

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT

HALLE-WITTENBERG

Medizinische Fakultät

Sektion Allgemeinmedizin

## ABSCHLUSSBERICHT

Hausärztliche Suchtprävention: Untersuchung motivationaler Barrieren  
gegen Maßnahmen zur Suchtprävention in der Hausarztpraxis

Laufzeit

01.10.2014-31.03.2016

Prof. Dr. Thomas Fankhänel

Carolin Thiel

Prof. Dr. Andreas Klement

## 1 TITEL UND VERANTWORTLICHE

Hausärztliche Suchtprävention: Untersuchung motivationaler Barrieren gegen Maßnahmen zur Suchtprävention in der Hausarztpraxis

Projektleitung:

Prof. Dr. Thomas Fankhänel,

Tel.: +49 365 77340741,

Fax: +49 345 5575340,

Email: [thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de](mailto:thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de)

## 2 INHALTSVERZEICHNIS

1	Titel und Verantwortliche	2
2	Inhaltsverzeichnis	3
3	Zusammenfassung	4
4	Einleitung	5
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	11
6	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	20
7	Ergebnisse	22
8	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	33
9	Gender Mainstreaming Aspekte	39
10	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	40
11	Verwertung des Projektergebnisses	41
12	Publikationsverzeichnis	45
13	Anlage	49

### 3 ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl die Wirksamkeit hausärztlicher Kurzinterventionen nach systematischem Screening zur Reduktion des Alkoholkonsums (SBI) nachgewiesen wurde, ist deren Implementierung in die Regelversorgung bis dato nicht gelungen. Durch die Befragung von Hausärzten konnten zwar zahlreiche Barrieren identifiziert werden, über deren tatsächlichen Einfluss auf die Interventionsmotivation von Hausärzten liegen aktuell aber noch keine Untersuchungsergebnisse vor. In unserer Untersuchung wurde deshalb erstmals experimentell der Einfluss der von Hausärzten am häufigsten genannten Barrieren auf die hausärztliche Interventionsmotivation untersucht. Konkret sollte der Einfluss der Barrieren 1) unbefriedigende Vergütung, 2) ungenügende Machbarkeit und 3) unbefriedigende Patienten-Adhärenz durch die Verwendung entsprechender Fallvignetten bestimmt werden. Hierzu wurden  $N=194$  Hausärzte mittels Fragebogen befragt. Wie unsere Ergebnisse zeigen, wird die Interventionsmotivation vor allem durch die als ungenügend eingeschätzte Patienten-Adhärenz,  $F(1,189)=24.54, p<.000$ , und die als unbefriedigend beurteilte Machbarkeit der Instrumente Screening-Fragebogen und Kurzintervention beeinträchtigt,  $F(1,154)=29.15, p<.000$ . Auf Grundlage der erzielten Erkenntnisse wurde die *Praxisgemäße Intervention* mit den Schwerpunkten Zielgruppe (schädlicher Alkoholkonsum), Machbarkeit und Fertigkeiten (begleitetes 10-Schritte Programm zum selbstkontrollierten Trinken mit CDT-Wert Kontrolle zur Anbahnung einer Entwöhnungsbehandlung) sowie Vergütungsregelung (interventionsspezifische und höhere Vergütung) zur Verbesserung der Situation der hausärztlichen Suchtprävention entwickelt und im Rahmen von 15 Experteninterviews hinsichtlich der Aspekte Wirksamkeit, Machbarkeit und Implementierung diskutiert. Zusammenfassend ist festzustellen, dass für eine funktionierende hausärztliche Suchtprävention eine Weiterentwicklung der bestehenden Konzepte insbesondere im Hinblick auf die Bedingungen der hausärztlichen Versorgungsrealität unerlässlich erscheint.

## 4 EINLEITUNG

Alkohol ist in Deutschland ein fester Bestandteil des Lebens. Er wird von der Mehrzahl der Bevölkerung im privaten und öffentlichen Rahmen konsumiert und toleriert. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland mit einem pro-Kopf Verbrauch von 9,6l an fünfter Stelle [1] [2]. Die epidemiologische Forschung weist Alkohol als bedeutenden Risikofaktor für Morbidität und Mortalität aus [3]. In industrialisierten Ländern ist Alkohol dritthäufigste Ursache für verloren Lebensjahre [4]. In Deutschland versterben jährlich etwa 74.000 Menschen an den Folgen von Alkoholmissbrauch. Bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland findet sich der höchste Anteil alkoholbedingter Todesfälle in der erwerbsfähigen Altersgruppe der 35 bis 64jährigen mit einem Anteil von 25% bei Männern und 13% bei Frauen [5]. Neben gesundheitlichen Problemen wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen lassen sich viele psychosoziale Probleme wie Erwerbsunfähigkeit, Kriminalität oder sozialer Abstieg auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückzuführen [3]. Derzeit gibt es in Deutschland 9,5 Millionen Menschen mit riskantem Alkoholkonsum, hierunter 2,7 Millionen mit Alkoholmissbrauch und 1,3 Alkoholabhängige. Die Zahl alkoholbedingter Krankenhausaufenthalte durch Alkoholvergiftung bei Kindern und Jugendlichen stieg im Jahr 2011 auf 26.349. Die in Deutschland für alkoholbezogene Erkrankungen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten werden mit 26,7 Mrd. Euro angegeben [1].

Eine wirksame hausärztliche Suchtprävention kann dazu beitragen, dass gefährdete Patienten frühzeitig erkannt und einer für sie geeigneten Behandlung zugeführt werden können. Obwohl die Wirksamkeit von hausärztlich durchgeführten Kurzinterventionen nach systematischem Screening mit dem Ziel der Reduktion des Alkoholkonsums in zahlreichen Untersuchungen gezeigt werden konnte [6], und eine Empfehlung der WHO [7] den systematischen Einsatz hausärztlich durchgeführter Kurzinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen nahelegt, wird bislang nur ein kleiner Teil von Patienten entsprechend versorgt [8] [9]. So zeigen aktuelle Untersuchungen

einen nur geringen Anteil von Patienten, die von ihrem Hausarzt zum Alkoholkonsum bereits einmal befragt bzw. im Rahmen einer Kurzintervention beraten wurden [10] [11]. Die hausärztliche Versorgungspraxis sollte deshalb besser auf die besonderen Herausforderungen entsprechender Maßnahmen vorbereitet und ggf. mit veränderten Methoden ausgestattet werden.

Konzepte zur hausärztlichen Suchtprävention [12] sehen neben Screening und Kurzintervention (SBI) die Möglichkeit der Veranlassung einer Weiterbehandlung vor (SBIRT). Für die hausärztliche Praxis wurden in den letzten Jahren spezifische Screening-Fragebögen zur Erfassung von Trinkmenge und psychosozialen Problemen infolge Alkoholmissbrauch entwickelt wie bspw. AUDIT, AUDIT-C, LAST oder BASIC [13]. Das Screening sollte systematisch bei jedem Patienten im Rahmen der Regelversorgung durchgeführt werden [14]. Der Information über das Screening-Ergebnis ist eine Kurzintervention nachzuschalten, wenn durch das Screening-Ergebnis ein riskanter Alkoholkonsum indiziert wird. Als Kurzintervention werden empfohlen u.a. Motivation zu risikoarmem Konsum, Förderung der Änderungsbereitschaft sowie Entwickeln von Bewältigungsstrategien wie Festlegung von Veränderungszielen, Anbieten von Alternativen zum Alkoholkonsum, Vermitteln von Techniken zur Trinkzieelerreichung oder Identifizieren von Risikosituation [12]. Patienten mit schwerwiegender Problematik wie einer Suchterkrankung sollen in fachärztliche Weiterbehandlung überwiesen bzw. zur Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung veranlasst werden.

Studien zur Implementierung von SBI in Hausarztpraxen führten zu heterogenen Befunden. So konnten durch Trainingsmaßnahmen zwar die Kenntnisse und SBI-bezogenen Einstellungen verbessert werden [15], Training führte dagegen aber nicht zu einer Erhöhung der Behandlungsrate [16] [17] [9]. Eine Erhöhung der Behandlungsrate konnte nur dann erreicht werden, wenn Hausärzte bereits vor dem Training eine positive Einstellung, hohes Commitment sowie hohe Sicherheit bei der Behandlung entsprechender Patienten berichteten, während bei geringer

Sicherheit und geringem Commitment durch Training sogar ein gegenteiliger Effekt erzielt wurde [18]. Übereinstimmend wird eine hohe Änderungsbereitschaft der Patienten als entscheidender Prädiktor für die Reduktion des Alkoholkonsums und somit für die hausärztliche Behandlungsmotivation angesehen [9] [19]. Entsprechend zeigte eine Untersuchung in Deutschland, dass Patienten mit der Intention, ein Hilfsangebot nutzen zu wollen, achtmal häufiger ein solches Angebot auch in Anspruch nahmen als Patienten ohne solche Intention [25].

In Untersuchungen zu Barrieren gegen SBI nennen befragte Hausärzte neben strukturellen Faktoren wie Zeitmangel [20] [17] [21] [22], zu hoher Arbeitsbelastung [23], Störung der Behandlungsroutine [17], unbefriedigender Vergütung [19] sowie zu geringer Unterstützung im Gesundheitssystem [21] [9] auch subjektive Hindernisse wie unzureichende Qualifikation [17] [9] [24] [21] [23], Unsicherheit bei der Behandlung [9] [20] sowie Probleme bei der Identifikation geeigneter Patienten [25] [21]. Als weiteres Hindernis kommen interpersonelle Konflikte im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung zur Sprache. So gaben befragte Hausärzte an, dass Patienten, die im Rahmen der Konsultation auf ihren Alkoholkonsum angesprochen wurden, häufig keine ehrliche Auskunft geben [17] [26], auf Behandlungsversuche ablehnend reagieren [9] [26], mit dem Wechsel der Hausarztpraxis drohen [9] oder Gepflogenheiten der Arzt-Patient-Kommunikation verletzen [19]. Betroffenen Patienten wird eine ungenügende Adherence zugeschrieben [22] [17], die bei Ärzten zu einer negativen Einstellung gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen führen kann [27]. Insbesondere die Erfahrung interpersoneller Konflikte wird mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung, Behandlungsmotivation und Zufriedenheit in einen Zusammenhang gebracht [17] [25] [23]. So waren nur 21% englischer Hausärzte überzeugt, den Alkoholkonsum betroffener Patienten wirksam behandeln zu können [28]. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Untersuchung an deutschen Hausärzten [29]. So äußerte über die Hälfte der befragten Hausärzte die Überzeugung, dass SBI zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend sei.

Eigene Untersuchungsergebnisse (noch unveröffentlicht) verweisen darüber hinaus auf spezifische Barrieren bzgl. Screening und Verwendung von Fragebögen in der Hausarztpraxis. So bevorzugen Hausärzte die persönliche Ansprache bei Themen wie Alkoholproblemen, beurteilen systematisches Screening ohne Berücksichtigung der Vorgeschichte als ineffektiv und erkennen in der Verwendung von Fragebögen eine Störung der Behandlungsroutine. Hinzu kommen fehlende Akzeptanz, riskanten Alkoholkonsum als relevanten Behandlungsanlass anzusehen, Unklarheiten zum verwendeten Risikobegriff, geringe Bereitschaft zur Durchführung von empfohlenen Maßnahmen zur Kurzintervention und entsprechend geringe Bereitschaft, die notwendigen Ressourcen (bspw. Zeit, Engagement) für eine nach Screening-Ergebnis anzuschließende Kurzintervention bereitzustellen.

Hausärzte sind als erster Ansprechpartner in Gesundheitsfragen in geeigneter Position, Patienten mit einer Suchterkrankung frühzeitig einer Entwöhnungsbehandlung zuzuführen. In Deutschland haben zirka 80% aller Alkoholabhängigen einmal jährlich Kontakt zu einem Hausarzt [30]. Hausärzte gelten als vertrauenswürdige und zuverlässige Berater [27] und bieten im Fall einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung den geeigneten Kontext zur Besprechung problematischer Anliegen wie einer Suchterkrankung. Durch wiederholte Intervention kann die hausärztliche Praxis zudem zur Stabilisierung einer einmal erreichten Lebensstilveränderung beitragen [31].

Trotz zahlreicher Bemühungen um eine möglichst breite Implementierung verzichten deutsche Hausärzte auf Verfahren wie SBI oder SBIRT im Rahmen ihrer Regelversorgung. Entsprechend konnten bereits zahlreiche Barrieren gegen einen Einsatz in der Hausarztpraxis identifiziert werden. Aufgrund der Vielzahl der bis dato genannten Barrieren erscheint eine gezielte Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der hausärztlichen Suchtprävention jedoch kaum möglich. Zudem erlauben die bisher verwendeten Instrumente bzw. Methoden – Likertskala und explorativ-qualitative Methode – kaum Aussagen über kausale Zusammenhänge und zum faktischen Einfluss

einzelner Barrieren auf die Versorgungsrealität. Schließlich ist nicht auszuschließen, dass die bisherigen Ergebnisse einer Tendenz zu sozialer Erwünschtheit unterliegen und deshalb mit Vorsicht zu interpretieren sind [32]. Für die gezielte Entwicklung alternativer und wirksamer Strategien ist deshalb die Identifikation entscheidender Barrieren notwendige Voraussetzung. Im Rahmen der beantragten Forschung soll deshalb der Einfluss entscheidender Barrieren durch Rückgriff auf Methoden der experimentellen Sozialforschung nachgewiesen werden.

Die Integration bisheriger Forschungsergebnisse empfiehlt eine Fokussierung auf folgende Problembereiche: 1) Unbefriedigende Adhärenz von Patienten im Zusammenhang mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit infolge verminderter Kontrolle über den Substanzgebrauch, 2) Unbefriedigende Machbarkeit etablierter Instrumente für Screening und Kurzintervention vor dem Hintergrund der hausärztlichen Versorgungspraxis sowie 3) Bevorzugung reaktiver und ereignisbezogener Patientenversorgung vor proaktiver Versorgung (bspw. Primärprävention durch Screening) auf Seiten der Hausärzte [33].

Eigene Untersuchungen haben gezeigt, dass zu geringe Vergütung durch Krankenkassen als die wichtigste Barriere von Hausärzten angesehen wird [32]. Die Wahrhaftigkeit dieser Einschätzung kann aus zwei Gründen in Frage gestellt werden. Erstens konnte in zwei eigenen Untersuchungen gezeigt werden, dass trotz zusätzlicher Vergütung von Screening-Leistungen keine wirksame Verbesserung der Versorgung von geeigneten Patienten erzielt werden konnte (15€ pro Screening aller AOK-versicherten Patienten mittels AUDIT-Fragebogen mit ggf. Überweisung von Patienten mit riskantem Alkoholkonsum zu einer berufsbegleitenden Kurzintervention [nicht veröffentlicht] sowie 15€ pro Screening aller AOK-versicherten Patienten mittels CHAT [41] auf Hilfebedarf bzgl. einer Suchterkrankung mit ggf. Veranlassung einer Entwöhnungsbehandlung bei Patienten mit indiziertem Hilfebedarf nach Screening 2013 (HELPS [40])). Zweitens konnte durch eigene Untersuchung die Vermutung anderer Autoren empirisch bestätigt werden [29], dass Hausärzte bei

der Beurteilung von Barrieren gegen Maßnahmen zur Suchtprävention im Sinne sozialer Erwünschtheit dazu neigen, die beeinträchtigenden Effekte entsprechender Barrieren eher zu unterschätzen [32].

