

*Aktuelle Entwicklungen
in der Behandlung
Alkoholabhängiger*

– Fachtagung –

**25./26. Mai 1999
Hagen**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Aktuelle Entwicklungen und Neuorientierungen in der Suchtkrankenhilfe	7
Rolf Hüllinghorst, Hamm	
„Darf ich wirklich nie mehr trinken“? – Verhaltenstherapie bei Alkoholmißbrauch	17
Dr. Johannes Lindenmeyer, Lindow	
Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus: Frühdiagnostik und Frühintervention in einer chirurgischen Abteilung	26
Dr. Martin Volz, Mannheim	
Ambulanter Alkoholentzug als kommunale multi-professionelle Maßnahme	48
Dr. Bruce Ritson, Edinburgh	
Einsatz der EDV in der Behandlung Suchtkranker	57
Dirk Schleef, Münster	

Vorwort

Im Jahr 1998 fand die Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung zeitgleich mit der *Europäischen Woche der Suchtprävention* statt. Häufig thematisiert – und auch vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) in Projekte umgesetzt – wurde in diesem Rahmen der primärpräventive Ansatz für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen. Ergänzend zu diesen Aktivitäten befasste sich die Jahrestagung mit den Möglichkeiten betrieblicher Suchtprävention.

Betriebliche Suchtkrankenhilfe hat sich in den zurückliegenden 25 Jahren als eine der wirkungsvollsten Zugewanderten im Gesamtspektrum der Suchthilfe erwiesen. Diese Erkenntnisse haben sich auch in den Ländern der europäischen Gemeinschaft durchgesetzt, so dass zunehmend Programme entwickelt und umgesetzt werden.

Während sich in den letzten Jahren (positive) Differenzierungen betrieblicher Suchthilfe – z. B. für Frauen im Beruf – herausgebildet haben, gibt doch eine Entwicklung eher Anlass zur Sorge: Um Suchtprobleme in Betrieben von vornherein möglichst gering zu halten, zeichnet sich in zunehmend mehr Betrieben ein Trend zum Einsatz von Screenings bei Neueinstellungen (insbesondere bei Auszubildenden) ab. Hier begibt sich der Betrieb – und oftmals auch die betriebliche Suchthilfe – auf einen problematischen Weg. Screenings sind in der Regel eine Momentaufnahme, sie blenden die Realität des heutigen jugendlichen Lebensstils aus (s. u. a. die erhebliche Zahl der Cannabiskonsumenten zwischen 16 und 21 Jahren). Es wird

auch übersehen, dass gerade eine gelungene berufliche Integration zu einer stabilen und suchtmittelfreien Lebensplanung führt. Gelegentlicher Cannabiskonsum als Ausschlusskriterium für eine berufliche Qualifizierung ist auch vor dem Hintergrund der Liberalisierungsdebatte kritisch zu hinterfragen. Von daher sollten eher die präventiven Aktivitäten der betrieblichen Suchthilfe weiterentwickelt und umgesetzt werden.

Der LWL, dessen Suchtvereinbarung in der Anlage beigefügt ist, hat sich schon seit Mitte der 90er Jahre darauf konzentriert, Vorgesetzte, Personalräte, Jugendvertreter und Auszubildende regelmäßig zu Seminaren einzuladen und über Fragen des Gebrauchs, Missbrauchs und der Abhängigkeit von Suchtmitteln zu informieren. Andere Betriebe, Institutionen und Verwaltungen gehen ähnliche Wege.

Unzureichend erreicht von betrieblicher Suchthilfe werden hingegen teilzeitarbeitende Frauen, da ihre Suchtprobleme aufgrund der geringeren Anwesenheitszeiten im Betrieb weniger auffällig sind. Oft kündigen sie lieber, als sich auf den in den Dienstvereinbarungen vorgegebenen Weg zu begeben. Hier sind sicher noch ergänzende Konzepte erforderlich.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Leiter der KsDF

Doris Sarrazin
Fort- und Weiterbildung

Aktuelle Entwicklungen und Orientierungen in der Suchtkrankenhilfe

Rolf Hüllinghorst

Deutsche Hauptstelle gegen
die Suchtgefahren e. V. (DHS)
Westring 2
59065 Hamm

Inhalt

I. Umfang des Problems

II. Begriffsklärungen

III. Veränderte Rahmenbedingungen der Suchtkrankenhilfe

- 1. Psychotherapeutengesetz**
- 2. Gesetz für Wachstum und Beschäftigung**
- 3. § 93 ff BSHG**
- 4. Staatliche Einflussnahme**
- 5. Einflussverlust der Freien Wohlfahrtspflege**
- 6. Fachlichkeit**
- 7. Zuständigkeit**
- 8. Regionalität**

IV. Weiterentwicklung des Hilfesystems

- 1. Was ist wessen Rolle?**
- 2. Prinzipien der Hilfe**

V. Anforderungen an das Hilfesystem

VI. Den Hilfeprozeß aktiv gestalten

- 1. Beratungs- und Behandlungsstellen**
- 2. Selbsthilfegruppen**

Literatur

I. Umfang des Problems

Um den Umfang des Suchtproblems heute zu beschreiben, gibt es eine Menge Möglichkeiten.

Man könnte sich einmal beziehen auf die Entwicklung des Alkoholkonsums vom Jahre 1900 bis heute und wird feststellen, dass der Alkoholkonsum in Deutschland in den letzten acht Jahren um knapp 15% zurückgegangen ist. Das ist auf der einen Seite ein gutes Signal, auf der anderen Seite liegen wir mit 10,7 Liter reinen Alkohol pro Kopf der Bevölkerung an dritter Stelle der Konsumstatistik in Europa. Wenn man weiterhin bedenkt, dass die WHO darauf hinweist, dass erst ab einem Pro-Kopf-Verbrauch von unter 2 Litern im Jahr keine gesamtgesellschaftlichen Schäden mehr nachweisbar sind, so macht das deutlich, dass wir weiterhin mit einem großen Problem zu kämpfen haben. Und der Alkohol ist ja nicht das einzige Suchtmittel. Das Suchtproblem in Deutschland stellt sich wie folgt dar:

- 4,4 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren mißbräuchlich bzw. abhängig Alkohol.
- 4,9 Millionen Menschen haben darüber hinaus einen riskanten Alkoholkonsum.
- 17,8 Millionen Raucherinnen und Raucher gibt es in Deutschland, davon rauchen 6,8 Millionen mehr als 20 Zigaretten pro Tag.
- 600.000 bis 1,4 Millionen Menschen sind abhängig von Medikamenten.
- Es gibt 250.000 bis 300.000 Konsumenten harter Drogen, davon konsumieren 100.000 bis 150.000 Menschen mit hoher Frequenz oder mit hochriskanten Einnahmeformen.

- Von den 2,1 Millionen Haschischkonsumenten konsumieren 270.000 fast täglich.

Eine amerikanische Untersuchung hat zum Ergebnis, dass 25% aller vorzeitigen Todesfälle in den USA ihre Ursache im Konsum psychotroper Substanzen haben. 19% sind auf den Konsum von Tabak, 5% auf den von Alkohol und 1% auf illegale Drogen zurückzuführen.

Aber es ist nicht allein der Umfang des Problems, was erhebliche Anstrengungen erfordert. Die relativ geringe Quote der Menschen, die in spezialisierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen um Hilfe nachsuchen, muss erhöht werden. Hier gilt es, insbesondere im Bereich der Frühförderung und Frühintervention aktiv zu werden, um Spätschäden soweit wie möglich zu reduzieren.

II. Begriffsklärungen

Immer wieder hören wir es: „Die Drogenpolitik hat versagt.“. Was bedeutet das? Was sind die Indikatoren für diese Aussage? Sind es die Drogentoten? Sind es die sichergestellten Mengen oder sind es die Zahlen der polizeilich erst auffälligen Konsumenten von illegalen Drogen? Ich glaube, dass die Begrifflichkeit falsch ist. Wir müssen unterscheiden zwischen der Suchtmittelpolitik auf der einen und der Gesundheitspolitik auf der anderen Seite. In der **Suchtmittelpolitik** geht es um die Einflußnahme auf das Angebot, z. B. durch Preisgestaltung, durch Vorschriften über die Verfügbarkeit, und um die Einflußnahme auf die Nachfrage, z. B. durch Information, durch Öffentlich-

keitsarbeit und durch Prävention. Diese Suchtmittelpolitik muss sich auf alle psychotropen Substanzen beziehen, nicht nur auf die illegalen Drogen.

In der **Gesundheitspolitik** geht es darum, die bereits eingetretenen Schäden durch missbräuchlichen Konsum oder Abhängigkeit zu lindern, zu bessern und zu heilen. Stichwort hierfür sind bei Missbrauchsverhalten: ärztliche Behandlung, psychosoziale Beratung, Kurzinterventionen. Bei Abhängigkeit lauten die Stichwörter: ambulante und stationäre Akutbehandlung, psychosoziale Beratung, Psycho- und Soziotherapie. Als weitere Stichwörter könnten genannt werden: niedrigschwellige Angebote, Nachsorge usw. Um es noch einmal deutlich zu machen: Suchtmittelpolitik bedeutet politische Einflussnahme auf Gruppen von Menschen, um gesellschaftliche Schäden zu minimieren, Gesundheitspolitik bedeutet individuelle Behandlung bei bereits eingetretenen Schäden.

Wenn wir heute sehr deutlich sagen können, dass Missbrauch und Abhängigkeit Aufgabenfelder der Gesundheitspolitik sind, so liegt dies unter anderem im Urteil des Bundessozialgerichtes von 1968 begründet. Damals wurde ausgeführt „...auch Trunksucht ist eine Krankheit. Dabei ist der Kern des Suchtbegriffes die langandauernde, zwanghafte Abhängigkeit von dem Suchtmittel; dies gilt insbesondere auch für die Trunksucht. ...so (wird in der medizinischen Wissenschaft) die Meinung vertreten, die Trunksucht, d. h. das süchtige Trinken als besondere Form des Alkoholismus, sei auch unabhängig von körperlichen oder psychischen Folgeerscheinungen oder chronischer Alkoholintoxikation wie jede andere Sucht ein regelwidriger Körper-

oder Geisteszustand und bedürfe der ärztlichen Behandlung. Die Regelwidrigkeit bestehe in der körperlichen, wie auch psychischen Abhängigkeit von Alkohol, welches es dem süchtigen Trinker in den meisten Fällen nicht mehr erlaube, mit eigener Willensanstrengung vom Alkohol loszukommen...“.

III. Veränderte Rahmenbedingungen der Suchtkrankenhilfe

Während das Urteil von 1968 Rechtssicherheit brachte, war es die Empfehlungsvereinbarung „Sucht“, die 1978 zwischen den Verbänden der Kranken- und der Rentenversicherung abgeschlossen wurde, welche die Basis für die regelhafte Finanzierung der Hilfeangebote schuf. Obwohl die Diskussion über die Umsetzung des 68er Urteils zehn Jahre gedauert hatte, gilt die Empfehlungsvereinbarung nach wie vor als Basis der Hilfen für Suchtkranke. Allerdings gab es in den letzten zwei Jahren eine Reihe von Veränderungen und Verunsicherungen.

1. Psychotherapeutengesetz

Das Psychotherapeutengesetz, welches zum 1.1.1999 in Kraft getreten ist, regelt die Zugangsvoraussetzungen zur Niederlassung der psychotherapeutisch tätigen Psychologen. Sie sind nicht mehr an Weisungen der Ärzte gebunden. Obwohl es sich zunächst einmal nur um Vorschriften im Zusammenhang mit dem SGB V (Krankenversicherung) handelt, wird es auch

Auswirkungen im Bereich des SGB VI (Rentenversicherung) haben. Denn die Behandlung – auch durch Psychologen – geschieht im Rahmen der „medizinischen Rehabilitation“. Es ist völlig unklar, inwieweit sich das Gesetz auf die Praxis der Suchtkrankenhilfe auswirken wird.

2. Gesetz für Wachstum und Beschäftigung (WFG)

Dieses Kürzungsgesetz der Rentenversicherung hat dazu geführt, dass die Behandlungsdauer für Suchtkranke reduziert wurde. Es hat dafür gesorgt, dass die Zahl der Wiederholungsbehandlungen reduziert wurde und hat darüber hinaus größere Gruppen aus der Zuständigkeit der Rentenversicherung ausgegliedert. Aus dem Bereich der stationären Einrichtungen hören wir, dass es fast unmöglich sei, in den verkürzten Zeiträumen angemessen zu behandeln. Genaue Ergebnisse sind noch abzuwarten. Wichtig in diesem Zusammenhang scheint mir, dass die Zahl der Anträge auf Rehabilitationsbehandlung und die Zahl der bewilligten Leistungen nicht abgenommen haben, sondern dass wir in dieser Hinsicht weiterhin einen positiven Trend wahrnehmen können.

3. § 93 ff BSHG

In der Weiterentwicklung des Sozialhilferechts schreibt der § 93 vor, dass über Leistungen, die im Rahmen der Sozialhilfe stationär erbracht werden, Verträge über den Umfang der Leistung, die Qualität und den Preis zu schließen sind. Auch hier stellt sich die Frage, wie weit diese Vorschriften die Suchtkrankenhilfe tangieren. Ganz

sicher ist das der Fall in den stationären Einrichtungen für chronisch Suchtkranke. Problematisch wäre es im ambulanten Bereich, weil damit ein Signal gegeben würde, dass die Beratungsstellen nur noch für Menschen zuständig sind, die unter das Sozialhilfegesetz fallen. Alle anderen müssten die Leistungen bezahlen. Die DHS hat – um zumindest im Bereich der Leistungsbeschreibungen eigene Untersuchungen vorweisen zu können – einen Auftrag zur Entwicklung von Leistungsbeschreibungen für die ambulante Suchtkrankenhilfe erteilt. Mit den Ergebnissen ist Ende 1999 zu rechnen.

4. Staatliche Einflußnahme

Wir müssen konstatieren, dass nicht mehr – wie bisher – lediglich Zuwendungen erteilt werden und die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe dann nach ihrem Gusto arbeiten können. Mit den Zuwendungen wird immer mehr auch Einfluss auf die Arbeit genommen. Das Zuwendungsrecht verändert sich von „Zuschüssen“ hin zu „Leistungsvergütungen“, die an definierte Kriterien gebunden werden.

5. Einflussverlust der Freien Wohlfahrtspflege

Während bis vor einigen Jahren noch der Grundsatz galt, dass die Angebote der Freien Wohlfahrtsverbände grundsätzlich die bessere und vernünftiger Alternative seien (Stichwort: Subsidiarität), wird inzwischen deutlich, dass die Einrichtungen der Freien Wohlfahrtsverbände nicht mehr grundsätzlich als Träger von Hilfeeinrichtungen gesehen werden.

6. Fachlichkeit

In diesem Zusammenhang verweise ich noch einmal auf das Schema von Günter WIENBERG, in dem er die Hilfe für Suchtkranke in drei Sektoren aufgeteilt hat. Seine Aussage war, dass in der „traditionellen Trias“, den Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke, den Fachkliniken und den Selbsthilfegruppen, hohe Fachlichkeit vorliege, allerdings relativ geringe Inanspruchnahme. Die Suchtkranken bedienten sich aber zu einem größeren Teil der medizinischen und der psychosozialen bzw. sozialpsychiatrischen Versorgung. Hier, so stellte er fest, liege wiederum relativ geringe Fachlichkeit in Bezug auf die Suchterkrankung vor. Dies, so muss festgestellt werden, hat sich nach fast 10 Jahren verändert. Es gibt eine große Bereitschaft im Medizinsystem, sich mit Suchterkrankungen und suchtkranken Menschen auseinander zu setzen (nicht zuletzt durch Methadonvergabe u. ä.) und auch im Bereich der psychosozialen Versorgung wird immer mehr auch auf die Suchterkrankung geschaut.

7. Zuständigkeiten

Während noch bis vor wenigen Jahren die lineare Sichtweise Beratungsstelle – Fachklinik – Selbsthilfegruppe quasi die einzige Hilfeart war, stellen wir fest, dass die Beratungsstellen an Einfluss verlieren. 1994 wurden noch 65 % aller Klienten der Fachkliniken durch Beratungsstellen vorbereitet, im Jahre 1997 waren es nur 45 %. Im Gegenzug nahm die Vorbereitung auf die Fachklinikbehandlung durch die stationäre Entgiftung von 6 % auf 15 % zu.

Damit sind wir auch schon bei der Entwicklung, die ich kurz skizzieren möch-

te: Immer deutlicher wird, dass durch klare Zuständigkeiten in der Akutbehandlung (Entgiftung) psychiatrische Kliniken Pflichtversorgungsaufgaben übernehmen. Sie überweisen aber nicht sofort in die Beratungsstellen, sondern sie bauen zum Teil eigene Versorgungssysteme (mit Institutsambulanz, Tagesklinik usw.) auf und vermitteln nur dann in stationäre Fachkliniken, wenn sie kein eigenes Angebot vorhalten bzw. es aufgrund der Diagnose für sinnvoll halten. Diese neuen Versorgungssysteme gehen soweit, dass eigenständige Selbsthilfegruppen angegliedert werden, um einen weniger angstbesetzten Umgang mit dem Rückfall zu gewährleisten. Ein weiterer Zugang wird sich über das medizinische Hilfesystem entwickeln. Der Arzt wird – möglicherweise in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten – auch im Arbeitsfeld Sucht aktiver werden. Kurz zusammengefasst könnte man sagen: Das medizinische Hilfesystem „entdeckt“ die Suchtkranken, insbesondere im Bereich der Frühintervention und Früherkennung. Die Beratungsstellen werden sich auf die Klientel der selbst- (bzw. durch Angehörige, Arbeitgeber usw.) motivierten Klienten beschränken und die psychiatrische Pflichtversorgung wird den Bereich der „ungeplanten Aufnahmen“ abdecken. Es bleibt zu hoffen, dass der Anteil der erreichten Suchtkranken erhöht wird.

8. Regionalität

Gerade durch die skizzierte Zuständigkeit von psychiatrischen Einrichtungen im Rahmen der Pflichtversorgung kommt es zu einer stärkeren regional orientierten Versorgung Suchtkranker. Dies wird Einfluss haben auf die Strukturen der Hilfe, insbesondere auf die

Fachkliniken. Insgesamt ist der Trend zur Behandlung in der Region, der spätestens 1990 mit der Empfehlungsvereinbarung „Ambulante Rehabilitation“ in Gang gesetzt wurde, nicht mehr umzukehren.

IV. Weiterentwicklung des Hilfesystems

Zu Beginn dieses Kapitels möchte ich eine Leitfrage formulieren. Sie lautet:

„Welche Konzepte und Strategien sind geeignet, um möglichst viele Menschen mit Suchtproblemen möglichst frühzeitig zu erkennen und ihnen ein akzeptables, bedarfsgerechtes und effizientes Hilfeangebot zu machen. Wer hat dabei welche Rolle zu spielen?“

Eigentlich sind die Antworten ganz einfach:

Wie erreichen wir möglichst viele Menschen? Doch nur, indem wir sie dort abholen, wo sie sind. Es geht nicht an, die Komm-Strukturen sowohl in den Beratungsstellen als auch in den Selbsthilfegruppen weiter alternativ zu vertreten. Es geht darum, dass zu den Menschen gegangen wird. Ein Beispiel dafür ist: Wenn in einer Arztpraxis ein Patient sagt: „O. k., ich bin bereit, etwas für mich zu tun.“, dann muss es selbstverständlich sein, dass die Beratungsstelle dafür sorgt, dass dieser Klient abgeholt und sofort weiter beraten wird.

Wenn es darum geht, möglichst frühzeitig den Menschen zu erreichen, dann müssen die Mitarbeiter in der Suchtkrankenhilfe dafür sorgen, dass auch andere Berufsgruppen für Suchtkranke sensibilisiert werden. Sie kennen das

Beispiel: Wenn ein Suchtkranker zum Arzt geht, dann erwartet er, auf seinen Konsum angesprochen zu werden. Tut der Arzt dies nicht, so ist die Chance für ein weiteres Jahr vertan, die im Grundsatz vorhandene Veränderungsbereitschaft anzusprechen und dem Menschen bei Veränderungen seines Verhaltens Hilfestellung zu leisten.

