

Abschlussbericht

Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (IMPELA)

- Sachbericht 2020 -

Titel und Verantwortliche

Titel	Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (IMPELA)
Förderkennzeichen:	ZMVI1-2517DMS227
Leitung	Prof. Dr. Jens Reimer, ZIS Hamburg PD Dr. Uwe Verthein, ZIS Hamburg
Laufzeit	1.10.2017 bis 31.12.2020

Projektmitarbeitende

Institut	Name
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Dr. Bernd Schulte, Dr. Christina Lindemann
Institut für Klinische Psychologie, Technische Universität Dresden	Prof. Dr. Jürgen Rehm, Dr. Jakob Manthey
Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	PD Dr. Angela Buchholz, Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Zentral Institut für seelische Gesundheit, Mannheim	Prof. Dr. Ulrich Frischknecht, Prof. Dr. Falk Kiefer
IFT Institut für Therapieforschung, München	Prof. Dr. Ludwig Kraus
Universitätsklinikum Heidelberg, Abtlg. für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung	Prof. Dr. Michel Wensing

Kontaktdaten:

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
PD Dr. Uwe Verthein
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-Mail: u.verthein@uke.de
Telefon: +49 (0)40 7410-57901

Stand: 30.03.2021

Inhaltsverzeichnis

Titel und Verantwortliche	2
Inhaltsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Zusammenfassung	8
2 Einleitung	9
3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	11
4 Ergebnisse	12
4.1 Modul A1: Sekundärdatenanalyse von regionalen Versorgungsdaten	12
4.2 Modul A2: Ergänzende Befragung von regionalen Einrichtungen zur Versorgungsleistung .	32
4.3 Modul A3: Modellierung des potentiellen Nutzens für Patienten und Patientinnen und die öffentliche Gesundheit.....	42
4.4 Modul A4: Befragung von Behandelnden und Betroffenen zu Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung der S3-Leitlinie in die Versorgung	51
4.5 Modul A5: Auswahl, Entwicklung, und Planung von Umsetzungsstrategien	62
5 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	69
6 Gender Mainstreaming Aspekte	71
7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	72
8 Verwertung der Projektergebnisse	73
9 Publikationsverzeichnis	75
Literaturverzeichnis	76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1	Zeitpunkt des Erreichens der wichtigsten Meilensteine im Vergleich zum ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan.....	12
Tabelle 4.1-1	Datenhalter von Versorgungsdaten für die vorgesehene Sekundäranalyse	13
Tabelle 4.1-2	ICD-10 Codes: F10.x, somatoforme Folgeschäden und T51	16
Tabelle 4.1-3	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären oder ambulanten Behandlungsrahmen im Land Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	19
Tabelle 4.1-4	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären oder ambulanten Behandlungsrahmen in Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	21
Tabelle 4.1-5	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären oder ambulanten Behandlungsrahmen in Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	22
Tabelle 4.1-6	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose in den verschiedenen Settings in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	23
Tabelle 4.1-7	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer F10.2 Diagnose und einer Diagnose für alkohol-bezogene somatoforme Folgeschäden im stationären oder ambulanten Setting in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	25
Tabelle 4.1-8	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären Behandlungsrahmen in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	26
Tabelle 4.1-9	Anzahl der Personen mit mind. einer alkoholbezogenen Sucht-Reha nach DRV in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	27
Tabelle 4.1-10	Anzahl der Personen mit mind. einer F10 Diagnose in der ambulanten Suchthilfeeinrichtung in Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	28
Tabelle 4.1-11	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose mit einer ambulanten F10.2 Diagnose und mind. einmal Besucher der ambulanten Suchthilfeeinrichtung der GeNo im Land Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	29
Tabelle 4.1-12	Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose, der Personen mit mind. einer Rehabilitationsmaßnahme und mind. einmal Besucher der ambulanten Suchthilfe im Land Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe	30
Tabelle 4.2-1	Stichprobenbeschreibung	36
Tabelle 4.2-2	Bekanntheit der Leitlinie nach Berufsgruppe und Dauer des Kontakts.....	37
Tabelle 4.2-3	Screeninghäufigkeiten derer die überhaupt screenen und der aller Befragten nach Berufsgruppe und getrennt für ärztliche und nicht-ärztliche Befragte.....	38
Tabelle 4.2-4	Logistische Regression zur Wahrscheinlichkeit des Screenens	40

Tabelle 4.3-1	Definition von riskantem Konsum bzw. schwerer Alkoholkonsumstörung sowie Behandlungsindikatoren für Untersuchung 1	46
Tabelle 4.3-2	Simulationsparameter für Untersuchung 2.....	47
Tabelle 4.3-3	Leitlinienkonforme Versorgungsleistungen für alkoholbezogene Störungen für die erwachsene Bevölkerung im Bundesland Bremen in 2016	48
Tabelle 4.3-4	Geschätzte Verläufe von 2.051 Patienten und Patientinnen in vollstationärer Entzugsbehandlung.....	50
Tabelle 4.4-1	Abschnitte des Frageleitfadens	54
Tabelle 4.4-2	Umsetzungsstrategien aus Sicht der Behandelnden in Bremen in der bremischen und der bundesweiten Stichprobe sowie der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der Suchthilfe (N = 263)	57
Tabelle 4.4-3	Barrieren und Umsetzungsstrategien für eine leitliniengerechte Versorgung alkoholbezogener Störungen aus Sicht der Betroffenen/Angehörigen (N = 94)	58
Tabelle 4.4-4	Arbeitsbereiche der Interviewteilnehmenden	59
Tabelle 4.4-5	Barrieren für eine leitliniengerechte Gesundheitsversorgung	59
Tabelle 4.4-6	Mögliche Umsetzungsstrategien.....	61
Tabelle 4.5-1	Kernergebnisse aus den Modulen A2, A4 und A5 sowie empfohlene evidenzbasierte Interventionen zur Verbesserung der leitliniengerechten Umsetzung	64
Tabelle 4.5-2	Rangfolge von empfohlenen Bereichen für Umsetzungsstrategien	65
Tabelle 4.5-3	Rangfolge an geeigneten Umsetzungsstrategien gemessen am zu erwartenden Nutzenpotential	66
Tabelle 4.5-4	Rahmenkonzept für die Evaluation einer kontextspezifischen Onlineversion der S3-Leitlinie	67
Tabelle 4.5-5	Rahmenkonzept für die Evaluation eines multidimensionalen Maßnahmenpakets	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1	Ablauf des Teilprojektes A des IMPELA-Projektes.....	10
Abbildung 4.1-1	Datenfluss zwischen den Datenhaltern, der Vertrauensstelle und dem IFT	14
Abbildung 4.3-1	Anteil der behandelten nach Altersgruppen und Geschlecht	49
Abbildung 4.3-2	Veränderungen des Behandlungsergebnisses unter der Annahme von 2 verschiedenen Szenarien verglichen zu Baseline (8%);	51
Abbildung 4.4-1	Die jeweils drei von Behandelnden am häufigsten benannten Anwendungsbarrieren der S3-Leitlinie Alkohol.....	57

Abkürzungsverzeichnis

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Diseases
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSDA	Gesellschaft für Standarddokumentation und Auswertung
ICD-10	International Classification of Diseases
IMPELA	Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen
KE	Körperlicher Entzug
OPS	Operationen- und Prozeduren-Schlüssel
QE	Qualifizierter Entzug
SAAPPQ	Shortened Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire
SF	Somatoforme Folgeschäden
TICD	Tailored Implementation for Chronic Disease framework
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung

1 Zusammenfassung

Die Implementierung von Leitlinien in die Praxis ist häufig mit vielen Barrieren verbunden. Es bedarf einer umsichtigen Umsetzungsstrategie, die die Implementierung in die Praxis begleitet. Dieses gilt insbesondere bei der S3-Leitlinie für Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, die sich an ein interprofessionelles Zielpublikum richtet.

Das Projekt „Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (IMPELA) hatte zum Ziel, die Identifikation von medizinischen und psychosozialen Versorgungsbereichen mit einem hohen Nutzenpotential durch eine leitliniengerechte Versorgung, von Barrieren und Förderfaktoren, die eine leitliniengerechte Umsetzung beeinflussen sowie das Entwickeln einer geeigneten Implementierungsstrategie. Das IMPELA-Projekt wurde vom 01.10.2017 bis zum 30.09.2020 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und bis zum 31.12.2020 kostenneutral verlängert. Das Projekt folgte einem modularen Aufbau, mit einer Gliederung in zwei Teilprojekte mit jeweils 5 bzw. 2 Modulen.

Die fünf Module des Teilprojektes 1 beinhalteten zwei Sekundärdatenanalysen, zwei Primärerhebungen sowie ein abschließendes Modul, in dem als ein Exzerpt die Ergebnisse der vorgegangenen Untersuchungen zusammengefasst wurden.

In einer Sekundärdatenanalyse wurden die Abrechnungs- und Versorgungsdaten zweier gesetzlichen Krankenversicherungen in Bremen, der Deutschen Rentenversicherung Bremen/Oldenburg sowie der ambulanten Suchtberatung im Rahmen eines Data-Linkage Verfahrens analysiert. Hierbei konnten setting-bezogene administrative Prävalenzen berechnet werden, sowie der Anteil der qualifizierten Entzüge für Bremen. Ein elementares Ergebnis dieses Moduls ist, dass das Data-Linkage auch im speziellen für die Suchtbehandlungen und Rehabilitationsbehandlungen generell durchführbar ist. Die Ergebnisse der Module A2 zur regionalen Versorgungsstruktur sowie von Modul A4 zu Barrieren und Förderfaktoren ergänzen die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse. Hierbei wurde u. A. das Screeningverhalten von Versorgenden sowie die Kurzinterventionen bei Patienten und Patientinnen mit problematischem Alkoholkonsum erfasst. Die Unkenntnis über die Existenz der S3-Leitlinie ist eines der größten Hindernisse bei der Umsetzung der Empfehlungen. Das ist insofern bemerkenswert, als das die positiven Effekte z.B. einer qualifizierten Entzugsbehandlung auf Mortalität und Morbidität aufzeigen. Diese ist eines der Kernergebnisse des Moduls A3, welches im Sinne eines Public-Health-Kontextes eine mathematische Modellierung basierend auf den Ergebnissen von Modul A1 und Modul A2 vorgenommen hat. Zusammenfassend wurden daraus zwei Umsetzungsstrategien abgeleitet, von denen eine nun in Teilprojekt B umgesetzt werden wird.

Die gewonnenen Erkenntnisse des IMPELA-Projektes, bei denen neben der Perspektive der Behandelnden, der betroffenen Patienten und Patientinnen auch die der Angehörigen bedacht worden

ist, haben einen wegweisenden Charakter für zukünftige Forschungsvorhaben im Bereich der alkoholbezogenen Störungen.

2 Einleitung

Deutschland gilt als ein Alkoholhochkonsumland mit einem geschätzten pro-Kopf-Konsum von ca. 13 Litern Reinalkohol im Jahr 2017 (Manthey *et al.*, 2019). 6,7 Millionen Menschen in Deutschland im Alter zwischen 18 und 64 Jahren konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form, etwa 1,6 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig (Atzendorf *et al.*, 2019). Bei Männern war mit rund 229.000 Fällen die Diagnosegruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) der dritthäufigste Anlass für eine stationäre Behandlung im Jahr 2017. Bei Männern in den Altersgruppen der 15- bis 45-Jährigen (ca. 97.000 Fälle) und der 46- bis 65-Jährigen (ca. 114.000 Fälle) waren Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sogar hauptursächlich für Krankenhausaufenthalte (Schelhase, 2019).

Um die Verbesserung der Versorgung sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen Bereich zu verbessern und eine professionelle Behandlung sicherzustellen, wurde die S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen entwickelt. Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass eine alleinige Veröffentlichung einer Leitlinie nicht ausreichend ist, sondern durch eine geeignete und angepasste Umsetzungsstrategie begleitet werden muss, um zu einer Verbesserung der Versorgung beizutragen. Hierzu gehören theoriegeleitete Verfahren, wie zielgruppengeleitete Vorgehensweisen, die durch regionale Ansätze unterstützt werden. Insbesondere bei der Implementierung der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen ist es notwendig, die verschiedenen Berufsgruppen des medizinischen Sektors und der Suchthilfe, welche bei der Versorgung von Personen mit alkoholbezogenen Problemen involviert sind, zu integrieren. Die verschiedenen Abstimmungs-, Vermittlungs- und therapeutischen Prozesse die auf patienten-, organisationaler- und Behandlungsebene entstehen, sind bei der Implementierung der S3-Leitlinie zu berücksichtigen.

Das Projekt zur „Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (IMPELA), welches am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) unter Leitung von Prof. Jens Reimer und PD Dr. Uwe Verthein durchgeführt wurde, berücksichtigt die oben genannten Aspekte. Ziel des in zwei Teilprojekten aufgebauten modularen Projektes war die Identifikation von medizinischen und psychosozialen Versorgungsbereichen mit einem hohen Nutzenpotential durch eine leitliniengerechte Versorgung, von Barrieren und Förderfaktoren, die eine leitliniengerechte Umsetzung beeinflussen sowie das Finden und Entwickeln einer geeigneten Implementierungsstrategie.

Projektstruktur

Das IMPELA-Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über 39 Monate (inkl. einer Laufzeitverlängerung von 3 Monaten) gefördert. Im ZIS lag die Projektleitung bei PD Dr. Uwe Verthein und Prof. Dr. Jens Reimer. Darüber hinaus waren folgende Kooperationspartner an dem Projektvorhaben beteiligt: Institut für Klinische Psychologie, Technische Universität Dresden (Leitung: Prof. Dr. Jürgen Rehm), Zentral Institut für seelische Gesundheit, Mannheim (Leitung: Prof. Dr. Falk Kiefer), IFT Institut für Therapieforchung, München (Leitung: Prof. Dr. Ludwig Kraus), Institut und Poliklinik für medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Leitung: Prof. Dr. Dr. Martin Härter), Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg (Leitung: Prof. Dr. Michel Wensing). Die Projektkoordination wurde vom ZIS übernommen. In dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der 5 Module des Teilprojektes A aufgeführt. In Modul A1 wurde eine Sekundärdatenanalyse inklusive eines Data-Linkages mit dem Ziel der Bestimmung der administrativen Prävalenz alkoholbezogener Störungen in verschiedenen Behandlungssettings in Bremen durchgeführt. Die Module A2 und A4 sind Primärdatenerhebungen, in denen zum einen die regionale Versorgungsleistung für verschiedene Aspekte der S3-Leitlinie erhoben worden sind (Modul A2) und zum anderen in Modul A4 Einflussfaktoren in Sinne von Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen beschrieben werden. Die Auswirkung auf Morbidität und Mortalität einer leitlinienkonformen Behandlung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen ist Bestandteil von Modul A3 („Mathematische Modellierung“). Das abschließende Modul A5 bezieht die Ergebnisse der vorausgegangenen Module für die Entwicklung, Auswahl und Planung von Umsetzungsstrategien ein (Abbildung 2-1).

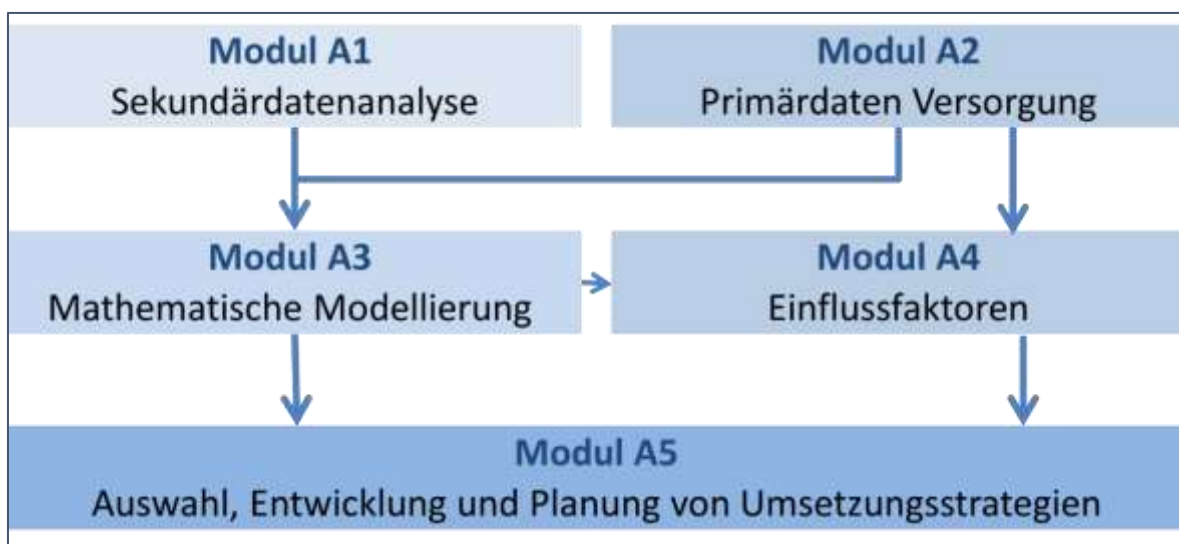


Abbildung 2-1 Ablauf des Teilprojektes A des IMPELA-Projektes

Um die Leserfreundlichkeit zu erhöhen, wird die Methodik, die den einzelnen Modulen zugrunde liegt, in dem jeweiligen Berichtsteil aufgeführt. Abweichend vom ursprünglichen Projektantrag konnte in

dem Projektzeitraum ausschließlich das Teilprojekt A durchgeführt werden. Aufgrund der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Folgen für die (haus)ärztliche Versorgung wurde die Implementierung und Evaluation (Teilprojekt B) verschoben und das Projekt zunächst zum 31.12.2020 beendet. Nach Rücksprache mit dem zuständigen Referat des BMG sowie mit dem Projektträger wird das Teilprojekt B durchgeführt, wenn es die pandemische Situation zulässt.

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Durchführung

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung (Kapitel 4) der einzelnen Module wird umfassend auf Details und die verschiedenen methodischen Ansätze der Module eingegangen. Grundsätzlich blieben alle Vorhabensziele und die vorab festgelegten Meilensteine während des Projektzeitraumes unverändert. Es waren jedoch Änderungen in dem vorab festgelegten Projektablauf notwendig. So musste Abstand genommen werden von dem ursprünglichen konsekutiven Aufbau bei dem die Ergebnisse des Moduls A1 „Sekundärdatenanalyse“ und die Ergebnisse des Moduls A2 „Primärdaten Versorgung“ als Grundlage für die Modellierungsstudie des Moduls A3 dienen sollten. Grund dafür waren Verzögerungen im Genehmigungsprozess des Datenschutzes (nach Einführung der Datenschutz-Grundverordnung) für die Sekundärdatenanalyse, die dazu führten, dass diese erst am Projektende durchgeführt werden konnte. Dieses wirkte sich auch auf die Durchführung von Modul A4 aus, da die Konzeption nun ausschließlich auf den Ergebnissen von Modul A2 basierte. Für Modul A3 wurde eine alternative Durchführungsstrategie entwickelt, sodass die Ergebnisse noch in die Entwicklung von Modul A5 eingehen konnten.

Arbeits- und Zeitplan

Für die Einhaltung des Arbeits- und Zeitplans kam es entsprechend der Veränderungen der Durchführung der Module auch zu einer Verschiebung der Meilensteine während der 36-monatigen Projektlaufzeit. In Tabelle 3-1 sind die wichtigsten Verschiebungen der Meilensteine und deren Einhaltung aufgeführt.

Tabelle 3-1 Zeitpunkt des Erreichens der wichtigsten Meilensteine im Vergleich zum ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan

Meilenstein	Geplanter Zeitpunkt	Tatsächlicher Zeitpunkt
M2: Auswertungen zur Versorgungsleistung auf Grundlage der Sekundärdaten liegen als Manuskript vor	31.03.2018	In Erstellung
M7: Einflussfaktoren für eine leitliniengerechte Versorgung liegen als Manuskript vor	31.08.2018	31.12.2019
M11: Zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Ergebnisse der Module A1 bis A5	31.01.2019	01.04.2019

4 Ergebnisse

4.1 Modul A1: Sekundärdatenanalyse von regionalen Versorgungsdaten

Operationalisierung der Teilziele

Ziele des Teilprojektes waren deskriptive statistische Auswertungen von Versorgungsdaten von Personen, die in den Jahren 2016 und 2017 16 Jahre oder älter waren, in Bremen oder Bremerhaven wohnten und in einer der in Tabelle 4.1-1 genannten Systeme der Gesundheitsversorgung mit einer Haupt- oder Nebendiagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.x) oder einer vollständig alkohol-attributablen Diagnose (E24.4, E52, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, R78.0, T51.0, T51.9) gemeldet waren. Mit diesen Daten sollten (1) Versorgungsleistungen (stratifiziert nach Patientengruppen z.B. Geschlecht, Diagnosen (F10.x)), (2) Behandlungszugänge und -verläufe sowie Weitervermittlungen (z.B. in Anschlussbehandlungen, Nachsorge), und (3) Schnittstellen der Versorgung analysiert werden.

Tabelle 4.1-1 Datenhalter von Versorgungsdaten für die vorgesehene Sekundäranalyse

Nr.	Datenhalter	Daten	Quelle	Zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde
1	AOK Bremen/Bremerhaven, hkk	Ambulante, stationäre, Verordnungen Gesundheitsversorgung	Krankenkassen	Freie Hansestadt Bremen Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit Bundesversicherungsamt
2	Klinikverbund Gesundheit Nord (GeNo)	Stationäre suchtspezifische Versorgung und ambulante Suchtberatung	Krankenhaus und Suchtberatung	Freie Hansestadt Bremen Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit
3	Deutschen Rentenversicherung Oldenburg/Bremen	Ambulante und (teil-) stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	Rentenversicherung	Niedersachsen Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit

Datenerhebung

Für die Erhebung der Sekundärdaten wurde ein Datenschutzkonzept erarbeitet, das mit den beteiligten Einrichtungen abgestimmt wurde. Das Datenschutzkonzept enthielt Informationen zu den (1) *Rahmenbedingungen des Forschungsvorhabens*), (2) *zum Datenschutz und Datengeheimnis* (Zusammenführung von Versorgungsdaten, Einrichtung einer Vertrauensstelle, Datenaufbereitung und Datenanalyse, Datenschutzvorkehrungen in der Vertrauensstelle, Datenschutzvorkehrungen am IFT, Datengeheimnis), (3) *zur Methodik und Durchführung* (Erhebungsverfahren, Pseudonymisierung von Daten bei den Datenhaltern, Datenmanagement in der Vertrauensstelle, Datenaufbereitung am IFT, Aufbewahrung und Speicherung nach Ende der Erhebung bzw. des Projektes, Nutzung der Ergebnisse von der TU Dresden (Modul A3), Auswertung der Daten), (4) *zur Technische Umsetzung* sowie zu den *Anlagen* (I. Einschlusskriterien, II. Beantragte Daten und Begründung, III. Technische Beschreibung: HIV-Code und kryptographische Verschlüsselung, IV. Projektantrag: „Implementierung und Evaluation der S3-Leitlinien zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (IMPELA)“.

Einrichtung einer Treuhandstelle

Es wurde eine Vertrauensstelle eingerichtet, die räumlich, organisatorisch und personell vom IFT getrennt war. Vertrauensstelle war die Gesellschaft für Standarddokumentation und Auswertung (GSDA GmbH, www.gsd.de) unter Leitung von Dipl.-Ing. (FH) Karl-Heinz-Pelzel (Wissenschaftliche Leitung und Geschäftsführung). Aufgabe der Treuhandstelle war die Aufbereitung der von den Krankenkassen, der DRV sowie von der Gesundheit Nord übermittelten pseudonymisierten Daten.

Datenfluss

Die eigentliche Verknüpfung der einzelnen Daten erfolgte am IFT. Dazu wurden die vier Datensätze der Versorgenden mit Hilfe des *HASH-HIV Codes* gelinkt. Ein Analysedatensatz wurde erzeugt (*PVD3*). Aus diesem Datensatz wurde abschließend der *HASH-HIV Code* gelöscht und durch Ordnungsziffern ersetzt. Die Auswertung erfolgte mit MS-Excel, SPSS, R und STATA 14.0. Die Datensätze *PVD2_** und *PVD3* werden am IFT archiviert. Nach Abschluss des Forschungsvorhabens wird auch der anonymisierte Analysedatensatz *AVD* am IFT archiviert (siehe Abbildung 4.1-1).

