

Die Panel-Befragung zum DEGAM-Leitlinienentwurf „Alkoholprobleme in der Hausarztpraxis“: Ein Bericht über Ergebnisse und Setting

The Panel Questioning for the DEGAM Guideline Draft of ‘Alcohol Related Problems in Family Doctor Practice’: Report on Results and Setting

Autor

A. Klement¹, G. Lorenz², K. Bretschneider¹, M. Herrmann³, T. Lichte³

Institut

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

² Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Tübingen, Tübingen

³ Institute für Allgemeinmedizin, Universitäten Halle-Wittenberg und Magdeburg, Halle + Magdeburg

Schlüsselwörter

- Allgemeinmedizin
- Alkoholprobleme
- Hausarztpraxis
- Leitlinie
- Panel-Befragung

Key words

- general practice
- alcohol related problems
- family doctor practice
- guideline
- panel questioning

Peer reviewed article

eingereicht: 24.10.2007

akzeptiert: 29.11.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-1004523

Online-Publikation: 2007

Z Allg Med 2007; 83: 495–500

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. med. A. Klement

Universität Halle-Wittenberg

Institut für Allgemeinmedizin

Magdeburgerstr. 18

06112 Halle/Saale

andreas.klement@medizin.

uni-halle.de

Zusammenfassung



Hintergrund: Schädlicher oder riskanter Alkoholkonsum trägt erheblich zu sozialen Problemen, Morbidität und Mortalität in Deutschland bei. Alkoholinduzierte Schäden werden überwiegend durch Konsum von riskanten Trinkmengen verursacht – weniger von Alkoholabhängigen. Schädlicher Alkoholkonsum kann durch kombinierte Screening- und Interventionsstrategien in der Hausarztpraxis wirksam reduziert werden. Der DEGAM-Leitlinienentwurf zum Umgang mit Alkoholproblemen in der Hausarztpraxis zielt auf Implementierung dieser Strategien und wird mit der Panel-Befragung auf Verständlichkeit und Akzeptanz bei den späteren Anwendern geprüft. **Methoden:** An 80 Lehrärzte an den Universitäten Halle-Wittenberg und Magdeburg wurde die Lang- und Kurzversion des Leitlinienentwurfes versandt und um Beantwortung eines standardisierten Fragebogens gebeten. In Halle wurde bei 40 Befragten ein schriftliches Anschreiben durch eine telefonische Aufforderung („Booster“) zur Mitarbeit unterstützt. Die Analyse erfolgte mittels SPSS Version 12.0, für die nominalen Antwortmöglichkeiten unter Verwendung des χ^2 -Testes für unverbundene Stichproben, im Falle geringeren Sub-Gruppen-Umfanges mit Fisher’s Exact-Test und deskriptiv für Freitexteingaben.

Ergebnisse: Der Leitlinienentwurf wird kontrovers beurteilt: Zustimmung in den Schlüsselbereichen der Motivation zum Gebrauch von Screening-Verfahren in der Praxis und zur Durchführung ambulanter alkoholbezogener Interventionen kontrastiert mit kritischen Stellungnahmen zu Umfang und Inhalt der Langfassung der Leitlinie sowie der Übersichtlichkeit und Praxisausganglichkeit der Leitlinien-Kurzfassung. Die Gruppe der telefonisch zusätzlich informierten Ärzte zeigte eine signifikant höhere Bereitschaft

Abstract



Background: Harmful or risky consumption of alcohol contributes substantially to social problems, morbidity and mortality in Germany. Alcohol-induced damage is caused predominantly by harmful consumption quantities – less by alcohol-dependency. Harmful consumption of alcohol can be reduced effectively by combined screening and intervention strategies in GP-practice. The DEGAM guideline draft about “handling alcohol problems in family doctor practice” aims the implementation of these strategies. Comprehensibility and acceptance of the draft among the later users is examined by this panel questioning.

