

Das Ansprechen von Alkoholproblemen wird in der hausärztlichen Sprechstunde gern gemieden. Dies hat mehrere Ursachen: Eine hat sicherlich damit zu tun, dass die bisherigen Erfolgsraten äusserst bescheiden sind – und welcher betreuende Arzt will seinem Patienten schon eine Suchtbehandlung oder gar einen Aufenthalt in einer «Entzugsanstalt» zumuten ... Jedenfalls hatten wir bisher wenig therapeutische Optionen, um die gemäss Leitlinien anzuviesierende Abstinenz zu erreichen, und in den meisten Fällen hat uns auch schlicht der Glaube an den Erfolg gefehlt. Dies galt auch für alle anderen Formen von «kontrolliertem Trinken»: Es waren meist gutgemeinte, aber selten mittel- oder langfristig erfolgsversprechende Empfehlungen. Kommt noch hinzu, dass das Ansprechen heikler Themen eine gewisse Schwellenüberschreitung verlangt, welche die Beziehung zu unserem Patienten oft strapaziert. Und, last but not least, geniessen wir selbst auch gern einen guten Tropfen und wissen genau, dass wir bei uns wirklich nur von Tropfen, beim Patienten aber von Dezilitern sprechen – Kurz: wollen wir darauf eingehen, müssen wir gewappnet sein, eine Büchse der Pandora zu öffnen: Sexuelle Probleme, Probleme bei der Arbeit, in der Ehe, häusliche Gewalt, finanzielle Konsequenzen – eigentlich alles gute Gründe, das Thema doch anzuschneiden, und uns mit der Realität unserer Patienten auseinanderzusetzen.

Heute wissen wir, dass durch direktes Ansprechen und anhand klarer Vergleichszahlen – im Sinne von «Wie viel ist zu viel?» – und mittels Kurzinterventionen dem Patienten echt geholfen werden kann und sich der Aufwand unbedingt lohnt (siehe auch: Loeb P, Schweizerische Ärztezeitung, 2015;96(13):475–476). Hinzu kommt ein neuer anerkannter Ansatz, der einem Paradigmenwechsel in der Alkoholbehandlung gleichkommt. So lässt sich die jüngst erschienene S3-Leitlinie der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) folgendermassen zusammenfassen: Die Leitlinie empfiehlt nun auch die Reduktion des Alkoholkonsums als Therapieziel. Sie kann ein Zwischenschritt zur Abstinenz sein und gibt nach Meinung der Experten Anlass zur Hoffnung, Alkoholabhängige frühzeitiger zu einer Therapie zu bewegen (siehe auch: S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und und Behandlung alkoholbezogener Störungen» AWMF-Register Nr. 076-001, 2016).

Primary and Hospital Care freut sich, hier zwei Zusammenfassungen von Referaten vom KHM-Kongress 2016 in Luzern zu publizieren, die diese Problematik erläutern. *Pierre Loeb, Mitglied der Redaktion*

Unbemerkt in die Sucht

Früherkennung und Umgang mit risikoreichem Alkoholkonsum

Tibor Rasovszky

Arud Zentren für Suchtmedizin, Zürich

Angesichts der mit problematischem Alkoholkonsum verbundenen gesundheitlichen Risiken sowie sozialen und wirtschaftlichen Folgen ist er eine bedeutende Herausforderung für die medizinische Grundversorgung. Wie kann ein risikoreicher Alkoholkonsum frühzeitig diagnostiziert werden, und welche Interventionen erweisen sich im hausärztlichen Setting als sowohl praktikabel wie auch effizient?

Einführung

Der risikoreiche Alkoholkonsum ist ein häufiges aber deutlich unterdiagnostiziertes Problem. In der Schweiz weisen ca. 20% der Bevölkerung einen risikoreichen und etwa 5% einen abhängigen Konsum von Alkohol auf. Geschätzte 80% aller risikoreich oder abhängig Alkoholkonsumierenden suchen mindestens einmal pro Jahr einen Arzt auf, aber nur ca. 10% befinden sich in einer entsprechenden alkoholspezifischen Beratung oder Behandlung. Die Behandlungslücke beträgt somit 90%.

