



HaLT - Hart am Limit

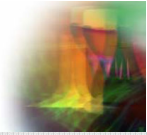
HaLT

Tagung
Prognos AG, Basel

Lörrach, 22. bis 23. September 2008

Prävention von _Alkoholproblemen_ _Was wirkt wirklich?_

Bethel  | Dr. Günther Wienberg



Prävention von Alkoholproblemen – was wirkt wirklich?

Worüber ich sprechen werde:

- 1 Eingangsthesen
- 2 Verhaltens- vs. Verhältnisprävention
- 3 Prävention von Alkoholproblemen – was wirkt wirklich?
- 4 Exkurs: Früherkennung/Kurzintervention bei Hochkonsum
- 5 Ist HaLT evidenzbasiert?
- 6 Wie weiter mit HaLT?

Suchtprävention in Deutschland – Zum Stand der Dinge

„ Bei einer oberflächlichen Betrachtung des Themas könnte der Eindruck entstehen, dass das Arbeitsgebiet Suchtprävention so schlecht gar nicht ausgestattet ist: ... Bei näherem Hinsehen wird jedoch deutlich, dass es **kaum ein abgestimmtes Vorgehen** gibt, **keine verbindlichen Standards und Konzepte** existieren und die Ausgestaltung der Suchtprävention damit derzeit noch in das **Belieben** der unterschiedlichen Träger in Kommune, Land und Bund gestellt ist.

Zu diesen **Defiziten in der Steuerung** kommt einer der Aufgabenstellung – Nachfragereduzierung und Verminderung der Ansprechbarkeit auf Suchtmittelangebote – **völlig inakzeptable Finanzausstattung**.

...

Nennenswerte Auswirkungen auf die Suchtmittelnachfrage bzw. der Verminderung der Ansprechbarkeit auf Suchtmittelangebote in der Gesamtbevölkerung sind dadurch nicht möglich.

”

[Zitat Wolfgang Schmidt, Hess. Landesstelle, im DHS-Jahrbuch 2004]

Suchtprävention in Deutschland – Zum Stand der Dinge

1. Die Suchtprävention in Deutschland ist in einem **höchst problematischen** Zustand [Zitat Wolfgang Schmidt].
2. Ein Hauptproblem ist die **mangelnde Evidenzbasierung** präventiver Maßnahmen/Strategien.
3. Suchtprävention wird immer noch in erster Linie als eine **pädagogisch/therapeutische** und erst in zweiter Linie als eine **politische Aufgabe** gesehen.
4. Das Feld der Suchtprävention ist auch deshalb so zersplittert und ohne überzeugende Gesamtstrategie, weil es von massiven **Interessenkonflikten und fundamentalen Ambivalenzen** durchsetzt ist.

