

KURZINTERVENTIONEN BEI PATIENTEN MIT RISIKOREICHEM ALKOHOLKONSUM

Zweite, erweiterte Auflage

Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute
in der Grundversorgung

**EMH Media**
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Konzeption und Redaktion:
Pierre Loeb, Beat Stoll, Barbara Weil

FMH • BAG • PRAXIS SUCHTMEDIZIN
SUCHT SCHWEIZ • INFODROG • KHM • SAPPm

*«Alle Dinge sind leicht; schwer
ist nur die Kunst, dahin zu
gelangen, wo sie es werden.»*

Adolf Muschg, *Der Schein trügt nicht:
Über Goethe*, 2004

Illustrationen: ANNA Hartmann, Basel

Gestaltungskonzept: Satzart AG, Bern

Herstellung: Schwabe AG, Muttenz/Basel

Um die Lesbarkeit dieses Handbuches zu erleichtern,
verwenden wir ausschliesslich die männlichen Formen.

© 2014 bei den Autoren
ISBN 978-3-03754-081-7

INHALTSVERZEICHNIS

GELEITWORT	4
EINLEITUNG	5
KRITISCHE WÜRDIGUNG DER LITERATUR SEIT ERSCHEINEN DER ERSTEN AUFLAGE	8
VERWENDUNG DIESES LEITFADENS	10
ANSPRECHEN DES ALKOHOLKONSUMS UND KURZINTERVENTION	11
A. PRAKTISCHER TEIL: SCHRITTWEISES LERNEN DER KURZINTERVENTION	13
Schritt 1: Das Gespräch eröffnen	14
Schritt 2: Die Diagnose stellen	15
Schritt 3: Den Patienten informieren	17
Schritt 4: Die Motivation testen	18
Schritt 5: Den Patienten motivieren	19
Schritt 6: Die Ziele festlegen	20
Schritt 7: Beherrschen der Kurzintervention	21
B. ERKLÄRUNGSTeil: KOMMENTIERTE SCHRITTE	22
Das Gespräch eröffnen	24
Die Diagnose stellen	25
Den Patienten informieren	27
Die Motivation testen	29
Den Patienten motivieren	30
Die medikamentöse Unterstützung	32
Die Ziele festlegen	34
Die Beherrschung der Kurzintervention	35
BIBLIOGRAFIE: DAS WISSEN VERTIEFEN	36
AUTOREN UND MITHERAUSGEBER	43

GELEITWORT

Es freut uns, dass dieser praktische Leitfaden nach rund zehn Jahren eine Neuauflage erfährt. Der erste Leitfaden wurde im Rahmen des nationalen Alkoholpräventionsprogramms «Alles im Griff?» publiziert. Wir begrüssen diese zweite Auflage; es ist wichtig, das Interesse der Fachleute aufrecht zu erhalten und auf den neuesten Wissensstand zu bringen. Gesundheitsprobleme, die im Zusammenhang mit Alkoholkonsum stehen, sollen weiterhin an Beachtung gewinnen.

In den Industrienationen veränderten sich die Trinkgewohnheiten wenig, und auch bei den Definitionen bleibt vieles konstant. Der Konsum alkoholhaltiger Getränke kann nicht einfach mit den Begriffen «normales Trinken» und «Alkoholismus» zusammengefasst werden. Trinkmuster verbunden mit geringem, mässigem oder hohem Risiko für die Gesundheit, mit punktuell übermässigem oder situationsunangepasstem Konsum müssen sorgfältig eruiert werden, damit auch die Intervention gezielt eingesetzt werden kann. Damit drückt die Fachperson ihre differenzierte Sichtweise zu den im Zusammenhang mit Alkoholkonsum auftretenden Problemen aus, was wiederum dazu beiträgt, die Strategie zur Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention zu präzisieren und an die jeweiligen Zielgruppen anzupassen.

Die Fachleute aus Gesundheit und Sozialarbeit sollen sich heute nicht mehr nur auf die Wahrscheinlichkeit konzentrieren, inwiefern ihr Gesprächspartner alkoholabhängig sein könnte (eine übrigens oft lähmende Perspektive, da «einfache» Lösungen eher selten vorzufinden sind), sondern sie sind eingeladen, sich ganz einfach für den Alkoholkonsum ihres Gegenübers zu interessieren und gemeinsam mit ihm über dessen Folgen für den Alltag und die Gesundheit nachzudenken. Es ergibt sich so eine Gelegenheit, über Alkohol im Sinne seiner Bedeutung für die Gesundheit zu sprechen.