### Studie 1

In Studie 1 sollte deshalb die folgende Fragestellung untersucht werden: Welche Barrieren haben einen entscheidenden negativen Einfluss auf die Bereitschaft von Hausärzten zur Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen wie Fragebogen-Screening, Kurzintervention oder Veranlassung einer Weiterbehandlung. Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

H1: *Unbefriedigende Adhärenz* von Patienten nach hausärztlicher Empfehlung zur Reduktion des Alkoholkonsums bzw. Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung beeinträchtigt die Bereitschaft von Hausärzten zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen stärker als *zu geringe Vergütung* entsprechender Maßnahmen durch Krankenkassen.

H2: *Unbefriedigende Machbarkeit* der Instrumente für Screening und Kurzintervention (bspw. Störung der Arzt-Patient-Kommunikation, zeitlicher Aufwand) beeinträchtigt die Bereitschaft von Hausärzten zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen stärker als *zu geringe Vergütung*.

H3: Hausärzte bevorzugen die Durchführung *akut-medizinischer Interventionen* im Vergleich zu präventiv orientierten Interventionen wie u.a. SBI.

## 5 ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK

Das Votum der Ethikkommission der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurde vor Durchführung der Untersuchungen eingeholt (Votum im Anhang). Da bei der Erstellung des Interleitfadens für die Expertenbefragung die Ergebnisse der Fragebogenerhebung (Studie 1) berücksichtigt werden sollten, wurde nach Vorlage des Leitfadens eine entsprechende Ergänzung des Votums vorgenommen.

### Rekrutierung von Hausärzten

Die Hausärzte erhielten per Post einen Aufruf zur Teilnahme an der Untersuchung. Aufgrund ungenügender Resonanz wurden weitere Hausärzte im Rahmen einer zweiten Rekrutierungswelle durch persönlichen Praxisbesuch eines Mitarbeiters der Sektion Allgemeinmedizin bzw. einer Hilfskraft zur Teilnahme an der Untersuchung aufgefordert. Bei Interesse an einer Studienteilnahme wurde der Hausärztin/dem Hausarzt bzw. der Medizinischen Fachangestellten (MFA) Studieninformation, Einwilligungserklärung, Fragebogen, Information zur Interviewstudie und Vergütungsformular ausgehändigt. Bearbeitete Studienunterlagen wurden entweder per Post an die Sektion Allgemeinmedizin zurückgesandt oder im Rahmen eines weiteren Praxisbesuchs eingesammelt. Allen Teilnehmern wurde für die Bearbeitung des Fragebogens ein Honorar in Höhe von 25 Euro in Aussicht gestellt.

### Fragebogen

Der Fragebogen wurde in einem Pretest hinsichtlich Machbarkeit und psychometrischer Eigenschaften an  $N=10$  Hausärzten vorgetestet. Der überarbeitete Fragebogen umfasste folgende Abschnitte: 1) Informationen zu Problematik, Untersuchungszielen und Durchführung, 2) Erfassung demografischer Daten, 3) Fallvignetten zur Erfassung der Interventionsmotivation mit Manipulation der Zielgruppe (schädlicher Konsum, riskanter Konsum, Binge-Drinking), der Patienten-Adhärenz

(hoch / niedrig) sowie der Vergütungshöhe (18 Euro / 36 Euro), 4) Fallvignetten zur Erfassung der Machbarkeitseinschätzung von SBI und medikamentöser Therapie bei Alkoholproblemen, und 5) Skala zur Erfassung der Einstellung gegenüber hausärztlichen Interventionen zur Primärprävention im Vergleich zu akut-medizinischen Interventionen (Fragebogen siehe Anhang).

### *1) Studieninformation*

Im Rahmen der Studieninformation wurden alle Teilnehmer über das Problem nicht gelingender Implementierung von SBI in die hausärztliche Versorgungsrealität wie folgt informiert:

*Seit Jahren fordern WHO und andere Institutionen von Hausärzten ein regelmäßiges Screening zum Alkoholkonsum einschließlich Kurzintervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum. Im Rahmen unserer Untersuchung möchten wir gern in Erfahrung bringen, wie Sie den aktuellen Versorgungsbedarf einschätzen und welche Probleme Sie bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen in Ihrer Praxis erwarten. Ziel unseres Forschungsvorhabens ist eine Überarbeitung bestehender Ansätze unter Berücksichtigung der realen Versorgungssituation in deutschen Hausarztpraxen.*

### *2) Erfassung demografischer Daten*

Neben Alter, Geschlecht, Organisationsform (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum), Region (städtisch, ländlich), Dauer der Niederlassung und Behandlungszahl pro Quartal wurden außerdem der vermutete Anteil von Patienten mit akutem Alkoholproblem und zu hohem Alkoholkonsum erfasst.

### *3) Fall-Vignetten zur Erfassung der Kurzinterventions-Motivation mit Manipulation von Zielgruppe, Patienten-Adhärenz und Vergütungshöhe*

Anschließend wurden die Teilnehmer wie folgt über die Methode einer Vignettenstudie aufgeklärt:

*Auf den nächsten 3 Seiten werden Ihnen 3 fiktive Konsultationssituationen vorgestellt, wie sie sich in einer Hausarztpraxis ereignen können. In jeder der 3 Situationen wird Ihnen ein fiktiver Patient mit einer spezifischen Problematik vorgestellt. Wir möchten Sie bitten, sich die jeweilige Konsultationssituation immer kurz vorzustellen und im Anschluss die dazugehörigen Fragen unten auf der Seite zu beantworten. Uns interessiert hierbei insbesondere, inwieweit Sie bereit wären, die abgefragten Maßnahmen für diesen Patienten für die genannte (fiktive) Vergütung in Ihrer Praxis auch tatsächlich durchzuführen.*

Den Teilnehmern wurden 3 Fallvignetten 3 unterschiedlicher Konsultationen in zufälliger Reihenfolge dargeboten. Am Beginn jeder Fallvignette wurde ein männlicher Patient mit einem Anliegen beschrieben. Außerdem wurde in diesem Zusammenhang die Problematik entsprechend der Zielgruppen schädlicher Alkoholkonsum, riskanter Alkoholkonsum und Binge Drinking (within-Faktor) variiert. Weiterhin wurden im Rahmen der Fallvignetten die Patienten-Adhärenz (between-Faktor: hoch / niedrig) und die Vergütungshöhe manipuliert (between-Faktor: hoch 36€ / niedrig 18€; 18€ entsprechend in etwa der Vergütung nach Abrechnungsziffer 03230 für 20 Minuten problemorientiertes Gespräch gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [EBM, KBV]). Die Fallvignetten waren identisch aufgebaut:

a) Bsp. 1: schädlicher Alkoholkonsum, Adhärenz hoch, Vergütung hoch

*Ein männlicher Patient kommt zur Behandlung in ihre Praxis.*

*Er ist 45 Jahre alt und klagt über Magenschmerzen. Aufgrund seiner Leberwerte kann ein schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1) vermutet werden.*

*Sie sprechen deshalb das Thema eines eventuell zu hohen Alkoholkonsums an.*

*Daraufhin sagt der Patient, dass er ein Alkoholproblem für möglich halte und schon darüber nachgedacht habe, was er an seinem Leben verändern könnte.*

*Eine Kurzintervention von 20 Min. würde Ihnen mit 36€ vergütet.*

b) Bsp. 2: riskanter Alkoholkonsum, Adhärenz niedrig, Vergütung hoch

*Ein männlicher Patient kommt zur Behandlung in ihre Praxis.*

*Er ist 34 Jahre alt und informiert Sie über seine Teilnahme an einem Routinescreening seiner Krankenkasse zum Gesundheitsverhalten. Hierbei habe man ihm einen riskanten Alkoholkonsum nachgewiesen, da er täglich 2 Bier trinke.*

*Sie empfehlen dem Patienten deshalb entsprechend eine Veränderung seiner Lebensweise.*

*Daraufhin sagt der Patient, dass er kein Alkoholproblem habe und für seine Gesundheit kein Risiko sehe, da auch sein Großvater 2 Bier getrunken habe und trotzdem sehr alt geworden sei.*

*Eine Kurzintervention von 20 Min. würde Ihnen mit 36€ vergütet.*

c) Bsp. 3: Binge Drinking, Adhärenz niedrig, Vergütung niedrig

*Ein männlicher Patient kommt zur Behandlung in ihre Praxis.*

*Er ist 21 Jahre alt und bittet um eine Krankschreibung aufgrund einer erhöhten Stressbelastung im Rahmen seiner Ausbildung.*

*Auf Ihre Frage zu einem eventuellen Drogenkonsum sagt der Patient, dass er auf Partys gelegentlich sehr betrunken sei. Sie weisen den Patienten deshalb auf die Gefahren beim Komasaufen hin.*

*Daraufhin sagt der Patient, dass er nicht daran denke, seine Lebensweise zu verändern, da er sich den Spaß nicht verderben wolle und bisher auch alles gut gegangen sei.*

*Für eine Kurzintervention von 20 Min. würden Ihnen 18€ erstattet.*

Im Anschluss wurde die Interventionsbereitschaft der Hausärzte anhand einer 6-Item Kurzskala mit folgenden Items erhoben: 1) Ich würde versuchen, bei diesem Patienten eine Veränderungsbereitschaft herzustellen; 2) Ich würde versuchen, mit dem Patienten Strategien zur Reduktion seiner Alkoholkonsums zu besprechen; 3) Ich würde dem Patienten aufzeigen, welche negativen Folgen ein zu hoher Alkoholkonsum haben kann; 4) Ich würde versuchen, mit dem Patienten eine Lösung seiner persönlichen Probleme zu suchen; 5) Ich würde mit dem Patienten über dessen Gegenargumente bzgl. einer Lebensstilveränderung diskutieren; 6) Ich würde den Patienten erneut zur Kontrolle seines Alkoholkonsums einbestellen; (Cronbachs Alpha = .92). Alle Items waren anhand einer 6-Punkte Likertskala (1=lehne ab/6=stimme zu) zu beantworten.

#### *4) Beurteilung der Machbarkeitseinschätzung von SBI und medikamentöser Therapie bei Alkoholproblemen*

Zur Überprüfung von Hypothese 2 sollte die Machbarkeit der Maßnahmen *Screening und Kurzintervention* (SBI) und *Medikamentöse Therapie* (MT) bei Alkoholproblemen eingeschätzt werden (between-subject Faktor). Zur Information über SBI wurde den Studienteilnehmern ein Auszug aus der von der BZGA entwickelten Broschüre: *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen: Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis* sowie eine Abbildung des AUDIT-C Screening-Fragebogens gezeigt. Zur Information über die Maßnahme MT wurde eine zu Werbezwecken entwickelte populärwissenschaftliche Veröffentlichung für ein Medikament zur Unterstützung der Trinkmengenreduktion herangezogen (siehe Anhang). Außerdem wurde eine Manipulation der Vergütungshöhe vorgenommen (between-Faktor: hoch 36€ / niedrig 18€).

Zur Erfassung der Machbarkeitsbeurteilung bzgl. SBI wurden folgende 3 Items verwendet (Cronbachs Alpha = .60): 1) Ich würde in meiner Hausarztpraxis mit allen Patienten ein Fragebogen-Screening zum Alkoholkonsum durchführen; 2) Ich würde in meiner Hausarztpraxis für die genannte fiktive Vergütung bei Patienten mit riskantem Alkoholkonsum eine entsprechende Kurzintervention durchführen; 3) Ich halte das beschriebene Procedere – bestehend aus Screening aller Patienten und Kurzintervention – in meiner Hausarztpraxis für nicht durchführbar.

Zur Erfassung der Machbarkeitsbeurteilung bzgl. MT wurden folgende 3 Items eingesetzt (Cronbachs Alpha = .66): 1) Ich würde mit allen interessierten Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum für die genannte fiktive Vergütung eine Beratung zu geeigneten Behandlungsmöglichkeiten durchführen; 2) Ich würde alle Patienten mit Interesse an einer Reduktion ihres Alkoholkonsums über die Möglichkeit einer medikamentösen Therapie informieren und diese ggf. auch durchführen; 3) Ich halte das beschriebene Procedere – bestehend aus Beratung und medikamentöser Therapie – in meiner Hausarztpraxis für nicht durchführbar.

Alle Items waren wieder anhand einer 6-Punkte Likertskala (1=lehne ab/6=stimme zu) zu beantworten.

*5) Skala zur Erfassung der Einstellung gegenüber Interventionen zur Primärprävention im Vergleich zu akut-medizinischen Interventionen*

Für die Überprüfung von Hypothese 3 wurde eine Skala entwickelt. In Voruntersuchungen wurden hierzu zunächst hausärztliche Interventionen mit eher präventivem bzw. eher akut-medizinischem Schwerpunkt bestimmt und entsprechend vorgetestet. Für beide Bereiche wurde anschließend eine 4-Item Subskala entwickelt. In der Subskala Interventionen zur Primärprävention wurden folgende Items zusammengefasst: 1) Eine 34jährige Patientin mit Adipositas zur Durchführung einer Diät motivieren; 2) Einen 28jährigen Patienten mit Hypertonie zu mehr körperlicher Bewegung motivieren; 3) Einen 45jährigen Patienten mit riskantem Alkoholkonsum zur Reduktion seiner Trinkmenge motivieren; 4) Eine 59jährige Patientin mit Diabetes mellitus und einem HbA1C von 8,3 zu gesünderer Ernährung motivieren. Die Subskala akut-medizinische Interventionen umfasste folgende Items: 1) Einen 47 jährigen Patienten mit depressiver Verstimmung nach einer Scheidung medikamentös behandeln; 2) Für eine 26jährige Patientin mit akuten Erkältungsbeschwerden eine Krankenschreibung ausstellen; 3) Einen 32jährigen Patienten mit Schuppenflechte am Haaransatz zu einem Hautarzt überweisen; 4) Für eine 61jährige Patientin mit Knieschmerzen eine physiotherapeutische Behandlung veranlassen.

Alle Items waren anhand einer 6-Punkte Likertskala (1=lehne ab/6=stimme zu) zu beantworten.

Die Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen sowie aller Intergruppenvergleiche erfolgte durch SPSS, Version 22. Mittelwertdifferenzen ab einem P-Wert von  $\leq 0.05$  werden als signifikant erachtet.