Definitionen

Als chronisch-risikoreich wird ein täglicher Konsum von mehr als 40 g Alkohol bei Männern und mehr als 20 g bei Frauen bezeichnet. Unter periodisch-risikoreichem Konsum (Rauschtrinken) wird der Konsum von mehr als 60 g Alkohol bei Männern bzw. 50 g bei Frauen mindestens zweimal pro Monat verstanden. Zur Einschätzung der Alkoholmengen in Gramm dient der Begriff Standard-Drink. Ein Standard-Drink bezeichnet 1 dl Wein oder 3 dl Bier oder 2 cl Schnaps und enthält je etwa 10–12 g Alkohol.

Schwierigkeiten bei der Früherkennung

Die Früherkennung des risikoreichen Alkoholkonsums wird durch verschiedene Umstände erschwert. Einerseits zeigt die Mehrheit der Betroffenen noch keine körperlichen Folgeschäden und damit keine sichtbaren Symptome, die direkt auf das Risiko hinweisen. Andererseits sprechen viele Patienten das Risikoverhalten nicht von sich aus an, häufig weil es ihnen nicht bewusst ist oder weil sie die Risiken nicht kennen bzw. falsch einschätzen. Der Konsum von Alkohol hat in unserer Gesellschaft auf einem weit zurückreichenden kulturhistorischen Hintergrund eine hohe Akzeptanz erlangt, was sowohl den Betroffenen selbst als auch ihrem Umfeld das frühzeitige Erkennen eines problematischen Konsumverhaltens erschweren

kann. Einmal erkannt geht die Problematik oft mit Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen einher, die das Vermeiden einer aktiven Auseinandersetzung mit der Thematik begünstigen. Umso wichtiger ist das aktive Ansprechen des Umgangs mit Alkohol durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Im Alltag einer Praxis wird dies oft durch Zeitdruck, Unsicherheit, wie es erfolgen kann ohne die Patienten vor den Kopf zu stoßen, und evtl. auch den Umstand erschwert, dass man selbst auch gelegentlich Alkohol konsumiert. Eine zentrale Schwierigkeit in der Früherkennung eines risikoreichen Konsums besteht also darin, dass ein Verhalten ohne klar sichtbare Anzeichen in einem Setting identifiziert werden soll, das oft nur ein Eingehen auf die in der aktuellen Konsultation präsentierte Problematik erlaubt. Dementsprechend hoch ist das Risiko, einen risikoreichen Alkoholkonsum zu verpassen, wenn nicht bewusst danach gefragt wird.

arud
Zentren für Suchtmedizin

AUDIT
Selbstbeurteilungsfragebogen zu Trinkgewohnheiten

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Testdatum: _____

In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. 1 Standarddrink entspricht 1 Glas bzw. 1 Dose (0,3 l) Bier oder 1 Glas (1/8 l) Wein/Sekt oder 1 Schnaps (mit ca. 40% Alkoholgehalt, z.B. Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand oder ähnliches).

Punkte	Bitte kreuzen Sie an, was für Sie am ehesten zutrifft				
	0	1	2	3	4
1. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?	Nie	1 Mal im Monat oder seltener	2-4 Mal im Monat	2-3 Mal pro Woche	4 Mal oder öfters pro Woche
2. Wie viele Standarddrinks trinken Sie an einem Tag, an welchem Sie alkoholische Getränke konsumieren?	1 - 2	3 - 4	5 - 6	9	10 oder mehr
3. Wie häufig trinken Sie 6 oder mehr Standarddrinks an einem einzigen Anlass?	Nie	seltener als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	täglich oder fast täglich
4. Wie oft stellten Sie im Verlauf der letzten 12 Monate fest, dass Sie mit dem Trinken nicht mehr aufhören können, wenn Sie einmal damit angefangen haben?	Nie	seltener als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	täglich oder fast täglich
5. Wie oft hinderte Sie im Verlauf der letzten 12 Monate Ihr Alkoholkonsum, das zu tun, was von Ihnen erwartet wurde?	Nie	seltener als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	täglich oder fast täglich
6. Wie häufig habe Sie im Verlauf der letzten 12 Monate am Morgen ein erstes Glas Alkohol getrunken, um in Gang zu kommen, nachdem Sie am Vortag viel getrunken hatten?	Nie	seltener als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	täglich oder fast täglich
7. Wie oft empfanden Sie in den letzten 12 Monaten Schuld- oder Reuegefühle, nachdem Sie getrunken hatten?	Nie	seltener als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	täglich oder fast täglich
8. Wie oft war es Ihnen in den letzten 12 Monaten unmöglich, sich an das zu erinnern, was am Vorabend geschah, weil Sie getrunken hatten?	Nie	seltener als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	täglich oder fast täglich
9. Sind Sie oder jemand anderer schon einmal verletzt worden, weil Sie getrunken hatten?	Nein		Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten		Ja, in den letzten 12 Monaten
10. Hat sich ein(e) Angehörige, ein(e) Freund(in), ein(e) Arzt (Ärztin) oder eine andere Person aus dem Gesundheitsbereich schon einmal besorgt über Ihren Alkoholkonsum geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie den Konsum einschränken sollten?	Nein		Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten		Ja, in den letzten 12 Monaten