Methods: 80 teaching physicians at the Universities of Halle-Wittenberg and Magdeburg were handed out the guideline draft. A standardized questionnaire seized their evaluations and comments. 40 participants received an additional telephone “booster” for supporting their cooperation. The analysis took place by means of SPSS (12.0), for nominal variables using the χ^2 -Testes for independent samples, in case of smaller size of subgroups using Fisher’s exact test. Free text inputs are analyzed descriptively.

Results: The guideline draft is controversially judged. Agreement with key issues (i.e. motivation to use screening procedures and brief verbal interventions in practice) contrasts with critical statements about extent and contents of the draft as well as about its clarity and practice fitness. The “booster”-group of participating physicians showed a significantly higher readiness for detailed statements and comments than the group exclusively informed by writing.

Conclusion: The guideline draft finds within its key issues critical acceptance with the later users, but must still be revised regarding its comprehensibility. Future panel questionings should be supplemented by an informing and motivating telephone call addressing the participants.

zu ausführlichen Stellungnahmen und Kommentaren als die ausschließlich schriftlich informierte Gruppe.

Schlussfolgerungen: Der Leitlinienentwurf findet in seinen Kernbereichen kritische Akzeptanz bei den späteren Anwendern, muss hinsichtlich seiner Verständlichkeit jedoch noch überarbeitet werden. Zukünftige Panel-Befragungen sollten durch einen informierenden und motivierenden Telefonanruf bei den Teilnehmern unterstützt werden.

Einleitung

Schädlicher Alkoholkonsum trägt erheblich zu sozialen Problemen, Gesundheitsstörungen, Unfällen, Gewalt und Todesursachen in westlichen Zivilisationen bei. Hierbei gehört Deutschland mit einem Jahreskonsum von über 10l reinen Alkohol pro Kopf im internationalen Vergleich zu den „Hochkonsum-Ländern“ [1,2]. Durch Alkohol hervorgerufene soziale und gesundheitliche Schäden und Kosten werden überwiegend durch den Konsum von mehr als den international als schädlich oder riskant definierten täglichen Grenzwertmengen von 20 Gramm reinem Alkohol (Frauen) und 30 Gramm (Männer) verursacht – nicht jedoch durch die bereits erkannte alkoholabhängigen Patienten [3]. Wie in einer aktuellen Meta-Analyse der Cochrane Collaboration gezeigt wird, kann schädlicher oder riskanter Alkoholkonsum effektiv durch die Implementierung von verbalen Kurzinterventionen in die Primärversorgung eingedämmt werden [4].

Menschen mit schädlichem Alkoholkonsum suchen typischerweise nicht Hilfe bezüglich alkoholbezogener Probleme wenn sie in der Hausarztpraxis vorstellig werden und ihr Risiko-Status wird oftmals unterschätzt – nicht einmal die Hälfte von ihnen ist dem Hausarzt als „gefährdet“ bekannt [5]. Daher ist eine kombinierte Screening- und Interventionsstrategie die Grundlage des vorliegenden DEGAM-Leitlinienentwurfes zum Umgang mit Alkoholproblemen in der Hausarztpraxis, wie sie auch auf nationaler und europäischer Ebene empfohlen werden [6,7].

Hierzu wird im Leitlinienentwurf zur Identifizierung von betroffenen Patienten der mündliche „Zwei-Fragen-Test“ nach Cyr und Wartmann als pragmatischer Ansatz für die Hausarztpraxis empfohlen. Die Testfragen sind: „Hatten Sie jemals ein Trinkproblem?“ und „Wann hatten Sie Ihren letzten Drink?“ [11].

Bei positiven Testergebnis kann dann ein aufwändigerer schriftlicher Screening-Test durch die validisierten CAGE oder AUDIT-Fragebögen zur Bestätigung erfolgen.

Der „Zehnstufenplan“ der DEGAM zur Leitlinienentwicklung für die hausärztliche Praxis sieht nach erfolgter Entwicklung eines „Erstentwurfes“ in Stufe vier die „strukturierte Stellungnahme eines ‚Ärztepanel‘ (...) aus Forschung, Lehre und Praxis“ vor. Hierdurch soll eine erste Prüfung auf Verständlichkeit und Akzeptanz durch die möglichen späteren Anwender erfolgen. Die detaillierte Prüfung auf Praktikabilität erfolgt anhand einer überarbeiteten Leitlinien-Version in einem späteren „Praxistest“ (Stufe sieben) vor Veröffentlichung der Leitlinie [8].