Wir alle sind uns auch dessen bewusst, dass es in der gegebenen Situation einer medizinischen Konsultation nicht einfach sein kann, das Schweigen zu brechen. Spezialisten erfanden dazu mnemotechnische Hilfen in Form von Kürzeln, und so erlaube auch ich mir, eines hinzuzufügen:

DIRE (französisch für reden, sprechen, nennen, raten, zum Ausdruck bringen):

Dialoguer: mit seinem Gegenüber den Dialog suchen;

Impliquer: sein Gegenüber miteinbeziehen, ihm die Möglichkeit geben, sich auszudrücken;

Réfléchir: gemeinsam über den Alkoholkonsum nachdenken;

Encourager: zur Veränderung ermutigen, Schritt für Schritt, angepasst an den Rhythmus des Gegenübers.

Als in der Primär- und Sekundärprävention Tätige haben wir Fachleute aus dem Bereich der Gesundheit und des Sozialwesens die Aufgabe, das Missbehagen in unserer Gesellschaft, die Krankheiten und die damit in Zusammenhang stehenden risikoreichen Verhalten der Bevölkerung beim Namen zu nennen. Die Kurzintervention bietet sich als einfaches und im Alltag anwendbares Instrument an. Sie ist zudem wirkungsvoll und leistungsfähig. Zehn Jahre nach der Erstauflage stieg die wissenschaftliche Evidenz über die Wirksamkeit dieser Intervention noch einmal deutlich an, wie das absichtlich knapp gefasste Literaturverzeichnis am Schluss dieses Leitfadens deutlich macht. Dazu kommen auch neue medikamentös-therapeutische Möglichkeiten, die sicher vielversprechend in die Grundversorgung eingebaut werden können.

In ihrer Rolle als Wissensvermittlerin hat «Sucht Schweiz» alles Interesse, die Kurzintervention weiterhin bekannt zu machen, und sich für deren Verbreitung einzusetzen, teils durch die direkte Förderung dieses Leitfadens, teils durch ihre Kontakte in der Politik, und schliesslich auch durch eigene Beiträge in Form von Vorträgen für Fachleute und, warum nicht, in der Begleitung von zukünftigen neuen Fortbildungszyklen in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachgruppen.

Wir wünschen bei der Umsetzung der Kurzintervention in der Praxis viel Erfolg und berufliche Befriedigung.

Michel Graf

Direktor Sucht Schweiz (bis Juli 2014)

<http://www.suchtschweiz.ch>

Dieser Leitfaden will im heiklen Bereich der Betreuung von Patienten mit Alkoholproblemen einen Beitrag leisten. Gerade der privilegierte Kontakt der Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht schon mit relativ einfachen Mitteln das Erkennen, Ansprechen und eventuell die Beratung von Patienten mit einem risikoreichen Alkoholkonsum. Das Problem ist bekannt und auch neue Untersuchungen [1] bestätigen, was schon lange bekannt ist: eine auf zehn Personen konsumiert täglich Alkohol. Männer häufiger als Frauen, der Konsum steigt mit dem Alter (das Maximum liegt bei 74 Jahren). Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen hingegen trinken ausgiebig am Wochenende. Insgesamt gefährden sich 20–25 Prozent der Bevölkerung durch ihren Alkoholkonsum.

Rund 80 Prozent dieser übermäßig Konsumierenden suchen mindestens einmal pro Jahr einen Arzt auf. Somit kann in der Arztpraxis eine hohe Anzahl Risikotrinker erreicht werden. Die Ärzte befinden sich in einer idealen Lage für die Prävention von Problemen im Zusammenhang mit dem übermäßigen Alkoholkonsum. Dennoch zeigt die Erfahrung, dass Ärzte diese an sich zu ihrer Aufgabe gehörende Rolle der Gesundheitsförderung und Prävention noch mehr wahrnehmen könnten [2]. Häufig wird dies mit der fehlenden Ausbildung in Zusammenhang gebracht. Ein weiterer Punkt

liegt aber auch daran, dass sich der behandelnde Arzt hilflos fühlt und der Meinung ist, nichts anbieten zu können. Handelt es sich um einen chronischen Alkoholiker, so befürchtet er gar, die Beziehung zum Patienten zu gefährden, oder dass dieser den Arzt wechselt, wenn er ihm eine stationäre Behandlung in einer spezialisierten Suchtklinik anbietet. Von weiteren Ratschlägen, das Trinken besser in den Griff zu kriegen, halten meist beide Beteiligten nicht viel, umso weniger als der Arzt damit seine eigene Trinkgewohnheiten in Frage stellen müsste – dieser Leitfaden soll Abhilfe schaffen. In anderen Formen der Weiter- und Fortbildung, interaktiven Nachmittags-Workshops, kurzen Seminaren über mehrere Abende verteilt oder Workshops im Rahmen eines Kongresses, können die Gesprächstechniken intensiv geübt und diskutiert werden.