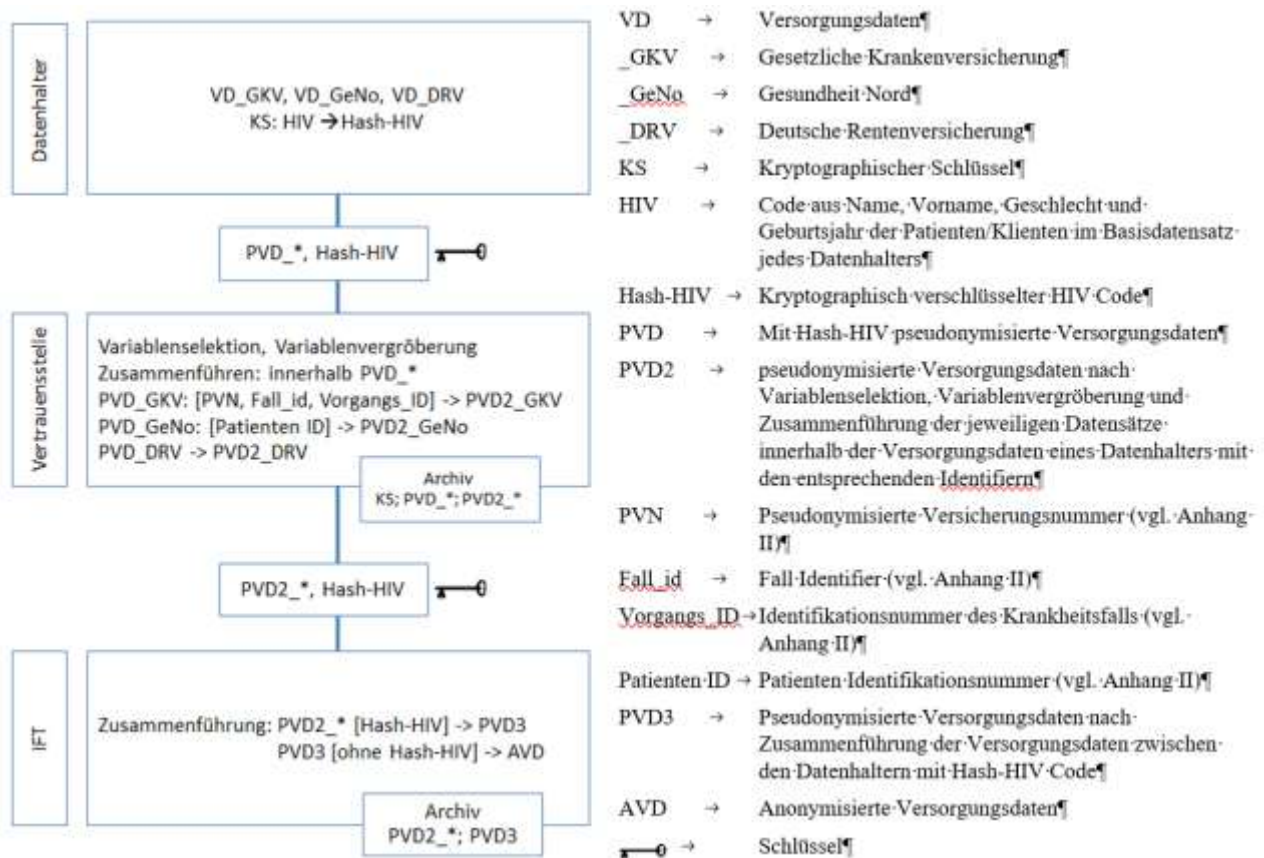


Abbildung 4.1-1 Datenfluss zwischen den Datenhaltern, der Vertrauensstelle und dem IFT

Datennutzungsvereinbarungen

Nach Abstimmung des Datenschutzkonzeptes mit den Datenhaltern wurden Datennutzungsverträge zwischen dem IFT und den Datenhaltern erarbeitet, die zur Genehmigung den jeweiligen Aufsichtsbehörden vorgelegt wurden. Die Vorlage und Genehmigungen erfolgten zwischen Oktober 2019 und Januar 2020.

Datenübermittlung an die GSDA

Nach Genehmigung der Datennutzungsverträge durch die jeweiligen Aufsichtsbehörden konnten die Datenhalter die Auswahl der Daten gemäß Anlage II (Beantragte Daten und Begründung) vornehmen. Die Übermittlung aller Datensätze an die GSDA erfolgte per Kurier auf einem kryptographisch verschlüsselten und passwortgeschützten Datenträger am April 2020. Nach Prüfung der Daten auf

Vollständigkeit wurden die einzelnen Datensätze pro Datenhalter von der GSDA mit den entsprechenden ID-Codes in einen Datensatz pro Datenhalter zusammengeführt. In den finalen Datensätzen für das IFT wurden die entsprechenden ID-Codes gelöscht (siehe Abbildung 4.1-1).

Datenübermittlung von GSDA an IFT

Nach Übermittlung der Datensätze pro Datenhalter (hkk, AOK, GeNo, DRV) an das IFT auf einem kryptographisch verschlüsselten und passwortgeschützten Datenträger am August 2020 erfolgte eine weitere Datenprüfung. Diese ergab fehlende Information in einem Datensatz zum Wohnort der ausgewählten Personen in Bremen bzw. Bremerhaven. Diese fehlenden Informationen konnten dem Datensatz am im Oktober 2020 zugespielt werden.

Datenauswertung

Aufgrund der unvorhergesehenen zeitlichen Verzögerungen in den einzelnen Prozessen, die für die Datengewinnung erforderlich waren (Datenschutzkonzept, Datenübertragungsvereinbarung, Datenübermittlung durch die Datenhalter, Datenmanagement an der Treuhandstelle, Datenprüfung und -analyse am IFT), konnten die geplanten Analysen im Rahmen der Projektlaufzeit nicht vollständig durchgeführt werden. Für den vorliegenden Bericht wurden jedoch erste Auswertungen getrennt nach Datenquelle vorgenommen.

Methode

Die Analyse der GKV-Daten bezog sich auf die ICD-10 Codes F10.x und alle alkohol-assoziierten ICD-10 Codes (siehe Tabelle 4.1-2). Einbezogen wurden sowohl gesicherte ambulante Diagnosen wie auch stationäre Aufnahme-, Einweiser-, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Diagnosen für ambulante Operationen und Prozeduren (OPS-Codes). Mindestens eine entsprechende Diagnose in den Auswertungsjahren 2016 und 2017 reichte aus, um als erkrankt klassifiziert zu werden. Die Auswertungen erfolgten nach Geschlecht und den Altersgruppen 16-24 Jahre, 25-49 Jahre, 50-64 Jahre und älter als 65 Jahre. Wenn angezeigt, wurde zwischen den beiden Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven unterschieden.

Tabelle 4.1-2 ICD-10 Codes: F10.x, somatoforme Folgeschäden und T51

ICD -10 Codes	Bedeutung nach ICD-10
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (umfasst F10.1 bis F10.9)
F10.0	Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.1	Schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Entzugssyndrom
F10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychotische Störung
F10.6	Amnestisches Syndrom
F10.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
Somatoforme Folgeschäden (SF) umfassen die Diagnosen E52 bis R78.0	
E52	Niazinmangel [Pellagra]
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G72.1	Alkoholmyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
K29.2	Alkoholgastritis
K70.-	Alkoholische Leberkrankheit
K86.0	Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis
O35.4	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Alkohol
P04.3	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)
R78.0	Nachweis von Alkohol im Blut
T51.-	Toxische Wirkung von Alkohol
T51.0	Äthanol
T51.9	Alkohol, nicht näher bezeichnet

Interventionen bei Alkoholabhängigkeit im Krankenhaus

Für die Identifikation eines qualifizierten Entzugs wurden die stationären Maßnahmen anhand der vergebenen OPS-Codes und der stationären Diagnosen betrachtet. Wurde innerhalb des stationären Aufenthalts die Aufnahmediagnose F10.2 gestellt - entweder anhand der Aufnahmediagnose in der Tabelle zum stationären Aufenthalt oder in der Diagnosetabelle - und ein OPS-Code zur Durchführung

einer qualifizierten Entzugsbehandlung vergeben, dann wurde der Fall als qualitativer Entzug gewertet. Es wurden sowohl OPS-Codes zur Durchführung eines qualifizierten Entzugs auf somatischen als auch auf psychiatrischen Stationen mit einbezogen:

- 8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [qualifizierter Entzug]
- 9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
- 9-70 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen.

Weitere psychiatrische Behandlungen und die Dauer des qualitativen Entzugs wurden nicht berücksichtigt. Um als qualitativer Entzug bewertet zu werden, reichte also mindestens die Einleitung eines solchen im Betrachtungszeitraum 2016 und 2017 aus. Es konnte kein qualifizierter Entzug für unter 18-jährige identifiziert werden.

Die Daten der Deutschen Rentenversicherung über alkoholbezogene Suchtrehabilitation wurden nach einer Plausibilitätsprüfung auf unter 100-jährige Personen beschränkt. Analysiert wurden stationäre und ambulante Rehabilitationsleistungen für Alkohol von Personen mit Beginn mindestens einer Rehabilitationsmaßnahme und Personen mit mindestens einer regulär beendeten Rehabilitationsmaßnahme im Betrachtungszeitraum. Hierbei muss beachtet werden, dass nicht alle im Jahr 2017 begonnenen Rehabilitationsmaßnahmen im Betrachtungszeitraum auch abgeschlossen wurden. Die Auswertung erfolgte äquivalent zu den GKV-Daten nach Geschlecht und den Altersgruppen 16-24 Jahre, 25-49 Jahre, 50-64 Jahre und älter als 65 Jahre.

Die Daten ambulanter Suchthilfe der Gesundheit Nord (GeNo) wurden bezüglich der ICD-10 Diagnosen und der Anzahl der Besuchenden betrachtet. Der Datensatz wurde vor der Analyse auf Personen aus Bremen bereinigt. Die Auswertung erfolgte auch hier nach Geschlecht und den oben genannten Altersgruppen.

Für die Auswertung der Diagnosen, qualitativen Entzüge und Rehabilitationsleistungen wurden die Daten der gesetzlichen Krankenkassen AOK Bremen/Bremerhaven und hkk sowie GeNo und DRV auf Plausibilität überprüft. Für die Darstellung der Überschneidung der Datensätze (AOK, hkk, GeNo und DRV), d.h. von Personen, die unterschiedliche Hilfen in Anspruch genommen haben, wurden die Datensätze über die kryptographischen ID-Codes verknüpft. Die Auswertung erfolgte ohne Berücksichtigung der Zeitverläufe. Es wurde nur das mindestens einmalige Vorhandensein der jeweiligen Diagnosen, Behandlungen oder Leistungen in den Jahren 2016 und 2017 betrachtet.

Ergebnisse

In Tabelle 4.1-3 findet sich die Anzahl an Personen mit mindestens einer der oben genannten alkoholbezogenen Diagnosen im ambulanten oder stationären Behandlungsrahmen im Betrachtungszeitraum 2016/2017. Von 10.508 gesetzlich krankenversicherten Personen mit mindestens einer alkoholbezogenen ICD-10 Diagnose wurden 85,2%, d.h. 8.950, mindestens einmal

mit einer F10 Diagnose diagnostiziert und 20,4%, d.h. 2.143, mindestens einmal mit somatoformen Folgeschäden. Insgesamt überwiegen der Anteil der Männer mit 69,2% und die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen mit 39,5%. Eine F10.2-Diagnose (Abhängigkeitssyndrom) erhielten 5.590 Personen, auch hier überwiegt der Anteil der Männer mit 71,6%.

Tabelle 4.1-4 und Tabelle 4.1-5 zeigen die Häufigkeitsverteilung von Personen mit ausgewählten Diagnosen getrennt für Bremen (n=8.090) und Bremerhaven (n=2.416). Die Verteilungen der Diagnosen unterschieden sich nur geringfügig. Lediglich der Anteil an Personen mit somatoformen Folgeschäden ist in Bremen mit 21,3% etwas höher als in Bremerhaven mit 17,3%.

Tabelle 4.1-6 zeigt die Diagnosen aufgeschlüsselt in ambulante Verdachtsdiagnosen, gesicherte ambulante und stationäre Diagnosen. F10-Diagnosen wurden demnach für 7.842 Personen mindestens einmal gesichert in einem ambulanten Behandlungsrahmen gestellt. Bei 585 Personen lag mindestens einmal eine Verdachtsdiagnose vor und 3.038 Personen erhielten diese mindestens einmal stationär. Von allen Personen mit F10.2-Diagnosen (Abhängigkeitssyndrom), ob ambulant oder stationär, wurde bei jeder zehnten Person (n=1.112 Personen) im Betrachtungszeitraum mindestens eine ambulante oder stationäre Diagnose für somatoforme Folgeschäden gestellt (siehe Tabelle 4.1-7). In Tabelle 4.1-8 sind stationäre Aufnahmediagnosen mit F10.2-Diagnose und qualifizierte Entzüge dargestellt. Mindestens eine stationäre Aufnahmediagnose F10.2 konnte bei 925 Personen und mindestens ein qualifizierter Entzug konnte bei 216 Personen identifiziert werden. Letzteres entspricht einem Anteil von 2,1 % aller betrachteten Personen. Von diesen 216 Personen wurde bei 32,9 % auch mindestens einmal eine Diagnose für somatoforme Folgeschäden gestellt.

Im Betrachtungszeitraum haben 343 Personen mindestens eine alkoholbezogene Suchtrehabilitation begonnen und rund die Hälfte der Personen, d.h. 162 Personen, mindestens eine Maßnahme regulär beendet. Der relative Anteil der Frauen liegt bei jeweils etwa 20% (siehe Tabelle 4.1-9).

Die Daten der ambulanten Suchthilfeeinrichtung in Tabelle 4.1-10 weisen im Betrachtungszeitraum 730 Personen mit mindestens einer F10-Diagnose auf, davon 68,9% Männer. Die Mehrheit der Personen mit einer F10-Diagnose war zwischen 25 und 49 Jahre alt (47,3 %), gefolgt von der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre mit 41,4%. Von allen Personen lag bei 279 Personen mindestens einmal eine F10.3-Diagnose (Entzugssyndrom) und bei 365 Personen (50%) eine F10.2-Diagnose (Abhängigkeitssyndrom) vor.

Insgesamt erhielten im Betrachtungszeitraum 4.929 Personen eine ambulante F10.2-Diagnose. Davon hatten 174 Kontakt mit der ambulanten Suchthilfeeinrichtung (3,5%). Der Anteil der Frauen lag bei 9,8 % (siehe Tabelle 4.1-11). Von 216 Personen mit einer qualifizierten Entzugsbehandlung hatten 45, also rund 20,8 %, auch Kontakt mit der ambulanten Suchthilfeeinrichtung und 6 von diesen, also 13,3 %, haben im Beobachtungszeitraum mindestens eine Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen oder begonnen (siehe Tabelle 4.1-12).

Tabelle 4.1-3 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären oder ambulanten Behandlungsrahmen im Land Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Geschlecht		Altersgruppe				
	Gesamt	Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
	N = 10.508	7.276	3.232	562	2.928	4.152	2.866
		69,2 (68,4 - 70,1)	30,8 (29,9 - 31,6)	5,3 (4,9 - 5,8)	27,9 (27,0 - 28,7)	39,5 (38,6 - 40,5)	27,3 (26,4 - 28,1)
Diagnosen	n						
	% (95% KI)						
F10 ¹	8.950	6.333	2.617	418	2.592	3.645	2.295
	85,2 (84,5 - 85,8)	70,8 (69,8 - 71,7)	29,2 (28,3 - 30,2)	4,7 (4,3 - 5,1)	29,0 (28,0 - 29,9)	40,7 (39,7 - 41,7)	25,6 (24,7 - 26,6)
F10.0	1.694	1.191	503	276	701	525	192
	16,1 (15,4 - 16,8)	70,3 (68,1 - 72,4)	29,7 (27,6 - 31,9)	16,3 (14,6 - 18,1)	41,4 (39,1 - 43,7)	31,0 (28,8 - 33,2)	11,3 (9,9 - 12,9)
F10.1	4.347	3.104	1.243	143	1.340	1.759	1.105
	41,4 (40,4 - 42,3)	71,4 (70,0 - 72,7)	28,6 (27,3 - 30,0)	3,3 (2,8 - 3,9)	30,8 (29,5 - 32,2)	40,5 (39,0 - 41,9)	25,4 (24,1 - 26,7)
F10.2	5.590	4.002	1.588	67	1.607	2.554	1.362
	53,2 (52,2 - 54,2)	71,6 (70,4 - 72,8)	28,4 (27,2 - 29,6)	1,2 (0,9 - 1,5)	28,7 (27,6 - 29,9)	45,7 (44,4 - 47,0)	24,4 (23,3 - 25,5)
F10.3	1.162	861	301	14	493	517	138
	11,1 (10,5 - 11,7)	74,1 (71,5 - 76,5)	25,9 (23,5 - 28,5)	1,2 (0,7 - 2,0)	42,4 (39,6 - 45,3)	44,5 (41,7 - 47,4)	11,9 (10,1 - 13,9)
F10.4	214	167	47	a	a	a	a
	2,0 (1,8 - 2,3)	78,0 (72,0 - 83,1)	22,0 (16,9 - 28,0)				
F10.5	92	75	17	a	a	a	a
	0,9 (0,7 - 1,1)	81,5 (72,2 - 88,2)	18,5 (11,8 - 27,8)				
F10.6	390	259	131	0	9	145	236
	3,7 (3,4 - 4,1)	66,4 (61,6 - 70,9)	33,6 (29,1 - 38,4)		2,3 (1,2 - 4,4)	37,2 (32,5 - 42,1)	60,5 (55,6 - 65,3)
F10.7	119	77	42	0	7	38	74
	1,1 (0,9 - 1,4)	64,7 (55,7 - 72,8)	35,3 (27,2 - 44,3)		5,9 (2,8 - 11,9)	31,9 (24,2 - 40,9)	62,2 (53,1 - 70,5)
F10.8	187	138	49	a	a	a	a
	1,8 (1,5 - 2,1)	73,8 (67,0 - 79,6)	26,2 (20,4 - 33,0)				
F10.9	171	126	45	a	a	a	a
	1,6 (1,4 - 1,9)	73,7 (66,6 - 79,8)	26,3 (20,2 - 33,4)				

Somatoforme	2.143	1.453	6.90	54	434	893	762
Folgeschäden ²	20,4 (19,6 - 21,2)	67,8 (65,8 - 69,7)	32,2 (30,3 - 34,2)	2,5 (1,9 - 3,3)	20,3 (18,6 - 22,0)	41,7 (39,6 - 43,8)	35,6 (33,6 - 37,6)
E52	a	a	a	a	a	a	a
G31.2	73 0,7 (0,6 - 0,9)	52 71,2 (59,8 - 80,5)	21 28,8 (19,5 - 40,2)	0	10 13,7 (7,5 - 23,7)	34 46,6 (35,4 - 58,1)	29 39,7 (29,1 - 51,4)
G62.1	504 4,8 (4,4 - 5,2)	359 71,2 (67,1 - 75,0)	145 28,8 (25,0 - 32,9)	a	a	a	a
G72.1	a	a	a	a	a	a	a
I42.6	27 0,3 (0,2 - 0,4)	20 74,1 (54,3 - 87,3)	7 25,9 (12,7 - 45,7)	0	-	15 55,6 (36,6 - 73,0)	12 44,4 (27,0 - 63,4)
K29.2	174 1,7 (1,4 - 1,9)	144 82,8 (76,4 - 87,7)	30 17,2 (12,3 - 23,6)	a	a	a	a
K70	1.396 13,3 (12,6 - 13,9)	912 65,3 (62,8 - 67,8)	484 34,7 (32,2 - 37,2)	8 0,6 (0,3 - 1,1)	267 19,1 (17,1 - 21,3)	600 43,0 (40,4 - 45,6)	521 37,3 (34,8 - 39,9)
K86.0	131 1,2 (1,1 - 1,5)	106 80,9 (73,2 - 86,8)	25 19,1 (13,2 - 26,8)	0	42 32,1 (24,6 - 40,5)	65 49,6 (41,1 - 58,1)	24 18,3 (12,6 - 25,9)
O35.4	a	a	a	a	a	a	a
P04.3	a	a	a	a	a	a	a
Q86.0	13 0,1 (0,1 - 0,2)	6 46,2 (21,6 - 72,7)	7 53,8 (27,3 - 78,4)	a	a	a	a
R78.0	130 1,2 (1,0 - 1,5)	99 76,2 (68,1 - 82,7)	31 23,8 (17,3 - 31,9)	37 28,5 (21,3 - 36,8)	37 28,5 (21,3 - 36,8)	36 27,7 (20,7 - 36,0)	20 15,4 (10,1 - 22,7)
T51 ³	330 3,1 (2,8 - 3,5)	235 71,2 (66,1 - 75,8)	95 28,8 (24,2 - 33,9)	77 23,3 (19,1 - 28,2)	117 35,5 (30,5 - 40,8)	98 29,7 (25,0 - 34,9)	38 11,5 (8,5 - 15,4)

Anmerkung: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ¹F10 umfasst die Diagnosen F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9. ²Somatoforme Folgeschäden (SF) umfassen die Diagnosen E52 (nur ambulant), G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 (K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9), K86.0, O35.4 (nur ambulant) P04.3, Q86.0, und R78.0. ³T51 umfasst die Diagnosen T51.0 und T51.9. Dargestellt ist die Anzahl der Personen, welche die Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum gestellt bekamen. Eine Person kann mehrere Diagnosen bekommen haben und einzelne Diagnosen mehrfach.

Tabelle 4.1-4 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären oder ambulanten Behandlungsrahmen in Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
Bremen	N = 8.090	5.469	2.621	425	2.220	3.160	2.285
		67,6 (66,6 - 68,6)	32,4 (31,4 - 33,4)	5,3 (4,8 - 5,8)	27,4 (26,5 - 28,4)	39,1 (38,0 - 40,1)	28,2 (27,3 - 29,2)
Diagnosen	n						
	% (95% KI)						
F10 ^b	6.850	4.744	2.106	315	1.945	2.769	1.821
	84,7 (83,9 - 85,4)	69,3 (68,2 - 70,3)	30,7 (29,7 - 31,8)	4,6 (4,1 - 5,1)	28,4 (27,3 - 29,5)	40,4 (39,3 - 41,6)	26,6 (25,6 - 27,6)
F10.1	3.344	2.337	1.007	105	1.017	1.330	892
	41,3 (40,3 - 42,4)	69,9 (68,3 - 71,4)	30,1 (28,6 - 31,7)	3,1 (2,6 - 3,8)	30,4 (28,9 - 32,0)	39,8 (38,1 - 41,4)	26,7 (25,2 - 28,2)
F10.2	4.334	3.029	1.305	48	1.211	1.990	1.085
	53,6 (52,5 - 54,7)	69,9 (68,5 - 71,2)	30,1 (28,8 - 31,5)	1,1 (0,8 - 1,5)	27,9 (26,6 - 29,3)	45,9 (44,4 - 47,4)	25,0 (23,8 - 26,3)
Somatoforme	1.724	1.151	573	50	341	704	629
Folgeschäden ^c	21,3 (20,4 - 22,2)	66,8 (64,5 - 68,9)	33,2 (31,1 - 35,5)	2,9 (2,2 - 3,8)	19,8 (18,0 - 21,7)	40,8 (38,5 - 43,2)	36,5 (34,2 - 38,8)
T51 ^d	191	129	62	49	71	49	22
	2,4 (2,1 - 2,7)	67,5 (60,6 - 73,8)	32,5 (26,2 - 39,4)	25,7 (19,9 - 32,3)	37,2 (30,6 - 44,3)	25,7 (19,9 - 32,3)	11,5 (7,7 - 16,9)

Anmerkungen: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^b F10 umfasst die Diagnosen F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9. ^c Somatoforme Folgeschäden (SF) umfassen die Diagnosen E52 (nur ambulant), G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 (K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9), K86.0, O35.4 (nur ambulant) P04.3, Q86.0, und R78.0. ^d T51 umfasst die Diagnosen T51.0 und T51.9. Dargestellt ist die Anzahl der Personen, welche die Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum gestellt bekamen. Eine Person kann mehrere Diagnosen bekommen haben und einzelne Diagnosen mehrfach.

Tabelle 4.1-5 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären oder ambulanten Behandlungsrahmen in Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
Bremer-	N = 2.416	1.805	611	137	708	991	580
haven		74,7 (72,9 - 76,4)	25,3 (23,6 - 27,1)	5,7 (4,8 - 6,7)	29,3 (27,5 - 31,2)	41,0 (39,1 - 43,0)	24,0 (22,3 - 25,8)
Diagnosen	n						
	% (95% KI)						
F10 ^b	2.098	1.587	511	103	647	875	473
	86,8 (85,4 - 88,1)	75,6 (73,8 - 77,4)	24,4 (22,6 - 26,2)	4,9 (4,1 - 5,9)	30,8 (28,9 - 32,9)	41,7 (39,6 - 43,8)	22,5 (20,8 - 24,4)
F10.1	1.001	765	236	38	323	428	212
	41,4 (39,5 - 43,4)	76,4 (73,7 - 79,0)	23,6 (21,0 - 26,3)	3,8 (2,8 - 5,2)	32,3 (29,4 - 35,2)	42,8 (39,7 - 45,8)	21,2 (18,8 - 23,8)
F10.2	1.254	971	283	19	396	563	276
	51,9 (49,9 - 53,9)	77,4 (75,0 - 79,7)	22,6 (20,3 - 25,0)	1,5 (1,0 - 2,4)	31,6 (29,1 - 34,2)	44,9 (42,2 - 47,7)	22,0 (19,8 - 24,4)
Somatoforme	418	301	117	a	a	a	a
Folgeschäden ^c	17,3 (15,8 - 18,9)	72,0 (67,5 - 76,1)	28,0 (23,9 - 32,5)				
T51 ^d	139	106	33	28	46	49	16
	5,8 (4,9 - 6,8)	76,3 (68,5 - 82,6)	23,7 (17,4 - 31,5)	20,1 (14,3 - 27,7)	33,1 (25,8 - 41,4)	35,3 (27,7 - 43,6)	11,5 (7,2 - 18,0)

Anmerkung: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^bF10 umfasst die Diagnosen F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9. ^cSomatoforme Folgeschäden (SF) umfassen die Diagnosen E52 (nur ambulant), G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 (K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9), K86.0, O35.4 (nur ambulant) P04.3, Q86.0, und R78.0. ^dT51 umfasst die Diagnosen T51.0 und T51.9. Dargestellt ist die Anzahl der Personen, welche die Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum gestellt bekamen. Eine Person kann mehrere Diagnosen bekommen haben und einzelne Diagnosen mehrfach.

