

Tannenhof Berlin-Brandenburg



Frühintervention in Arztpraxen. Vorstellung des Konzeptes und der vorliegenden Ergebnisse

- „und es geht doch....“

**38. fdr*sucht*kongress
30.04.2015**

Michael Leydecker



www.tannenhof.de



Tannenhof Berlin-Brandenburg

Projekt Früh – A

Frühintervention von Alkoholproblemen in Hausarztpraxen

- Studien zur Prävention von Alkoholproblemen
- Über Screening und Kurzintervention zu Leitlinien zur Einbindung der Alkoholikerkrankungen in die systematische Früherkennung!
- Das Modell Früh – A
- Methoden / Teilnehmer / Projektablauf
- Ergebnisse / Diskussion
- Wie weiter?

www.tannenhof.de



Projekt Früh – A

Frühintervention von Alkoholproblemen in Hausarztpraxen

Midlandsstudie Großbritannien zit. n. Rumpf, H., Bischof, G. et. al. (2004) ¹⁾
Befragung von 430 Hausärzten in den Jahren 1995/96

- mangelnde Ausbildung 62%
- keine Zeit 72%
- mangelnde politische Unterstützung 56%
- Befürchtung mit Interventionen ineffektiv zu sein 53%
- Ungenügende Vergütung 51%

Die Lübecker Studie I

von John, U., Hapke, U. et. al. (1996) ²⁾

Im Allgemeinkrankenhaus mit 5.465 Pat. 24,1% der Stichprobe mit F 10.2 oder F 10.1 positiv

- Einsatz von Screening, Diagnostik und Beratung nach den Prinzipien MI
- Suchtliaisondienst und qualifizierte Entzugsbehandlung erprobt

1) In Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. (Hrsg.). Bd. 27, Neuland-Verlag, Geesthacht (2004)

2) Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (1996)



Projekt Früh – A

Frühintervention von Alkoholproblemen in Hausarztpraxen

Die Lübecker Studie II

von John, U., Hapke, U. et. al. (1996) ²⁾

Mit 12 Hausarztpraxen und 929 Patienten

- 23,5% der Stichprobe mit positivem Screening- Ergebnis
- 10,7% aller untersuchten Pat. mit Alkoholabhängigk. od. – missbrauch
- Diagnosen in den Krankenakten nur zu geringem Teil verschriftet (12,1%)
- Hausärzte erkannten viele diese Patienten vorab (76,3%)
- Kombination von Screening und klinischem Urteil ergänzte sich gut

Das Bielefelder Modellprojekt

von Kremer, G., Wienberg, G. et. al. (1997) ³⁾

Erprobung der Umsetzung von Screening, Diagnostik u. Kurzintervention in
Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern (1994 -1996)

- Ärzte sind alleinverantwortlich bzw. im Konsilmodell tätig, entlastende
Liaisondienste werden organisiert

3) Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung..., in: John, U. u.a. (Hrsg.), Lambertus-
Verlag, Freiburg im Breisgau (1997)



Projekt Früh – A

Frühintervention von Alkoholproblemen in Hausarztpraxen

Das S I P Projekt

von Rumpf, H., Bischof, G. et. al. (2003) ⁴⁾

In Allgemeinarztpraxen. Gestuftes Vorgehen vs. herkömmli. Kurzintervention

- Erprobung individuell angepasster Intervention entsprechend Motivationsstand der Patienten
- Verbesserung der Screening Instrumente (CAGE, MAST, LAST,)
- Ökonomischeres Vorgehen mit wenig aufwändigem Beginn

Studie mit Hausärzten im Raum Lübeck III zit. nach Krannich, D. ⁵⁾

Befragung im Juli 2003 mit 209 Hausärzten (davon rd. 52% n = 108 erreicht)

- 47,2% sind der Ansicht dass Interventionen zu zeitaufwändig sind
- 88,9% sehen Diagnostik als sinnvollste ärztliche Maßnahme
- 52,7% denken, dass Alkoholberatungen mehr kosten als nützen
- 40,2% sagen, dass spezielle Ausbildung zur Beratung von Patienten fehle

4) Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der Allgemeinarztpraxis: Ein Stepped -Care Ansatz, in: Suchtmed 5 , Nr. 1 (2003)

5) Krannich, D.: Einstellungen von niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und Praktischen Ärzten gegenüber Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen, EDiss, Lübeck (2007)



Frühintervention von Alkoholproblemen in Hausarztpraxen

Projekt P F I F F

zit. nach Röhrig, J., Berner, M. et. al. (2011) ⁶⁾

In 23 von 231 Arztpraxen und 4 Suchtberatungen in Freiburg, 2007 - 2009

- Anzahl der an Suchtberatung überwiesenen Patienten erhöhte sich
- Die Rate der Erstkontakte zum Suchtsystem stieg von 36 auf 44%
- 85% der Patienten waren alkoholabhängig
- Die Vermittlungsrate von Patienten mit missbräuchlichem oder riskantem Konsum konnte nicht erhöht werden
- Bessere Vernetzung innerhalb des Projektes mit wenig Aufwand möglich

WHO Collaborative Project

zit. n. Schönert, Sabrina (2010) ⁷⁾

on Detection and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care

- Phase I – III 1982- 1998: Audit Screening u.a. , effektive Kurzintervention in der medizinischen Grundversorgung, Evaluation der Methoden
- Phase IV: 1998 – 2004 Entwicklung von Strategien zur Verbreitung, und weitreichender Implementierung von Screening und Kurzintervention in der medizinischen Primärversorgung

6) Früherkennung und Behandlung alkoholbezogener Störungen: Eine Prä -Post-Studie zur Verbesserung der Vernetzung von Hausarzt und Suchtberatung, in: Suchttherapie (2011); 12: S. 134 – 140

7) Selektive Prävention und Frühintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Die Zusammenarbeit von Arztpraxen und Suchtberatungsstellen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Cottbus (2010); S. 97 f.



Frühintervention von Alkoholproblemen in Hausarztpraxen

Projekt P H E B A

zit. nach Prof. Markus Hermann, AktivA Symposium 2014

Minimale Interventionen, die "5 A's" Methode:

1 Fragen/Aufdecken (Ask/Assess): inwiefern eine Person trinkt, sowie die Faktoren, welche die angestrebte Verhaltensänderung, Ziele und Wege beeinflussen könnten.

2 Empfehlen (Advise): Geben Sie klare, spezifische, individualisierte Empfehlungen bezüglich einer Verhaltensänderung, inkl. Informationen über persönliche Gesundheitsschäden und möglichen Nutzen.

3 Vereinbaren (Agree): Wählen Sie auf der Grundlage der Veränderungsbereitschaft des Patienten Therapieziele und -methoden.

4 Unterstützen (Assist): Helfen Sie dem Patienten, die vereinbarten Ziele zu erreichen, indem Sie ihn bei der Aneignung und Nutzung von Wissen, Einstellungen,

Fertigkeiten, Zutrauen, sozialer und umweltbezogener Hilfen unterstützen.

5 Planen (Arrange): Planen Sie Katamnese-Kontakte zur weiteren Unterstützung.

** Adapted from: Whitlock et al., 2004*



Projekt Früh – A

Frühintervention von Alkoholproblemen in Hausarztpraxen

Förderung / Fachaufsicht :

Ministerium Umwelt, Gesundheit u.