## Methodie Studie 2

### *Studiendesign und Erhebungsinstrument*

Zur Erhebung der Daten wurde methodisch auf ein qualitatives Verfahren in Form eines teilstrukturierten leitfadengestützten Interviews zurückgegriffen, dessen Grundlage ein Interviewleitfaden stellte, welcher forschungsrelevante Themenfelder enthielt. Der Interviewleitfaden wurde als Gliederungshilfe genutzt, um die individuellen Erfahrungen der befragten Experten schwerpunktmäßig einzufangen. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) wurde eigenständig formuliert und enthielt Fragestellungen, mittels derer u.a. folgende Themenfelder beleuchtet werden sollten:

- geschätzter Anteil der Patienten in der eigenen Praxis, die aktuell unter die Diagnose F10.1 schädlicher Konsum fallen
- Einschätzung der Machbarkeit bzw. Umsetzung einer vorgeschlagenen neuen Interventionsmethode im Praxissetting
- Vorteile bzw. Nutzen, den die vorgeschlagene neue Interventionsmethode mit sich bringen würde
- Probleme bzw. Risiken, die bei der Umsetzung der vorgeschlagenen neuen Interventionsmethode im Praxissetting auftreten könnten
- Optimierungsvorschläge zur Umsetzung der vorgeschlagenen neuen Interventionsmethode im Praxissetting
- zeitlicher und finanzieller Rahmen, der für die Implementierung der neuen Interventionsmethode in die Praxis (auch aus wirtschaftlicher Sicht) benötigt würde
- Interventionsmotivation der Hausärzte/Hausärztinnen trotz geringer Patienten-Adhärenz

### *Stichprobe*

Insgesamt wurden 15 Experteninterviews mit am Thema interessierten Hausärzten der Fragebogenstudie durchgeführt. Als Experten wurden Hausärzte und Hausärztinnen einbezogen, die mindestens zwei Jahre Praxiserfahrung in der Behandlung von Patienten mit Verdacht auf schädlichen Alkoholkonsum aufweisen konnten. So wurde sichergestellt, dass die Befragten zum Interviewzeitpunkt fundierte Erfahrungen im Umgang besagter Zielgruppe hatten.

### *Durchführung*

Die Rekrutierung der Hausärzte/innen erfolgte telefonisch auf Basis einer im Zusammenhang mit der Fragebogenerhebung erteilten Zusage. Vorab erhielten alle potentiellen Teilnehmer eine E-Mail, die Datum und Uhrzeit des Interviewtermins enthielt zu Inhalt, Ziel und Umfang des Experteninterviews informierte. Die Interviews wurden telefonisch oder vor Ort in den jeweiligen Hausarztpraxen der Teilnehmenden geführt. Zu Beginn des Interviews wurden die Hausärzte/Hausärztinnen erneut über Forschungsinhalt, Ziel und rechtliche Rahmenbedingungen der Studie, sowie den Umfang und Ablauf des Interviews aufgeklärt. Dazu wurde ihnen Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung ausgehändigt. Sofern das Interview telefonisch erfolgte, erhielten die Teilnehmenden die Einwilligungserklärungen im Voraus per Post. Die Interviews hatten eine Dauer von ca. 20 Minuten und wurden mit einem Diktiergerät der Marke Olympus VN-8700PC aufgenommen, im MP3-Format gespeichert und anschließend mit Hilfe der f4 Transkriptionssoftware verschriftlicht. Als Grundlage für die Verschriftlichung wurden die Transkriptionsregeln des einfachen Transkriptionssystems von Dresing & Pehl (2013) herangezogen und leicht modifiziert.

### *Vorgehen bei der Auswertung*

Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [49].

Die Wahl fiel auf dieses systematische Verfahren, da dieses im Hinblick auf die gegebene

Fragestellung eine regelgeleitete und nachvollziehbare Analyse des Textes ermöglicht. Im ersten Schritt wurde ein Kodier-System erstellt, welches Kategorien enthielt, die auf der Basis des Interviewleitfadens gebildet wurden. Anschließend erfolgte eine vollständige Materialsichtung, wobei den Kategorien entsprechende Textsegmente der einzelnen Interviews zugefügt wurden. Während der Explikation wurde das Kodier-System durch weitere bedeutungsvolle Kategorien komplettiert. Abschließend wurden die relevanten Textbestandteile zusammengefasst und mit Blick auf die zu Grunde liegenden Fragestellungen ausgewertet.

## 6 DURCHFÜHRUNG, ARBEITS- UND ZEITPLAN

### Arbeits- und Zeitplan

Gemäß unserem Zeitplan wurden für die Durchführung des Forschungsprojektes drei Meilensteine vorgeschlagen (Tab. 1).

*Tab. 1: Ursprüngliche Zeitplanung aus dem Projektantrag.*

Arbeiten	Monate																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Literaturrecherche	■	■																
Fragebogen S1		■	■															
Rekrutierung S1			■	■	■	■	■	■	■									
Durchführung S1				■	■	■	■	■	■									
Auswertung S1									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Leitfaden S2										■	■	■	■	■	■	■	■	■
Rekrutierung S2											■	■	■	■	■	■	■	■
Durchführung S2												■	■	■	■	■	■	■
Auswertung S2													■	■	■	■	■	■
Abschlussbericht																	■	■

Probleme bei der Rekrutierung der Hausärzte für Studie 1 führten jedoch zu einer Verzögerung der Projektdurchführung (siehe Statusbericht vom 10.06.2015). So wurden im Rahmen einer ersten Rekrutierungswelle (von 01 bis 03.2015) insgesamt 600 Anschreiben (siehe Anhang) an Hausärzte in den Räumen Gera, Jena, Zwickau und Koblenz versandt. Aufgrund von nur 17 Zusagen wurde deshalb ab 04.2015 eine alternative Rekrutierungsstrategie entwickelt und vorgetestet. Als vergleichsweise wirksam hat sich hierbei der persönliche Praxisbesuch ohne vorherige Anmeldung mit Hinterlassung der Untersuchungsunterlagen einschließlich Terminvereinbarung zur persönlichen Abholung der Unterlagen herausgestellt. Nach diesem Prinzip wurde ab 05.2015 in den Räumen Halle und Leipzig die Rekrutierung fortgesetzt. Dadurch verzögerte sich die Durchführung der auf den Untersuchungsergebnissen der Fragebogenerhebung aufbauenden

Expertenbefragung von 15 interessierten Studienteilnehmern (zweiter Meilenstein) um einen Monat, so dass die Befragung gemäß dem aktualisierten Zeitplan (Statusbericht vom 10.12.2015) bis zum 31.12.2015 abgeschlossen werden konnte.

Tab. 2: Aktualisierter Zeitplan von 12.2015; erforderliche Anpassungen sind dunkelgrau markiert.

1. Arbeits- und Zeitplan																		
Arbeiten	Monate																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Literaturrecherche	■	■						M1										
Fragebogen S1		■	■					M1										
Rekrutierung S1			■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Durchführung S1				■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Auswertung S1								■	■	■	■	■						
Leitfaden S2									■	■				M2				
Rekrutierung S2											■	■	■	■	■	■		
Durchführung S2												■	■	■	■	■	■	■
Auswertung S2													■	■	■	■	■	■
Abschlussbericht																	■	■

## 7 ERGEBNISSE

### Studie 1

In die Analyse wurden Fragebögen von 193 Hausärzten im mittleren Alter von 51 Jahren einbezogen ( $SD=9.62$ ). Hiervon waren 68 Hausärzte männlichen (35,2%) und 121 Hausärzte weiblichen Geschlechts (62,7%). 4 Hausärzte machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht (2,1%). 110 (57%) Hausärzte waren in einer Einzelpraxis tätig, 68 (35,2%) in einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft und 10 Hausärzte (5,2%) waren in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellt (5 ohne Angabe). 136 Hausärzte (70,5%) waren in einem städtischen Umfeld angesiedelt, während 52 (26,9%) im ländlichen Raum praktizierten (5 ohne Angabe).

#### *Analyse Hypothese 1:*

Die mittlere Interventionsmotivation der befragten Hausärzte liegt mit einem Mittelwert von  $M=4.52$  ( $SD=0.99$ ) deutlich über dem Skalenmittelpunkt und signalisiert damit eine sehr hohe Interventionsmotivation. Die höchste Interventionsmotivation fand sich für die Konsultation Binge Drinking ( $M=3,92$ ,  $SD=1,00$ ), gefolgt von schädlicher Alkoholkonsum ( $M=3,85$ ,  $SD=0,99$ ) und riskanter Alkoholkonsum ( $M=3,85$ ,  $SD=0,99$ ). Die Interventionsmotivation je nach Maßnahme findet sich in Tabelle 1 wiedergegeben. Die höchste Interventionsmotivation wurde für die Maßnahme: Ich würde dem Patienten aufzeigen, welche negativen Folgen ein zu hoher Alkoholkonsum haben kann; angegeben.

*Tab. 1: Interventionsmotivation als Funktion der Maßnahme*

Item	Mittelwert	SD
1) 1) Ich würde versuchen, bei diesem Patienten eine Veränderungs-	4,87	1,15

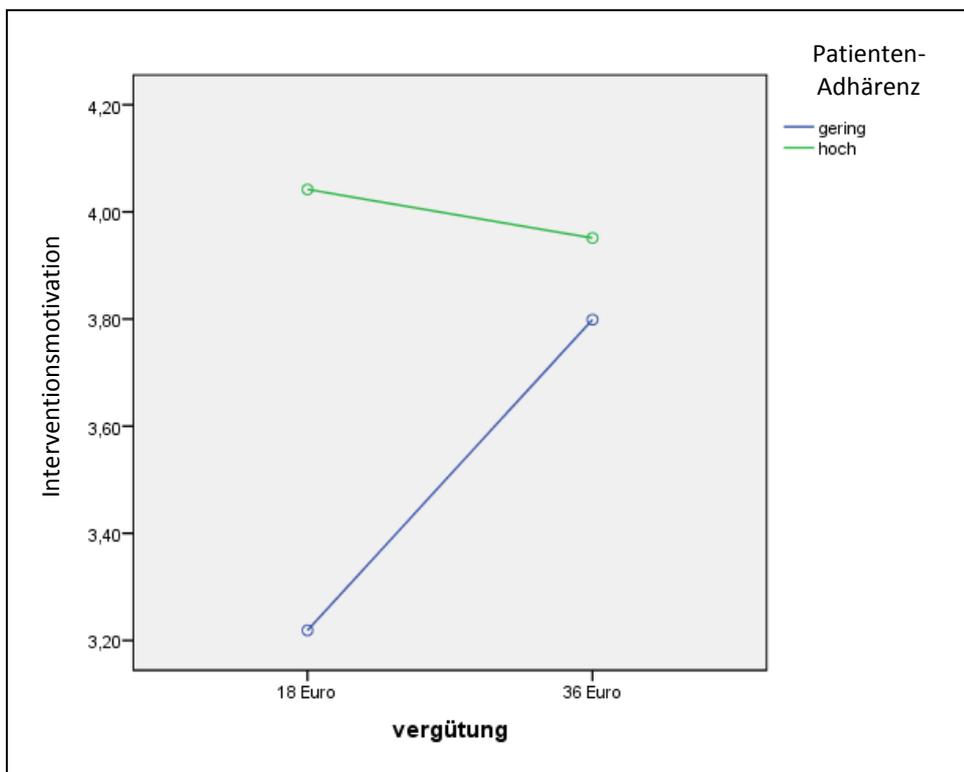
bereitschaft herzustellen;		
2) Ich würde versuchen, mit dem Patienten Strategien zur Reduktion seiner Alkoholkonsums zu besprechen;	4,58	1,26
3) Ich würde dem Patienten aufzeigen, welche negativen Folgen ein zu hoher Alkoholkonsum haben kann;	4,97	1,08
4) Ich würde versuchen, mit dem Patienten eine Lösung seiner persönlichen Probleme zu suchen;	4,13	1,31
5) Ich würde mit dem Patienten über dessen Gegenargumente bzgl. einer Lebensstilveränderung diskutieren;	4,15	1,34
6) Ich würde den Patienten erneut zur Kontrolle seines Alkoholkonsums einbestellen;	4,38	1,44

Die Berechnung einer ANOVA mit Patienten-Adhärenz und Vergütung als unabhängige Variablen und Interventionsmotivation als abhängiger Variable ergab einen Haupteffekt für Patienten-Adhärenz,  $F(1,189)=24.54$ ,  $p<.000$ . Erwartungsgemäß zeigen sich Hausärzte eher interventionsbereit bei Patienten mit hoher Adhärenz. Demgegenüber fand sich kein Haupteffekt für Vergütung,  $F(1,189)=0.52$ , *ns*. Hypothese 1 konnte insofern bestätigt werden.

Aufgrund der verwunderlich hohen Interventionsmotivation der Hausärzte wurde eine Subgruppen-Analyse mit Berücksichtigung der Möglichkeit eines sozial erwünschten Antwortverhaltens durchgeführt. Hierzu wurde die Stichprobe durch Mediansplit in Hausärzte mit hoher und niedriger Interventionsmotivation aufgeteilt (*Median*=4.61). Dabei fand sich für die Gruppe der Hausärzte mit niedriger Interventionsmotivation - und ggf. geringer Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten - ( $N=95$ ,  $M=3.71$ ,  $SD=0.69$ ) nach Berechnung einer ANOVA mit Vergütung (hoch/niedrig) und Patienten-Adhärenz (hoch/niedrig) als between-subject Faktoren und Interventionsmotivation als abhängiger Variable ein Haupteffekt für Patienten-Adhärenz,  $F(1,90)=10.73$ ,  $p<.05$ , sowie ein Interaktionseffekt für Patienten-Adhärenz und Vergütung,

$F(1,90)=5.06$ ,  $p<.05$  (Abb 1). Demnach hatte die Vergütung nur dann einen Effekt auf die Kurzinterventions-Motivation von Hausärzten, wenn durch die Fallvignette eine niedrige Patienten-Adhärenz vorgegeben wurde, wobei bei hoher Vergütung eine höhere Kurzinterventions-Motivation gezeigt wurde. Kein entsprechender Effekt fand sich für die Gruppe mit hoher Kurzinterventions-Motivation ( $N=98$ ,  $M=5.30$ ,  $SD=0.45$ ).

Abb. 1: Interventionsmotivation als Funktion von Patienten-Adhärenz und Vergütungshöhe



#### Analyse Hypothese 2:

Die Berechnung einer ANOVA mit Maßnahme (SBI/MT) und Vergütung (18€/36€) als unabhängige Variablen und Machbarkeitsbeurteilung als abhängiger Variable ergab einen Haupteffekt für Maßnahme,  $F(1,154)=29.15$ ,  $p<.000$ , und einen Haupteffekt für Vergütung,

$F(1,154)=9.34, p<.01$ . Wie vorhergesagt, wurde die Machbarkeit von SBI ( $M=3.49, SD=1.31$ ) schlechter beurteilt als die Machbarkeit der Maßnahme MT ( $M=4.60, SD=1.21$ ).

