderungsbereitschaft bei Alkoholabhängigen im Krankenhaus und in der Bevölkerung

Ort	Inanspruchnahme (%)	
	Alkoholabhängige	Alkoholmissbraucher
Hausarzt, prakt. Arzt oder Internist	80,0	67,4
Anderer Facharzt	56,4	46,5
Neurologe oder Psychiater	9,1	4,7
Psychologe	5,5	4,7
Krankenhausaufenthalt	24,5	14,0
Hausarzt, prakt. Arzt oder Krankenhausaufenthalt	83,6	69,4
Mindestens ein Kontakt zu den o.g. Bereichen	92,7	95,3

Abb. 3: Inanspruchnahme des akutmedizinischen Versorgungssystems durch Alkoholabhängige und -missbraucher (Rumpf et. al. 2000)

Kontaktformen	Aktuell Alkoholabhängige (N = 55)	Lebenszeit - Alkoholabhängige (N = 153)
Keinerlei Kontakte	70,9%	59,5%
Geringfügige Kontakte (z.B. maximal SHG Besuche, dreimaliges Aufsuchen einer Beratungsstelle, fünf Beratungen bei einem Arzt, körperlicher Entzug)	14,5%	13,7%
Weitergehende Hilfen (z.B. qualifizierte Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung, regelmäßige Teilnahme an ambulanten Therapiegruppen)	14,5%	26,8%

Abb. 4: Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen von Alkoholabhängigen (Rumpf et. al. 2000)

eine suchtspezifische Behandlung einzuleiten.

2. Ausbau der Frühintervention im akutmedizinischen Bereich

Eine vordringliche Aufgabe zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation liegt darin (s. Abb. 5), den Ausbau der Frühintervention im akutmedizinischen Bereich, vor allem bei den niedergelassenen Ärzten und in den Allgemeinkrankenhäusern sowie deren Vernetzung mit der Suchtkrankenhilfe zu fördern. Zielsetzung muss es sein, Patienten/innen mit riskantem und schädlichem Konsum hinsichtlich der Reduktion des Alkoholkonsums im akutmedizinischen Bereich qualifiziert zu beraten, um gesundheitlichen Folgepro-

blemen und einer potentiellen Suchtentwicklung entgegenzuwirken.

Darüber hinaus sollte man versuchen, rehabilitationsbedürftigen Menschen frühzeitig eine fachgerechte suchtspezifische Behandlung zukommen zu lassen.

2.1 Förderung der Kompetenz und Qualifikation niedergelassener Ärzte im Umgang mit substanzbezogenen Störungen

Um Patienten mit Alkoholproblemen frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln, sollte die Qualifikation der niedergelassenen Ärzte dahingehend ergänzt werden, dass sie in der Lage sind, mittels geeigneter diagnostischer Instrumente und Screening-Verfahren risikoarmen oder riskantem Konsum, schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit voneinander abzugrenzen. Darüber hinaus sollten die Beratungs- und Vermittlungskompetenzen der Ärzte gefördert und die Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gestärkt werden.

Um den Anforderungen der Ärzte in der Suchtberatung Rechnung zu tragen, hat die Bundesärztekammer im September 1998 die „Fachkunde suchtmmedizinische Grundversorgung“ eingeführt. Allerdings werden hierbei verschiedene Themen, insbesondere auch die Substitution behandelt. Deshalb sollte geprüft werden, ob für die Ärzte spezifische Schulungen zum Thema „Umgang mit schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“ angeboten werden sollten, die anschließend dieses Thema in einem begrenzten Zeitrahmen aufgreifen. Hierbei können auch entsprechende Materialien eingesetzt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) hat in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer den Beratungsleitfaden „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ herausgegeben, der auf Initiative des Fachverbandes Sucht e.V. unter Einbezug der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) entwickelt wurde und seit Ende Dezember 2001 vorliegt.⁸

