

# 1 Einleitung

BHP stellen für den Gesundheitssektor eine besondere Form des Versorgungsmanagements dar. Sie gestalten Behandlungsverläufe über einzelne Professionen und Sektoren hinweg und fördern dadurch effektive und effiziente Behandlungsergebnisse im Sinne einer patientenorientierten Versorgung (Sens, Eckardt, und Kirchner, 2009)<sup>1</sup>.

Der vorliegende BHP beschreibt den Behandlungsverlauf für die ambulante integrierte Versorgung von Patienten mit der Primärdiagnose Alkoholabhängigkeit. Er umfasst Aufgaben ambulanter Gesundheitsakteure, die sich vor allem auf die Versorgung von alkoholabhängigen Patienten ausrichten, und schließt Schnittstellen zur stationären Versorgung mit ein. Sein Ziel ist es, sektorenübergreifende Standards für die Abfolge indizierter Interventionen und die transsektorale Kooperation zu setzen (Dick et al. 2006). Dabei stellen die Standards keine Einschränkung der Therapiefreiheit dar und entbinden ebenfalls nicht von einer eigenverantwortlichen Einschätzung des Behandlungsbedarfs der Patienten, sondern sind als Handlungsempfehlungen zu verstehen.

Diese Handlungsempfehlungen basieren auf systematisch recherchierten Leitlinien und Fachliteratur sowie auf Erfahrungen von Suchtexperten aus der Wissenschaft und Praxis. Im Gegensatz zu klinischen Leitlinien fokussieren BHP auf organisatorische Prozesse, d. h. auf das »Wer« und »Wann« anstelle des »Was« und »Wie« in der Behandlung. Dies bedeutet im Rahmen des Versorgungssystems, dass sie als Instrumente der Leitlinienumsetzung interdisziplinäre Aktivitäten und Verantwortlichkeiten festlegen. Neben dem Ziel, Versorgungsabläufe leitliniengerecht zu standardisieren und sektorenübergreifend zu koordinieren, schaffen BHP Transparenz sowohl für Leistungserbringer und Kostenträger als auch für Patienten und ihre Angehörigen. Insofern sind sie als wichtige Orientierungshilfe für alle am Behandlungsprozess beteiligten Akteure dienlich, da sie dadurch deren Handlungssicherheit in der Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten stärken können.

Für die Bundesrepublik ist die Entwicklung innovativer Versorgungsabläufe bezogen auf Alkoholabhängigkeit von hoher Relevanz. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit weisen 1,3 Millionen der Menschen in Deutschland eine Alkoholabhängigkeit auf (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Gesamtgesellschaftlich betrachtet sterben circa 30.000 bis 100.000 Personen pro Jahr an den Folgen einer Alkoholabhängigkeit (Bloomfield, Kraus, und Soyka, 2008). Der volkswirtschaftliche Schaden, der durch den Arbeitsausfall und vorzeitige alkoholismusbedingte Todesfälle entsteht, beträgt 20,6 Mrd. Euro jährlich (Weissinger und Missel, 2006). Somit zählt Alkohol, obwohl gesetzlich zugelassen, zu den gefährlichsten und häufigsten Suchtmitteln in Deutschland. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit wirken sich massiv auf die individuelle Gesundheit und das gesamtgesellschaftliche Leben aus. Den Betroffenen drohen schwere körperliche Folgeerkrankungen. Ferner besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung oder Aufrechterhaltung komorbider psychischer Störungen wie etwa Angsterkrankungen, Depressionen oder Psychosen. Viele Patienten in Deutschland weisen eine solche Doppeldiagnose auf (Schmidt L, Konrad, Schmidt K, Singer, und Teyssen, 2003). Parallel sind häufig soziale Isolation, berufliche Desintegration und Verarmung die Folge. Diese Problemlagen beeinflussen auch die nächste Generation – Kinder von Alkoholabhängigen tragen selbst ein erhöhtes Risiko, psychische Störungen zu entwickeln bzw. selbst einen schädigenden Substanzmittelgebrauch auszuüben (Comer, 2001). Weiterhin steht

Behandlungspfad:  
Ziel und Aufgabe

Gesamtgesellschaftliche Relevanz

---

1 Für allgemeine Personenbezeichnungen wurde i.d.R. die männliche Ausdrucksform gewählt. Sie schließt gleichermaßen die weibliche Form mit ein. Die Leserinnen und Leser werden hierfür um Verständnis gebeten.

Alkohol häufig im Zusammenhang mit Suiziden, Straftaten und Unfällen (Robert Koch Institut, 2003).