Verbraucherschutz, Ines Weigelt-Boock, Ref. 25

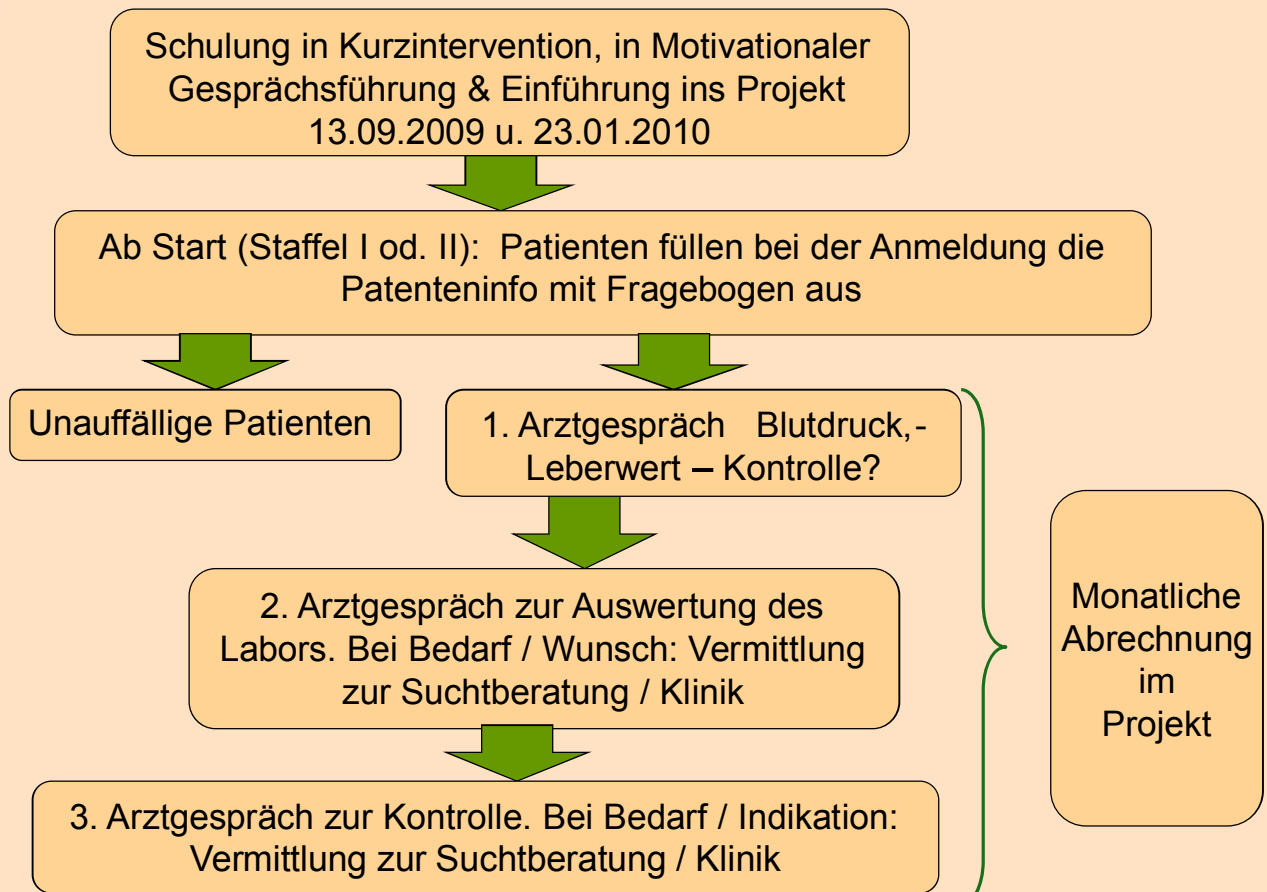
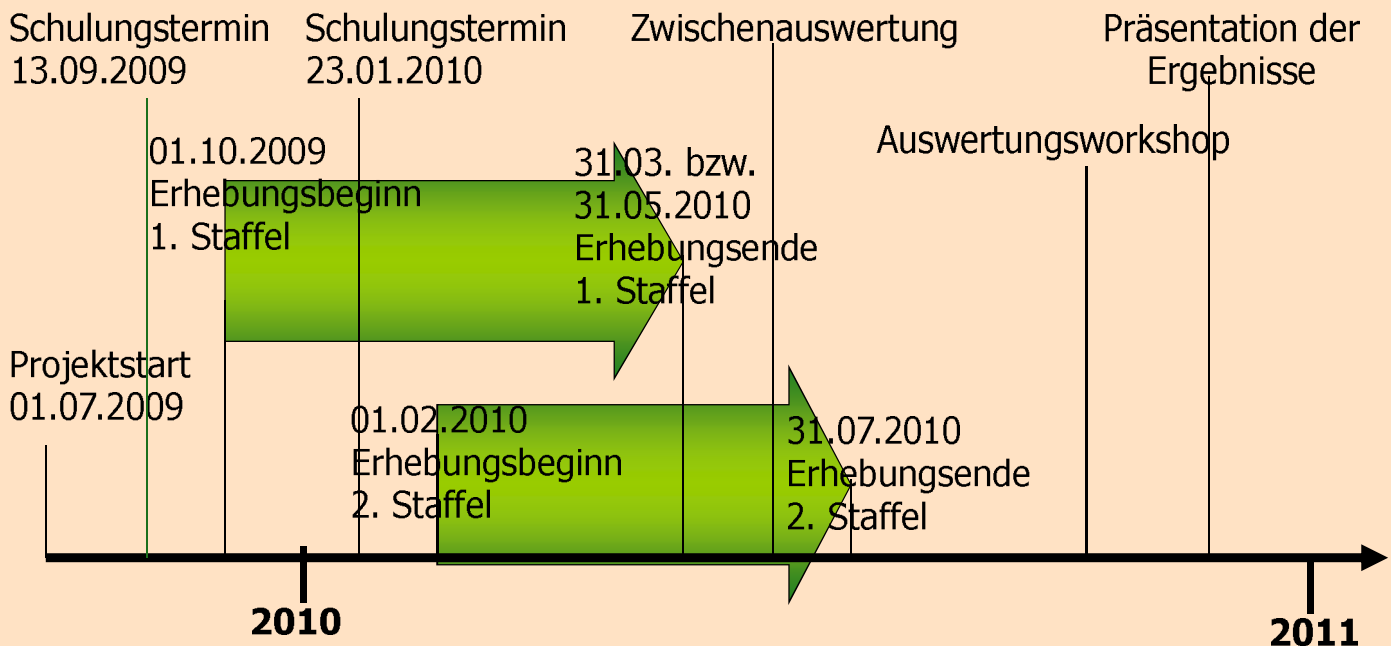
Kooperationspartner: Hochschule Lausitz, Cottbus,
Prof. Annemarie Jost
Landesärztekammer Brandenburg,
Koordinierungsgruppe gegen Suchtgefahren,
Priv.-Doz. Dr. med. Gudrun Richter