Eine vergleichende **Definition:**

Verhältnisprävention ist **systemorientiert:**

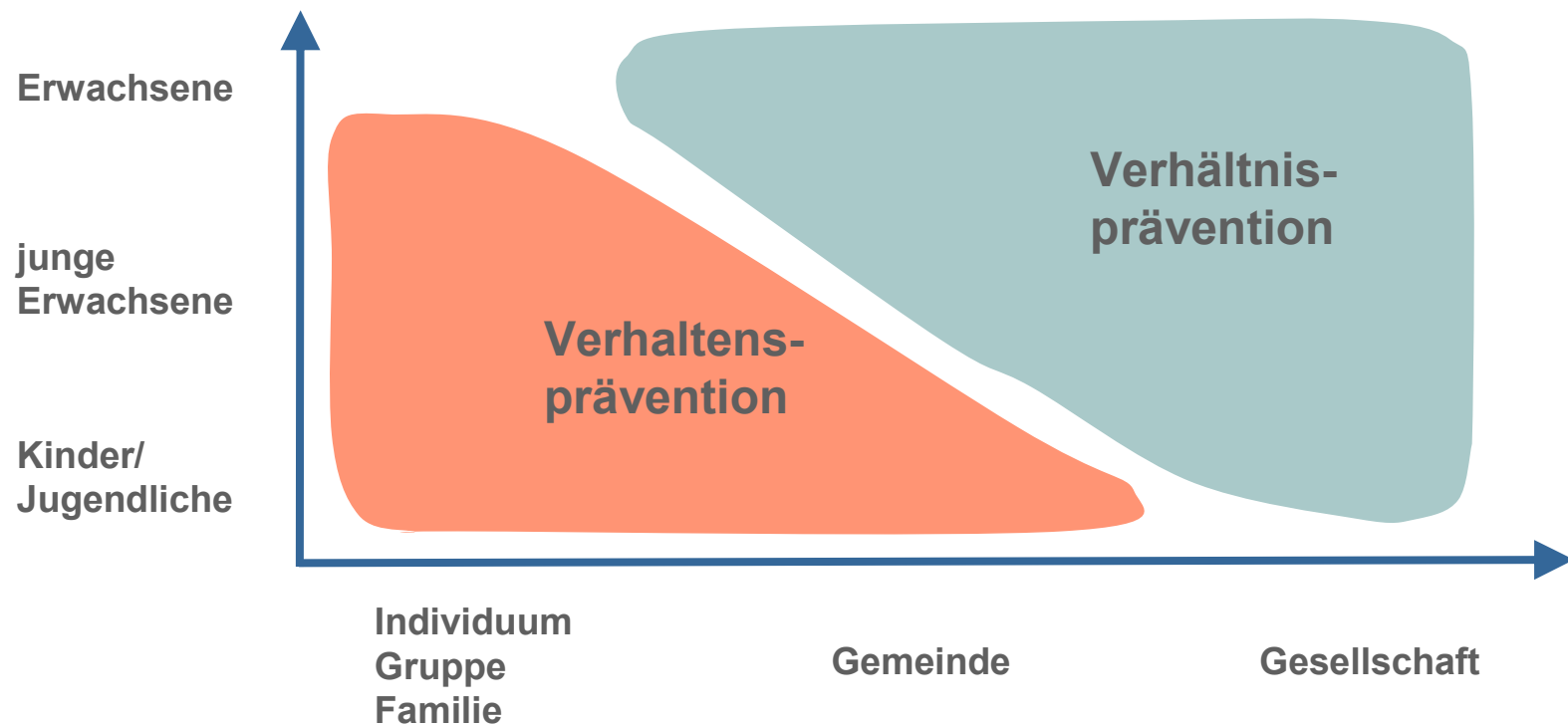
Sie setzt an bei der Beeinflussung sozialer, kultureller, rechtlicher und ökonomische Bedingungen (problematischen) Substanzkonsums.

Verhaltensprävention ist **personenorientiert:**

Sie setzt an bei der Beeinflussung von Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen einzelner Menschen bzw. Gruppen

Verhältnispräventive Strategien sind eher **politisch**,
verhaltenspräventive **pädagogisch** orientiert.

Zielpopulationen im Vergleich:



▶ **Verhältnispräventive** Strategien fokussieren eher die Gesundheit der **Bevölkerung** (public health), **verhaltenspräventive** eher die Gesundheit von **Individuen**.

Zielgruppen im Vergleich:

▶	universelle Prävention	➔	Allgemeinbevölkerung
▶	selektive Prävention	➔	spezielle Risikogruppen, die als besonders gefährdet gelten
▶	indizierte Prävention	➔	Personen mit problematischem Konsum


Schwerpunkte

	universell	selektiv	indiziert
Verhältnis- prävention	XXX z. B. Steuererhöhungen	X z. B. null Promille für Fahranfänger	-
Verhaltens- prävention	XX z. B. Medienkampagnen, schulbasierte Programme	X z. B. Angebote für Kinder alkoholkranker Eltern	X! Früherkennung/ -intervention; z. B. „HaLt“



Verhaltens- vs. Verhältnisprävention

Maßnahmen und Strategien im Vergleich:

	Angebots-Reduktion	Nachfrage-Reduktion
Verhältnisprävention	<ul style="list-style-type: none">▶ Zugangsbeschränkungen▶ Kontrolle der öffentlichen Sicherheit	<ul style="list-style-type: none">▶ Preisgestaltung, Besteuerung▶ Werbungsbeschränkungen
Verhaltensprävention		<ul style="list-style-type: none">▶ Informationskampagnen, Warnhinweise▶ pädagogische/therapeutische Interventionen



Verhältnisprävention nutzt sowohl Strategien der Nachfrage- als auch der Angebotsreduktion.