Behandlungsziele bei Alkoholabhängigkeit sind daher die Wiederherstellung bzw. Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit und der Fähigkeit, ein abstinentes Leben zu führen sowie soziale Reintegration (Weissinger und Missel, 2006). Hierfür sind vielfältige Interventionen, wie z. B. motivationsfördernde Maßnahmen, ein qualifizierter Entzug, eine Entwöhnungstherapie, Rückfallprävention und -behandlung, psychosoziale Nachsorge und aufsuchende Hilfsangebote, erforderlich, die dem individuellen Bedarf entsprechend ausgewählt werden. Zentraler Akteur für die Diagnostik, Patientenmotivation, Förderung der Therapiebereitschaft und Einleitung weiterführender Behandlungsinterventionen ist der HA in enger Kooperation mit der ärztlichen und psychosozialen Suchtkrankenhilfe. Damit die genannten Interventionen optimal wirksam werden, ist die Kontinuität der Versorgung, d. h. insbesondere ein gutes Schnittstellenmanagement, wichtig.

Eine Implementierung und anschließende Evaluation wird zeigen, ob der vorliegende BHP innovative und gute Maßstäbe in der Behandlung alkoholabhängiger Patienten setzen und den Anforderungen der Kostenträger, Leistungsanbieter und Betroffenenverbände standhalten kann. Eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung des vorliegenden BHP ist aufgrund der stetigen Weiterentwicklungen hinsichtlich evidenzbasierter Diagnostik und Behandlung und im Sinne eines QM zu empfehlen.

## 2 Methodik

Die Entwicklung des BHP für Patienten mit Alkoholabhängigkeit orientiert sich an ambulanten Pfaden zu anderen Indikationsbereichen (Depression, bipolare Störungen, Demenz). Sowohl die modulare Struktur (für einen Überblick über den Aufbau der Module ► **Kap. 4.1**) als auch die Stufen des Entwicklungsprozesses folgen im Allgemeinen diesen Vorgängern.

Die Erstellung gliederte sich dementsprechend in folgende zentrale Schritte:

- SOLL-Analyse: Leitlinienrecherche, Cochrane-Database-Recherche, ergänzende Literatur, Empfehlungen der »Arbeitsgemeinschaft Behandlungspfad Alkoholabhängigkeit«
- IST-Analyse: systematische Literaturrecherche und Experteninterviews
- Ausformulierung der Module
- Konsentierung: schriftliche Delphi-Befragung

Während die SOLL-Analyse ausgehend von der wissenschaftlichen Evidenz auf die optimale Behandlung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit fokussiert, dient die IST-Analyse der Beschäftigung mit der Realität der deutschen Regelversorgung. Die inhaltliche Ausgestaltung der Module des Pfades geschieht in einem kontinuierlichen Abgleich zwischen beiden. So werden Empfehlungen formuliert, die im Rahmen einer ambulanten Integrierten Versorgung zu Verbesserungen der Behandlung führen sollen. Dabei sollen gegenwärtige Akteure und Strukturen sowie die Umsetzbarkeit in der Versorgungspraxis beachtet werden.

SOLL- und  
IST-Analyse

Für die Analyse des SOLL-Zustandes wurden zunächst deutsch- und englischsprachige Leitlinien der letzten 10 Jahre (Zeitfilter: 2002–2012) gesichtet. Diese Recherche erfolgte im Zeitraum zwischen dem 31.05.2012 und dem 04.06.2012 in folgenden Datenbanken:

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ, [www.leitlinien.de/leitlinien-finden](http://www.leitlinien.de/leitlinien-finden))
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, [www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html](http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html))
- Guidelines International Network (G-I-N, [www.g-i-n.net/](http://www.g-i-n.net/))
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, [www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov))
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, <http://sign.ac.uk/guidelines/published/index.html#Mental>)

Ausgeschlossen wurden Leitlinien, die sich auf das Kindes- und Jugendalter konzentrieren sowie Leitlinien mit dem Status »zurückgezogen«, »Aktualisierung erforderlich« oder »veraltet«. Basierend auf ihrem Titel wurden 12 Leitlinien ausgewählt, die detaillierter analysiert und im 6-Augen-Prinzip bezüglich der Kriterien »Aktualität, Vorliegen von Evidenzkriterien und Anwendbarkeit/Übertragbarkeit« auf das deutsche Gesundheitswesen bewertet wurden. Vier Leitlinien wurden eingeschlossen, wobei der NICE Leitlinie »Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence« (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011) die höchste Priorität zugeordnet wurde (für eine vollständige Übersicht, ► **Anhang A**). Nach einer zusätzlichen Google-Suche und einer Handsuche wurden weitere fünf Leitlinien gescreent, von denen die Leitlinie »Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems« aus Australien eingeschlossen wurde (Proude et al., 2009).