Träger: TANNENHOF Berlin-Brandenburg e.V.

Projektzeitraum: 01.07.2009 – 31.12.2010/ 31.08.2011



Projekt Früh – A Zeitlicher Überblick





Projekt Früh – A

BASIC a (2007)*

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 schwer fällt, sich für eine zu entscheiden

Wie oft trinken Sie ein alkoholisches Getränk?

(Bier, Wein, Spirituosen, Likör, Mixgetränke ...)

Häufiger als einmal pro Woche

Höchstens einmal pro Woche

Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie typischerweise an einem Tag?

(1 alkoholisches Getränk = 0,2l Bier oder 0,1l Wein / Sekt oder 2 einfache (2cl) Gläser Spirituosen)

Mehr als 2 Getränke

1 – 2 Getränke

Wie oft trinken Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (z.B. bei einem Kneipenbesuch, einer Feier / Party, beim Zusammensein mit Freunden oder beim Fernsehabend zuhause)?

(1 alkoholisches Getränk = 0,2l Bier oder 0,1l Wein / Sekt oder 2 einfache (2cl) Gläser Spirituosen)

Einmal im Monat oder öfter

Seltener als einmal im Monat

Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?

Ja

Nein

Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?

Ja

Nein

Haben sich Ihr (Ehe-)Partner oder andere nahe Verwandte oder Freunde schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens Sorgen gemacht oder sich deswegen beklagt?