Unter einem „Panel“ (aus dem Altfranzösischen: panel, heute panneau=Tafel) wird von der ‚Encyclopaedia britannica‘ im angloamerikanischen Prozessrecht die Namensliste der vorge-schlagenen Mitglieder eines Geschworenengerichts verstanden [9]. Durch die Panel-Befragung wurden die Entwürfe zur Lang- und Kurzversion der Leitlinie „Alkoholprobleme in der Hausarztpraxis“ auf Verständlichkeit, Einverständnis mit den Empfehlungen, Angemessenheit und Eignung als Leitlinie beurteilt. Ferner wurden Gedanken und Anregungen zum Leitlinienentwurf erfragt.

Methoden

Für die Namensliste unserer Panelbefragung wurden 80 von insgesamt 172 Anschriften von Lehrärzten des Institutes für Allgemeinmedizin an den Universitäten Magdeburg und Halle-Wittenberg ausgewählt, davon jeweils 40 an jedem der beiden Standorte. Die Auswahl erfolgte zufällig unstratifiziert aus denjenigen Lehrärzten, die im Studienjahr 2006/2007 am Studentenunterricht und inneruniversitären Fortbildungsveranstaltungen (u. a. zur Bedeutung von Leitlinien in der Allgemeinmedizin) aktiv teilgenommen hatten.

Am Standort Magdeburg erfolgte die Rekrutierung der Panel-Teilnehmer ausschließlich über ein persönliches Anschreiben, in Halle wurde zusätzlich innerhalb von fünf Werktagen nach Versand des Anschreibens durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter in einem jeweils ca. 3-minütigen persönlichen Telefonat mit dem Lehrarzt das Anliegen und die Bedeutung einer aktiven Teilnahme an der Befragung erläutert („Booster-Anruf“).

Die Befragung erfolgte im Mai 2007; berücksichtigt wurden nur Fragebögen, die innerhalb von 4 Wochen nach Versand bzw. nach Booster-Anruf zurückgesandt wurden.

Die Befragung erfolgte mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens, der in strukturgleicher Form in den vorangegangenen Panel-Befragungen zu DEGAM-Leitlinien verwandt wurde (☉ Abb. 1).

In den Fragen 1–5 wurde hinsichtlich der Eignung des Entwurfes eine 6-Punkte-Schulnotenskala und zu Verständlichkeit, Inhalt, Gestaltung sowie zur Übereinstimmung mit den Empfehlungen 3-Punkt-Likert-Skalen angeboten. Zu jeder Bewertungsaufgabe wurde ausdrücklich die Nennung von Kritik- oder Änderungswünschen als Freitextangabe erfragt. Ergänzt wurden die allgemeineren Eingangsfragen 1–5 in den Fragekomplexen 6–7 durch acht alkoholbezogene Thesen, zu denen dichotome Antworten und/oder Freitext-Antworten und Kommentare erfragt wurden (☉ Abb. 2).

Nach Exzerption und Kodierung der Angaben wurden diese in das Statistikprogramm SPSS® (Version 12.0) übertragen; die Analyse erfolgte für die nominalen Antwortmöglichkeiten unter Verwendung des χ^2 -Testes für unverbundene Stichproben, im Falle geringeren Sub-Gruppen-Umfanges mit Fisher's Exact-Test, und deskriptiv hinsichtlich der Freitexteingaben.

Ergebnisse

Insgesamt erhielten wir 28 von 80 Fragebögen (=35%) ausgefüllt zurück. Hiervon entfielen von den jeweils 40 pro Standort angeschriebenen Lehrärzten aus Magdeburg 10 (=25%) und aus Halle („Booster-Anruf“) 18 (=45%) Antworten. Im Chi-Quadrat-Test für Nominaldaten aus unabhängigen Stichproben findet sich für diesen Unterschied in der Antworthäufigkeit zwischen beiden Standorten mit einem $p=0,061$ ein Hinweis auf einen positiven Einfluss des „Booster-Anrufes“, jedoch aufgrund des geringen Stichprobenumfangs keine eindeutige Signifikanz ($p>0,05$).

