

Projekt AQAH

Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Versorgung

1. Förderphase (2001-2004)

Einleitung:

Alkoholbezogene Störungen besitzen eine hohe gesundheits- und gesellschaftspolitische Relevanz. Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland aktuell 1,6 Millionen Menschen (3% der erwachsenen Bevölkerung) alkoholabhängig sind. Etwa 2,7 Millionen betreiben einen schädlichen Alkoholkonsum, weitere 5 Millionen Menschen einen riskanten Konsum. Hausärzte sind im Versorgungssystem meist die erste Anlaufstelle für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Etwa 70% aller Patienten mit Alkoholproblemen konsultieren innerhalb eines Jahres ihren Hausarzt, ebenso finden etwa drei Viertel aller Kontakte mit Suchtkranken in Arztpraxen statt. Der hausärztlichen Versorgung kommt somit eine Schlüsselfunktion in der frühzeitigen Erkennung und dem Einleiten einer adäquaten Behandlung alkoholbezogener Störungen zu. Hausärzte sind jedoch durch Studium und Weiterbildung eher wenig auf den professionellen Umgang mit alkoholbezogenen Störungen vorbereitet.

Ziele des Projekts:

Wesentliches Projektziel ist die Verbesserung der Versorgung alkoholkranker Patienten durch die Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems (bestehend aus evidenzbasierten Versorgungsleitlinien, einem Screeninginstrument und Dokumentationsmaterialien) und dessen Umsetzung in Hausarztpraxen im Rahmen einer gestuften Fortbildungsmaßnahme. Ziele der Fortbildung sind eine bessere Erkennung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen durch den gezielten Einsatz von Screeningfragen und –instrumenten (AUDIT) sowie eine häufigere Überweisung an Spezialisten. Außerdem soll sich eine verbesserte Versorgung im klinischen Verlauf der Patienten zeigen.

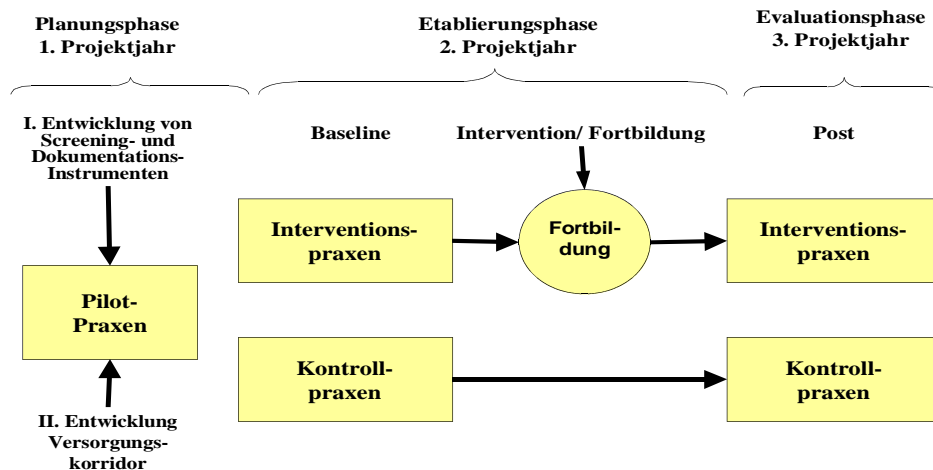
Die Qualität der Versorgung wird gemessen durch:

- 1) Die Erkennensrate (Sensitivität): Wie viele Patienten, bei denen eine alkoholbezogene Störung vorliegt, werden vom Hausarzt auch als Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung diagnostiziert?
- 2) Korrekt Vorgehen bezüglich Überweisungen an Spezialisten: Wie häufig werden Patienten mit alkoholbezogenen Störungen von ihrem Hausarzt überwiesen?
- 3) Den klinischen Verlauf: Bei wie vielen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen kommt es durch die hausärztliche Betreuung und Intervention zu einer Reduktion des Alkoholkonsums, also einer Reduktion von Trinkmenge und –häufigkeit?