*Analyse Hypothese 3:*

Mittels zweier Subskalen wurde die Präferenz bzgl. der Durchführung von Interventionen zur Primärprävention bzw. akut-medizinischen Interventionen erfragt. Durch die Berechnung eines T-Test mit Behandlung (Primärprävention/akut-medizinische Intervention) als within-subject Faktor und Präferenz bzgl. Durchführung als abhängiger Variable konnte gezeigt werden, dass Hausärzte die Durchführung präventiver Maßnahmen ( $M=4,56, SD=1,04$ ) wider Erwarten der Durchführung akut-medizinischer Maßnahmen ( $M=4,33, SD=0,88$ ) vorziehen,  $t(191)=2.14, p<.05$ . Insofern konnte Hypothese 3 nicht bestätigt werden. Die Mittelwerte für die Interventionen sind in Tab. 2 wiedergegeben.

*Tab. 2: Präferenz für die Durchführung von Interventionen*

<i>Subskala Interventionen zur Primärprävention</i>	Mittelwert	SD
1) Eine 34jährige Patientin mit Adipositas zur Durchführung einer Diät motivieren;	4,26	1,33
2) Einen 28jährigen Patienten mit Hypertonie zu mehr körperlicher Bewegung motivieren;	4,80	1,27
3) Einen 45jährigen Patienten mit riskantem Alkoholkonsum zur Reduktion seiner Trinkmenge motivieren;	4,49	1,32
4) Eine 59jährige Patientin mit Diabetes mellitus und einem Hba1C von 8,3 zu gesünderer Ernährung motivieren;	4,71	1,34
<i>Subskala akut-medizinische Interventionen</i>		
1) Einen 47 jährigen Patienten mit depressiver Verstimmung nach einer Scheidung medikamentös behandeln;	4,06	1,35

2) Für eine 26jährige Patientin mit akuten Erkältungsbeschwerden eine Krankschreibung ausstellen;	4,89	1,18
3) Einen 32jährigen Patienten mit Schuppenflechte am Haaransatz zu einem Hautarzt überweisen;	3,86	1,69
4) Für eine 61jährige Patientin mit Knieschmerzen eine physiotherapeutische Behandlung veranlassen;	4,49	1,34

## Studie 2

### *Ergebnisse der qualitativen Untersuchung*

Primäres Ziel der Expertenbefragung war u.a. eine Beurteilung der Machbarkeit der *Praxisgemäßen Intervention* (siehe Abschnitt 11 dieser Arbeit). Im Fokus dieser Interventionsmethode steht die Zielgruppe von Patienten und Patientinnen mit schädlichem Alkoholkonsum (F10.1).

### *Diagnosevergabe F10.1 schädlicher Konsum durch den Hausarzt*

Die befragten Hausärzte/Hausärztinnen gaben an, dass durchschnittlich 10-20 Prozent der Patienten in der eigenen Praxis, unter die Diagnose F10.1 – schädlicher Alkoholkonsum fallen.

I: „[...] wie viele ihrer Patienten im Praxisalltag so in die Diagnose 10.1 des schädlichen Konsums, Alkoholkonsums, reinfallen? Was vermuten Sie da? [...]

B: „Zehn bis Zwanzig Prozent.“

Die Vergabe der Diagnose F10.1 erfolge jedoch eher zurückhaltend, so gaben etwa 30 Prozent der Hausärzte/Hausärztinnen an, die Diagnose häufig zu vergeben.

„Ich vergebe sie ja und ich muss sagen also in Dreiviertel der Fälle.“

70 Prozent der Hausärzte/Hausärztinnen vermeiden die Dokumentation des schädlichen Gebrauchs jedoch, sprechen die betroffenen Patienten aber dennoch auf deren Alkoholkonsum an.

„Ob ich mir die denke und feststelle ist das eine, ob ich die in den Computer eingebe ist das andere. Ich bin sehr zurückhaltend die Diagnose manifest zu dokumentieren, da man dem Patienten damit einige Schwierigkeiten bereiten kann, was jetzt Nachfragen von irgendwelchen Institutionen oder sonst irgendwelche Bewertungen anbetrifft, man kann dem ja Unrecht tun und man hat vielleicht mit so einer Diagnose einen großen Ärger produziert. Deswegen mache ich mir dann einen Vermerk und forsche so lange nach bis ich mir sicher bin, dass da eine manifeste Problematik da ist und erst wenn der Patient, wenn ich mit dem Patient soweit da bin und habe die Diagnose wirklich besprochen und er ist in der Hinsicht einsichtig, dass er das hat, erst dann mache ich eine manifeste Diagnose in den Computer rein.“

Probleme bei der Ansprache der Patienten auf deren Alkoholkonsum

Bei der Ansprache der Patienten auf deren Alkoholkonsum, gaben die Hausärzte/Hausärztinnen an, vorrangig die direkte Konfrontation zu wählen.

„Also ich denke Furchtappell funktioniert ja. Sagen: Du wirst nicht mehr lange.“

Die Reaktion der Patienten zeige sich dabei im ersten Moment überwiegend in Form von Widerstand, Verleugnung und Bagatellisierung, wandle sich danach allerdings in Scham und letztendlich auch Erleichterung um, offen über ihren schädlichen Alkoholkonsum sprechen zu können und Hilfe zu erfahren.

„[...] das hängt aber auch davon ab, wie, wie die Compliance beim Patienten ist, ob er bisschen darauf eingeht [...] es lohnt wenig jetzt ein langes Gespräch mit jemandem, der in einer totalen Abwehrhaltung ist, [...]“

„Patienten sind immer erleichtert, wenn sie mir die Wahrheit sagen und wenn sie ihre Sünden bekennen. Das, da merke ich da sind sie ganz froh, dass es doch wieder ein Schritt Richtung Ehrlichkeit und Offenheit geht, [...]“

### *Einschätzung des Nutzen und der Realisierbarkeit der neuen Interventionsmethode*

Das vorgestellte Konzept der *Praxisgemäßen Intervention* (begleitete Durchführung des des 10-Schritte Programms zum selbstkontrollierten Trinken anhand des Selbsthilfemanuals + drei Nachsorgegespräche durch den Hausarzt mit CDT-Wert Trinkzielkontrolle) beurteilten 90 Prozent der Hausärzte/Hausärztinnen als sinnvoll und praxistauglich.

„Ja, das ist ein sehr guter Ansatz, das gefällt mir sehr gut, weil man dem Patienten etwas in die Hand geben kann, finde ich grundsätzlich gut, [...] ich würde ihm einen Zeitraum vorgeben und ihm meinen Wunsch darlegen, mit ihm gerne nochmal darüber zu reden, aber ich würde jetzt nicht sagen: „Sie kommen bitte dann und dann wieder und dann reden wir nochmal darüber“, so würde ich das jetzt ungerne machen, ich würde eher sagen, er soll sich damit befassen, er soll sich danach prüfen und mit dem Ergebnis sollte er dazu kommen, dass er ein Problem hat, dann soll er bitte wiederkommen.“

Der geschätzte Anteil der Patienten mit Verdacht auf einen schädlichen Alkoholkonsum in der eigenen Hausarztpraxis, die von der Interventionsmethode profitieren würden, wurde insgesamt auf durchschnittlich 30-40 Prozent geschätzt.

„[...] wenn ich jetzt mein Patienten Klientel so sehe, dass es eher ein kleinerer Teil ist, vielleicht ein Viertel, 30 Prozent möglicherweise, [...]“

Dabei betonten die Befragten, dass die Interventionsempfehlung im Arzt-Patienten-Gespräch direkt durch den Hausarzt ausgesprochen werden sollte und nicht allein als Auslage im Wartezimmer (in Form von Infoblättern und Broschüren) platziert sein sollte.

„das Manual würde ich nicht auslegen, weil das braucht doch mal ein Gespräch, [...] und es bedarf, ich denke bei Sucht, immer noch so einer positiven Bezugsperson, die einen da unterstützt und mitgeht [...]“

Auf die Frage hin, wie stark die Interventionsmotivation der Hausärzte/Hausärztinnen bei einer geringen Patienten-Adhärenz ausgeprägt sei, konnte eine positive Resonanz verzeichnet werden. So würden die Hausärzte/Hausärztinnen die Interventionsmethode auch anwenden, wenn abzusehen wäre, dass nur ein geringer Teil der betroffenen Patienten, davon profitieren würde.

I: „Würden Sie es [bei geringer Patienten-Adhärenz] trotzdem auch anwenden?“

B: „Ja klar, weil die anderen, die es dann betrifft, die da mitmachen, das sind ja dann schon die, für die es sich dann lohnt.“

### *Probleme und Optimierungsvorschläge zur Umsetzung der neuen Interventionsmethode*

Als Ergänzung zur vorgeschlagenen Intervention wurde der Einbezug von Laborwerten betont (bspw. Carbohydrate-Deficient-Transferrin-Wert). Hilfreich sei eine sachliche Argumentationsgrundlage, sofern ein Patient bei der Konfrontation mit seinem Alkoholkonsum eher eine Abwehrhaltung einnehmen sollte.

„Laborwerte nicht vergessen, CDT würden wir auch mit machen. Also beim ersten Termin noch ein CDT erheben, damit man so ein Zielkriterium hat damit man sagen kann, da hat sich was getan. Das würde dann auch bezahlt, das können sie auch abrechnen, das ginge.“

Als zentrales Problem, welches bei der Implementierung der neuen Interventionsmethode als Barriere anzusehen ist, wurde ganz klar der zeitliche Rahmen benannt. So sei es derzeit aus wirtschaftlicher Sicht nicht möglich, die vorgeschlagene Interventionsmethode im Praxissetting umzusetzen, da diese Form der Intervention mehr Zeit pro Patient in Anspruch nehmen würde als derzeit zur Verfügung stehe.

„Zeitmangel ist zurzeit in der hausärztlichen Praxis sicher ein Problem, weil gerade wie hier in \*E., ich alle Kollegen kennen, die fast alle zeitlich völlig überlastet sind und das wir Patientenzahlen haben, [...] wo es schon ein bisschen in Fabrik geht sage ich im Fließband [...]“

Als Lösungsvorschlag wurde eine separate Abrechnungsziffer (EBM) benannt, deren Einführung den Hausärzten/Hausärztinnen erlauben würde, mehr Zeit in die hausärztliche Suchtprävention zu investieren.

I: „Wenn wir das jetzt auch mit einer EBM-Ziffer möglicherweise abrechnen könnten?“

B: „Mhm (bejahend). Ja ich muss es ja irgendwie bei meinen, in meine Praxiszeit reinbekommen, [...]“

### *Zeitlicher und finanzieller Rahmen zur Implementierung der neuen Interventionsmethode*

Nahezu alle befragten Hausärzte/Hausärztinnen würden eine separate Abrechnungsziffer (EBM) für die vorgestellte Interventionsmethode begrüßen.

„[...] wenn es dafür eine Vergütung gibt, dann könnte ich mir auch vorstellen, dass viele Kollegen das auch mehr in Anspruch nehmen würden.“

Nur zwei der Befragten äußerten sich dahingehend kritisch, dass eine separate Abrechnungsziffer zu einer übermäßigen Kodierung des Diagnoseschlüssels F10.1 führen könnte, um die Vergütung zu erhalten.

„[...] wenn es wirklich so hoch vergütet wird und der Hausarzt sich nur anstrengen will, diese 50 Euro abzurechnen, kommt darauf an, wie er es machen will, [...] also will er die Ziffer abrechnen [...] oder liegt es ihm wirklich am Patienten, dass der Patient auch wirklich dann sensibilisiert wird [...] das könnte definitiv die falschen locken.“

Auf die Frage hin, wie viel Zeit für eine effektive und zielführende Umsetzung der vorgeschlagenen Interventionsmethode anberaumt werden sollte und wie hoch die Vergütung ausfallen sollte, antwortete der Großteil der Befragten, dass dazu mehr als nur ein Konsultationstermin notwendig sei. Aus hausärztlicher Sicht wäre ein erstes Präventionsgespräch (30 Minuten/50€) mit drei Nachfolgeterminen (je 15 Minuten/20€) zu empfehlen. Die Vergütung sollte erst dann erfolgen, wenn alle Konsultationstermine stattfanden.

„Also ich denke, ich kann nicht länger als zehn bis fünfzehn Minuten im Tag darüber sprechen, aber um das Wesentliche zu erklären, ich denke, das ist auch ausreichend und ich muss auch nicht eine Stunde auf die einreden, weil das bringt auch nicht mehr erfahrungsgemäß, kurze knappe Sätze.“

„Und das dreimal so im Abstand von vier bis sechs Wochen denke ich, würde ich so jemanden bestellen.“

„[...] das müsste mindestens mit, mit so einer Summe, ich sage mal, 50€ plus honoriert werden, das ist also das allerwenigste, eine halbe Stunde von einem Arzt, also das sollte so, so honoriert werden.“

### *Fazit*

Insgesamt wurde das vorgeschlagene Konzept der *Praxisgemäßen Intervention* für Patienten mit Verdacht auf einen schädlichen Alkoholkonsum (10-Schritte Programm zum selbstkontrollierten Trinken) seitens der befragten Hausärzte und Hausärztinnen für sinnvoll und praxistauglich eingeschätzt. Aktuell wurde der Anteil an Patienten, die unter die Diagnose F10.1 – schädlicher Alkoholkonsum fallen, auf durchschnittlich 10-20 Prozent geschätzt, von denen wiederum 30-40 Prozent von der vorgeschlagenen Interventionsmethode profitieren könnten. Um eine erfolgreiche Umsetzung der Interventionsmethode zu gewährleisten, sollte eine verbindliche Präventionsempfehlung durch den Hausarzt ausgesprochen werden, wobei eine interventionsspezifische und höhere Vergütung als zweckmäßig angesehen wird.

## 8 DISKUSSION DER ERGEBNISSE, GESAMTBEURTEILUNG

In unserer Untersuchung (Studie 1) wurde erstmals experimentell der Einfluss häufig von Hausärzten genannter Barrieren gegen die Implementierung von SBI in die Regelversorgung auf die Interventionsmotivation untersucht. Hierbei konnte gezeigt werden, dass den Barrieren ungenügende Patienten-Adhärenz und ungenügende Machbarkeit der Instrumente eine höhere Bedeutung zukommt als der Barriere ungenügende Vergütung. Die Interventionsmotivation der befragten Hausärzte war im Fall geringer Patienten-Adhärenz deutlich geringer als im Fall hoher Patienten-Adhärenz (Hyp. 1). Bemerkenswert erscheint uns hierbei die sehr hohe Interventionsmotivation der Studienteilnehmer. Aus diesem Grund wurde eine Subgruppenanalyse von Hausärzten mit hoher bzw. geringer Interventionsmotivation durchgeführt. Hierbei fand sich für die Gruppe der Hausärzte mit geringer Interventionsmotivation und somit ggf. geringerer Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten ein Effekt für die Vergütungshöhe, wenn bei einem Patienten mit geringer Adhärenz interveniert werden sollte. So waren die befragten Hausärzte eher zur Intervention bei Patienten mit geringer Adhärenz bereit, wenn ihnen eine höhere Vergütung in Aussicht gestellt wurde.