Wie sieht ein akzeptables, bedarfsgerechtes und effizientes Hilfeangebot aus? Darauf will ich später noch einmal eingehen, hier nur einige Stichworte: Kurzinterventionen, Kurzberatungen, Behandlungsvereinbarungen, Berücksichtigung der Veränderungsbereitschaft usw. Effizient ist ein Hilfesystem dann, wenn es eine vernünftige Dokumentation gibt, wenn die Beteiligten in der Hilfe ihre Rollen tatsächlich ein- und ernst nehmen, wenn es Transparenz in der Arbeit gibt und wenn auf die vorhandenen Ressourcen Rücksicht genommen wird.

1. Was ist wessen Rolle?

Manchmal kann man den Eindruck haben, dass kein anderes Feld der Sozialarbeit soviel Akteure kennt, wie dies in der Suchtkrankenhilfe der Fall ist.

Im SGB V, dem Gesetz über die Krankenversicherung, ist die Akutbehandlung geregelt. Geregelt ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung den Sicherstellungsauftrag für den ambulanten Bereich hat und dass für die stationäre Behandlung der Versorgungsauftrag bei den Krankenhäusern liegt.

Im SGB VI der Rentenversicherung sind die Vorschriften der medizinischen Rehabilitation enthalten. Hier geht es ja nicht um die Wiederherstellung der Gesundheit wie im Bereich der Krankenversicherung, sondern hier geht es

um die Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit.

Die Sozialhilfe muss die Leistungen der Kranken- und Rentenversicherung übernehmen, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fehlen.

Die Kommune leistet bei nicht-medizinischen Interventionen, bei niedrigschwelligen Angeboten Hilfen und ist zuständig für die Koordination der Hilfen vor Ort.

Das Land ist zuständig für die Versorgungsplanung. Hier ist darauf zu achten, dass durch Richtlinien sichergestellt wird, dass die einzelnen Landesteile mit entsprechenden Angeboten versorgt sind.

Der Bund setzt durch Gesetzgebung die Rahmenbedingungen, er unterstützt Modelle zur Weiterentwicklung der Hilfen. Die Einrichtungsträger sind zuständig für die Durchführung der Maßnahmen, aber auch für die qualitative Weiterentwicklung.

Die Selbsthilfe – und die Sucht-Selbsthilfe spielt eine große Rolle in unserem Arbeitsfeld – ist nicht einzubinden in Planungen und Konzeptionen. Sucht-Selbsthilfe ist nur für sich selbst verantwortlich und wir können darauf vertrauen, dass sie ihren Teil der Arbeit leistet.

2. Prinzipien der Hilfe

Individuelle Hilfeplanung

Im Bereich der Sozialarbeit insgesamt ist es üblich, mehr in Einrichtungstypen als in Hilfetypen zu denken. Die Einführung des neuen Kinder- und Jugendhilfegesetzes war ein wichtiger Schritt in die Richtung, individuelle Hilfen für jeden Einzelfall zu entwickeln und nicht die Hilfen aufgrund der tatsächlich vorhandenen Hilfeinrichtungen zu „verordnen“. Diesen Grundsatz sollten wir auch in der Suchtkrankenhilfe überneh-

men, d. h. wenn Prinzipien der Hilfe beschrieben werden, dann muss an erster Stelle die „individuelle Hilfeplanung“ stehen. Daraus leitet sich ab, dass so viel Regelbehandlung wie möglich (siehe Ressourceneinsatz) angeboten werden sollte und so wenig Sonderbehandlung wie nötig.

Selbsthilfe vor Fremdhilfe ist das zweite Prinzip. Hier geht es nicht nur um die Wirksamkeit der Selbsthilfegruppe und um ihre Hilfe für Abhängige. Hier geht es auch um die Selbsthilfepotentiale, die in jedem Menschen schlummern und die es vorrangig zu wecken gilt.

Ambulant vor stationär

Die Zahl der ambulanten Entwöhnungsbehandlungen nimmt zu und auch die teilstationären Hilfeformen werden konsequent weiter entwickelt.

Wohnortnah vor wohnortfern

Ich habe bereits unter dem Stichwort Regionalität darauf hingewiesen, dass hier eine massive Veränderung ansteht. Es kann nicht darum gehen, dass grundsätzlich wohnortnah behandelt wird, aber es muss verstanden werden, dass die wohnortnahe Behandlung die natürlichere Behandlungsform ist.

Interventionen so früh wie möglich

In diesem Zusammenhang verweise ich auf amerikanische Untersuchungen, die von einer zyklisch wiederkehrenden Veränderungsbereitschaft sprechen. Diese Veränderungsbereitschaft in der Absichtsbildung zu erkennen, in der Entscheidung zu unterstützen, zur Umsetzung zu führen und letztendlich die Aufrechterhaltung der Abstinenz anzustreben, ist Aufgabe von Helfern im professionellen und ehrenamtlichen Bereich. Aus diesem „Rad der Veränderung“ wird ebenfalls auch deutlich, dass auch bei einer Abstinenzbeendigung

relativ schnell auf die bisher erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse im Sinne von erneuter Absichtsbildung eingegangen werden kann.

Verbindlichkeit

Die Hilfe muss verbindlich angeboten werden. Es kann nicht sein, dass Kranke und Abhängige sich die Hilfe suchen, sondern es muss abgestimmt sein, wer die Hilfe wo und wann anzubieten hat (Versorgungsauftrag).

Keine Einheitstherapie

Im Zuge der Regionalisierung und kleinräumigeren Strukturierung der Suchtkrankenhilfe wird es sicherlich nicht mehr die große Auswahl an Therapieeinrichtungen und Therapieformen, wie sie in über hundert Kliniken im Bundesgebiet vorgehalten sind, geben. Wenn wir aber die individuelle Hilfeplanung ernst nehmen, so bedeutet das, dass in jedem Einzelfall auch individuelle Hilfeformen – auf der Basis von Indikationsstellung und Diagnostik – angeboten werden müssen. Suchttherapie ist – wie jede Therapie – eine künstlerische Tätigkeit und es muss sichergestellt werden, dass keine Einheitstherapie verordnet wird.

V. Anforderungen an das Hilfesystem

Wenn die bisherige Schilderung der Situation und die erläuterten Prinzipien der Hilfe akzeptiert werden, dann bedeutet das, dass sich das Hilfesystem verändern muss. Ein erster Schritt ist es, dass die Bereitschaft zur Veränderung geweckt werden muss. Ein zweiter Schritt ist, dass die Einrichtungsträger dafür sorgen, dass Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter ständig qualifiziert werden bzw. den Wunsch nach Qualifizierung haben. Eine Basis für die Weiterentwicklung des Hilfesystems ist die verpflichtend vorgeschriebene, vergleichbare Dokumentation. Z. B. um festzustellen, wo die eigene Einrichtung im Verhältnis zu anderen steht, wo die Schwerpunkte und die Stärken der eigenen Einrichtung liegen. Es wird erforderlich sein, vertragliche Bindungen über Art und Umfang der Leistung einzugehen. Es wird – gerade unter dem Aspekt der regionalen Vernetzung – um Kooperationen vor Ort gehen und ich will nicht ausschließen, dass auch Fusionen erforderlich sind, um notwendige Größenordnungen in der Hilfe für Suchtkranke anbieten zu können. Untersuchungen im Rahmen von Modellvorhaben machen deutlich, dass sowohl Rahmenbedingungen als auch Ergebnisse verbesserbar sind.

VI. Den Hilfeprozess aktiv gestalten

Dabei kann nicht darauf gewartet werden, dass irgend jemand den Hilfeprozess verändert, sondern die Gestaltung des Hilfeprozesses muß vor Ort erfolgen. Dazu sind Planung und Steuerung, Koordination und Kooperation und Veränderungen in den Einrichtungen erforderlich. In diesem Zusammenhang nur zwei Beispiele.

1. Beratungs- und Behandlungsstellen

Für mich sind die Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und ihre Angehörigen nach wie vor das

Rückgrat der Versorgung Suchtkrankender in unserem Lande. Die Hilfen haben ein fachlich hohes Niveau, die Ergebnisse sind weit positiver als bei anderen chronischen Krankheiten. Die durchschnittliche Beratungsstelle in Deutschland hat ca. vier Fachmitarbeiter; mehr als tausend Beratungsstellen gibt es in Deutschland.

Was könnte hier noch verbessert werden, was muß sich verändern? Dazu nur einige Beispiele:

- Jeder Patient hat das Recht auf ein sofortiges Erstgespräch (keine Wartelisten);
- Es wird umgehend vermittelt (wenn der Wunsch besteht, eine stationäre Behandlung durchzuführen, muss diesem Wunsch sofort – auch in Abstimmung mit den Leistungsträgern – entsprochen werden);
- Auf Patienten wird nicht nur gewartet, sie werden auch geholt;
- Am Ende eines jeden Gespräches steht eine Vereinbarung;
- Es wird wesentlich häufiger mit Indikationsgruppen gearbeitet, dabei wird auf Manuale zurück gegriffen;
- Die Therapie steht nicht im Vordergrund, sondern die Beratungsangebote;
- Es gelten Versorgungsverpflichtungen: für das Gebiet der Kommune, ohne Einschränkung auf Suchtmittel, für Angehörige.

Das sind nur einige wenige Aspekte aus dem gesamten Spektrum einer Arbeit der Beratungsstelle und aus diesen wird deutlich, dass die Arbeit weder mit zwei noch mit vier Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern zu leisten ist, sondern dass eine größere Mitarbeiterzahl mit einer starken Binnen-Differenzierung hier arbeiten muss.

2. Selbsthilfegruppen

Ich habe bereits deutlich gemacht, dass die Selbsthilfe nicht zu verplanen ist. Wir müssen aber konstatieren, dass 20 – 25 % der Teilnehmer an Selbsthilfegruppen keine Berührung mit dem professionellen Hilfesystem hatten. Hier geht es um Selbstheilung und um Unterstützung durch ehemals Betroffene. Aber auch, wenn wir die Gruppen nicht verplanen, können wir mit ihnen rechnen. Die Selbsthilfegruppen spielen eine außerordentlich große Rolle. Auf der einen Seite als Starthilfe in ein Leben ohne Suchtmittel, auf der anderen Seite als Lebensgemeinschaft, um mit Hilfe von Freunden weiterhin ohne Suchtmittel leben zu können. Das ist jedoch nur der Anfang. Das Wesentliche in der Selbsthilfegruppe liegt in der Hilfe bei der Sinnsuche als Voraussetzung für die persönliche Entwicklung.

Durch das Aufzeigen neuer Horizonte wird das Interesse geweckt, anderen Menschen zu helfen: durch die Überwindung der eigenen Abhängigkeit für andere Menschen da zu sein.

Selbsthilfegruppen brauchen Rahmenbedingungen. Sie brauchen einen Schonraum, in dem sie arbeiten können; sie brauchen Gruppenräume und sie brauchen die Sicherheit, sich Hilfe holen zu können, wenn sie sie benötigen. Hilfe leisten auf der einen Seite natürlich die Selbsthilfeverbände, die zum größten Teil bundesweit arbeiten. Sie bieten Aus- und Fortbildung an und ermöglichen institutionelle Einbindung. Das müssen aber auch spezielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Beratungsstellen sein, um schnell zu helfen und unbürokratisch Schwierigkeiten in den Gruppen zu lösen oder Hilfe im Einzelfall geben zu können.

Literatur

Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.)
Weiterentwicklung von Hilfen für Alkohol-
kranke und Menschen mit Alkohol-
problemen, Baden-Baden 1998, Novus-
Verlag

BURTSCHIEDT, W., LÜTHCKE, H.,
LÖLL, A.
Ambulante Verhaltenstherapie bei
Alkoholabhängigen (unveröffentlichtes
Manuskript)

Deutsche Hauptstelle gegen die Sucht-
gefahren (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 99,
Geesthacht 1998, Neuland Verlag

Deutsche Hauptstelle gegen die Sucht-
gefahren e.V.
Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe,
Entwurf Stand März 1999

Fachverband Sucht e.V.
Gesamtkonzept des Fachverbandes
Sucht e. V. zur Behandlung von Abhän-
gigkeitserkrankungen, Bonn 1998,
Bd. 5 Qualitätsförderung in der Entwöh-
nungsbehandlung

KREMER, G., WIENBERG, G., DOR-
MANN, S., WESSEL, T., PÖRKSEN, N.

Evaluation von Kurzinterventionen bei
PatientInnen mit Alkoholproblemen im
Allgemeinkrankenhaus, Sucht 2/99,
S. 80 – 88

Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald
und Stadt Freiburg
Information für Ärztinnen und Ärzte zur
Suchttherapie, Freiburg 1998, Eigen-
verlag

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Müssen Suchtberatungsstellen sich
verändern?, Münster 1998, Forum
Sucht Bd. 18, Eigenverlag

RITSON, Bruce
Frühe Interventionen in der primären
Gesundheitsversorgung, Aktion psy-
chisch Kranke (Hrsg.) Behandlungs-
strategien bei Alkoholproblemen, Frei-
burg 1998, Lambertus-Verlag

SPODE, Hanno
Die Zyklik des sozialen Problems „Alko-
hol“ im Fachverband Drogen und
Rauschmittel (Hrsg.) Alles unter Kon-
trolle – und dann?, Geesthacht 1997,
Neuland Verlag

„Darf ich wirklich nie mehr trinken?“ Verhaltenstherapie bei Alkohol- missbrauch

Dr. rer. nat. Johannes Lindenmeyer

Salus Klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow

Inhalt

I. Einleitung

II. Die Begrenztheit des klassischen Suchtparadigmas in der Behandlung von Alkoholmissbrauch

III. Therapeutische Ausgangssituation bei Alkoholmissbrauch

IV. Therapierational einer stationären Kurzzeitbehandlung bei Alkoholmissbrauch

1. Trinkpause als Voraussetzung für kritische Selbstreflexion
2. Motivationsänderung vor Fertigkeitstraining

V. Therapiemaßnahmen

1. Aktive Informationsaneignung
2. Identifikation kritischer Trinksituationen
3. Exposition in vivo
4. Rückfallbewältigung
5. Einleitung von Selbstbeobachtung

Literatur

I. Einleitung

Eine Vielzahl von Studien belegen übereinstimmend, dass es neben den etwa 2–3 Millionen Alkoholabhängigen in Deutschland eine etwa doppelt so große Anzahl an Personen mit erheblichen Alkoholproblemen gibt, bei denen die Kriterien für eine Abhängigkeit (noch) nicht erfüllt sind. Die Alkoholprobleme dieser Personen unterscheiden sich von klassischen Alkoholabhängigen in folgender Weise:

- Täglicher Alkoholkonsum ist eher selten.
- Wechsel von übermäßigem Trinken und gemäßigtem Alkoholkonsum. Etwa die Hälfte des Alkoholkonsums geschieht in geringen Mengen.
- Es bestehen keine Anzeichen für eine körperliche Abhängigkeit.

Trotzdem kann dieser Alkoholkonsum bei den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld zu einer Reihe von schwerwiegenden Problemen führen, die eine Behandlung dieser Klientel dringend indiziert erscheinen lassen. Diese Probleme können äußerst vielfältig sein. Man kann sie in zwei Gruppen einteilen:

- Unmittelbare Folgen von Trunkenheit (z. B. Unfälle und Verletzungen, Führerscheinentzug, körperliche Auseinandersetzungen).
- Folgen von regelmäßigem Alkoholmissbrauch (z. B. körperliche Folgeschäden, Eheprobleme, finanzielle Engpässe, drohender Arbeitsplatzverlust).

II. Die Begrenztheit des klassischen Suchtparadigmas in der Behandlung von Alkoholmissbrauch

Der Behandlung von Suchtkranken liegt klassischer Weise die Annahme zu Grunde, dass eine Suchterkrankung unweigerlich fortschreitet, bis die körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen den Betroffenen zwingen, etwas gegen seine Sucht zu unternehmen (Paradigma des progredienten Suchtverlaufs).

Entsprechend haben die verschiedenen Interventionsansätze zur Motivierung von Alkoholabhängigen gemeinsam, dass sie den Betroffenen solange auf eine für ihn annehmbare Weise mit den Folgen seiner Sucht konfrontieren, bis ihm der vollständige Verzicht auf Alkohol als attraktivere Alternative erscheint (Abstinenzparadigma).

So effektiv sich dieser Behandlungsansatz für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit erwiesen hat, so wenig ist er aus einer Reihe von Gründen für die Behandlung von Alkoholmissbrauch geeignet:

- Klassische Suchtbehandlung, insbesondere ihr Abstinenzparadigma hat nur eine geringe Attraktivität für Alkoholmissbraucher. Zu Recht weisen sie darauf hin, dass sie nicht „so weit“ seien und es ihnen somit unangemessen vorkomme, vollkommen auf Alkohol verzichten zu müssen.
- Die Folge hiervon ist, dass prognostisch günstige Zeitpunkte für eine Intervention bei Alkoholproblemen

ungenützt verstreichen und die Betroffenen erst behandlungsbereit sind, wenn die Abhängigkeit fortgeschritten ist. Um so ungünstiger ist andererseits die Prognose für eine Behandlung, da das soziale Stützsystem und die Bewältigungskompetenzen der Betroffenen suchtbedingt beschädigt bzw. zerstört wurden (vgl. Abbildung 1).

- Schließlich entwickelt sich aus einem Alkoholmissbrauch nicht immer eine Alkoholabhängigkeit. Periodische und situationsspezifische Verläufe sind ebenso wahrscheinlich, so dass die Betroffenen in diesem Fall nie den Weg in eine Suchtbehandlung finden, obwohl die Folgen ihres Alkoholkonsums gravierend sein können.

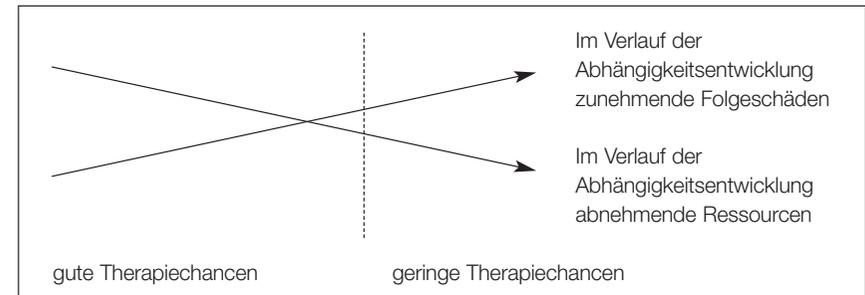


Abb. 1: Der negative Zusammenhang zwischen Therapiechancen und Folgeschäden

III. Therapeutische Ausgangssituation bei Alkoholmissbrauch

Will man Alkoholmissbrauchern wirkungsvoll helfen, so sind spezifische Behandlungsansätze erforderlich. Diese müssen sich insbesondere an der besonderen psychologischen Ausgangssituation der Betroffenen orientieren:

- Die Betroffenen sehen keinen Unterschied zwischen sich und anderen Menschen bezüglich ihres Trinkverhaltens.

- Bei den Betroffenen besteht eine besonders starke motivationale Ambivalenz: Einerseits haben sie viel zu verlieren, andererseits ist ihre Situation nicht so schlecht, dass größere Veränderungen/Opfer zwingend sind.
- Im Unterschied zu Alkoholabhängigen ist das Trinkverhalten bei Alkoholmissbrauch weniger durch physiologische Mechanismen und automatische Reaktionsweisen bestimmt. Vielmehr sind (unrealistische) Wirkungserwartung und mangelnde Selbstwirksamkeitsüberzeugung in kritischen Trinksituationen vorrangig (operantes Paradigma).