NICE-Leitlinie  
»Alcohol-use  
disorders« (2011)

Insbesondere um aktuelle innovative Versorgungsansätze berücksichtigen zu können, wurde anschließend am 01.10.2012 eine Recherche in der Cochrane Database of Systematic Reviews durchgeführt. Dabei wurde der Suchbegriff »alcohol« und die Filter: »2002–2012« und »Review« verwendet. Nach Screening der Titel und Abstracts (110 Treffer) wurden 3 Reviews im Volltext ausgewertet.

**Literaturrecherche und Experteninterviews** Aus den genannten Quellen ergaben sich relativ wenige Empfehlungen, die sich problemlos auf deutsche Versorgungs- und Behandlungsgegebenheiten beziehen ließen. Eine Aufgabe bestand demnach darin, die internationale Evidenz in nationale Strukturen und Bedingungen einzuordnen. Unter anderem unterstützte dabei eine eigens gegründete Arbeitsgemeinschaft (AG). Die AG setzte sich zu diesem Zwecke aus 5 Teilnehmern zusammen: zwei leitende Sozialpädagogen mit Fokus auf die Suchtberatung und die psychosoziale Versorgung, ein Psychologe und Gesundheitswissenschaftler sowie ein psychiatrisch fachärztlicher Experte mit klinischem und wissenschaftlichem Hintergrund und ein Vertreter der Kostenträger, speziell der Rentenversicherung<sup>2</sup>. Die Teilnehmer der AG berieten bei der Entwicklung des Pfades zum einen bezogen auf die konkrete Ausgestaltung leitliniengestützter Module, zum anderen zu Themenbereichen, für die insgesamt keine oder wenig Evidenz vorlag. Im Zeitraum vom 20.11.2012 bis 13.02.2013 wurden den Experten zwei Fragenkataloge unabhängig voneinander vorgelegt, die sie schriftlich beantworteten. Eine Beispielfrage kann Anhang B entnommen werden.

Parallel zur SOLL-Analyse wurde eine IST-Analyse der aktuellen Versorgungssituation in Deutschland durchgeführt. Diese beruhte auf einer systematischen Literaturrecherche und einer qualitativen Studie.

Im Zeitraum vom 20.06.2012–21.06.2012 wurde in den Datenbanken Web of Science, pubmed, PsychInfo und Psynindex gesucht. Die Suchstrategie kombinierte jeweils Suchbegriffe zur Störung (z. B. »alcohol addiction«) mit relevanten Versorgungsbereichen (z. B. »primary care«). Des Weiteren wurden ein Deutschlandbezug sowie eine Einschränkung zum Veröffentlichungsdatum (2004–2012)<sup>3</sup> und ggf. zum Alter der Zielgruppe (»adult«) integriert. Die Suchstrategie in den jeweiligen Datenbanken ist in Anhang C detailliert aufgeschlüsselt. Alle gefundenen Artikel wurden auf Grundlage ihrer Titel und Abstracts im 4-Augen-Prinzip gescreent. Von den 32 ausgewählten Artikeln wurden sechs nach Durchsicht des Volltextes entweder aufgrund mangelnder oder stark regional begrenzter Versorgungsrelevanz ausgeschlossen. Neun weitere als versorgungsrelevant bewertete Artikel wurden durch Handsuche und Suche nach grauer Literatur ergänzt. Der Ablauf der Recherche kann der Abbildung in Anhang D entnommen werden. Die gefundenen Artikel wurden von vier wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen ausgewertet.

**Ergebnisse Literaturrecherche** Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass wissenschaftlich fundierte Literatur zur Versorgungslage in Deutschland, die aktuell und indikationsspezifisch ist, in eher geringem Umfang existiert und häufig nicht alle relevanten Versorgungsbereiche (medizinisch, rehabilitativ, psychosozial) abdeckt. Daher wurden, aufbauend auf den Resultaten der Literaturrecherche, zusätzlich Experteninterviews von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen durchgeführt. Die 18 vorwiegend telefonisch interviewten Experten verfügen über ein Spezialwissen aufgrund wissenschaftlicher und/oder klinisch-praktischer Tätigkeit bzw. durch die Arbeit in Verbänden oder bei Kostenträgern (Das Interview mit dem Experten aus dem SpDi konnte aufgrund technischer Probleme nicht aufgezeichnet werden. Hierfür wurde ein Gedächtnisprotokoll angelegt). Die jeweilige Interviewerin erstellte unter Nutzung der Literatur den Leitfaden, der durch eine weitere Mitarbeiterin gegengelesen wurde. Die Grundstruktur aller Leitfäden entsprach folgendem Muster: Einleitungsfrage (allgemeine Einschätzung der Versorgungslage von alkoholabhängigen Menschen, ggf. eigene Rolle in der Versorgung) und je nach Befragtem konkrete Fragen aus Bereichen wie Diagnostik, Behandlung, Kooperation und Schnittstellen, Angehörige, Selbstmanagement, Arbeit, Krisenintervention. Ein Beispielleitfaden ist in Anhang E enthalten. Einen Überblick über den Hintergrund der Experten sowie Dauer (zwischen 29 und 68 Minuten) und Daten (zwischen 01.10.2012 und 14.12.2012) der Interviews gibt Tabelle 1.

