

KURZBERICHT

Thema	Hausärztliche Suchtprävention: Untersuchung motivationaler Barrieren gegen Maßnahmen zur Suchtprävention in der Hausarztpraxis
Schlüsselbegriffe	Hausarzt (Primärversorgung), Suchtprävention, Alkohol, Barrieren, Interventionsmotivation
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Auftragnehmer(in)	Sektion Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Halle-Wittenberg
Projektleitung	Prof. Dr. Thomas Fankhänel
Autor(en)	Fankhänel, Thomas; Thiel, Carolin; Klement, Andreas
Beginn	01.10.2014
Ende	31.03.2016

Vorhabenbeschreibung, Arbeitsziele

Obwohl die Wirksamkeit von Screening und Kurzintervention zur Reduktion des Alkoholkonsums (Screening and Brief Intervention, SBI) durch Hausärztinnen und -ärzte nachgewiesen wurde, und die WHO sowie eine S3 Leitlinie in Deutschland die Implementierung dieser Verfahren in die Regelversorgung empfehlen, finden sich bis dato kaum Hinweise auf die entsprechende Umsetzung in der Versorgungsrealität. Hausärztinnen und -ärzte wissen um die mangelnde Veränderungsbereitschaft und/oder -fähigkeit betroffener Patientinnen und Patienten, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Mangelnde Patienten-Adhärenz verhindert jedoch mögliche Interventionserfolge, was zu geringer Handlungswirksamkeitserwartung und damit verbunden zu geringer Interventionsmotivation bei Hausärztinnen und -ärzten führt.

Bisherige Untersuchungen zu Barrieren gegen die Implementierung von SBI waren mehrheitlich als Expertenbefragung konzipiert und erlaubten somit keine Aussage über die kausale Funktion der hierbei sehr zahlreich identifizierten Hindernisse in der hausärztlichen Versorgungspraxis. Für eine gezielte Verbesserung der bestehenden Konzepte ist deshalb die Identifikation der entscheidenden Barrieren unerlässlich. Im Forschungsvorhaben wurde deshalb erstmals - durch den Einsatz experimenteller Methoden - der tatsächliche Einfluss der häufig genannten Barrieren:

- a) ungenügende Patienten-Adhärenz,
- b) ungenügende Machbarkeit der Instrumente und
- c) ungenügende Vergütung,

auf die Interventionsmotivation von Hausärztinnen und -ärzten durch die Verwendung von Fallvignetten untersucht. Weitere Ziele der durchgeführten Untersuchung waren die Bestimmung geeigneter Strategien zur Erhöhung der Bereitschaft von Hausärztinnen und -ärzten zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen im Rahmen der Regelversorgung und darauf aufbauend die Entwicklung einer revidierten und hinsichtlich ihrer Machbarkeit positiv beurteilten Konzeption für die hausärztliche Suchtprävention, um letztlich mehr Patientinnen und Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum zu einer gesundheitsförderlichen Lebensstilveränderung bzw. Aufnahme einer Weiterbehandlung motivieren zu können. Folgende Hypothesen wurden überprüft:

- Hyp. 1: Ungenügende Patienten-Adhärenz beeinträchtigt die Bereitschaft von Hausärztinnen und -ärzten zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen stärker als zu geringe Vergütung;
- Hyp. 2: Unbefriedigende Machbarkeit der Instrumente für Screening und Kurzintervention beeinträchtigt die Bereitschaft von Hausärztinnen und -ärzten zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen stärker als zu geringe Vergütung,
- Hyp. 3: Hausärztinnen und -ärzte bevorzugen die Durchführung akut-medizinischer Interventionen im Vergleich zu präventiv orientierten Interventionen wie u.a. SBI.

Auf den Ergebnissen aufbauend wurden im Anschluss mit interessierten Hausärztinnen und -ärzten im Rahmen von Experteninterviews machbare Strategien zur Erhöhung der Interventionsmotivation von Hausärztinnen und -ärzten diskutiert und als Ergebnis im Konzept der Praxisgemäßen Intervention zusammengefasst.