IV. Therapierational einer stationären Kurzzeitbehandlung bei Alkoholmissbrauch

Das von uns in Anlehnung an das Manual von SOBELL & SOBELL (1993) entwickelte Therapieangebot bei Alkoholmissbrauch enthält vier zentrale Therapieprinzipien:

1. Trinkpause als Voraussetzung für kritische Selbstreflexion

Um eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten zu erleichtern, werden die Patienten/innen aufgefordert, für die Behandlungsdauer von einigen Wochen auf jeglichen Alkoholkonsum zu verzichten. Dies erhöht im Sinne der kognitiven Dissonanztheorie die Motivation für eine ernsthafte Therapie. Außerdem können die Betroffenen hierdurch neue Erfahrungen machen. Schließlich werden so Störungen der Behandlung durch pathologisches Trinkverhalten minimiert. Aufgrund von Referenzerfahrungen bei Fastenkuren oder Fitnessprogrammen wird eine Trinkpause für die Dauer der Behandlung von den meisten Betroffenen problemlos toleriert.

Stationäres Setting um aktuelles Trinkmuster zu durchbrechen und Selbstreflexion zu erleichtern

Das Gespräch über und insbesondere das offene Eingestehen des tatsächlichen Ausmaßes ihres Alkoholkonsums sind für Patienten mit Alkoholmissbrauch äußerst aversiv. Denn anders

als andere psychische Störungen werden Alkoholprobleme in unserer Gesellschaft nicht als Krankheits Symptome verstanden, die man „hat“, sondern als selbstverschuldetes Fehlverhalten. Außerdem bedeutet eine Veränderung der eigenen Trinkgewohnheiten häufig eine Entfremdung vom sozialen Umfeld, das hierauf nicht unbedingt unterstützend bzw. verständnisvoll reagiert wird. Eine vorübergehende, räumliche Distanz von zu Hause und den häufigsten Trinksituationen im Rahmen einer stationären Behandlung sind daher besonders hilfreich, über bisheriges Trinkverhalten nachzudenken und systematisch Veränderungen von alkoholbezogenen Einstellung und Verhaltensweisen zu erproben.

Kein Training von kontrolliertem Trinken, sondern Abgrenzung von kritischen Trinkepisoden von normalem Trinken

Um nicht in Widerspruch zur Abstinenzorientierung klassischer Suchtbehandlung zu geraten, und um den Betroffenen bei erfolglosen Veränderungsversuchen ihres Trinkverhaltens einen Übergang in eine Entwöhnungsbehandlung prinzipiell offenzuhalten, sollte es auch in der Behandlung von Alkoholmissbrauchern ausdrücklich nicht um das Training von kontrolliertem Trinken gehen. Statt dessen wurde das Konzept der „Punkt-Abstinenz“ entwickelt. Letztere bedeutet:

- kein Alkohol am ungeeigneten Ort
- kein Alkohol zum ungeeigneten Zeitpunkt
- kein Alkohol in bestimmten Situationen.

Der eigentliche Schwerpunkt der Behandlung von Alkoholmissbrauch liegt

somit auf der individuellen Abgrenzung der kritischen Trinkepisoden von normalem Alkoholkonsum. Dies ist mitunter ein schwieriger und längerer Prozess, da die Selbstwahrnehmung der Patienten oftmals erheblich von der Fremdeinschätzung durch Außenstehende abweicht.

2. Motivationsänderung vor Fertigkeitstraining

Es ist ein wichtiges Merkmal von Alkoholmissbrauch, dass viele Betroffene im Gegensatz zu Alkoholabhängigen bei veränderter Motivation durchaus über das notwendige Verhaltensrepertoire verfügen, um auf Alkohol in kritischen Trinksituationen gänzlich zu verzichten. Entsprechend geht es in der Behandlung von Alkoholmissbrauch auch weniger um das Training von entsprechenden Fertigkeiten. Vielmehr ist die gesamte Behandlung unter motivationalen Gesichtspunkten zu optimieren.

V. Therapiemaßnahmen

Im Folgenden sollen einzelne Behandlungsbausteine zur Therapie von Alkoholmissbrauch exemplarisch etwas näher beschrieben werden.

1. Aktive Informationsaneignung

Gezielte Informationen über Alkohol und Alkoholmissbrauch können es den Betroffenen erleichtern, unter Wahrung ihres Selbstwertgefühls zu einer deutlich veränderten Einstellung hinsichtlich ihres bisherigen Trinkverhaltens bzw. ihrer künftigen Trinkziele zu gelangen

(nach dem Motto: „Wenn ich das früher gewußt hätte“). Folgende Informationen sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung:

- Aufnahme und Verarbeitung von Alkohol im Körper
- Unklarheit der Trinkregeln in unserer Gesellschaft
- Körperliche und soziale Folgeschäden durch Alkohol
- Bedeutung von körperlicher Toleranzentwicklung
- 2-Phasen-Wirkung von Alkohol
- Rückfallphänomene.

Entsprechende Informationsmaterialien für Patienten finden sich bei LINDENMEYER (1998).

In einem nächsten Schritt sollen diese Einzelinformationen zu einem konsistenten und plausiblen Modell der Entstehung von pathologischen Trinknormen zusammengefasst werden. Je nach konkretem Einzelfall sind hierbei folgende Mechanismen besonders herauszuarbeiten:

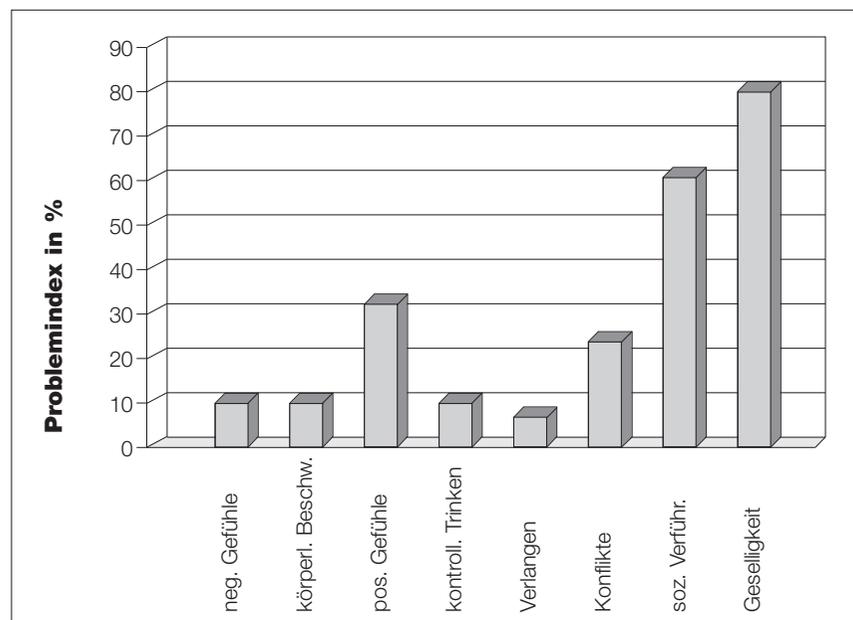
- *unrealistische Wirkungserwartung*
In einer Reihe von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass unrealistische, positiv verzerrte Wirkungserwartungen an Alkohol (z. B. hinsichtlich sexueller Situationen) die Entwicklung eines problematischen Trinkstils begünstigen.
- *alkoholbedingt beeinträchtigte Selbstwahrnehmung*
Schon der Konsum relativ geringer Alkoholmengen beeinträchtigt die Selbstwahrnehmung. Der Betroffene fühlt sich besser, während die tatsächliche Alkoholwirkung auf sein Interaktionsverhalten oft eher negativ ist.

- *Toleranzentwicklung* durch erhöhte Verarbeitungskapazität der Leber und 2-Phasenwirkung des Alkohols.
- *Entwicklung von Verlangen nach Alkohol* durch klassische Konditionierungsprozesse.

Entscheidend ist hierbei, dass der Patient „entdeckt“, dass verschiedene Situationsmerkmale (Ort, Zeit, anwesende Personen, Anblick und Geruch von Alkohol, inhaltliches Thema, Verhalten der Interaktionspartner) sowie interne Bedingungen (Stimmung, Gedanken, Wirkungserwartung, Durst, physiologische Reaktionen) als sogenannte „Trigger“ additiv die Wahrscheinlichkeit für einen Trinkexzess erhöhen.

2. Identifikation kritischer Trinksituationen

Hauptanliegen der Behandlung von Alkoholmissbrauch ist es, sich mit dem Patienten verbindlich auf eine Differenzierung von unproblematischem Alkoholkonsum in bestimmten Situationen und übermäßigem Alkoholkonsum in kritischen Trinksituationen zu verständigen („Wo bin ich gefährdet und wo nicht?“). Hierzu sollte der Patient den situativen Kontext sowohl seines unproblematischen als auch seines problematischen Alkoholkonsums kennen und verstehen lernen. Er soll erkennen, was bei normalem Trinken anders ist als bei übermäßigem Alkoholkonsum und womit dies zusammenhängt. Als Groborientierung können hierbei die Ergebnisse des IDTSA (LINDENMEYER & FLORIN, 1998) dienen. Hierdurch lässt sich ein Risikoprofil hinsichtlich von 8 Situationsbereichen erstellen:



Im nächsten Schritt werden die wichtigsten Situationen für einen Normalkonsum von Alkohol herausgearbeitet. Der Patient soll festlegen, ob überhaupt und wenn, in welchen Situationen er in den letzten 12 Monaten niemals mehr als vier Trinkeinheiten getrunken hat und keine negativen Konsequenzen erlebt hat. Es sollen auch die (unmittelbaren und mittelfristigen) positiven Konsequenzen dargestellt werden. Solche moderaten Trinkereignisse treten zumeist in sozialen Situationen auf oder sind daran gekoppelt, dass ein exzessives Trinken sich allein aufgrund der in dieser Situationen erforderlichen Handlungsfähigkeit verbietet (bei Geschäftsbesprechungen). Der Therapeut sollte hierbei explizit Stellung zur Selbsteinschätzung des Patienten nehmen. Schließlich werden die unproblematischen Trinksituationen verbindlich auf eine Liste notiert. Dann werden auf dieselbe Art und Weise alle Situationen von problematischem Alkoholkonsum erfasst.

Entscheidend ist bei all diesen Aufgaben, dass Patient und Therapeut eine genaue Vorstellung bekommen von den:

- **relevanten Situationsmerkmalen** („Was macht die Situation zu einer Risikosituation, was würde die Situation noch schwerer machen, was würde die Situation erleichtern?“)
- **Wirkungserwartungen des Patienten** („Wozu machen Sie, wie wollten Sie sich fühlen?“)
- **tatsächlichen Konsequenzen** des Alkoholkonsums („Was ist tatsächlich passiert?“)

Erst auf dieser Grundlage sollte sich dann der Patient entscheiden, in welchen Situationen er künftig auf jeglichen Alkoholkonsum verzichten möchte.

3. Exposition in vivo

Schwerpunkt von Expositionsübungen bei Alkoholmißbrauch ist es, die beabsichtigte Alkoholabstinenz in verschiedenen Situationen tatsächlich zu erproben. Für die Behandlung ist hierbei weniger entscheidend, dass der Betroffene es schafft, auf Alkohol zu verzichten – dies wird er in der Regel ohne größere Schwierigkeit können – entscheidend ist vielmehr, wie er diese Erfahrung bewertet und wie sich dies auf seine künftige Abstinenzmotivation auswirkt. Entsprechend erfordern die Expositionsübungen eine genaue Vorbereitung, in der die Erwartungen und das konkrete Vorhaben des Patienten schriftlich niedergelegt werden. Nach den Expositionsübungen ist eine ausführliche Auswertung erforderlich, in der die tatsächlichen Erfahrungen und Ergebnisse mit den vorher geäußerten Erwartungen des Patienten verglichen werden. Durch kognitive Interventionen (vgl. BECK et al., 1995) müssen die Wahrnehmung und die Bewertung der Betroffenen systematisch überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden.

4. Rückfallbewältigung

Es ist davon auszugehen, dass es den meisten Betroffenen nicht auf Anhieb gelingt, die individuell vereinbarte Punktabstinenz für immer konsequent einzuhalten. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass die Betroffenen zwar seltener aber doch wiederholt Trinkexzesse haben werden. Um in solchen Momenten nicht wieder vollkommen in ihr früheres Trinkverhalten zurückzufallen, ist es erforderlich, die Betroffenen systematisch mit Rückfallpräventionsstrategien vertraut zu machen. Grundlage ist hierbei das 2-Phasenmodell des Rückfalls von MARLATT und GORDON

(1985). Danach fällt ein Betroffener nach einem einmaligen „Ausrutscher“ oder „lapse“ insbesondere dann wieder in sein früheres Problemverhalten zurück (sog. „relapse“), weil er hierauf typischer Weise mit einem starken Absinken seiner Änderungszuversicht im Sinne eines sog. „Rückfallschocks“ reagiert. Angenommen wird hierbei eine kognitive (z. B. „Ich bin ein Versager“) und eine emotionale (z. B. Panik) Komponente des Rückfallschocks.

Entsprechend kommt es bei einem erneuten Trinkezess darauf an, dass der Patient und – falls möglich – seine Angehörigen über einen einfachen und vor allem fest eingetragten sog. „Notfallplan“ verfügen. Dieser sollte gemeinsam mit dem Patienten und den nächsten Bezugspersonen vereinbart werden und kann schließlich auf einer sog. „Notfall-Karte“ in der Größe einer Kreditkarte notiert werden, die die Beteiligten immer bei sich tragen. Im Einzelnen sollte hierbei entschieden werden, wer als erstes über einen Rückfall informiert werden soll. Nicht immer sind hierfür der eigene Lebenspartner oder engste Bezugspersonen geeignet, weil sie unter Umständen den Rückfallschock des Betroffenen durch eigene Verzweiflung oder Vorwürfe ungewollt vergrößern. Bei der Festlegung der Reihenfolge der einzelnen Bestandteile eines Notfallplans ist insbesondere darauf zu achten, dass sich die Beteiligten bei einem Rückfall ähnlich wie bei einem Verkehrsunfall zunächst einer Ursachenforschung enthalten und statt dessen alle Aufmerksamkeit darauf richten, wie der Betroffene wieder nüchtern wird und das verlorengegangene (Selbst-)Vertrauen in die Änderungsfähigkeit des Betroffenen bzw. in die Wirksamkeit der Behandlung wiedergewonnen werden kann.

5. Einleitung von Selbstbeobachtung

Gemeinsam wird ein mindestens dreimonatiger Zeitraum vereinbart, innerhalb dessen der Patient täglich seinen Alkoholkonsum protokollieren wird. Er wird hierbei jeweils abends vor dem Schlafengehen ca. 5 Minuten folgende Eintragungen machen:

- Zu welcher Tageszeit welcher Alkohol konsumiert wurde;
- Ob er an diesem Tag sein Therapieziel bezüglich Alkoholkonsum eingehalten hat oder nicht;
- Ob er andere im Kalender vermerkte Therapieziele erreicht hat oder nicht.

Hierdurch soll der Therapieprozess über die stationäre Behandlung hinaus verlängert werden. Im Sinne des Selbstmanagement-Ansatzes soll hierbei der Patient zum eigenen Therapeuten bei der systematischen Durchführung und Bewertung seiner Änderungsbemühungen werden.

Literatur:

BECK, A. T., WRIGHT, F. D., NEWMAN, C. F., & LIESE, B. S. (1995): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

LINDENMEYER, J. (1998): Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

LINDENMEYER, J. & FLORIN, I. (1998): Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (IDTSA). Verhaltenstherapie, 8, 26–37.

MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. (1985): Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. New York: Guilford Press.

SOBELL, M. B., & SOBELL, L. (1993): Problem drinkers. Guided self-change treatment. New York: Guilford Press

Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus

Martin Volz

Abteilung Klinische Psychologie
Zentralinstitut für seelische Gesundheit
J 5
68167 Mannheim

Inhalt

Zusammenfassung

I. Häufigkeit von Alkoholkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern

II. Früherkennung - diagnostische Ansätze

1. Screening-Fragebogen
2. Interviewverfahren

III. Frühintervention - die Strategie der Motivationsbefragung

1. Kurzinterventionen
2. Motivational Interviewing

IV. Ergebnisse aus einer Untersuchung zur Sekundärprävention in einer chirurgischen Abteilung des Klinikums Mannheim

1. Methodik
2. Ergebnisse
3. Zusammenfassung und Diskussion
 - a) Praktikabilität
 - b) Validität
 - c) Risikoabschätzung

Literatur

Zusammenfassung

Die allermeisten Patienten mit Alkoholproblemen haben ausschließlich Kontakt zu Ärzten in Allgemeinkrankenhäusern oder in Haus- und Facharztpraxen, die die organischen Folgekrankheiten behandeln, das zugrundeliegende Problem aber nur selten erkennen oder gar thematisieren. Bei sehr vielen dieser Patienten könnten Verhaltensveränderungen initiiert werden, wenn geeignete Methoden zur Frühdiagnostik und Frühintervention eingesetzt würden. Dieser Beitrag wird in vier Abschnitten versuchen, Notwendigkeit und Möglichkeiten einer Sekundärprävention aufzuzeigen:

1. Häufigkeit von Alkoholkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern;
2. Früherkennung - diagnostische Ansätze;
3. Frühintervention - die Strategie der Motivationsbefragung;
4. Ergebnisse einer Untersuchung zur Sekundärprävention in einer chirurgischen Abteilung des Klinikums Mannheim.

Schlagworte:

Alkoholismus - Chirurgie - Screening - Diagnostik - Sekundärprävention - Kurzintervention - Motivational Interviewing

I. Häufigkeit von Alkoholkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern

Die meisten Alkoholiker nutzen, wenn sie überhaupt Kontakt zu medizinischen Einrichtungen haben, ausschließlich nicht spezialisierte Behandlungsangebote der medizinischen Ba-

sisversorgung (WIENBERG, 1992). Den Hochrechnungen WIENBERGS zufolge werden nur 6% der Alkoholabhängigen von den 'traditionellen' Anbietern suchtspezifischer Hilfeangebote (Fachberatungsstellen, Fachkliniken, Selbsthilfegruppen) erreicht. Über 70% dieser Personen werden aber mehr oder weniger regelmäßig von Ärzten im ambulanten oder stationären Bereich medizinisch versorgt. Diese Behandlungen werden in vielen Fällen durch alkoholbedingte organische Folgeerkrankungen nötig. So fanden GERKE et al. (1996) nach einer entsprechenden Klassifikation der Behandlungsdiagnosen stationär behandelter Patienten, dass von den Patienten mit Alkoholabhängigkeit 69% eine Alkoholfolgekrankheit, 23% eine alkoholassoziierte und nur 9% eine alkoholunabhängige Krankheit aufwiesen. Insgesamt waren etwa 29% der männlichen Patienten und rund 9% der weiblichen Patienten wegen einer Alkoholfolgekrankheit in stationärer Behandlung (GERKE, HAPKE, RUMPF, JOHN und DILLING, 1996; JOHN, HAPKE, RUMPF, HILL und DILLING, 1996).

Nach Studien in Nordamerika und Europa muss davon ausgegangen werden, dass bei 10 bis 20% der Patienten in Allgemeinkrankenhäusern eine Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmissbrauch vorliegt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Ergebnisse einiger wichtiger ausgewählter Studien. In den meisten Fällen wurden die Prävalenzraten auf der Basis von Screening-Instrumenten bestimmt. Mit dieser Methode kann aber prinzipiell nur eine Aussage darüber gemacht werden, ob bedenkliche Alkoholkonsumgewohnheiten angenommen werden müssen. Nur in zwei Untersuchungen wurden positive Screening-Ergebnisse mit Hilfe strukturierter Interviews (SCAN bzw. DIS) über-

prüft und Diagnosen bzgl. alkoholassoziierter Störungen nach ICD-10 bzw. DSM-III-R gestellt. Auf diese Weise kann das Problem falsch positiver Entscheidungen reduziert werden; falsch negative Entscheidungen können dadurch nicht korrigiert werden, weil Personen mit diesem Screening-Ergebnis nicht weiter diagnostisch untersucht werden.

Aber obwohl davon ausgegangen werden muss, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten in einem Screening-Fragebogen falsche Angaben macht, um auf diese Weise eine Alkoholproblematik zu verheimlichen, erreichen die so ermittelten Prävalenzraten epidemiologisch bedeutsame Größenordnungen (Tabelle 1).

