PrimaryCare 2003;3:127–131

Alkoholprävention in der Praxis – machbar oder nicht?

Praxisseminar D1 am 14. Juni 2002 anlässlich des KHM-Kongresses in Luzern

Das Thema «Alkohol» ruft ohne Zweifel bei uns Ärzten Ambivalenz hervor. Dennoch wissen wir heute, dass das sogenannt risikoreiche Trinken ein fast in sich geschlossenes Gesundheitsproblem darstellt. Dessen Erkennung und die entsprechende Beratung können sehr erfolgreich sein. Eines der Seminare am KHM-Kongress hatte zum Ziel, die TeilnehmerInnen vermehrt für die Alkoholprävention in der Praxis zu motivieren.

Le thème «alcool» évoque sans doute un sentiment d'ambivalence chez nous les médecins. Pourtant, nous savons que la consommation à risque d'alcool représente à elle seule un problème majeur de santé. Son dépistage et le conseil du patient promet du succès. Un des ateliers du congrès CMPR à Lucerne a eu pour but de motiver d'avantage les participants pour une prévention d'alcool au cabinet.

Beat Stoll, Jürg R. Eidenbenz, Barbara Weil

Einleitung

Dieses Seminar am KHM-Kongress in Luzern hatte zum Ziel, Grundversorger zu motivieren, vermehrt in das Gebiet der Alkoholprävention einzusteigen. Die Frage war, wie wir dies am besten anpacken sollten.
Wir überlegten uns drei verschiedene Methoden:

- So lange auf die SeminarteilnehmerInnen einreden, bis sie von der guten Sache überzeugt wären;
- sie darüber informieren, wie viel besser andere das schon können;
- sie befragen, wo und wie sie dem Problem in ihrem Praxisalltag begegnen, und sie selbst entscheiden lassen, ob sie ihr jetziges Vorgehen als optimal oder als verbesserungswürdig ansehen.

Der Entscheid fiel zu Gunsten der dritten Methode aus. Zugegeben, nicht die einfachste – und es war eine Herausforderung, in einem riesigen Saal ohne Fenster bei schönstem Sommerwetter einen interaktiven Austausch unter 117 HausärztInnen zustande zu bringen. Mit einem Trick ist das aber bestens gelungen. Alle KollegInnen, die sich für den Workshop eingeschrieben hatten, wurden bereits drei Wochen vor dem Kongress befragt. Die Frage war, in welchen Situationen sie bei ihren PatientInnen in der Sprechstunde während eines Tages die Problematik des Alkoholkonsums erkannten oder vermuteten. Die eingesandten Erfassungsbogen (Tab. 1) ermöglichten, einen guten Einblick in ihre Praxis zu gewinnen und ihnen ein Feedback ihrer eigenen Situationen vorzulegen.

Da staunten einige, denn an Kongressen ist es doch sonst viel öfter so, dass Referenten mit Daten und Zahlen jonglieren, die weitab ihrer eigenen Praxis zustande gekommen sind. Was steckt dahinter?

Die Ambivalenz zum Thema Alkohol und «Alles im Griff?»

Die meisten ÄrztInnen begegnen dem Thema Alkohol mit deutlicher Ambivalenz, besonders, wenn es sich um eine klinisch manifeste Alkoholabhängigkeit handelt. Einerseits ist der oft unheilbare Verlauf der Alkoholkranken emotionell stark belastend, anderseits hebt der langjährige Einsatz in allen möglichen und unmöglichen Situationen die GrundversorgerInnen auch in den Rang der

Tabelle 1
Beispiel eines Erfassungsbogens für die Selbstbeobachtung in der Praxis.

Alter	Geschlecht	Grund der Konsultation	Alkoholproblem?		
			ja	ev.	nein
24	Mann	Wundkontrolle			x
45	Frau	Hypertonie		x	
…	…	…	…	…	…

Dr. med. Beat E. Stoll
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Université de Genève
CH-1211 Genève 4
E-Mail: beat.stoll@imsp.unige.ch

«treuen» Weggefährten auf dem Leidensweg dieser PatientInnen.

Es ist erstaunlich, wie wenig das Konzept des risikoreichen Alkoholkonsums als höchst effizienter Beitrag zur Prävention noch immer bekannt ist. Seit bald drei Jahren konzentriert deshalb die laufende nationale Alkoholpräventionskampagne «Alles im Griff?» eine ihrer intensiven Aktivitäten auf die Fortbildung der ÄrztInnen in diesem Bereich».