Für diesen Befund bietet die Motivationspsychologie eine Erklärung an. Gemäß Erwartung-mal-Wert-Modell [50] ist die Motivation das Produkt aus der subjektiven Erwartung, inwieweit ein intendiertes Verhalten zur Zielerreichung führt sowie aus dem Wert, welcher dem intendierten Ziel beigemessen wird. SBI zielt auf eine Reduktion des Alkoholkonsums, wobei die Zielerreichung gänzlich der Kontrolle des intervenierten Patienten unterliegt. Insofern dürfte die hausärztliche Erwartung hinsichtlich Zielerreichung primär durch die Höhe der signalisierten Adhärenz des Patienten bestimmt werden, da nur im Fall hoher Adhärenz mit einer Erreichung der angestrebten Trinkzielreduktion gerechnet werden kann. Fehlende Kontrolle über die Zielerreichung kann somit als wichtiges motivationales Problem auf ärztlicher Seite aufgefasst werden. Höhere Vergütung

mag in diesem Sinne als ein Ersatzziel fungieren, so dass bei geringer Patienten-Adhärenz durch höhere Vergütung die Interventionsmotivation von Hausärzten erhöht werden kann. Dies entspricht unserem Befund. Wie bisherige Forschungsergebnisse zeigen, sollte geringe Patienten-Adhärenz als Normalfall angesehen werden.

Darüber hinaus zeigen unsere Ergebnisse (Hyp. 2), dass die Machbarkeit der Instrumente Screening-Fragebogen und Kurzintervention (SBI) deutlich schlechter beurteilt wird als die Machbarkeit einer medikamentösen Therapie bei Alkoholproblemen. Nicht bestätigt werden konnte hingegen die Annahme einer allgemeinen Ablehnung präventiv orientierter Interventionen im Vergleich zu akut-medizinischen Behandlungsmaßnahmen (Hyp. 3). Als mögliche Erklärung für den erzielten Befund kann die hausärztliche Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten herangezogen werden [8].

Im Rahmen der Interviewstudie (Studie 2) sollte die Machbarkeit der *Praxisgemäßen Intervention* (siehe Abschnitt 11 dieser Arbeit) durch am Thema interessierte Hausärzte hinsichtlich der Aspekte Machbarkeit und Wirksamkeit beurteilt werden. Außerdem sollten die Bedingungen ihrer Implementierung diskutiert und eventuelle strukturelle Veränderungen für eine Implementierung besprochen werden. Wie unsere Ergebnisse zeigen, wurde die *Praxisgemäße Intervention* mehrheitlich als machbar und nützlich beurteilt. Es wurde auf die Notwendigkeit einer interventionsspezifischen und höheren Vergütung einschließlich festgelegter Konsultationsintervalle hingewiesen. Auf Probleme bei der Diagnosestellung zum schädlichen Alkoholkonsum (F10.1) wurde ebenfalls aufmerksam gemacht.

### Erreichung der Untersuchungsziele

Durch unsere Untersuchung wurden drei Teilziele einschließlich ihrer Indikatoren formuliert. Im Folgenden sollen die Teilziele in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit genannt und vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse diskutiert werden.

### *Teilziel 1:*

Bestimmung effektiver Strategien für das Praxisteam, um mehr Patienten mit riskantem Suchtmittelkonsum bzw. Suchtproblematik (bei ggf. unbefriedigender Adhärenz) zu einer gesundheitsförderlichen Lebensstilveränderung bzw. Aufnahme einer Weiterbehandlung zu motivieren.

*Indikator:* Entwicklung einer Konzeption mit Handlungsempfehlungen zur Erhöhung der Wirksamkeit der hausärztlichen Suchtprävention unter Berücksichtigung der Ebenen 1) Hausarzt (bspw. realistische Zielsetzung, kommunikative Fertigkeiten), 2) Praxisteam (bspw. suchtmmedizinische Zusatzqualifikation für Medizinische Fachangestellte) und 3) Gesundheitssystem (bspw. Informationsmanagement, Strategien zur Verbesserung der suchtmmedizinischen Aus- und Weiterbildung von Hausärzten) als Voraussetzung für die Entwicklung geeigneter Schulungsmaterialien für Aus- und Weiterbildung von Hausärzten.

*Zu 1:* Teilziel 1 wurde nur teilweise erreicht. Aus den Befunden von Fragebogenerhebung und Interviewstudie konnten eine Reihe von Empfehlungen abgeleitet werden, die sich im Abschnitt 11 dieser Arbeit näher bezeichnet finden. Neben einer interventionsspezifischen und höheren Vergütung für eine suchtpreventive Intervention werden hier die Problembereiche Zielgruppe (bspw. Die Problembereiche riskanter Alkoholkonsum als Behandlungsanlass oder Diagnostik schädlicher Alkoholkonsum) und Machbarkeit von Instrumenten (bspw. Problem Verwendung von Screening-Fragebögen) angesprochen. Ergebnis einer Kooperation mit Vertretern der GKV und interessierten Hausärzten ist die Entwicklung der *Praxisgemäßen Intervention* (siehe Abschnitt 11 dieser Arbeit). Durch die *Praxisgemäße Intervention* sollen alkoholbezogene Erkrankungen vermieden und die Erwerbsfähigkeit von Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum und/oder ggf. nicht-diagnostizierter Alkoholabhängigkeit gesichert werden. Bei der Konzeption der *Praxisgemäßen Intervention* wurden die zentralen Probleme bisheriger Ansätze berücksichtigt.

### *Teilziel 2:*

Nachweis des negativen Einflusses entscheidender Barrieren auf die Bereitschaft von Hausärzten zur Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen in der Hausarztpraxis.

*Indikator:* experimentelle Untersuchung (Vignettenstudie) mittels Fragebogen mit N=100 Hausärzten zu Barrieren gegen hausärztliche Suchtprävention wie unbefriedigende Patienten-Adhärenz als Folge der Erkrankung, unbefriedigende Machbarkeit von Instrumenten und Bevorzugung akut-medizinischer Interventionen.

*Zu 1:* Teilziel 2 wurde erreicht. Entsprechend wurden N=193 Hausärzte durch Fragebogen befragt. Aufgrund von Hinweisen durch Hausärzte im Sinne einer Reduktion der Vergütung für die Bearbeitung des Fragebogens von 100 auf 50 Euro konnte eine größere Stichprobe untersucht werden. Für die Barrieren ungenügende Patienten-Adhärenz und Machbarkeit der Instrumente konnte ein negativer Einfluss nachgewiesen werden. Eine Bevorzugung akut-medizinischer Interventionen vor präventiv orientierten Interventionen konnte hingegen nicht gezeigt.

### *Teilziel 3:*

Bestimmung geeigneter Strategien zur Erhöhung der Bereitschaft von Hausärzten zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen im Rahmen der Regelversorgung.

*Indikator:* Experteninterview mit N=15 Hausärzten mit positiver Einstellung zur Behandlung von Patienten mit Suchterkrankung (qualitatives Forschungsdesign).

*Zu 3:* Teilziel wurde ebenfalls erreicht. Es wurden N=15 Interviews mit interessierten Hausärzten über Möglichkeiten einer Implementierung suchtpreventiver Maßnahmen in die hausärztliche Versorgung durchgeführt. Eine Darstellung befürworteter Strategien findet sich im Abschnitt 11 dieser Arbeit.

### Gesamtbeurteilung

Bisherige Untersuchungen zum Problem ungenügender Implementierung von Maßnahmen zur hausärztlichen Suchtprävention wie Screening und Kurzintervention (SBI) waren als Expertenbefragung konzipiert und erlaubten insofern keine Aussage zur kausalen Bedeutung der hierbei zahlreich identifizierten Barrieren gegen die Durchführung von SBI in der Hausarztpraxis. Durch unsere Untersuchung wurde erstmals durch den Einsatz experimenteller Methoden der Einfluss häufig genannter Barrieren wie ungenügende Patienten-Adhärenz, ungenügende Machbarkeit der Instrumente und ungenügende Vergütung auf die Interventionsmotivation von Hausärzten untersucht. Dadurch konnte gezeigt werden, dass im Fall geringer Patienten-Adhärenz durch eine höhere Vergütung die Interventionsmotivation von Hausärzten erhöht werden kann. Ebenso wurde erstmals nachgewiesen, dass die für SBI zur Verfügung stehenden Instrumente Screening-Fragebogen und Kurzintervention hinsichtlich ihrer Machbarkeit von Hausärzten signifikant schlechter beurteilt werden als die Machbarkeit einer medikamentösen Therapie ebenfalls zur Behandlung von Alkoholproblemen. Auf den Forschungsergebnissen aufbauen wurde zur Verbesserung der als kritisch zu beurteilenden Situation im Rahmen der Projektarbeit die *Praxisgemäße Intervention* entwickelt. In ihrer Konzeption wurden die Problembereiche Zielgruppe (schädlicher Alkoholkonsum statt riskanter Alkoholkonsum bzw. diagnostizierter Suchterkrankung), Machbarkeit der Instrumente und Fertigkeiten (begleitete Durchführung des Programms zum selbstkontrollierten Trinken einschl. Trinkzielüberprüfung mit CDT-Wert Kontrolle zur Vorbereitung einer Entwöhnungsbehandlung statt Screening-Fragebogen und Kurzintervention in der Hausarztpraxis) sowie Vergütungsregelung (höhere und interventionsspezifische Vergütung statt Abrechnungsmöglichkeit einer allgemeinen Präventionsempfehlung bzw. 9,39€ für 10 Minuten problemorientiertes Gespräch) aufgegriffen.

Eine erste positive Machbeurteilung konnte hierzu innerhalb der 15 Experteninterviews mit am Thema interessierten Hausärzten erzielt werden.

Zum Thema hausärztliches Engagement in suchtmmedizinischer Hinsicht lassen sich letztlich zwei Positionen einnehmen. Einerseits kann aufgrund der fehlenden Bereitschaft vieler Hausärzte der unbefriedigende Sachstand kritisiert und als unveränderlich hingenommen werden. Andererseits kann dieser Sachstand aber auch als Herausforderung begriffen werden, mit zu ermittelnden Ursachen und scheinbar unlösbaren Interessenkonflikten, mit vielen Widerständen bei den beteiligten Akteuren einschließlich irrationaler Überzeugungen und Ängste. Deren Überwindung - soweit möglich - kostet Zeit, Ausdauer und die Bereitschaft zur Erprobung alternativer Konzepte.

Aktuelle Konzepte zur hausärztlichen Suchtprävention bzw. Versorgung von Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum und/oder Alkoholabhängigkeit verfehlen ihr Ziel aufgrund vielfältiger Ursachen. Hausärzte sehen sich aktuell mehrheitlich nicht in der Lage, den bekannten Anforderungen (bspw. S3 Leitlinie: *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*, 405 Seiten) zu entsprechen. Die Barriere 'Hausarzt' ist für eine Lösung der Probleme von zentraler Bedeutung, deren 'Bearbeitung' neben der Entwicklung alternativer Interventionsansätze auch die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte während der Implementierung beinhalten muss (Vorbildwirkung 'erfolgreicher' Akteure, systematische Implementierung über Qualitätszirkel und insbesondere deren Leiter, motivierende Erfahrungen in der Patientenversorgung).

## 9 GENDER MAINSTREAMING ASPEKTE

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung konnten weder im Hinblick auf das Antwortverhalten der befragten Hausärztinnen und Hausärzte noch hinsichtlich der Behandlungsbereitschaft gegenüber weiblichen und männlichen Patienten Unterschiede festgestellt werden.

## 10 VERBREITUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER PROJEKTERGEBNISSE

Über das Projekt wird auf der Homepage der SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera (<https://www.gesundheitshochschule.de/de/forschung/drittmittelprojekte/aktuelle-drittmittelprojekte/hausarztliche-suchtpraevention/>) und der Homepage der Sektion Allgemeinmedizin der Universität Halle informiert (<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=5124>). Erste Untersuchungsergebnisse wurden auf der Gemeinsamen Fachtagung der mitteldeutschen Landesstellen Sucht am 11.12.2015 in Magdeburg vorgestellt (Titel 'Hausärztliche Suchtprävention - Hopfen und Malz verloren?'). Außerdem erfolgte eine Registrierung beim Deutschen Register Klinischer Studien unter der ID: DRKS00007575. Zur Vorstellung der Projektergebnisse wurden 2 Vorträge zum DEGAM-Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2016 angemeldet (z.Z. in Begutachtung). Eine weitere Präsentation der Projektergebnisse ist zum DGPPN Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2017 vorgesehen (bei Verfügbarkeit entsprechender Fördermittel zum Zeitpunkt der Tagung). Zudem werden aktuell zwei Publikationen mit Darstellung erster Projektergebnisse - einmal in englischer und einmal in deutscher Sprache - vorbereitet.

## 11 VERWENDUNG DER PROJEKTERGEBNISSE

Als Ergebnis des Forschungsvorhabens wurde die Entwicklung einer Konzeption zur Erhöhung der Wirksamkeit der hausärztlichen Suchtprävention vorgeschlagen. Insbesondere die Ergebnisse der mit Hausärzten durchgeführten Interviewstudie legen letztlich die Annahme dreier Problemfelder nahe. Erstens werden die verfügbaren Interventionskonzepte (Screening-Fragebogen, Kurzintervention, motivierende Gesprächsführung usw.) vor dem Hintergrund erlangter Fähig- und Fertigkeiten als für die hausärztliche Versorgungsrealität ungeeignet angesehen. Hausärzte bevorzugen mehrheitlich die persönliche Ansprache im Fall von Alkoholproblemen, beurteilen systematisches Screening ohne Berücksichtigung der Vorgeschichte in der Regel als ineffektiv und erkennen in der Verwendung von Fragebögen zudem eine Störung der Behandlungsroutine. Zweitens wird riskanter Alkoholkonsum als Behandlungsanlass nicht anerkannt. Und drittens wird die bestehende Vergütungsregelung als demotivierend gekennzeichnet.

### 1) Fertigkeiten und Machbarkeit von Instrumenten

Aktuell werden an den deutschen Hochschulen zirka 90 Minuten Unterrichtszeit im Fach Psychiatrie für die Qualifikation zur Behandlung von Suchterkrankungen verwendet. Neben zu geringer Ausbildungsdauer werden außerdem inhaltliche Defizite bei der Wissensvermittlung als auch das Fehlen positiv eingestellter Rollenmodelle auf Seiten der Lehrenden bzgl. Therapie und Prognose beanstandet. Unter Hausärzten verbreitete Überzeugungen wie die der Notwendigkeit einer Veränderungsmotivation als Therapievoraussetzung können demnach ebenso als Konsequenz der bestehenden Ausbildungspraxis angesehen werden wie die ungenügende Kenntnis zentraler Fertigkeiten im Umgang mit betroffenen Patienten. Insbesondere aber dürfte die Aufforderung zur Konsumreduktion durch den Hausarzt unserer Ansicht nach aufgrund selbstwertbedrohlicher Implikationen verbunden mit verbreiteten Ängsten vor Stigmatisierung und Kontrollverlust zur Abwehr hausärztlicher Interventionsbemühungen beitragen. Für die hausärztliche Seite resultiert

hieraus ein eher ungünstiges 'Kosten-Nutzen-Verhältnis'. So steht der Erwartung einer erschwerten Gesprächsführung und Belastung der Arzt-Patient-Beziehung eine geringe Wirksamkeitserwartung (Erwartung geringer Compliance bzw. Adhärenz, ungünstige psychosoziale Situation) gegenüber. Diese entscheidende und bisher zu wenig beachtete Barriere sollte bei der Konzeption neuer Ansätze dringend berücksichtigt und perspektivisch auch in Aus- und Weiterbildung bearbeitet werden.