Gesamtpunktzahl

Abbildung 1: Der AUDIT-Selbstbeurteilungsfragebogen zu Trinkgewohnheiten.

AUDIT-Fragebogen

Körperliche Untersuchung und Labor zeigen oft erst bei fortgeschrittener Alkoholproblematik Auffälligkeiten und sind zur frühzeitigen Identifikation betroffener Patienten nur bedingt hilfreich. Als einfaches *Screening tool* für die hausärztliche Praxis zur Früherkennung eines risikoreichen oder abhängigen Alkoholkonsums eignet sich der *Alcohol Use Disorders Identification Test* AUDIT (Abb. 1). Mit diesem 10 Items umfassenden Selbstbeurteilungsfragebogen kann unproblematischer, riskanter und wahrscheinlich abhängiger Konsum unterschieden werden. Ein Score von 8 oder höher gilt als Hinweis auf einen risikoreichen Alkoholkonsum [1]. Mit einem höheren Scorewert steigt die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit. Im Sinne eines Kurzscreenings lässt sich bereits mit den ersten 3 Fragen zu Trinkmenge und -frequenz (AUDIT-C) ein Risikokonsum feststellen. Hier gilt ein Score von 4 oder höher als auffällig. Die AUDIT-Fragen 4 bis 6 ergeben zusätzlich Hinweise auf eine bereits bestehende Alkoholabhängigkeit, während die letzten 4 Fragen vorwiegend Angaben zu den Folgen des Alkoholkonsums erheben. Der AUDIT eignet sich sowohl zur Erhebung einer Alkoholanamnese beim Erstkontakt, als auch zur Nachfrage im Verlauf.

Kurzintervention

Aus dem AUDIT-Score lässt sich ableiten, welche Interventionen für die festgestellte Risikostufe angezeigt sind (Abb. 2). Im hausärztlichen Setting eignet sich speziell für risikoreich, aber noch nicht abhängig Alkoholkonsumierende das Konzept der Kurzintervention. Da-

bei handelt es sich um fünf- bis zehnminütige Gespräche, die sich an Risikograd, Problembewusstsein und Änderungsmotivation der entsprechenden Patienten orientieren. Inhaltlich bestehen Kurzinterventionen aus den folgenden Elementen:

1. Den Alkoholkonsum ansprechen;
2. Das Risiko einschätzen;
3. Den Patienten entsprechend informieren;
4. Den Grad des Problembewusstseins und der Veränderungsbereitschaft testen;
5. Die Patienten für eine Veränderung motivieren;
6. Realistische Ziele definieren.

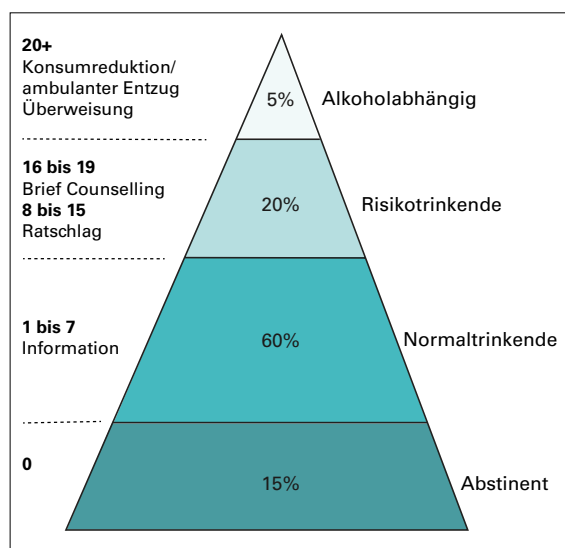


Abbildung 2: AUDIT-Scores und entsprechende Massnahmen.