Von den Antwortenden waren mindestens 60% Frauen ($n=17$) bei 70% Frauenanteil unter den Angeschriebenen, zwei Antwortende blieben anonym. Das mittlere Alter der nicht-anonymen Teilnehmer betrug 52 Jahre ($sd=6,8$ Jahre); im Durchschnitt waren die Panel-Mitglieder seit 16 Jahren in der hausärztlichen Versorgung niedergelassen tätig. Hiervon überwiegend 56% ($n1=15$) in städtischen Einzelpraxen und 44% ($n2=12$) in länd-

Panel-Test
Fragebogen zur Bewertung der DEGAM-Leitlinie
„Alkoholprobleme in der Hausarztpraxis“

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien + Fax 0211 81 18755 + Tel. 0211 81 04048
 Anja.Wollny@med.uni-duesseldorf.de

Zurück an:

Institut für Allgemeinmedizin
 Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
 Medizinische Fakultät
 Leipziger Str. 44

39120 Magdeburg

Bitte die Antworten ankreuzen oder in Stichworten mit freiem Text beantworten. Ggf. auch auf der Rückseite oder einem Extra-Blatt weiterschreiben.

1. Welche (Schul-) Note geben Sie dem Leitlinien – Entwurf in Bezug auf generelle Eignung als Leitlinie für die Allgemeinmedizin?

1 2 3 4 5 6

Bitte bei Bedarf kurz begründen:

2.a. Wie verständlich war der Textentwurf für Sie?

gut mäßig schlecht

Ggf. Erläuterungen oder Beispiele:

2.b. Wie lange haben Sie ungefähr gebraucht, um die Langfassung zu lesen?

Ca. Minuten

3. Sind Sie mit dem Inhalt und der Gestaltung der Kurzfassung einverstanden?

Ja Nein unentschieden

Bitte erläutern Sie Ihre Antwort näher:

4. Stimmen Sie mit den wesentlichen Empfehlungen des Leitlinien – Entwurfs überein?

Ja Nein unentschieden

Wenn Nein oder unentschieden: Mit welchen Empfehlungen stimmen Sie nicht überein?

(bitte ggf. kurz begründen)

5. Ist die Ausführlichkeit des Textes dem Thema angemessen?

Ja Nein unentschieden

Wenn Nein:

Wo würden Sie Kürzungen / Erweiterungen vornehmen?

Abb. 1
 Word-
 Dokument (als
 Text-Kasten)
 Panel-Fragen
 1–5.

Um ihre Gedanken und Anregungen zum Leitlinien-Entwurf „Alkoholprobleme in der Hausarztpraxis“ im Einzelnen zu erfahren, geben wir im Folgenden Thesen und Fragen vor. Bitte versehen Sie sie mit Antworten und Kommentaren:

Eine wesentliches Bemühen des Leitlinien-Entwurfs ist es, die Differenzierung zwischen riskantem Konsum (ICD 10: F10.1) und Abhängigkeit (ICD 10: F10.2) vorzunehmen.

6.a. Wie häufig standen Sie schon vor der Beurteilung bei Patienten, ob es sich um riskanten Konsum (F10.1= oder um Abhängigkeit (F10.2) handelt?

eher häufig eher selten

6.b. Glauben Sie, dass die Differenzierung nach Lektüre des Leitlinien-Entwurfs besser vornehmen können?

Ja Nein weiß ich nicht

7. Hat Ihnen der Leitlinien – Text Klarheit bzw. Motivation verschafft bzgl. der Abwägung:

7.a: eigene ambulante Diagnostik / Testanwendung)	Ja / Nein
7.b: eigene ambulante Behandlungen (Intervention)	Ja / Nein
7.c: Überweisung zu Facharzt bzw. Beratungsstelle	Ja / Nein
7.d: stationäre Einweisung zum Entzug	Ja / Nein
7.e: Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme	Ja / Nein
7.f: Nachbetreuung nach Rehabilitation	Ja / Nein

Wenn Nein:

Was fehlt? Angabe der Bezugsziffer

Kommentare:

In der Leitlinien-Endfassung werden alle Kommentatoren und die Panelgruppe namentlich aufgeführt. Dafür bitten wir um Ihre Namensangabe bzw. Praxisstempel.