Tabelle 4.1-6 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose in den verschiedenen Settings in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
	N = 10.508	7.276	3.232	562	2.928	4.152	2.866
		69,2 (68,4 - 70,1)	30,8 (29,9 - 31,6)	5,3 (4,9 - 5,8)	27,9 (27,0 - 28,7)	39,5 (38,6 - 40,5)	27,3 (26,4 - 28,1)
Ambulante Diagnosen:	Gesichert						
F10 ^b	7.842	5.559	2.283	207	2.184	3.379	2.072
	74,6 (73,8 - 75,5)	70,9 (69,9 - 71,9)	29,1 (28,1 - 30,1)	2,6 (2,3 - 3,0)	27,9 (26,9 - 28,9)	43,1 (42,0 - 44,2)	26,4 (25,5 - 27,4)
F10.1	3.855	2.754	1.101	93	1.153	1.612	997
	36,7 (35,8 - 37,6)	71,4 (70,0 - 72,8)	28,6 (27,2 - 30,0)	2,4 (2,0 - 2,9)	29,9 (28,5 - 31,4)	41,8 (40,3 - 43,4)	25,9 (24,5 - 27,3)
F10.2	4.929	3.492	1.437	42	1.351	2.320	1.216
	46,9 (46,0 - 47,9)	70,8 (69,6 - 72,1)	29,2 (27,9 - 30,4)	0,9 (0,6 - 1,2)	27,4 (26,2 - 28,7)	47,1 (45,7 - 48,5)	24,7 (23,5 - 25,9)
SF ^c	1.542	1.001	541	12	264	647	619
	14,7 (14,0 - 15,4)	64,9 (62,5 - 67,3)	35,1 (32,7 - 37,5)	0,8 (0,4 - 1,4)	17,1 (15,3 - 19,1)	42,0 (39,5 - 44,4)	40,1 (37,7 - 42,6)
T51 ^d	259	193	66	62	86	76	35
	2,5 (2,2 - 2,8)	74,5 (68,8 - 79,5)	25,5 (20,5 - 31,2)	23,9 (19,1 - 29,5)	33,2 (27,7 - 39,2)	29,3% (24,1 - 35,2)	13,5 (9,9 - 18,3)
Ambulante Diagnosen:	Verdacht						
F10 ^b	585	416	169	34	197	234	120
	5,6 (5,1 - 6,0)	71,1 (67,3 - 74,6)	28,9 (25,4 - 32,7)	5,8 (4,2 - 8,0)	33,7 (30,0 - 37,6)	40,0 (36,1 - 44,0)	20,5 (17,4 - 24,0)
F10.1	210	145	65	a	a	a	a
	2,0 (1,7 - 2,3)	69,0 (62,5 - 74,9)	31,0 (25,1 - 37,5)				
F10.2	237	170	67	a	a	a	a
	2,3 (2,0 - 2,6)	71,7 (65,7 - 77,1)	28,3 (22,9 - 34,3)				
SF ^c	97	59	38	6	29	37	25
	0,9 (0,8 - 1,1)	60,8 (50,8 - 70,1)	39,2 (29,9 - 49,2)	6,2 (2,8 - 13,1)	29,9 (21,6 - 39,8)	38,1 (29,0 - 48,2)	25,8 (18,0 - 35,4)
T51 ^d	82	57	25	25	33	17	7
	0,8 (0,6 - 1,0)	69,5 (58,7 - 78,5)	30,5 (21,5 - 41,3)	30,5 (21,5 - 41,3)	40,2 (30,2 - 51,2)	20,7 (13,3 - 30,9)	8,5 (4,1 - 16,9)

Stationäre Diagnosen							
F10 ^b	3.038	2.186	852	252	1.125	1.065	596
	28,9 (28,1 - 29,8)	72,0 (70,3 - 73,5)	28,0 (26,5 - 29,7)	8,3 (7,4 - 9,3)	37,0 (35,3 - 38,8)	35,1 (33,4 - 36,8)	19,6 (18,2 - 21,0)
F10.1	748	524	224	62	292	233	161
	7,1 (6,6 - 7,6)	70,1 (66,7 - 73,2)	29,9 (26,8 - 33,3)	8,3 (6,5 - 10,5)	39,0 (35,6 - 42,6)	31,1 (27,9 - 34,6)	21,5 (18,7 - 24,6)
F10.2	1.900	1.419	481	40	771	770	319
	18,1 (17,4 - 18,8)	74,7 (72,7 - 76,6)	25,3 (23,4 - 27,3)	2,1 (1,5 - 2,9)	40,6 (38,4 - 42,8)	40,5 (38,3 - 42,8)	16,8 (15,2 - 18,5)
SF ^c	872	646	226	43	235	355	239
	8,3 (7,8 - 8,8)	74,1 (71,1 - 76,9)	25,9 (23,1 - 28,9)	4,9 (3,7 - 6,6)	26,9 (24,1 - 30,0)	40,7 (37,5 - 44,0)	27,4 (24,5 - 30,5)
T51 ^d	80	50	30	17	34	25	4
	0,8 (0,6 - 0,9)	62,5 (51,4 - 72,4)	37,5 (27,6 - 48,6)	21,2 (13,6 - 31,6)	42,5 (32,1 - 53,6)	31,2 (22,0 - 42,2)	5,0 (1,9 - 12,6)

Anmerkung: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^bF10 umfasst die Diagnosen F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9. ^cSomatoforme Folgeschäden (SF) umfassen die Diagnosen E52 (nur ambulant), G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 (K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9), K86.0, O35.4 (nur ambulant) P04.3, Q86.0, und R78.0. ^dT51 umfasst die Diagnosen T51.0 und T51.9. Dargestellt ist die Anzahl der Personen, welche die Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum gestellt bekamen. Eine Person kann mehrere Diagnosen bekommen haben und einzelne Diagnosen mehrfach. a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet.

Tabelle 4.1-7 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer F10.2 Diagnose und einer Diagnose für alkohol-bezogene somatoforme Folgeschäden im stationären oder ambulanten Setting in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
	N = 10.508	7.276	3.232	562	2.928	4.152	2.866
		69,2 (68,4 - 70,1)	30,8 (29,9 - 31,6)	5,3 (4,9 - 5,8)	27,9 (27,0 - 28,7)	39,5 (38,6 - 40,5)	27,3 (26,4 - 28,1)
	n						
	% (95% KI)						
F10.2	5.590	4.002	1.588	67	1.607	2.554	1.362
	53,2 (52,2 - 54,2)	71,6 (70,4 - 72,8)	28,4 (27,2 - 29,6)	1,2 (0,9 - 1,5)	28,7 (27,6 - 29,9)	45,7 (44,4 - 47,0)	24,4 (23,3 - 25,5)
F10.2 & SF ^b	1.112	830	282	a	a	a	a
	10,6 (10,0 - 11,2)	74,6 (72,0 - 77,1)	25,4 (22,9 - 28,0)				

Anmerkung: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^b Somatoforme Folgeschäden (SF) umfassen die Diagnosen E52 (nur ambulant), G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 (K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9), K86.0, O35.4 (nur ambulant) P04.3, Q86.0, und R78.0. Dargestellt ist die Anzahl der Personen, welche die Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum gestellt bekamen. Eine Person kann mehrere Diagnosen bekommen haben und einzelne Diagnosen mehrfach.

Tabelle 4.1-8 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose im stationären Behandlungsrahmen in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
	N = 10.508	7.276	3.232	562	2.928	4.152	2.866
		69,2 (68,4 - 70,1)	30,8 (29,9 - 31,6)	5,3 (4,9 - 5,8)	27,9 (27,0 - 28,7)	39,5 (38,6 - 40,5)	27,3 (26,4 - 28,1)
	n						
	% (95% KI)						
Aufnahme- diagnose F10.2	925	685	240	22	441	374	88
	8,8 (8,3 - 9,4)	74,1 (71,1 - 76,8)	25,9 (23,2 - 28,9)	2,4 (1,6 - 3,6)	47,7 (44,5, 50,9)	40,4 (37,3, 43,6)	9,5 (7,8, 11,6)
Qualifizierter Entzug	216	157	59	7	119	75	15
	2,1 (1,8 - 2,3)	72,7 (66,3 - 78,2)	27,3 (21,8 - 33,7)	3,2 (1,5 - 6,7)	55,1 (48,4, 61,6)	34,7 (28,7, 41,3)	6,9 (4,2, 11,2)
Qual. Entzug & SF ^b	71	55	16	a	a	a	a
	32,9 (26,9 – 39,5) ^c	77,5 (66,2 - 85,8)	22,5 (14,2 - 33,8)				

Anmerkung: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^b Sowohl ambulant als auch stationäre Diagnosen. Somatoforme Folgeschäden (SF) umfassen die Diagnosen E52 (nur ambulant), G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70 (K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9), K86.0, O35.4 (nur ambulant) P04.3, Q86.0, und R78.0. ^c Anteil an Personen mit mind. einem qualitativen Entzug. Dargestellt sind Personen, für die die angegebene Intervention bzw. Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum zutraf.

Tabelle 4.1-9 Anzahl der Personen mit mind. einer alkoholbezogenen Sucht-Reha nach DRV in Bremen/Bremerhaven 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
	n						
	% (95% KI)						
Mind. eine Reha	343	277	66	a	a	a	a
		80,8 (76,2 - 84,6)	19,2 (15,4 - 23,8)				
Mind. eine regulär beendete Reha	162	130	32	a	a	a	a
	47,2 (42,0 - 52,6)	80,2 (73,3 - 85,7)	19,8 (14,3 - 26,7)				

Anmerkung: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. Gezählt wurden Personen, für die die angegebene Diagnose bzw. Intervention mindestens einmal im Betrachtungszeitraum zutraf.

Tabelle 4.1-10 Anzahl der Personen mit mind. einer F10 Diagnose in der ambulanten Suchthilfeeinrichtung in Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
Diagnose	n						
	% (95% KI)						
F10 ^b	730	503	227	19	345	302	64
		68,9 (65,4 - 72,2)	31,1 (27,8 - 34,6)	2,6 (1,7 - 4,0)	47,3 (43,7 - 50,9)	41,4 (37,8 - 45,0)	8,8 (6,9 - 11,1)
F10.0	29	23	6	a	a	a	a
	4,0 (2,8 - 5,7)	79,3 (60,5 - 90,5)	20,7 (9,5 - 39,5)				
F10.1	16	8	8	a	a	a	a
	2,2 (1,3 - 3,6)	50,0 (26,6 - 73,4)	50,0 (26,6 - 73,4)				
F10.2	365	239	126	6	170	152	37
	50,0 (46,4 - 53,6)	65,5 (60,4 - 70,2)	34,5 (29,8 - 39,6)	1,6 (0,7 - 3,6)	46,6 (41,5 - 51,7)	41,6 (36,7 - 46,8)	10,1 (7,4 - 13,7)
F10.3	297	214	83	a	a	a	a
	40,7 (37,2 - 44,3)	72,1 (66,7 - 76,9)	27,9 (23,1 - 33,3)				
F10.4	22	18	4	0	6	11	5
	3,0 (2,0 - 4,5)	81,8 (59,7 - 93,2)	18,2 (6,8 - 40,3)	-	27,3 (12,5 - 49,5)	50,0 (29,8 - 70,2)	22,7 (9,6 - 45,0)
F10.5	a	a	a	a	a	a	a
F10.6	7	a	a	a	a	a	a
	1,0 (0,5 - 2,0)						

Anmerkungen: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^bF10 umfasst die Diagnosen F10.0, F10.1, F10.2, F10.3, F10.4, F10.5, F10.6. Eine Person kann mehrere Diagnosen bekommen haben und einzelne Diagnosen mehrfach.

Tabelle 4.1-11 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose mit einer ambulanten F10.2 Diagnose und mind. einmal Besucher der ambulanten Suchthilfeeinrichtung der GeNo im Land Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
GKV	N =10.508	7.276	3.232	562	2.928	4152	2.866
		69,2 (68,4 - 70,1)	30,8 (29,9 - 31,6)	5,3 (4,9 - 5,8)	27,9 (27,0 - 28,7)	39,5 (38,6 - 40,5)	27,3 (26,4 - 28,1)
amb. Suchthilfe	N =730	503	227	19	345	302	64
		68,9 (65,4 - 72,2)	31,1 (27,8 - 34,6)	2,6 (1,7 - 4,0)	47,3 (43,7 - 50,9)	41,4 (37,8 - 45,0)	8,8 (6,9 - 11,1)
	n						
	% (95% KI)						
F10.2 Amb.	4.929	3.492	1.437	42	1.351	2.320	1.216
	46,9 (46,0 - 47,9) ^b	70,8 (69,6 - 72,1)	29,2 (27,9 - 30,4)	0,9 (0,6 - 1,2)	27,4 (26,2 - 28,7)	47,1 (45,7 - 48,5)	24,7 (23,5 - 25,9)
F10.2 Amb. & amb. Suchthilfe	174	157	17	a	a	a	a
	3,5 (3,0 - 4,1) ^c	90,2 (84,8 - 93,8)	9,8 (6,2 - 15,2)				

Anmerkungen: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^b Anteil an gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose. ^c Anteil an gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer ambulanten F10.2 Diagnose. Dargestellt sind Personen, für die die angegebene Intervention bzw. Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum zutraf.

Tabelle 4.1-12 Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose, der Personen mit mind. einer Rehabilitationsmaßnahme und mind. einmal Besucher der ambulanten Suchthilfe im Land Bremen 2016/2017, nach Geschlecht und Altersgruppe

	Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			
		Männer	Frauen	16 - 24	25 - 49	50 - 64	65+
GKV	N = 10.508	7.276	3.232	562	2.928	4.152	2.866
		69,2 (68,4 - 70,1)	30,8 (29,9 - 31,6)	5,3 (4,9 - 5,8)	27,9 (27,0 - 28,7)	39,5 (38,6 - 40,5)	27,3 (26,4 - 28,1)
DRV	N = 343	277	66	a	a	a	a
		80,8 (76,2 - 84,6)	19,2 (15,4 - 23,8)				
amb. Suchthilfe	N = 730	503	227	19	345	302	64
		68,9 (65,4 - 72,2)	31,1 (27,8 - 34,6)	2,6 (1,7 - 4,0)	47,3 (43,7 - 50,9)	41,4 (37,8 - 45,0)	8,8 (6,9 - 11,1)
	n						
	% (95% KI)						
Qualifizierter Entzug (QE)	216	157	59	7	119	75	15
		2,1 (1,8 - 2,3) ^b	72,7 (66,3 - 78,2)	27,3 (21,8 - 33,7)	3,2 (1,5 - 6,7)	55,1 (48,4, 61,6)	34,7 (28,7, 41,3)
QE und amb. Suchthilfe	45	35	10	a	a	a	a
		20,8 (15,9 - 26,8) ^c	77,8 (63,1 - 87,7)	22,2 (12,3 - 36,9)			
QE, amb. Suchthilfe und Reha	6	6	0	a	a	a	a
		13,3 (5,9 - 27,3) ^d	100				

Anmerkung: a: Zellen mit sehr kleiner Größe (n<5) wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht abgebildet. ^b Anteil an gesetzlich krankenversicherten Personen mit mind. einer alkohol-bezogenen ICD-10 Diagnose. ^c Anteil an Personen mit mind. einem qualitativen Entzug. ^d Anteil an Personen mit mind. einem qualitativen Entzug und Besuch der ambulanten Suchthilfe der GeNo. Dargestellt sind Personen, für die die angegebene Intervention bzw. Diagnose mindestens einmal im Betrachtungszeitraum zutraf.

Weiterführende Einordnung der Ergebnisse

Die deskriptive Auswertung von Versorgungsleistungen der zwei gesetzlichen Krankenkassen, der ambulanten Suchtberatung und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg/Bremen von Personen, bei denen in den Jahren 2016 und 2017 eine Haupt- oder Nebendiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.x)“ oder eine vollständig alkohol-attributable Diagnose dokumentiert wurde, geben wertvolle Hinweise auf die zukünftige Nutzung der Daten. Aufgrund der längeren Zeitdauer der Datenlieferung der ausgewählten Versorgungsträger als erwartet war es nach Abschluss der Datenprüfung im September 2020 nicht mehr möglich, die Daten entsprechend den Fragestellungen des Projektes zu analysieren. Ziel dieser kurzen Zusammenfassung ist es daher, die deskriptiven Ergebnisse zu reflektieren und darzulegen, welche versorgungsrelevanten Fragen mit den Daten beantwortet werden können.

Bezogen auf die Gesamtzahl der im Jahr 2017 Versicherten (332.961 Personen) wiesen im Zeitraum 2016 und 2017 8.950 Personen mindestens eine F10.x Diagnose im Zusammenhang mit Alkohol aus. Dies entspricht einem Anteil von 2,7%. Erweitert man die F10.x Diagnosen um Diagnosen zu somatoformen Folgeschäden und der Diagnose toxische Wirkung von Alkohol (T51), ergibt sich eine Gesamtzahl von 10.508 Personen, oder ein Anteil von 3,2%, bei denen psychische oder somatische Störungen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Alkohol diagnostiziert wurden. Geht man davon aus, dass alkoholbezogene Störungen oder Folgeschäden in der Gesamtbevölkerung Bremens ab 16 Jahren (584.516 Personen) gleich verteilt sind, dann ist bei 3,2% (n=8.050) der 251.555 gesetzlich Krankenversicherten, nicht bei einer der beiden GKVen versichert sind, ebenfalls von einer alkoholbezogenen Störung oder von alkoholbezogenen Folgeschäden auszugehen. In Verbindung mit den zusätzlichen Personen mit einer F10.2 Diagnose Alkoholabhängigkeit, die Kontakt zur Suchthilfe hatten oder sich einer Rehabilitationsbehandlung über die DRV unterzogen haben, ergibt sich eine Gesamtschätzung von 18.900 Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder alkoholbezogenen Folgeschäden in Bremen (10.205 nur bei AOK oder hkk versicherte Personen, 8.050 nicht bei der AOK oder hkk versicherte Personen, sowie 452 Personen mit Kontakt zur Suchthilfe (ohne Diagnose bei AOK oder hkk oder ohne Rehabilitationsmaßnahme) und 193 Personen mit einer Rehabilitationsmaßnahme (ohne Diagnose bei AOK oder hkk oder Kontakt zur Suchthilfe). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung Bremens im Alter von ≥ 16 Jahren (n=584.516 Personen) ergibt sich ein geschätzter Anteil von 3,2% Person mit alkoholbezogenen Störungen oder alkoholbezogenen Folgeschäden in Bremen.

Wie aus Tabelle 4.1-3 und Tabelle 4.1-6 hervorgeht, beträgt der Anteil somatischer Folgeschäden an allen F10.2 (Alkoholabhängigkeit) Diagnosen in der medizinischen Versorgung etwa 20% und die Mehrheit der Diagnosen wird in der ambulanten medizinischen Versorgung vorgenommen. Mit den Daten zu bestimmten Maßnahmen wie qualifizierter Entzug mit einem Anteil von etwa 25% nach

Aufnahme in die stationäre Versorgung lassen sich Profile von Patienten und Patientinnen hinsichtlich weiterer Diagnosen vornehmen sowie anhand von Anschlussbehandlungen leitlinienkonforme oder nonkonforme Verläufe quantifizieren. Ebenso können mit den über die Versorgungssegmente verbundenen Personendaten (siehe Tabelle 4.1-12) mit Hilfe von Clusteranalysen typische Verläufe von Patienten und Patientinnen mit typischen Charakteristiken wie komorbide Störungen, Versorgungsleitungen oder Medikation erstellt und diese hinsichtlich ihrer Konformität mit den S3-Leitlinien überprüft werden.

4.2 Modul A2: Ergänzende Befragung von regionalen Einrichtungen zur Versorgungsleistung

Operationalisierung der Ziele

Für das Erreichen des übergeordneten Ziels der bedarfsgerechten Entwicklung von Umsetzungsstrategien für die S3 Leitlinie „Alkoholbezogene Störungen“, ist die Bestandsaufnahme der Versorgungsleistung verschiedener Bereiche in der Modellregion notwendig. Dazu wurden in dem Modul A2 regionale Einrichtungen der direkten Versorgung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen sowie assoziierte Bereiche befragt. Ziel war es, mögliche Verbesserungspotentiale durch eine leitliniengerechte Versorgung zu quantifizieren.

Datenerhebung

Für die quantitative Befragung in Modul A2 wurden fünf verschiedene Fragebogenversionen erstellt. Die Fragebögen wurden auf Grundlage der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ entwickelt. Die Fragen bezogen sich auf die dort erwähnten Handlungsleitfäden. Anhand dieser Struktur erhielt jede Behandlergruppe einen individuellen, den Gegebenheiten und Handlungsleitlinien angepassten Fragebogen, um die Spezifika der anvisierten Berufsgruppen möglichst passgenau zu erfragen und damit die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen:

- 1) Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen in suchtspezifischen Settings (Spezialambulanz, Klinik, suchtmmedizinische Grundversorgung),
- 2) Ärzte und Ärztinnen sowie Psychologen und Psychologinnen ohne spezifischen Suchtbezug (Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, psychotherapeutische Praxis),
- 3) Gynäkologen und Gynäkologinnen,
- 4) Kinder- und Jugendlichenbehandelnde,
- 5) Hebammen und Entbindungspflegerinnen,
- 6) Mitarbeitende von ambulanten Pflegediensten.

Die Fragebögen bestehen in allen fünf Versionen aus maximal sieben Teilen: allgemeine soziodemografische Daten, Fragen zur beruflichen Tätigkeit, Screening/Früherkennung, Diagnostik, Behandlung alkoholbezogener Störungen und weitere Einschätzungen (v.a. Einstellungen zur Behandlung von Risikokonsumierenden sowie Patienten und Patientinnen mit alkoholbezogenen Störungen). Die Themen „Weiterbehandlung“ und „besondere Patientengruppen“ wurden in unterschiedlicher Detailtiefe in Abhängigkeit der oben aufgeführten Behandlergruppe erfragt. Im vorliegenden Bericht werden – sofern nicht anders angegeben – nur Informationen, die beim Großteil der befragten Behandelnden erfasst wurden, präsentiert. Daher wird auf eine detailliertere Beschreibung an dieser Stelle verzichtet. Die im Fragebogen verwendeten Substanzkategorien/Konsumklassen wurden in Übereinstimmung mit dem Diagnostic and Statistical Manual of Diseases (DSM)-IV, der International Classification of Diseases (ICD)-10 und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert und wie folgt unterteilt:

- risikoarmer Konsum,
- problematischer Konsum (riskanter Alkoholkonsum, schädlicher Alkoholkonsum (F10.1) und Alkoholabhängigkeit (F10.2)),
- riskanter Alkoholkonsum,
- schädlicher Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1),
- Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2).

Die Fragen bezüglich Screening/Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Weiterbehandlung und besondere Patientengruppen (Frauen und schwangere Frauen, Jugendliche bis 18 Jahre und Ältere >65 Jahre) wurden in Anlehnung an den Aufbau der S3-Leitlinie generiert. Der Schwerpunkt lag auf den Fragen zum „Screening“ (z.B. „Bei wie vielen Patienten und Patientinnen haben Sie Fragebogenverfahren zum Screening auf problematischen Alkoholkonsum durchgeführt?“), Diagnostik (z.B. „Bei wie vielen Ihrer typischen Patienten und Patientinnen mit problematischem Alkoholkonsum wendeten Sie eine systematische Diagnostik an?“) und Kurzinterventionen (z.B. „Bei wie vielen Ihrer typischen Patienten und Patientinnen mit problematischem Alkoholkonsum führten Sie eine sogenannte Kurzintervention durch?“).

Weitere Bestandteile des Fragebogens waren, die Erfahrungen in suchtmmedizinischer Weiterbildung und der Kenntnisgrad der S3-Leitlinie. Ebenfalls wurden die beiden Subskalen „Motivation“ und „Zufriedenheit“ aus dem „Shortened Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (SAAPPQ)“ (Anderson & Clement, 1987) erfragt. Dieser Fragebogen erfasst die Einstellungen von Behandelnden gegenüber der Behandlung von Personen mit Alkoholproblemen.