Tabelle 1 Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit – Prävalenzraten in europäischen und nordamerikanischen Krankenhäusern.					
	N	Methode	Abteilung	Missbrauch	Abhängigkeit
Athen & Schraner (1981)	849	MALT ¹	Innere	4%	11 %
Auerbach & Melchertsen (1981)	247	MALT	Innere Chirurgie	14%	7 %
Möller et al. (1987)	600	MALT	Chirurgie	12%	14 %
Moore et al. (1989)	2002	CAGE S-MAST	Innere Chirurgie Neurologie Psychiatrie Orthopädie Gesamt		24 % 21 % 19 % 30 % 28 % 19 %
Seppä & Mäkelä (1993)	1641	wöchentlicher Alkoholkonsum (280 /140 g) CAGE	Innere Chirurgie Neurologie Psychiatrie	Männer: 20 % 31 % 18 % 33 %	Frauen: 4 % 11 % 6 % 28 %
Dongier et al. (1994) ²	1593	MAST, GGT, MCV ³ DIS ⁴	Innere Chirurgie	9.2 % teilgen. 35 %, bestätigt 84 %	
Smals et al. (1994)	1138	MALT	Innere Chirurgie	7.7 %	
Arolt et al. (1995)	400	CIDI ⁴ , Labor	Innere Chirurgie	5.5 %	9 %
John et al. (1996) ²	1309	CAGE, MAST ³	Innere Chirurgie	24 % CAGE ³ 18 %, MAST ³ 19 % 17.5 % 4.8 %	12.7 %
1) Nur wenn durch behandelnden Arzt veranlasst 2) Zweistufige Diagnostik-Strategie (vgl. Abschnitt 2) 3) Screening (vgl. Abschnitt 2) 4) Vertiefende Diagnostik: DIS, CIDI und SCAN sind strukturierte bzw. standardisierte Interviews (vgl. Abschnitt 2)					

In nicht spezialisierten medizinischen Einrichtungen sollten Alkoholprobleme also besonders häufig und relativ früh erkannt werden können. Die betreffenden Patienten nehmen sich selbst normalerweise nicht als gefährdet oder abhängig wahr, weil sie sich meist in einem Frühstadium des Alkoholismus befinden und daher noch nicht unter psychosozialen Beeinträchtigungen leiden. Für Interventionen ist dies deshalb von Bedeutung, weil die Prognose recht günstig ist, solange noch keine sozialen Folge- und Begleiterscheinungen aufgetreten sind (KÜFNER & FEUERLEIN, 1989). Bislang werden diese Möglichkeiten aber zu wenig genutzt: Den diagnostischen Einschätzungen von Ärzten in der Chirurgie zufolge haben nur ca. 1 % der Patienten Alkoholprobleme (MÖLLER et al., 1987). Der beschriebenen Situation muss also mit der Entwicklung geeigneter diagnostischer und therapeutischer Strategien Rechnung getragen werden (DAVIDSON, ROLLNICK und MAC- EWAN, 1991; DICLEMENTE, 1991).

Zielgruppen einer Intervention widerspricht dem bei Patienten und Ärzten gleichermaßen üblichen dualen Denken, wonach es Alkoholiker und Normaltrinker gibt (RICHTER, 1998). Gerade bei völlig unbeeinträchtigt erscheinenden Patienten muss eine hohe Hemmschwelle überwunden werden, um diese auf ihre vermuteten Alkoholprobleme anzusprechen. Die Patienten ihrerseits, deren Selbstbild am allerwenigsten mit dem Konzept übereinstimmt, das sie von Alkoholikern haben, reagieren in vielen Fällen mit einer starken Abwehr der Realität eigener Alkoholprobleme (JOHN, 1990). Dieser psychischen Abwehr liegen kognitive Prozesse der Auseinandersetzung mit dem Substanzgebrauch zugrunde. Gerade in frühen Phasen der Alkoholabhängigkeit, in denen noch kein Problembewusstsein vorhanden ist, hat sie die Funktion der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls und äußert sich häufig in Verleugnung, Bagatellisierung oder Rationalisierung (betontes Begründen) des Alkoholmissbrauchs (JOHN, 1998).

II. Früherkennung – diagnostische Ansätze

Zunächst soll auf einige Probleme eingegangen werden, die mit der Alkoholismusdiagnostik speziell im Allgemeinkrankenhaus verbunden sind. Gerade in diesem Bereich sollte eine Frühintervention auch leichtere Formen des Alkoholismus miteinschließen, d.h. Alkoholmissbrauch und über die Trinkmenge definiertes Problemverhalten, welches mit einem erhöhten organischen Erkrankungsrisiko einhergeht. Diese Neuorientierung bei der Definition der

Da Laborparameter und organische Erkrankungen eine nur geringe Spezifität besitzen, kann sich der behandelnde Arzt auch nicht auf 'harte Daten' zur Unterstützung seiner Hypothese berufen, sondern kann diese nur als Hinweise anführen, um sein Nachfragen zu begründen. Der Diagnostiker befindet sich in einer paradoxen Situation, die ihn bei der Kontaktaufnahme zusätzlich verunsichert: Obwohl er mit einer starken Abwehr rechnen muss, ist er auf die Selbstaussagen der Patienten angewiesen.

Ein für die Stationsroutine geeigneter diagnostischer Prozess muss einerseits die Überwindung der genannten inter-

personellen Barrieren ermöglichen und andererseits Ökonomie (geringe Kosten) und Validität (Zuverlässigkeit) miteinander verbinden. Diese Anforderungen erfüllt am besten eine zweistufige diagnostische Strategie, wie sie im Bereich des Allgemeinkrankenhauses erstmals von DONGIER et al. (1994) und JOHN et al. (1996) angewendet wurde. Dabei wird allen Patienten ein Kurzfragebogen zu Merkmalen riskanten Trinkens vorgelegt. Zusätzlich können in der ersten Stufe Laborparameter und körperliche Merkmale als Indikatoren verwendet werden. Das diagnostische Ziel in der Screening-Phase ist die Trennung zwischen Normaltrinkern und Patienten mit problematischen Trinkgewohnheiten. Nur im Falle eines positiven Screening-Ergebnisses wird eine ausführliche Diagnostik durchgeführt. In dieser zweiten Stufe soll nun die Screening-Entscheidung überprüft werden und zugleich eine Diagnose nach ICD-10 oder DSM-IV gestellt werden. Die Verwendung entsprechender strukturierter oder standardisierter Interviews (s. u.) erlaubt die Unterscheidung von normalem Trinken, Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Nachfolgend werden die verfügbaren Methoden, die auf Selbstaussagen beruhen (Fragebogen, Interviews), kurz vorgestellt. Auf biochemische Indikatoren (GGT, ASAT, ALAT, MCV, CDT u.a.) und körperliche Merkmale (Gesichtsröte, Tremor an Mund, Zunge, Händen u.a.) wird hier nicht weiter eingegangen; einen guten Überblick hierzu bieten RICHTER (1998), ROINE und SALASPURO (1995) und SOYKA (1995).

1. Screening-Fragebogen

Fragebogen, die routinemäßig im Allgemeinkrankenhaus eingesetzt werden

sollen, sollten zumindest vier Kriterien erfüllen:

1. Sie sollten schnell und einfach zu beantworten sein (durch wenige Fragen mit Ja-Nein-Antwortalternativen);
2. sie sollten schnell und einfach auszuwerten sein (idealerweise durch Pflegepersonal);
3. sie sollten eine hohe Sensitivität (Anteil richtig erkannter positiver 'Fälle') und
4. eine ausreichende Spezifität besitzen (Anteil richtig erkannter 'negativer', d. h. gesunder Personen).

Einer der international bekanntesten Tests ist der Michigan Alcoholism Screening Test (MAST, SELZER, 1971, STORGAARD et al., 1994). Der MAST umfasst 25 dichotome Items zu den Bereichen Verhalten, Kontrolle, soziale Konsequenzen und gesundheitliche Folgen. Zwischenzeitlich liegen Kurzversionen mit 10 bzw. 13 Fragen und eine Interviewfassung des MAST vor. Ein ähnlich umfangreiches Instrument mit 22 dichotomen Items legten FEUERLEIN et al. (1989) mit dem Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA) vor. Er fragt u. a. nach körperlichen Symptomen, Alkoholverlangen, Alkoholtoleranz, Leistungseinbußen und sozialen Folgeproblemen.

Den Kriterien des geringen Bearbeitungs- und Auswertungsaufwands werden aber besonders die 'echten' Kurzfragebögen gerecht. International seit langem eingesetzt wird der CAGE, der nur vier Fragen umfasst, aber trotz dieser Sparsamkeit eine zufriedenstellende Validität erreicht (EWING, 1984; MAYFIELD et al, 1974). Die deutschsprachige Version (JOHN et al., 1996; RICHTER & ZAHN, 1991) wurde mit dem Kürzel VÄSE bezeichnet, wobei die vier

Buchstaben für die entscheidenden Begriffe der vier Fragen stehen:

1. Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
2. Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?
3. Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?
4. Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

Auch diese deutschsprachige Version ermöglicht eine sehr gute diagnostische Trennung von Alkoholabhängigen und Normaltrinkern. Eine empirisch begründete Item-Selektion aus dem VÄSE und dem MAST führte zum Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST; RUMPF et al., 1997); er umfasst sieben Fragen und erreicht eine höhere Sensitivität (.82) als der CAGE (.72), unterscheidet sich diesbezüglich aber nicht vom MAST (.78). Die Spezifität ist hingegen geringer (.91) als die des CAGE (.93) bzw. MAST (.94) (RUMPF et al., 1995; RUMPF et al., 1997).

Der Münchner Alkoholismustest (MALT, FEUERLEIN et al., 1979) erlaubt eine 'nominale' Diagnostik (JOHN, 1993), d. h. es kann das Vorhandensein von spezifischen Symptomen überprüft werden. Dieser Test unterscheidet sich nicht nur in der Länge von den oben genannten Verfahren, sondern auch durch die Kombination von Selbst- und Fremdeinschätzung. Der Selbstbeurteilungsteil (MALT-S) umfasst 24 dichotome Items zu den Bereichen Trinkverhalten/Einstellungen, psychische und sozi-

ale Beeinträchtigungen, somatische Störungen; die Antworten werden einfach gewichtet. Der Fremdbeurteilungsteil (MALT-F) erfordert die ärztliche Einschätzung der folgenden sieben Items: Lebererkrankung, Polyneuropathie, Delirium tremens, durchschnittlicher täglicher Alkoholkonsum von mehr als 150 ml (Männer) bzw. 120 ml (Frauen) Reinalkohol/Tag, gelegentlicher starker Alkoholkonsum (300 bzw. 240 ml Reinalkohol), Foetor alcoholicus, Bezugspersonen suchten Rat; die Antworten des Arztes werden vierfach gewichtet. Im deutschsprachigen Raum hat sich der MALT bewährt bei der Feststellung einer Alkoholabhängigkeit bzw. bei der Stellung einer Verdachtsdiagnose.

Speziell zur Unterscheidung zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit entwickelten RICHTER et al. (1994; RICHTER, 1998) den ScreeT-9. Auch hier werden verschiedenartige Informationen miteinander kombiniert: Alkoholbezogene Probleme im Beruf oder Straßenverkehr, Trinkmengenangaben, Trinkstil mit Rausch, Brechreflex auf Alkohol ist erloschen, Rötung/abnorme Gesichtsvaskularisation, abnorme Laborparameter (GGT, ASAT, ALAT), Arztbesuch aufgrund des Alkoholproblems. Die Autoren machen sehr genaue Angaben dazu, wie die notwendigen Informationen exploriert werden können.

Der Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT, BABOR et al., 1989) erlaubt die Erfassung von schädlichem bzw. exzessivem Alkoholkonsum, der nicht die Kriterien des Missbrauchs erfüllen muss. Das eigentliche Screening-Instrument AUDIT-B besteht aus zehn Fragen zu Trinkhäufigkeit, Trinkmengen, Abhängigkeitssymptomen (z. B. Kontrollverlust) und schädlichen Folgen des Konsums (z. B. Schuldgefühle, körper-

liche Verletzungen). Für Patienten, die eine Beantwortung der Fragen des AUDIT-B ablehnen, steht außerdem das klinische Screening-Instrument AUDIT-A zur Verfügung, in dem der Untersucher Fragen zu früheren Kopfverletzungen und Frakturen und zu aktuellen klinischen Symptomen (Conjunctivitis, abnorme Hautvaskularisation, Tremor der Hand und der Zunge, Hepathomegalie, GGT) beantworten muss.

ScreeT-9 und AUDIT stellen also Verfahren dar, mit denen neben der Alkoholabhängigkeit auch der Alkoholmissbrauch und der schädliche Gebrauch im Sinne von Screening-Diagnosen festgestellt werden können. Diesbzgl. unterscheiden sie sich von LAST, CAGE/VÄSE, MAST und MALT, die als Screening-Instrumente nur eine Aussage darüber zulassen, ob bei einem Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit ein abnormes Trinkverhalten vorliegt.

2. Interviewverfahren

Eine alkoholbezogene Diagnose im strengen Sinne sollte sich an den diagnostischen Kriterien der momentanen gültigen Klassifikationssysteme ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO, DILLING et al., 1991) oder DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, SAß et al., 1998) orientieren. Das Vorliegen der dort genannten Kriterien kann für klinische Zwecke am besten mit sogenannten strukturierten Interviews geprüft werden. Bewährt haben sich das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID, WITTCHEN et al., 1997) und das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS, MARGRAF et al., 1994). Mittels

vorformulierter Fragen werden systematisch alle Symptome erfasst, die für die Diagnose und die Differentialdiagnose einer alkoholbezogenen Störung und anderer psychischer Störungen notwendig sind. Bei Verständnisproblemen oder Zweifeln können die Fragen umformuliert, erklärt oder ergänzt werden. Neben dem Wortlaut der Fragen geben die jeweiligen Interviewleitfäden auch deren Reihenfolge, sowie Sprungregeln zum Auslassen überflüssiger Fragen vor. Über das Vorliegen eines Kriteriums entscheidet letztlich immer der Untersucher, so dass er sich bei begründetem Verdacht (z.B. Beobachtungen oder Mitteilungen Angehöriger) auch über die Angaben des Patienten hinwegsetzen kann. Gerade das Phänomen der psychischen Abwehr bei Alkoholikern erfordert einen solchen klinischen Entscheidungsfreiraum, der allerdings sehr zurückhaltend genutzt werden sollte. Der Einsatz strukturierter Interviews stellt sicher, dass alle diagnostisch relevanten Informationen abgefragt werden und dass eine individuell gestellte Diagnose mit der Definition der Störung in den Klassifikationssystemen übereinstimmt (weitere Informationen über Diagnostik und Klassifikation bei JOHN, 1998).

In der hier beschriebenen Zwei-Stufen-Diagnostik werden also mit Hilfe von Kurz-Fragebögen und/oder Laborparametern Patienten identifiziert, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine alkoholbezogene Störung vorliegt (Screening-Phase – Stufe 1). Diese Annahme wird im nachfolgenden 'vertiefenden' Interview überprüft und spezifiziert (Diagnose-Phase – Stufe 2). Obwohl in beiden Phasen dieses Diagnostik-Schemas die Mitarbeit der Patienten unverzichtbar ist, kann dieses Vorgehen bei einem großen Teil der Patienten im Allgemeinkrankenhaus realisiert werden (vgl. Abschnitt 4).

III. Frühintervention – die Strategie der Motivationsbefragung

1. Kurzinterventionen

Frühinterventionen sollten möglichst früh in der Entwicklung einer alkoholbezogenen Störung einsetzen. Vorrangiges Ziel einer solchen Maßnahme im Allgemeinkrankenhaus ist der Aufbau von Veränderungs- bzw. Behandlungsmotivation. Die Patienten sollen sich aktiv und offen mit ihrem Alkoholproblem auseinandersetzen und Veränderungsziele festlegen. Bei manchen Patienten kann dieses die anschließende Entzugsbehandlung sein, bei anderen die selbstkontrollierte Abstinenz oder aber eine Trinkmengenreduktion und eine Veränderung der Trinkgewohnheiten. Ein wesentlicher Unterschied zur üblichen Behandlungssituation besteht darin, dass die Initiative vom Behandler ausgeht. Dies ist ein sehr kritischer Punkt, da gerade diese Patienten in einer Frühphase der Alkoholabhängigkeit häufig bagatellisierend oder verleugnend reagieren und nicht selten weitere Kontakte ablehnen. Mit welchen Mitteln der Kommunikation eine solche konfrontative Interaktion vermieden werden kann, wird unter den fünf Grundprinzipien der Motivationsbefragung dargestellt (s. u.).

Frühinterventionen im Allgemeinkrankenhaus sollten Kurzinterventionen sein, die trotz geringer Verweildauer und enger stationärer Terminpläne bis zur Entlassung der Patienten abgeschlossen werden können. Dass sehr kurze Interventionen sehr erfolgreich sein können, belegen diverse Studien, die in

anderen Settings als dem Allgemeinkrankenhaus durchgeführt wurden. So kann alleine die briefliche Information über die GGT und die Empfehlung zur Zurückhaltung zu einer deutlichen Reduktion der Trinkmenge führen (KRISTENSON, 1987; NILSSEN, 1991). Eine ähnliche Wirkung hatte bei Studenten das normative Feedback über die Trinkgewohnheiten der Bezugsgruppe der Probanden (AGOSTINELLI et al., 1995). Besondere Beachtung fand eine Studie, die eine Beratung von wenigen Sitzungen mit einer Standardtherapie verglich, die aus stationärer und ambulanter Behandlung mit Entzugsbehandlung, Gruppentherapie und psychologischer und sozialarbeiterischer Beratung bestand. In der Ein-Jahres-Katamnese waren hinsichtlich der Abstinenzraten, der alkoholbedingten Probleme und des sozialen Funktionsniveaus keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festzustellen (EDWARDS et al., 1977; EDWARDS & TAYLOR, 1994).

Von den Methoden des Ratschlag, der Rückmeldung und der Beratung kann die Kurzintervention als psychotherapeutische Maßnahme unterschieden werden. Vielfältige Untersuchungen haben gezeigt, dass Kurzinterventionen effektiver sind als keine Interventionen, dass sie häufig ebenso effektiv sind wie längerfristige extensive Behandlungsformen und dass sie die Wirksamkeit nachfolgender Behandlungen verbessern (Überblick bei BIEN et al., 1993). Da Art und Kürze der Interventionen Komponenten verhaltenstherapeutischer Skill-Trainings ausschließen, stellt sich die Frage, welches die Wirkfaktoren effektiver Kurzbehandlungen sind? Der primäre Wirkmechanismus ist offensichtlich ein motivationaler, der darin besteht, dass er eine Entscheidung und Selbstverpflichtung

zur Veränderung auslöst (MILLER & BROWN, 1991; MILLER & ROLLNICK, 1991). MILLER und SANCHEZ (1993) haben in entsprechenden Publikationen sechs Komponenten identifizieren können, die zu diesem motivationalen Effekt beitragen: Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy – zusammengefasst in dem Akronym FRAMES.

- *Feedback*: Der Patient erhält eine ausführliche und detaillierte Rückmeldung über Untersuchungsergebnisse, Risiken und bestehende Beeinträchtigungen. Der aktuelle Behandlungsanlass und der Alkoholkonsum werden in Beziehung gesetzt, so dass der Patient in die Auseinandersetzung mit der körperlichen Erkrankung alkoholbezogene Kognitionen integrieren kann. Der Behandler muss ‚die Gunst der Stunde nutzen‘, da sich die Patienten im Krankenhaus offensichtlich in einer (psychischen) Situation befinden, die sie für entsprechende Informationen zugänglicher macht.

- *Responsibility*: Explizit oder implizit (z. B. durch die Empfehlung, sich mit Informationsmaterialien zu beschäftigen) wird dem Patienten deutlich gemacht, dass es ausschließlich in seiner Verantwortung liegt, seine Verhaltensweisen zu verändern (‘Sie entscheiden darüber, was Sie mit diesen Informationen anfangen wollen. Niemand kann für Sie entscheiden und niemand kann Sie bei der Veränderung Ihrer Trinkgewohnheiten unterstützen, wenn Sie nicht selbst eine Veränderung wollen. Sie haben die Wahl und die Möglichkeiten, Ihr Trinken zu verändern.’)