Ja

Nein

Vielen Dank für Ihre Angaben!

*Quelle: Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, Meyer C, John U, Rumpf HJ (2007) Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: The Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC). Journal of Studies on Alcohol and Drugs 68: 607-614



Vergleich zwischen erwarteter und tatsächlicher Größe zentraler Projektvariablen

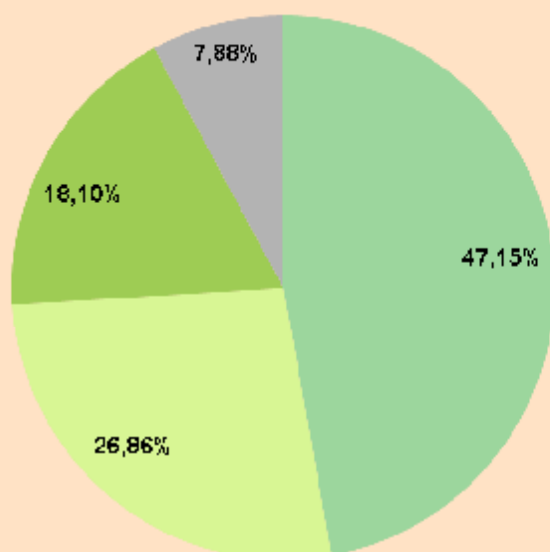
	Geschätzte Anzahl	Tatsächliche Anzahl
Patienten in der Praxis	?	1930
Kassenpatienten in der Praxis	800	1840
∑ Fragebögen	960	1370
∑ Abrechnungsbögen	384	870
Problematischer Konsum	40 %	53 %
Teilnehmende Patienten	10 %	5,9 %

Anmerkungen:

∑ entspricht Summe, % entspricht Angaben in Prozent



Verteilung der teilnehmenden Patienten auf die diagnostischen Gruppen



Unproblematischer Konsum

Problematischer Konsum nach klinischem Urteil

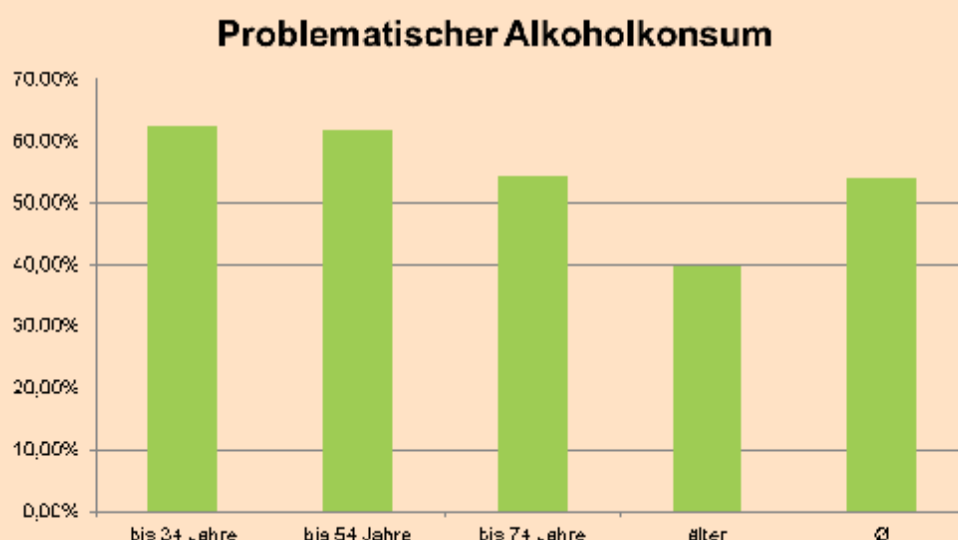
Problematischer Konsum & Annahme eines Arztgesprächs

Problematischer Konsum & kein Arztgespräch

Prozentanteil der Verteilung der einzelnen Gruppen bezogen auf die 1.370 teilnehmenden Patienten (52,85% davon mit problematischem Konsum)