Die Interviews wurden nach den Regeln von Kuckartz (2007) transkribiert. Die Auswertung orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und erfolgte mithilfe

<sup>2</sup> Wolfram Beins, Prof. Oliver Pogarell, Klaus Polack, Georg Wiegand und Prof. Günther Wienberg

<sup>3</sup> Die Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 01.01.2004 markiert den Beginn der Literaturrecherche.

von MAXQDA 10. Das Kodierschema (► **Anhang F**) basierte auf den Erfahrungen vorangegangener BHP und wurde von vier wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen (Gesundheitswissenschaftlerinnen, Sozialpädagogin, Psychologin) a priori auf die Zielgruppe alkoholabhängiger Patienten angepasst und in einem Probecoding geprüft. Jedes Interview wurde anschließend unabhängig voneinander von zwei Mitarbeiterinnen ausgewertet, jeweils eine dritte Mitarbeiterin führte die beiden Kodierungen final zusammen.

Experte (Umschreibung)	Dauer	Datum
Forschung (WIS1)	00:54:26	16.11.2012
Forschung (WIS2)	00:50:06	22.11.2012
Psychiatrische Klinik, Forschung (PK1)	00:53:59	28.11.2012
Psychiatrische Klinik, Forschung (PK2)	01:04:42	29.10.2012
Forschung (DRV)	00:54:20	29.11.2012
Niedergelassener Hausarzt (mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation) (HAS)	01:04:11	17.10.2012
Niedergelassener Hausarzt (ohne suchtmmedizinische Zusatzqualifikation) (HA)	00:49:28	12.12.2012
Niedergelassener psychiatrischer Facharzt (FA)	00:39:28	26.11.2012
Niedergelassener Psychotherapeut (PT)	00:53:27	13.11.2012
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	00:29:10	14.12.2012
Leiter Suchtberatungsstelle (SBS1)	01:10:12	31.10.2012
Leiter Suchtberatungsstelle (SBS2)	01:08:43	06.11.2012
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	-	29.11.2012
Gesetzlicher Betreuer (GBE)	00:47:28	01.10.2012
Ambulanter Betreuer (Ambulante Einzelfallhilfe) (ABE)	00:58:28	10.10.2012
Leiter APP-Dienst (APP)	00:38:19	27.11.2012
Patientenvertreter (P)	00:55:53	18.10.2012
Angehörigenvertreter (A)	00:49:25	17.10.2012

**Tab. 1:**  
Überblick über die  
Experteninterviews

Auf der Grundlage der SOLL- und IST-Analyse wurden die Module des BHP ausformuliert. Anschließend wurde die so entwickelte Version in einem schriftlichen, zweistufigen Delphi-Verfahren konsentiert (1. Runde: 28.03.2013–19.04.2013; 2. Runde: 03.05.2013–17.05.2013). Die Teilnehmer bewerteten dabei auf einer vierstufigen Skala (»stimme zu« bis »stimme nicht zu«), inwieweit sie mit der Ausgestaltung jedes einzelnen Moduls und des BHP im Ganzen übereinstimmen konnten. Zudem wurde um eine schriftliche Rückmeldung (z. B. eine Begründung oder einen Verbesserungsvorschlag) gebeten, wenn der jeweilige Teilnehmer dem Modul nicht oder eher nicht zustimmen konnte. Auf dieser Grundlage wurden die Module nach der ersten Runde überarbeitet. An einigen Punkten wurden trotz entsprechender Rückmeldungen keine Veränderungen vorgenommen, wenn es sich um Einzelmeinungen oder um divergierende Beurteilungen handelte. In diesen Fällen wurde eine begründende Antwort formuliert.

Delphi-Verfahren

Die Auswahl der Konsentierungsteilnehmer (N = 32) wurde so vorgenommen, dass Akteure aus möglichst allen Bereichen (ambulante und stationäre medizinische Versorgung, Wissenschaft, psychosoziale Versorgung, Rehabilitation, Kostenträger) vertreten waren. Der Rücklauf lag in beiden Runden bei 71,9 % (N = 23). Die Zustimmungsraten reichten in der ersten

Runde von 69,6 % bis 100 % und in der zweiten Runde von 87 % bis 100 %. Bereits in der ersten Runde konnte für alle Module mit einer Ausnahme (A.3 Aufnahme in die IV) Konsens oder starker Konsens erreicht werden. In der zweiten Runde traf dies auf alle Module zu. Rücklauf und Zustimmungsraten sind detailliert für die jeweiligen Module in Anhang G aufgeführt. Nach Auswertung der Kommentare der zweiten Konsentierungsrunde wurde die Finalversion der Module erstellt.