## 2) Behandlungsanlass und Zielgruppe

Gemäß WHO-Empfehlung sollten Hausärzte bei Verdacht auf riskanten Alkoholkonsum eine Kurzintervention durchführen. Wie eigene Befunde jedoch zeigen, wird riskanter Alkoholkonsum von Hausärzten als Behandlungsanlass nicht anerkannt (zu verbreitet, überfordere die Ressourcen von Hausarztpraxen usw.). Darüber hinaus tendieren Hausärzte dazu, die Alkoholthematik auf Patienten mit diagnostizierter Suchterkrankung und langwieriger Krankheitsgeschichte einschließlich ungünstiger Prognose zu reduzieren. Als besonders gefährdete, bisher aber kaum beachtete Zielgruppe sollten unserer Ansicht nach vor allem Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum fokussiert werden. Eine Bedrohung der Erwerbsfähigkeit besteht unserer Meinung nach insbesondere für Patienten mit bereits durch Alkohol bedingten organischen oder psychischen Erkrankungen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der Hinweis der Krankenkassen (mündliche Kommunikation), dass schädlicher Alkoholkonsum als unterkodierte anzusehen sei. Im Interesse der hausärztlichen Behandlungsmotivation sollte deshalb der Fokus der hausärztlichen Versorgung auf diese - auch im Hinblick auf die Ziele der DRV - besonders gefährdete Patientengruppe konzentriert werden.

## 3) Vergütungsregelung

In einer eigenen Untersuchung wurde von deutschen Hausärzten die aktuelle Vergütungsregelung als wichtigste Barriere gegen die Durchführung von Maßnahmen wie SBI oder SBIRT identifiziert.

Gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung können aktuell für die Hälfte der durch eine Hausarztpraxis versorgten Patienten in einem Quartal 10 zehninütige sog. problemorientierte Gespräche mit 9,27€ pro Gesprächseinheit abgerechnet werden (EBM 03230). Aufgrund der zu erwartenden Probleme im Zusammenhang mit einer Intervention bei schädlichem Alkoholkonsum sollte laut Auskunft mehrerer Hausärzte aus betriebswirtschaftlicher Sicht hingegen ein höherer Vergütungssatz veranschlagt werden. Wie Vorgespräche mit Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergaben, sollte im Fall einer Implementierung der *Praxisgemäßen Intervention* mittelfristig eine interventionsspezifische Vergütungsregelung vereinbart werden.

Aus sozialmedizinischer Sicht sollte unseres Erachtens vor allem das ungenügende Bewusstsein für die Problematik alkoholbezogener Störungen thematisiert werden (d.h. verbreitete Erkrankungen wie bspw. Diabetes mellitus und deren Verursachung durch schädlichen Alkoholkonsum bzw. Suchterkrankung). Die Diagnose schädlicher Alkoholkonsum wird von Hausärzten gemieden und gilt deshalb als massiv unterkodiert. Ebenso verzichten Hausärzte auf die Vergabe von Diagnosen im Zusammenhang mit Suchterkrankungen (mündliche Kommunikation GKV). Es ist deshalb zu vermuten, dass zahlreiche Patienten mit ggf. nicht-diagnostizierter Suchterkrankung in der hausärztlichen Versorgung in ihrer Problematik nicht erkannt und somit auch nicht der notwendigen Entwöhnungsbehandlung zugeführt werden. Durch die im beantragten Forschungsvorhaben zu prüfende Intervention soll die hausärztliche Versorgungspraxis mittelfristig besser auf die besonderen Herausforderungen der notwendigen Maßnahmen einschließlich neuer Interventionsstrategien vorbereitet werden.

Auf Grundlage der vor allem durch eigene Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse zur Versorgungsrealität deutscher Hausarztpraxen wurde in Zusammenarbeit mit an der Forschungsfrage interessierten Hausärzten die *Praxisgemäße Intervention* entwickelt.

Interventionsspezifische Vergütung, machbare Methode und nach Relevanz spezifizierte Zielgruppe sollen zu einer Erhöhung der Interventionsbereitschaft von Hausärzten beitragen und Hausärzte zum Veranlassen von Entwöhnungsbehandlungen im Fall von Patienten mit Alkoholabhängigkeit befähigen. Wie bereits ausgeführt, besteht für Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum F10.1 (meist nicht diagnostiziert, laut GKV stark unterkodiert) und nicht diagnostizierter Alkoholabhängigkeit (Vergabe Diagnose F10.2 meist nur durch psychiatrische Kliniken, d.h. meist kann bei Vorliegen eines schädlichen Alkoholkonsum auch von einer Alkoholabhängigkeit ausgegangen werden) ein relativ hohes Kostenrisiko (Folgebehandlungen, Erwerbsunfähigkeit usw.).

Die Machbarkeit und Wirksamkeit der *Praxisgemäßen Intervention* wäre im Rahmen zweier Interventionsstudien zu überprüfen. Hierbei sollten Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum und/oder ggf. nicht-diagnostizierter Alkoholabhängigkeit von ihrem Hausarzt erstens zu nachhaltiger Reduktion ihres Alkoholkonsums bewegt und im Fall nicht gelingender Zielerreichung zur Aufnahme einer Entwöhnungsbehandlung veranlasst werden. Aufgrund von zu erwartenden Problemen bei der Rekrutierung und Durchführung von Interventionsstudien mit Beteiligung von Hausarztpraxen wird hierfür ein zweistufiges Procedere vorgeschlagen. In Studienphase 1 sollten zunächst Machbarkeit und Vergütungsniveau untersucht werden. Um eine systematische Betreuung der teilnehmenden Hausarztpraxen durch die Studienleitung gewährleisten zu können, sollte Rekrutierung auf wenige Praxen beschränkt werden. Außerdem bestünde so die Möglichkeit einer weiteren Optimierung der *Praxisgemäßen Intervention*. Entsprechend sollten in regelmäßig anberaumten Beratungsgesprächen (zweimal monatlich) eventuelle Komplikationen zeitnah und lösungsorientiert bearbeitet werden. In Abhängigkeit der Ergebnisse von Phase 1 sollte in Phase 2 die Implementierung der *Praxisgemäßen Interventionen* in die Regelversorgung geplant und im Rahmen einer zweiarmigen Interventionsstudie mit aussagekräftiger Fallzahl evaluiert werden.

## 12 PUBLIKATIONSVERZEICHNIS

1. Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2016). Drogen- und Suchtbericht 2016. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit  
[http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen\\_2016/Drogenbericht\\_2016\\_web.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2016/Drogenbericht_2016_web.pdf)
2. Jahrbuch Sucht 2014: Daten und Fakten  
[[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/news/2014-04-16\\_PM\\_Daten\\_und\\_Fakten.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2014-04-16_PM_Daten_und_Fakten.pdf)]
3. Bloomfield K, Kraus L, Soyka M: Heft 40: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. In Gesundheitsberichterstattung des Bundes Edited by Robert-Koch-Institut. Berlin; 2008.
4. Ustun TB, Chisholm D: Global "burden of disease"-study for psychiatric disorders. Psychiatr Prax 2001, 28 Suppl 1:S7-11.
5. John U, Hanke M: Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. Alcohol Alcohol 2002, 37(6):581-585.
6. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B: Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev 2007(2):CD004148.
7. Screening and brief intervention for alcohol problems in primary health care  
[[http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/sbi/en](http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en)]
8. Fankhänel T, Rascher A, Thiel C, Schulz K, Klement A: Hausärztliche Intervention bei zu hohem Alkoholkonsum: Eine Frage der Sicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2016, 112, 36-42.
9. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E: Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. J Public Health (Oxf) 2011, 33(3):412-421.
10. Heather N: Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? Addict Sci Clin Pract 2012, 7(1):15.
11. Aalto M, Pekuri P, Seppä K: Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. Drug Alcohol Depend 2002, 66(1):39-43.
12. BZgA: Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen: Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Bundeszentral für gesundheitliche Aufklärung; 2007.
13. Mörsen P, SM G: Verfahren zur Diagnostik alkoholbezogener Störungen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2007, 16:73-82.

14. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M: AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Second Edition edition. Geneva; 2001.
15. Bendtsen P, Akerlind I: Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 1999, 34(5):795-800.
16. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K: Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2006, 24(1):5-15.
17. Beich A, Gannik D, Malterud K: Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002, 325(7369):870.
18. Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE: Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol Alcohol* 2010, 45(2):207-212.
19. Rapley T, May C, Frances Kaner E: Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Soc Sci Med* 2006, 63(9):2418-2428.
20. Aalto M, Pekuri P, Seppa K: Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev* 2003, 22(2):169-173.
21. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I: Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. *Public Health* 2005, 119(9):781-788.
22. Rumpf HJ, Bischof G, Grothues J, Hapke U, Meyer C, John U: Zum wissenschaftlichen Stand des Frühinterventionsansatzes bei problematischem Alkoholkonsum im Setting der ärztlichen Praxis. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2007, 1:53-59.
23. Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EF: Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol Alcohol* 2011, 46(5):570-577.
24. Nygaard P, Aasland OG: Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol* 2011, 46(1):52-60.
25. Aalto M, Pekuri P, Seppa K: Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug Alcohol Depend* 2003, 69(1):9-14.
26. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S: A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002, 39(4):333-342.

27. Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J: Low detection rates, negative attitudes and the failure to meet the "Health of the Nation" alcohol targets: findings from a national survey of GPs in England and Wales. *Drug Alcohol Rev* 1998, 17(3):249-258.
28. Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E: Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999, 34(4):559-566.
29. Einstellungen von niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und Praktischen Ärzten gegenüber Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen [<http://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/item/3OIKS2ITH76XHSO5ZBLO22W2MYLULRGA>]
30. Hill A, Rumpf HJ, Hapke U, Driessen M, John U: Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, 22(4):935-940.
31. Köhler J, Grünbeck P, Soyka M: Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit - Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. *Nervenarzt* 2007, 78:536-546.
32. Fankhänel T, Lenz J, Papert S, Voigt K, Klement A: Screening und Brief Intervention in der Hausarztpraxis: Barrieren gegen eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholmissbrauch. *Psychotherapie / Psychosomatik / medizinische Psychologie* in press.
33. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM: Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care* 2005, 43(5):436-444.
34. Steppan M, Brand H, Künzel J, Pfeiffer-Gerschel T: Suchthilfe in Deutschland 2012. In *Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DHHS)*. Edited by Therapieforschung IIf. München; 2013.
35. Diehl A, Smolka M, Mundle G, Ackermann K, Mann K: Geschlechtsspezifische Effekte bei Entwicklung und Verlauf der Alkoholabhängigkeit. *Suchtmedizin* 2004, 6(2):125-126.
36. Chou SP, Dawson DA: A study of the gender differences in morbidity among individuals diagnosed with alcohol abuse and/or dependence. *J Subst Abuse* 1994, 6(4):381-392.
37. Wilsnack SC, Wilsnack RW: International gender and alcohol research: recent findings and future directions. *Alcohol Res Health* 2002, 26(4):245-250.
38. Vesga-Lopez O, Schneier FR, Wang S, Heimberg RG, Liu SM, Hasin DS, Blanco C: Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 2008, 69(10):1606-1616.
39. Walter H: Geschlechtsunterschiede in der Alkoholabhängigkeit. *Suchtmedizin* 2004, 6(2):125-126.

40. Application for weaning off treatment by General Practitioner (GP) for patients with dependency [<http://www.controlled-trials.com/ISRCTN79754582>]
41. Goodyear-Smith F, Arroll B, Coupe N: Asking for help is helpful: validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Ann Fam Med* 2009, 7(3):239-244.
42. Bauer W, Frank H, Wagner-Clark R: AEQ, die deutsche Version des Alcohol-Related-Expectancy Questionnaires (Goldman, Brown, Christiansen) für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche: Reliabilität, Validität und konfirmatorische Faktorenanalysen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1999, 4:11-19.
43. Musch J, Brockhaus R, Bröder A: Ein Inventar zur Erfassung von zwei Faktoren sozialer Erwünschtheit. *Diagnostika* 2002, 48(3):121-129.
44. Meyer T, Karbach U, Holmberg C, Güthlin C, Patzelt C, Stamer M: Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Gesundheitswesen* 2012, 74(08/09):510-515.
45. Karbach U, Stamer M, Holmberg C, Güthlin C, Patzelt C, Meyer T: Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland – ein exemplarischer Überblick. *Gesundheitswesen* 2012, 74(08/09):516-525.
46. Rosemann T, Szecsenyi J: General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2004, 5(1):31.
47. Robinson G, Gould M: What are the attitudes of general practitioners towards research? *Br J Gen Pract* 2000, 50(454):390-392.
48. Luckens MM, Phelps KI: Serum enzyme patterns in acute poisoning with organochlorine insecticides. *J Pharm Sci* 1969, 58(5):569-572.
49. Mayring P: Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim; Beltz 2002.
50. Atkinson J W: An introduction to motivation. New York et al.: Van Nostrand 1964. Dt.: Einführung in die Motivationsforschung. Stuttgart; Klett 1975.

## ANLAGE

1. Aufruf zur Studienteilnahme
2. Fragebogen
3. Teilnehmerinformation Studie 1
4. Einwilligungserklärung Studie 1
5. Information über die Interviewstudie
6. Formular Honorar
7. Interviewleitfaden
8. Teilnehmerinformation Studie 2
9. Einwilligungserklärung Studie 2
10. Ethikvotum

1. Aufruf zur Teilnahme mit Fax-Antwort-Formular

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg



## Wunsch und Wirklichkeit der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen: Einladung zu einer Fragebogenstudie

### **Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,**

Seit Jahren fordern WHO und andere Institutionen von Hausärzten ein regelmäßiges Screening zum Alkoholkonsum einschließlich Kurzintervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum. Im Rahmen unserer Untersuchung möchten wir gern in Erfahrung bringen, wie Sie den aktuellen Versorgungsbedarf einschätzen und welche Probleme Sie bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen in Ihrer Praxis erwarten. Ziel unseres Forschungsvorhabens ist eine Überarbeitung bestehender Ansätze unter Berücksichtigung der realen Versorgungssituation in deutschen Hausarztpraxen.