Die Besprechung der Ergebnisse des AUDIT-Fragebogens ist der erste Schritt einer Kurzintervention. Unproblematisch konsumierende Patienten mit einem Score von 1–7 werden ermuntert, ihren Alkoholkonsum weiterhin in diesem Bereich zu halten und über die Grenzwerte zum problematischen Konsum informiert. Patienten mit einem Score von 8–15 werden über das Risiko und mögliche gesundheitliche Folgen ihres Konsums informiert und erhalten den Ratschlag, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Patienten mit einem Score von 16–19 werden motiviert, ganz konkrete Reduktionsschritte zu definieren. Patienten mit einem Score von über 20 versucht man für die Aufnahme einer längerfristigen Auseinandersetzung mit der Thematik im Rahmen einer alkoholspezifischen Vorgehensweise zu gewinnen, sei es in der hausärztlichen Praxis oder in einer spezialisierten suchtmedizinischen Einrichtung [2].

Die Gesprächsführung bei Kurzinterventionen wird nach den Prinzipien des *Motivational Interviewing* (MI)

von Rollnick und Miller gestaltet. Bei den Formulierungen soll besonders darauf geachtet werden, möglichst keinen vorwurfsvoll-aufdeckenden, sondern vielmehr einen partnerschaftlich-einladenden Charakter zu haben. Inhaltlich wird das Gespräch auf das Phasenmodell von Veränderung von Prochaska und DiClemente (Abb. 3) [3] und damit auf den Grad des Problembewusstseins und der Änderungsbereitschaft der Patienten abgestimmt. Häufig scheitern Interventionen daran, dass sie in dieser Hinsicht nicht dem Stand der Betroffenen entsprechen und von ihnen deshalb nicht als hilfreich empfunden werden. In der Precontemplation-Phase liegt kein Problembewusstsein und damit auch keine Änderungsmotivation vor. Die Contemplation-Phase ist von Ambivalenz geprägt. Die Patienten schwanken zwischen Problembewusstsein und der Überzeugung, kein Problem zu haben. In der Preparation-Phase ist ein Problembewusstsein vorhanden, und die Patienten befassen sich mindestens gedanklich mit Veränderungsstrategien. In der Action-Phase versuchen sie, diese konkret umzusetzen, während in der Maintenance-Phase die Aufrechterhaltung des Erreichten, eine nachhaltige Anpassung des Lebensstils und besonders auch der Umgang mit möglichen Rückfällen im Vordergrund stehen. In einigen Darstellungen des Modells wird der Rückfall als eigenständige Phase bezeichnet. Er ist für die Betroffenen oft mit Verunsicherung verbunden und lässt sie häufig an der langfristigen Aufrechterhaltung der Verhaltensänderungen zweifeln. In dieser Situation ist Motivation erneut ein entscheidendes Thema. Die Phasen der Veränderung werden in der Regel nicht einfach nacheinander durchlaufen. Rückschritte in vorhergehende Phasen treten praktisch immer auf, und viele Patienten müssen durch mehrere Veränderungszyklen begleitet werden.

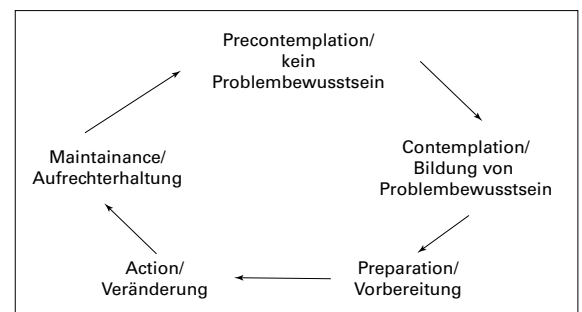


Abbildung 3: Phasenmodell von Veränderung von Prochaska und DiClemente [3].

Die Ausgestaltung der Kurzintervention wird abgestimmt auf den Grad des Problembewusstseins und die Bereitschaft, das Konsumverhalten zu verändern. Bei nicht bestehendem Problembewusstsein und ent-

sprechend fehlender Änderungsmotivation wird Information zum Risiko vermittelt. Bei bestehendem Problembewusstsein, aber unsicherer Änderungsbereitschaft wird die Änderungsmotivation verstärkt und Ambivalenz mittels Abwägen der kurz- und längerfristigen Vor- und Nachteile einer Veränderung bearbeitet. Erst wenn sowohl ein Problembewusstsein als auch Hinweise auf eine Änderungsbereitschaft vorliegen macht es Sinn, konkret mögliche Zielsetzungen (längerfristige Abstinenz, vorübergehende Abstinenz, kontrollierter Konsum, Konsumreduktion) zu besprechen, und entsprechend der Wahl des Patienten das weitere Vorgehen zu planen. Zum nächsten Element der Kurzintervention wird jeweils erst übergegangen, wenn der Patient sich auf das angebotene eingelassen hat. Ansonsten soll das aktuelle Element bei nächster Gelegenheit erneut angeboten werden.

