

Früherfassung Alkoholismus beim Hausarzt

Entwurf zu einem Handlungskonzept¹

Verfasst von:

Dieter Huber, lic. phil, Psychologe FSP, executive MBA, Blaues Kreuz beider Basel

Co-Autoren:

Dr. med. Klauspeter Stark, leitender Arzt, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen Baselland (ZfA)

Dr. med. Andreas Manz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Stand: 25.03.2017

1 Situation heute

Rund 90% der alkoholkranken Personen sind nicht in einer spezialisierten Behandlung². Gleichzeitig werden in der Hausarztmedizin viele Abhängigkeiten diagnostiziert. So bezieht sich jede sechste psychiatrische Diagnose, welche von Allgemeinmediziner gestellt wird, auf eine alkoholbedingte Problematik.³ Rund 85% der Wohnbevölkerung in Baselland geht mindestens einmal pro Jahr zu einem Hausarzt oder einem Spezialisten.⁴ Entsprechend haben insbesondere Allgemeinmediziner zahlreiche Möglichkeiten, Einfluss auf alkohol-krankte Personen zu nehmen. Allerdings muss man davon ausgehen, dass Allgemeinmediziner unter hohem Zeitdruck arbeiten und wenig Kapazität haben, dem Bagatellisierungs- und Widerstandsverhalten von Menschen mit einer Alkoholproblematik ausreichend begegnen zu können.⁵

Zahlen ambulante Beratung 2015 (BL/BS)

	BK BL	BK BS	MUSUB BL/BS
Personen in Beratung insgesamt	638	486	555
Neumeldungen Betroffene	179	136	105
davon F10.2 Abhängigkeitssyndrom und F10.1 schädlicher Gebrauch von Alkohol	159	118	59
Davon direkte Zuweisung über Hausärzte	8	1	16*

Angehörige in Beratung	144	70	216
Neumeldungen Angehörige/Dritte	47	34	79
davon Zuweisung über Hausärzte	1	0	0
Nachsorge-Klienten (nur ein bis zwei Kontakt(e) im Jahr)	184	-	

* Zuweisungsrate: freie Praxen (Arzt, Psychiatrie, Psychologie)

In diese Tabelle sollten die Beratungszahlen Alkohol der AfA integriert werden

¹ Dieser Entwurf eines Konzepts zur Früherfassung des Alkoholismus beim Hausarzt entstand im Rahmen eines Projekts der Koechlin-Vischer Stiftung zur Sekundärprävention des Alkoholismus

² Loeb, P., Stoll, B., Weil, B. (2014)

³ Sturny/Schuler (2012)

⁴ Ergebnis der Gesundheitsbefragung BL: Statistik Baselland Nr. 01/2015

⁵ Dr. med. Glättli anlässlich des Suchtforums Basel 2015

2 Zielvorstellungen

Personen mit einem problematischen Alkoholkonsum und noch integrierte alkoholabhängige Personen kommen meist infolge eines anderen gesundheitlichen Problems in die (Haus-) Arztpraxis. Zudem weisen Angehörige auf alkoholbedingte Probleme in der Beziehung oder der Familie hin.

Der Hausarzt spricht die vermutete Problematik beim Patienten direkt an und bietet ein vertieftes, fachliches Gespräch in seiner Praxis zu einem zeitnahen weiteren Termin an. Dabei wird die Anwesenheit eines Suchtberaters angekündigt. Ist der Patient oder der mitbetroffene Angehörige zumindest zögerlich damit einverstanden, so wird noch während der Konsultation ein nächster Termin in seiner Praxis unter Anwesenheit der Betroffenen (Patient und/oder nächstem Angehörigen) und Behandelnden (Hausarzt und Suchtberater) vereinbart.

Von zentraler Bedeutung ist es, dass das Erstgespräch in der Arztpraxis stattfindet und der Hausarzt das Gespräch leitet. Die positive Vertrauensbeziehung, die der Patient oftmals zu seinem Arzt hat, soll in diesem Gespräch auf den Suchtberater übertragen werden. Beide sollen als helfendes Team des zumeist ambivalenten Patienten verstanden werden können. Ob auch ein zweites Gespräch in der Hausarztpraxis durchgeführt werden soll oder ob bereits das zweite Gespräch auf der Suchtberatungsstelle stattfinden kann, hängt von der Dynamik und dem Erfolg des Erstgespräches in der Arztpraxis ab. Der Partner – respektive die nächsten Angehörigen – sollen in den ersten Monaten der Suchtberatung in geeigneter Form miteinbezogen werden; sei dies durch periodische Dreier- oder Familiengespräche oder durch den Besuch einer Angehörigengruppe.

Die oben beschriebene koordinierte Zusammenarbeit wird mit den Ärzten des Ärztenetz Nordwest und den Fachstellen des Blauen Kreuzes beider Basel und der Multikulturellen Suchtberatungsstellen im Rahmen eines Projektes umgesetzt. Eine Erweiterung auf andere Ärztenetzwerke in der Region ist möglich und wird angestrebt.