Ein weiteres Projektziel ist die Evaluation sowohl des Qualitätsmanagementsystems als auch des gestuften Fortbildungsprogramms. Dazu sollten die Hausärzte nach Abschluss der Fortbildung anonym einen Fragebogen ausfüllen. Sie wurden gebeten, die Einsetzbarkeit der

Versorgungsleitlinien und der dazugehörigen Instrumente sowie Materialien zu bewerten. Außerdem wurde erfragt, wie die Ärzte den fachlichen Gewinn und den Praxisbezug der Fortbildung einschätzten, und inwieweit diese ihre Erwartungen erfüllt habe. Dabei sollten die Ärzte sowohl die Einheiten der Fortbildung getrennt (s. Studiendesign) als auch das Konzept insgesamt bewerten.

Studiendesign:



In der Planungs- und Pilotphase (1. Projektjahr) wurde zunächst eine ausführliche Literaturrecherche zu „Leitlinien in der Behandlung alkoholbezogener Störungen“ vorgenommen. Die fünf wichtigsten nationalen und internationalen Leitlinien wurden bewertet. Darauf basierend wurde das Qualitätsmanagementsystem entwickelt und im Rahmen einer Pilotstudie im Hinblick auf seine Praktikabilität überprüft.

In der Etablierungsphase (2. Projektjahr) wurde in allen teilnehmenden Hausarztpraxen eine *Baseline-Erhebung* durchgeführt, in der die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Überweisungspraxis erfasst wurden. Nach der Baseline wurden die Hausarztpraxen randomisiert und entweder der *Interventions-* oder der *Kontrollgruppe* zugewiesen. Für die Ärzte der Interventionsgruppe wurde in den beiden Studienzentren Tübingen und Freiburg eine Fortbildung durchgeführt, in deren Rahmen die Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie alkoholbezogener Störungen eingeführt wurden. Diese Fortbildung bestand aus drei Teilen, einer 3-stündigen Abendveranstaltung, einer 1,5-stündigen individuellen Beratung in der Praxis und einer 4-wöchigen Telefonberatung. In der Evaluationsphase (3. Projektjahr) wurde in der Interventions- und in der Kontrollgruppe erneut eine Datenerhebung entsprechend der Baseline-Erhebung durchgeführt (Post-Messung).

Auswertung:

Die unter „Projektziele“ beschriebenen Indikatoren für eine verbesserte Versorgung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (Erkennensrate und Überweisungspraxis der Hausärzte sowie klinischer Verlauf und Laborparameter der Patienten) wurden für die Interventions- und die Kontrollgruppe in der Baseline- und Post-Messung verglichen, um die Auswirkungen der Leitlinieneinführung und der Fortbildung zu erfassen.

Ergebnisse:

Stichprobe

Während der Baseline-Erhebung wurden in 56 Hausarztpraxen 2940 Patienten gescreent, bei 351 von diesen Patienten wurde von den Hausärzten eine alkoholbezogene Störung diagnostiziert. 321 Patienten wurden für die Studie ausführlich dokumentiert. In der Post-Erhebung wurden 2075 Patienten in 42 Hausarztpraxen gescreent, davon 159 diagnostiziert und 125 Patienten von den Ärzten in der Studie dokumentiert (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Stichproben

Screening	Baseline	Post		
	Gesamt	Gesamt	davon IG	davon KG
Praxen (Hausärzte)	56			
Gescreente Patienten	2940	42	22	20
Diagnostizierte Patienten	351	2075	1123	952
in Studie aufgenommen (Basisdokumentation)	322	159		
Patienten (mit Fragebogen 1)	137	125	63	62
dokumentiert nach 3-4 Monaten (Verlaufsdokumentation)	271	68	27	41
Patienten (mit Fragebogen 2)	88	96	48	48
		29	14	15

IG= Interventionsgruppe; KG= Kontrollgruppe

Die Anzahl diagnostizierter Patienten in Relation zur Anzahl aller gescreenten Patienten lag in der Post-Erhebung niedriger als in der Baseline (Baseline: 351 von 2940 Patienten = ca. 12% und Post-Erhebung: 159 von 2075 Patienten = ca. 8%).