(Ihre inhaltlichen Aussagen und Ihre Antworten werden vertraulich behandelt, nicht personenbezogen ausgewertet und nicht veröffentlicht).

(Name bzw. Praxisstempel)

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und Ihre sachkundigen Hinweise.
Magdeburg, im April 2007

lichen Einzel-Praxisstandorten; seltener fanden sich teilnehmende Kollegen aus Gemeinschaftspraxen ($m=3$), davon zwei ländliche und ein städtischer Standort.

Insgesamt kann damit die Auswahl der Panel-Teilnehmer als hinsichtlich Altersdurchschnitt, Geschlechtsverteilung und Praxisstandort als näherungsweise repräsentativ für Hausarztpraxen im Land Sachsen-Anhalt angesehen werden.

Eignung als Leitlinie

Der Leitlinienentwurf wurde hinsichtlich seiner generellen Eignung als Leitlinie für die Allgemeinmedizin mit einem Mittelwert von 2,5 auf einer 6-stufigen Schulnotenskala überwiegend positiv bewertet (Median=2,0; $sd=1,15$; $n=27$).

Die halleischen Lehrkräfte bewerteten den Leitlinienentwurf tendenziell schlechter und heterogener (Mittelwert 2,9; $sd=1,4$) als ihre Magdeburger Kollegen (Mittelwert 2,2; $sd=0,4$). Diese skeptische Haltung spiegelt sich in der Zahl der negativen Freitext-Kommentare zur ersten Frage wieder: Im Einzelnen beziehen sich die Kommentare hauptsächlich auf den Umfang des Leitlinienentwurfes, der mit 88 Seiten als „zu lang“ und zu „unübersichtlich“ (6 von 11 Anmerkungen) bezeichnet wird. Eine weitere Kritik sind „mäßige Praktikabilität“ und „problematische Umsetzung“, insbesondere seien die Testverfahren zu „aufwändig“ oder „(...) realitätsfremd“ (5 von 11 Anmerkungen).

Verständlichkeit der Langversion des Leitlinienentwurfes

Von den Panel-Befragten wurde die Langversion des Leitlinien-Textentwurfes auf einer 3-Punkt-Skala (1=gut, 2=mäßig, 3=schlecht) als weit überwiegend „gut verständlich“ eingestuft ($mean=1,4$, $sd=0,6$). Vereinzelt wurde der Gebrauch englischsprachiger Begriffe oder eine zu umfangreiche Einleitung als Hindernis für Verständlichkeit angegeben (2 Nennungen). Die befragten Ärzte verwandten für das Studium der Leitlinien-Langversion (Umfang 88 Seiten) im Durchschnitt 77 Minuten ($sd=50$ Minuten, $n=26$). Hinsichtlich der Lesbarkeitsbewertung und des Bearbeitungsaufwandes zeigten beide Standorte keine signifikanten Unterschiede; es findet sich jedoch eine Tendenz zu längerer Beschäftigung wie „...mehrere Stunden...“ oder „...mehrere Abende...“ (4 Nennungen in Halle) und kritischerer Bewertung in der Gruppe nach dem „Booster-Anruf“.