Zusammenfassung:

	Verhaltens prävention	Verhältnis prävention
Fokus	personorientiert, pädagogisch	systemorientiert, politisch
Ziel- population	eher Individuum, Gruppe	eher Gemeinde, Gesellschaft
Maßnahme/ Strategien	Nachfrage-Reduktion	Angebots- <i>und</i> Nachfrage-Reduktion

Systematischer Review/Konsensus-Statement

»Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and public policy«

Benchmark-Studie der Alcohol & Public Policy Group
(Babor et al.) im Auftrag der WHO
© Oxford University Press, 2003

deutsch

»Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut«

Forschung und Alkoholpolitik
(Hogrefe, 2005)

32 Interventionstypen bzw. Strategien zur Prävention bzw. Begrenzung von Alkoholproblemen (einschließlich therapeutischer Interventionen) wurden nach 4 Hauptkriterien bewertet:

1. Evidenz für die Wirksamkeit
2. Güte der Forschungsergebnisse
3. Ausmaß der Überprüfung über verschiedene Länder und Kulturen
4. Relative Kosten bezüglich Zeit, Ressourcen und Geld

Ergebnisse der Alcohol & Public Policy Group (I):

Typ	Wirksamkeit	verhältnispräventiv*	Kosten
Angebots-Reduktion			
▶ Zugangsbeschränkungen	+++	gesetzliches Mindestalter für Kauf und Konsum	●
	+++	staatliches Monopol für den Einzelhandel	●
	++	Einschränkungen der Verkaufszeiten	●
	++	Einschränkungen der Verkaufsdichte	●
	++	Haftung des Bedienungspersonals	●

* Generelle Verkaufsverbote (Prohibition) und Rationierung sind ebenfalls hoch effektiv, werden aber wegen mangelnder Durchsetzbarkeit, hoher Kosten bzw. unerwünschter Effekte nicht empfohlen.

Ergebnisse der Alcohol & Public Policy Group (II):

Typ	Wirksamkeit	verhältnispräventiv	Kosten
Nachfrage-Reduktion			
▶ Kontrolle der öffentlichen Sicherheit	+++	niedrigere BAK-Grenzen allgemein und für Fahranfänger (0 ‰)	● ●
	+++	zufällige und verdachtsfreie BAK-Kontrollen	● ●
	++	Führerscheinentzug	● ●
	++	Stufenfahrerlaubnis für Fahranfänger	●
▶ Preise, Steuern	+++	Steuererhöhungen	
▶ Werbung	(+ ?)	Werbeverbote/-beschränkungen	●



Prävention von Alkoholproblemen – was wirkt wirklich?

Ergebnisse der Alcohol & Public Policy Group (III):

Wirksamkeit	verhaltenspräventiv*	Kosten
+++	Früherkennung/Kurzintervention bei Hochkonsum	●●
○	schulische Erziehungsprogramme**	●●●
○	Erziehungsprogramme an Hochschulen	●●●
○	Aufklärungsprogramme, z. B. via Medienkampagnen	●●
○	Warnhinweise auf Verpackungen	●

** *Meta-Analyse von Tobler et al. (2000) nicht berücksichtigt.*

Systematischer Review/Expertise **Bühler & Kröger (2006)***

verhältnispräventiv	verhaltenspräventiv
<ul style="list-style-type: none"> ++ Heraufsetzen der legalen Altersgrenze für Alkoholkonsum + niedrigere Promillegrenze für junge/unerfahrene Fahrer/-innen + ? höhere Alkoholpreise + ? programmatische/regulatorische Bestimmungen auf kommunaler Ebene ○ Warnhinweise auf Alkoholflaschen 	<ul style="list-style-type: none"> + umfassende familiäre Ansätze (Eltern-, plus Kinder-, plus Familientraining) – insbesondere bei Nichtkonsumenten ++ interaktive schulbasierte Programme

* **Barbor et al. (2003) nicht berücksichtigt**, die positive Bewertung der schulbasierten Programme beruht auf der Einbeziehung von **Tobler et al. (2000)**