Vor Beginn der Datenerhebung wurde mit n=6 Teilnehmenden ein kognitiver Pretest durchgeführt. Hierbei wurden Vertretende der jeweiligen Berufsgruppe gebeten, den Fragebogen mit Fokus auf Bearbeitungszeit und Verständnis auszufüllen. Die am Pretest Beteiligten entstammten folgender

Berufsbereiche: Allgemeinmedizin, ambulante Suchtberatung, Gynäkologie, Geburtshilfe, ambulante Pflege sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Anschließend wurden in einem entweder persönlichen oder telefonischen Interview eventuelle Verständnisschwierigkeiten und Veränderungsvorschläge exploriert. Die so erhobenen Befragungsbarrieren flossen in die weitere Entwicklung der Fragebögen mit ein und Veränderungen bzw. Anpassungen wurden entsprechend der Vorschläge vorgenommen.

Befragung

Die Information der Behandelnden über die Befragung erfolgte postalisch sowie über E-Mail-Verteiler der entsprechenden Fachgesellschaften und –verbände. Die Adressen, welche zum Versand der Fragebögen genutzt wurden, entstammten bei den ärztlichen Befragten aus dem öffentlich zugänglichen Register der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Hierüber wurden auch die Ärzte und Ärztinnen mit einer Weiterbildung zur suchtmmedizinischen Grundversorgung identifiziert. Für die Ansprache der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen wurde die Adressdatenbanken sowohl der Kassenärztlichen Vereinigung als auch sowie des von der Landespsychotherapeutenkammer Bremen gepflegten „Psychinfo.de“-Portals genutzt. Über den Hebammenlandesverband Bremen e.V. erfolgte die Ansprache von Hebammen. Innerhalb des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikverbundes Gesundheit Nord, wurden die Fragebögen durch persönliche Ansprache des ärztlichen Direktors verteilt. Darüber hinaus wurde der Berufsverband der Frauenärzte in Bremen und die Landespsychotherapeutenkammer gebeten, über ihren E-Mail-Verteiler die Mitglieder über die Möglichkeit der Teilnahme an Studie zu informieren.

Der postalische Versand erfolgte an alle identifizierten Adressaten und Adressatinnen (N=1.141) zweimalig, um die Rücklaufquote zu erhöhen. Die erste Versendung erfolgte am 07.03.2018, die zweite am 27.03.2018. In dem Anschreiben wurde über die Studie aufgeklärt und sowohl auf die Möglichkeit der online-Bearbeitung des Fragebogens über EVA-SYS als auch die Rücksendung des beigefügten Fragebogens per frankiertem Rückumschlag verwiesen. Um die Fragebögen den verschiedenen Berufsgruppen zuordnen zu können, wurden sie mittels einer 4-stelligen Zufallszahl versehen, die gleichzeitig für die Angeschriebenen als Zugangscode für die EVA-SYS-Befragung genutzt wurde.

Datenauswertung

Nach initialer Sichtung der Daten wurden folgende Auswertungen vorgenommen: Zunächst wurden die Angaben der Behandelnden dichotomisiert, die sich auf Fragen bezogen, die mit „X von 10 Patienten und Patientinnen“ oder „in Prozent“ angegeben wurden. Es wurden die Behandelnden, die 0 von 10 Patienten und Patientinnen oder 0 Prozent angaben, zu jenen kontrastiert, die eine positive Zahl angaben. Hierdurch sollte eine Abschätzung des Anteils an Behandelnden erfolgen, die prinzipiell eine Umsetzung der jeweiligen Leitlinienempfehlung anbieten. Im zweiten Schritt wurden dann die Kennwerte für die angegebene Anzahl der entsprechend versorgten Patienten und Patientinnen

dargestellt. Sowohl über alle Behandelnden als auch separat für diejenigen, die im ersten Auswertungsschritt überhaupt angaben, Patienten und Patientinnen entsprechend zu versorgen. Um Genderaspekte der Befragten zu berücksichtigen, wurde – sofern es die Fallzahlen zuließen – mittels Chi-Quadrat-Test auf Unterschiede in der Versorgungsleistung in Abhängigkeit des angegebenen Geschlechts der Befragten geprüft.

Ferner wurden logistische Regressionen berechnet zur Vorhersage der grundsätzlichen Umsetzung der entsprechend erfragten Leitlinienleistung (Angabe irgendeiner positiven Zahl auf die Frage nach der Häufigkeit einer geleisteten Leitlinienempfehlung vs. Angabe von 0). Hierzu wurden die Variablen Geschlecht, Tätigkeitsdauer, Dauer an suchtmmedizinischer Weiterbildung, bisheriger Kontakt zur S3-Leitlinie Alkohol, und die beiden Subskalen „Motivation“ und „Zufriedenheit“ des SAAPPQ gemeinsam als Prädiktoren in das Modell aufgenommen.

Die Auswertung erfolgte mittels SPSS 25 (IBM Inc.). Aufgrund des explorativen Charakters der Studie, wurde als Signifikanzniveau ein alpha von 5% (p-Wert <0.05) festgelegt, aber auch Trend-Level Signifikanz (p<0.10) gekennzeichnet.

Ergebnisse

Insgesamt gingen **248** (89,1% Bremen; 10,9% Bremerhaven) ausgefüllte Fragebögen in die Analyse ein. Der Großteil der ausgefüllten Bögen wurde per Post zurück gesendet (n=234, 94,3%), 8 Bögen wurden per Fax übermittelt (3,3%) und 6 Bögen online ausgefüllt (2,4%). Weitere 24 Teilnehmende sendeten unausgefüllte leere Fragebögen zurück, 6 davon teilten mit, dass sie keine Patienten und Patientinnen mit alkoholbezogenen Störungen behandeln würden.

In Tabelle 4.2-1 ist der Rücklauf nach Berufsgruppe, Alter und soziodemografischen Faktoren dargestellt. Der Rücklauf der Fragebögen aus der ambulanten Pflege war zu gering, sodass die Berufsgruppe aus der Auswertung ausgeschlossen wurde.

Tabelle 4.2-1 Stichprobenbeschreibung

	Total	HA	GYN	KJ	PSY	PPT	SP	HEB
N angeschriebene Behandelnde	1141	454	106	122	69	305	N.B.	N.B.
N	248	92	21	25	18	73	4	15
Geschlecht (% männlich)	33,9	53,9	25,0	26,3	33,3	22,2	75,0	0,0
Alter (SD)	54,6 (8,9)	53,4 (8,9)	55,8 (5,4)	55,3 (8,4)	56,6 (7,8)	55,4 (10,4)	49,5 (9,7)	53,7 (4,7)
% > 55 Jahre	50,0	45,6	45,0	54,2	55,6	55,6	50,0	42,9
Jahre in der Tätigkeit (SD)	16,4 (9,6)	16,5 (9,5)	18,3 (7,8)	15,0 (8,9)	15,4 (9,9)	17,8 (10,6)	7,5 (4,7)	12,1 (7,2)
% eigene (Gemeinschafts-) Praxis	88,3	95,7	100,0	100,0	83,3	97,3	0,0	6,7
Patienten und Patientinnen/Quartal (SD)	443,9 (487,7)	835,5 (425,0)	884,3 (289,6)	329,4 (422,2)	260,1 (378,7)	39,6 (21,7)	165,0 (190,9)	9,1 (4,4)

Legende: Abkürzung der Berufsbezeichnungen.

HA = Hausärzte/Hausärztinnen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin). GYN = Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie. KJ = Fachärzte/Fachärztinnen bzw. Therapeuten/Therapeutinnen aus dem Kinder- und Jugendbereich. PSY = Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie. PPT = Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen. SP = (Sozial-)Pädagogen/(Sozial-)Pädagoginnen. HEB = Hebammen.

Die Landespsychotherapeutenkammer Bremen weist in ihrer Statistik des Jahres 2015 insgesamt 614 Kammermitglieder (24,2% männlich) aus. Davon haben 324 eine Kassenzulassung. Die Stichprobenquote beträgt somit 11,9% (bzw. 22,5%).

Die meisten Behandelnden waren in ihrer eigenen oder einer Gemeinschaftspraxis (89%) tätig, dabei sahen sie im Durchschnitt 450 Patienten und Patientinnen bzw. Klienten und Klientinnen im Quartal. In einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis tätig zu sein, gaben 97% der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen an, 100% der Gynäkologen und Gynäkologinnen und der Kinder- und Jugendbehandelnden sowie 83% der Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 97% der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Alle vier antwortenden Fachkräfte der Sozialpädagogik arbeiteten in psychiatrischen Kliniken. 93% der Hebammen waren bei einer gemeinnützigen Stiftung mit dem Schwerpunkt der frühen Hilfen für Familien tätig. Die Zahl der gesehenen Patienten und Patientinnen schwankt erwartungsgemäß zwischen den Berufsgruppen: Während Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen angaben, pro Quartal durchschnittlich 848 Patienten bzw. Patientinnen zu behandeln, waren es bei den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen durchschnittlich 40 Patienten und Patientinnen pro Quartal.

Bekanntheit der Leitlinie

Etwa die Hälfte aller Befragten (48,1%) gab an, bisher noch nicht mit der Leitlinie in Kontakt gekommen zu sein. Nur etwa jede/r Vierte gab an, bisher mehr als 20 Minuten Kontakt mit der Leitlinie gehabt zu haben (siehe Tabelle 4.2-2).

Tabelle 4.2-2 Bekanntheit der Leitlinie nach Berufsgruppe und Dauer des Kontakts

Berufsgruppe	0 Minuten	Bis 20 Minuten	20 Minuten – 3 Stunden	> 3 Stunden
HA	32 (36,0%)	27 (30,3%)	22 (24,7%)	8 (9,0%)
GYN	8 (42,1%)	9 (47,4%)	2 (10,5%)	0 (0,0%)
KJ	18 (78,3%)	5 (21,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
PSY	8 (44,4%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	4 (22,2%)
PPT	37 (52,9%)	9 (12,9%)	13 (18,6%)	11 (15,7%)
HEB	9 (75%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	0 (0,0%)
ST	1 (6,3%)	5 (31,3%)	6 (37,5%)	4 (25%)
PK	1 (9,1%)	2(18,2%)	4 (35,4%)	4 (36,4%)
AB	59 (42,1%)	42 (30,0%)	27 (19,3%)	12 (8,6%)
NAB	54 (56,8%)	15 (15,8%)	15(15,8%)	11 (11,6%)
Total (m/w)	69 (46,6%)	37 (25,0%)	25 (16,9%)	17 (11,5%)
	41 (49,4%)	20 (24,1%)	16 (19,3%)	6 (7,2%)
Total	112 (48,1%)	57 (24,5%)	41 (17,6%)	23 (9,9%)

Legende: Abkürzung der Berufsbezeichnungen.

HA = Hausärzte/Hausärztinnen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin). GYN = Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie. KJ = Fachärzte/Fachärztinnen bzw. Therapeuten/Therapeutinnen aus dem Kinder- und Jugendbereich. PSY = Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie. PPT = Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen. SP = (Sozial-)Pädagogen/(Sozial-)Pädagoginnen. HEB = Hebammen.

Screening

Von den antwortenden Behandelnden gaben 26,6% an, überhaupt mittels Fragebögen bei ihren Patienten und Patientinnen auf problematischen Alkoholkonsum zu screenen. Diese Behandelnden gaben wiederum an, ein Drittel ihrer Patienten und Patientinnen mittels Fragebögen auf problematischen Alkoholkonsum zu screenen (32,1%) (siehe Tabelle 4.2-3).

Tabelle 4.2-3 Screeninghäufigkeiten derer die überhaupt screenen und der aller Befragten nach Berufsgruppe und getrennt für ärztliche und nicht-ärztliche Befragte

Berufsgruppe	%	Mittelwert	Range	Median	P25	P75
HA	> 0	17,5	1-100	10	6,25	20
	≥ 0	3,9	0-100	0	0	0
GYN	> 0	32,5	10-100	10	10	77,5
	≥ 0	6,2	0-100	0	0	0
KJ	> 0	-	-	-	-	-
	≥ 0	0	0	0	0	0
PSY	> 0	26,7	5-70	5	5	-
	≥ 0	4,44	0-70	0	0	0
PPT	> 0	45,6	1-100	20	5	99
	≥ 0	15,6	0-100	0	0	0
SA	> 0	-	-	-	-	-
	≥ 0	0	0	0	0	0
HEB	> 0	3	3-3	3	3	3
	≥ 0	0,2	0-3	0	0	0
AB	> 0	20,7	1-100	10	5	20
	≥ 0	3,88	0-100	0	0	0
NAB	> 0	43,9	1-100	17,5	4,8	98,5
	≥ 0	11,2	0-100	0	0	1
Total	> 0	32,1	1-100	10	5	65
	≥ 0	6,92	0-100	0	0	0

Legende: Abkürzung der Berufsbezeichnungen.

HA = Hausärzte/Hausärztinnen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin). GYN = Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie. KJ = Fachärzte/Fachärztinnen bzw. Therapeuten/Therapeutinnen aus dem Kinder- und Jugendbereich. PSY = Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie. PPT = Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen. SP = (Sozial-)Pädagogen/(Sozial-)Pädagoginnen. HEB = Hebammen.

Es zeigt sich, dass ausschließlich 3,6 % der Befragten ihre Patienten und Patientinnen leitliniengerecht mittels Fragebogenverfahren auf problematischen Alkoholkonsum screenen. Da keine Hinweise auf die Verzerrung der Screeningquote vorliegen, die darauf hindeuten, dass in den letzten 4 Wochen eine besondere Situation vorlag, die das Screeningverhalten im Vergleich zu den beiden Vormonaten beeinflusst haben könnte, wurde die Angabe der Frage zum prozentualen Screening als Schätzer für das prozentuale Screening im letzten Quartal herangezogen.

Bei Vorliegen einer Bluthochdruckdiagnose, einer alkoholassoziierten Folgeerkrankung oder einer psychischen Störung verdoppelte bis verdreifachte sich die Anzahl der Behandelnden, die angaben, in diesen Fällen überhaupt fragebogenbasierte Screenings anzuwenden. Auch verdoppelte sich die angegebene Quote der Patienten und Patientinnen, die von diesen Behandelnden dann entsprechend gescreent wurden. Da zur Prävalenz der entsprechenden Bedingungen (neu diagnostizierter Bluthochdruck, alkoholassoziierte Folgeerkrankung, Psychische Störung) keine Daten in unserem Teilprojekt erhoben wurden, können hier keine Abschätzungen zur Häufigkeit von leitliniengerechtem Screening bei den entsprechend betroffenen Patienten und Patientinnen gemacht werden.

Die größte relative Häufigkeit von Behandelnden, die angaben, überhaupt mittels Fragebogenverfahren zu screenen, fand sich in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Dies dürfte auch die Erklärung für den Trend des Geschlechtseffekts in dieser Frage erklären, da Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen häufiger weiblich sind. Weiterhin ist in psychotherapeutischen Behandlungssettings eine ausführlichere Diagnostik mittels Fragebogen meistens Bestandteil der Probatorischen Sitzungen, so dass hier auch die strukturellen Gegebenheiten ein leitliniengerechtes Screening mittels Fragebogen begünstigen.

Die Betrachtung der Screening-Wahrscheinlichkeit von suchttherapeutisch spezialisierten und von in psychiatrischen Krankenhäusern Tätigen, deutet darauf hin, dass in diesen Settings ein Screening aufgrund der symptomatischen Deutlichkeit in der Regel nicht notwendig ist (Daten nicht gezeigt).

Ergänzend zur Befragung nach der fragebogenbasierten Screeninghäufigkeit wurde noch erfasst, welche Fragebogeninstrumente von den Behandelnden eingesetzt wurden. Der AUDIT bzw. der AUDIT-C wurde von 7,6% der allgemeinärztlich Behandelnden und von 2,7% der psychotherapeutisch Behandelnden verwendet, von anderen Berufsgruppen gar nicht. Vereinzelt wurden andere Fragebögen genannt (CAGE, Fragebogen von Jellinek, SKID, ISR20, MAST). Die meisten Behandelnden gaben jedoch an, in eigenen Worten zu screenen (46% über alle Berufsgruppen). Dies spricht dafür, dass zwar mehr Behandelnde auf problematischem Alkoholkonsum screenen, als durch die Angaben in der Frage nach eingesetzten Fragebögen ersichtlich wird, jedoch nicht wie die Leitlinien empfehlen mittels valider Fragebögen.

Ob Behandelnde überhaupt ein leitliniengerechtes Screening anbieten – allgemein oder bei Patienten und Patientinnen mit besonderen Indikatoren und Risikofaktoren – wurde in allen berechneten Regressionsmodellen allein durch die Dauer des Kontakts mit der S3-Leitlinie zu Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen signifikant vorhergesagt. Das Geschlecht, die Dauer der beruflichen Tätigkeit sowie die Einstellung gegenüber der Behandlung von Personen mit Alkoholproblemen haben keinen Einfluss auf die Durchführung des Screenings (siehe Tabelle 4.2-4). Behandelnde die angaben, bisher überhaupt keinen Kontakt mit der Leitlinie gehabt zu haben,

screenen allgemein signifikant seltener (7,1%) als diejenigen, die bereits Kontakt angegeben haben (34,5%; $\chi^2=26,07$, $p<0.001$).

Tabelle 4.2-4 Logistische Regression zur Wahrscheinlichkeit des Screenens

	Screening allgemein		Screening bei Bluthochdruck		Screening bei alkoholassoziierten Folgeerkrankungen		Screening bei psychischen Störungen	
	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI
Geschlecht	1,51	0,68-3,36	0,97	0,47-2,03	0,63	0,31-1,27	0,59	0,29-1,21
Tätigkeitsdauer	1,00	0,96-1,04	1,01	0,97-1,05	1,00	0,96-1,03	1,00	0,96-1,03
Dauer der suchtmmedizinischen Weiterbildung	0,97	0,73-1,28	0,78	0,59-1,03	0,81	0,62-1,05	0,91	0,71-1,17
Kontakt mit S3-Leitlinie Alkohol	2,44***	1,63-3,67	1,59*	1,08-2,33	1,67*	1,15-2,43	2,11***	1,38-3,22
SAAPPQ: Motivation	1,05	0,68-1,63	1,29	0,85-1,97	1,36	0,91-2,04	0,90	0,62-1,31
SAAPPQ: Zufriedenheit	1,22	0,78-1,93	1,05	0,68-1,63	0,94	0,62-1,44	1,29	0,84-1,97
Modelstatistik:								
Nagelkerke R²	0,26		0,1		0,13		0,15	
%Correct	79,5		64,5		65,8		69,9	

* $p<0.05$, *** $p<0.001$

Diagnostik

Die Hälfte der Befragten gab an, systematische Diagnostik bei Patienten und Patientinnen mit problematischem Alkoholkonsum durchzuführen, wobei in der Berufsgruppe der Hausärzte und Hausärztinnen der Anteil mit 60% am höchsten lag. Von den befragten Hausärzten und Hausärztinnen mit suchtttherapeutischer Spezialisierung gaben dies immerhin 75% an. Diejenigen, die angaben, systematische Diagnostik bei problematischem Alkoholkonsum durchzuführen, haben ca. zwei Drittel (67,4%) ihrer betroffenen Patienten und Patientinnen mit einer systematischen Diagnostik untersucht. Über alle Berufsgruppen hinweg wurden am häufigsten die ICD-10 Kriterien herangezogen. Insbesondere Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie sowie Psychotherapeuten Psychotherapeutinnen nutzten diese besonders häufig (>70%). Bei den Hausärzten und Hausärztinnen wurden hingegen am häufigsten alkoholunspezifische Laborparameter (67,4%) genutzt.

Im logistischen Regressionsmodell zum möglichen Zusammenhang von Faktoren mit systematischer Diagnostik bei Verdacht auf problematischen Alkoholkonsum war sowohl das Geschlecht des Behandelnden, die Dauer der suchtmmedizinischen Weiterbildung als auch der bisherige Kontakt zur S3-Leitlinie ein signifikanter Prädiktor. Insgesamt führten weibliche Behandelnde seltener eine systematische Diagnostik durch. Die Ergebnisse weisen auf Berufseffekt hin: Während die

Screeningquote bei den Allgemeinärzten und Allgemeinärztinnen günstiger als bei deren männlichen Kollegen ist, dreht sich dieser Effekt über die anderen Berufe hinweg und insbesondere bei den nicht-ärztlichen Behandelnden um.

Kurzinterventionen

Von allen Befragten gaben 61,9% an, Kurzinterventionen bei problematischem Alkoholkonsum durchzuführen. Am häufigsten wurde dies von Hausärzten und Hausärztinnen (85,5%) angegeben. Über die Berufsgruppen hinweg, waren bei den ärztlichen Behandelnden die Quote derer, die Kurzinterventionen durchführten, höher, als bei den nicht-ärztlich Behandelnden. Auf der Ebene der Patienten und Patientinnen bedeutet dieses, dass bei etwa 39% der Patienten und Patientinnen mit erkanntem problematischem Alkoholkonsum eine Kurzintervention durchgeführt wurde. Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie gaben an, am häufigsten Kurzinterventionen durchzuführen (8 von 10 betroffenen Patienten und Patientinnen). Die zusätzlich, nachgeschaltete Befragung nach den umgesetzten Bestandteilen von angebotenen Kurzinterventionen, zeigt deutlich, dass ein standardisiertes Verfahren nach Manual hier so gut wie nie zur Anwendung kommt. Dies entspricht einerseits der Darstellung der Leitlinie, in der nicht ausgeführt wird, wie eine Kurzintervention durchgeführt werden könnte, gleichzeitig steht über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein solches Manual für den Einsatz im hausärztlichen Aufgabenbereich zur Verfügung. Die von der Leitlinie explizit erwähnten Bestandteile „Personalisiertes Feedback“ und „Individuelle Zielfindung“ werden in der Versorgungspraxis seltener angewendet. Vielmehr sind unklare definierte Bestandteile wie informelle Empfehlung weniger zu trinken, Gespräch über Konsum und Folgeerkrankungen oder Motivierende Gesprächsführung die gewählten Methoden.

Weiterbehandlung und Weiterbehandlungsempfehlung

58,4% der Befragten bieten in der eigenen Praxis spezifische Weiterbehandlung bei diagnostizierter alkoholbezogener Störung an. Wobei die ärztlichen Befragten, dies nominell häufiger angaben. Ärztlich Behandelnden gaben an, durchschnittlich etwa sechs von zehn betroffenen Patienten und Patientinnen zunächst eigenständig zu behandeln. Die weitere Nachfrage nach spezifischen Angeboten eigenständiger Weiterbehandlung ergab, dass 27,3% der hausärztlich Tätigen medikamentöse Entzugsbehandlung anbieten. Medikamentöse Rückfallprophylaxe wird verstärkt von psychiatrisch Behandelnden (40% der befragten Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie) angeboten. Insgesamt, über alle Berufsgruppen hinweg, werden am häufigsten gesprächsbasierte bzw. psychotherapeutische Interventionen angeboten.

Eine Weiterbehandlung in einer anderen als der eigenen Praxis/Einrichtung empfahlen 63,1% der Befragten bei Patienten und Patientinnen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit. Signifikant häufiger gaben ärztliche Befragte an externe Weiterbehandlung zu empfehlen als nicht-ärztliche Behandelnde ($p=0.008$). Diejenigen, die eine externe Weiterbehandlungsempfehlung gaben, taten

dies im Durchschnitt bei ca. sechs von zehn ihrer Patienten und Patientinnen mit diagnostizierter alkoholbezogener Störung. Auch hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Befragten, wonach ärztliche Befragte bei mehr Patienten und Patientinnen eine externe Weiterbehandlung empfohlen als nicht-ärztliche Befragte ($p=0.036$). Am häufigsten werden Suchtberatungen und Selbsthilfegruppen empfohlen. 71,7% bzw. 75,9% der Behandelnden geben entsprechend an, diese häufig oder immer zu empfehlen. Von vergleichsweise wenigen Behandelnden werden ambulante Entzugsbehandlungen (21,4%) und niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (23,3%) häufig oder immer weiterempfohlen.

4.3 Modul A3: Modellierung des potentiellen Nutzens für Patienten und Patientinnen und die öffentliche Gesundheit

Aufgrund der zeitlichen Verzögerung der Genehmigung des Datenschutzkonzeptes sowie der Aufsichtsführenden Behörden für die Datenlieferung der Daten für die gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung konnte Modul A3 nicht wie zunächst geplant durchgeführt werden. Um den Projektverlauf nicht zu gefährden, haben die Projektpartner entschieden, zunächst ein alternatives Verfahren anzuwenden. In zwei Untersuchungen: „Leitlinienkonforme Versorgung von Personen mit riskantem Konsum und schwerer Alkoholkonsumstörung im Bundesland Bremen“ und „Die Effekte einer qualifizierten Entzugsbehandlung auf Morbidität und Mortalität in der Modellregion Bremen“ werden die Modulziele entsprechend weiterverfolgt.