2.2 Kooperationsmodelle mit Allgemeinkrankenhäusern (z.B. durch Konsiliar-, Liasondienste)

Nach einer Studie von John et. al. entfallen 90,64% aller stationären Akutaufnahmen Alkoholabhängiger auf Allgemeinkrankenhäuser und lediglich 6,24% auf psychiatrische Krankenhäuser.⁹

Grundsätzlich sollte der Entzug qualifiziert erfolgen. Entsprechende Leistungen zur Förderung der Motivation, der psychosozialen Begleitung und Vermittlung sind bei den zukünftigen diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related

1. Förderung der Kompetenz und Qualifikation niedergelassener Ärzte

Zielsetzungen sind:

- Einführung diagnostischer Instrumente und Screening-Verfahren zur Abgrenzung von riskantem Konsum, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit
- Förderung der Beratungs- und Vermittlungskompetenzen der Ärzte
- Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe

2. Kooperationsmodelle mit Allgemeinkrankenhäusern (z.B. durch Konsiliar-, Liasondienste)

Diese verfolgen folgende Zielsetzungen:

- Früherkennung und Behandlung von suchtgefährdeten und abhängigen Menschen
- Änderungsmotivation durch Kurzintervention stärken
- Sensibilität in den Krankenhäusern für Suchtgefährdete, -kranke erhöhen
- Kooperationsroutinen zwischen den beteiligten Einrichtungen entwickeln.

Abb. 5: Frühintervention im akutmedizinischen Bereich: Entwicklungspotentiale

Groups = DRG) einzukalkulieren, denn sie sind genuiner Bestandteil der Frühmobilisierung (s. Abb. 6).

Ein erheblicher Teil der Krankenhauspatienten mit substanzbezogenen Störungen wird derzeit allerdings aufgrund der somatischen Folgerkrankung behandelt, die Grunderkrankung bleibt häufig unberücksichtigt und eine Ansprache der Patienten auf den schädlichen oder gefährlichen Konsum erfolgt in der Regel nicht. Suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien fehlen weitgehend, Vermittlungen in Suchtfacheinrichtungen erfolgen nur zu einem geringen Teil. Verschiedene Modellvorhaben zur Verbesserung der sekundärpräventiven Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in Lübeck, Bielefeld, Erlangen und Boppard zeigen, dass im Krankenhausbereich durch den Einsatz qualifizierten Personals im Rahmen von Konsiliar-/Liasondiensten die (Früh-) Erkennung und Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten deutlich verbessert werden kann.¹⁰

Die Kurzinterventionen beruhen auf dem aktiven Zugehen eines externen Liason-/Konsiliardienstes auf den Patienten. Im Vordergrund steht die Motivationsarbeit zur Verhaltensänderung und zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfen angeboten.

Eine enge Kooperation mit den Stationsärzten der Allgemeinkrankenhäuser ist hierbei erforderlich. Der Konsiliar-/Liasondienst kann – je nach den strukturellen Voraussetzungen vor Ort – bei einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle, einem Krankenhaus, einer Tagesklinik, einer Fachklinik oder Institutsambulanz angesiedelt sein oder einrichtungsübergreifend tätig sein. Er sollte wöchentlich zu fest vereinbarten Zeiten am jeweiligen Krankenhaus anwesend sein. Die Identifikationen von Personen mit Alkoholproblemen erfolgt über die ärztlichen Mitarbeiter/innen der jeweiligen Abteilungen des Krankenhauses.

Der Konsiliar-/Liasondienst erfragt die Bereitschaft des Patienten zu einem Gespräch. Stimmt der Patient dem zu, erfolgt ein diagnostisch-beratendes Erstgespräch.

Weitere Schritte können z.B. die Vermittlung in eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung sein.