Die Lerninhalte sind folgende:
- Kennenlernen des Konzepts des risikoreichen Alkoholkonsums;
- Erfahren, wie man RisikotrinkerInnen entdecken kann;
- Erlernen und einüben der sogenannten Kurzintervention, einer auf dem «motivational interviewing» aufbauenden Beratung, mit der gemeinsam eine neue Perspektive eröffnet wird. Damit bekommt der Patient die Möglichkeit, den eigenen Alkoholkonsum zu reduzieren.

Elemente des motivierenden Gespräches ...

Wird der Ambivalenz mit *Argumenten* begegnet, lösen die Ärzte bei ihrem Gegenüber Widerstände aus, die bis zu rebellischen Gegenargumenten anwachsen können. Dieses Vorgehen ist kontraproduktiv, somit fällt diese Methode weg.

Mittlerweile sind GrundversorgerInnen daran gewöhnt, dass es für alles und jedes SpezialistInnen gibt, die zwar in ihrer beschränkten Sparte sehr viel wissen, aber selten über die Grenzen ihres Spezialistentums hinaus auf den gesamten Patienten als Mensch Einfluss nehmen. Als Grundversorger ist man naturgemäss in einer ganz anderen Lage. In sehr vielfältigen Situationen muss man relativ schnell und prägnant reagieren; gleichzeitig sollten auch Probleme angesprochen werden, die für den Patienten nicht im Vordergrund stehen, aber auf lange Sicht von grösster Bedeutung sind. Um dies verwirklichen zu können, wird ein besserer Einstieg als jener der zweiten Methode (*informieren*, wie viel besser andere das schon können) notwendig.

Die Kunst der *Kurzintervention* besteht darin, den Patienten dazu zu bringen, auf das Thema einzusteigen, mit dem Gefühl, ganz natürlich und fast von selbst darauf gekommen zu sein. Man muss von dort ausgehen, wo sich die Patienten befinden – und dann versuchen, ihre Art des Handelns zu verstehen und daraus gemeinsam etwas Neues zu entwickeln. Dies entspricht der in der Einleitung erwähnten dritten Methode.

Kurz gesagt können vier relevante Etappen unterschieden werden:
- das Problem erfragen;
- ein Feedback geben;
- die Veränderungsbereitschaft bestimmen;
- dann eine Vereinbarung treffen zum «eröffnenden» Abschluss.

... auf den Ablauf des Workshops übertragen

Aus der alltäglichen Arbeit in der Praxis resultiert die Erfahrung, wie ambivalent die PatientInnen gegenüber dem Thema Alkohol eingestellt sind. Genau so war es auch bei den KollegInnen, die am Seminar teilnahmen. Ihre Grundhaltung zum Thema Alkoholprävention war eher skeptisch.

Diesen Widerstand galt es ernst zu nehmen, und das Ziel war, ihn als ein wichtiges Element der Einstimmung in den Lernvorgang einzubeziehen und die dazugehörigen Gefühle zu *erfragen*.

Als nächster wichtiger Schritt des Seminars musste ein *Feedback gegeben werden*, die verschiedenen Positionen diskutiert und in den entsprechenden Kontext gesetzt werden.

Im dritten Teil ging es darum, die *Veränderungsbereitschaft zu bestimmen* und die Umsetzbarkeit in die Praxis vorzubereiten.

Zum Schluss wurde den SeminarteilnehmerInnen angeboten, eine mehr oder weniger formelle *Vereinbarung* mit sich selbst zu treffen, die einen entschlossenen Einstieg in die Alkoholprävention in der eigenen Praxis einleiten sollte.

Teil 1 des Seminars: Erfragen

Selbstbeobachtung

Wie geht der einzelne Arzt mit dem Thema Alkohol um? Oder: Bei wie vielen Patienten an diesem Tag hat er bemerkt oder vermutet, dass Alkohol irgendwie im Spiel ist? Ist Alkohol offensichtlich oder versteckt? Ist Alkohol an Symptomen des Patienten schuld oder nicht? Was ist ihm sonst noch aufgefallen?