Einfluss des Lebensalters auf den Alkoholkonsum

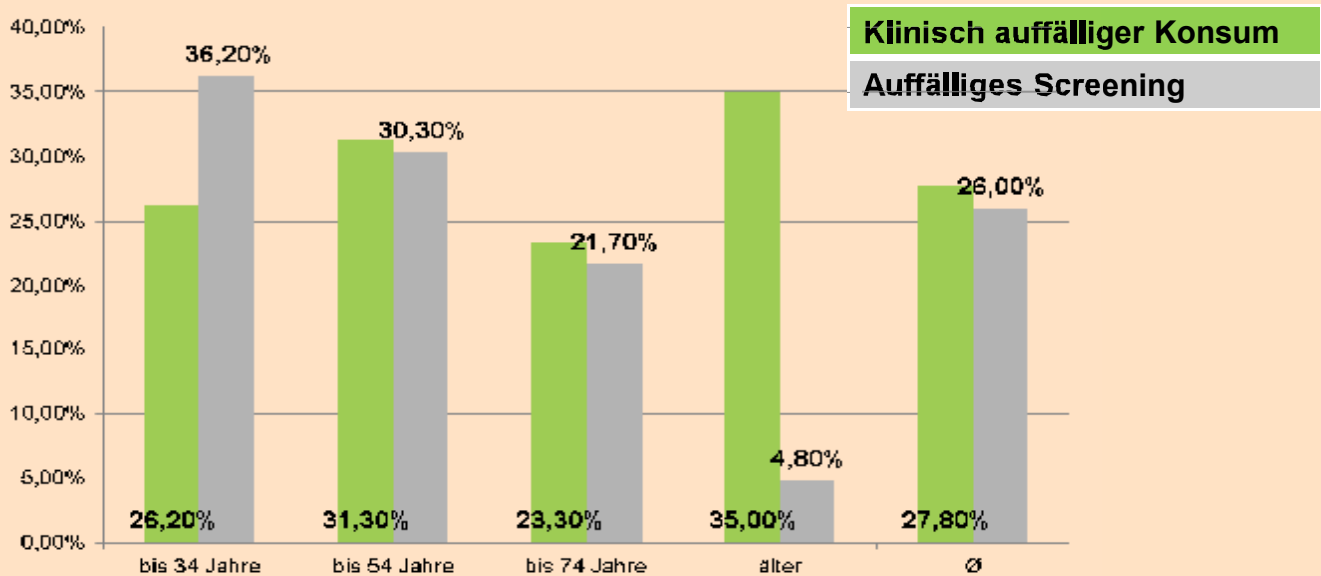


N = 1.286
Fragebögen

Es gibt statistisch signifikante Unterschiede: ab 55 Jahren wird die Gruppe der problematischen Alkoholkonsumenten geringer