## 3 Ergebnisse<sup>4</sup>

### Versorgung allgemein

#### Probleme

Das Suchthilfesystem erreiche insgesamt nur einen kleinen Teil (max. etwa ein Fünftel) der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (Hapke, Röske, Riedel, Doese, und John, 2005; Hillemacher und Bleich, 2008; Perkonigg et al., 2006), [SBS2]. In das Hilfesystem sowie in eine verhältnismäßig gute Versorgung gelangten insbesondere erwerbstätige, nicht alleinstehende, weibliche, nicht in ländlichen Gebieten wohnende, besonders behandlungsmotivierte Personen (Baune et al., 2005; Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, und John, 2004; Röske, Riedel, John, und Hapke, 2005; Schäfer et al., 2009), [GBE; P; FA; SBS1; DRV; PK1; FA; PK2; APP; ABE; PIA].

Unzureichende  
Suchthilfeangebote

Die in der Literatur und den Interviews thematisierten Schwierigkeiten der Behandlungsmotivation, die unter »Behandlungsmotivation« ausführlicher beschrieben werden, seien ein Haupthindernis für eine gute Versorgung [HA; FA; SBS1; ABE]. Das Suchthilfesystem und die Kostenträger stellten einen hohen Anspruch an alkoholabhängige Patienten hinsichtlich ihrer Einsicht und Motivation [ABE; PIA]. Unmotivierten Patienten oder solchen mit einem mutmaßlichen Selbstverschulden würden Leistungen in einigen Regionen sowohl von Leistungserbringern als auch von Kostenträgern teilweise verweigert [SBS1; PK1; PK2]. Alkohol- kranke würden stark stigmatisiert, obgleich Alkoholabhängigkeit bereits seit 1968 vom Bundessozialgericht als Suchterkrankung anerkannt sei. Dazu trügen Informationsdefizite bzgl. der Erkrankung und eine Vernachlässigung des Suchtthemas in der medizinischen Aus- und Fortbildung bei (Bernert, Härter, Zeidler, Kriston, und Mundle, 2006a; Hintz und Mann, 2006; Rehm und Greenfield, 2008; Wildt et al., 2006), [WIS1; P; WIS1]. Suchtpatienten seien oft »Kranke zweiter Klasse« [SBS1; P; ABE].

Besondere Patientengruppen würden in der Suchthilfe unzureichend berücksichtigt. Vor allem ältere Alkoholabhängige (ab 60 Jahre) seien trotz des Vorliegens ähnlich wirksamer Behandlungsmaßnahmen wie bei jüngeren Patienten eine unterversorgte Patientengruppe, da ihre quantitative Bedeutung häufig unterschätzt würde und adäquate Versorgungsstrukturen fehlten (Hoff und Klein, 2010; Lieb, Rosien, Bonnet, und Scherbaum, 2008; Werner, 2011; Zeman, 2009), [SBS1; SBS2]. Des Weiteren würden junge alkoholabhängige Patienten ohne Ausbildung, Patienten in Haftanstalten, chronisch und multimorbide Abhängige mit komplexem Behandlungsbedarf (sog. »Drehtürpatienten«) sowie Patienten mit hirnorganischen Folgeerkrankungen nicht ausreichend versorgt [SBS1; APP; PIA; HAS; PK1; ABE]. Nicht direkt Betroffene, wie z. B. Kinder suchtkranker Eltern, würden als besondere Risikogruppe ebenfalls zu wenig berücksichtigt [PK1]. Insgesamt ist der Transfer der evidenzbasierten Medizin in den Versorgungsalltag und seine praktischen Umsetzungsmöglichkeiten unzureichend erforscht (Kuhlmann, 2006).

#### Lösungsansätze

Um die Stigmatisierung zu reduzieren und Alkoholabhängigkeit nicht mehr nur als individuelles, sondern als gesellschaftliches Problem wahrzunehmen, halten einige Interviewte einen

---

4 Die Darstellung der Interviewergebnisse erfolgt einheitlich im Konjunktiv, auch sofern diese zusammen mit Literaturbelegen wiedergegeben werden.