3 Prävention von Alkoholproblemen – was wirkt wirklich?

Forschungs-Designs zur Evaluation von Präventionsstrategien

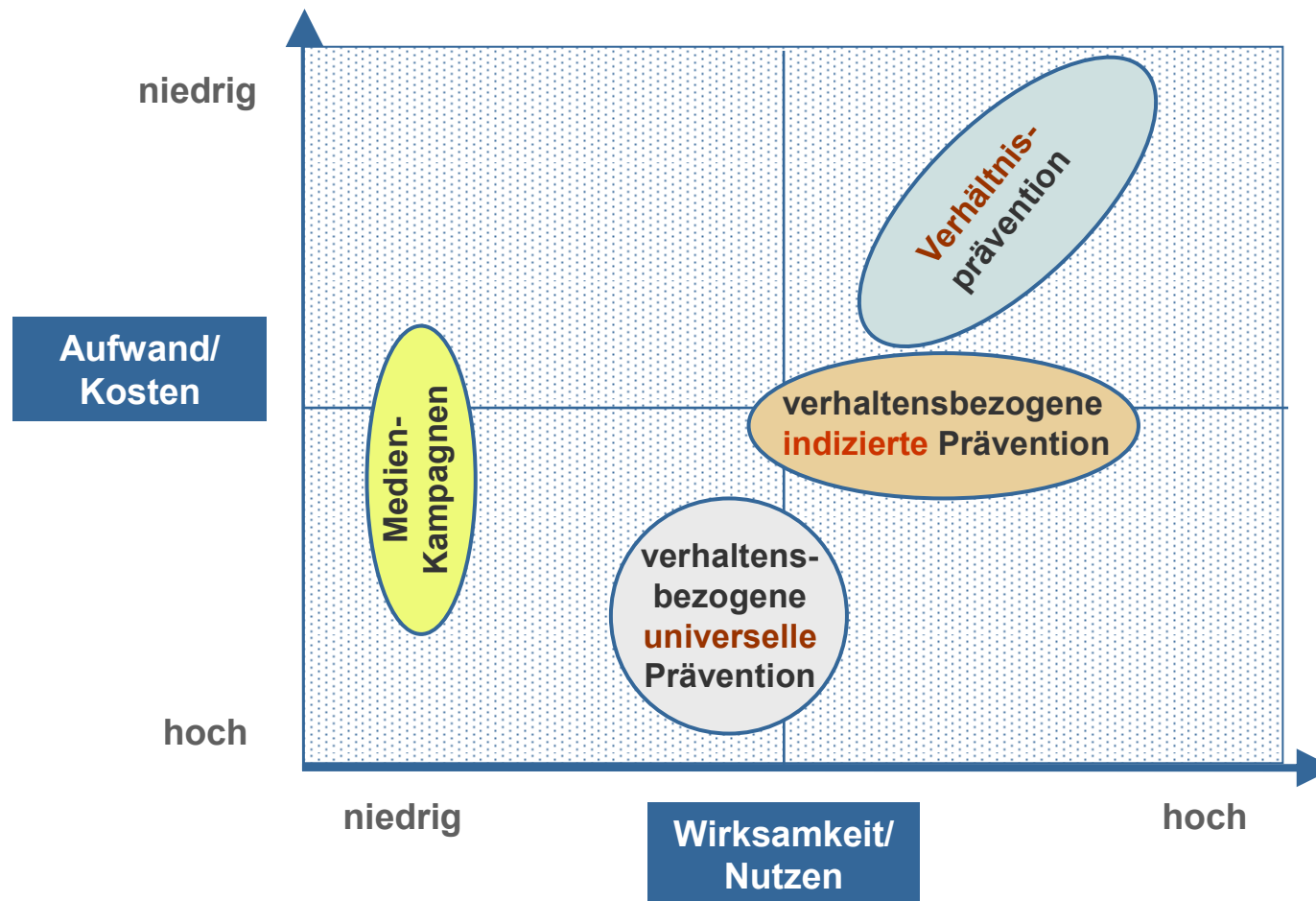
Verhaltensprävention:

- ▶ Experimentelle Designs, RCT als „Goldstandard“

Verhältnisprävention:

- ▶ Naturalistische Designs, Fallkontroll- oder Kohortenstudien als „best practice“

Kosten/Nutzen suchtpräventiver Strategien (pauschal)



Prävention von Alkoholproblemen – was wirkt wirklich?

In der aktuellen Diskussion um die Prävention von Alkoholproblemen in Deutschland hat die **Verhältnisprävention** – endlich – den ihr zukommenden Stellenwert

Gefordert werden zum Beispiel:

- ▶ Einschränkung der Alkoholwerbung
- ▶ Warnhinweise auf Verpackungen
- ▶ Weitere Senkung der ‰-Grenze im Straßenverkehr
- ▶ Ermöglichung verdachtsunabhängiger Kontrollen im Straßenverkehr
- ▶ (Fortlaufende) Erhöhung der Alkoholsteuer; Bemessung nach dem Alkoholgehalt
- ▶ Erhöhung des Abgabealters auf einheitlich 18 Jahre
- ▶ Einschränkung des Alkoholverkaufs/-konsums an bestimmten Orten/ zu bestimmten Zeiten (z. B. Tankstellen, öffentliche Plätze ...)