Einfluss des Lebensalters auf die Diagnostik



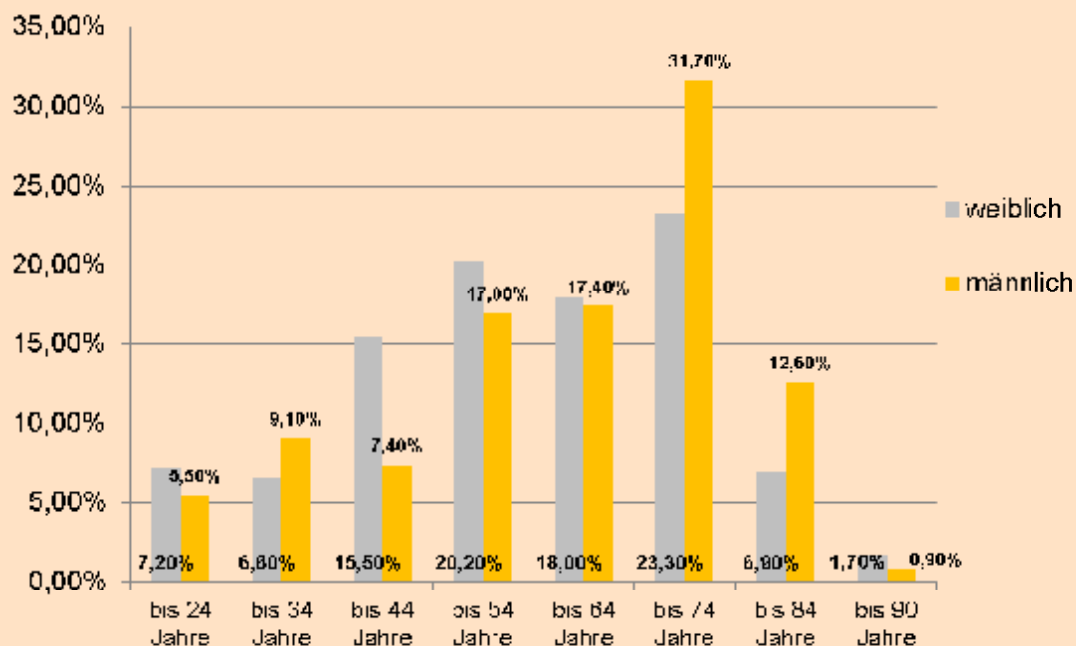
In der Alt. Gr. bis 34 J. mehr Identifikation des problem. Konsums durch Fragebogen. In der Gr. ab 75 J. deutlich mehr Identifikation durch klinischen Eindruck

n = 1.286 Fragebögen



Einfluss von Geschlecht und Lebensalter auf den Alkoholkonsum

- Anteil des unproblematischen Konsums





Gruppe „Auffällig durch Screening“ versus Gruppe „Auffällig durch klinisches Urteil“

Geschlecht

Der **Anteil der Frauen** ist in der Gruppe *Klinisches Urteil* **höher** (58,1 % n=365 zu 27,2 % N=353)

Lebensalter

In der Altersgruppe 75 bis 84 Jahre gibt es die Tendenz häufiger durch klinische Urteile als durch Screening zu diagnostizieren (9,5 % Klinisches Urteil N=357 zu 1,7 % Auffällig durch Screening N=115).

Die anderen Altersgruppen unterscheiden sich nicht wesentlich



Gruppe „Auffällig durch Screening“ versus Gruppe „Auffällig durch klinisches Urteil“

Teilnahme an Arztgesprächen

Die Gruppe der „*Klinisch Auffälligen*“ nimmt weniger häufig ein zweites Arztgespräch wahr (7,9 % N=368 zu 30,6 % N=248).

Unter der Voraussetzung, dass ein *klinisch auffälliger* Patient ein zweites Arztgespräch wahrgenommen hat, nimmt er mit vergleichbarer Häufigkeit (50 % für beide Gruppen) auch ein angebotenes drittes Arztgespräch wahr.



Arztgespräche

Gespräche mit dem Hausarzt	Alkoholkonsum			
	Gesamt		Klinisch auffälliger Konsum	Auffälliges Screening & Intervention
	N	%	N	N
1. Gespräch	616	45	368	248
2. Gespräch	105	8	29	76
3. Gespräch	53	4	15	38

Anmerkungen. N entspricht Anzahl, % entspricht Angaben in Prozent bezogen auf 1.370 dokumentierte Patienten



Welchen Hausärzten fällt es leichter das Screening in ihrer Praxis einzusetzen?

Qualitative Messvariablen (Arztinterviews N = 11 von 12)

- Probleme in den Arztgesprächen und deren Lösbarkeit
- Mitarbeit des Praxisteam
- Hausarzt vermittelt das Suchthema innerhalb seines Teams
- Das Praxisteam informiert über und wirbt aktiv für Projektteilnahme
- Die Patienten nehmen gern am Projekt teil



Welchen Hausärzten fällt es leichter das Screening in ihrer Praxis einzusetzen?