- *Advice*: Der Patient erhält eine klare Empfehlung, sein Trinkverhalten zu verändern. Der Rat kann eine Trinkmengenreduktion ebenso beinhalten wie den Verzicht auf Trinkexzesse, eine Abstinenz oder die Aufnahme einer weitergehenden Behandlung.

- *Menu*: Alternativ kann dem Patienten auch eine Auswahl unterschiedlicher Strategien zur Veränderung des Problemverhaltens angeboten werden. Eine einzige Empfehlung ist immer mit dem Risiko verbunden, dass der Patient diese inakzeptabel findet und ablehnt. Die Wahrscheinlichkeit, unter mehreren Möglichkeiten eine zu finden, die den persönlichen Bedürfnissen und der persönlichen Situation angemessen erscheint, ist deutlich größer. Die freie Wahl und die Kontrolle über die eigenen Aktivitäten erhöht zudem die individuelle Überzeugung und damit die Wahrscheinlichkeit eines Erfolgs.

- *Empathy*: Empathie ist eine wesentliche Basiskomponente beim Aufbau von Veränderungsmotivation. Auch ein klares Feedback und eine eindeutige Empfehlung können bzw. müssen von therapeutischer Empathie getragen werden.

- *Self-efficacy*: Eine ebenfalls gemeinsame Komponente effektiver Kurzbehandlungen ist der Aufbau bzw. die Verstärkung des Selbsteffizienzgefühls. Selbsteffizienz beschreibt die Überzeugungen einer Person bzgl. ihrer Kompetenzen, eine Aufgabe oder ein Problem erfolgreich bewältigen zu können. In diesem Falle ist das Ziel, beim Patienten die Überzeugung aufzubauen, dass er

über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt, um sein alkoholbezogenes Problemverhalten erfolgreich verändern zu können. Erkennt der Patient zwar die Notwendigkeit, sein Trinkverhalten zu verändern (z. B. wegen bedrohlicher organischer Schädigungen), sieht aber keine Möglichkeiten zur Realisierung dieses Vorhabens, verhält er sich defensiv und passiv (Verleugnung, Bagatellisierung, Rationalisierung).

2. Motivational Interviewing

Ausgehend von diesen Wirkkomponenten effektiver Kurzbehandlungen wurde das Motivational Interviewing (MI) – die Motivationsbefragung – entwickelt. Das Rational der MI beruht auf zwei grundlegenden theoretischen Annahmen:

1. Das Selbstregulations-Modell: Verhaltensveränderungen sind selbstregulative Maßnahmen, die dann möglich werden, wenn Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten und den persönlichen Zielen wahrgenommen werden (KANFER, 1987; MILLER & ROLLNICK, 1991).

2. Das Modell der Veränderungsmotivation: Motivation ist ein Zustand der Veränderungsbereitschaft. Sie ist ein dispositioneller Zustand, der nicht situationsunabhängig ist und sich somit über die Zeit verändert und mit externen Ereignissen covariert; sie ist kein zeitstabiles, situationsunabhängiges Persönlichkeitsmerkmal (DICLEMANTE, 1991; PROCHASKA, 1995; PROCHASKA & DICLEMANTE, 1986). Das generelle Ziel des MI ist daher die Auflösung von Diskrepanzen und die Auflösung von Ambivalenzen bzgl.

Veränderungen. Die Veränderungsbereitschaft als motivationaler Zustand ist nicht Voraussetzung, sondern Gegenstand der Intervention.

Bei der Durchführung der Motivationsbefragung sollten zumindest die folgenden fünf Grundprinzipien beachtet werden (MILLER & ROLLNICK, 1991):

1. Empathie: Verständnis für die Situation des Patienten und Akzeptanz seiner Ambivalenz (‘Ambivalenz ist normal; sie ist kein Zeichen generell fehlender Motivation, sondern der Auseinandersetzung mit einem schwierigen Thema’) fördern das therapeutische Bündnis und wirken selbstwerterhaltend; beides reduziert die Abwehr und erleichtert Veränderungen. Bewertungen und Schuldzuweisungen sollten möglichst vermieden werden.

2. Diskrepanz entwickeln: Durch die Exploration von verschiedenen Lebensbereichen, von Lebensplänen und von Verhaltensweisen soll der Patient sensibilisiert werden für die Diskrepanzen zwischen seinen Zielen und Lebensentwürfen einerseits und den kontraproduktiven Verhaltensmustern auf der anderen Seite. Besonders die Konfrontation mit alkoholbezogenen Fakten und Risiken sollte beim Patienten zu einem Abwägen von Kosten und Nutzen des Beibehaltens oder des Veränderns des Trinkverhaltens führen. Der Therapeut soll die Entwicklung von Argumenten für eine Verhaltensveränderung fördern.

3. Argumentieren vermeiden: Das MI sollte geprägt sein von den Methoden der Selbstbeobachtung, der Exploration und der Selbstexplora-

tion. Idealerweise führt dies zu einer Selbstdiagnose in Form einer Problemdefinition oder eines Klassifikationsbegriffs. Ein Labeling durch den Behandler ist nicht erforderlich und in vielen Fällen sogar kontraproduktiv. Ein Argumentieren gegeneinander gefährdet die therapeutische Beziehung und macht eine Veränderung zunehmend unwahrscheinlicher. Der Patient darf nicht in die Rolle des Unterlegenen geraten, der 'klein beigegeben', 'sich dem Experten unterordnen' oder 'endlich einsehen muss, was richtig ist'. In dieser Situation wäre jede an sich wünschenswerte Veränderung eine selbstwertgefährdende Niederlage.

4. Widerstand: Der Patient sollte nicht zu Veränderungen gedrängt werden; ebensowenig sollten ihm Einsichten vermittelt oder vorgegeben werden, die er nicht selbst entwickeln kann. Sie lösen meistens nur Reaktanz aus. Theoretisch begründete Bedingungsgefüge müssen nicht kompatibel sein mit den idiosynkratischen Erklärungsmodellen von Patienten. Der Therapeut sollte nicht den Versuch unternehmen, solche Modelle zu ersetzen. Stattdessen sollte er versuchen, diese zu ergänzen bzw. 'anzureichern'. Die Befolgung zweier Grundsätze hilft, Widerstand zu vermeiden,

- a) das Angebot 'take, what you want and leave the rest' und
- b) 'die Quelle aller möglichen Problemlösungen ist der Patient'.

5. Selbsteffizienz: Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten kann zum einen durch die Exploration früherer erfolgreicher Problemlösungen gefördert werden, zum anderen durch die Erkenntnis

des Patienten, dass er auch für das anstehende Problem über ausreichende Fertigkeiten und Ideen verfügt. Auch der Austausch mit anderen Patienten bzw. der Bericht über solche kann dem Patienten deutlich machen, dass er über die gleichen Kompetenzen verfügt wie diese erfolgreichen Problemlöser.

Die Gesprächsführung beim MI lebt vor allem von folgenden 'Microskills':

1. Offene Fragestellungen, die Beschreibungen erfordern;
2. reflektierendes Zuhören, bei dem der Therapeut den Bericht des Patienten in eigene Worte fasst und sich das korrekte Verstehen quittieren lässt;
3. Zusammenfassungen über einzelne Abschnitte der Gespräche geben oder vom Patienten geben lassen;
4. selbstmotivierende Statements auslösen, sammeln und bzgl. ihrer Wirksamkeit überprüfen;
5. Wiedererkennungseffekte fördern – der Patient erkennt anhand von Beispielen 'auch anderen geht es so'.

In einer eigenen Studie (Abschnitt 4) haben wir das MI einem vierstufigen Interventionsschema folgend aufgebaut. In der Beschreibung wird die zweistufige Diagnostik übersprungen, die ebenfalls nach den oben beschriebenen Prinzipien aufgearbeitet wurde.

- A) *Selbstbeobachtung:*
1. Selbstbeobachtung des Alkoholkonsums – ausgehend von den positiven Items in LAST, MALT oder SKID sollte der Patient sein Trinkverhalten ausführlich beschreiben.
 2. Verhaltensanalyse: S = Situation, O (Organismus) = Befinden, R (Reak-

tionen) = Trinkmuster, C = Konsequenzen (physiologisch, behavioral, kognitiv, emotional, sozial).

B) *Sensitivierung:*

1. Wie und warum reagieren andere Personen auf diese Verhaltensweisen?
2. Wo/in welchen Situationen wirken sich diese Verhaltensweisen beeinträchtigend oder schädlich aus?
3. Welche Konsequenzen hat das Alkoholtrinken langfristig?

C) *Motivierung:*

1. Dem Patienten sollen seine Kompetenzen bewusst werden. Diese bestehen zumindest in der Fähigkeit zur Problemwahrnehmung und in der Fähigkeit zur offenen Auseinandersetzung mit diesen Problemen.
2. Welche persönlichen Ziele hat der Patient – 'was will ich, was ist mir wichtig?'
3. Argumente für eine Veränderung formulieren – Diskrepanz entwickeln, Kosten-Nutzen-Analyse.
4. Erfahrungen mit früheren Veränderungsversuchen – welche Methoden hatten welche Effekte?
5. Selbsteffizienz fördern – welche anderen persönlichen Probleme hat der Patient in der Vergangenheit erfolgreich gelöst?'

D) *Optionen:*

Je nach Ausprägung des Alkoholproblems wird eine eindeutige Empfehlung ausgesprochen oder es werden unterschiedliche Strategien bzgl. ihrer Vor- und Nachteile gemeinsam erörtert. Nützlich dabei ist die Verwendung von Informationsmaterial und das Berichten über Patienten, die in einer ähnlichen Situation erfolgreich ihr Trinkverhalten verändert haben. All dies geschieht

aber stets dem Prinzip der Eigenverantwortlichkeit folgend: 'Take, what you want and leave the rest.'

Dass eine Diagnostik und Intervention, wie sie in den zwei vorangehenden Abschnitten beschrieben wurde, von stationären Patienten im Allgemeinkrankenhaus akzeptiert wird und somit als Strategie zur Sekundärprävention eingesetzt werden kann, soll am Beispiel einer chirurgischen Abteilung aufgezeigt werden.

IV. Ergebnisse aus einer Untersuchung zur Sekundärprävention in einer chirurgischen Abteilung des Klinikums Mannheim¹

Die nachfolgend beschriebene Studie sollte Aufschluss darüber geben, ob im Stationsalltag einer chirurgischen Klinik eine alkoholbezogene Diagnostik und Kurzintervention etabliert werden kann. Wir konzentrierten uns auf Fragen der Praktikabilität, der Validität und der Risikoabschätzung.

1. *Praktikabilität*

Wird ein alkoholbezogener Kurzfragebogen von chirurgischen Patienten akzeptiert? Bei wievielen dieser Patienten liegen Alkoholprobleme vor? Wird von diesen auch ein Diagnostik- und Behandlungsangebot angenommen?

¹ Eine ausführliche Darstellung und Diskussion der Studie findet sich bei VOLZ et al. (1998).

2. Validität

Sind Selbstbeurteilungen und aus medizinisch-diagnostischen Gründen erhobene Laborparameter miteinander korreliert? Spiegelt das Antwortverhalten im Fragebogen die Bereitschaft wider, sich mit den eigenen Konsumgewohnheiten kritisch auseinanderzusetzen?

3. Risikoabschätzung

Lassen sich unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht Gruppen mit erhöhtem Risiko identifizieren? Variiert der Nutzen unterschiedlicher Indikatoren in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht? Wird das Angebot einer ausführlichen Diagnostik und Behandlung in Teilgruppen unterschiedlich angenommen?

1. Methodik

Auf zwei chirurgischen Stationen des Klinikums Mannheim (Schwerpunkt Verdauungsorgane und Schilddrüse) wurden über einen Zeitraum von zwölf Monaten alle deutschsprachigen Patienten zwischen 18 und 65 Jahren im Rahmen der Sekundärprävention untersucht. In der Screening-Phase zwischen Aufnahme und chirurgischem Eingriff wurden von 160 Frauen und 155 Männern die folgenden Daten erhoben (als positive Ergebnisse des Screenings, d.h. als Indikationen für eine ausführliche Diagnostik wurden die in eckigen Klammern genannten Auffälligkeiten gewertet):

- Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST; RUMPF et al., 1995, 1997) [Summe > 1]

- Fragen zum Alkoholkonsum im Anhang zum LAST (aus dem Anästhesiefragebogen übernommen, s. u.)

- Angaben zu Rauch- und Trinkgewohnheiten aus der Anamnese des Arztes [mehr als 140 g Alkohol/Woche für Frauen, 280 g Alkohol/Woche für Männer]

- Anästhesiefragebogen [Lebererkrankungen, täglich mehr als 1 Flasche Wein/3 Flaschen Bier, täglich harte Getränke]

- Mittleres corpusculäres Erythrozytenvolumen [MCV > 92], Gamma-Glutamyltransferase [-GT > 28] (die -GT wurde nicht als Indikator gewertet, wenn sie nach ärztlichem Urteil durch die aktuelle Erkrankung oder Behandlung bedingt war). Laborwerte (mindestens einer von zwei) waren von 133 Frauen und 129 Männern (jeweils 83%) verfügbar; auf den untersuchten Stationen waren diese Marker also nicht generell vorhanden.

- Verhaltensbeobachtungen auf Station [Alkoholkonsum, Entzugerscheinungen].

Patienten mit positivem Screening wurden nach erfolgreichem chirurgischem Eingriff über das Ergebnis der Voruntersuchung informiert und zur Teilnahme an der erweiterten Diagnostik motiviert. In dieser zweiten Phase wurde das 'Strukturierte Klinische Interview für DSM-III-R (SKID)', Abschnitt 'Abhängigkeit/ Mißbrauch' (WITTCHEN et al., 1991) durchgeführt und die Anamnese und Trinkmenge in standardisierter Form erhoben. Erfüllten die Patienten die Kriterien des Alkoholmissbrauchs oder der Alkoholabhängigkeit im SKID oder erfüllten sie die quantitativen Krite-

rien der 'riskanten Alkoholtrinkgewohnheiten' (mehr als 140 g Alkohol wöchentlich für Frauen, mehr als 280 g Alkohol wöchentlich für Männer; ANDERSON, CREMONA, PATON, TURNER und WALLACE, 1993; SOYKA, 1995), so wurde entweder eine Motivationsbefragung (s. o.) oder ein Beratungsgespräch durchgeführt. In den Beratungsgesprächen wurden, ausgehend von den Ergebnissen in der Diagnostik, Informationen über Alkohol und alkoholbezogene Erkrankungen gegeben und Empfehlungen bzgl. notwendiger Maßnahmen ausgesprochen. Schließlich wurden entsprechende Informationsmaterialien über Alkohol, Wirkungen des Alkoholkonsums, Alkoholabhängigkeit und Behandlungsmöglichkeiten in qualifizierten Einrichtungen an die Hand gegeben. Beide Interventionsformen benötigten etwa 90 Minuten, so dass mit vergleichsweise geringem Einsatz zwei sehr unterschiedliche Strategien realisiert werden konnten. Die Zuweisung zu diesen beiden Interventionen erfolgte zufällig.

2. Ergebnisse²

Von 160 Frauen waren 78% (n=125) im Screening negativ, 14% (n=22) der Patientinnen waren positiv und bei 8% (n=13) der Patientinnen konnte keine Screening-Entscheidung getroffen werden. Von den Patientinnen mit positivem Screening nahm nur knapp ein Viertel (n=5) unser Angebot einer eingehenden Untersuchung und Beratung an.

² Die Formulierung 'im Screening positiv', 'mit positivem Screening' o.ä. besagt, dass die damit beschriebenen Personen mindestens in einer, egal welcher Screening-Variablen positiv waren; soll nur auf einen bestimmten Indikator Bezug genommen werden, so wird dieser genannt (z.B. 'LAST-positiv').

Bei 54% (n=84) der männlichen Patienten ergab sich im Screening kein Hinweis auf eine Alkoholproblematik, 37% (n=58) waren positiv und bei 8% (n=13) lagen wiederum keine hinreichenden Informationen vor. 38% (n=22) der Männer mit positivem Screening nahmen an der erweiterten Diagnostik teil, genau so viel lehnten sie ab, krankheitsbedingt ausgeschlossen von allen weiteren Interventionen wurden 16% (n=9) und 5 Patienten waren nicht mehr erreichbar für weitere diagnostische Maßnahmen. Bei 20 Patienten konnte die Diagnostik abgeschlossen werden; von ihnen erfüllten 11 Patienten (55%) die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit, bei 9 Patienten (45%) lag weder ein Missbrauch noch eine Abhängigkeit vor. Bei 9 von 11 Männern wurde das positive LAST-Ergebnis durch die Diagnostik bestätigt, aber auch 7 von 9 Männern ohne gefährdende Trinkgewohnheiten waren im LAST positiv.

Erwartungsgemäß ist ein deutlicher Geschlechtseffekt im Screening zu beobachten: Die Wahrscheinlichkeit eines positiven Screening-Ergebnisses im LAST ist bei Männern 5,3 mal höher als bei Frauen ($\Phi=,32$, $p<.001$); 29% (n=40) der Männer aber nur 5% (n=8) der Frauen waren im LAST positiv (bezogen auf die Gesamtheit der Patienten, bei denen ein LAST vorlag).

Das diagnostische Interview mit Hilfe des SKID erbrachte folgende Verteilung: Bei 12 Personen (1 Frau, 11 Männer) lag eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-III-R vor, keine alkoholbezogene Diagnose wurde bei 12 Personen (3 Frauen, 9 Männer) gestellt und 3 Personen (1 Frau, 2 Männer) brachen das Interview vorzeitig ab.

Die Validität des LAST sollte unter anderem über dessen Beziehungen zu

biologischen Markern abzuschätzen sein. Da besonders der Grad der Übereinstimmung in der Klassifizierung als Screening positiv versus Screening negativ von Interesse ist, wurden diese Korrelationen auf der Basis dichotomisierter Variablen berechnet. Die Wahrscheinlichkeit einer erhöhten -GT ist bei positivem LAST-Ergebnis viermal höher als bei negativem LAST-Ergebnis ($\Phi=,27$, $p<,001$). Diese signifikante Korrelation zwischen Selbstaussagen und biologischem Marker beruht aber ausschließlich auf dem bedeutsamen Zusammenhang dieser Variablen in der Gruppe der männlichen Patienten: $\Phi(\text{LAST- -GT})=,32$ ($p=,01$, $n=105$). In der Gruppe der Frauen korrelieren Selbstaussagen und biologische Marker nicht, weil nur 5% LAST positiv waren. Obwohl die Validität des LAST zufriedenstellend zu sein scheint, bleibt die Mehrzahl der Patienten mit positiven biologischen Markern in ihren Selbstaussagen negativ: Nur 42% der Männer mit auffälligen Werten in den biologischen Markern waren im LAST positiv.