[Vgl.: _ Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates für ein
_ Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention 2008
_ Aktionsplan Alkohol der DHS 2008]

Anspruchsgruppen in der Alkoholpolitik – eine komplexe Gemengelage



Screening und Kurzintervention – Was ist das?

- ➔ **Eine indizierte, verhaltenspräventive Strategie**
- ➔ **Eine „opportunistische“ Strategie für die medizinische Primärversorgung**
(Praxen und Allgemeinkrankenhäuser):
Kontaktdichte hoch – Hausarzt ist Vertrauensperson/Autorität
– Krankenhausbehandlung häufig Krisensituation!

Erkennen des Alkoholproblems:
Screening und ggf. vertiefende Diagnostik

Kurzintervention:
wenige, kurze, fokussierte Beratungen

ggf. **Vermittlung** in weitergehende **suchtspezifische Hilfen**

Kurzintervention

formal

- fokussierte Beratungen, die über einen einfachen Ratschlag hinausgehen
- **maximal 4 (3 – 5) Beratungseinheiten** von insgesamt **nicht mehr als 60 min** Dauer

inhaltlich

- international erhebliche Unterschiede bezüglich Vorgehen, Dauer und Kontext !
- im deutschsprachigen Raum:
„Motivierende Gesprächsführung“
(nach ROLLNICK & MILLER) als Grundhaltung
+ „Transtheoretisches Modell“ der Veränderungsbereitschaft
(nach PROCHASKA & DICLEMENTE)

Screening und Kurzintervention – **Wirkt das?**

- KÜFNER (2000, S. 183):
»Die generelle Wirksamkeit von KI ... ist gut dokumentiert und nachgewiesen.« (> 40 randomisierte, kontrollierte Studien!)
- **Kriterien:** Konsum, Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen, Schadensminderung
- **Mittlere Effektstärken:** gering bis mittelhoch
- **Kosteneffizienz:** ++
- **Stabilität:** 12 – 24 Monate ++, in einzelnen Studien bis 48 Monate
- **Intensität:** mehrfache Interventionen wirksamer als einmalige, Auffrischungs-Intervention nach einigen Wochen/Monaten sinnvoll
- **Zielgruppen:** Effekte vor allem bei Patienten mit riskantem/schädlichem Gebrauch, aber auch Abhängige können profitieren.

Screening und Kurzintervention – **Wie umsetzbar?**

Strategien auch in Deutschland erfolgreich erprobt,
Projekte der 2. Generation fokussieren die Umsetzungsprobleme

1. Generation

- BMG-Projekt Lübeck (Praxen, AKH, JOHN et al. 1996)
- BMG-Projekt Bielefeld (Praxen, AKH, KREMER et al. 1998)
- Modell-Projekt Erlangen (AKH, GÖRGEN et al. 1999, 2002)

2. Generation

- Projekt „HaLT“ (AKH): intoxikierte Jugendliche
- Projekt „BriAN“ (Praxen, DEMMEL 2003, 2005): Training der Ärzte
- Projekt „SIP“ (Praxen, RUMPF et al. 2005): gestufte Intervention, auch telefon.
- Projekt „SPS“ (Schwerpunktpraxen „Sucht“, CODER et al. 2007)
- Projekt „EARLINT“ (AKH, FREYER-ADAM 2008)



Strategien von Screening und Kurzintervention in der medizinischen Primärversorgung bisher nirgendwo flächendeckend umgesetzt!

■ **Hindernisse, die immer wieder genannt werden:**

- ☹️ zu wenig Zeit bzw. personelle Ressourcen
- ☹️ mangelnde Ausbildung/Qualifikation
- ☹️ problematische Einstellungen/Affekte gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen
- ☹️ geringes Vertrauen in die Wirksamkeit einer Kurzintervention
- ☹️ Sorge um die Arzt-Patient-Beziehung
- ☹️ unzureichende Vergütung

■ **Aber:**

- 😊 hohe Akzeptanz aufseiten der Patienten/-innen

HaLT-proaktiv und die vorliegende Evidenz zur Verhältnisprävention:

HaLT orientiert sich an evidenzbasierten verhaltenspräventiven Maßnahmen der Angebots-Reduktion, z. B.:

- ▶ Kontrolle des gesetzlichen Mindestalters für Kauf und Konsum.
- ▶ Einschränkung von Verkaufszeiten/-orten.
- ▶ Kein Ausschank an betrunkene Gäste.