Operationalisierung der Teilziele

Untersuchung 1 zielte darauf ab, den Umfang der leitlinienkonformen Versorgung von Personen mit riskantem Konsum und schwerer Alkoholkonsumstörung in der Modellregion Bremen abzuschätzen. Hierfür wurde der Anteil von Personen mit 1) riskantem Konsum und 2) schwerer Alkoholkonsumstörung geschätzt und der Anzahl von Personen gegenübergestellt, die im Gesundheitssystem leitlinienkonform versorgt werden. Die leitlinienkonforme Versorgung wurde dabei wie folgt definiert: Für 1) die Erhebung der Konsummenge und –muster mittels standardisierten Fragebogens in der allgemeinärztlichen Versorgung, sowie die Durchführung einer anschließenden Kurzintervention, für 2) ein vollstationärer Aufenthalt für eine ICD-10 F10 Hauptdiagnose inklusive einer Entzugsbehandlung, sowie, also engerer Indikator, die ausschließliche Durchführung einer Entzugsbehandlung.

Untersuchung 2 zielte darauf ab, die Effekte einer verbesserten Versorgung von Personen mit einer schwerer Alkoholkonsumstörung zu schätzen. Es wurde hierbei mit einer Stichprobe von stationären Patienten und Patientinnen gearbeitet, die sich entweder einer körperlichen Entgiftung unterzogen oder in eine qualifizierte Entzugsbehandlung begeben haben. In einer Simulationsstudie wurde der

Anteil der Patienten und Patientinnen, die sich in eine qualifizierte Entzugsbehandlung begeben haben, erhöht und die zu erwartenden Verläufe in Abstinenzraten, Hospitalisierungen, sowie Todesfälle modelliert.

Datenquellen

Für **Untersuchung 1** zur Abschätzung der leitlinienkonformen Versorgung von Personen mit riskantem Konsum und schwerer Alkoholkonsumstörung, wurden folgende Datenquellen verwendet:

- A) Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol in Bremen – basierend auf (World Health Organization, 2018) und korrigiert für Bundesland-spezifische Absätze von Bier (Destatis, 2019b), sowie für touristische Ankünfte nach In- und Ausland (Destatis, 2019d),
- B) alters- und geschlechtsspezifische 12-Monats-Prävalenz von Alkoholkonsum in Bremen geschätzt anhand der „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) Studie aus dem Jahr 2014/2015 (Lange *et al.*, 2017),
- C) Schätzung der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholkonsum für die Altersgruppe 15-17 durch Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015 (Piontek *et al.*, 2017),
- D) alters- und geschlechtsspezifische Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamts (DESTATIS) (Destatis, 2019a),
- E) Daten einer Befragung von Hausärzten und Hausärztinnen zum Screeningverhalten und zur Durchführung von Kurzinterventionen (Frischknecht *et al.*, 2020),
- F) Anzahl der vollstationären Behandlungen für F10 Hauptdiagnosen in Bremen, 2016, von DESTATIS (Destatis, 2019c),
- G) Anzahl der durchgeführten Entzugsbehandlungen im Jahr 2016, bezogen vom Klinikverbund Gesundheit Nord.

Für **Untersuchung 2** zur Abschätzung der Effekte einer qualifizierten Entzugsbehandlung auf Morbidität und Mortalität, wurden folgende Datenquellen verwendet:

- A) Daten von Personen mit F10.X-Diagnosen bei Krankenhausaufnahmen in 2 bremischen Krankenhäusern, die für die Region hauptsächlich Alkoholentzüge anbieten (Klinikverbund Gesundheit Nord),
- B) Modellparameter (d.h. Mittelwerte und Varianzschätzer) von früheren Studien, in denen die Mortalität und Morbidität von Patienten und Patientinnen qualifizierter sowie körperlicher Entzugsbehandlungen untersucht wurden (siehe auch Tabelle 4.3-2):
 - a. Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. Kosten-NutzenAnalyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit *Nervenarzt*. 1999;70:463–70

- b. Bauer U, Hasenöhr A. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). Sucht. 2000;46(4):250–9.

Datenauswertung

Für **Untersuchung 1** wurden zwei Schätzungen gegenübergestellt, welche eine Verhältniszahl ergeben und im Ergebnisteil berichtet werden: 1. Die Anzahl der Personen mit riskantem Konsum bzw. mit einer Alkoholkonsumstörung (der Nenner) und 2. Die Anzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe, die leitlinienkonform versorgt wurden (der Zähler). Zur Bestimmung des Nenners wurde die Prävalenz der jeweiligen Konsumierendengruppe mittels der Verteilung der Trinkmenge bestimmt. Epidemiologische Untersuchungen zum Alkoholkonsum haben gezeigt, dass Befragungsdaten keine zuverlässige Abschätzung der Prävalenz von bestimmtem Konsumverhalten zulässt (Kehoe *et al.*, 2012; Kilian *et al.*, 2020; Rossow & Mäkelä, 2021). Daher wurde aus dem pro-Kopf-Konsum in Bremen, der sich maßgeblich aus den verkauften Konsummengen berechnet, die Prävalenz von riskantem Konsum sowie von Alkoholkonsumstörungen geschätzt. Die hierfür erforderlichen Grenzwerte wurden aus der Leitlinie sowie früheren Studien entnommen. Zur Bestimmung des Nenners wurden für die beiden Konsumierendengruppen unterschiedliche Datenquellen herangezogen. Die Anzahl der leitlinienkonform versorgten Personen mit riskantem Konsum wurde anhand von Befragungsdaten von Hausärzten und Hausärztinnen bestimmt (siehe Ergebnisse zu Modul 2 sowie (Frischknecht *et al.*, 2020)). Die Anzahl der leitlinienkonform versorgten Personen mit einer schweren Alkoholkonsumstörung wurde operationalisiert durch die Zahl von stationären Entzugsbehandlungen im Beobachtungszeitraum, korrigiert für Mehrfacheinweisungen. Hierbei wurden einerseits alle vollstationären Aufenthalte für eine F10-Hauptdiagnose berücksichtigt und in einer weiteren Analyse lediglich die stationären Entzugsbehandlungen. Für den letzteren Indikator wurde entsprechend Knopf (2019) angenommen, dass für ca. 20% der Personen mit schweren Alkoholkonsumstörungen eine solche Behandlung erforderlich ist.

Die genauen Definitionen der Konsumierendengruppen sowie der Behandlungsindikatoren können Tabelle 4.3-1 entnommen werden.

Tabelle 4.3-1 Definition von riskantem Konsum bzw. schwerer Alkoholkonsumstörung sowie Behandlungsindikatoren für Untersuchung 1

	Gruppe 1	Gruppe 2
Merkmal	Personen mit riskantem Alkoholkonsum	Personen mit schwerer Alkoholkonsumstörung
Definition (Grenzwert entspricht täglichem Konsum an Reinalkohol)	<u>Primäre Analyse:</u> Frauen: ≥ 12 g/Tag Männer: ≥ 24 g/Tag (S-3 Leitlinie (Mann & Batra, 2016)) <u>Sekundäre Analyse (Appendix):</u> Frauen: ≥ 20 g/Tag Männer: ≥ 40 g/Tag (Europäische Arzneimittel-Agentur (European Medicines Agency, 2010))	Frauen: ≥ 60 g/Tag Männer: ≥ 90 g/Tag (gerundete, mittlere Trinkmengen von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit in allgemeinärztlicher Versorgung in Deutschland (eigene Berechnung, (Rehm <i>et al.</i> , 2015)))
Behandlungsindikator A	Identifizierung durch Hausärzte und Hausärztinnen mittels Anwendung eines Screeningverfahrens unter Berücksichtigung der Sensitivität des ‚Alcohol Use Disorder Identification Test‘ (Dybek <i>et al.</i> , 2006)	Vollstationäre Behandlungen mit ICD-10 F10 Hauptdiagnose bzw. Entzugsbehandlungen von Alkohol (normaler Entzug, qualifizierter Entzug)
Behandlungsindikator B	Kurzintervention durch behandelnde Hausärzte und Hausärztinnen	Entzugsbehandlungen von Alkohol (normaler Entzug, qualifizierter Entzug)

Für **Untersuchung 2** wurde in drei verschiedenen Szenarien simuliert, wie sich die Gesundheit der stationär behandelten Personen mit Alkoholkonsumstörungen entwickelt. Die Simulation basierte auf den Verläufen von Patienten und Patientinnen früherer Kohortenstudien, welche die Überlegenheit von qualifiziertem Entzug gegenüber der körperlichen Entgiftung hinsichtlich Abstinenzraten, Wahrscheinlichkeit und Länge eines Krankenhausaufenthalts, sowie der Mortalität untersuchten. Die exakten Simulationsparameter sind in Tabelle 4.3-2 dargestellt. Die drei Szenarien unterschieden sich wie folgt: 1. Tatsächliche Verteilung von Patienten und Patientinnen auf körperliche Entgiftung und qualifiziertem Entzug, 2. 25% der Patienten und Patientinnen nehmen eine qualifizierte Entzugsbehandlung in Anspruch, 3. 50% der Patienten und Patientinnen nehmen eine qualifizierte Entzugsbehandlung in Anspruch. In jedem der drei Szenarien wurden die vier Indikatoren für jede Interventionsgruppe simuliert. Die Unsicherheiten um die berichteten Simulationsparameter wurden durch die 10.000-fache Wiederholung der Simulation berücksichtigt, was auch die Berechnung von Konfidenzintervallen ermöglichte. Schließlich wurde eine Differenz der simulierten Indikatoren berechnet, um die unterschiedlichen Szenarien bewerten zu können.

Tabelle 4.3-2 Simulationsparameter für Untersuchung 2

Studie	Stichprobengröße bei Studienbeginn („loss to follow-up (N)“) ¹	Indikator	Mittelwert des Indikators in KE vs QE Gruppe	des in QE	Dispersionparameter für negativ binomiale Verteilung
Driessen et al., 1999 (Bauer & Hasenöhl, 2000)	n in KE = 79 (42) n in QE = 101 (44)	A) Anzahl der stationären Aufenthalte innerhalb von 5 Jahren ³	3.5 (4.4) ² vs. 7.3 (11.3) ²		QE: 0.774 KE: 0.443
		B) Länge der stationären Aufenthalte innerhalb von 5 Jahren ³	55.7 (75.4) ² vs. 135.8 (167.3) ²		QE: 0.551 KE: 0.662
Bauer et al., 2000 (Driessen et al., 1999)	n in KE = 90 (40) n in QE = 92 (35)	C) Abstinenzrate innerhalb von 28 Monaten	31.5% (29/92) ² vs. 14.4% (13/90) ²		N/A
		D) Mortalitätsrate innerhalb von 28 Monaten	7.6% (7/92) ² vs. 14.4% (13/92) ²		N/A

QE = Qualifizierter Entzug; KE = Körperlicher Entzug; N/A = unzutreffend.
¹ Patienten und Patientinnen, die zum follow-up aus der Studie ausgeschieden sind (z.B. weil sie nicht kontaktiert werden konnten) wurden für Indikator A) und B) in der Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichung nicht berücksichtigt. Für Indikator C) und D) wurde angenommen, dass diese Personen nicht abstinent bzw. nicht tot sind.
² Zahlen in Klammern stellen Standardabweichung (kontinuierliche Variablen) oder Zähler und Nenner (dichotome Variablen) dar.

Ergebnisse

Aus den Ergebnissen der **Untersuchung 1** zeigte sich, dass die leitlinienkonforme Versorgung von Personen mit riskantem Alkoholkonsum sowie von Personen mit einer schweren Alkoholkonsumstörung in Bremen unzureichend ist.

Tabelle 4.3-3 Leitlinienkonforme Versorgungsleistungen für alkoholbezogene Störungen für die erwachsene Bevölkerung im Bundesland Bremen in 2016

Geschlecht/ Altersgruppe	N Gesamt ³	Gruppe 1 - riskanter Alkoholkonsum ¹			Gruppe 2 – schwere Alkoholkonsumstörung ²		
		Prävalenz (% von N Gesamt)	Indikator 1A: % gescreent	Indikator 1B: % mit durchgeführter Kurzintervention	Prävalenz (% von N Gesamt)	Indikator 2A: % in vollstationärer Behandlung	Indikator 2B: % in Entzugsbehandlung (spezialisierte Einrichtung)
Frauen	300.000	31.0% (21.3-38.7%)	3.1% (2.4-4.4%)	1.4% (1.2-2.1%)	2.6% (0.4-5.7%)	9.3% (4.3-55.9%)	6.9% (3.2-41.7%)
15-20	20.000	20.4% (13.6-25.7%)	2.1% (1.7-3.2%)	1.0% (0.8-1.5%)	1.6% (0.0-3.5%)	34.4% (15.3-100.0%)	0.0% (0.0-0.0%)
21-24	17.000	33.8% (25.9-40.0%)	3.8% (3.2-4.9%)	1.8% (1.5-2.3%)	3.7% (1.2-6.8%)	6.1% (3.3-19.4%)	0.4% (0.2-1.2%)
25-29	25.000	30.7% (22.0-37.2%)	3.4% (2.8-4.8%)	1.6% (1.3-2.3%)	3.0% (0.7-5.9%)	4.9% (2.5-21.4%)	2.9% (1.5-12.6%)
30-39	43.000	35.9% (26.3-44.0%)	2.5% (2.0-3.4%)	1.2% (0.9-1.6%)	3.4% (0.8-7.0%)	7.3% (3.5-28.9%)	3.9% (1.9-15.4%)
40-49	43.000	34.4% (24.2-42.2%)	2.0% (1.6-2.8%)	0.9% (0.8-1.3%)	3.2% (0.7-6.6%)	10.9% (5.3-51.8%)	9.4% (4.6-44.7%)
50-59	50.000	31.7% (22.6-39.5%)	3.0% (2.4-4.2%)	1.4% (1.1-2.0%)	2.6% (0.6-5.7%)	12.5% (5.8-57.6%)	14.3% (6.6-65.7%)
60-64	21.000	25.4% (17.3-31.7%)	3.7% (2.9-5.4%)	1.7% (1.4-2.5%)	2.1% (0.0-4.6%)	11.2% (5.2-100.0%)	16.3% (7.5-100.0%)
65-99	82.000	29.6% (18.1-38.8%)	3.9% (3.0-6.3%)	1.8% (1.4-3.0%)	2.0% (0.0-5.0%)	5.0% (2.0-100.0%)	4.8% (1.9-100.0%)
Männer	289.000	44.7% (40.8-48.0%)	2.8% (2.6-3.1%)	1.3% (1.2-1.4%)	10.4% (7.8-13.0%)	6.5% (5.2-8.7%)	5.3% (4.3-7.1%)
15-20	23.000	36.1% (30.0-41.2%)	1.7% (1.5-2.0%)	0.8% (0.7-1.0%)	4.6% (2.4-7.0%)	16.8% (11.1-31.9%)	0.0% (0.0-0.0%)
21-24	18.000	47.1% (42.7-50.8%)	5.1% (4.8-5.7%)	2.4% (2.2-2.7%)	10.1% (7.3-12.9%)	5.0% (3.9-6.9%)	0.5% (0.4-0.7%)
25-29	27.000	45.4% (41.3-48.7%)	4.1% (3.8-4.5%)	1.9% (1.8-2.1%)	10.4% (7.6-13.1%)	4.0% (3.2-5.5%)	1.4% (1.1-2.0%)
30-39	46.000	46.1% (42.5-49.3%)	2.7% (2.6-3.0%)	1.3% (1.2-1.4%)	11.3% (8.7-14.0%)	6.6% (5.3-8.6%)	4.2% (3.4-5.4%)
40-49	45.000	48.6% (45.5-51.6%)	2.5% (2.3-2.6%)	1.2% (1.1-1.2%)	12.8% (10.3-15.4%)	7.6% (6.3-9.4%)	5.7% (4.8-7.1%)
50-59	50.000	47.3% (43.8-50.5%)	3.0% (2.9-3.3%)	1.4% (1.3-1.5%)	12.1% (9.4-14.9%)	8.1% (6.6-10.4%)	10.9% (8.9-14.1%)
60-64	19.000	45.7% (42.6-48.4%)	2.7% (2.5-2.9%)	1.3% (1.2-1.4%)	11.7% (9.3-14.0%)	6.6% (5.6-8.4%)	7.8% (6.6-9.9%)
65-99	61.000	40.5% (36.5-43.8%)	1.9% (1.7-2.1%)	0.9% (0.8-1.0%)	8.4% (5.9-10.8%)	3.3% (2.6-4.8%)	3.3% (2.6-4.7%)

¹ Riskanter Alkoholkonsum definiert durch Mindestkonsummengen täglichen Reinalkohols: Frauen: >=12 g/Tag; Männer: >=24 g/Tag
² Schwere Alkoholkonsumstörung definiert durch Mindestkonsummengen täglichen Reinalkohols: Frauen: >=60 g/Tag; Männer: >=90 g/Tag
³ Bevölkerungszahlen gerundet auf 1.000.
Angaben in Klammern stellen das 95% Konfidenzintervall dar.

Aus Tabelle 4.3-3 sind die genauen Schätzungen für beide Konsumierendengruppen zu entnehmen. Es wurde geschätzt, dass ca. 6.500 Personen mit riskantem Alkoholkonsum durch Hausärzte und Hausärztinnen gescreent wurden, wobei lediglich 3.000 Personen eine anschließende Kurzintervention erhalten haben. Damit werden lediglich 2,9% bzw. 1,5% der Personen mit riskantem Alkoholkonsum in Bremen leitlinienkonform versorgt. Für die zweite Konsumierendengruppe, Personen mit einer schweren Alkoholkonsumstörung, stellt sich die Versorgungssituation etwas besser dar. Im Jahr 2016 wurden Schätzungen zufolge etwa 7% der Personen mit schwerer Alkoholkonsumstörung vollstationär für ihre Alkoholproblematik behandelt. Überdurchschnittlich hohe Hospitalisierungsraten wurden bei jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 20 Jahren registriert (21%, siehe auch Abbildung 4.1-1). Für den zweiten, enger gefassten Indikator ergab sich eine Rate stationärer Entzugsbehandlungen von ca. 14%. Diese beruht auf der Annahme, dass eine stationäre Entzugsbehandlung bei ca. 20% aller Personen mit einer schweren Alkoholkonsumstörung erforderlich ist.

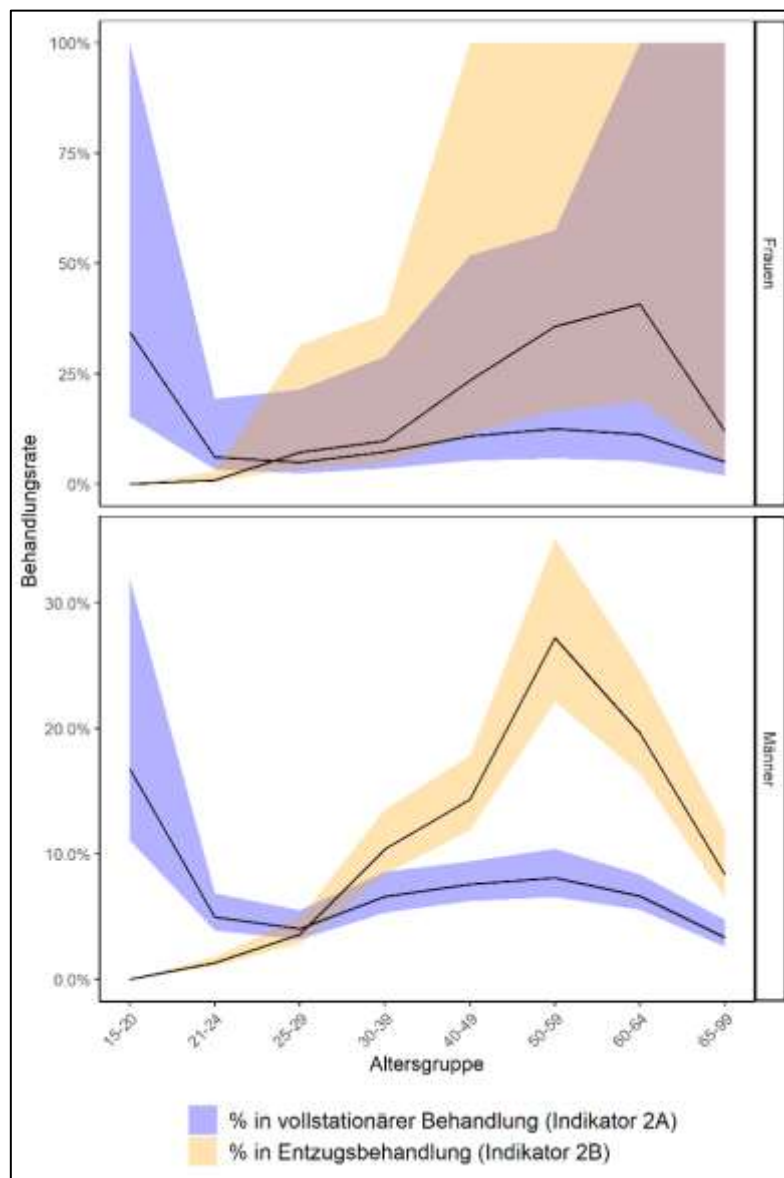


Abbildung 4.3-1 Anteil der behandelten nach Altersgruppen und Geschlecht

In **Untersuchung 2** wurden die Effekte einer höheren Durchführungsquote von qualifizierten Entzugsbehandlungen in einer Stichprobe von N=2.051 Personen geschätzt, die sich im Jahr 2016/2017 in eine Entzugsbehandlung begeben haben. Die exakten Schätzwerte für das Baseline Szenario sowie für die beiden hypothetischen Alternativszenarien sind in Tabelle 4.3-4. dargestellt.

Tabelle 4.3-4 Geschätzte Verläufe von 2.051 Patienten und Patientinnen in vollstationärer Entzugsbehandlung

	<i>Baseline Szenario (8% der Patienten und Patientinnen in QE)</i>	<i>25% der Patienten und Patientinnen in QE</i>		<i>50% Patienten und Patientinnen in QE</i>	
	n(QE) = 170 n(KE) = 1.881	n(QE) = 513 n(KE) = 1.538		n(QE) = 1.026 n(KE) = 1.025	
	<i>Mittelwert</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Unterschied zum Baseline Szenario in %</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Unterschied zum Baseline Szenario in %</i>
Anzahl der stationären Aufenthalte innerhalb von 5 Jahren³	14.325 (13.378 bis 15.316)	13.022 (12.139 bis 13.929)	-9% (-17 bis -0,02%)	11.076 (10.336 bis 11.851)	-23% (-30 bis -15%)
Anzahl der Tage stationären Aufenthalts innerhalb von 5 Jahren³	264.849 (250.609 bis 279.444)	237.394 (224.235 bis 250.681)	-10% (-17 bis -3%)	196.331 (184.922 bis 208.170)	-26% (-32 bis -20%)
Abstinenzrate innerhalb von 28 Monaten	16% (14 bis 17%)	19% (17 bis 20%)	+18% (3 bis 34%)	23% (21 bis 25%)	+45% (28 bis 64%)
Mortalitätsrate innerhalb von 28 Monaten	14% (12 bis 15%)	13% (11 bis 14%)	-8% (-22 bis 7%)	11% (10 bis 12%)	-20% (-33 bis -6%)
QE = Qualifizierter Entzug; KE = Körperlicher Entzug Zahlen in Klammern stellen 95% Konfidenzintervalle dar.					

Im Baseline Szenario wurde bei lediglich 8% der Patienten und Patientinnen eine qualifizierte Entzugsbehandlung durchgeführt. Wenn bei einem gleich großen Anteil der stationären Patienten und Patientinnen ein qualifizierter sowie ein körperlicher Entzug durchgeführt werden würde, wäre in den 28 Monaten nach Behandlungsabschluss eine Reduktion der Mortalitätsrate um 20% zu erwarten, was einer Vermeidung von 59 Todesfällen entspricht. In diesem Alternativszenario läge ebenso die Abstinenzrate um 45% höher als im Baseline-Szenario. Schließlich ließe sich durch die Erhöhung der Durchführungsquote qualifizierter Entzugsbehandlungen in den 5 Jahren nach Behandlungsabschluss

rund ein Viertel der Krankenhausaufenthalte in dieser Gruppe von Patienten und Patientinnen vermeiden. Eine grafische Darstellung dieser Effekte ist auch Abbildung 4.3-2 zu entnehmen.