Durchführung, Methodik

Studie 1: Die Rekrutierung der Hausärztinnen und -ärzte erfolgte per Praxisbesuch durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter. Die Untersuchungsunterlagen wurden dem Praxisteam bei Interesse an einer Teilnahme hinterlassen und ggf. zum vereinbarten Termin abgeholt bzw. per Post zurückgesandt. Alle Hausärztinnen und -ärzte erhielten für die Bearbeitung des Fragebogens ein Honorar. Zur Untersuchung der ersten Fragestellungen wurden 3 Fallvign-

netten entwickelt. Hierbei wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern jeweils ein männlicher Patient mit entweder a) schädlichem Alkoholkonsum, b) riskantem Alkoholkonsum oder c) Binge Drinking vorgestellt. Außerdem wurde im Rahmen jeder Fallvignette die Patienten-Adhärenz (hoch versus niedrig) und die Vergütungshöhe (18€ versus 36€) variiert. Im Anschluss wurde die Interventionsbereitschaft der Hausärztinnen und -ärzte mit einer sechs Items umfassenden 6-Punkte Likertskala abgefragt. Zur Untersuchung der zweiten Fragestellung war die Machbarkeit von SBI bzw. einer medikamentösen Therapie zur Behandlung von Alkoholproblemen anhand einer 3-Item Likertskala zu beurteilen. Hierzu erhielten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer entweder eine Information über SBI (Auszug aus einem Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis einschl. Abbildung des AUDIT-C Screening-Fragebogens) oder eine Information über eine medikamentöse Intervention in Form einer populärwissenschaftlichen Veröffentlichung eines Medikamentes zur Unterstützung der Trinkmengenreduktion. Zur Überprüfung der dritten Hypothese wurden zwei Subskalen zur Erfassung der Einstellung gegenüber, entweder eher akut-medizinischen (bei Erkältungsbeschwerden eine Krankschreibung ausstellen) oder eher primärpräventiv orientierten Interventionen (bei Hypertonie zu mehr Bewegung motivieren), entwickelt. Alle entwickelten Instrumente wurden an N=10 Hausärztinnen und -ärzten vorgetestet.

Studie 2: Hierbei wurde auf ein qualitatives Verfahren in Form eines teilstrukturierten leitfadengestützten Interviews zurückgegriffen. Der Interviewleitfaden wurde eigenständig formuliert und enthielt Fragestellungen, mittels derer u.a. die Themenfelder: Machbarkeit der *Praxisgemäßen Intervention*; zeitlicher und finanzieller Rahmen für die Implementierung und Wege zur Erhöhung der Interventionsmotivation trotz geringer Patienten-Adhärenz von Hausärzten diskutiert werden sollten.

Gender Mainstreaming

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.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Es 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 Hausärztinnen und -ärzte war im Fall geringer Patienten-Adhärenz deutlich geringer als im Fall hoher Patienten-Adhärenz (Hyp. 1). Bemerkenswert erscheint die sehr hohe Interventionsmotivation der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer. Nach Subgruppenanalyse waren Hausärztinnen und -ärzte mit geringer Interventionsmotivation und somit ggf. geringerer Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten eher zur Intervention bei Patientinnen und Patienten mit geringer Adhärenz bereit, wenn ihnen eine höhere Vergütung in Aussicht gestellt wurde. Weiterhin zeigen unsere Ergebnisse (Hyp. 2), dass die Machbarkeit der Instrumente für SBI deutlich schlechter beurteilt wird als die Machbarkeit der medikamentösen Intervention bei Alkoholproblemen. Nicht bestätigt werden konnte hingegen die Annahme einer allgemeinen Ablehnung präventiv orientierter Interventionen im Vergleich zu akut-medizinischen Behandlungsmaßnahmen (Hyp. 3). Wie unsere Ergebnisse der Expertenbefragung 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.

Zusammenfassend wird eine Überarbeitung der bestehenden Konzepte, Fragebogen-Screening und Kurzintervention, nahegelegt. Wie im Konzept der *Praxisgemäßen Intervention* berücksichtigt, sollten hierbei die Problembereiche Zielgruppe (schädlicher statt riskanter Alkoholkonsum), Machbarkeit der Instrumente (bspw. durch begleitete Durchführung des 10-Schritte Programms zum selbstkontrollierten Trinken mit CDT-Wert Kontrolle und ggf. Veranlassung einer Entwöhnungsbehandlung) und Vergütungsregelung (interventionsspezifische und höhere Vergütung) besondere Beachtung finden.

Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Das Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen einer möglichen Ausschreibung zur Förderung der Umsetzung der S 3 Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" die Ergebnisse dieses Projektes berücksichtigen.

Verwendete Literatur

- Fankhänel T., Lenz J., Papert S., Voigt K., Klement A. (2014). Screening und Brief Intervention in der Hausarztpraxis: Barrieren gegen eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholmissbrauch. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 64(9/10), 373-376.
- Heather N. (2012). Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? *Addict Sci Clin Pract*, 7(1):15.
- Johnson M., Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E (2011). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health*, 33(3):412-421.
- Kaner E.F., Beyer F., Dickinson H.O., Pienaar E., Campbell F., Schlesinger C., Heather N., Saunders J., Burnand B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*:CD004148.
- Körkel J. (2010b). Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS). Teilnehmerhandbuch und Trainermanual. (4. Auflage). Heidelberg: GK Quest Akademie.