Schwerpunktpraxen  
sinnvoll

Paradigmenwechsel für erforderlich [P; HAS]. Weiterbildungen und suchtmmedizinische Qualifikationen bei Ärzten, insbesondere HÄ, seien hierfür wichtig (Hintz und Mann, 2006), [PK2]. So erzielte ein Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern mit niedergelassenen suchtspezifischen Schwerpunktpraxen gute Erfolge: Die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten stieg und das Wohlbefinden der Patienten verbesserte sich. Beim gewünschten Ausbau der Schwerpunktpraxen in anderen Bundesländern muss wegen des höheren Versorgungsaufwandes stets eine extrabudgetäre Vergütung mit eingeplant werden (Coder et al., 2007; Hapke et al., 2005; Röske et al., 2005).

Zur Verbesserung der Versorgung sollten Angebote flexibler, dezentraler und niedrigschwelliger angelegt sein [GBE; ABE; PIA]. Insbesondere für ältere Patientengruppen sollten mehr entsprechende Aufklärungskampagnen durchgeführt und im Hinblick auf die quantitative Bedeutung der älteren Patientengruppen medizinisches und pflegerisches Personal besser qualifiziert werden (Werner, 2011; Zeman, 2009), [SBS1]. Aus ökonomischer und wissenschaftlicher Perspektive sollten die ambulante Versorgung sowie präventive Maßnahmen im bildungsspezifischen oder im familiären Setting ausgebaut werden (Hintz und Mann, 2006; Baumeister et al., 2006), [SBS2; HAS; PK1; PK2]. Studien zur Implementierung von evidenzbasierten Strategien und Standards sollten verstärkt unter Berücksichtigung der alltäglichen Versorgungspraxis erfolgen (Berner, Langlotz, Kriston, und Härter, 2007b; Kuhlmann, 2006), [PK2].

## Behandlungsmotivation

### Probleme

Suchtbegleitende  
psychosoziale  
Probleme

Alkoholabhängige Patienten haben zumeist erhebliche psychologische, körperliche und psychosoziale Beeinträchtigungen (Martens, Schütze, Buth, und Neumann-Runde, 2011; Schäfer et al., 2009). Ein hoher Anteil der Patienten ist ohne Arbeit und bezieht Sozialleistungen. Etwa die Hälfte der Patienten lebt allein (Martens et al., 2011; Schäfer et al., 2009; Steppan, Pfeiffer-Gerschel, und Künzel, 2011). Viele Patienten – insbesondere Frauen – haben Gewalt oder sexuelle Gewalt erfahren, stammen aus ebenfalls von Alkoholabhängigkeit betroffenen Familien oder waren bereits inhaftiert (Martens et al., 2011; Schäfer et al., 2009). Ein Drittel der Patienten beklagt schwere psychische Belastungen, etwa ein Fünftel der Patienten begeht mindestens einen Suizidversuch (Martens et al., 2011).

Diese vielfältigen und suchtbegleitenden psychosozialen Beeinträchtigungen beeinflussen die Behandlungsmotivation. Zahlreiche Interviewpartner betrachten die Patienten als unzuverlässig und stark eingeschränkt in der Compliance während der Behandlung, teilweise auch nach einer bereits erfolgreichen Therapie [FA; PK2; HA; A; PT 1; GBE; WIS2; PK2; DRV]. Viele Patienten seien eine lange Zeit nicht krankheitseinsichtig oder tendierten zur Verleugnung und Vermeidung [PT; P; GBE; SBS2; HA; HAS; DRV]. Die Anfangsmotivation sei oft von geringer Dauer und eher extrinsisch, da die Betroffenen häufig erst bei großem Leidensdruck (z. B. bei Führerscheinentzug, Familienproblemen, drohendem Arbeitsplatzverlust, bedeutenden Rückfällen) Hilfe aufsuchten [PT; HA; FA]. Daher empfänden Leistungserbringer die wiederkehrenden Aufgaben der Aufklärungs- und Motivationsarbeit zur Förderung der Krankheitseinsicht sowie die Behandlung aufgrund unzureichender Ausbildung und wegen Zeitmangels oft als problematisch und sehr aufwändig [FA; HA; WIS2; GBE].

### Lösungsansätze

Die Behandlungsmotivation müsse in besonderem Maße gefördert werden. Dazu gehörten z. B. der konsequente Einbezug von Patienten und Angehörigen, die regionale Weiterleitung und eine besondere Förderung der Selbstwirksamkeit [WIS2; PT; PIA; GBE; ABE]. Ein frühes Intervenieren, z. B. im Rahmen von sogenannten Kurzinterventionen oder durch rechtzeitiges Ansprechen des Problems, sei wichtig (Freyer-Adam et al., 2008), [DRV].