Dies legt die Vermutung nahe, dass ein nicht geringer Anteil der Patienten Alkoholprobleme hat, diese aber verleugnet oder verbergen möchte. Das Antwortverhalten im LAST wird also nicht nur auf dem tatsächlichen Trinkverhalten beruhen, sondern wird ebenso von der Motivation beeinflusst sein, sich mit diesem Verhalten kritisch auseinanderzusetzen. Danach sollten Screening positive Patienten mit positivem LAST signifikant häufiger an der vertiefenden Diagnostik teilnehmen als solche Patienten, die mittels anderer Indikatoren als dem LAST als Screening-positiv eingestuft wurden. Wir haben die Patienten, die im Gesamt-Screening ein positives Ergebnis hatten, in die zwei Gruppen 'Diagnostik-Teilnehmer' versus 'Dia-

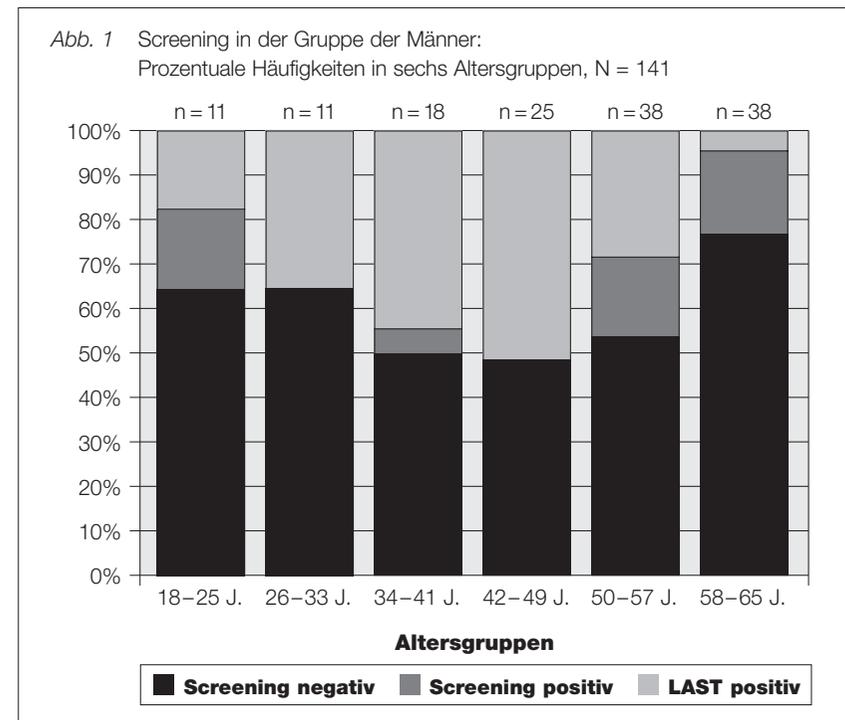
gnostik-Ablehner' aufgeteilt und bzgl. ihrer Ergebnisse in LAST, -GT und MCV verglichen. Es liegt erwartungsgemäß ein hochsignifikanter Zusammenhang vor ($\Phi=,38$, $p<,01$): Die Teilnahmebereitschaft bei zwei oder mehr positiven Antworten ist 2,6 mal höher als bei negativen Selbstaussagen bzw. die Teilnahmeverweigerung ist bei negativem LAST doppelt so wahrscheinlich wie bei positivem LAST. Von 27 Patienten, die an der erweiterten Diagnostik teilnahmen, hatten 22 ein positives LAST-Ergebnis. Die biologischen Marker stehen in keiner systematischen Beziehung zur Bereitschaft, an Diagnostik und Beratung teilzunehmen.

Da bei vielen Alkoholabhängigen eine organische Folgeerkrankung Anlass für die Behandlung im Krankenhaus ist und die Wahrscheinlichkeit solcher Komplikationen mit dem Alter zunimmt, weiterhin die LAST-Fragen lebenszeit-bezogen sind, erwarten wir ein Ansteigen der Häufigkeit positiver Screenings mit dem Alter. Der Anteil Screening-positiver Frauen schwankt in sechs Altersgruppen zwischen 10 und 21%, bei ausschließlicher Verwendung des LAST liegt er zwischen 3 und 19%, ohne dass ein systematischer Zusammenhang mit dem Alter erkennbar wird.

In der Gruppe der männlichen Patienten kann hingegen ein deutlicher 'Schwerpunkt' der im Screening Positiven festgestellt werden. In den drei mittleren Altersgruppen, d. h. im Alter zwischen 34 und 57 Jahren müssen bei durchschnittlich 50% aller untersuchten Männer Alkoholprobleme angenommen werden (Abbildung 1). Berücksichtigt man nur die Ergebnisse aus dem Fragebogen LAST, so kommt man zu einer ähnlichen, aber etwas abgeflachten Verteilungsform. Im Alter zwischen 26 und 49

Jahren war fast jeder im Screening positive Patient auch im LAST positiv (Abbildung 1). In den zwei mittleren Altersgruppen zwischen 34 und 49 Jahren

lagen also am häufigsten Alkoholprobleme vor und zugleich wurden diese in den allermeisten Fällen durch die Angaben der Patienten selbst offenkundig.



Wie hoch ist in den unterschiedlichen Altersgruppen die Sensitivität des LAST im Vergleich zur Sensitivität der biologischen Marker? Um diese Frage beantworten zu können, wurden die männlichen Patienten in die drei Altersgruppen 'unter 30 Jahren', '30 bis 49 Jahre' und '50 Jahre und älter' aufgeteilt und die Anteile LAST-Positiver bzw. Labor-Positiver an den jeweiligen Altersgruppen bestimmt. 46% der Patienten zwischen 30 und 49 Jahren hatten ein positives LAST-Ergebnis, bei den jüngsten Patienten betrug diese Rate 29%, bei den ältesten Patienten lag sie bei

19%. Mit den biologischen Indikatoren wurden 34% der mittleren Altersgruppe, 21% der jüngsten Patientengruppe und 30% der ältesten Patientengruppe als positiv eingestuft. Dies bedeutet, dass in den beiden unteren Altersgruppen mehr Männer mit Hilfe des LAST identifiziert werden können als mit biologischen Markern. Nur bei den Patienten ab 50 Jahren haben mehr Männer einen kritischen Laborwert als einen positiven LAST.

Mit Blick auf eine mögliche Intervention ist die Frage von Interesse, welche der

Screening-positiven Patienten eher und welche weniger für eine zweite, vertiefende Diagnostik- und Interventionsphase zu gewinnen sein werden. Entgegen unserer Hypothese unterscheiden sich Männer und Frauen nicht in ihrer Bereitschaft, sich mit dem Thema 'Alkohol' auseinanderzusetzen (Frauen 7:5, Männer 21:22; $\Phi = .07$, n.s.). In der Gruppe der Frauen wird die vertiefende Diagnostik ebenso häufig abgelehnt wie angenommen (18-29 Jahre 0:0, 30-49 Jahre 3:2, 50-65 Jahre 4:3), wobei die geringe Zellenbesetzung die Aussagekraft deutlich einschränkt. Lässt man in der Gruppe der Männer die Patienten unter 30 Jahren unberücksichtigt (2:2), so ergibt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Teilnahmebereitschaft ($\Phi = -.34$, $p < .05$) derart, dass der Großteil der Männer in mittlerem Alter eine eingehendere alkoholbezogene Diagnostik akzeptiert (12:5 = 71%:29%), in der Gruppe ab 50 Jahren zwei Drittel der Patienten diese Maßnahme aber ablehnen (14:8 = 64%:36%).

3. Zusammenfassung und Diskussion

a) Praktikabilität

Die Akzeptanz des gewählten diagnostischen Vorgehens war bei den chirurgischen Patienten überraschend groß. Nur 20 von 315 Patienten (6%) haben die Bearbeitung des LAST explizit abgelehnt. Die Selbstbeurteilungen der Patienten im Kurzfragebogen LAST führten zu 'Prävalenzraten' von 5% bei den Frauen und 29% bei den Männern. Speziell für die männliche Patientengruppe ist festzustellen, dass nahezu ein Drittel der Stichpro-

be kritische Verhaltens- und Erlebensweisen im Zusammenhang mit Alkohol berichtete. Dies bedeutet, dass zumindest in der Gruppe der Männer eine hohe Akzeptanz und Offenheit für diese Befragung anzutreffen war. Die Raten Screening-Positiver lagen erwartungsgemäß höher, wenn man alle Indikatoren zu deren Bestimmung verwendete: Hinweise auf eine mögliche Alkoholproblematik lagen dann bei 15% der Frauen und 40% der Männer vor. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den außerordentlich hohen Prävalenzschätzungen, die mehrfach aus vergleichbaren Einrichtungen berichtet wurden (zusammenfassend JOHN et al., 1996). Danach sind Alkoholprobleme unter den männlichen Patienten ungleich häufiger als unter den Patientinnen. Notwendigkeit und Akzeptanz einer kurzen, alkoholbezogenen Diagnostik sind damit, zumindest für die Gruppe der Männer, nachgewiesen.

Über die Häufigkeit von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Sinne des DSM-III-R lässt das Untersuchungsdesign nur sehr begrenzte Aussagen zu, weil der Anteil der Verweigerer der zweiten Diagnostikstufe, in der eine sichere Diagnose hätte gestellt werden können, immerhin rund 50% beträgt. Was unter methodischen Gesichtspunkten ein Problem darstellt, ist unter therapeutischen Gesichtspunkten als Erfolg zu verbuchen: Jeder zweite Screening-positive Mann akzeptierte eine eingehender Exploration seines Trinkverhaltens! Insgesamt lag bei 7% aller männlichen Patienten der beiden untersuchten Stationen (n=155) eine bislang nicht diagnostizierte und nicht behandelte

Alkoholabhängigkeit vor. Insgesamt muss eine deutlich höhere Alkoholismusrate angenommen werden: Bei 29% der Männer lag ein entsprechender Verdacht alleine aufgrund der Selbstaussagen vor. Unter den Teilnehmern der zweiten Diagnostik-Stufe wies mindestens jeder zweite LAST-positive Patient eine Alkoholabhängigkeit auf. Dies bedeutet, dass ca. 15% aller männlichen Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit die Kriterien eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit erfüllten.

b) Validität

Die Bereitschaft, alkoholbezogene Items eines Fragebogens positiv zu beantworten korreliert nicht nur mit der -GT, sondern steht auch in Beziehung zur Motivation, über eigene Trinkgewohnheiten nachzudenken. Als Hinweis darauf werteten wir die Akzeptanz der zweiten Diagnostikstufe. Von allen Screening-positiven Patienten sind diejenigen mit positivem LAST häufiger bereit, sich mit den eigenen Alkoholtrinkgewohnheiten auseinanderzusetzen. Insofern liefert der LAST Informationen darüber, ob ein Patient für eine Intervention, die auf sein möglicherweise bestehendes Alkoholproblem abzielt, zu gewinnen sein wird. Der LAST scheint geeignet, jene Patienten zu identifizieren, die bei Vorliegen eines Alkoholproblems eine ausführliche Diagnostik und Beratung akzeptieren. In nicht wenigen Fällen mag dies sogar eine hinreichende Voraussetzung für Veränderungen sein, nämlich im Sinne kurzer bzw. 'minimaler' Interventionen (AGOSTINELLI et al., 1995; BIEN et al., 1993; EDWARDS et al., 1977; EDWARDS & TAYLOR, 1994; MILLER et al., 1993; MILLER & ROLLNICK, 1991).

c) Risikoabschätzung

Der Unterschied zwischen Männern und Frauen in den Screening-Prävalenzen fällt besonders deutlich im LAST aus: 29% der Männer, aber nur 5% der Frauen waren aufgrund ihres Ergebnisses in der Selbstbeurteilung als positiv eingestuft worden. Im Alter zwischen 34 und 57 Jahren musste bei jedem zweiten Mann ein Alkoholproblem vermutet werden; aber auch bei den jüngeren bzw. älteren Patienten lag der Anteil Screening-positiver Männer jeweils zwischen einem Viertel und einem Drittel der Altersgruppe. Bei Männern im Alter zwischen 26 und 49 Jahren konnten diese Alkoholprobleme fast vollständig über Selbstbeurteilungen festgestellt werden. Der Vergleich von drei Altersgruppen machte deutlich, dass in der mittleren Altersgruppe von 30 bis 49 Jahren auch die Akzeptanz der zweiten Diagnostikstufe mit 71% deutlich höher war als in der Gruppe ab 50 Jahren (36%). Dies überraschte nicht, konnte doch zuvor gezeigt werden, dass das Ergebnis in der Selbstbeurteilung und die Akzeptanz der Diagnostik- und Interventionsphase hoch miteinander korrelieren. Die Wahrscheinlichkeit, bei männlichen Chirurgie-Patienten mittleren Alters ein Alkoholproblem vorzufinden, beträgt 50%, zugleich zeigen diese Patienten eine große Offenheit und Bereitschaft, über ihre Trinkgewohnheiten zu reflektieren. Die Prävalenzen und vor allem die Zugangsmöglichkeiten zu Patienten anderer Altersgruppen sind zwar schwächer ausgeprägt, dennoch sind auch hier entsprechende Angebote von großer Dringlichkeit.

Über die Wirksamkeit der Kurzinterventionen können wir keine Aus-

sagen machen, weil nach sechs Monaten zu wenige Patienten im Rahmen der Telefon-Katamnese nachuntersucht werden konnten.

Zusammenfassend kann aus den hier präsentierten Daten der Schluss gezogen werden, dass sekundärpräventive Maßnahmen von einer großen Zahl von Patienten genutzt werden. Speziell der Einsatz von Kurzfragebogen eröffnet den Zugang zu einer Teilgruppe von Patienten, die Alkoholprobleme haben und zugleich bereit sind, sich mit diesen auseinanderzusetzen. Diese Patienten befinden sich meist in einem Zustand unbeeinträchtigter sozialer Integration und Stabilität, wodurch jegliche Behandlung einen relativ günstigen Outcome erwarten lässt (KÜFNER, 1995; MONAHAN & FINNEY, 1996; SÜß, 1995).

Literatur:

AGOSTINELLI, G., BROWN, J. M. & MILLER, W. R. (1995): Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 25, 31-40.

ANDERSON, P., CREMONA, A., PATON, A., TURNER, C. & WALLACE, P. (1993): The risk of alcohol. *Addiction*, 88, 1493-1508.

AROLT, V., DRIESSEN, M. & SCHÜR-MANN, A. (1995): Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 63, 283-288.

BIEN, T. H., MILLER, W. R. & TONIGAN J. S. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.

DAVIDSON, R., ROLLNICK, S. & MacEWAN, I. (Eds.).(1991): *Counselling problem drinkers*. London: Tavistock/ Routledge.

DICLEMENTE, C. C. (1991): Motivational interviewing and the stages of change. In: W. R. MILLER & S. ROLLNICK (Eds.), *Motivational Interviewing*. New York: The Guilford Press.

DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.). (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.

DONGIER, M., HILL, J. M., KEALEY, S. & JOSEPH, L. (1994): Screening for alcoholism in general

hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 12-20.

EDWARDS, G., ORFORD, J., EGERT, S., GUTHRIE, S., HAWKER, A., HENSMAN, C., MITCHESON, M., OPPENHEIMER, E. & TAYLOR, C. (1977): Alcoholism: A controlled trial of 'treatment' and 'advice'. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1004-1031.

EDWARDS, G. & TAYLOR, C. (1994): A test of the matching hypothesis: Alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction*, 89, 553-561.

EWING, J. A. (1984): Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.

FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., RINGER, Ch. & ANTONS, K. (1979): *MALT. Münchner Alkoholismustest*. Weinheim: Beltz Test.

FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., HAF, C. M., RINGER, C. & ANTONS, K. (1989): *Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete*. Weinheim: Beltz.

GERKE, P., HAPKE, U., RUMPF, H.-J., JOHN, U. & DILLING, H. (1996): *Alkoholfolgekrankheiten bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus*. Lübeck: Medizinische Universität.

JOHN, U. (1990): Psychische Abwehr Alkoholabhängiger. Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung. In: D. SCHWOON & M. KRAUSZ (Hrsg.), *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 61-68). Stuttgart: Enke.

JOHN, U. (1993): Standardisierte Verfahren zur Diagnostik der Alkoholabhängigkeit. *Drogalkohol*, 17, 3-12.

JOHN, U. (1998): Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In: K. MANN & G. BUCHKREMER (Hrsg.), *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 135-145). Ulm: Gustav FISCHER.

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.-J., HILL, A. & DILLING, H. (Hrsg.): *Das Bundesministerium für Gesundheit. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Baden-Baden: Nomos.

KANFER, F. H. (1987): Self-regulation and behavior. In: H. HECKHAUSEN, P. M. GOLLWITZER & F. E. WEINERT (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon* (S. 286-299). Heidelberg: Springer-Verlag.

KRISTENSON, H. (1987): Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. *Recent Developments in Alcoholism*, 5, 403-421.

KÜFNER, H. (1995): Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 170-183.

KÜFNER, H. & FEUERLEIN, W. (1989): In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Berlin: Springer-Verlag.

MARGRAF, J., SCHNEIDER, S. & EHLERS, A. (Hrsg.) (1994): *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin: Springer-Verlag.

- MAYFIELD, D., McLEOD, G. & HALL, P. (1974):
The CAGE Questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- MILLER, W. R., BENEFIELD, R. G. & TONIGAN, J. S. (1993):
Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- MILLER, W. R. & BROWN, J. M. (1991):
Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. In: N. HEATHER, W. R. MILLER & J. GREELEY (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney: Pergamon Press.
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (Eds.). (1991):
Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviour. New York: The Guilford Press.
- MÖLLER, H. J., ANGERMUND, A. & MÜHLEN, B. (1987):
Prävalenzraten von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchner Alkoholismus-Test. *Suchtgefahren*, 33, 199-202.
- MONAHAN, S. C. & FINNEY, J. W. (1996):
Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: a quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction*, 91, 787-805.
- MOORE, R. D., BONE, L. R., GELLER, G., MAMON, J. A., STOKES, E. J. & LEVINE, D. M. (1989):
Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *Journal of the American Medical Association*, 261, 403-407.
- NILSSEN, O. (1991):
The Tromsø study: identification of and a controlled intervention on a population of early-stage risk drinkers. *Preventive Medicine*, 20, 518-528.
- PROCHASKA, J. O. (1995):
Why do we behave the way we do? *Canadian Journal of Cardiology*, 11, 20-25.
- PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTE, C. C. (1986):
Toward a comprehensive model of change. In: W. R. MILLER & N. HEATHER (Eds.), *Treating addictive behaviours: Processes of change* (p. 3-27). New York: Plenum.
- RICHTER, G. (1998):
Alkoholismusdiagnostik in der medizinischen Grundbetreuung. In: J. GÖLZ (Hrsg.), *Moderne Suchtmedizin: Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome* (C 2.2.1-1 – C 2.2.1-17). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- RICHTER, G., KLEMM, P. G. & ZAHN, M. (1994):
Screet-9: Ein 9-Item-Screening-Test für die Unterscheidung von Alkoholabhängigen, Alkoholmissbrauchern und Normaltrinkern. *Sucht*, 3, 186-195.
- ROINE, R. & SALASPURO, M. (1995):
Marker für Alkoholismus und alkoholasoziierte Organschäden. In: H. K. SEITZ, C. S. LIEBER & U. A. SIMANOWSKI (Hrsg.), *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden* (S. 93-118). Leipzig: Johann Ambrosius BARTH.
- RUMPF, H.-J., HAPKE, U. & JOHN, U. (1995):
Development of a screening questionnaire for primary health care setting: The Luebeck Alcoholism Screening Test. Lübeck: Medizinische Universität.
- RUMPF, H.-J., HAPKE, U., HILL, A. & JOHN, U. (1997):
Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, in press.
- SASS, H., WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. (1998):
Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- SELZER, M. L. (1971):
The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 89-94.
- SEPPÄ, K. & MÄKELA, R. (1993):
Heavy drinking in hospital patients. *Addiction*, 88, 1377-1382.
- SOYKA, M. (1995):
Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. London: CHAPMAN & HALL.
- STORGAARD, H., NIELSEN, S. D. & GLUUD, Ch. (1994):
The validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). *Alcohol and Alcoholism*, 29, 493-502.
- SÜSS, H.-M. (1995):
Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- VOLZ, M., RIST, F. & ALM, B. (1998):
Screening auf Alkoholprobleme in einer chirurgischen Abteilung mit Hilfe des Kurzfragebogens LAST. *Sucht*, 44, 310-321.
- WIENBERG, G. (Hrsg.).(1992):
Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- WITTCHEN, H.-U., WUNDERLICH, U., GRUSCHWITZ, S. & ZAUDIG, M. (1997):
SKID-I Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M., SCHRAMM, E., SPENGLER, P., MOMBOUR, W., KLUG, J. & HORN, R. (1991):
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID). Weinheim: Beltz Test.