Behandlungsziel

Abhängig von Problembewusstsein und Änderungsbereitschaft ist auch der Definition des Behandlungsziels mit viel Offenheit zu begegnen. War früher Abstinenz das einzig valable Ziel bei der Behandlung einer Alkoholproblematik, so haben sich in den letzten Jahren zunehmend auch Konzepte zur Konsumreduktion als therapeutische Optionen etabliert. Viele problematisch konsumierende Patienten können sich nur schwer vorstellen, komplett auf Alkohol zu verzichten. Sie sind aber oft bereit, sich mit Strategien zur Reduktion ihres Konsums auseinanderzusetzen. Diese Bereitschaft ist sehr hoch zu gewichten, ermöglicht sie doch die Aufnahme eines Prozesses, der für Betroffene oft sinnvoll und notwendig ist, um überhaupt ein realistisches Ziel für den eigenen Umgang mit Alkohol zu finden. Oft ist zu beobachten, dass die Ziele sich im Behandlungsverlauf ändern. Viele Patienten, die lange vergeblich nach Abstinenz streben, erleben eine ausschliesslich darauf ausgerichtete Behandlung als frustrierende Aneinanderreihung von Niederlagen, was häufig mit einem Verlust der Änderungsmotivation einhergeht. Konsumreduktion als Therapieziel kann dies oft vermindern. Umgekehrt können Patienten im Verlauf des Prozesses zum Schluss kommen, dass es ihnen einfacher fällt, abstinent zu bleiben als ihren Kon-

sum dauernd einzuschränken. Haben Patienten das aus eigener Erfahrung für sich selbst entschieden, resultiert eine ungleich höhere Motivation für das entsprechende Vorgehen als aus einer ärztlichen Definition des gleichen Ziels bei Behandlungsbeginn.

Da die ersten Schritte einer Kurzintervention nur sehr wenig Zeit beanspruchen, können sie problemlos in den Ablauf einer Konsultation integriert werden, auch wenn sich Patienten nicht wegen einer direkt mit Alkohol zusammenhängenden Problematik in der Praxis vorstellen. Bekundet ein Patient Bereitschaft, sich tiefergehend mit seinem Alkoholkonsum auseinanderzusetzen, können dazu eventuell zusätzliche Konsultation vereinbart werden.

Ein deutschsprachiger Leitfaden für Kurzinterventionen mit konkreten Vorschlägen zu Ablauf und Formulierungen ist sowohl in elektronischer Form oder auch als Broschüre erhältlich [4].

Fazit für die Praxis

Ein risikoreicher Alkoholkonsum wird meist erst in fortgeschrittenem Stadium erkannt. Den Hausärzten kommt in der Früherkennung dieser Problematik eine entscheidende Rolle zu. Da die meisten Betroffenen noch keine sichtbaren Hinweise darauf zeigen, ist ein gezieltes Screening sowohl im Erstkontakt als auch im Verlauf wichtig. Als effizient und minimal zeitaufwendig bewähren sich im hausärztlichen Setting der AUDIT-Fragebogen als Screening-Tool und die Kurzinterventionen als erste Vorgehensweise.

Literatur

- 1 Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M: AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. World Health Organisation. Second Edition, 2001. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf.
- 2 Babor T, Higgins-Biddle J: Brief intervention for hazardous and harmful drinking a manual for use in primary care. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf.
- 3 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102–14.
- 4 Loeb P, Stoll B, Weil B: Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum: ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung. EMH-Media, 2014. https://praxis-suchtmedizin.ch/fosumos/images/stories/pdf/Manual_KurzIntervention_2014.pdf.

Korrespondenz:
Tibor Rasovszky
med. pract.
Arud Zentren für
Suchtmedizin
Konradstrasse 1
CH-8005 Zürich
[t.rasovszky\[at\]arud.ch](mailto:t.rasovszky[at]arud.ch)