3 Problemstellungen, Problemanalysen

- Obwohl die Alkoholproblematik eine häufig gestellte Diagnose in der Hausarztpraxis darstellt, finden fast keine Zuweisungen zu den spezifischen ambulanten suchtherapeutischen Beratungsstellen statt. Mehrere Gründe sind vermutlich dafür verantwortlich: Widerstand beim Ansprechen der Problematik, terminliche Unterschiede im Rhythmus der Hausarztpraxis und der Beratungsstelle, fehlender Glaube in den Nutzen der Beratung, Angst von Seiten des Hausarztes, das Vertrauensverhältnis zum Patienten zu belasten.
- Wir gehen davon aus, dass eine Vielzahl von positiven Erfahrungen notwendig sein werden, um den Glauben an den Nutzen einer engen Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Suchtberater entstehen zu lassen.
- Eine ganz wichtige Kernmassnahme in der Stabilisierung der zur Suchtkrankheit gehörenden Ambivalenz ist das konsequente Einbeziehen der Angehörigen in einen auf langfristig angelegten Beratungsprozess.
-

4 Hypothesen zur Erreichung der gesteckten Ziele

- Die günstige epidemiologische Position des Hausarztes in der Wahrnehmung der Suchtproblematik und sein Vertrauensverhältnis zum Patienten kann besser genutzt werden, damit eine bessere Früherfassung der Alkoholkrankheit möglich wird.
- Das direkte Ansprechen einer Alkoholproblematik (mit der Methodik der Kurzinterventionen und der motivierenden Gesprächsführung), das Dreiergespräch (Arzt, Patient, Suchtberater), die koordinierte Zusammenarbeit und allenfalls der Einbezug von Angehörigen in die Beratung führt zu einer strukturierten Behandlung, welche einerseits den Patienten unterstützt und andererseits die Alkoholproblematik kontinuierlich thematisiert.
- Ein Erfolgsfaktor kann der direkt vereinbarte Erstkontakt mit SuchtberaterInnen des Blauen Kreuzes beider Basel in den hausärztlichen Praxisräumlichkeiten sein. Die damit ermöglichte Niederschwelligkeit ist als günstiges Prinzip aus anderen Bereichen bekannt. (Erstkontakt mit gefährdeten Menschen bereits anlässlich eines Spitalaufenthalts mit verbindlicher Vereinbarung eines Folgetermins nach dem Spitalaufenthalt auf der Beratungsstelle).
- Durch den Einbezug von Fachpersonen der MUSUB können auch fremdsprachige Klienten unterstützt werden.

Aufgrund der oben beschriebenen Kernpunkte werden vermehrt Patienten einer suchtspezifischen Behandlung zugewiesen. Der Nachweis wird durch eine entsprechende Statistik erbracht; zudem werden die suchtspezifischen Behandlungen einer Wirkungsmessung unterworfen.

5 Betrachtung der zu erkennenden Schwierigkeiten

Auf der Ebene der Patienten stehen Bagatellisierung, Verleugnung und Ambivalenz in der Motivation zur suchtmmedizinischen Behandlung oder Suchtberatung im Vordergrund. Eine unkonkrete oder inadäquate Behandlungsplanung lassen eine Kontaktaufnahme zu spezifischen Behandlungsangeboten unwahrscheinlicher werden. Daher ist die konkrete Terminvereinbarung zur ambulanten Behandlung sinnvoll, um eine Verbindlichkeit zwischen Betroffenen und Behandlungssystem herzustellen. Vorhandene Ängste vor Stigmatisierung müssen ernst genommen werden und können durch eine unvoreingenommene Beziehungsaufnahme von Hausarzt und Suchttherapeut aufgefangen werden. Ein systematisches Einbeziehen der Angehörigen in die Lancierung und Begleitung des suchtttherapeutischen Beratungsprozesses hilft, die Ambivalenz des Patienten aufzufangen.

Die Arzt-Patienten-Beziehung kann von zerbrechlicher Natur sein und wird meist im Laufe der Zeit aufgebaut. Hausärzte können befürchten, dass die Vertrauensbeziehung zu ihren Patienten zerstört wird, wenn sie Fragen zum Alkoholkonsum stellen. Es gibt vermutlich nicht wenige Patienten, die hoffen, dass ihr Arzt Schwierigkeiten anspricht, über die sie nicht

zu reden wagen. Der Arzt hat oftmals wenig Zeit und Erfahrung, um eine Alkoholproblematik vertieft anzugehen.⁶

Auf der Ebene der Suchtberatungsstellen besteht die Schwierigkeit, bei einem gut funktionierenden Früherfassungskonzept die Mehrarbeit bewältigen zu können, ohne der Versuchung zu erliegen, schwierige und widerständige Patienten aus der Beratung zu kippen, um die notwendigen Ressourcen für die Neuklienten bereit zu stellen. Eine weitere Schwierigkeit für die Suchtberatern kann durch den Wechsel von einer Komm-Struktur zur Gehstruktur kommen.

Einem allfälligen Widerstand auf der institutionellen Ebene wird dadurch entgegengewirkt, dass ausreichend finanzielle Ressourcen für die Projektrealisierung zur Verfügung gestellt werden.