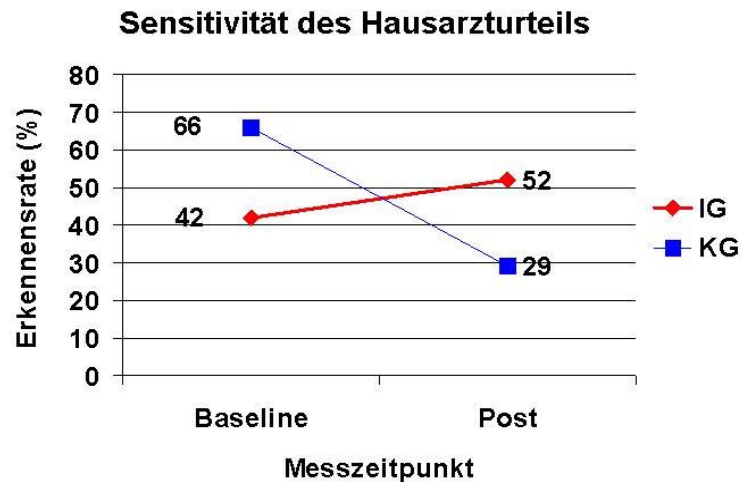
Erkennensrate:

Die Erkennensrate wurde ermittelt durch die Übereinstimmung zwischen dem Goldstandard AUDIT (Summenscore < 8: keine alkoholbezogene Störung und ≥ 8 : Vorliegen einer alkoholbezogenen Störung) und der hausärztlichen Diagnose. Die Zielgröße stellte die Sensitivität (Anteil positiver Arzt Diagnosen bei den nach AUDIT kranken Patienten) dar.

Die Erkennensrate, also die Rate der von Hausärzten richtig diagnostizierten Patienten mit alkoholbezogenen Störungen (AUDIT ≥ 8), **stieg in der Interventionsgruppe** (Hausärzte mit Fortbildung) **von 42% auf 52%** und **sank in der Kontrollgruppe** (Hausärzte ohne Fortbildung) **von 66% auf 29%** (s. Abbildung 1).

Eine multivariate Analyse wurde gerechnet mit den Faktoren Gruppenzugehörigkeit (Fortbildungs- und Kontrollgruppe), Messzeitpunkt (Baseline/Post) und Zentrum (Tübingen/Freiburg). Es ergab sich ein hoch signifikanter Effekt für Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt ($p \leq 0,001$).

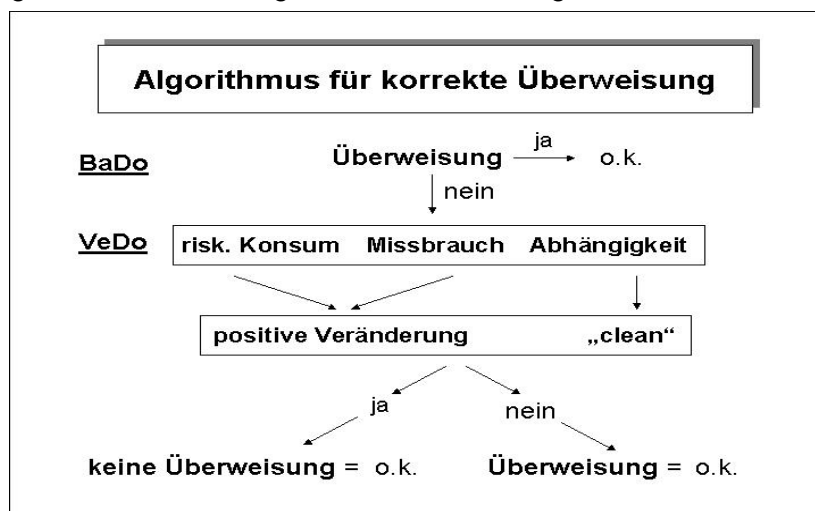
Abbildung 1: Veränderung der Erkennensrate:



Leitliniengerechte Überweisung:

Jede Überweisung eines Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung an Spezialisten galt als richtig. Auf jeden Fall sollten Patienten mit riskantem oder schädlichem Konsum dann überwiesen werden, wenn sich im Verlauf der hausärztlichen Betreuung keine Reduktion des Alkoholkonsums ergab. Ebenso sollten alkoholabhängige Patienten überwiesen werden, wenn in der hausärztlichen Behandlung keine Abstinenz erreicht werden konnte. Aus diesem Algorithmus ergab sich die Zielgröße „leitliniengerechte Überweisung“ (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Algorithmus „Leitliniengerechte Überweisung“



Die Analyse ergab, dass die **Anzahl korrekt überwiesener Patienten** insgesamt von **56%** in der Baseline **auf 73%** in der Post-Erhebung anstieg. Das betraf vor allem Patienten mit riskantem Konsum (Anstieg von 41% auf 69%). (s. Abbildungen 3 und 4).

Eine multivariate Analyse ergab einen signifikanten Effekt der Gruppenzugehörigkeit ($p=0,006$) und des Messzeitpunkts ($p=0,001$).

Abbildung 3:

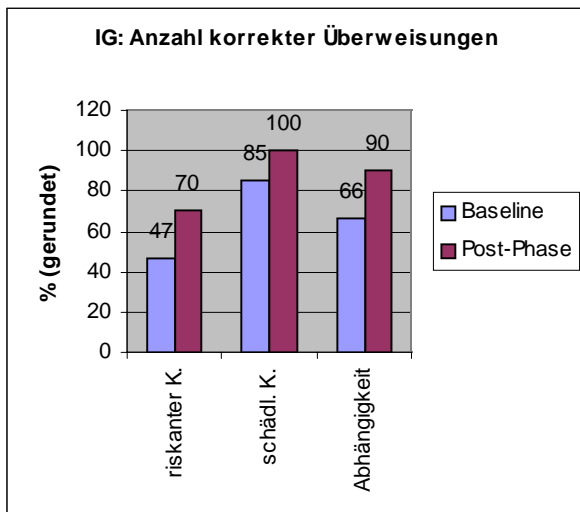
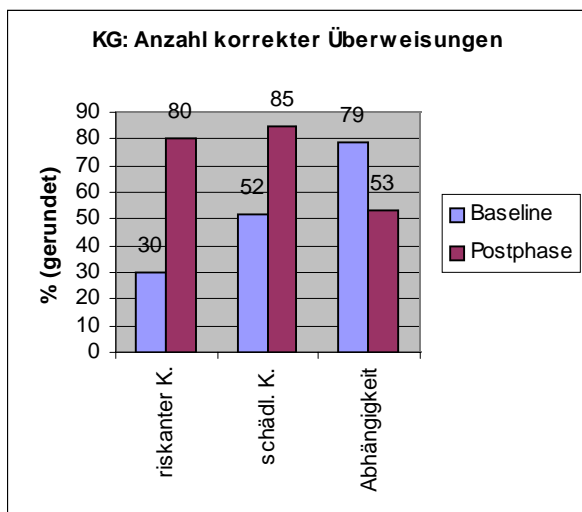


Abbildung 4:



IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Klinischer Verlauf

Das Zielkriterium „klinischer Verlauf“ wurde berechnet durch die Differenz der AUDIT-Werte für Trinkmenge und Trinkhäufigkeit zu Behandlungsbeginn und nach Ablauf von 3-4 Monaten. In der Baseline ergab sich insgesamt eine **Reduktion der Trinkhäufigkeit** bei **26%** der Patienten und **der Trinkmenge** bei **34%**, ohne relevante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (s. Abbildung 5). In der Post-Erhebung zeigte sich insgesamt eine **Reduktion der Trinkhäufigkeit** bei **24%** der Patienten und **der Trinkmenge** bei **38%**. Hier besteht ein nicht signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen: In den Interventionspraxen konnten mehr Patienten im Behandlungsverlauf ihre Trinkhäufigkeit und Trinkmenge reduzieren (ca. 38% bzw. ca. 50%) als in den Kontrollpraxen (ca. 15% bzw. ca. 29%) (s. Abbildung 6).