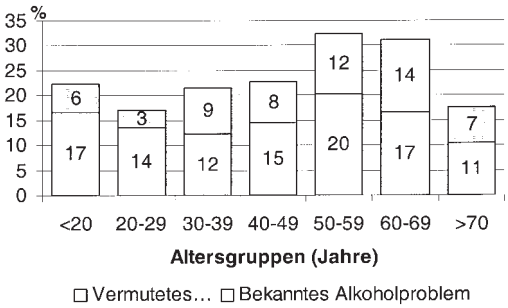

Abbildung 1
Alkoholprobleme (bekannte oder vermutete) aus der Selbstbeobachtung in der Praxis in % der pro Altersgruppe konsultierenden PatientInnen.

So ungefähr könnte man die Aufforderung an alle am Seminar interessierten KollegInnen beschreiben. Alle KollegInnen, die sich eingeschrieben hatten, bekamen drei Wochen zuvor einen Fragebogen mit diesen Fragen zugesandt. Ein gutes Drittel (41 Fragebogen auswertbar) beobachtete sich dann auch während eines Tages in der Praxis und versuchte nach jeder Konsultation eine Zuordnung: Ja, dieser Patient leidet an einem Alkoholproblem, hier vermutet er es. Oder: Nein, Alkohol spielt keine Rolle. So gewannen wir Einsicht in 506 PatientInnen zwischen 16 und 75 Jahren (Durchschnittsalter 47,4 Jahre), 58% waren Frauen. Die Resultate der im voraus ausgewerteten Fragebogen gaben ein gutes Bild davon, wie sich Alkoholprobleme offen oder verdeckt in den Praxen der KongressteilnehmerInnen darboten.

Mit dem / der NachbarIn in Kontakt treten

Bei der schriftlich dokumentierten Selbstbeobachtung wollten wir es jedoch nicht bewenden lassen. So sollte das Seminar selbst Gelegenheit bieten, der Schilderung des Tischnachbarn Platz einzuräumen. Wir forderten die Teilnehmenden auf: «Nehmen Sie während der nächsten drei Minuten mit Ihrem Nachbarn höflich und kollegial Kontakt auf und bitten Sie ihn/sie, sich vorzustellen und Ihnen eine Situation zusammenzufassen, bei welcher der Alkoholkonsum eines Patienten ein Problem aufgeworfen hatte. Nehmen Sie kurze Notizen, dann das Ganze vice versa.»

Etwas ungewohnt war das Vorgehen schon, doch ging es ja darum, eine interaktive Lernweise anzuwenden und nicht ein Dozieren «von oben herab». Die TeilnehmerInnen tauschten intensiv ihr spontan erinnertes Erlebnis untereinander aus.

Teil 2 des Workshops: Feedback geben

Eine kurze Umfrage im Plenum ergab, dass eine knappe Mehrheit ihren KollegInnen von einem etwa 45jährigen männlichen Patienten berichtet hatte, wobei der Alkoholkonsum gravierende somato-psycho-soziale sowie rechtliche Konsequenzen aufwies! Einzelfälle seien diese Situationen dennoch nicht. Die Umfrage in der Praxis ergab bei 9% der PatientInnen ein bekanntes Alkoholproblem; bei weiteren 15% wird eines vermutet. Insgesamt scheinen Alkoholprobleme bei 17% aller Frauen vorzuliegen, während dieser Anteil bei den Männern auf 34% ansteigt! Alkoholprobleme werden am häufigsten in der Alterskategorie zwischen 50 und 69 Jahren erwogen, sie sind aber bei jüngeren Patienten auch nicht selten (Abb. 1).

Es war der Moment, auf das Konzept des risikoreichen Alkoholkonsums hinzuweisen, welches einerseits von der WHO als Richtlinie empfohlen wird und andererseits der schweizerischen Kampagne «Alles im Griff?» zugrunde liegt (Tab. 2).

Es ist nicht zu weit gegriffen, wenn man diese Richtlinien mit Grenzwerten des Bluthochdrucks vergleicht. Alkoholprävention möchte die Aufmerksamkeit vermehrt auf den risikoreichen Alkoholkonsum lenken, wenn noch keinerlei Anzeichen von Abhängigkeit vorliegen.

Erfahrungen aus dem Umgang mit RisikotrinkerInnen in der medizinischen Grundversorgung zeigen in eindrücklicher Weise, dass diese PatientInnen eine grosse Bereitschaft aufweisen, über den Umgang mit alkoholischen Getränken zu sprechen, vor allem wenn das Gespräch gewisse Regeln im Sinne des «motivational interviewing» beachtet. Diese Offenheit kontrastiert stark mit jener alkoholabhängiger PatientInnen, welche ihren Arzt im Gespräch zum Thema Alkohol besonders herausfordern.