Quantitative Messvariablen

- Anzahl der teilnehmenden Patienten
- Anzahl der 1. Arztgespräche
- Anzahl der 2. Arztgespräche
- Anzahl der Vermittlungen in Suchtberatung



Welchen Hausärzten fällt es leichter das Screening in ihrer Praxis einzusetzen?

Überblick über die Einstufung der Hausärzte (N = 11) bezüglich der abhängigen Variablen

		Umgang des Hausarztes mit dem Thema Sucht	
Praxis-organisation		Guter Umgang	Unsicherer Umgang
	Gute Praxis-organisation	KW2, KW6, CB1, CB2, CB4	CB3
	Schlechte Praxis-organisation	KW4	KW1, KW3, KW5, KW7

Anmerkungen: Die Skala der möglichen Einstufung hat einen Zahlenraum von -4 bis +4. Alle positiven Werte und der Wert Null werden der positiven Einstufung (*Guter Umgang, Gute Praxisorganisation*) zugeordnet.



Zusammenfassung



Anzahl teilnehmender Patienten	1.370
Anzahl der Arztgespräche	616
Anzahl der vermittelten Patienten in die Suchtberatung	90
Anzahl Vermittlung nach dem 2. Arztgespräch	49
Anzahl Vermittlung nach dem 3. Arztgespräch	41
Aufnahme in die Suchtberatung Cottbus	2
Aufnahme in die Suchtberatung Königs Wusterhausen	2
Weitere ärztliche Interventionen sowie die direkte Vermittlung von Patienten in ambulante/stationäre Therapie (Entgiftung / AEB) wurden nicht gesondert erfasst.	



Ergebnisse / Diskussion



- Im Praxisalltag wurden in 2 Quartalen rd. 6% der Patienten erreicht
- Ärzte selektierten deutlich bei der Vergabe der Fragebögen
- 26 % der Kurzinterventionen erfolgten zusätzlich (klinisches Urteil)

Weitere Unterstützende Faktoren sind:

- gezielte Einbeziehung des Praxisteam in das Projekt
- günstige Wartezimmer-situation (< soziale Kontrolle)
- guter Organisationsgrad der Praxis

Hemmende Faktoren sind:

- geringe / keine Einbeziehung des Praxisteam
- Fragebögen werden weder offen, noch aktiv angeboten
- Befürchtungen der Patienten (z.B. Datenschutz) bleiben unausgeräumt
- Fachliche Unsicherheit im Praxisteam



Wie weiter?



- Die Verzahnung mit den Beratungsstellen zur Bereitstellung von Schulung, Info- u. Dokumaterialien und zur Evaluation ist gelungen
- Screening und Ablaufschema bei niedrigem organisatorischen Aufwand bewährten sich trotz geringer zusätzlicher Vergütung
- Insbesondere wie der Arzt die Konsumgewohnheiten des Patienten anspricht, beeinflusst die Wirksamkeit der Kurzintervention
- Patienten mit missbräuchlichem/ od. abhängigen Konsum wurden gut identifiziert, nahmen aber selten direkt Hilfe der SB in Anspruch
- Durch die Kooperation an der Schnittstelle Arztpraxen / ambulanter Suchthilfe verbessert sich die Versorgungssituationen deutlich
- Die feste Einbindung alkoholbezogener Frühintervention als budgetneutrale Regelleistung, z.B. im Rahmen des 2-jährigen Gesundheitschecks, ist überfällig
- Die Serviceleistungen der kommunalen Suchthilfe für Krankenkassen und Reha sollten angemessen komplementär finanziert werden



Kontakt



Tannenhof Berlin-Brandenburg gGmbH

**Suchtberatung LDS
Königs Wusterhausen**

**Michael Leydecker, Dipl. Psych. / PPT
Schulweg 1a
15711 Königs Wusterhausen**

Tel.: 03375 – 24 66 170

Fax: 03375 – 24 66 199

Mail: leydecker@tannenhof.de

www.tannenhof.de