Ambulanter Alkoholentzug als kommunale multiprofessionelle Maßnahme

Dr. Bruce Ritson

Ethnic Minorities Project
Mental Health Service
Royal Edinburgh Hospital
Morningside Terrace
Edinburgh EH 10 5 HF
Great Britain

Inhalt

Zusammenfassung

I. Entgiftung in der Gemeinde

1. Einleitung
2. Erkennung
3. Entgiftung
4. Die Entgiftung zu Hause
5. Überweisung in die Klinik
6. Ambulante Entgiftung
7. Zusätzliche Vitamine
8. Rehabilitation
9. Schlussfolgerungen

Literatur

I. Entgiftung in der Gemeinde

1. Einleitung

Diese Abhandlung beschäftigt sich im wesentlichen mit den Erfahrungen, die im Bereich der Entgiftung in der Gemeinde gemacht wurden. Dies ist sicherlich nur eine Maßnahme innerhalb eines Systems der gemeindenahen Betreuung, das sich von der Gesundheitsförderung über Früherkennung bis hin zur Rehabilitation und Genesung erstreckt. Voraussetzung hierfür ist ein Netzwerk von Hilfeangeboten für Menschen mit Alkoholproblemen – der Charakter und die Kernmitglieder eines solchen Netzwerks unterscheiden sich erheblich von Gemeinde zu Gemeinde und noch gravierender von Land zu Land. Aus diesem Grund werde ich im Folgenden nur einen begrenzten Überblick geben, der sich im Wesentlichen auf die Erfahrungen in Großbritannien stützt.

Die Bandbreite und Erscheinungsformen von Problemen, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, sind sehr unterschiedlich. Wenn sich der Zustand des einzelnen Alkoholsuchtgefährdeten verschlechtert, wird er oder sie mit einer Vielzahl von Personen und Einrichtungen innerhalb der Gemeinde konfrontiert. Zu jedem Zeitpunkt kann sich eine durch übermäßigen Alkoholkonsum hervorgerufene Krise in eine Chance zur

Änderung umwandeln. Deshalb ist es sehr wichtig, dass diejenigen, die mit der Betreuung dieser Menschen beauftragt sind, über Fähigkeiten verfügen, eine Trinkerkarriere zu verstehen, das Wesen der Alkoholprobleme des Einzelnen zu erkennen und gezielte Ratschläge und Hilfe anzubieten. Erkennung, Einschätzung und ein Bewusstsein über die Bereitschaft des Patienten, seine Gewohnheiten zu ändern, sind unerlässliche Schritte in der Arbeit mit Menschen, die Alkoholprobleme haben.

Wir sollten jedoch zugestehen, dass viele der ersten Schritte bei der Erkennung im Kopf des Trinkers vonstatten gehen und von Zeit zu Zeit spürt er/sie, dass es wichtig ist, aus der Spirale der Abhängigkeit herauszukommen und seine oder ihre Gewohnheiten zu ändern. In dieser Phase sind die Familie und die Freunde oftmals in diesen Prozess verwickelt und können hilfreich sein. Das beigefügte Diagramm stellt die verschiedenen Ebenen dar, die beschreiben, wie die Erkennung normalerweise vonstatten geht.

<i>Tabelle 1</i> Unterschiedliche Ebenen innerhalb der Gemeinde, wo Probleme, die auf den Genuss von Alkohol zurückzuführen sind, erkannt werden:	
EBENE 1	Der einzelne Trinker Familie Freunde
EBENE 2	Arbeitsplatz Sozialfürsorge Polizeiliche Vollstreckungsmaßnahme Kirche Strafrechtssystem
EBENE 3	Primäres Gesundheitswesen Einrichtungen der sozialen Arbeit Krankenhaus – Unfall und Notfall Hilfsprogramme für Beschäftigte Freiwillige Berater
EBENE 4	Fachstellen zur Behandlung von Alkoholproblemen Einrichtungen zur Alkoholbehandlung AA und andere freiwillige Einrichtungen

Es ist wichtig, daran zu erinnern, dass es nur einer großen Minderheit an Alkoholikern gelingt, den Ernst ihres Problems zu erkennen, Maßnahmen zu ergreifen, um eine Änderung herbeizuführen und dieses schaffen, ohne dass sie jemals eine Hilfeeinrichtung kontaktiert haben. Diese sogenannten 'spontanen Genesungen' treten oft zu Zeiten einer Lebenskrise oder einer sozioökonomischen Veränderung auf. In vielen Bevölkerungsstudien wurde gezeigt, dass Menschen in Phasen der Alkoholabhängigkeit hineingeraten und auch wieder herauskommen, selbst wenn sie unter ziemlich schlimmen Entzugssymptomen litten, ohne dass sie Hilfe von außen in Anspruch nehmen. Die meisten dieser Alkoholsüchtigen berichten, dass sie die Entgiftung allein oder mit Hilfe ihrer Familie durchgeführt haben. (BABOR 1995)

2. Erkennung

Für den betreuenden Arzt besteht die erste Aufgabe darin, das Vorhandensein eines auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Problems zu erkennen. In Großbritannien suchen die meisten Menschen nur einmal innerhalb von fünf Jahren eine Einrichtung des Gesundheitswesens auf: Wir wissen, dass Personen mit übermäßigem Alkoholkonsum ihre Ärzte mindestens zweimal so häufig wie andere konsultieren, doch nicht unbedingt ihren Alkoholkonsum als Ursache für ihre Probleme nennen (ANDERSON 1989). Unter anderem werden so gewöhnliche Gesundheitsprobleme wie Fettleibigkeit, wiederholte Unfälle, Magen-Darm-Beschwerden, Stress in der Ehe oder Familie, chronisches Nichterscheinen am Arbeitsplatz, Trunkenheit am Steuer, Straftaten, Phasen der Depression und Angst, Schlaf-

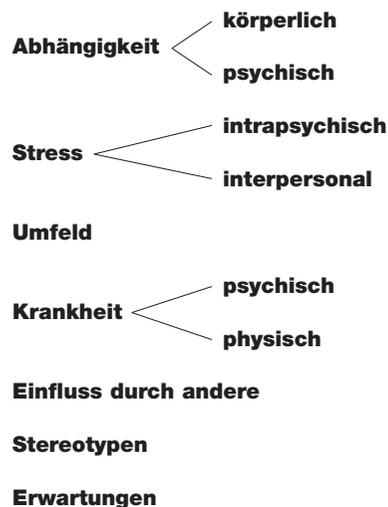
losigkeit, erhöhter Blutdruck, chronische Müdigkeit etc. genannt. Zudem ist eine Alkoholfahne ebenfalls ein wichtiger Hinweis. Die Erkennung kann auch durch gezielte Fragen über Trinkgewohnheiten oder den Einsatz von Fragebögen wie CAGE oder AUDIT gefördert werden. Bluttests wie z. B. Erythrozytenvolumen, Gamma - G/T oder C.D.T. sind ebenfalls hilfreich. Wenn erst einmal ein Alkoholproblem erkannt wurde, müssen eine Reihe von Barrieren, die sich einer Veränderung in den Weg stellen, ermittelt werden.

Tabelle 2

Änderung der Gewohnheiten

Zu jedem Zeitpunkt im Leben gestaltet es sich schwierig, Gewohnheiten zu ändern.

Barrieren, die einer Änderung im Wege stehen:



Einige oder all diese Barrieren können entscheidend dazu beitragen, dass verhindert wird, dass der Patient seine Trinkgewohnheiten maßgeblich ändert oder abstinent wird. Im Mittelpunkt die-

ser Abhandlung steht die körperliche Alkoholabhängigkeit, die eine Barriere in Bezug auf eine Veränderung darstellt. Gleichzeitig gibt es jedoch im Allgemeinen weitere Barrieren und es ist von höchster Wichtigkeit, dass diese ebenfalls berücksichtigt und angemessene Hilfsangebote für diese anderen Aspekte des Problems bereitgestellt werden. Die Entgiftung allein ist selten eine ausreichende Behandlung, obwohl sie im Normalfall den ersten notwendigen Schritt darstellt, um signifikante Änderungen in der Lebensführung herbeizuführen.

3. Entgiftung

Menschen, die stark alkoholabhängig sind, wurden traditionell in einer Entgiftungsklinik behandelt, bevor andere erforderliche psychologische Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in die Wege geleitet wurden. Eine Reihe von Studien haben gezeigt, dass die Entgiftung bei Patienten, die körperlich abhängig sind, in vielen Fällen zu Hause stattfinden kann (STOCKWELL u. a. (1986) oder COLLINS u. a. (1990).

Es gibt vier Möglichkeiten, wie die Entgiftung durchgeführt werden kann: Die erste wurde bereits erwähnt und vollzieht sich, wenn die Person zu Hause Symptome des Entzugs durchläuft, ohne dass im Vorfeld eine Einrichtung des Gesundheitswesens kontaktiert wurde. Dies ist im Hinblick auf Delirium tremens/Säuferwahn nicht ungefährlich und für einen Menschen, der sich in einer solchen Situation befindet, ist es durchaus typisch, dass er nach zwei oder drei Tagen wieder beginnt, zu trinken, da die Entzugssymptome ohne angemessene Hilfe unerträglich werden.

Bei Patienten, die täglich über 10 Einheiten Alkohol (d. h. 8 Gramm Ethanol in einer Einheit – eine Einheit = 1/2 Pint Bier, ein Glas Wein oder ein einziges Glas Spirituosen) zu sich nehmen, treten mit hoher Wahrscheinlichkeit Entzugssymptome auf.

4. Die Entgiftung zu Hause

In vielen Teilen Großbritanniens ist dies zu einem üblichen Verfahren geworden und wird in den meisten Fällen von einem Hausarzt, der im allgemeinen Rücksprache mit Fachstellen für Alkoholsucht hält, eingeleitet. Die Zielsetzung der Entzugsbehandlung zu Hause liegt darin, sicherzustellen, dass der Patient beim Alkoholentzug unterstützt wird, so dass er nicht unter übermäßig starken Beschwerden leidet. Die allgemeinen Symptome umfassen Zittern, Unterleibsschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Depression und extreme Unruhe. Diese Symptome treten normalerweise während der ersten 3 oder 4 Tage auf. Ein typisches ambulantes medizinisches Vorgehen würde in der Verabreichung von Benzodiazepinen wie z. B. Chlordiazepoxid 20 mg 4 mal täglich oder Diazepam 10 mg 4 mal täglich in den ersten 36 Stunden, welches dann über 5 oder 6 Tage auf Null reduziert wird, bestehen. Unter normalen Umständen ist es am ratsamsten, in der Nacht höhere Dosen zu verabreichen. Medikamente werden nur unter der Voraussetzung gegeben, dass der Patient keinen Alkohol mehr konsumiert. Mit dieser Behandlung wird nur dann begonnen, wenn der Patient eine Phase erreicht hat, in der er klar zum Ausdruck bringt, dass er seine Lebensgewohnheiten ändern und abstinent bleiben will. Der gesamte Ablauf erfordert die Zusammenarbeit

des Patienten und all derjenigen, die ihn betreuen und muss im Vorfeld ausführlich besprochen werden. Normalerweise würden wir eine Gemeindegeschwester der Psychiatrie bitten, den Patienten während der ersten vier oder fünf Tage täglich zu besuchen, um sicherzustellen, dass der Patient nicht trinkt, um seinen Atem mittels eines Alkoholmeßgeräts zu kontrollieren und die Fortschritte einschließlich der Einschätzung der Heftigkeit der Entzugerscheinungen, Puls- und Blutdruckmessung und die psychische Verfassung zu überwachen. Wir würden dem Patienten ein Informationsblatt, in dem die charakteristischen Merkmale des Alkoholentzugs beschrieben sind, geben und ihn beruhigen, dass die Beschwerden vorübergehen, wenn die Entzugsvorschriften eingehalten werden. Den Patienten wird auch geraten, reichlich Fruchtsäfte zu trinken. Die Patienten fühlen sich während dieser Zeit oft ausgetrocknet und neigen dazu, große Mengen an Kaffee oder Tee zu sich zu nehmen; diese Getränke sind jedoch Anregungsmittel und können Schlaflosigkeit und Erregungsgefühle verschlimmern.

Dem Patienten wird empfohlen, Stress zu vermeiden und entspannende Dinge zu tun wie z. B. einen Spaziergang machen, ein heißes Bad nehmen, etc. Er sollte nicht Auto fahren oder zur Arbeit gehen. Der Patient sollte möglichst dazu angeregt werden, während dieser Phase normal zu essen. Es kann jedoch möglich sein, dass Medikamente notwendig sind, um Beschwerden wie Gastritis oder Erbrechen zu lindern. (s. Anlage: Anweisungen an den Patienten)

Die Angehörigen sollten dazu animiert werden, den Patienten zu überwachen, um sicherzustellen, dass er oder sie

nicht trinkt und darüberhinaus sollten sie ebenfalls Informationen über den Charakter der Entzugerscheinungen erhalten. Zusätzlich sollte ihnen klargemacht werden, dass Ruhe erforderlich ist und dass sich die Symptome im Laufe der Zeit abschwächen.

Tabelle 3

Indikationen für eine Überweisung in ein Krankenhaus

- Eine häusliche Umgebung, die sich nicht unterstützend auf den Prozess, vom Alkohol loszukommen, auswirkt.
- Sich bereits entwickelnde Desorientierung oder Halluzinationen
- Anfälle oder Delirien, die in der Vergangenheit aufgetreten sind
- Selbstmordgefährdung
- Sehr starkes Zittern, auftretendes Herzerasen
- Gelbsucht, festgestellte Leberzirrhose, andere Anzeichen, die auf eine schlechte körperliche Verfassung hindeuten oder starke Unterernährung
- Fehlschlag der Entgiftung zu Hause
- Der ausdrückliche Wunsch des Patienten

Die Krankenschwester, die für die täglichen Besuche zuständig ist, hat gute Möglichkeiten, einige der anderen Barrieren, die einer Änderung der Lebensführung des Patienten im Wege stehen, zu entdecken. Psychische Beziehungen, die in dieser Zeit aufgebaut werden, können bei der späteren Therapie von unschätzbarem Wert sein. Dieses ist auch eine nützliche Phase, um die Familie in zukünftige Pläne zur Genesung mit einzubeziehen. Darüber hinaus bietet sich die Möglichkeit, motivationale Gespräche zu führen und es eröffnet

sich die Gelegenheit, auslösende Faktoren für einen Rückfall zu erkennen und zu ergründen.

5. Überweisung in die Klinik

Indikationen für eine Überweisung ins Krankenhaus sind u. a. auftretende epileptische Anfälle, einsetzendes Delirium tremens (Säuferwahn) oder eine häusliche Situation, die für die Erreichung von Abstinenz abträglich ist. Dieser letztgenannte Punkt betrifft Menschen, die in einem Umfeld leben, in dem es viele andere Personen mit übermäßigem Alkoholkonsum gibt oder die in einer Familie leben, in der sich die Beziehungen untereinander so gravierend verschlechtert haben, dass nur mit einer geringfügigen Kooperation zu rechnen ist.

Einige Patienten sind auch nicht willens, diese Behandlung in Erwägung zu ziehen; andere versuchen es, stellen jedoch fest, dass sie nicht in der Lage sind, damit fertig zu werden. Unter solchen Umständen kann ein Aufenthalt im Krankenhaus erforderlich werden. Weitere Gründe für eine stationäre Behandlung sind körperliche oder psychische Komplikationen bei den Patienten.

Das Auftreten von Komplikationen ist ungewöhnlich und die meisten Personen mit leichten Symptomen können sogar ohne medizinische Behandlung entziehen, vorausgesetzt, dass sie über die Symptome informiert und dass ihnen Entspannungstechniken empfohlen wurden (NARANJO 1983). Es ist möglich, dass die Verabreichung von Medikamenten nicht erforderlich ist. Dies trifft auf Patienten zu, die in der Vergangenheit nicht mit Schwierigkeiten zu kämpfen hatten und deren Kon-

sum weniger als 15 Einheiten Alkohol täglich betrug. Periodische Trinker benötigen selten medizinische Betreuung, wenn ihre letzte Periode übermäßigen Alkoholkonsums weniger als eine Woche andauerte. Es ist wichtig, sich vor Augen zu führen, dass Entzugerscheinungen nicht nur dann auftreten, wenn eine Person damit aufhört, Alkohol zu sich zu nehmen, sondern auch dann, wenn die konsumierte Menge reduziert wird. In vielen Fällen ist es sinnvoll, mit der Entgiftung kurz vor der vollständigen Einstellung des Alkoholkonsums zu beginnen.

6. Ambulante Entgiftung

Eine beträchtliche Anzahl von Patienten kann zur Entgiftung eine ambulante Klinik oder ein Ärztezentrum aufsuchen (COLLINS 1990). In Großbritannien bieten viele praktische Ärzte eine Behandlung dieser Art bereits an. Im Idealfall sollte dem Patienten ein Reduzierungsplan gegeben werden, der dem oben beschriebenen gleicht, wobei jedoch die tägliche Verabreichung von Medikamenten in der Klinik oder einer örtlichen Apotheke erfolgt. Jeden Tag muss bei ihnen ein Alkoholtest durchgeführt und ihre Fortschritte überwacht werden.

7. Zusätzliche Vitamine

Viele Patienten, die alkoholabhängig sind, weisen einen Mangel an Thiamin auf. Aus diesem Grund ist es in den meisten Fällen sinnvoll, 200 mg Thiamin zur oralen Einnahme zu verschreiben, um diesem Mangel entgegenzuwirken. In Extremfällen, wenn die Gefahr besteht, dass sich das Wernicke Korsakoff Syndrom entwickelt, können Vitamin B-Spritzen erforderlich werden. Wernicke-

ke's Pseudoencephalitis ist gekennzeichnet durch Merkmale wie Verwirrtheit, Ataxie, Inkontinenz und/oder Lähmung der Augenmuskeln. Patienten, die Anzeichen dieses Zustands aufweisen, müssten in ein Krankenhaus überwiesen werden (COOK und THOMSON 1997).

8. Rehabilitation

Zu den Vorteilen der häuslichen Entgiftung gehören Vermeidung eines Stigmas und Einsparungen von Krankenhauskosten. Darüber hinaus wird dem Patienten über einen längeren Zeitraum nicht die Rolle des Kranken zugewiesen. Es besteht oft ein Gefühl, eine persönliche Leistung vollbracht zu haben, indem es dem Patienten möglich war, in der Gemeinschaft zu bleiben und die Familie von Anfang an in den Prozess eingebunden war. Familie und Freunde spielen in der Regenerationsphase oft eine ganz entscheidende Rolle. Es gibt Belege dafür, dass ihre Mitwirkung die Heilungsaussichten verbessern.

Die Entgiftung ist nur der Beginn der Genesung und viele sind auch der Meinung, dass dies die einfachste Phase ist. Das langfristige Ziel ist in den meisten Fällen, eine abstinenten Lebensweise beizubehalten und zu genießen. Die Krankenschwester, die den Patienten regelmäßig besucht oder das ambulante Klinikpersonal sollten während der Entgiftung die Gelegenheit wahrnehmen, die Bereitschaft des Patienten für eine langfristige Therapie zu fördern, was auch bedeutet, dass der Patient und seine Familie über Selbsthilfegruppen (AA; AlAnon) und andere Hilfeeinrichtungen, die es in der Umgebung gibt, informiert werden. Mitarbeiter der primären Gesundheitsfürsorge sollten

lokale Hilfeinrichtungen für Menschen mit übermäßigem Alkoholkonsum persönlich kennen.