# Diagnostik

## Probleme

In der Literatur und auch von interviewten Experten wird darauf hingewiesen, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor nur wenige Patienten mit Verdacht auf Alkoholprobleme gescreent bzw. leitliniengemäß diagnostiziert werden (Berner et al., 2007b; Berner, Mundle, Härter, und Lorenz, 2004b; Berner et al., 2006b; Diehl et al., 2009; Krannich, Grothues, und Rumpf, 2006), [WIS1; SBS1; A]. Der Nutzen eines systematischen Screenings wird häufig hinterfragt (Berner et al., 2006a; Berner et al., 2004b). Bei speziellen Patientengruppen, z. B. bei Frauen, jüngeren oder älteren Patienten, fehlen spezifisch angepasste Diagnosekriterien (Berner et al., 2007a; Diehl et al., 2009; Hoff und Klein, 2010; Lieb et al., 2008; Werner, 2011). Bei einigen Patienten treten auch falsch-positive Diagnosen auf, z. B. bei Männern, Personen mit einem niedrigen Bildungsstatus, Erwerblosen, Pensionären, Einwohnern ländlicher Regionen und Alleinlebenden (Coder et al., 2008). Patienten, die sehr häufig eine Arztpraxis aufsuchen oder schwer erkrankt sind, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, fachgerecht diagnostiziert zu werden (Berner et al., 2007b; Berner et al., 2007a).

Patientenseitige Faktoren, wie z. B. fehlende Akzeptanz oder Scham, Geheimhaltungs- und Verleugnungstendenz, Furcht vor Stigmatisierung, Angst vor Arbeitsplatzverlust, hätten einen starken Einfluss auf den Diagnoseprozess (Berner et al., 2007b; Lieb et al., 2008; Zeman, 2009), [PIA; PT; SBS1; SBS2; HAS; HA; PK1]. Auch seitens der Ärzte könne der Diagnoseprozess negativ beeinflusst werden, u. a. aufgrund der Überzeugung fehlender Therapierbarkeit, wegen Ressourcenmangels, Unklarheiten bzgl. der Zuständigkeiten, Verwechslungen bei den Krankheitsbildern, Verharmlosung, Tabuisierung, Stigmatisierung oder wegen eigener Suchtprobleme (Berner et al., 2007b; Krannich et al., 2006; Zeman, 2009), [SBS1; SBS; HAS; A; WIS2; DRV; PK1; WIS1; FA; P]. HÄ thematisierten das Suchtproblem langjähriger Patienten eher selten, blendeten es oft aus und beschäftigten sich stattdessen mit den aus der Sucht resultierenden somatischen Diagnosen [P; SBS1; SBS2]. Auch FÄ diagnostizierten häufig weniger gründlich und konzentrierten sich auf andere psychische Erkrankungen als primäres Problem [FA].

Bedingt durch das höhere Aufkommen von Risikopatienten mit einer Alkoholproblematik in HA-Praxen (Berner et al., 2006a; Berner et al., 2007a), [DRV; SBS1; WIS1; WIS2; PIA] nähmen HÄ eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung von alkoholabhängigen Patienten ein. Dennoch seien viele HÄ aufgrund der oben genannten Einstellungen gegenüber alkoholabhängigen Patienten und aufgrund mangelnder Ausbildung weder im Umgang mit Suchtpatienten noch in der suchtspezifischen Diagnostik und Erstberatung kompetent genug (Hoff und Klein, 2010), [SBS2; P; DRV; PIA]. Nichtsdestotrotz schätzen sie ihre Kenntnisse in Diagnostik und Motivierung besser ein als die Kenntnisse in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit (z. B. Pharmakotherapie, Entzug) (Berner et al., 2006a). Eine Aufklärung zu diagnostischen Verfahren mit auf HÄ zugeschnittenen Informationen in Form von Flyern oder Flow-Charts in den letzten 10 Jahren habe nur geringen Erfolg gebracht [WIS1].

## Lösungsansätze

Vorschläge bzgl. Ersterkennung und Diagnostik konzentrierten sich auf die Berufsgruppe der HÄ, da diese von Alkoholpatienten relativ häufig aufgesucht würden und Familie und Umfeld ihrer Patienten kannten [FA]. Sie zielten vor allem auf eine bessere Ausbildung und spezifische Kompetenzen der HÄ in der Gesprächsführung und Diagnostik ab (Berner et al., 2006a; Berner et al., 2007b; Coder et al., 2007; Hoff und Klein, 2010), [PK1; PIA; DRV; HAS].