Die Bearbeitung unseres Fragebogens nimmt zirka 20-25 Minuten in Anspruch.

### **Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie 25€.**

Das Forschungsprojekt erhält eine finanzielle Förderung aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages durch die Bundesregierung.

Ihre Teilnahme an unserer Untersuchung ist ein wertvoller Beitrag für den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt im Bereich der Suchtprävention. Wir möchten Sie deshalb bitten, bei Interesse an einer Studienteilnahme die beiliegende Faxvorlage an die unten genannte Adresse zu versenden. Unsere Mitarbeiterin, Frau Jennifer Spiegel, setzt sich anschließend telefonisch mit Ihnen in Verbindung, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. phil. Thomas Fankhänel, Prof. Dr. med. Andreas Klement  
Medizinische Fakultät, Sektion Allgemeinmedizin, Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Str. 8, D-06112 Halle  
Tel. 0345 5575347 / Fax 0345 5575340  
thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg



An

Medizinische Fakultät  
Sektion Allgemeinmedizin  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Str. 8  
06112 Halle  
thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de

Fax: 0345 5575340

Ich wäre an einer Studienteilnahme interessiert.

Die Kontaktinformationen zu meiner Praxis lauten wie folgt:

## 2. Fragebogen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg



Fb-Nr - \_ \_ \_ -

### **Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,**

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Bereitschaft bedanken, uns bei unserer Untersuchung zu unterstützen.

Seit Jahren fordern WHO und andere Institutionen von Hausärzten ein regelmäßiges Screening zum Alkoholkonsum einschließlich Kurzintervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum. Im Rahmen unserer Untersuchung möchten wir gern in Erfahrung bringen, wie Sie den aktuellen Versorgungsbedarf einschätzen und welche Probleme Sie bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen in Ihrer Praxis erwarten. Ziel unseres Forschungsvorhabens ist eine Überarbeitung bestehender Ansätze unter Berücksichtigung der realen Versorgungssituation in deutschen Hausarztpraxen.

Die Bearbeitung unseres Fragebogens nimmt ungefähr 20-25 Minuten in Anspruch.

Bitte bearbeiten Sie unseren Fragebogen von vorn nach hinten. Für Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Prof. Dr. phil. Thomas Fankhänel<sup>1,2</sup>, Prof. Dr. med. Andreas Klement<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Medizinische Fakultät, Sektion Allgemeinmedizin  
Magdeburger Str. 8, D-06112 Halle

<sup>2</sup> Studiengang Gesundheitspsychologie  
SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera  
Neue Straße 28-30, 07548 Gera  
Telefon: +49 365 773407-41  
Telefax: +49 365 773407-77

Abschließend möchten wir Sie bitten, uns Ihre demografischen Daten mitzuteilen.

Ihr Alter: \_\_\_\_\_

Sie sind weiblich  oder männlich .

Sie arbeiten in einer Einzelpraxis , einer Gemeinschaftspraxis , oder einem MVZ .

Ihre Region ist eher städtisch  oder eher ländlich .

Sie sind niedergelassen seit: \_\_\_\_\_

Sie haben in Ihrer Praxis durchschnittlich \_\_\_\_\_ Behandlungen pro Quartal.

Der Anteil Ihrer Patienten mit einem akuten Alkoholproblem beträgt ungefähr \_\_\_\_\_ %.

Der Anteil Ihrer Patienten mit einem vermutlich zu hohen Alkoholkonsum beträgt ungefähr \_\_\_\_\_ %.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Unterstützung.

Auf den nächsten 3 Seiten werden Ihnen 3 fiktive Konsultationssituationen vorgestellt, wie sie sich in einer Hausarztpraxis ereignen können. In jeder der 3 Situationen wird Ihnen ein fiktiver Patient mit einer spezifischen Problematik vorgestellt.

Wir möchten Sie bitten, sich die jeweilige Situation immer kurz vorzustellen und im Anschluss die dazugehörigen Fragen unten auf der Seite zu beantworten.

Uns interessiert hierbei insbesondere, inwieweit Sie bereit wären, die abgefragten Maßnahmen für diesen Patienten für die genannte (fiktive) **Vergütung** in Ihrer Praxis auch tatsächlich durchzuführen.

Wir sind sehr an einer praxisnahen und ehrlichen Einschätzung interessiert.

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor.

Ein männlicher Patient kommt zur Behandlung in ihre Praxis.

Er ist 45 Jahre alt und klagt über Magenschmerzen. Aufgrund seiner Leberwerte kann ein schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1) vermutet werden.  
Sie sprechen deshalb das Thema eines eventuell zu hohen Alkoholkonsums an.

Daraufhin sagt der Patient, dass er ein Alkoholproblem für möglich halte und schon darüber nachgedacht habe, was er an seinem Leben verändern könnte.

Eine Kurzintervention von 20 Min. würde Ihnen mit 18€ vergütet.

Bitte geben Sie nun an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

lehne  
ab

stimme  
zu

1) ich würde versuchen, bei diesem Patienten eine Veränderungsbereitschaft herzustellen.

1 2 3 4 5 6

2) ich würde versuchen, mit dem Patienten Strategien zur Reduktion seiner Alkoholkonsums zu besprechen.

1 2 3 4 5 6

3) ich würde dem Patienten aufzeigen, welche negativen Folgen ein zu hoher Alkoholkonsum haben kann.

1 2 3 4 5 6

4) ich würde versuchen, mit dem Patienten eine Lösung seiner persönlichen Probleme zu suchen.

1 2 3 4 5 6

5) ich würde mit dem Patienten über dessen Gegenargumente bzgl. einer Lebensstilveränderung diskutieren.

1 2 3 4 5 6

6) ich würde den Patienten erneut zur Kontrolle seines Alkoholkonsums einbestellen.

1 2 3 4 5 6

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor.

Ein männlicher Patient kommt zur Behandlung in ihre Praxis.

Er ist 21 Jahre alt und bittet um eine Krankschreibung aufgrund einer erhöhten Stressbelastung im Rahmen seiner Ausbildung.

Auf Ihre Frage zu einem eventuellen Drogenkonsum sagt der Patient, dass er auf Partys gelegentlich sehr betrunken sei. Sie weisen den Patienten deshalb auf die Gefahren beim Komasaufen hin.

Daraufhin sagt der Patient, dass er hin und wieder darüber nachdenke, wie er sich in Zukunft dem Gruppendruck auf Partys besser entziehen könne.

Für eine Kurzintervention von 20 Min. würden Ihnen 18€ erstattet.

Bitte geben Sie nun an, inwieweit Sie für diesen Patienten die folgenden Maßnahmen durchführen würden.

lehne  
ab

stimme  
zu

1) ich würde versuchen, bei diesem Patienten eine Veränderungsbereitschaft herzustellen.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

2) ich würde versuchen, mit dem Patienten Strategien zur Reduktion seiner Alkoholkonsums zu besprechen.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

3) ich würde dem Patienten aufzeigen, welche negativen Folgen ein zu hoher Alkoholkonsum haben kann.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

4) ich würde versuchen, mit dem Patienten eine Lösung seiner persönlichen Probleme zu suchen.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

5) ich würde mit dem Patienten über dessen Gegenargumente bzgl. einer Lebensstilveränderung diskutieren.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

6) ich würde den Patienten erneut zur Kontrolle seines Alkoholkonsums einbestellen.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor.

Ein männlicher Patient kommt zur Behandlung in ihre Praxis.

Er ist 34 Jahre alt und informiert Sie über seine Teilnahme an einem Routinescreening seiner Krankenkasse zum Gesundheitsverhalten. Hierbei habe man ihm einen riskanten Alkoholkonsum nachgewiesen, da er täglich 2 Bier trinke.

Sie empfehlen dem Patienten deshalb entsprechend eine Veränderung seiner Lebensweise.

Daraufhin sagt der Patient, dass ihn die Information überrascht habe, er sich jetzt Gedanken mache und deshalb eine Veränderung seiner Lebensweise für möglich halte.

Eine Kurzintervention von 20 Min. würde Ihnen mit 18€ vergütet.

Bitte geben Sie nun an, inwieweit Sie den Aussagen zustimmen.

lehne  
ab

stimme  
zu

1) ich würde versuchen, bei diesem Patienten eine Veränderungsbereitschaft herzustellen.

1 2 3 4 5 6

2) ich würde versuchen, mit dem Patienten Strategien zur Reduktion seiner Alkoholkonsums zu besprechen.

1 2 3 4 5 6

3) ich würde dem Patienten aufzeigen, welche negativen Folgen ein zu hoher Alkoholkonsum haben kann.

1 2 3 4 5 6

4) ich würde versuchen, mit dem Patienten eine Lösung seiner persönlichen Probleme zu suchen.

1 2 3 4 5 6

5) ich würde mit dem Patienten über dessen Gegenargumente bzgl. einer Lebensstilveränderung diskutieren.

1 2 3 4 5 6

6) ich würde den Patienten erneut zur Kontrolle seines Alkoholkonsums einbestellen.

1 2 3 4 5 6

Seit Jahren fordern WHO und andere Institutionen von Hausärzten ein regelmäßiges Screening ihrer Patienten zum Alkoholkonsum.

Ein solcher **Screening-Fragebogen** ist der AUDIT-C, wie er auf der nächsten Seite abgebildet ist.

Der AUDIT-C besteht aus 3 Fragen zum Alkoholkonsum, die von den Patienten möglichst ehrlich beantwortet werden sollten.

Sollte ein Patient hierbei 4 oder mehr Punkte erreichen (entspricht einem sog. riskanten Alkoholkonsum), dann sollte durch den Hausarzt eine **Kurzintervention** durchgeführt werden.

Auf der übernächsten Seite finden Sie das Informationsblatt zu einer solchen Kurzintervention, wie sie zum Beispiel die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Hausärzte entwickelt hat.

Bitte schauen sich beide Informationen kurz an.

Abb. AUDIT-C Screening-Fragebogen zum Alkoholkonsum

**Ein Glas Alkohol entspricht:**  
0,33 Liter Bier  
0,25 Liter Wein oder Sekt  
0,02 Liter Spirituosen

**a) Wie oft trinken Sie Alkohol?**

Nie       Etwa 1 mal pro Monat       2-4 mal pro Monat       2-3 mal pro Woche       4 mal oder öfter pro Woche

**b) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?**

1 oder 2       3 oder 4       5 oder 6       7 oder 8       10 oder mehr

**c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken?**

nie       seltener als 1 Mal pro Monat       1 Mal pro Monat       1 Mal pro Woche       täglich oder fast täglich

Bitte umblättern.

Abb. Auszug aus dem Informationsblatt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die hausärztliche Praxis:

### Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen

<p><b>Intervention bei riskantem Konsum</b></p>	
<p><b>Untersuchungsbefunde mitteilen:</b> Informieren Sie Ihren Patienten bzw. Ihre Patientin über die Untersuchungsbefunde. Vermeiden Sie dabei Pathologisierungen und Übertreibungen.</p> <p><b>Trinkmenge festlegen:</b> Empfehlen Sie die Verringerung der Trinkmenge. Drängen Sie dabei nicht, sondern versuchen Sie partnerschaftlich Ziele für die Reduzierung festzulegen.</p> <p><b>Ziele entwickeln:</b> Legen Sie zusammen (möglichst schriftlich) Menge und Frequenz des angestrebten Alkoholkonsums fest sowie die Schritte zur Zielerreichung in zeitlichen Stufen.</p>	<p><b>Empfehlungen zum Alkoholkonsum geben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ 2 alkoholfreie Tage pro Woche</li><li>■ keine Vorratshaltung von Alkoholika</li><li>■ Alkoholkonsum langsam in kleinen Schlucken</li><li>■ Pause zwischen zwei Gläsern (z.B. eine Stunde)</li><li>■ nur alkoholfreie Getränke zum Durstlöschchen</li><li>■ nur in geselligem Rahmen trinken</li><li>■ nicht mehr als 1 bis 3 Gläser</li><li>■ kein Alkohol auf nüchternen Magen</li><li>■ kein Alkohol vor 17 Uhr</li><li>■ kein Alkohol nach Mitternacht</li></ul> <p><b>Soziales Umfeld nutzen:</b> Erarbeiten Sie mit Ihrem Patienten bzw. Ihrer Patientin, welche Menschen im persönlichem Umfeld Unterstützung geben können.</p> <p><b>Zielerreichung überprüfen:</b> Prüfen Sie gemeinsam die Einhaltung der Konsumziele und modifizieren Sie diese ggf. Heben Sie Erfolge hervor und sprechen Sie Lob aus. Bleiben Sie in Kontakt.</p> <p><b>Weiterführende Informationen und Beratung vermitteln</b> Verweisen Sie im Beratungsgespräch auf kostenlose Ratgeberbroschüren (Bestellung über: <a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a> oder <a href="mailto:order@bzga.de">order@bzga.de</a>) „Alles klar?“ – Best.-Nr. 32010000 „Alkoholfrei leben“ – Best.-Nr. 32011000</p>

Wir möchten jetzt gern von Ihnen wissen, inwieweit Sie für die genannte (fiktive) Vergütung bereit wären, in Ihrer Praxis mit Patienten mit riskantem Alkoholkonsum eine Kurzintervention durchzuführen (zirka 20 Minuten).

Stellen Sie sich bitte vor, Sie erhielten für die Durchführung einer Kurzintervention bei Patienten mit riskantem Alkoholkonsum eine Vergütung in Höhe von **18€**.

Bitte geben Sie nun an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

lehne  
ab

stimme  
zu

Ich würde in meiner Hausarztpraxis mit allen Patienten ein **Fragebogen-Screening** zum Alkoholkonsum durchführen.

1 2 3 4 5 6

Ich würde in meiner Hausarztpraxis für die genannte fiktive Vergütung bei Patienten mit riskantem Alkoholkonsum eine entsprechende **Kurzintervention** durchführen.

1 2 3 4 5 6

Ich halte das beschriebene Procedere – bestehend aus Screening aller Patienten und Kurzintervention – in meiner Hausarztpraxis für **nicht** durchführbar.

1 2 3 4 5 6

Bisherige Untersuchungen haben gezeigt, dass die Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen oft als demotivierende Aufgabe angesehen wird. Im Folgenden nennen wir Ihnen 8 typische Konsultationsanlässe verbunden mit der Bitte uns mitzuteilen, wie gern bzw. ungern Sie persönlich die genannten Behandlungen durchführen.