Inhalt und Gestaltung der Kurzfassung

Die Bewertung der Leitlinien-Kurzfassung spiegelt die Ergebnisse der Bewertung der Langversion. In den Antwortkategorien 1=Ja- einverstanden, 2=Nein- nicht einverstanden, 3=unentschieden, wurde die Kurzversion von 17 Befragten als „Ja- einverstanden“, von jeweils 5 Befragten als „Nein- nicht einverstanden“ bzw. „unentschieden“ bewertet. Kommentare in diesem Befragungsabschnitt („Bitte erläutern Sie Ihre Antwort näher:“) wurden ausschließlich von halleischen Befragten (12 Kommentare: 5 positiv, 7 negativ) abgegeben. Hierbei halten sich positive und negative Ausführungen die Waage. Es finden sich sowohl die Bewertungen „gute Übersicht und Gliederung“, „kurz und prägnant“ und „unter allgemeinmedizinischen Praxisbedingungen gut einzubauen“ wie auch die Einschätzung „unübersichtlich – kaum lesbar“, „Diagramme unübersichtlich“, „weniger wäre mehr“ und „nur durch Langversion verständlich“. Ein Befragter gab an die Kurzversion „...würde ich im Ernstfall nie benutzen“.

Übereinstimmung mit Leitlinien-Empfehlungen

Die befragten Lehrkräfte stimmen mit den wesentlichen Empfehlungen des Leitlinienentwurfes überein. In den Antwortkategorien 1=Ja- einverstanden, 2=Nein- nicht einverstanden, 3=unentschieden entfielen 23 von 28 Voten auf „Ja-einverstanden“, 2 Befragte lehnten die Empfehlungen ab und 3 waren unentschieden. Die Zustimmungsraten unterscheiden sich nicht zwischen den Standorten, nach Geschlechtszugehörigkeit, Praxisstandort oder Dauer der Niederlassung.

Von der Möglichkeit im Falle eines ablehnenden oder unentschiedenen Votums, die abgelehnte Empfehlung zu nennen und dies zu begründen machten alle 5 „Ablehnenden“ Gebrauch und zeigten dabei sehr unterschiedliche Gründe für ihre Entscheidung:

Dabei wird hinsichtlich der vorgeschlagenen Fragen im Screening-Test zu riskantem Alkoholkonsum „(...) der Patient zu direkt angesprochen (...)“ empfunden, die Testdurchführung als „(...) ganz selten realisierbar“ eingeschätzt. Eine „(...) Schulung (ist) schon im Studium (...) notwendig (sonst) (...) ist alles Folgende sinnlos“.

Allgemein wird „(...) psychiatrische Morbidität in Ursache und Wirkung häufig unübersichtlich (...)“ wahrgenommen und von einem anderen Befragten festgestellt: „Alkohol-Patienten sind unzuverlässig (...) erst wenn völliger Absturz (erfolgt die) Annahme der Hilfe“.

Ausführlichkeit des Textes

Die Angemessenheit der Ausführlichkeit des Leitlinien-Entwurfes wird mit 18 von 28 Befragten überwiegend als „Ja- angemessen“ eingeschätzt; 8 Panel-Teilnehmer urteilen „Nein – unangemessen“. Auf die Frage „Wo würden Sie Kürzungen vornehmen?“ finden sich bei 6 von 8 Ablehnenden Hinweise auf „Wiederholungen vermeiden“, „nur für die Praxis relevanten Text vorstellen (...)“ (2 Nennungen) und Kürzungsbedarf in der Einleitung. Eine Panel-Teilnehmerin mit Vorerfahrungen in der Leitlinienarbeit beurteilte dagegen: „(...) vielleicht die Einleitung etwas straffen, aber ansonsten ist auf alles (...) sehr gut eingegangen worden“.

Häufigkeit von Alkoholproblemen in der Praxis, Differenzierungsfähigkeit und Motivation

Die Panel-Teilnehmer geben auf die dichotome Frage „Wie häufig standen Sie schon vor der Beurteilung, ob es sich um einen riskanten (Alkohol) Konsum (ICD-10: F10.1) oder um Abhängigkeit (ICD-10: F10.2) handelt?“ jeweils hälftig die Auskunft „eher häufig“ (14 Nennungen) oder „eher selten“ (14 Nennungen). Ein Kommentar zur Beurteilung „eher selten“ weist auf eine Wahrnehmung der Auftretenswahrscheinlichkeit hin: „Ich denke das Verhältnis Abhängigkeit zu Missbrauch ist 1:10“.