Entgegen dem hinterfragten Nutzen eines systematischen Screenings wird der konsequente Einsatz von standardisierten Fragebögen (z. B. AUDIT, CAGE) und die entsprechende Berücksichtigung von speziellen Patientengruppen (z. B. Frauen und Senioren) sowohl in Arztpraxen als auch in AKH vielfach gefordert (Berner et al., 2007b; Berner et al., 2004b; Berner et al., 2007a; Coder et al., 2008; Lau et al., 2010; Lieb et al., 2008; Werner, 2011; Hoff und Klein, 2010), [WIS1; PK1; PT]. Für eine erfolgreiche Umsetzung von dokumentierten

Standardisierte Assessmentverfahren

Screeningverfahren und damit einhergehenden Gesprächsinterventionen werden finanzielle Anreize als Förderfaktoren betrachtet (Berner et al., 2007b; Hoff und Klein, 2010), [FA; DRV]. Allein schon durch das Auslegen von Fragebögen wie CAGE in Arztpraxen könnten Patienten im Rahmen eines Selbsttests dazu bewegt werden, ihr Alkoholproblem anzusprechen [HAS].

## Behandlung

### Behandlung allgemein

#### Probleme

**Kaum Entzug oder Entwöhnung** Nur wenige Patienten erhielten eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung [WIS1; WIS2]. Wie auch bei der Diagnostik könne fehlende Krankheitseinsicht oder schwankende Motivation der Patienten einen kontinuierlichen Behandlungsprozess behindern bzw. verhindern (Berner et al., 2007b), [FA; HA; A; WIS1]. Zudem könne die Inanspruchnahme einer Therapie von Seiten der Ärzte (v. a. niedergelassene) negativ beeinflusst werden, z. B. durch eine kritische, stigmatisierende oder diskriminierende Haltung gegenüber den Patienten, Tabuisierung (potenzielle Abhängigkeit unter den MedizinerInnen selbst) oder Mangel an Wissen und Verständnis für das Krankheitsbild (Krannich et al., 2006; Wildt et al., 2006), [A; PK1; P; P; DRV]. Hinderlich sei auch, dass Ärzte Patienten oft nicht in Therapieentscheidungen systematisch miteinbezogen oder Behandlungsaussichten als zu wenig erfolgsversprechend einstufen (Krannich et al., 2006; Wildt et al., 2006), [HA; HAS; WIS1; ABE].

**Unzureichende Ausbildung** Da niedergelassene Ärzte häufig zu geringe Kenntnisse in der Suchtbehandlung und über die suchtspezifischen Versorgungsangebote hätten, erfolge die Behandlung verstärkt erfahrungsbasiert, nicht rechtzeitig oder ohne entsprechende Weiterleitungen bzw. Überweisungen (Berner et al., 2007b; Berner et al., 2004b; Berner, Ruf, und Härter, 2007c; Braig, Beutel, Toepler, und Peter, 2008), [SBS2; HA]. Der ärztliche Fortbildungsbedarf erstreckte sich insbesondere auf folgende Behandlungsbereiche: Umgang mit Rückfällen, MI, Einbezug der Angehörigen, Umgang mit Suizidalität, Psychotherapie und Früh- bzw. Kurzinterventionen (Berner et al., 2006a; Krannich et al., 2006), [DRV].

Erschwerend für die Behandlung könne die häufige Verknüpfung von Alkoholabhängigkeit mit weiteren psychischen Erkrankungen (»Doppeldiagnose«) sein. Oft sei nicht leicht zu bestimmen, was primär oder sekundär zu behandeln und welches ärztliche Fachgebiet für was zuständig sei [FA; PK2]. Eine integrierte Behandlung von substanzbezogenen Störungen und psychischen Komorbiditäten bei den Akteuren der psychiatrischen Versorgung (FÄ, PIA) einerseits oder der Suchthilfe andererseits ist noch nicht gut genug ausgebaut (Hintz und Mann, 2006; Schäfer et al., 2009).

Der Einsatz von alkoholabhängigkeitsspezifischen Medikamenten erfolgt nicht adäquat. Einerseits sei die Wirksamkeit der Medikamente, v. a. von Anti-Craving-Substanzen, umstritten (Berner et al., 2007b), [PK2; WIS1; FA; PT]. Andererseits verfügten Ärzte kaum über Erfahrungen oder fürchteten starke Belastungen ihres Budgets [WIS1; HAS; FA; PK2]. In einigen Fällen erhielten Patienten Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial oder mit dem Ziel der Ruhigstellung [P; ABE].

**Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen** Im ambulanten Sektor sei der Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Ärzte eine der wichtigsten Hürden für eine gute Behandlung. Alkoholpatienten benötigten aus Sicht der Ärzte zeitaufwändige Interventionen, die jedoch nicht adäquat abrechenbar seien (z. B. Gesprächsinterventionen) (Berner et al., 2007b; Krannich et al., 2006), [HAS; HA; FA; PK1; DRV; WIS2; WIS1]. Zudem seien suchtspezifische Therapieplätze sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor meist begrenzt, was lange Wartezeiten zur Folge habe [PK1; PK2; HA; GBE].