Lokale Netzwerkpartner: u. a. Schulen, Veranstalter von Festen, Gaststätten, Einzelhandel, Kommunen.

Ist **HaLT-reaktiv** eine gültige/valide Umsetzung bisher untersuchter Früherkennungs-/Kurzinterventionsstrategien? (I)

HaLT nutzt evidenzbasierte verhaltenspräventive Maßnahmen der Angebots-Reduktion:

- ✓ **Interventionskontext:** medizinische Primärversorgung (< 20 % in anderen Kontexten)
- ✓ **Screening:** ggf. Alkohol-Kurztest RAFFT, Intoxikation valides Kriterium für problematischen Konsum
- ✓ **Art der Kurzintervention:** Motivational Interviewing + Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung
- ✓ **Umfang der Kurzintervention:** ca. 45 Minuten



Ist HaLT evidenzbasiert?

Ist HaLT-reaktiv eine gültige/valide Umsetzung bisher untersuchter Früherkennungs-/Kurzinterventionsstrategien? (II)

- **Zusätzliche Intervention:** 1 1/2 –tägiges Gruppenprogramm „Risiko-Check“ + Elterngespräch
- **Zielgruppe:** Jugendliche, junge Erwachsene (nur 1 RC-Studie: Spirito et al. 2004)
- ? **Wie steht es mit der Umsetzungsgüte der HaLT-Intervention: Standardisierung, Prozessqualität!?**

Ist **HaLT-reaktiv** eine gültige/valide Umsetzung bisher untersuchter Früherkennungs-/Kurzinterventionsstrategien? (III)

Resümee:

- ▶ HaLT-reaktiv stützt sich **in wesentlichen Teilen** auf die vorhandene Evidenz zu Früherkennung/Kurzintervention
 - ▶ Das **zusätzliche Gruppenangebot** ist streng genommen keine evidenzbasierte Intervention, wahrscheinlich aber sinnvoll
 - ▶ Die interne Validität ist durch die **mangelhafte Standardisierung/ungeprüfte Prozessqualität** eingeschränkt !
 - ▶ Die externe Validität durch die **bisher in der Forschung zu wenig untersuchte Zielgruppe!**
- ⇒ **HaLT kann nur mit erheblichen Einschränkungen als evidenzbasierte Intervention gelten!**

- 1 Bundesweite Verbreitung nur **unter Vorbehalt!**
- 2 **Wirksamkeitsnachweise** müssen noch erbracht werden!
- 3 Dabei ist die „modulare“ **Struktur** von HaLT zu **berücksichtigen**:
KI + Gruppenprogramm + Elterngespräch
+ Verhältnispräventive Maßnahmen
- 4 Zentral ist die Sicherung der **Prozessqualität!**
⇒ ⇐ Spielraum für regionale Umsetzungsvarianten
- 5 Beauftragung eines Forschungsverbundes mit einer **multizentrischen Evaluationsstudie**
(Finanzierung durch das BMG?)

Skizze eines Evaluations-Designs:

Halt **reaktiv**

Regionen A + B + C
Setting Krankenhaus

Info-Material für Probanden

KI

KI

KI

Gr.
Ang.

Gr.
Ang.

Eltern-
gespräch

outcome
Trinkmenge/Häufigkeit,
alkoholbedingte Störungen
nach 6, 12, 24 Monaten

Halt **proaktiv**

Region A

Region B

Region C

Netzwerkbildung

Maßnahmen

A₁
A₂
A₃

Maßnahmen

B₁
B₂
B₃

Anzahl/Häufigkeit von Krankenhaus-
einweisungen von Jugendlichen

Trotz der genannten offenen Fragen ...

- ▶ **HaLT** fokussiert ein brennendes gesundheitspolitisches Problem
- ▶ **HaLT** ist eine sinnvolle und ökonomische Strategie!
– indizierte Prävention, verhaltens- und verhältnispräventiv –
- ▶ **HaLT** orientiert sich an der verfügbaren Evidenz!
- ▶ **HaLT** vermeidet die „Individualisierungsfalle“
und macht Alkoholkonsum zum „politischen“ Thema!
- ▶ **HaLT** sollte unbedingt weiter verfolgt und evaluiert werden!

**Vielen Dank und großen Respekt für
die Mütter/Väter des bisherigen Erfolgs!**



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**



HaLT

guenther.wienberg@bethel.de