Ein zentrales Ziel des Leitlinienentwurfes ist die verbesserte Differenzierungsfähigkeit zwischen Alkoholabhängigkeit und riskantem Konsumverhalten. Nach Lektüre des Leitlinienentwurfes schätzen jedoch lediglich 11 von 28 Befragten anhand von drei Antwortkategorien ein, die Differenzierung zwischen riskantem Konsum und Alkoholabhängigkeit „besser vornehmen“ zu können, 8 Befragte verneinen dies und 9 Panel-Teilnehmer halten sich für „unentschieden“. Eine von zwei Anmerkungen hierzu nennt als Problem: „(...) theoretisch ist (die Differenzierung) mit Hilfe der Leitlinie (...) gut möglich, aber hoher Zeitaufwand erforderlich“, die Leitlinie sei „nicht für Allround-Praxis“ geeignet.

Die Motivation für die Anwendung von Alkohol-Screening-Testverfahren in der eigenen Praxis wird nach dem Studium des Leit-

linientwurfes von den Panel-Teilnehmern in einem dichotomen Fragenblock weit überwiegend positiv beurteilt (◉ **Abb. 2**). 19 von 23 Antwortenden stimmen der Aussage „der Leitlinien Text hat mir Klarheit bzw. Motivation verschafft“ zu. Weitere 18 von 23 Antwortenden stellen dies auch für Ihre Motivation hinsichtlich der Durchführung von ambulanten Behandlungen/ Interventionen bei Alkoholproblemen fest. Ähnliche Häufigkeitsverteilungen finden sich auch für die Fragekomplexe zur „Einweisung zum stationären Entzug“, „Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme“ und zur „Nachbetreuung nach Rehabilitation“ (jeweils ca. 80% positive Voten bei 23 Antwortenden). Ein Kommentar zur Motivation für ambulante Gesprächs-Interventionen in der eigenen Praxis hebt hervor: „Das Thema überhaupt anzusprechen ist das A und O“.

Diskussion

Die vorliegende Panel-Befragung zeigt deutlich den großen Kommunikationsbedarf zwischen den Autoren von Leitlinien für die Allgemeinmedizin und späteren Anwendern. Daher erscheinen Panel-Befragungen und spätere Praxistests von Leitlinienentwürfen – wie im DEGAM-„Stufenplan“ – dringend erforderlich um deren Akzeptanz und Praktikabilität sicherzustellen [8].

Der Leitlinienentwurf zum Umgang mit Alkoholproblemen in der Hausarztpraxis wird von den Panel-Teilnehmern kontrovers beurteilt: Zustimmung in den Schlüssel-Bereichen der Motivation zum Gebrauch von Screening-Verfahren in der Praxis und zur Durchführung ambulanter alkoholbezogener Interventionen kontrastiert mit der nicht eindeutig verbesserten Differenzierungsfähigkeit zwischen riskantem Konsum und Alkoholabhängigkeit. Hier hat der Leitlinienentwurf eines seiner Ziele nicht erreichen können, was bei der Überarbeitung des Entwurfes beachtet werden sollte. Kritische Stellungnahmen betreffen auch Umfang und Inhalt der Langfassung der Leitlinie sowie der Übersichtlichkeit und Praxistauglichkeit der Leitlinien-Kurzfassung. Insbesondere der ausführliche wissenschaftliche Charakter der Langversion löste Widerstände aus; ob diese auf mangelnde Erfahrung der Panel-Teilnehmer im Umgang mit Langversionen von Leitlinien zurückzuführen sind oder auf konkrete Defizite des Leitlinienentwurfes muss offen bleiben. Eine Frage nach bisherigen Erfahrungen im Umgang mit Leitlinien für die Hausarztpraxis wurde von uns nicht gestellt; dies sollte bei folgenden Panel-Befragungen berücksichtigt werden.