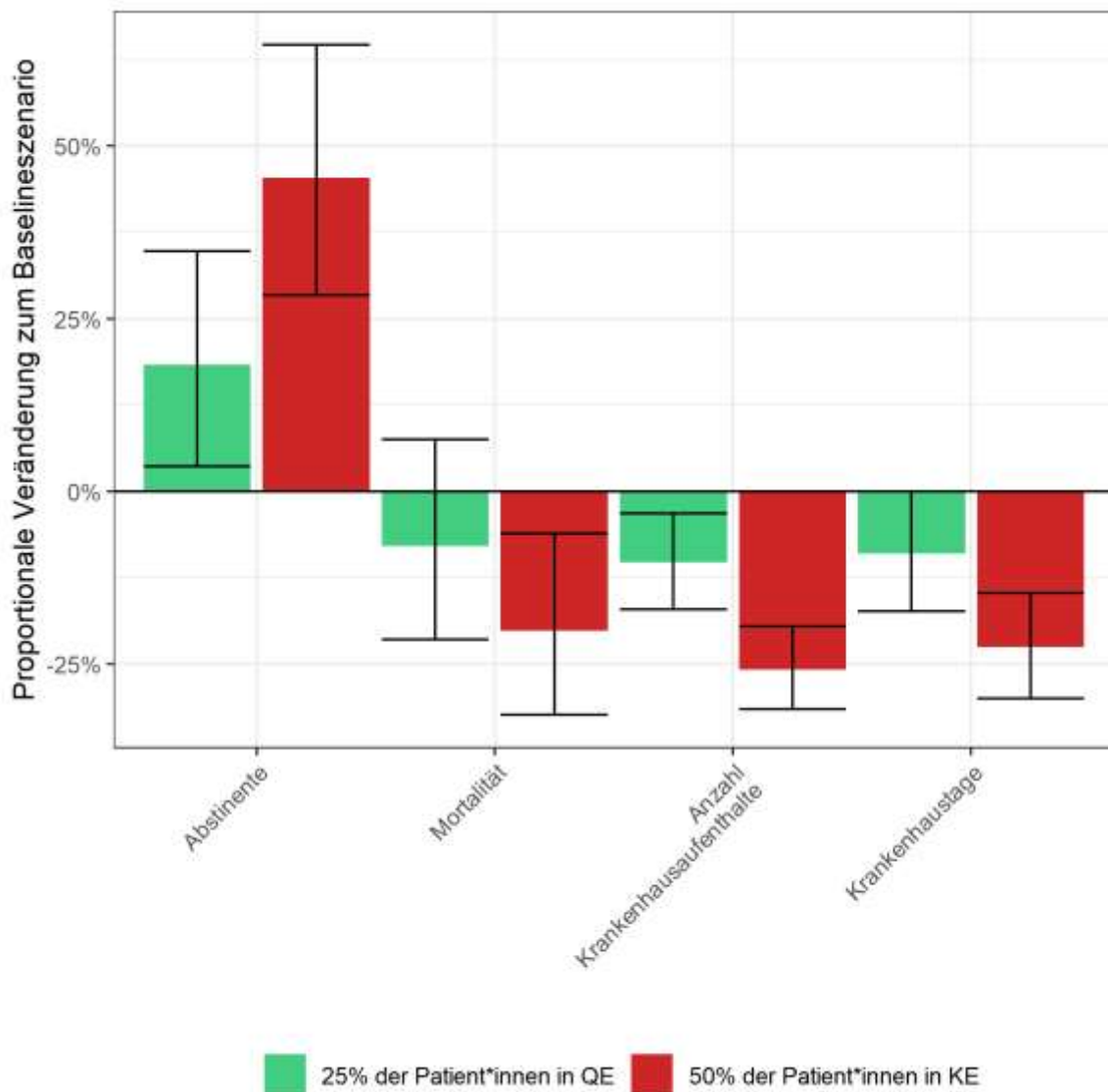


Abbildung 4.3-2 Veränderungen des Behandlungsergebnisses unter der Annahme von 2 verschiedenen Szenarien verglichen zu Baseline (8%);

95%-Konfidenzintervalle; Legende: Grüner Balken=Szenario in dem 25% der stationären Patienten und Patientinnen einen qualifizierten Entzug erhielten, Roter Balken=Szenario in dem 50% der stationären Patienten und Patientinnen einen qualifizierten Entzug erhielten.

4.4 Modul A4: Befragung von Behandelnden und Betroffenen zu Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung der S3-Leitlinie in die Versorgung

Operationalisierung der Teilziele

Im Modul A4 wurden quantitative und qualitative Befragungen von Behandelnden und Betroffenen von alkoholbezogenen Störungen in regionalen ambulanten und stationären Einrichtungen zur Kenntnis der Leitlinie, Barrieren und möglichen Förderfaktoren bei der Umsetzung in die

Routineversorgung durchgeführt. Ziel war dabei, struktur-, versorger- und patientenbezogene Barrieren für eine Umsetzung der S3-Leitlinie zu identifizieren. Die Förderfaktoren für die Umsetzung in die Routineversorgung (im Folgenden Umsetzungsstrategien) wurden erhoben, um die Partizipation der regionalen Akteure zu stärken und um regionale Besonderheiten besser berücksichtigen zu können. Dies sollte die Identifikation und Priorisierung geeigneter Umsetzungsstrategien ermöglichen.

Datenerhebung

Quantitative Stichprobe

Behandelnde: Die Stichprobe der Behandelnde basierte aus den Erkenntnissen der Stichprobe aus Modul A2 und setzte sich aus Gesundheitsfachpersonal zusammen, welches sich mit der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit alkoholbezogenen Störungen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der Suchthilfe befasst (Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen der Primärversorgung, Fachärzte/Fachärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen).

Betroffene/Angehörige: Um einen möglichst großen Bereich der Leitlinie Alkohol abzudecken, sollten Personen mit unterschiedlicher Ausprägung alkoholbezogener Störungen sowie deren Angehörige für eine Studienteilnahme gewonnen werden. Zudem sollten die Betroffenen seit Veröffentlichung der Leitlinie Kontakt mit der Gesundheitsversorgung gehabt haben.

Erhebungsbogen

Behandelnde: Der Erhebungsbogen wurde basierend auf Übersichtsarbeiten zu Barrieren und Förderfaktoren der Leitlinienimplementierung (Cabana *et al.*, 1999; Fischer *et al.*, 2016) vom Projektteam entwickelt und enthielt folgende Abschnitte:

- 1) Allgemeine Angaben zur Bekanntheit der S3-Leitlinie Alkohol,
- 2) Eine Einschätzung der Bedeutung einzelner Leitlinienkapitel für den eigenen Arbeitsbereich,
- 3) Eine Auflistung möglicher externer, leitlinienbezogener und anwendungsbezogener Barrieren (angegeben werden sollten jeweils drei Barrieren, die aus Sicht der Behandelnden am wichtigsten waren),
- 4) Eine Liste möglicher Umsetzungsstrategien der Leitlinienempfehlungen in die Praxis (angegeben werden sollten wiederum drei besonders relevante Strategien),
- 5) Soziodemographische Angaben (Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Arbeitskontext).

Betroffene/Angehörige: Auch der Fragebogen für Betroffene wurde vom Projektteam entwickelt. Zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien enthielt der Fragebogen den AUDIT-C (Bush *et al.*, 1998), Fragen zu Behandlungen alkoholbezogener Störungen in der Vorgeschichte, sowie die Frage, ob

Angehörige alkoholbezogene Probleme aufwiesen. Die Fragen bezogen sich v. a. auf bisherige Erfahrungen der Betroffenen im Gesundheitssystem. Erfasst wurden dabei zusätzlich zur Inanspruchnahme professioneller Suchthilfe Schwierigkeiten, die Betroffene / Angehörige erlebt haben und mögliche Verbesserungsvorschläge in der Versorgung. Die Formulierungen erfolgten möglichst analog zu den externen und anwenderbezogenen Barrieren und Förderstrategien (Fischer *et al.*, 2016), die in dem Fragebogen für Behandelnde enthalten waren. Dabei wurde vom Projektteam Barrieren ausgewählt, die Betroffene in der Versorgung direkt wahrnehmen können.

Beide Erhebungsbögen wurden vor Beginn der Datenerhebung von Gesundheitsfachpersonal bzw. Betroffenen pilotiert und entsprechend deren Rückmeldungen überarbeitet und finalisiert.

Studiendurchführung

Behandelnde: Mit Unterstützung der bremischen Projektpartner und Projektpartnerinnen wurden postalisch insgesamt 993 Behandelnde der allgemeinen Gesundheitsversorgung angeschrieben und um Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens gebeten. Das Anschreiben enthielt dabei sowohl einen Link zu einer Onlineversion als auch eine gedruckte Version des Fragebogens, die an das Studienzentrum postalisch oder per Fax zurückgesendet werden konnte. Es wurden zwei Erhebungswellen im Abstand von 4 Wochen durchgeführt.

In Einrichtungen der Suchthilfe (Beratungsstellen, qualifizierter Entzug, Entwöhnung) sowie der Notaufnahme erfolgte eine Vorstellung der Studie im Behandlungsteam. Im Anschluss wurde der Fragebogen mit verschließbaren Rückumschlägen an alle Behandelnde verteilt.

Zusätzlich wurde der Fragebogen bundesweit an alle Fachgesellschaften geschickt, die an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt waren, mit der Bitte, den Link zum Fragebogen an ihre Mitglieder weiter zu leiten.

Betroffene/Angehörige: Betroffene und deren Angehörige wurden über das Versorgungssystem angesprochen. Behandelnde in der allgemeinen Gesundheitsversorgung, die postalisch zur Befragung eingeladen wurden, erhielten im selben Schreiben Informationsblätter mit Link zur Onlinebefragung für ihre Patienten und Patientinnen. Weitere Informationen sowie den Fragebogen inkl. frankierter Rückumschläge konnten die Behandelnde beim Studienzentrum nachfordern. In den kooperierenden stationären Einrichtungen der Suchthilfe wurde eine querschnittliche Befragung der sich aktuell in Behandlung befindlichen Patienten und Patientinnen durchgeführt. Zusätzlich wurde der Fragebogen über den Arbeitskreis Alkohol, einem Dachverband der Bremischen Selbsthilfe, disseminiert.

Qualitative Erhebung

Zusammensetzung der Stichprobe

Die Auswahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen sollte sich an einer integrierten Betrachtung der in der quantitativen Befragung sowie in den Modulen A1-A3 erzielten Ergebnissen orientieren. Ausgewählt wurden dabei Personen aus Teilgruppen (z.B. bestimmte Berufsgruppen oder Versorgungsbereiche), die den größten Erkenntnisgewinn für die Ableitung spezifischer Umsetzungsstrategien versprachen (Robinson, 2014). Betroffene sollten in jedem Fall vertiefend befragt werden. Insgesamt sollten maximal 50 leitfadengestützte Interviews durchgeführt werden. Geplant war, die Stichprobenziehung einzustellen, wenn kein weiterer Erkenntnisgewinn mehr zu erwarten ist. Die Gewinnung von Studienteilnehmern erfolgte wiederum mithilfe der bremischen Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen.

Interviewleitfaden

Inhaltlich sollten die Interviews die zuvor in der schriftlichen Befragung identifizierten Barrieren und Förderfaktoren für die Nutzung der Alkohol-Leitlinie aufgreifen und vertiefen. Basierend auf dem Tailored Implementation for Chronic Disease framework (TICD) (Flottorp *et al.*, 2013) sowie bisherigen Studienergebnissen wurde hierzu ein Frageleitfaden entwickelt. In Tabelle 4.4-1 sind die einzelnen Abschnitte des Frageleitfadens dargestellt. Für Behandelnde und Betroffene/Angehörige wurde in diesem Arbeitsschritt derselbe Leitfaden verwendet.

Tabelle 4.4-1 Abschnitte des Frageleitfadens

Abschnitt	Inhalte
Begrüßung	Begrüßung, Erläuterung des Vorgehens und Klären formaler Aspekte
Nutzerfreundlichkeit	Allgemeine Fragen zur Anwendbarkeit und Verständlichkeit der Leitlinie
Implementierungsbarrieren	Fragen zu strukturellen, leitlinien- und anwenderbezogenen Barrieren basierend auf den Ergebnissen der schriftlichen Befragung (a) Im eigenen Arbeitsbereich (b) Mit besonderer Relevanz für die Versorgung insgesamt
Priorisierung	Priorisierung einzelner Kapitel bzw. Empfehlungen der Leitlinie (a) Im eigenen Arbeitsbereich (b) Mit besonderer Relevanz für die gesamte Suchthilfe
Spezifische Empfehlungen	Diskussion einzelner, aus Sicht der Teilnehmenden bedeutsamer Leitlinienempfehlungen in Bezug auf Relevanz, Klarheit/Verständlichkeit und Anwendbarkeit

Durchführung der Interviews

Die Interviews sollten nicht länger als ca. 30 Minuten dauern und wurden je nach Möglichkeit entweder telefonisch oder vor Ort in Bremen durchgeführt. Alle Gespräche wurden mithilfe eines Diktiergeräts audio-aufgezeichnet, nachdem die Teilnehmenden eine Einverständniserklärung unterzeichnet und der Aufnahme auch mündlich noch einmal zugestimmt hatten. Während der Gespräche wurden die Teilnehmenden gebeten, auf die Nennung von Namen und personenbezogenen bzw. -bezieharen Daten zu verzichten. Für die Durchführung der Interviews erhielten Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 EUR.

Auswertungen

Quantitative Auswertung

Es erfolgte eine deskriptive Auswertung der beiden Behandler- und Betroffenenbefragung. Die Behandlerbefragung wurde separat für die bremische und die bundesweite Stichprobe ausgewertet. Fragebögen wurden von der weiteren Auswertung ausgeschlossen, wenn nach der ersten Frage keine Angaben mehr erfolgten. Dies ist v.a. bei den Onlinebefragungen möglich, wenn Personen sich nach Klick auf die Befragung entscheiden, doch nicht teilzunehmen. Freitextangaben wurden in Kategorien zusammengefasst. Soziodemographische Unterschiede zwischen den Stichproben wurden mithilfe von Chi-Quadrat Tests und t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet.

Qualitative Auswertung

Zur Auswertung wurden die Interviews vollständig von zwei studentischen Hilfskräften und einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin transkribiert. In diesem Arbeitsschritt wurden die Angaben komplett anonymisiert, d. h. versehentlich vorkommende Namen, personenbezogene Daten oder andere Angaben, die Rückschlüsse auf die Person zulassen würden, wurden gelöscht bzw. nicht transkribiert. Im Anschluss wurden die Transkripte anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse mit der Software MAXQDA10 ausgewertet. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte v.a. aufgrund des Datenschutzes einheitlich über alle Teilgruppen hinweg. Das bedeutet, dass in den Ergebnissen nicht mehr identifizierbar ist, welcher Gruppe die Antworten zuzuordnen sind (Betroffene, verschiedene Berufsgruppen oder Arbeitsbereiche). Bei der Entwicklung eines Kategoriensystems wurde ein gemischt deduktiv-induktiver Ansatz verfolgt, der sich zunächst an der Gliederung des Frageleitfadens und den Hauptfragestellungen der Studie orientierte (deduktiver Anteil) und im Verlauf der Auswertung erweitert und untergliedert wurde (induktiver Teil).

Quantitative Daten

Stichprobenbeschreibung

Behandelnde: Insgesamt wurde die Befragung von 344 Behandelnde begonnen, davon haben 160 Personen (46,0 %) den Fragebogen vollständig und schriftlich bearbeitet. Von 184 online bearbeiteten

Fragebögen wurden 81 nach der Startseite abgebrochen und enthielten daher keine Daten (23,5 % der Gesamtstichprobe). Sie wurden von der Stichprobe ausgeschlossen, so dass sich eine Analytestichprobe mit insgesamt 263 auswertbaren Datensätzen ergab (60,8% schriftlich, 39,2% online). Aus der Modellregion Bremen haben 163 Behandelnde teilgenommen (62,0 %) und 100 Personen haben sich aus anderen Bundesländern beteiligt (38,0 %). Aufgrund der unterschiedlichen Rekrutierungsstrategien kann keine Rücklaufquote berechnet werden.

Betroffene/Angehörige: Insgesamt nahmen 103 Personen an der Befragung teil, davon wurden 9 aufgrund zu unvollständiger Bearbeitung von den weiteren Analysen ausgeschlossen (Analysestichprobe n=94). In der Stichprobe der Betroffenen/Angehörigen haben insgesamt 10 Personen entweder keine Angabe zur Herkunft gemacht (n=7) oder ein anderes Bundesland genannt als Bremen (n=3), weshalb hier keine getrennte Betrachtung erfolgte.

Zentrale Ergebnisse

Behandelnde: Die von den Behandelnden am häufigsten benannte leitlinienbezogene Barriere war ihre *mangelnde Verbreitung*. Analog wurde in Bezug auf die Anwender *fehlendes Wissen über die Existenz der Leitlinie* am häufigsten angegeben. *Zu wenig Ressourcen (Zeit, Finanzen)* war die am häufigsten genannte externe Barriere. Insgesamt wurden unabhängig vom Setting (allgemeine Gesundheitsversorgung vs. Suchthilfe) und der Herkunft (Bremen vs. bundesweit) von den Behandelnden jeweils dieselben Barrieren am häufigsten als relevant betrachtet. Die jeweils drei wichtigsten Barrieren pro Bereich sind in Abbildung 4.4-1 getrennt für die bremische und gesamtdeutsche Stichprobe sowie für die Allgemeine Gesundheitsversorgung und die Suchthilfe dargestellt.

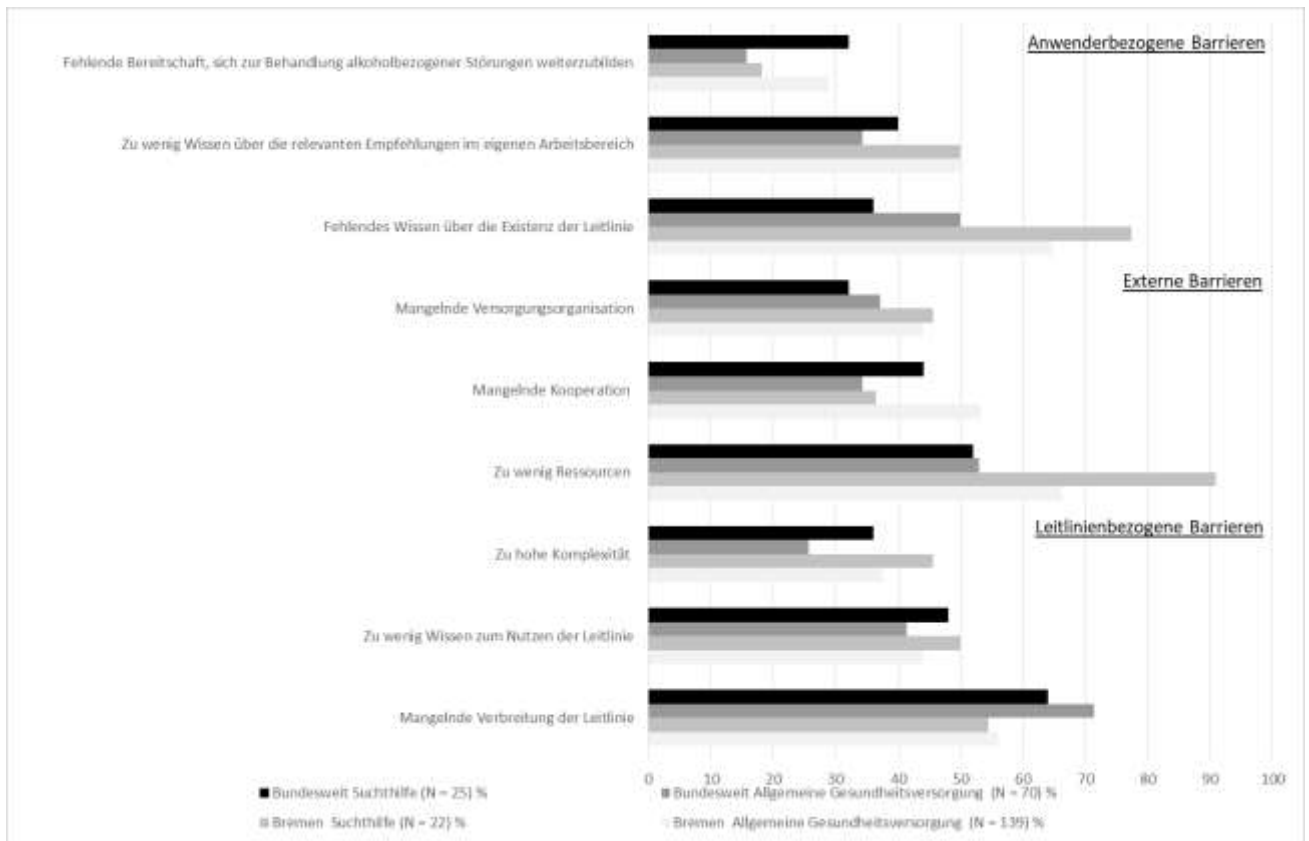


Abbildung 4.4-1 Die jeweils drei von Behandelnden am häufigsten benannten Anwendungsbarrieren der S3-Leitlinie Alkohol

Von den Behandelnden in Bremen wurde die Entwicklung von *fact sheets* am häufigsten als präferierte Umsetzungsstrategie genannt (n=57; 35,2%), in der bundesweiten Stichprobe wurde die Information der Fachöffentlichkeit am häufigsten als Umsetzungsstrategie angegeben (n=39; 38,6%). In den präferierten Umsetzungsstrategien zeigten sich Unterschiede zwischen der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der Suchthilfe sowie zwischen der bremischen und der bundesweiten Stichprobe. In Tabelle 4.4-2 sind die Umsetzungsstrategien getrennt für die allgemeine Gesundheitsversorgung und die Suchthilfe dargestellt.

Tabelle 4.4-2 Umsetzungsstrategien aus Sicht der Behandelnden in Bremen in der bremischen und der bundesweiten Stichprobe sowie der allgemeinen Gesundheitsversorgung und der Suchthilfe (N = 263)

Umsetzungsstrategien	Bremen				Bundesweit			
	A (N = 139)		SH (N = 22)		A (N = 70)		SH (N = 25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fact-Sheets	48	34,5	9	40,9	25	35,7	7	28,0
Information Fachöffentlichkeit	48	34,5	7	31,8	29	41,4	7	28,0
Informationskampagne in öffentlichen Medien	46	33,1	7	31,8	13	18,6	7	28,0
Kitteltaschenversion	46	33,1	6	27,3	26	37,1	6	24,0
Spezifische Fortbildungen	34	24,5	12	54,5	23	32,9	7	28,0

Patientenleitlinie	38	27,3	3	13,6	25	35,7	8	32,0
Regionale Implementierungsstrategie	32	23,0	8	36,4	12	17,1	5	20,0
Vergütung von Screeningverfahren	30	21,6	3	13,6	16	22,9	7	28,0
Integration in Praxissoftware	18	12,9	6	27,3	13	18,6	5	20,0
App mit Leitlinienempfehlungen	13	9,4	2	9,1	14	20,0	7	28,0
Mehr Informationen zum Evidenzgrad	7	5,0	1	4,5	3	4,3	1	4,0
Veränderungen in der Versorgungsstruktur	7	5,0	1	4,5	13	18,6	8	32,0

Betroffene: Die häufigste Schwierigkeit bzw. Barriere, die von Betroffenen angegeben wurde war, dass sie aus Angst vor negativen Konsequenzen keine Hilfe suchen sowie ihre Probleme nicht wahrhaben wollen. Vonseiten der Betroffenen sollte primär forciert werden, dass Betroffene auch außerhalb der Gesundheitsversorgung auf ihren Alkoholkonsum angesprochen werden (n=44; 46,8 %). In Tabelle 4.4-3 sind die jeweils drei zentralen Barrieren und Umsetzungsstrategien aus Sicht der Betroffenen dargestellt.

Tabelle 4.4-3 Barrieren und Umsetzungsstrategien für eine leitliniengerechte Versorgung alkoholbezogener Störungen aus Sicht der Betroffenen/Angehörigen (N = 94)

Barrieren	n	%
Betroffene suchen keine Hilfe, weil sie Konsequenzen fürchten	51	54,3
Betroffene wollen ihre Probleme nicht wahrhaben	49	52,1
Die Wartezeiten auf Behandlungsplätze sind zu lang	45	47,9
Umsetzungsstrategien aus Sicht der Betroffenen	n	%
Ansprechen des Alkoholkonsums in anderen wichtigen Lebensbereichen (z.B. Arbeitsplatz)	35	37,2
Nahtloser Übergang und bessere Vernetzung zwischen verschiedenen Behandlungen	42	44,7
Spezielle Angebote für bestimmte Gruppen (z.B. Jugendliche, Frauen, ältere Menschen)	35	37,2

Qualitative Daten

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden im Befragungszeitraum 43 Interviews mit Teilnehmenden unterschiedlicher Berufsgruppen und aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen geführt. *Tabelle 4.4-4* listet die geführten Interviews nach Arbeitsbereich auf – auf eine Aufschlüsselung nach Berufsgruppe und Arbeitsbereich wird aus Datenschutzgründen verzichtet.

Tabelle 4.4-4 Arbeitsbereiche der Interviewteilnehmenden

Befragte Gruppe	Anzahl
Betroffene	4
Mitarbeitende Beratungsstelle	5
Hausärzte und Hausärztinnen	6
Mitarbeitende der Notaufnahme	5
Gynäkologen und Gynäkologinnen	5
Mitarbeitende der Kostenträger	4
Mitarbeitende im (qualifizierten) Entzug	4
Mitarbeitende der Medizinische Rehabilitation	5
Niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen/Psychiater und Psychiaterinnen	5
Σ	43

Zentrale Ergebnisse

Insgesamt wurden während der Auswertung 878 Textstellen aus den Interviews Kategorien zugeordnet. In Tabelle 4.4-5 sind die Kategorien zusammenfassend dargestellt, in denen Umsetzungsbarrieren einer leitliniengerechten Versorgung thematisiert wurden.

