

## **Empfehlungen zur**

### **Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen**

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, alkoholassozierten 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, LAST<sup>1</sup>) 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.

---

<sup>1</sup> Brief Alcohol Screening Instrument (BASIC),  
Cut down, annoyed, guilty, eye-opener (CAGE), Lübecker Alkoholismus-Screening-Test (LAST)

### **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.

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 niedrigschwelligen 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 eignen sich z.B. die Integration der o.g. Maßnahmen in Behandlungspfade und die Erstellung entsprechender Verfahrenshinweise.