Beispielhaft werden Ergebnisse eines entsprechenden 2-jährigen Modellprogramms in Erlagen (s. Abb. 7) dargestellt (Görgen, Hartmann, 2002).¹¹

Die relativ hohe Vermittlungsquote von ca. 48% wird durch weitere Modellprojekte bestätigt, so berichten z.B. Schneider et. al. (2005)¹² hinsichtlich des Einsatzes einer zusätzlichen Fachkraft auf der Inter-

Wesentliche Bestandteile des qualifizierten Entzugs

- die Diagnostik des Behandlungsbedarfs
- eine differenzierte, somatisch gut fundierte Behandlung der Entzugssymptome und der körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen
- die Motivierung zur Veränderung im Verhalten und in der Lebensgestaltung sowie zur Inanspruchnahme entsprechender weiterführender suchtspezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote

Abb. 6: Bestandteile des qualifizierten Entzugs

Frühzeitig, effektiv und nahtlos! – Fachtagung am 11./12.10.2005

Personen mit Alkoholproblemen:	446
Ø Dauer Erstgespräch:	28 Minuten
Alkoholabhängigkeit:	70,7%
schädlicher Gebrauch:	26,5%
gegenwärtig abstinent:	2,8%
Keine Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen (letzten 12 Monate)	83,4%
Vermittlung in suchtspezifische Maßnahmen:	48,2%
davon:	
- Therapie im Modellprojekt (ambulant)	41,7%
- Suchtberatungsstelle	25,0%
- Entwöhnung	
Stationär	10,2%
Ambulant	12,7%
- ambulante medizinische Versorgung	1,4%
- Sonstiges	9,3%

Abb. 7: Konsiliar-/Liaisondienst im Krankenhaus: Vermittlungsergebnisse (Görgen, Hartmann, 2002)

nistischen Station eines Krankenhauses von einer Quote von 52,7%, die weiterführende Beratungs- und Kooperationsgespräche in Anspruch genommen haben.

3. Ausblick

Von grundlegender Bedeutung hinsichtlich einer flächendeckenden Umsetzung ist es, dass die Finanzierung frühinterventiver Ansätze in der Arztpraxis und im Allgemeinkrankenhaus verbindlich geregelt wird. Dies könnte im Rahmen eines Disease-Managementprogramms „Alkohol“,

bei dem die Behandlungspfade festgelegt sind und das Schnittstellenmanagement entsprechend finanziert wird. Ein entsprechender Antrag wurde vom Fachverband Sucht e.V. beim Gemeinsamen Bundesausschuss am 6. April 2005 gestellt.

Literatur:

- 1 Grobe, Th. G., Dörning, H., Schwartz, F. W.: Stationäre Behandlungen wegen Alkoholmissbrauch in Akutkrankenhäusern: Trends, Risikofaktoren, Rehospitalisierungsraten, Assoziationen zu anderen Erkrankungen, Mortalität, in: Sucht aktuell 2/2004, S. 5-10
- 2 dies. ebda

3 dies. ebda

4 Rumpf H.J. et.al.: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, in Keller, S. (Hrsg.) Motivation zur Verhaltensänderung, Freiburg 1999, S. 57-65

5 Rumpf H. J. et. al.: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigkeit und -missbrauchern: Ergebnis der TACOS-Bevölkerungsstudie in: Sucht 46 (1) 2000, S. 9-17

6 Rumpf H.J.et. al.: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigkeit und -missbrauchern; Ergebnis der TACOS-Bevölkerungsstudie in: Sucht 46 (1) 2000, S. 9-17

7 Fachverband Sucht e.V.: Bachmeier, R. et. al.: Basisdokumentation von 2004 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Bonn 2005 (in Vorbereitung)

8 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis, Köln 2001

9 John, U.: Bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung bei Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Regionale Suchtkrankenversorgung, Konzepte und Kooperationen, Freiburg 1997, S. 11-26

10 vgl. Görgen, W., Hartmann, R.: Neue Wege in der Behandlung Suchtkrankler in der frühen Sekundärprävention, Geesthacht, 2002

11 dies. ebda.

12 Schneider, B., Götz, H., Groos, J.: Kooperation und Vernetzung von Akutbehandlung und Rehabilitation: Auf dem Weg zur Integrierten Versorgung, in: Sucht aktuell 1/2005, S. 28-31

Adresse:

Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3, 53175 Bonn
Tel.: 0228-261555, Fax: 0228-215885
E-Mail: sucht@sucht.de