In dieser Phase können sich einige Patienten nach Ratschlägen richten und dementsprechend handeln, doch die Mehrheit wird bei der Änderung ihrer Lebensführung qualifizierte Hilfe benötigen. Gewohnheiten lassen sich bekanntlich schwer ändern (dies ist eine allgemeinübliche Erfahrung, die wir alle schon gemacht haben) und Patienten brauchen dabei zusätzliche Hilfe – wie z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungstraining, Förderung der Fähigkeiten zur Vorbeugung eines Rückfalls oder Therapie zur Motivationsförderung. Diese Maßnahmen können mit unterstützenden psychodynamischen oder kognitiven Verhaltenstherapien in der Gruppe kombiniert werden. Wenn die Entgiftung erst einmal abgeschlossen ist, spielt die Behandlung mit Medikamenten nur noch eine untergeordnete Rolle, doch die Verabreichung von Acamprosat für den subakuten Entzugszustand kann nützlich sein und einige Zentren haben Erfolge bei der beaufsichtigten Verabreichung von Disulfiram an ausgewählte Patienten verzeichnet (RITSON 1998). Depressionen gehen weithin mit Alkoholabhängigkeit und Entzug einher; diese verschwinden üblicherweise nach ein oder zwei Wochen der Abstinenz. Aus diesem Grund ist die medizinische Behandlung mit Antidepressiva selten erforderlich. All diese Therapien können auf ambulanter Basis oder in Tageseinrichtungen angeboten werden und sind nicht von dem Vorhandensein stationärer Dienste abhängig. In einigen Fällen ist es notwendig, dass qualifiziertes Personal, das für die Anwendung dieser Techniken bei Patienten, die mit Substanzmissbrauch Probleme haben, ausgebildet ist, zugegen ist.

Indem Probleme, die auf übermäßigem Alkoholkonsum zurückzuführen sind, im Bereich der primären Gesundheitsversorgung behandelt werden, wird das Potential für die Früherkennung und häusliche Pflege erweitert. Dies ist eine Ausweitung der Hilfeangebote und stellt keinen Ersatz dar für fachliche Fähigkeiten, ohne deren Unterstützung und Einbeziehung die Behandlung durch Personal der primären Ebene weniger effektiv ist.

9. Schlussfolgerungen

Die Entgiftung ist ein kleiner, aber wichtiger Schritt auf dem Weg, die Alkoholabhängigkeit zu überwinden. Der Prozess kann normalerweise außerhalb des Krankenhauses stattfinden, doch gleichzeitig ist dabei die Unterstützung durch Fachdienste unerlässlich. Für die Mehrheit wird dies eine Gelegenheit sein, sich auf einen längerfristigen Zeitraum der Unterstützung und Therapie einzulassen, während dessen der Patient Vertrautheit und Vertrauen in seinen neuen Lebensstil erlangt.

Literatur

- ANDERSON (1989)
Health Authority policies for the prevention of alcohol problems
British Journal of Addiction, 84, 203-209
- BABOR (1995)
Alcohol policy and the public good: Edwards and Holder (eds.)
Oxford University Press
- COLLINS M., BURNS T., VAN DER BERK P., TUBMAN G. (1990)
A structural programme for outpatient alcohol detoxification
British Journal of Psychiatry, 156, 871-74
- COOK C., THOMSON A. (1997)
B-complex vitamins in the prophylaxis and treatment of Wernicke's Korsokoff syndrome
British Journal of Hospital Medicine, 57, 461-65
- DEEHAN A., TEMPLETON L., TAYLOR C. et al (1998)
Low detection rates, negative attitudes and the failure to meet 'Health of Nation' alcohol targets: findings from a national survey of General Practitioners in England and Wales
Drugs and Alcohol Review, 17, 249-158
- NORANJO C. A., SELLERS M., CHATER K. et al (1983)
Nonpharmacological intervention in acute alcohol withdrawal
Clinical pharmacology and therapeutics, 34, 214-219
- RITSON E. B. (1998)
Pharmacotherapy in alcohol problems
Current Opinion in Psychiatry, 11, 285-288

STOCKWELL T., BOLT E., HOOPER J. (1986)

Detoxification from alcohol at home managed by general practitioners
British Medical Journal, 292, 733-35

WHITWORTH A., FISCHER F., LESCH O. et al (1996)

Comparison of Acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence
Landet, 347, 1438-1442

Anweisungen an den Patienten

Sie haben sich damit einverstanden erklärt, mit dem Trinken aufzuhören. Dieses Programm wird Ihnen dabei helfen, es auf sichere Art und Weise zu schaffen. Denken Sie daran, dass die gleichzeitige Einnahme von Medikamenten und Alkohol gefährlich sein kann.

Wenn Ihnen Medikamente verabreicht wurden:

Die Medikamente sollen Zustände wie Erregung, Angst, Zittern und Erbrechen, die auftreten können, wenn eine alkoholabhängige Person mit dem Trinken aufhört, reduzieren.

Wenn Sie schläfrig sind, lassen Sie eine Dosis aus.

Fahren Sie nicht und bedienen Sie keine Maschinen, während Sie Medikamente einnehmen.

VERMEIDEN SIE STRESS: Passen Sie auf sich auf, unternehmen Sie entspannende Dinge.

SCHLAF: Während der ersten Woche wird es schwer sein, einzuschlafen. Die Kapseln werden Ihnen dabei helfen, doch der Schlaf kann gestört werden.

MAHLZEITEN: Nehmen Sie regelmäßig kleine Mahlzeiten ein.

FLÜSSIGKEIT: Trinken Sie Wasser, Milch, Fruchtsaft, doch SEHR große Mengen sind nicht notwendig (2 Liter täglich sind ausreichend). Tee und Kaffee enthalten Koffeine, die den Schlaf stören.

Rufen Sie Ihren Arzt, Krankenschwester oder Klinik an, wenn Sie irgendwelche Sorgen haben.

Einsatz der EDV in der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Dirk Schleef

GIO Gesellschaft für Informatik und Organisation mbH
Bahnhofsring 14
28870 Ottersberg

Inhalt

I. Ausgangslage in Nordrhein-Westfalen

II. Das Projekt VDS

III. Rahmenbedingungen

IV. Datenschutz

V. Auswirkungen auf die Arbeit

VI. Längerfristige Perspektiven

I. Ausgangslage in Nordrhein-Westfalen

Zur Weiterentwicklung der Angebote und der Leistungen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe hat das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) in den letzten Jahren eine Reihe von Initiativen ergriffen. Hierzu ist unter anderem das Projekt Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe zu erwähnen, das seit 1996 beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe durchgeführt wird. In diesem Zusammenhang sind schon 1996 etwa achtzig Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe mit Personal Computern und Standard-Software ausgerüstet worden. In der Verbindung von Qualitätsmanagement und Dokumentation der Tätigkeiten und Daten in den Einrichtungen wurde seit 1996 der Einsatz von EDV und spezialisierter Software auf verschiedenen Ebenen diskutiert und vorbereitet.

Unter wesentlicher Beteiligung von Mitarbeiter/innen aus ambulanten Suchtberatungsstellen wurde ein Anforderungsprofil an eine geeignete Softwarelösung erarbeitet, welches die Grundlage für eine Marktstudie bot. Aus dieser Studie ging ein Programm mit einer Beschaffungsempfehlung hervor.

II. Das Projekt VDS

Das Projekt VDS (Verwaltungs- und Dokumentationssoftware in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NRW) verfolgt das Ziel, diese Softwarelösung

in den Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NRW im Auftrag des MFJFG einzuführen. Das Projekt VDS ist an die Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster angebunden.

Zu der Softwareeinführung des Programmsystems Horizont 2.1 der Fa. Ohltec Horizont GmbH in einer angepassten NRW-Version gehören verschiedene Aspekte, unter anderem die Kooperation mit den Gebietskörperschaften in NW, den Wohlfahrtsverbänden und anderen fachlichen oder fachpolitischen Institutionen, die für die Mitwirkung gewonnen werden sollen. Bedeutsam ist dieses Vorhaben wegen der faktischen Etablierung eines technischen und inhaltlichen Standards in der Dokumentation von ambulanter Suchtkrankenarbeit.

Die Arbeits- und Leistungsbereiche des Projekts VDS werden nachfolgend benannt:

- Angebot einer allgemeinen Unterstützung bei der Softwareeinführung vom 15.11.1998 bis zum 30.10.1999, jüngst verlängert bis zum 30.04.2000, durch eine Reihe von Maßnahmen, Dienstleistungen und Koordinationsaufgaben;
- Betrieb einer telefonischen Auskunft (Hotline) zur fachlichen und technischen Information und Beratung der Einrichtungen, der Träger und der Kommunen und Fachverbände; Wahrnehmung der Geschäftsführung und Moderation eines Arbeitskreises zur Erarbeitung der Spezifika der NRW-Version von Horizont;
- Führung von Verhandlungen bis zum Vertragsabschluß mit den Anbietern von Software- und Schulungen

- unter Berücksichtigung der inhaltlichen und finanziellen Vorgaben;
- Umsetzung der Steuerung und Bewirtschaftung der eingestellten Haushaltsmittel für das Projekt VDS;
- Initiierung und Betreuung von Anwenderarbeitskreisen zum Programmsystem Horizont in NRW-Süd und NRW-Nord;
- Beratung und Information der Einrichtungen, der Fachöffentlichkeit und Fachverbände durch Informationsschreiben, Informationsveranstaltungen und Einzelbesuche;
- regelmäßige Abstimmung mit dem Referat Sucht und Drogen im MFJFG und Unterstützung bei der fachlichen und organisatorischen Handhabung des Dokumentationsvorhabens mit DV-Instrumenten;
- Unterstützung und Beratung der Träger und Einrichtungen bei der Hardware-Ausstattung und der erforderlichen Infrastruktur in den Einrichtungen zum optimierten Einsatz des Programmsystems Horizont,
- Unterstützung und Beratung der Einrichtungen bei der Planung des Einsatzes von DV durch Informationen und Einzelgespräche zu Themen wie Arbeitsplatzergonomie, Arbeitsablaufplanung, Mitarbeiterbeteiligung, Datenschutz, Kostenerfassung und weitere Fragen;
- Mitwirkung an der Konzeptionierung eines landesweiten Datensammel- und Bearbeitungsvorhabens, das die rechtlichen, fachlichen, fachpolitischen und technischen Aspekte zweckdienlich integriert;
- Erstellung eines Projektberichts über die Implementation der Softwarelösung in NRW.

Neben der organisatorischen und technischen Einführung der Softwarelösun-

gen und der Unterstützung bei der Installation einer zeitgemäßen und leistungsfähigen Hardwarebasis bei den Einrichtungen bzw. Trägern sind durch die Erarbeitung einer NRW-spezifischen Dokumentationsgrundlage in der Arbeitsgruppe VDS und durch die Bereitstellung der Schulungen für die Mitarbeiter/innen der Trägerorganisation und Einrichtungen inhaltliche Aspekte zu berücksichtigen, die sich auf die Arbeit in den Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe auswirken werden.

III. Rahmenbedingungen

Bei der Einführung des Softwaresystems müssen die Vorgaben des MFJFG bezüglich der Kompatibilität zur nationalen Dokumentation (EBIS/Kerndatensatz/IFT) und der aufzubauenden landesweiten Dokumentation der Suchtkrankenhilfe berücksichtigt werden. Alle Einrichtungen (ca. 126 im Herbst 1999, bislang waren dies etwa 98 Einrichtungen [Stand 1997]) sollen ihre Daten gegenüber dem IFT in einem kompatiblen Verfahren auf der Basis des Kerndatensatzes der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) übermittelt können.

Das Programmsystem Horizont bietet den Einrichtungen eine Vielzahl von differenzierten statistischen Auswertungen, die auf die gesamten Daten, die in der Einrichtung erhoben werden, beruhen. Für die unmittelbare Unterstützung der täglichen Arbeit hält Horizont eine Bandbreite von unterstützenden Funktionen bereit, die hier nicht detailliert beschrieben werden sollen.

Die frühzeitige Einbindung der DHS-Standards in diesen Prozess zählt hierbei ebenso zu den realisierten Schritten wie die Beteiligung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der kommunalen Suchtkoordinatoren und der fachpolitischen Gremien des Landes.

Die Unterstützung der Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen durch ein leistungsfähiges und flexibles System steht im Vordergrund der Projektziele, die Berücksichtigung verbandlicher, lokaler, kommunaler und landesweiter Dokumentationserfordernisse stellt die andere wichtige Ebene des Projekts dar.

Auch die damit verbundene Lösung von Problemen der Vereinheitlichung von Dokumentationsstandards, die Lösung des Jahr-2000-Problems, die Umstellung auf die Währung EURO und die Bereitstellung einer Abrechnungsfunktion für Leistungen, z. B. ambulanten Rehabilitation, sind weitere Ziele der Einführung des Programmsystems.

IV. Datenschutz

Horizont gewährleistet mit seinem differenzierten Konzept der Datensicherung und der Zugangsregelungen und in Verbindung mit dem Betriebssystem Windows NT eine unter heutigen Umständen vertretbare Sicherheitsstufe bei der Erfassung, Speicherung und Auswertung von kundenbezogenen Daten. Da die Daten für die zukünftige NRW-Landesdokumentation in einer für gängige Statistikprogramme lesbaren Form übermittelt werden sollen, werden die relevanten Einrichtungsdaten in einem

(zur Zeit noch laufendem) Verfahren bezüglich der Form der anonymisierten und aggregierten Übermittlung datenschutzrechtlich überprüft.

V. Auswirkungen auf die Arbeit

Beim Einsatz von elektronischen Datenverarbeitungssystemen sind, wie schon angesprochen, Einflüsse auf die Arbeit zu gegenwärtigen. Diese Einflüsse betreffen die Beziehung der Mitarbeiter/innen selber zu ihrer Arbeit und zur Wahrnehmung ihrer Tätigkeit, auf die Gestaltung der Beziehung zwischen Mitarbeiter/innen und Klient/innen und auf die Organisation der Arbeit, die durch den Einsatz der EDV eine ganze Reihe von Veränderungen erfahren wird.

Die Verwendung von technischen Geräten und Systemen ist immer auch mit der Verwendung einer gegebenen Struktur der Wahrnehmung verbunden. Diese Koinzidenz ist nicht problematisch, wenn die beteiligten Parteien sich dieser Tatsache bewußt sind. Es kommt darauf an, welche Struktur der Wahrnehmung in einem gegebenen System umgesetzt wird und wie diese angewandte Struktur mit den Inhalten und Zielen der Mitarbeiter/innen und den Trägern der ambulanten Suchtkrankenhilfe vereinbar ist.

Von besonderer Wichtigkeit ist dabei die Offenheit des gewählten Systems, das einerseits den Einsatz in anderen Feldern der klientenzentrierten sozialen Arbeit (ambulante und stationäre Suchthilfe, Sozialpsychiatrie, Wohnungslosenhilfe, betreutes Wohnen und andere mehr) ermöglichen soll, andererseits bei

der Ausgestaltung der inhaltlichen und fachlichen Kategorien auf bewährte und im konsensualen Verfahren entwickelte Standards eingehen soll.

So ist für das Programmsystem Horizont in Nordrhein-Westfalen als Grundlage der Dokumentation der Deutsche Kerndatensatz mit den beiden Teilbereichen kundenbezogene und einrichtungsbezogene Daten gewählt worden. Mit dieser Entscheidung haben sich das MFJFG und die Projektgeschäftsstelle der fachlich und fachpolitisch gesicherten Dokumentationsplattform für die Suchtkrankenhilfe in Deutschland angeschlossen. Zugleich wurde mit der Wahl des Kerndatensatzes die schon eingeführte Dokumentationspraxis nach dem EBIS-System aufgegriffen und die Kontinuität der Dokumentation gesichert.

Für den im aktuellen Verwaltungs- und Dokumentationssystem erforderlichen Definitionsprozeß der einrichtungsseitigen Leistungen (klientenspezifisch auf die Bedarfe der einzelnen kundenbezogene und einrichtungsspezifisch auf die globalen Leistungen der Einrichtungen und die regionale Suchtkrankenhilfe bezogene Leistungen) wird derzeit durch eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung aller relevanten Gruppen ein Katalog erarbeitet, der neben den direkt aus dem Kerndatensatz begründeten Leistungsziffern auf einen knappen Umfang abstellt. Im Rahmen der Vereinbarungen zwischen dem MFJFG und den Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe ist eine kontinuierliche Begleitung und Anpassung des für ganz NRW gültigen Leistungskataloges durch ein noch zu berufendes Gremium vorgesehen.

Wegen der weitgehenden Beteiligung der Praxis und der konsensorientierten Arbeitsweise ist die Einführung des EDV-gestützten Dokumentationssystems für NRW geeignet, als Grundlage einer differenzierten Landessuchtkrankenhilfe hohe Akzeptanz zu finden.

Auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen kann der zukünftig geltende Basisdokumentationsstandard NRW nach Bedarf und regionalen Erfordernissen ergänzt und erweitert werden.

In welchem Umfang sich die organisierte Wahrnehmung der Arbeit in der Suchtkrankenhilfe durch den Einsatz der EDV verändern wird und welche Auswirkungen dies auf die fachliche und inhaltliche Entwicklung der Arbeit haben wird, kann nur gemutmaßt werden. Diese Mutmaßungen können nicht Teil dieses Überblicks sein, sicher können aber die nachfolgenden Aspekte benannt werden.

Es bedarf auf allen Ebenen der Bereitschaft, die Veränderungen der Arbeit und ihrer Inhalte sensibel zu registrieren und zu analysieren.

Die gleiche sorgfältige (Selbst-)Beobachtung ist für die Veränderungen der Beziehungen zwischen Suchtkrankentherapeut/innen und den Klient/innen erforderlich. Der kritische Umgang mit den Ergebnissen der Dokumentation und den aus den Datensammlungen gewonnenen Auswertungen ist unerlässliche Voraussetzung für die fruchtbare Rückkopplung der Ergebnisse in die tägliche Arbeit. Dabei sind sowohl die für die Sicherung einer definierten Qualität gemessenen Indikatoren oder Kennzahlen als auch die für die deskriptive oder analytische Beschreibung der Klient/innen gewonnenen Aussagen auf

allen Ebenen der Wahrnehmung sorgfältig auf irreführende oder falsche Aussagen hin zu prüfen. Insbesondere die verschiedenen Ebenen der Berichterstattung, die im Fokus sehr unterschiedlicher Interessen stehen, sollten nur mit solchen Auswertungen „bedient“ werden, die mit den Mitarbeiter/innen der Einrichtungen, den Trägern, den kommunalen und landesweit agierenden Institutionen (Leistungsträger (Sachleistungen und Kosten)) und den politischen Gremien im Konsens fachlich und inhaltlich abgestimmt wurden.

Es ist zu hoffen, dass die Einführung von EDV in der ambulanten Suchtkrankenhilfe wegen der weitreichenden Bedeutung der Auswirkungen der Erfassungs- und Auswertungsmethodik auf die Arbeit zu einer kontinuierlichen Diskussion über die Theorie und Praxis der Sozialarbeit beitragen wird. Im Interesse einer Fortentwicklung der Sozialarbeitswissenschaft sind Reflexion und Kritik der Dokumentationsinstrumente und -methoden in der Fachöffentlichkeit wünschenswert, hinsichtlich der Akzeptanz und der längerfristigen fruchtbaren Integration dieser Wahrnehmungs- und Dokumentationswerkzeuge und -verfahren erscheinen sie unverzichtbar.

VI. Längerfristige Perspektiven

Nach einer Phase von etwa fünf Jahren wird sich für Nordrhein-Westfalen ein differenziertes Bild bezüglich der Einführung eines softwaregestützten Verwaltungs- und Dokumentationssystems ergeben.

Zu diesem Zeitpunkt wird die dann anstehende Erneuerung der software- und datenverarbeitungstechnischen Grundlagen des in diesem Jahr eingeführten Verwaltungs- und Dokumentationssystems auf eine erfahrene Fachöffentlichkeit treffen. Die fachliche und inhaltliche Bereitschaft zur Erneuerung des Dokumentationssystems wird von der Qualität der bis dahin erarbeiteten Suchtberichterstattung auf allen Ebenen, von der Qualität der Zusammenarbeit in den damit befassten Gremien und der Akzeptanz des Einsatzes der EDV auch in anderen klientenzentrierten sozialen Diensten abhängen.

Die verantwortungsvolle Umgangsweise mit den Daten und den Ergebnissen des landesweiten Dokumentationssystems wird entscheidend für die weitere Entwicklung sein. Auch für die Etablierung eines dokumentationsgestützten Qualitätssicherungssystems wird in diesen Jahren ein wesentliches Erfahrungswissen gewonnen werden. Es ist zu hoffen, dass die kommenden Jahre für eine fruchtbare Diskussion und für die Aneignung des Verwaltungs- und Dokumentationssystems durch die Praxis genutzt werden kann.