Abbildung 5:

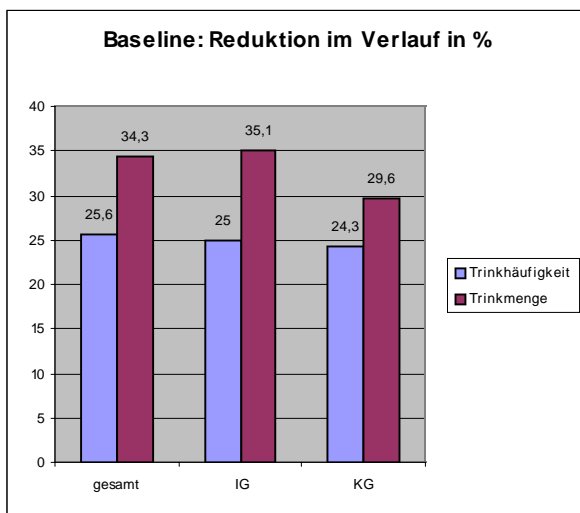
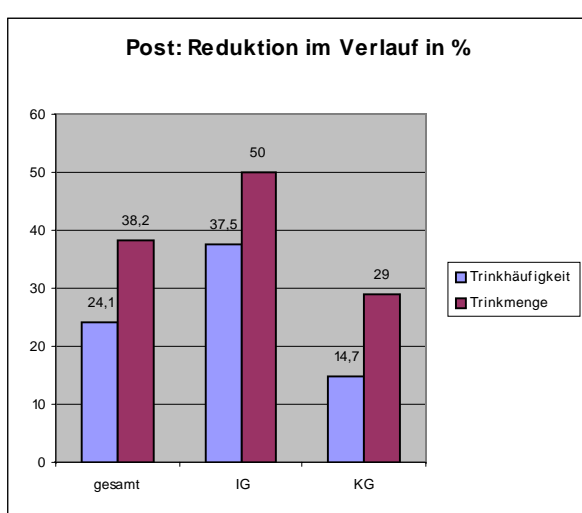


Abbildung 6:



Evaluation des Qualitätsmanagementsystems und des Fortbildungskonzeptes:

18 der insgesamt 22 Hausärzte, die an der Fortbildung (Leitlinienimplementierung) teilgenommen hatten, füllten im Anschluss den anonymisierten Fragebogen zur Evaluation aus. Die Auswertung ergab, dass 14 Ärzte die Versorgungsleitlinien für gut oder sehr gut einsetzbar hielten. Ebenfalls 14 Ärzte akzeptierten den AUDIT-Fragebogen als hilfreiches Screening-Instrument. Die Dokumentationsmaterialien wurden von 7 als sehr gut oder gut einsetzbar gehalten, 3 Hausärzte bewerteten sie eher als schlecht einsetzbar.

Das Fortbildungsprogramm wurde insgesamt positiv bewertet. 15 Hausärzte sagten, die Teilnahme habe sich für sie sehr gelohnt oder gelohnt. Der fachliche Gewinn und der Praxisbezug der gesamten Fortbildung wurden ebenfalls positiv bewertet: 14 bzw. 13 Teilnehmer stufte diese beiden Kriterien als sehr gut oder gut ein. Betrachtete man die drei Fortbildungseinheiten getrennt, wurde deutlich, dass die Hausärzte subjektiv am meisten vom Einzel-Termin in der Praxis profitierten.