Tabelle 2
Grenzwerte für risikoreichen Alkoholkonsum (Programm «Alles im Griff?» und WHO).

Männer	2 Standard-Drinks pro Tag, selten 4
Frauen	1–2 Standard-Drinks pro Tag, selten 3
Personen ab 65	

Teil 3 des Workshops: Veränderungsbereitschaft bestimmen

Es wurde Zeit, den TeilnehmerInnen erneut die Möglichkeit zu geben, in weiteren drei Minuten von ihrem Nachbarn zu erfahren, wie und in welchen klinischen Situationen er das Alkoholproblem anspricht, und dies dann kurz im Plenum diskutieren zu lassen.

Schon fast selbstverständlich wird bei allen Check-ups und neuen PatientInnen nach dem Alkoholkonsum gefragt. Aber eben, pro Woche betrifft das im Schnitt nur 1 bis 2 Patienten. Ein Kollege berichtet, dass die Hypertonie Gelegenheit biete, das Thema Alkohol anzusprechen. Risikoreicher Alkoholkonsum scheint bei ca. 20% der essentiellen Hypertonien mit im Spiel zu sein. Andere erwähnen psychosomatische Leiden, depressive Verstimmungen und chronische Rückenschmerzen.

Zergliedert man die während der Selbstbeobachtung aufgelisteten Gründe der Konsultation der PatientInnen mit einem vermuteten oder bekannten Alkoholproblem, so ergibt sich interessanterweise das ganze Spektrum der Grundversorgungsmedizin. Jeder kann sich seine Art zurechtlegen und entscheiden, wann er das Thema angehen will.

Wie spricht die Nachbarin das Thema an? Mit welchen Fragen geht sie an den Patienten heran? Fragebogen gehören nicht zu unserer «Medizinkultur». Einige Ärzte deuten dann auch ihr Missbehagen an, sogenannt völlig «unauffälligen» PatientInnen die CAGE-Fragen zu stellen. In der Tat, diese Fragen gestatten viel eher das Erkennen einer Alkohol*abhängigkeit.* Der CAGE eignet sich deswegen nicht für die hier besprochene Alkohol*prävention.* Die von der WHO entwickelten 10 AUDIT-Fragen (Alcohol Use Disorder Identification Test) erlauben hingegen wertvolle Rückschlüsse auf das Vorhandensein eines risikoreichen Alkoholkonsums. Dabei soll hervorgehoben werden, dass die ersten 3 Fragen – jene, welche die Trinkgewohnheiten evaluieren – die relevantesten und sowohl für den Patienten als auch für den Arzt die leichtesten darstellen (Tab. 3).

Ein Resultat von 6 Punkten und mehr macht das tatsächliche Vorliegen eines risikoreichen Alkoholkonsums sehr wahrscheinlich (ca. 70%). Das Erfragen der Konsumgewohnheiten anstatt der Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum lässt den Patienten mehr Raum, sich zu positionieren. Auf diese Weise wird auch vermieden, ein Urteil vorwegzunehmen.

Teil 4 des Workshops: Vereinbarung treffen

Im letzten Teil des Seminars sollen noch Aspekte der konkreten Beratung angesprochen werden. In der Regel bietet die Sprechstunde wenig Spielraum für unvorhergesehene Diskussionen. Da nur der Patient eine Veränderung einleiten kann, soll nur da auf eine Beratung eingestiegen werden, wo der Patient auch bereit ist, darüber zu sprechen. Das Kürzel FRAMES («Rahmen») fasst die Schritte dieser Kurzintervention zusammen (Tab. 4).

R für «Responsibility», Verantwortung übertragen, bedeutet eben die Erlaubnis einholen, hier und jetzt über das Thema Alkohol zu sprechen. Dies gelingt um so besser, wenn der Arzt eine klare Position zum Konzept und den Limiten des risikoreichen Alkoholkonsums hat. *A und M stehen für «Advice» und «Menu»:* Wir sollen dem Patienten mitteilen, dass eine Veränderung der Trinkgewohnhei-

Tabelle 3
Die drei «besten» AUDIT-Fragen zur Eruierung eines risikoreichen Alkoholkonsums.