Tabelle 4.4-5 Barrieren für eine leitliniengerechte Gesundheitsversorgung

Kategorie	Beispielzitat
Fehlendes Wissen aufseiten der Behandelnden <ul style="list-style-type: none"> • über Handlungsmöglichkeiten bei positivem Screening • zur Durchführung von Kurzinterventionen • zur Struktur des bremischen Suchthilfesystems 	<i>„welche Möglichkeiten gibt es eigentlich? Welche Beratungsstellen wären da jetzt zuständig? Dass man den Patienten dann auch was Konkretes mitgeben kann.“</i>
Insgesamt knappe Ressourcen	<i>„Wie viel Zeit kostet mich das und es bezahlt mir keiner“.</i>
Fehlende Vergütung	<i>"Was super wäre, wäre, wenn Hausärzte das besser honoriert bekämen, wenn die z.B. ins Suchthilfesystem vermitteln."</i>
Keine Zeit/keine Ressourcen für Screening aller Patienten und Patientinnen	<i>„Das würde ich auch für komplett unrealistisch halten. Allein schon zeitlich.“</i>
Andere Themen haben Priorität, v.a. der Versorgungsanlass	<i>"Aber dann ist es glaube ich tatsächlich so, dass wir eher wenig intervenierend da sind. Auch, wenn wir sagen: ‚Da müssen wir mal gucken, was ihre Leber so macht und wegen Folgeerkrankungen‘, aber dass es dann einfach als</i>

	<i>Problem nicht mehr auftaucht oder, dass es einfach überlagert sind von so vielen anderen Sachen."</i>
Ablehnung des Gesprächsangebots durch Betroffene	<i>„Weil das auch immer noch gesellschaftlich in irgendeiner Form stigmatisiert ist und auch vielleicht in der Selbstwahrnehmung gar nicht als Problem angesehen wird.“</i>
Motivation der Betroffenen für eine Behandlung fehlt	<i>„ (...) also letztlich, um die Empfehlung umzusetzen muss ja einmal, also z.B. einen Patienten weiter zu verweisen in eine Suchtbehandlung, muss er ja auch hingehen.“</i>
Befürchtung, Betroffene zu brüskieren oder das Vertrauensverhältnis zu beschädigen	<i>„ja, gut, dann gehen die auch, wenn die genervt sind. Das ist ja einer der Haupt-Wechselgründe von Patienten, dass die sagen: "Nein, ich habe kein Vertrauen mehr zu meinem Arzt. Der fragt nur nach Alkohol und ich habe aber Rückenschmerzen.“</i>
persönliche Vorbehalte, z.B. die Erwartung, Betroffene seien unzuverlässige oder ‚schwierige‘ Patienten und Patientinnen	<i>„Ich erlebe das ja selber, wenn ich früher erzählt habe „ich arbeite [als Psychotherapeut] mit Suchtpatienten“ „oh, das machst du?!“, also, dass das schon Berührungängste sind und das ist eigentlich total schade. Also, ich kann es nicht nachvollziehen.“</i>
Kein kontinuierliches Versorgungsangebot, daher kontinuierliche Begleitung nicht möglich	<i>"Also zumindest für eine längerfristige Art von Behandlung sind wir da tatsächlich raus, weil wir auch nicht dürfen.“</i>
Behandelnde fühlen sich nicht verantwortlich und sehen die Verantwortung bei jeweils anderen Teilen der Gesundheitsversorgung	<i>"Wenn er eine gute Vertrauensbasis hat, sollte man es als Hausarzt relativ schnell spitz bekommen, aber in der Notaufnahme hast du halt nicht diese Vertrauensbasis wie im niedergelassen Bereich."</i>
Mangelnde Kooperation zwischen Allgemeiner Gesundheitsversorgung und Suchthilfe	<i>"das mangelnde Wissen auch, aber auch der mangelnde Zugang zu den Strukturen. Also, dass die Überlegung eben, wenn ich jemanden weiterschicken will oder etwas anlernen, wo ich schicke ich den dann überhaupt hin?"</i>
Organisation von Nachsorge: zu wenig Plätze	<i>„so wie ich meine Therapie beendet hatte, hat mich keiner gefragt, ob ich eine Nachsorge haben möchte“</i>
Auswahl von Patienten und Patientinnen für das Nahtlosverfahren	<i>„Das [Nahtlosverfahren] läuft ja nur von den Kliniken aus. Also da muss wirklich gut geguckt werden, wer eignet sich nicht und dann wirklich den Schritt machen, dass man wirklich gut miteinander spricht.“</i>
Suche eines Platzes im Nahtlosverfahren	<i>„das Nahtlos-Verfahren an sich ist natürlich klasse, auch für die Klienten, weil es dann einfach wirklich von einem direkt in den nächsten Bereich übergeht. Andererseits müssen dafür auch kontingente Betten vorhanden sein [...]“</i>
Integrierte Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen	<i>„Wenn die Komorbidität so stark im Vordergrund steht und wenn das nur noch Thema ist, dann die hier eigentlich nicht ganz richtig [...]. Aber gleichzeitig ist ja das Problem, dass die auf spezielle Stationen oder Behandlungsplätze nur dann bekommen, wenn sie nicht konsumieren.“</i>

Getrennte Versorgungssysteme für legale und illegale Substanzen	<i>"Was eben auch eine strukturelle Barriere aus unserer Sicht ist, ist, dass es eben diese Trennung gibt aus dem legalen und illegalen Bereich. Da gehen auch Leute verloren."</i>
Ambulante Psychotherapie: Abstinenz nach 10. Sitzung & notwendige Laborkontrollen	<i>„Wenn jemand sehr instabil kommt, dann muss ich halt gucken, weil da ist die Vorgabe der Krankenkasse ist, nach 10 Sitzungen sollte die Abstinenz aber irgendwie gesichert sein und das finde ich manchmal schwierig dem gerecht zu werden [...]“</i>
Ambulante Psychotherapie: Berührungspunkte der Therapeuten	<i>„[...] für die Psychotherapeuten aus berufspolitischer Perspektive ist es eine sehr wichtige Erkrankung, aber wenn man in niedergelassener, ambulanter Praxis arbeitet, ist es ein Problem, was man selten antrifft. Weil die Behandlungen in anderen Sektoren erfolgen.“</i>
Mangel an Versorgungsangeboten (z.B. Ambulante Reha)	<i>„Wir haben für den ambulanten Bereich ja im Moment für Alkoholentwöhnung keine Möglichkeiten, weil wir keine Behandlungsstelle haben. Dass ist natürlich ein Problem, dass diese Leute, die Erkrankten, nicht adäquat behandelt werden können, weil auch natürlich nicht jeder ein stationäres oder ein ganztätiges ambulantes Setting benötigt.“</i>
Schnittstellen	<i>„Das ist ja soweit ich das verstehe, immer eher das Problem, dass viel über persönliche Kontakte läuft und weniger über Strukturen. Und wir versuchen, jetzt mal mehr Strukturen zu etablieren. Das ist das Ziel.“</i>

Entsprechend den Barrieren sind in Tabelle 4.4-6 mögliche Umsetzungsstrategien mit Beispielzitat dargestellt.

Tabelle 4.4-6 Mögliche Umsetzungsstrategien

Kategorie	Beispielzitat
Leitlinie Zuschneiden <ul style="list-style-type: none"> • auf verschiedene Sektoren/Berufsgruppen ("Handouts für einzelne Fachrichtungen") • auf regionale Gegebenheiten • auf den eigenen Arbeitsplatz 	<i>"Das fände ich auch gut, wenn man das jetzt regional implementieren würde, das auch zu regionalisieren. Sprich, hier in Bremen, was haben wir hier für - wo sind hier die Schnittstellen ambulant, Selbsthilfe und stationäres Angebot? Und dann wieder vom stationären in die Rehabilitation. Das sollte regionalisiert werden und das muss jeder sich dann ja irgendwie zusammensuchen, wenn er ambulant tätig ist. Das wäre schön, wenn man das tatsächlich nochmal - ich weiß nicht, wer zuständig ist dafür -, dass das vielleicht noch einmal wirklich fassbar wird. Vielleicht als DIN-A4-Seite für jeden Niedergelassenen. Das wäre ganz pfiffig."</i>
Konkrete, schrittweise Handlungsanleitungen	<i>"Wenn die Angabe kommt, man trinke täglich Alkohol, dann --> Labor Transaminasen, Leberwerte etc.",</i>

Einführung von Vergütungssystemen für suchtspezifische Leistungen	<i>"Es ist halt die Sache, dass, wenn man es wirklich implementieren muss, man in irgendeiner Form einen Überblick zu Gefährdungssituationen kriegt. Und dann muss man sagen, es wird eine aktive Aufgabe sein müssen. Es wird keinen davon außen vorgeben können und motivieren kann man es wahrscheinlich nur, wenn man es auch honoriert."</i>
Aufschlüsselung der Leitlinieninformation nach „Patientengruppen“	<i>"Was mache ich mit dem, der es nicht zugibt, usw."</i>
Leitlinie als Teil des Qualitätsmanagements	<i>„(...) wenn sich entweder ihr Chef oder sie sich zusammen hinsetzen: "Ah, okay, die Bereiche finden wir besonders wichtig und da gucken wir einfach nochmal. Machen wir das eigentlich nach der Leitlinie oder nicht?" Und falls nicht, dann da so eine klinikinterne Leitlinie draus zu entwickeln. Also das wäre eine Möglichkeit, das umzusetzen."</i>
Empfehlungen, z.B. Screening, in bestehende Einrichtungsabläufe einbauen, sodass sie wenig aufwändig sind	<i>"Ich könnte mir auch vorstellen, das umzusetzen in meinem Team. Also, dass wir das noch mit in unseren Fragebogen einbauen und dass ich mal diesen Fragebogen von ihnen verteile und mit denen bespreche, um die zu sensibilisieren und den auch einfach mehr an die Hand zu geben."</i>
Überblick über regionale Angebote schaffen	

Zur Vorbereitung des Expertenworkshops (siehe Kapitel 4.5) wurden die zentralen Ergebnisse aus quantitativer und qualitativer Befragung zusammengefasst und jeweils getrennt für die allgemeine Gesundheitsversorgung und die Suchthilfe dargestellt. Im Expertenworkshop wurden folglich zwei Arbeitsgruppen gebildet, um die bisherigen Studienergebnisse zu diskutieren und Umsetzungsstrategien für den jeweiligen Bereich (allgemeine Gesundheitsversorgung und Suchthilfe) zu priorisieren.

4.5 Modul A5: Auswahl, Entwicklung, und Planung von Umsetzungsstrategien

Operationalisierung der Teilziele

In Modul A5 soll auf Basis der Ergebnisse der vorgelagerten Module eine Strategie für die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen unter Beteiligung von Kooperationspartnern und Versorgungseinrichtungen in der Modellregion Bremen entwickelt werden.

Hierzu wurden die Ergebnisse der vorangegangenen Module in einer Synopse zusammengefasst und jeweils aus Perspektive der Primärversorgenden und Betroffenen sowie aus der Perspektive der suchtmmedizinischen Versorgenden inkl. der Akteure der Suchthilfe und Betroffenen aufgeführt.

Umsetzungsstrategien aus Sicht der Primärversorgenden und Betroffenen

Bei der Auswahl von Umsetzungsstrategien aus Sicht der Primärversorgenden und Betroffenen wurde vor dem Hintergrund der bisherigen Ergebnisse des IMPELA-Projektes der **regionalen Vernetzung** der beteiligten Akteure (Welche regionalen Angebote gibt es? Wer hält welche Angebote vor? Wo finde ich die Akteure?) der größte Stellenwert eingeräumt. Dazu wurde eine Internet-Seite präferiert, welche die Informationen öffentlich und für alle Akteure und Betroffenen zugänglich macht. Qualitätszirkel sollen dabei die settingübergreifende Vernetzung zwischen den Behandelnden unterstützen. Zudem wurde Bedarf an **gezielter Früherkennung** festgestellt, die durch eine verbesserte Integration von entsprechenden Instrumenten in die Routineversorgung gewährleistet werden soll (z.B. in Aufnahme- und Anamnesebögen, Check-ups, Routineuntersuchungen). Informationsmaterialien wie z.B. Visitenkarten mit QR-Codes sowie Plakaten in den Wartezimmern sollen den niedrigschwelligen Zugang zu spezifischen Informationen für Betroffene erleichtern. Um der mangelhaften Kenntnis über die Existenz der Leitlinie und Fachkenntnis zur Umsetzung von spezifischen Leitlinienempfehlungen entgegenzutreten, wurden jährliche **Schulungen** vorgeschlagen. Die Integration von Schulungen zu alkoholbezogenen Störungen in die bestehenden Angebote der jeweiligen Kammern sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte geprüft werden.

Umsetzungsstrategien aus Sicht des Versorgungssektors für Personen mit alkoholbezogenen Störungen

Umsetzungsstrategien aus Sicht der Akteure der Suchthilfe (amb. Suchtberatung, niedergelassene und stationäre tätige Ärzte und Ärztinnen, pflegerische und ärztliche Vertretende der Rehabilitation sowie Vertretende der Leistungserstatter) waren vornehmlich strukturell ausgerichtet. Im Kern geht es um eine Vereinfachung und Ausweitung von Verfahren zur Überwindung von Schnittstellenproblematiken zwischen den Akteuren der Primärversorgung sowie der Suchthilfe, aber auch zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe untereinander. Konkrete Vorschläge für Umsetzungsstrategien umfassten eine Ausweitung und Verschlankung des bestehenden Nahtlosverfahrens, welches von allen ambulanten sowie stationären Trägern beantragt und von allen durchführenden Einrichtungen durchgeführt und standardmäßig von allen Kostenträgern übernommen werden sollte. Auch wurde eine Verbesserung der **regionalen Vernetzung** als hilfreiche Umsetzungsstrategie gesehen, um die Versorgung und Zuweisung insgesamt zu verbessern (z.B. die Regionale/lokale Übersicht von Suchtberatungsstellen, Selbsthilfeeinrichtungen, Einrichtungen der suchtmmedizinischen Akutversorgung sowie entsprechende Rehabilitationseinrichtungen). Zudem sollte eine Umsetzungsstrategie zur **Entstigmatisierung** beitragen sowie kulturelle Unterschiede und Funktionen im Umgang mit Alkohol berücksichtigen. Um die Akzeptanz von **Kurzinterventionen** zu erhöhen,

sollten Fragen zum Alkoholkonsum als Gesundheitsfrage insbesondere im primärärztlichen Bereich gestellt werden und von Informationsmaterial für die Patienten und Patientinnen flankiert werden.

In Tabelle 4.5-1 werden Barrieren entsprechend den drei Faktoren – Anwenderbezogene Faktoren, Leitlinienbezogene Faktoren, externe Faktoren – aufgeführt. Passende Interventionen, um diese zu begegnen sind in der dritten Spalte aufgeführt.

Tabelle 4.5-1 Kernergebnisse aus den Modulen A2, A4 und A5 sowie empfohlene evidenzbasierte Interventionen zur Verbesserung der leitliniengerechten Umsetzung

Faktor	Barriere	Interventionen ¹⁻⁴
Anwenderbezogene Faktoren (bezogen auf die Kenntnisse und Einstellungen der Anwender)	Mangelnde Kenntnis über die Leitlinie (MA2, MA4)	Verstärkte Verbreitung der Leitlinie (MA4, MA5) Allgemeine CME Fortbildungen (MA2, MA4, MA5)
	Mangelnde Vertrautheit mit Leitliniengang und mangelnde Fähigkeiten zur Umsetzung (MA2, MA4)	CME Fortbildungen zur kontextspezifischen Leitlinienempfehlungen (MA2, MA4, MA5) Instrumente und Manuale verfügbar machen (MA5) Fact-sheets, Praxismaterial (MA4, MA5)
	Fehlende Motivation zur Fortbildung (MA2, MA4)	Motivationsstrategien inkl. Audit und Feedback; Einbezug von Meinungsführern
	Zu hohe Komplexität (MA4)	Praxisnahe Gestaltung (MA4, MA5)
Leitlinienbezogene Faktoren	Unübersichtliches Layout MA4)	Vereinfachung des Designs (MA4, MA5)
	Fehlender Zugang zur Leitlinie (MA4)	Einfacher Zugriff , z.B. Webbasiert (MA5)
	Unzureichende Anwendbarkeit (MA4)	Praktische, webbasierte Bereitstellung der Leitlinienempfehlung (MA4, MA5)
	Fehlende Vernetzung (MA4, MA5)	Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit (MA4, MA5)
Externe Faktoren (Faktoren der Versorgungsorganisation)	Organisatorische Einschränkungen (MA4)	Anpassung von Routineprozessen (MA5) z.B. Integration von AUDIT in Check-ups
	Mangel an Ressourcen (MA4)	Minimalisierung des Dokumentationsaufwands ; Unterstützung durch Qualitätszirkel/Vernetzung

Insgesamt stehen die mangelnde Kenntnis der Leitlinie sowie die mangelnde Fähigkeit, der Empfehlung zu folgen und diese umsetzen zu können, als Hauptbarrieren im Vordergrund, beides zentrale Grundvoraussetzungen für die Umsetzung (Tabelle 4.5-2). Zudem bestehen zentrale Bedarfe nach einer besseren Vernetzung sowie einem praxisorientierten Layout bzw. Nutzungsformat der Leitlinie. Weitere Ansatzpunkte sind praxisnahe Umsetzungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungsorganisation um organisatorische Einschränkungen sowie den Mangel an Ressourcen für die Umsetzung der Leitlinie zu minimieren.

Tabelle 4.5-2 Rangfolge von empfohlenen Bereichen für Umsetzungsstrategien

Ansatzpunkte für Umsetzungsstrategien	Zu erwartendes Nutzenpotential	
	Allgemeine Gesundheitsversorgung	Suchthilfe
1. Kenntnis über die Leitlinie erhöhen	***	***
2. Fähigkeiten zur Umsetzung verbessern	***	**
3. Vernetzung stärken	***	**
4. Komplexität der Empfehlungen verringern und auf Anwendung im Versorgungsbereich anpassen	***	**
5. Leitlinie praxisorientierter gestalten	**	**
6. Organisatorische Einschränkungen minimieren	**	**
7. Zugang zur Leitlinie verbreitern	**	*
8. Mangel an Ressourcen durch Versorgungsorganisation reduzieren	**	*
9. Motivation zur spezifischen Fortbildung verbessern	**	*

Nutzenpotential: *** = sehr hoch; ** = hoch; * = moderat

Entwicklung und Auswahl von Umsetzungsstrategien

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Module A2 bis A5 empfehlen sich eine Reihe von allgemeinen und spezifischen Maßnahmen zur Verbesserung der leitliniengerechten Versorgung von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen (Tabelle 4.5-3).

Unter Einbezug der Ansatzpunkte und des Nutzenpotentials empfehlen sich im Rahmen des Projektes folgende Umsetzungsstrategien für eine Feldtestung in der Modellregion Bremen. Die finale Ausgestaltung der Strategien wird in Abstimmung mit den bremischen Projektpartnern durchgeführt.

Tabelle 4.5-3 Rangfolge an geeigneten Umsetzungsstrategien gemessen am zu erwartenden Nutzenpotential

(1)	Disseminierungsstrategien zur Erhöhung der Reichweite der S3-Leitlinie allgemein
(2)	Entwicklung von Fortbildungs- und Schulungskonzepten zu spezifischen Leitlinienempfehlungen
(3)	Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung der multiprofessionellen Versorgung und Vernetzung
(4)	Aufbereitung der S3-Leitlinie inkl. Zuschneidung auf Versorgungsbereiche (z.B. <i>Fact-sheets</i>)
(5)	Entwicklung einer Patientenleitlinie gemäß den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zur Überwindung von patientenbezogenen Barrieren

Entsprechend dem Antrag und den Ergebnissen des Module A1-A5 wurden zwei Umsetzungsstrategien entwickelt, die untenstehend in Kurzform aufgeführt sind.

Empfohlene Umsetzungsstrategie 1: Disseminierung der S3-Leitlinie als kontextspezifische Onlineversion

Schritt 1. Entwicklung einer kontextspezifische Onlineversion der S3-Leitlinie in Absprache mit den federführenden Fachgesellschaften (DGPPN, DG Sucht), um die Kenntnis der Leitlinie in relevanten Versorgungsbereichen und den Zugang zu den Leitlinienempfehlungen zu erhöhen. Ziel ist es dabei, die Leitlinie kontextspezifisch (z.B. für die Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Suchtberatung etc.) aufzubereiten und die Empfehlungen auf den jeweiligen Versorgungsbedarf zuzuschneiden, um die Komplexität der Leitlinie für den jeweiligen Anwender zu reduzieren. Die entsprechenden Leitlinienempfehlungen sollen in Form von Fact-sheets die relevanten Informationen zusammenfassen. Um die Umsetzbarkeit zu erhöhen, werden praxisorientierte Handlungsempfehlungen und entsprechende Materialien (z.B. Instrumente, Fragebögen, Manuale) als Download zur Verfügung gestellt. In Absprache mit regionalen Trägern der Suchthilfe und der Selbsthilfe werden Kontakte zur suchtmmedizinischen Weiterversorgung integriert, um die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern zu verbessern.

Schritt 2. Entwicklung einer Disseminierungsstrategie für die webbasierte S3-Leitlinie unter Einbezug der bremischen Projektpartner (Freie Hansestadt Bremen – Die Senatorin für Wissenschaft,

Gesundheit und Verbraucherschutz, der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer sowie der Selbsthilfe, der relevanten, lokalen Arbeitskreise und der Suchthilfeträger).

Schritt 3. **Implementierung der Umsetzungsstrategie und Testung** der Effekte im Rahmen einer Pilotstudie (siehe Tabelle 4.5-4). Neben einer begleitenden Prozessevaluation werden Effekte auf die Umsetzung anhand der projektbezogenen Qualitätsindikatoren zur Diagnostik (Früherkennung/Patientenaufklärung) sowie Therapie (Wahrnehmung einer Kurzintervention/qualifizierten Entzugsbehandlung) evaluiert.

Tabelle 4.5-4 Rahmenkonzept für die Evaluation einer kontextspezifischen Onlineversion der S3-Leitlinie

Titel	Reichweite, Akzeptanz und Inanspruchnahme einer kontextspezifischen Onlineversion der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen: eine Pilotstudie in der Modellregion Bremen
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Webbasierte Leitlinienversion inkl. benötigter Materialien (z.B. Fragebögen, Instrumente) - Kontextspezifische Empfehlungen inkl. deren Kurzversionen (z.B. Fact-Sheets) - Handlungsempfehlungen zur praktischen Umsetzung (z.B. Manuale) - Bereitstellung von regionalen Kontakten zur suchtmmedizinischen Weiterversorgung
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Reichweite der webbasierten S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen in relevante Versorgungsbereichen (Ergebnisevaluation zur Kenntnis der Leitlinie) - Inanspruchnahme bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen (Ergebnisevaluation hinsichtlich der <u>Qualitätsindikatoren Diagnostik (Früherkennung/Patientenaufklärung) sowie Therapie (Wahrnehmung einer motivierenden Kurzintervention/qualifizierten Entzugsbehandlung)</u>) - Erfassung von anwendungsbezogenen Barrieren und Förderfaktoren (Prozessevaluation zur Akzeptanz) - Verbesserung der regionalen, suchtmmedizinischen Weiterversorgung (Prozessevaluation zur Vernetzung)
Zielgruppe(n)	<ul style="list-style-type: none"> - Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen der primären Gesundheitsversorgung - Mitarbeitende der ambulanten Suchthilfe
Studiendesign	Pilotstudie mit zwei Messzeitpunkten (prä-post) zur Erfassung der Effekte hinsichtlich Akzeptanz und Inanspruchnahme auf die leitliniengerechte Versorgung

Empfohlene Umsetzungsstrategie 2: Multidimensionales Maßnahmenpaket zur leitliniengerechten Früherkennung und Umsetzung von Kurzinterventionen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung

Schritt 1. **Entwicklung eines mehrdimensionaler Maßnahmenpakets** zur Verbesserung der Fähigkeiten zur leitliniengerechten Versorgung von Patienten und Patientinnen mit riskantem Alkoholkonsum (Früherkennung, Diagnostik, Kurzintervention, Weitervermittlung) in der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Das Maßnahmenpaket umfasst die Entwicklung eines Schulungskonzepts zum leitliniengerechten Screening, Diagnostik und Kurzintervention sowie die Etablierung eines lokalen Versorgungsnetzwerkes

zur Verbesserung der Vermittlung von Patienten und Patientinnen in die suchtspezifische Versorgung. Zudem werden Handlungsanweisungen zur Verbesserung der Versorgungsorganisation in das Maßnahmenpaket integriert.