6 Finanzielle Aspekte

Für die Anstellung von zusätzlichen Beratungspersonen, welches bei einem guten Gelingen des Früherfassungsprojektes notwendig ist, garantiert in den ersten drei Projektjahren eine private Stiftung den entstehenden Lohnmehraufwand. Für die Fortführung des Projektes ab Sommer 2019 werden Mittel der Kantone notwendig.

7 Realisierungsphasen

Die Früherfassung Alkoholismus in der Hausarztpraxis wird als Projekt in folgenden Schritten umgesetzt:

Projektjahr 1 (01.07.2016 bis 30.06.2017): Mit dem Ärztenetz NW wird die Zusammenarbeit aufgebaut. Im Rahmen von Schulungen in den Qualitätszirkeln werden die Ärzte für die Thematik Früherfassung sensibilisiert und die koordinierte Zusammenarbeit wird besprochen. Die Erwartung ist, dass rund 180 Patienten zu einer suchtspezifischen Behandlung zugewiesen werden.

Projektjahr 2 (01.07.2017 bis 30.06.2018): Die Zusammenarbeit wird weiter etabliert. In den Qualitätszirkeln werden Schulungen zu Kurzinterventionen/zur Motivierenden Gesprächsführung durchgeführt. Die Erwartung ist, dass rund 360 Patienten zu einer suchtspezifischen Behandlung zugewiesen werden.

Projektjahr 3 (01.07.2018 bis 30.06.2019): Die Zusammenarbeit hat sich weiter etabliert. SuchtberaterInnen und Ärzte kennen sich gut und in den Qualitätszirkeln wird die Zusammenarbeit vertieft reflektiert. Die Erwartung ist, dass rund 540 Patienten zu einer suchtspezifischen Behandlung zugewiesen werden.

Im zweiten Projektjahr werden frühzeitig Gespräche mit den beiden Kantonen gesucht und die Integration des Projektes in die Leistungsaufträge ab 2020 thematisiert. Zudem werden Stiftungen gesucht, die bereit sind, das Projekt finanziell über einige Jahre zu unterstützen. Weitere Optionen sind eine Eingabe beim Bund für Beiträge an die Netzwerkarbeit (BAG,

⁶Bei Bedarf können Hausärzte auch durch Mitarbeiter des BK und der MUSUB in ihrer Kompetenz geschult werden, motivationsfördernde Gespräche mit ihren suchtkranken Patienten zu führen.

Infodrog) und/oder die Eingabe als Forschungsprojekt bei Ärztenetzen/-gesellschaften (z.B. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM)).

8 Realisierungsvarianten

Bei einer zu Beginn nur zögerlichen Zuweisungsrate der Ärzte aus dem Ärztenetz NW werden die einzelnen Projektphasen ausgeweitet und allenfalls mehr Gewicht auf Sensibilisierung, Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und dem gegenseitigen Kennenlernen gelegt. Zudem werden verstärkt andere Ärztenetzwerke zur Zusammenarbeit angegangen.

Das vorliegende Projekt wird auch im Kontext Management Care und interprofessionelle Zusammenarbeit positioniert. Damit wird auf die Entwicklungen auf nationaler Ebene Rechnung getragen.

9 Personal- und Finanzplanung

Folgende Personalplanung leitet sich aus den Realisierungsphasen ab:

Für das erste Projektjahr wird von einem Aufwand von ca. 2'100 Stunden ausgegangen (1'962 Stunden Beratungszeit inklusive Wegzeiten, 30 Stunden für Vorbereitung und Durchführung von Schulungen in den 6 Qualitätszirkeln und 110 Stunden Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten). Dieser Zeitaufwand entspricht einer 100%-Stelle.

Für das zweite Projektjahr wird von einem Aufwand von rund 4'224 Stunden ausgegangen. Dabei ist mit einem Beratungsaufwand von 3'924 Stunden zu rechnen. Die restlichen Stunden fallen auf die Sensibilisierungsveranstaltungen und auf administrative Tätigkeiten. Dieser Zeitaufwand entspricht 200 Stellenprozenten.

Für das dritte Projektjahr sind mit 6'126 Stunden zu rechnen. Dabei wird mit 5'886 Beratungsstunden gerechnet. Der Zeitaufwand entspricht 300 Stellenprozenten.

Berechnung Stellenprozentage über vier Budgetjahre:

2016	50%	100% für 1/2 Jahr
2017	150%	100%+100% für ½ Jahr
2018	250%	200%+100% für ½ Jahr
2019	150%	300% für ½ Jahr

Folgende Kosten könnten bei einem planmässigen Gelingen des Projektes im Zeitraum von Sommer 2016 bis Sommer 2019 anfallen:

Projekt in Budgetjahren (CHF)

Kosten 2016	60'799	
Kosten 2017	182'397	
Kosten 2018	303'995	
Kosten 2019	182'397	
Total Projekt	729'587	

Die Overheadkosten werden durch die beteiligten Fachstellen übernommen. Für die gesamten Projektkosten besteht eine Finanzierungszusage einer Stiftung.