1. Wie oft trinken Sie Alkohol?				
☐ nie	☐ einmal im Monat oder seltener	☐ zwei- bis viermal im Monat	☐ zwei- bis dreimal die Woche	☐ viermal die Woche oder öfter
2. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?				
☐ 1 oder 2	☐ 3 oder 4	☐ 5 oder 6	☐ 7 oder 8	☐ 9 oder mehr
3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?				
☐ nie	☐ seltener als einmal im Monat	☐ jeden Monat	☐ jede Woche	☐ jeden Tag oder fast jeden Tag

Tabelle 4
FRAMES, der Rahmen zur Kurzintervention.

F	feedback – die Gefahren eines übermässigen Alkoholkonsums erläutern
R	responsibility – Verantwortung übertragen
A	advice – eine Verhaltensänderung empfehlen
M	menu – Vorschläge zur Reduktion des Alkoholkonsums diskutieren
E	empathy – mit Empathie begegnen
S	self-efficacy – das Vertrauen in die Machbarkeit der Veränderung vermitteln

ten angezeigt erscheint, wobei das «wie» vom der Patienten erwartet wird.

Veränderungen sind Prozesse und keine Ereignisse. Unsere PatientInnen brauchen Zeit, den Weg vom Bewusstwerden bis zum Handeln zu gehen. Für manche ist es überhaupt nicht der gute Moment; ihre Prioritäten liegen ganz woanders. Andere «warten» quasi auf die Frage nach dem Alkoholkonsum, und schon allein die Betroffenheit der Ärztin oder des Arztes reicht aus, um eine Veränderung einzuleiten. Wieder andere möchten der Sache etwas mehr auf den Grund gehen.

Geht es den TeilnehmerInnen nicht auch so? Man sollte nicht zu ambitiös sein – auch nicht mit sich selbst! Wenn in Zukunft eine oder einer von fünf SeminarteilnehmerInnen zweimal im Tag «Alkoholprävention» denkt und einmal pro Tag umsetzt, dann ist sehr viel erreicht für die PatientInnen, aber auch für die öffentliche Gesundheit.

Diskussion

Die TeilnehmerInnen des Seminars erkannten und vermuteten bei ca. 24% ihrer PatientInnen eine nicht zu vernachlässigende Rolle des Alkoholkonsums. Diese Zahl ist etwas höher als in der Allgemeinbevölkerung, sie widerspiegelt wahrscheinlich die erhöhte Morbidität dieser Gruppe. Betroffen sind beide Geschlechter, und von der Adoleszenz aufwärts sind auch fast alle Altersstufen gleich vertreten.

Wie viele der vermuteten Alkoholprobleme entpuppen sich bei näherer Betrachtung als eine frühe Abhängigkeit? Das Konzept des risikoreichen Alkoholkonsums scheint auf den ersten Blick streng. Sieht man es aber als Risikofaktor an, ähnlich wie den hohen Blutdruck, dann eröffnet sich eine neue Perspektive im Umgang mit dem Thema Alkohol.

Wie viele Risikotrinker sieht ein Arzt jeden Tag? Indem er das Thema Alkohol regelmässig anspricht, gibt er seinen PatientInnen zu spüren, dass er sich für Prävention und Gesundheitsförderung engagiert. Zudem wird er schnell Übung mit diesem vorerst heiklen Thema erlangen.

Die Diskussion mit den SeminarteilnehmerInnen hat auf eindrückliche Weise gezeigt, wie – ausgehend von eigenen Erfahrungen – gemeinsam gangbare Strategien zusammengetragen werden können. Als Schlussbemerkung sei hier das Votum eines erfahrenen Praktikers wiedergegeben: *«Ich möchte meine PatientInnen neu kennenlernen».*

Literatur

1 Anderson P, Clement S. The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. Br J Addict 1987;82:753–9.
2 Internet: http://www.alles-im-griff.ch
3 Bradley KA, Bush K, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. J Gen Intern Med 1998;13:379–88.
4 Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). Arch Intern Med 1998;158:1789–95.
5 Ebell ME. Evidence-Based Diagnosis. A Handbook of Clinical Prediction Rules. Berlin: Springer; 2001;281–4.
6 Muhling P. Prevention and management of alcohol problems. Brief intervention by the family physician – a simple and efficient method. Fortschr Med 1999;117:24–8.
7 Lindholm L. Alcohol advice in primary health care – is it a wise use of ressources? Health Policy 1998;45:47–56.
8 Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non treatment-seeking populations. Addiction 2002;97:279–92.