Schritt 2. **Identifikation und Auswahl von lokalen Experten** zur Unterstützung der Implementierung sowie des lokalen Versorgungsnetzwerks unter Einbezug der bremischen Projektpartner (Ärzte- und Psychotherapeutenkammer sowie der Selbsthilfe, Arbeitskreisen und Träger der Suchthilfe).

Schritt 3. **Implementierung der Umsetzungsstrategie und Testung** der Effekte im Rahmen einer Pilotstudie (siehe Tabelle 4.5-5). Neben einer begleitenden Prozessevaluation werden Effekte auf die Umsetzung anhand der projektbezogenen Qualitätsindikatoren zur Diagnostik (Früherkennung/Patientenaufklärung) und Therapie (Wahrnehmung einer motivierenden Kurzintervention) evaluiert.

Tabelle 4.5-5 Rahmenkonzept für die Evaluation eines multidimensionalen Maßnahmenpakets

<i>Titel</i>	Umsetzbarkeit eines multidimensionalen Maßnahmenpakets zur Erhöhung der leitliniengerechten Früherkennung und Umsetzung von alkoholbezogenen Kurzinterventionen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung: eine Pilotstudie in der Modellregion Bremen
<i>Intervention</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Schulung in Screening, Diagnostik und Kurzintervention - Handlungsempfehlungen für Organisationsabläufe - Entwicklungen von Informationsmaterialien - Handlungsempfehlungen zur Umsetzung - Implementierung eines lokalen Versorgungsnetzwerkes zur Verbesserung der Vermittlung von Patienten und Patientinnen in die suchtspezifische Versorgung
<i>Zielkriterien</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzbarkeit der Maßnahmen (Prozess und Ergebnisevaluation) - Effekte der Maßnahmen auf die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen (Ergebnisevaluation hinsichtlich der <u>Qualitätsindikatoren „Diagnostik (Früherkennung/Patientenaufklärung)“ und „Therapie (Wahrnehmung einer motivierenden Kurzintervention)“</u>) - Erfassung von anwendungsbezogenen Barrieren und Förderfaktoren (Prozessevaluation) - Verbesserung der suchtmmedizinischen Weiterversorgung (Prozess-/Ergebnisevaluation)
<i>Zielgruppe(n)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen der primären Gesundheitsversorgung - Mitarbeitende in der ambulanten Suchthilfe - Mitarbeitende der suchtmmedizinischen Akutversorgung
<i>Studiendesign</i>	Pilotstudie mit zwei Messzeitpunkten (prä-post) zur Erfassung der Effekte hinsichtlich Umsetzbarkeit und Inanspruchnahme auf die leitliniengerechte Versorgung

Die Auswahl und Umsetzung dieser beiden Umsetzungsstrategien erfolgt in Teilprojekt B.

5 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Das IMPELA-Projekt hatte die Initiierung einer modellhaften Implementierung und Evaluation einer Umsetzungsstrategie der S3-Leitlinie für Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen in der Modellregion Bremen zum Ziel. Die Begleitung einer S3-Leitlinie durch eine gezielte Umsetzungsstrategie, bei der sowohl patienten-, behandler- und organisationsorientierte Prozesse einbezogen werden, ist insbesondere vor dem Hintergrund der Komplexität von alkoholbezogenen Interventionen von grundlegender Bedeutung. Zugleich wurde mit dem Ansatz der systematischen Leitlinien-Implementierung auf dem Gebiet der Suchtbehandlung Neuland betreten, wobei sich die substanzbezogenen Störungen als ein vielfältiger Symptomkomplex darstellen, an dem nicht nur medizinische Professionen, sondern insbesondere auch Akteure des psychosozial ausgerichteten Suchthilfesystems beteiligt sind.

Um eine zielgruppengerechte Interventionsstrategie zu entwickeln, ist es notwendig, von den beteiligten Versorgenden Daten über die aktuelle Versorgungsleistung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen zu erhalten sowie die Barrieren und Förderfaktoren für die Implementierung zu (er)kennen. Auf Basis dieser Datengrundlage können Modelle entwickelt werden, die die Auswirkungen einer leitliniengerechten Behandlung und damit ggf. verbundene Optimierungspotentiale aufzeigen. Die IMPELA-Studie kann diese Fragen für die Modellregion Bremen beantworten und liefert somit wertvolle Ergebnisse, die sich auf andere Regionen in Deutschland übertragen lassen.

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalysen zeigen, dass in den Jahren 2016/2017 2,7% aller Versicherten (in der Modellregion Bremen) eine F10.x-Diagnose erhalten haben. Erweitert man die F10.x-Diagnosen um Diagnosen zu somatoformen Folgeschäden und der toxischen Wirkung von Alkohol (T51), ergibt sich eine Gesamtzahl von 10.508 Personen oder ein Anteil von 3,2%, bei denen psychische oder somatische Störungen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung im Zusammenhang mit Alkohol diagnostiziert wurden. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung Bremens im Alter von ≥ 16 Jahren ergibt sich eine Größenordnung von etwa 18.900 Personen mit alkoholbezogenen Störungen oder alkoholbezogenen Folgeschäden in Bremen.

Die vorliegenden Ergebnisse des Moduls A1 liefern Erkenntnisse der ersten auf Routinedaten basierenden Studie zur Versorgung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen in Bremen. Darüber hinaus zeigt die Untersuchung erstmalig in Deutschland (sowie für die Modellregion) den Anteil der Patienten und Patientinnen, die nach einem qualifizierten Entzug in eine anschließende Rehabilitationsbehandlung vermittelt wurden, ein im Rahmen einer integrierten Suchtkrankenversorgung geplanter Behandlungsschritt, über den in Deutschland aber kaum systematische Kenntnisse vorliegen. Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist somit auch, dass die

Methode des Data-Linkage für Sekundärdaten erfolgreich für mehrere Dateneigner vorgenommen werden konnte. Diese Methodik ermöglicht zudem die Abbildung längerer, sich über mehrere Jahre erstreckende Beobachtungszeiträume, mit der wiederum Patientenpfade von Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung in den verschiedenen Behandlungssektoren nachzuvollziehen sind. Ebenfalls den Sekundärdatenanalysen zuzuordnen, ist die mathematische Modellierung in Modul A3. Hier zeigen die Ergebnisse, dass der Großteil von Personen mit riskantem Konsum bzw. Alkoholkonsumstörung in Bremen nicht leitlinienkonform versorgt bzw. behandelt wird. Je nach Indikator und Altersgruppe liegt dieser nicht-konforme Anteil über 90%. Das größte Potential zur Verbesserung der Versorgungssituation liegt in der Altersgruppe der 21- bis 39-Jährigen.

Screeningverfahren zur frühzeitigen Identifikation von Menschen mit riskantem Alkoholkonsum bzw. einer alkoholbezogenen Störung sind mit Hilfe von Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen nicht abzubilden, da diese Verfahren nicht über die Abrechnungsziffern abrechenbar (und somit nicht identifizierbar) sind. Daher ergänzen die Ergebnisse der Primärerhebungen unter Behandelnden und Betroffenen die Sekundärdatenanalyse. Es zeigt sich, dass weniger als 10% der befragten Behandelnden ihre Patienten und Patientinnen mittels Fragebogenverfahren auf problematischem Alkoholkonsum hin screenen. Nur ein geringer Anteil benutzte das von der Leitlinie empfohlene Screeningsinstrument, den AUDIT-C. Somit zeigen die Ergebnisse des Moduls A2, dass ein flächendeckendes Screening aller Patienten und Patientinnen nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie nicht ansatzweise umgesetzt worden ist. Dieses lässt sich ebenfalls für die Durchführung von Kurzinterventionen festhalten, so erhielten nur 4 von 10 Patienten bzw. Patientinnen mit erkannten problematischem Alkoholkonsum eine entsprechend der Leitlinie empfohlene Kurzintervention.

Barrieren und Förderfaktoren, die die Empfehlungen der S3-Leitlinie beeinflussen, wurden in Modul A4 grundlegend untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass ein Grund die Unkenntnis über das Vorhandensein oder der Inhalte der S3-Leitlinie ist. Das fehlende Wissen um die Existenz der Leitlinie ist die häufigste genannte Barriere bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen. Den einzelnen Aspekten und Inhalten messen die Versorgende jedoch eine große Bedeutung zu. An Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen sind unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt. Das zeigt sich auch im Antwortverhalten: So werden zwar den querschnittlichen Aspekten wie der Versorgungsorganisation eine hohe Bedeutung beigemessen, der medikamentösen Behandlung sowie dem qualifizierten Entzug jedoch nur eine geringe Bedeutung. Das ist insofern bemerkenswert, als dass die Ergebnisse aus dem Modul A3 insbesondere die Effekte einer qualifizierten Entzugsbehandlung auf Mortalität und Morbidität für Personen mit alkoholbezogenen Störungen aufzeigen. Das Wissen darum ist somit nicht nur für klinisch tätige Behandelnde notwendig, sondern auch für ambulante Versorgende angezeigt.

Im Rahmen des IMPELA-Projektes wurde in der Modellregion Bremen eine, für Deutschland bisher einmalige, empirische Datengrundlage für die Behandlung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen geschaffen. Durch die Verknüpfung von Primär- und Sekundärerhebungen, bei denen neben der Perspektive der Behandelnden, der betroffenen Patienten und Patientinnen auch die der Angehörigen einbezogen worden sind, haben die Ergebnisse einen Leuchtturmcharakter für zukünftige Forschungsvorhaben.

Mit den beiden Umsetzungsstrategien bestehen nun geeignete Möglichkeiten, die Ergebnisse des Teilprojektes A umzusetzen und zu evaluieren. Da während der Projektlaufzeit die S3-Leitlinie aktualisiert worden ist, werden die geltenden, sich ggf. veränderten Empfehlungen der Leitlinie bei der zukünftigen Umsetzung berücksichtigt.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

In der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird in einem Kapitel auf die Notwendigkeit der Entwicklung von geschlechtsspezifischen Behandlungsempfehlungen für Frauen und speziell für schwangere Frauen hingewiesen. Für beide Personengruppen wird ein „gravierendes Wissensdefizit“ festgehalten. Einzig für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen während der Schwangerschaft liegen Studienergebnisse aus randomisierten, kontrollierten Studien vor. Ebenfalls ist die Datenlage zur Aufnahme von Behandlungen für Frauen und schwangeren Frauen mit alkoholbezogenen Störungen limitiert. Die Ergebnisse des IMPELA-Projektes können einen Beitrag leisten, dieser Limitation zu begegnen.

Dazu erfolgte, neben einer geschlechtsspezifischen Auswertung der empirischen Module, auch eine Stichprobenstratifizierung, bei der gezielt Behandelnden rekrutiert worden sind, die Aussagen zu Frauen in einer alkoholspezifischen Behandlung treffen konnten. Für das Modul A2 und A4 wurden Hebammen und Familienhebammen für die Versorgung von Frauen im gebärfähigen Alter und auch Schwangere sowohl quantitativ als auch qualitativ befragt. Ebenfalls wurden Gynäkologen und Gynäkologinnen in die Befragung einbezogen. Auf Ebene der Behandelnden konnte die Stichprobe nicht geschlechtssensibel gezogen werden, da diese aus dem Register der Kassenärztlichen Vereinigung stammt. In einigen Berufsgruppen wurde daher auch keine geschlechterausgewogene Stichprobe ermittelt. Insbesondere war dies der Fall für die Psychotherapeutinnen in Modul A2.

Es ist bekannt, dass Alkoholkonsumstörungen bei Männern eine höhere Prävalenz haben als bei Frauen. Dieses führt u. A. dazu, dass mehr Männer im stationären Bereich Hilfe suchen. Dadurch wird in klinischen Stichproben auch eine höhere Anzahl an Männern erreicht. Durch die Sekundärdatenanalyse wurde dieser Bias durch die Betrachtung von ambulanten Diagnosen

gemindert. Zudem konnten mit Hilfe der Sekundärdatenanalyse auch die weiteren Bereiche der Behandlung geschlechtsspezifisch analysiert werden und somit Disbalancen zwischen den einzelnen Behandlungsbereichen deutlich werden. Ebenfalls konnten für das Modul A3 in der Untersuchung geschlechtsspezifische Effekte untersucht werden.

Für den Experten-Workshop konnte wenig Einfluss auf eine geschlechtssensible Besetzung genommen werden. Der Workshop wurde von einer weiblichen und einem männlichen Moderator geleitet.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse des IMPELA-Projektes wurden auf der Internetseite des ZIS dargestellt und der Forschungsbericht wird (nach Absprache mit dem BMG) der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Um möglichst alle Personen, die an der Behandlung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen in Bremen beteiligt sind, wurde während der Projektlaufzeit ein breites Netzwerk aufgebaut, in dem auch immer wieder Teile der Forschungsergebnisse vorgestellt worden sind. So wurde das Projekt sowie Teilergebnisse bei regionalen Fachtagungen wie dem Hausärztetag, der Konferenz der Gynäkologen oder in Weiterbildungsveranstaltungen der Suchthilfe präsentiert. Insbesondere der modulare Aufbau der Studie wurde vertieft und im Sinne eines partizipativen Ansatzes sind Fragestellungen präzisiert worden. Auch nach dem Projekt ist es geplant, die Projektergebnisse weiter vorzustellen und die Ergebnisse zu diskutieren. Einzelne Ergebnisse konnten bereits in die aktualisierte Version der S3-Leitlinie eingehen (Mann *et al.*, 2020).

Ferner wurden die Forschungsergebnisse auf nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt. Bei der Einreichung der Kongressbeiträge wurde darauf geachtet, dass sowohl die suchtmmedizinische Fachöffentlichkeit als auch Vertretende der Versorgungsforschung und Praxis erreicht wurden und somit ein interdisziplinärer Diskurs hergestellt worden ist. Der Eröffnungsvortrag fand auf dem Deutschen Suchtkongress am 17.09.2018 zu „Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ in die Routineversorgung“ statt. Im Jahr 2018 wurde das IMPELA-Projekt zudem auf dem Feuerlein-Symposium zur Versorgungsforschung in der Suchttherapie, dem 2. HAM-NET Symposium, der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie und dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vorgestellt. Im Rahmen der Einzelvorträge wurde das Projekt präsentiert, sowie hemmende und fördernde Faktoren für die Implementierung der S3-Leitlinie diskutiert.

Im Jahr 2019 wurde das Projekt erneut auf dem Deutschen Suchtkongress, dem 3. HAM-NET Symposium und dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vorgestellt. Neben der Vorstellung des Forschungsprojektes auf nationalen Sucht- und Versorgungskongressen wurden 2019

die Ergebnisse des IMPELA-Projektes auch auf zwei internationalen Kongressen präsentiert. Am 03.06.2019 wurde auf dem Symposium “45th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society” ein Vortrag zu “Modeling the effects of increased coverage of qualified alcohol withdrawal treatment on morbidity and mortality compared to physical detoxification” in Utrecht gehalten. Auf dem Kongress “INEBRIA – International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs” in Lübeck wurde am 26.09.2019 das Projekt im Rahmen eines Postervortrags mit dem Titel “Determinants for the implementation of the German Guideline on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol-Related Disorders” vorgestellt.

Im Laufe des Projektes konnten bereits erste wissenschaftliche Publikationen erstellt und veröffentlicht werden (siehe Kapitel 9). Weitere befinden sich in Vorbereitung bzw. im Review-Verfahren. Eine erste Information über das Projekt und die Projektstruktur wurde als Studienprotokoll in der Zeitschrift „Sucht“ veröffentlicht. Obgleich sich diese Zeitschrift primär an ein deutsches Publikum richtet, wurde dieser Beitrag englischsprachig verfasst, um somit auch die internationale Leserschaft zu erreichen. Die Ergebnisse der Module A2 und A4 wurden entsprechend der Zielsetzung in deutschen Journals (Bundesgesundheitsblatt, Suchttherapie, Das Gesundheitswesen) veröffentlicht. Auch die Ergebnisse des Moduls A3 konnten in zwei Publikationen - je eine national und international - veröffentlicht werden. Die Ergebnisse des Moduls A1 werden zurzeit für eine erste Veröffentlichung vorbereitet. Eingebettet in den inhaltlichen Kontext der IMPELA-Studie wurden zwei Veröffentlichungen zur Inanspruchnahme von haus- und fachärztlicher Versorgung sowie zur stationären Leistung bei problematischem Alkoholgebrauch in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status erstellt. Für diese Veröffentlichungen wurde der scientific-use-file der Studie zur “Gesundheit in Deutschland aktuell“ des Robert Koch-Institut beantragt und verwendet.

8 Verwertung der Projektergebnisse

Die wissenschaftliche Verwertung des Teilprojektes A und den Ergebnissen, die den jeweiligen Modulen zu Grunde liegen wird durch Verbreitung und Diskussion der Ergebnisse in Fachzeitschriften (siehe Publikationsverzeichnis) sowie auf Tagungen und Kongressen realisiert.

Die Konzeption des IMPELA-Projektes sah vor, dass das Teilprojekt B basierend auf den Ergebnissen des Teilprojektes A konzipiert und durchgeführt wird. Dementsprechend erfolgt eine erste projektinterne Verwertung der Ergebnisse im Rahmen der Planung des Teilprojektes B. Aufgrund der Corona-Pandemie kann das Teilprojekt B zurzeit nicht durchgeführt werden. Neben der internen Verwertung der Projektergebnisse führten auch andere Aspekte zu einer Verstetigung.

Für das IMPELA-Projekt wurde Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven - von Patienten und Patientinnen, von ärztlichen Versorgenden sowie von betroffenen Personen z.B. Angehörige von alkoholerkrankten Personen oder ehemalige Alkoholkonsumierenden – zur Versorgung von alkoholbezogenen Störungen ermittelt. Diese vielschichtige Herangehensweise eröffnete die Chance, die Versorgungsdefizite in Anbetracht der Früherkennung, der Diagnostik, der Behandlung sowie der Weitervermittlung von Personen mit alkoholbezogenen Störungen aufzuzeigen. Die Notwendigkeit, diese Punkte zu adressieren, wurde in der aktualisierten S3-Leitlinie aufgenommen. Somit erfolgte bereits ein Transfer von wissenschaftlichen Ergebnissen der IMPELA-Studie in Leitlinienarbeit.

Im Rahmen des Projektes wurden mit einem Fortbildungsartikel zur Früherkennung in der hausärztlichen Praxis, welcher mit CME-Punkten von der Ärztekammer versehen wird, sowie mit einer Homepage zur Implementierung von Früherkennungsmaßnahmen in der hausärztlichen Praxis ein besonderes Augenmerk auf das Transferpotential gelegt. Die Homepage eignet sich nach Durchführung des Teilprojektes B für eine Überführung in andere Bundesländer. Die Konzeption der Homepage, die eng mit einem Fortbildungsartikel verbunden ist, bietet eine kontinuierliche Weiterentwicklung und attraktive Fort- und Weiterbildungsmaßnahme für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen. Durch die Integration zweier Elemente, nämlich einem Fachartikel mit einem interaktiven Medium kann eine entsprechende Anpassung erfolgen. Bei einer Weiterentwicklung der Homepage können auch andere Facharzttrichtungen und Berufsgruppen bedacht werden.

9 Publikationsverzeichnis

- Buchholz, A., Spies, M., Härter, M., Lindemann, C., Schulte, B., Kiefer, F., Frischknecht, U., Reimer, J. & Verthein, U. (2021). Barrieren und Umsetzungsstrategien für die Implementierung der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen aus Sicht von Behandlern und Betroffenen. Suchttherapie.
- Frischknecht, U., Hoffmann, S., Steinhauser, A., Lindemann, C., Buchholz, A., Manthey, J., Schulte, B., Rehm, J., Kraus, L., Verthein, U., Reimer, J. & Kiefer, F. (2020). Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen – Versorgerbefragung zur Erarbeitung von Strategien der Leitlinienimplementierung. Suchttherapie.
- Frischknecht, U., Hoffmann, S., Steinhauser, A., Lindemann, C., Buchholz, A., Manthey, J., Schulte, B., Rehm, J., Kraus, L., Verthein, U., Reimer, J. & Kiefer, F. (2020). [Screening for Problematic Alcohol Consumption - A Survey on Guideline Implementation in Transdisciplinary Health Care of a Model Region]. Gesundheitswesen.
- Manthey, J., Lindemann, C., Kraus, L., Reimer, J., Verthein, U., Schulte, B. & Rehm, J. (2020a). The potential effects of an extended alcohol withdrawal treatment programme on morbidity and mortality among inpatients in the German city of Bremen: a simulation study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 15, 1.
- Manthey, J., Lindemann, C., Verthein, U., Frischknecht, U., Kraus, L., Reimer, J., Grun, A., Kiefer, F., Schulte, B. & Rehm, J. (2020b). [Provision of healthcare for people with risky alcohol use and severe alcohol use disorders in the state of Bremen, Germany: demand and guideline concordance?]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 63, 122-130.
- Schulte, B., Lindemann, C., Buchholz, A., Rosahl, A., Härter, M., Kraus, L., Kiefer, F., Frischknecht, U., Hoffmann, S., Wensing, M., O`Donnell, A., Manthey, J., Rehm, J., Schäfer, I., Verthein, U. & Reimer, J. (2019). Tailored interventions to support the implementation of the German national guideline on screening, diagnosis and treatment of alcohol-related disorders: a project protocol. SUCHT 65, 373-381.

Literaturverzeichnis

- Anderson, P. & Clement, S. (1987). The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *Br J Addict* 82, 753-759.
- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbuhler, K. & Kraus, L. (2019). The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines: An Estimate of Consumption and Substance-Related Disorders in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 116, 577-584.
- Bauer, U. & Hasenöhl, A. (2000). Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *SUCHT* 46, 250-259.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 158, 1789-1795.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A. & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Jama* 282, 1458-1465.
- Destatis. (2019a). Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht, Altersjahre. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Destatis. (2019b). Qualitätsbericht - Biersteuerstatistik / Brauwirtschaft. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Destatis. (2019c). Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten (Datensatzstruktur). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Destatis. (2019d). Tourismus - Tourismus in Zahlen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Driessen, M., Veltrup, C., Junghanns, K., Przywara, A. & Dilling, H. (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluiertes Behandlungsprogramms. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt* 70, 463-470.
- Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., John, U., Broocks, A., Hohagen, F. & Rumpf, H.-J. (2006). The Reliability and Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German General Practice Population Sample. *Journal of Studies on Alcohol* 67, 473-481.
- European Medicines Agency. (2010). Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence, London.
- Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. & Kraemer, A. (2016). Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthcare (Basel)* 4, 16.
- Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R. & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*.

Frischknecht, U., Hoffmann, S., Steinhauser, A., Lindemann, C., Buchholz, A., Manthey, J., Schulte, B., Rehm, J., Kraus, L., Verthein, U., Reimer, J. & Kiefer, F. (2020). [Screening for Problematic Alcohol Consumption - A Survey on Guideline Implementation in Transdisciplinary Health Care of a Model Region]. *Gesundheitswesen*.

Kehoe, T., Gmel, G., Shield, K. D., Gmel, G. & Rehm, J. (2012). Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Popul Health Metr* 10, 6.

Kilian, C., Manthey, J., Probst, C., Brunborg, G. S., Bye, E. K., Ekholm, O., Kraus, L., Moskalewicz, J., Sieroslowski, J. & Rehm, J. (2020). Why Is Per Capita Consumption Underestimated in Alcohol Surveys? Results from 39 Surveys in 23 European Countries. *Alcohol and Alcoholism*.

Knopf, A. (2019). When alcohol withdrawal has to be treated on an inpatient basis. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly* 31, 1-3.

Lange, C., Finger, J. D., Allen, J., Born, S., Hoebel, J., Kuhnert, R., Muters, S., Thelen, J., Schmich, P., Varga, M., von der Lippe, E., Wetzstein, M. & Ziese, T. (2017). Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75, 40.

Mann, K. & Batra, A. (2016). S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". In *AWMF-Register Nr. 076-001*. ed. AWMF, DGPPN & DG-SUCHT. AWMF, Düsseldorf.

Mann, K. F., Batra, A. & Hoch, E. "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen": Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2020.

Manthey, J., Shield, K. D., Rylett, M., Hasan, O. S. M., Probst, C. & Rehm, J. (2019). Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet* 393, 2493-2502.

Piontek, D., Matos, E. G. d., Atzendorf, J. & Kraus, L. (2017). *Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015*, vol. 189. Institut für Therapieforchung, Munich, Germany.

Rehm, J., Allamani, A., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Landsmane, I., Manthey, J., Moreno-España, J., Pieper, L., Probst, C., Snikere, S., Struzzo, P., Della Vedova, R., Voller, F., Wittchen, H. U., Gual, A. & Wojnar, M. (2015). General Practitioners Recognizing Alcohol Dependence: A Large Cross-Sectional Study in 6 European Countries. *Annals of Family Medicine* 13, 28-32.

Robinson, O. C. (2014). Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qualitative Research in Psychology* 11, 25-41.

Rossow, I. & Mäkelä, P. (2021). Public Health Thinking Around Alcohol-Related Harm: Why Does Per Capita Consumption Matter? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 82, 9-17.

Schelhase, T., ed. (2019). *Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2017*. Springer, Berlin.

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO Press, Geneva.