Beachtlich sind die Unterschiede in der Bereitschaft zur kritischen Stellungnahme zwischen der durch einen zusätzlichen Telefonanruf motivierten Gruppe der Panel-Teilnehmer („Booster-Gruppe“) und der konventionell ausschließlich durch ein Anschreiben motivierten Gruppe. Von insgesamt 57 Kommentaren in der gesamten Befragung waren 12 eher positiv wertend und 45 negative Aspekte beschreibend. Aus der „Booster“-Gruppe wurden 52 von 57 Kommentaren beigetragen; diese Differenz in der Kommentarbereitschaft ist hochsignifikant ($p < 0,005$ im Fisher-Exact-Test). Die „Booster-Gruppe“ zeigt sich somit bei ähnlicher Bearbeitungsdauer und ähnlichen Bewertungsverhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe erheblich motivierter an der Leitliniengestaltung aktiv mitzuwirken. Dies entspricht Befunden aus der Literatur zum motivierenden Charakter eines persönlichen „academic detailing“ zwischen Arzt und Leitlinienanbieter im Hinblick auf die Implementierung von Leitlinien in die hausärztliche Praxis [10].

Danksagung

Die Autoren danken den Teilnehmern an der Panel-Befragung für ihre wertvolle Mitarbeit am Leitlinienprozess:

In Halle: Frau Ute Veronika Bartsch, Frau MR Dr. med. Heidrun Bauer, Herr MR Dr. med. Jürgen Carius, Herr Dipl.-Med. Jochen Geske, Frau Dr. med. Maike Hartmann, Frau Dr. med. Anna-Elisabeth Hintzsche, Frau Dipl.-Med. Christina Huschenbett, Herr Dipl.-Med. Kowalski, Frau Dr. med. Kornelia Markau, Frau Dr. med. Henriette Papesch, Herr Dr. med. Philipp, Frau Dr. med. Richter, Frau Dr. med. Schöber, Frau Dipl.-Med. Kerstin Stohr, Herr Dipl.-Med. Andre Wagner, Frau Dr. med. Wegener.

In Magdeburg: Frau Dipl.-Med. Kathrin Becker, Herr Dr. med. Michael Döhm, Frau MR Dr. med. Gitta Kudela, Frau Dr. med. Angelika Mantel, Gemeinschaftspraxis Dr. med. Rathmann, Frau Christine Richter-Mette, Frau Dipl.-Med. Christine Schulze, Herr Dr. med. Martin Seiler, Herr Dr. med. Olaf Soiaß, Herr Dr. med. Jörg Tonn.

Die Autoren danken Herrn Prof. Dr. rer. nat. Johannes Haerting, Direktor des Institutes für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik des Universitätsklinikums Halle/Saale, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Buehringer G, Augustin R, Bergmann E, et al (Hrsg). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlag 2000
- 2 Drogen-Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung-2007: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604820/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Drogen-Suchtbericht-2007 (Zugriff 2.8.2007)
- 3 Anderson P. Alcohol as a key area. *BMJ* 1991; 303: 766–769
- 4 Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review). *The Cochrane Library* 2007, Issue 2
- 5 Berner MM, Härter M, Kriston L, et al. Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors. *Alcohol Alcohol* 2007, [Epub ahead of print]
- 6 Rist F, Demmel R, Hapke U, et al. Leitlinie der DG-Sucht und der DGPPN: Riskanter, schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. *Sucht* 2004; 50 (2): 102–112
- 7 PHEPA (2005, 2006). Primary Health Care European Project on Alcohol. www.phepa.net
- 8 Gerlach FM, Beyer M, Berndt M, et al. Das DEGAM-Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. *Z ärztl Fortbild Qual sich* 1999; 93: 111–120
- 9 <http://www.britannica.com/eb/article-9075650/voir-dire> (Zugriff 1.8.2007)
- 10 Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, et al. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24, 1: 5–15
- 11 Cyr MG, Wartmann SA. Effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. *JAMA* 1988; 259 (1): 51–54

Zur Person



Dr. med. Andreas Klement

40 Jahre, verheiratet, 4 Kinder. Medizinstudium in Berlin, Promotion 1999, Facharzt für Chirurgie 2001, Facharzt für Allgemeinmedizin 2004, Niederlassung in Dresden in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis seit 2005, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Halle-Wittenberg seit 2006.