Diskussion:

Die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems zur Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen in den Studienpraxen hat insgesamt zu einer Verbesserung der Versorgung geführt.

Die Hausärzte nutzten den AUDIT-Fragebogen als Screeninginstrument und die Leitlinien, was sich u.a. in einer höheren Erkennensrate und häufigerer Überweisung an Spezialisten zeigt. Der klinische Verlauf der Patienten hat sich verbessert.

Vor dem Hintergrund des Rückgangs der Anzahl diagnostizierter Patienten in der zweiten Erhebungsphase sowie des Abfalls der Erkennensrate in der Kontrollgruppe wurde eine telefonische Nachbefragung der Hausärzte durchgeführt. Die Auswertung der Nachbefragung ergab, dass die Ärzte in der Post-Erhebung den Dokumentationsaufwand, der für die diagnostizierten Patienten anfiel, gescheut haben könnten. Ein anderer Erklärungsansatz bezieht sich auf ein Missverständnis bezüglich des Studiendesigns und der Rekrutierung von Patienten. Viele Hausärzte gaben an, eine bestimmte kleine Gruppe von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in ihrer Praxis zu haben. Diese haben sie bereits in der Baseline-Phase für die Studie rekrutiert und daher in der Post-Erhebung nicht mehr berücksichtigt. Laut Studiendesign sollte jedoch konsekutiv und nicht selektiv gescreent werden. Ein bestimmter Patient mit einer alkoholbezogenen Störung hätte also durchaus in der Baseline- und der Post-Phase gescreent, diagnostiziert und dokumentiert werden können. Dies scheidete wohl auch an der Bereitschaft der Patienten.

Nachlassende Motivation im Verlauf der Studie wurde von den Hausärzten außerdem als möglicher Grund für den Rückgang der Anzahl diagnostizierter Patienten genannt. Die Motivation ließ bei den Ärzten der Kontrollgruppe stärker nach als bei denen der Fortbildungsgruppe, was den Abfall der Erkennensrate in der Kontrollgruppe mit erklären könnte.

Das Qualitätsmanagementsystem und die Form der Implementierung wurden von den Hausärzten grundsätzlich positiv bewertet. Dennoch wurde im Verlauf der Durchführung des Projektes AQAH I deutlich, dass die Motivation der Hausärzte zur Umsetzung der Versorgungsleitlinien nur mit hohem Aufwand aufrecht zu erhalten war.

Ausblick auf AQAH II

Um die positiven Effekte des Qualitätsmanagementsystems auf die Versorgung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen langfristig zu sichern, soll das System nun im Folgeprojekt AQAH II (2. Förderphase 2004-2007)

- optimiert werden
- in die Routineversorgung transferiert werden (durch eine Internet-Plattform www.aqah.de, ein E-Learning-Tool und eine computergestützte Datenerfassung)
- zertifiziert und in ein Bonus-System eingebunden werden (CME-Punkte, Fallpauschalen).

Die Pilotstudie AQAH II wird von März bis Mai 2006 durchgeführt werden. Danach kann sich jeder interessierte Hausarzt anmelden, das Qualitätsmanagementsystem nutzen und an der Hauptstudie teilnehmen.

Nähere Informationen und Antwort auf Fragen erhalten Sie unter folgenden Kontaktadressen:

Kontaktadressen:

- **Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Dr. Michael Berner, Dipl. Psych. Daniela Ruf**
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung
Hauptstrasse 5
79104 Freiburg
Tel.: 0761/2706985
E-Mail: daniela_ruf@psyallg.ukl.uni-freiburg.de
- **PD Dr. Götz Mundle**
Oberbergkliniken
Oberberg 1
78132 Hornberg
Tel.: 07833/792234
E-Mail: Goetz.Mundle@oberbergkliniken.de
- **Dipl. Psych. Monika Lohmann**
Universitätsklinikum Tübingen
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Osianderstrasse 24
72076 Tübingen
Tel.: 07071/2986543
E-Mail: Monika.Lohmann@med.uni-tuebingen.de