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die folgenden Behandlungen eher gern bzw. ungern durchführen.

	sehr ungern	sehr gern
1) 59jährige Patientin mit Diabetes mellitus und einem Hba1C von 8,3 zu gesünderer Ernährung motivieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
2) für eine 61jährige Patientin mit Knieschmerzen eine physiotherapeutische Behandlung veranlassen.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
3) 32jährigen Patienten mit Ohrenscherzen zu einem HNO-Arzt überweisen.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
4) 45jährigen Patienten mit riskantem Alkoholkonsum zur Reduktion seiner Trinkmenge motivieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
5) für 26jährige Patientin mit akuten Erkältungsbeschwerden eine Krankschreibung ausstellen.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
6) 28jährigen Patienten mit Hypertonie zu mehr körperlicher Bewegung motivieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
7) 47 jährigen Patienten mit depressiver Verstimmung nach einer Scheidung medikamentös behandeln.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
8) eine 34jährige Patientin mit Adipositas zur Durchführung einer Diät motivieren.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	

### 3. Aufruf zur Teilnahme am Interview

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg



Fb-Nr - \_ \_ \_ -

### Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ziel unseres Forschungsvorhabens ist die Überarbeitung bestehender Ansätze zur Intervention bei Patienten mit Suchtproblematik für die hausärztliche Praxis. Aus diesem Grund würden wir gern mit interessierten Ärztinnen und Ärzten ein etwa 45minütiges Interview zu möglichen Alternativen unter Berücksichtigung der aktuellen Probleme hausärztlicher Versorgungsrealität durchführen. Die Beteiligung an der Interviewstudie würden wir Ihnen mit **50€** vergüten.

Wenn Sie uns hierbei unterstützen möchten, dann möchten wir Sie bitten, uns auf dieser Seite Ihre Kontaktinformationen zu hinterlassen. Unsere Mitarbeiterin vor Ort wird sich dann in nächster Zeit telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Name / Stempel \_\_\_\_\_

Telefon / Email \_\_\_\_\_

Zu Ihrer Information: Ihr Fragebogen wird unter Wahrung der Anonymität durch Mitarbeiter der Sektion Allgemeinmedizin der MLU Halle-Wittenberg ausgewertet und zu keinem Zeitpunkt der Auswertung mit dieser Einwilligungserklärung in Verbindung gebracht.

Vielen Dank.

Prof. Dr. phil. Thomas Fankhänel <sup>1,2</sup>, Prof. Dr. med. Andreas Klement <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Medizinische Fakultät, Sektion Allgemeinmedizin  
Magdeburger Str. 8, D-06112 Halle

<sup>2</sup> SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera  
Neue Straße 28-30, 07548 Gera  
Telefon: +49 365 773407-41  
Telefax: +49 365 773407-77

## 4. Vergütungsformular

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg



### Anforderung zur Aufwandsentschädigung

Hiermit bitte ich um Überweisung der Aufwandsentschädigung für die Bearbeitung des Fragebogens im Rahmen der Untersuchung - Barrieren in der hausärztlichen Suchtprävention - in Höhe von 25 € auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir bedanken uns nochmals ganz herzlich für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. phil. Thomas Fankhänel, Prof. Dr. med. Andreas Klement  
Medizinische Fakultät, Sektion Allgemeinmedizin, Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Str. 8, D-06112 Halle  
Tel. 0345 5575347 / Fax 0345 5575340  
thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de

## 6. Studieninformation



## Teilnehmerinformation zur Studie: Probleme der hausärztlichen Suchtprävention

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

seit mehreren Jahren werden Hausärzte weltweit durch WHO und andere Institutionen dazu aufgefordert, im Interesse der Suchtprävention mit allen Patienten ein Alkohol-Screening und bei Patienten mit Problemkonsum eine Kurzintervention durchzuführen. Ungeachtet dessen ist es bis heute nicht gelungen, Hausärzte zur Umsetzung dieser Maßnahmen im Rahmen der Regelversorgung zu motivieren. Ziel unserer Studie ist deshalb eine systematische Untersuchung von Problemen im Zusammenhang mit einer eventuellen Umsetzung dieser Maßnahmen in der hausärztlichen Praxis. Letztlich geht es um eine Neubestimmung von Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Suchtprävention vor dem Hintergrund der Versorgungsrealität in Deutschland.

In den Fragebögen werden Ihnen verschiedene Behandlungssituationen vorgestellt (in sog. Vignetten). Davon ausgehend werden Sie gebeten, Ihre präferierte Behandlungsaktivität für genau diese Situation anzugeben. Durch diese Methode (sog. Vignettenstudie) wollen wir die Wahrscheinlichkeit für bestimmte Behandlungsaktivitäten in Abhängigkeit der jeweiligen Bedingungen erfassen.

Die Studie wird durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Bei einer Ablehnung der Teilnahme an dieser Studie entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Sie können ebenfalls jederzeit Ihre Teilnahme an dieser Studie ohne Angabe von Gründen widerrufen. Alle erhobenen Daten werden verschlüsselt, vertraulich behandelt und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet. Anstelle von Namen und Adresse wird eine fortlaufende Nummer vergeben (Pseudonym). Der Pseudonymisierungsschlüssel wird durch das IMEBI (Prof. Wienke) verwaltet. Der Sektion Allgemeinmedizin der liegen somit zu keinem Zeitpunkt personenbezogene Informationen vor. Fünf Jahre nach Studienende werden alle personenbezogenen Zugangsdaten gelöscht.

Wir bitten herzlich um Ihre Unterstützung und stehen gern für Rückfragen zur Verfügung.

Prof. Dr. Thomas Fankhänel  
Sektion Allgemeinmedizin, MLU Halle-Wittenberg  
Tel. 0345 5575347 Fax: 0345 5575340  
thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de

## 7. Einwilligungserklärung

[1]

Nummer
Version
19.12.14



## Einwilligungserklärung zur Studie:

### Probleme der hausärztlichen Suchtprävention

Ich wurde über den Ablauf und die Ziele der Studie in schriftlicher Form aufgeklärt. Diesbezügliche Fragen wurden mir in verständlicher Art beantwortet.

Ich willige hiermit in die Erfassung meiner Daten ein. Diese Einwilligung erstreckt sich ausschließlich auf Auskünfte im Rahmen dieser Studie.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Befragung gewonnenen Erkenntnisse in verschlüsselter Form in die Auswertung eingehen. Über den vertraulichen Umgang mit meinen Daten, die Vernichtung der Verschlüsselungsdaten nach 5 Jahren und die Verwendung einer Verschlüsselungsnummer anstelle von Namen, Adresse und Geburtsdatum wurde ich aufgeklärt.

Meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Bei Widerruf meiner Teilnahme werden bereits gewonnene Daten vernichtet, es sei denn, ich stimme zu, dass ich trotz meines Widerrufs mit der Auswertung einverstanden bin. Sollten sich weitere Fragen ergeben, stehen mir folgende Ansprechpartner zur Verfügung:

Prof. Dr. Thomas Fankhänel  
Sektion Allgemeinmedizin, MLU Halle-Wittenberg  
Tel. 0345 5575347 Fax: 0345 5575340  
thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de

[2]



Nummer
Version
19.12.14

## Einwilligungserklärung

Hiermit gebe ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie:

### Probleme einer hausärztlichen Suchtprävention

Ich willige in die Verwendung meiner Befragungsdaten ein und werde die Studie im Rahmen meiner Möglichkeiten unterstützen.

Gleichzeitig bestätige ich den Erhalt der Informationsunterlagen und eines Exemplars der Einwilligungserklärung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt Unterschrift

## 8. Interviewleitfaden



Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

## Interviewleitfaden

Hausärztliche Suchtprävention: Untersuchung motivationaler Barrieren gegen Maßnahmen zur Suchtprävention in der Hausarztpraxis

### 1. Diagnose „F10.1 – schädlicher Konsum“

- Wie groß vermuten Sie den Anteil der Patienten in Ihrer Praxis, die unter die Diagnose „F10.1 – schädlicher Konsum“ fallen?

### 2. Hemmnisse/Probleme in der Ansprache

- Welche Hemmnisse oder Probleme sehen Sie bei der Ansprache Ihrer Patienten bei Verdacht auf schädlichen Alkoholkonsum? (Konfrontation: „Sie trinken zu viel!“)

### 3. neue Präventionsmethode (verbindliche Präventionsempfehlung)

- dem Arzt wird ein neuer methodischer Ansatz vorgestellt: Stellen Sie sich vor, Sie sollen mit einem Patienten bei Verdacht auf einen schädlichen Alkoholkonsum ein Präventionsgespräch durchführen. Dabei klären Sie ihn im ersten Schritt über den schädlichen Alkoholkonsum auf und im zweiten Schritt geben Sie ihm eine verbindliche Präventionsempfehlung. Dabei verweisen Sie auf das 10-Punkte Programm zum kontrollierten Trinken (à la Körkel) – Variante 1: Selbstlernprogramm, Variante 2: ambulantes Gruppenprogramm.
- Wie schätzen Sie die Machbarkeit der vorgeschlagenen Methode ein?
- Wo sehen Sie Schwierigkeiten?
- Was würden Sie anders machen?

### 4. Rahmenbedingungen Präventionsgespräch

- Wieviel Zeit würden Sie für ein Präventionsgespräch inkl. verbindlicher Präventionsempfehlung benötigen?
- Wie hoch sollte das Präventionsgespräch inkl. verbindlicher Präventionsempfehlung vergütet sein?

### 5. Wirksamkeitserwartung

- Was glauben Sie, wie viele Patienten (%) durch ein Präventionsgespräch inklusive einer verbindlichen Präventionsempfehlung ihren Alkoholkonsum reduzieren werden?
- Würden Sie trotz negativer Prognose eine verbindliche Präventionsempfehlung geben?

## 9. Ethikvotum



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE - WITTENBERG

Medizinische Fakultät  
Ethik-Kommission

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

Herrn Prof. Dr. T. Fankhänel  
Sektion Allgemeinmedizin  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle

Ihre Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unsere Zeichen  
hm-bü

Datum

09.06.2015

Postanschrift:  
06097 Halle (Saale)

**Bearbeitungs-Nummer: 2015-72**

**Titel der Studie: Hausärztliche Versorgung von Patienten mit  
Suchterkrankung: Probleme und Chancen aus suchtherapeutischer  
Sicht**

Hausanschrift:  
Magdeburger Straße 16  
06112 Halle (Saale)

Geschäftsstelle:  
Tel 0345 557-4476  
Fax 0345 557-4477  
E-Mail [ethik-kommission@uk-halle.de](mailto:ethik-kommission@uk-halle.de)  
Internet: [www.medizin.uni-halle.de/](http://www.medizin.uni-halle.de/)

Sehr geehrter Herr Professor Fankhänel,

die Ethik-Kommission hat Ihren am 15.05.2015 eingegangenen Antrag zur oben genannten Studie am 03.06.2015 beraten. Sie und Frau C. Thiel, Sektion Allgemeinmedizin, wurden zu der Studie angehört.

Bankverbindung:  
Deutsche Bundesbank,  
Filiale Magdeburg  
IBAN:  
DE3781000000080001530  
BIC:  
MARKDEF1810

Sie hatten folgende Unterlagen eingereicht:

- ausgefülltes Antragsformular, unterschrieben am 11.05.2015,
- Studienprotokoll vom 11.05.2015,
- Teilnehmerinformation vom 11.05.2015,
- Einwilligungserklärung vom 11.05.2015,
- Interviewleitfaden,
- Formular zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung.

Steuernummer: 111/144/02550  
(Finanzamt Halle-Nord)

Die Ethik-Kommission hat keine Bedenken gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens, sofern folgende Auflagen erfüllt werden:

- (1) Den Studienteilnehmern sollte die voraussichtliche Dauer des Interviews mitgeteilt werden.
- (2) Den Studienteilnehmern sollte in der Teilnehmerinformation erläutert werden, dass die Tonträger-Aufnahmen der Interviews verschriftlicht und nach Abschluss der Studie vernichtet werden.

...

- (3) Die Einwilligungserklärung sollte vom aufklärenden Wissenschaftler gegengezeichnet werden.

Wir bitten um Rückäußerung und Vorlage der Textänderungen. Ein abschließendes Votum ergeht nach Erfüllung der Auflagen.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. med. Hermann M. Behre  
Vorsitzender der Ethik-Kommission

**Nachrichtlich**

Frau C. Thiel  
Sektion Allgemeinmedizin

Die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg arbeitet auf der Grundlage deutschen Rechts sowie in Anlehnung an die ICH-GCP-Richtlinien.

Die Ethik-Kommission weist darauf hin, dass die ärztliche und juristische Verantwortung für die Durchführung des Vorhabens unabhängig vom Beratungsergebnis bei den durchführenden Ärzten und Wissenschaftlern verbleibt.

An der Votierung des oben genannten Forschungsvorhabens waren folgende Mitglieder der Ethik-Kommission beteiligt:

- Prof. Dr. med. Hermann M. Behre, Zentrum für Reproduktionsmedizin und Andrologie
- PD Dr. med. Jürgen Helm, Ethik-Kommission
- PD Dr. theol. Malte Dominik Krüger, Theologische Fakultät
- Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig, Institut für Rechtsmedizin
- Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
- Dr. iur. Sebastian Müller, Juristische Fakultät
- Prof. Dr. med. Dirk Vordermark, Universitätsklinik und Poliklinik für Strahlentherapie



Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

Herrn Prof. Dr. T. Fankhänel  
Sektion Allgemeinmedizin  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle

Ihre Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unsere Zeichen  
hm-bü

Datum  
30.06.2015

Postanschrift:  
06097 Halle (Saale)

Hausanschrift:  
Magdeburger Straße 16  
06112 Halle (Saale)

Geschäftsstelle:  
Tel 0345 557-4476  
Fax 0345 557-4477  
E-Mail [ethik-kommission@uk-halle.de](mailto:ethik-kommission@uk-halle.de)  
Internet: [www.medizin.uni-halle.de/](http://www.medizin.uni-halle.de/)

**Bearbeitungs-Nummer: 2015-72**  
**Titel der Studie: Hausärztliche Versorgung von Patienten mit Suchterkrankung: Probleme und Chancen aus suchtherapeutischer Sicht**

Sehr geehrter Herr Professor Fankhänel,

mit Schreiben vom 24.06.2015 zur oben genannten Studie haben Sie folgende Unterlagen übersandt:

- Teilnehmerinformation vom 11.05.2015,
- Einwilligungserklärung vom 11.05.2015.

Bankverbindung:  
Deutsche Bundesbank,  
Filiale Magdeburg  
IBAN:  
DE3781000000080001530  
BIC:  
MARKDEF1810

Steuernummer: 111/144/02550  
(Finanzamt Halle-Nord)

Die Auflagen des Votums der Ethik-Kommission vom 09.06.2015 sind erfüllt. Ich kann Ihnen bestätigen, dass seitens der Kommission keine ethischen Bedenken gegen die Durchführung der Studie bestehen.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. med. Hermann M. Behre  
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg arbeitet auf der Grundlage deutschen Rechts sowie in Anlehnung an die ICH-GCP-Richtlinien.

Die Ethik-Kommission weist darauf hin, dass die ärztliche und juristische Verantwortung für die Durchführung des Vorhabens unabhängig vom Beratungsergebnis bei den durchführenden Ärzten und Wissenschaftlern verbleibt.



Weiterhin wurden erfasst: die Einstellung zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen (Short ), die Einstellung zur Verwendung von Screening-Fragebögen zur Erfassung der Alkoholkonsum-Gewohnheiten in der Hausarztpraxis sowie