Die Ziele sind:

- 1) Klärung des Konzepts des risikoreichen und des chronischen Alkoholkonsums,
- 2) Sensibilisierung für dessen Erkennung und Differenzierung mit verschiedenen erprobten Hilfsmitteln,
- 3) Motivation für eine Beratung in Form einer Kurzintervention für eine Änderung des Konsumverhaltens und
- 4) Anbieten einer Möglichkeit zur Selbstbeurteilung in der eigenen Praxis.

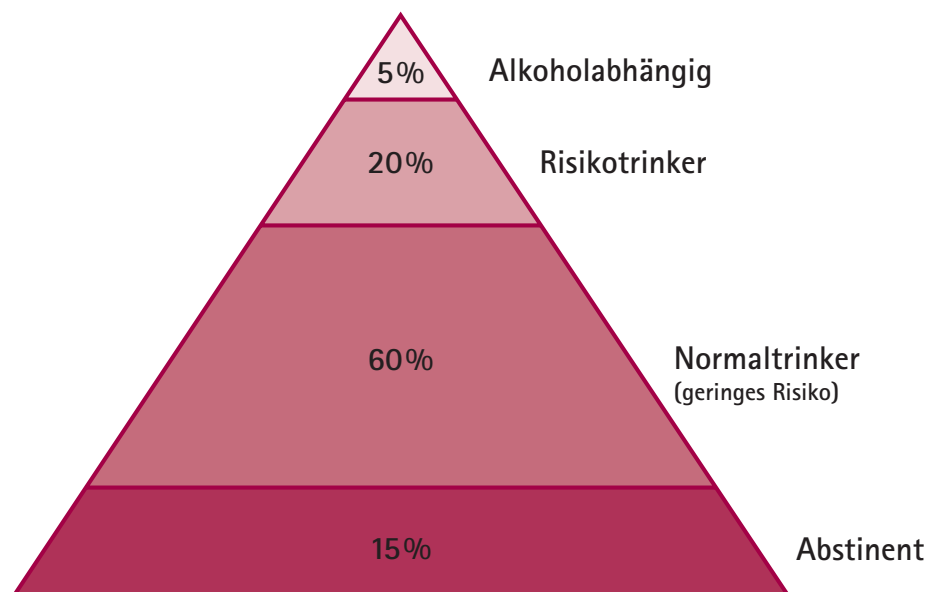


Abb. 1: Die Skinner-Pyramide zeigt die Aufteilung der Alkoholkonsumgewohnheiten und ihre Folgen. Die Prozentangaben entsprechen ungefähr der Situation in den westlichen Ländern.

Solche Workshops starteten bereits im Rahmen des nationalen Alkoholpräventionsprogramms «Alles im Griff?» im Jahre 2000. In der Testphase wurde die Methodik ausgearbeitet und anschliessend ein wachsendes Team von Ausbildern aufgebaut, mehrheitlich zusammengesetzt durch Ärzte aus der Grundversorgung oder einem auf Alkoholkrankheit spezialisierten Zentrum. Während der vier Jahre des durch das BAG unterstützten Projektes «Ärzte» fand eine stete Verbreitung und Eingliederung der Fortbildungen in allen drei Sprachregionen statt, wovon einige das Angebot von Seminaren und Konferenzen nun selbständig weiterführen.

Es schien uns schon damals notwendig und nützlich, interessierten Personen nebst der Fortbildung und den Sensibilisierungsprogrammen eine leicht lesbare Broschüre zur Verfügung zu stellen. Dieser Leitfaden ist in erster Linie für Ärzte bestimmt, und zwar sowohl für Grundversorger als auch für Fachärzte (Arbeitsmediziner, Militärärzte, Schulärzte, Zahnärzte, Gynäkologen, Sportärzte usw.). Wir hoffen, dass die Broschüre auch bei allen anderen Fachleuten aus dem Sozial- und Gesundheitswesen Interesse weckt, die aufgrund ihrer Arbeit Kontakt mit Risiko- und chronischen Trinkern haben: Sozialarbeitern, Pflegefachpersonen, Apothekern, Physiotherapeuten und Psychologen. Kritiker mögen das Potential der Kurzintervention als zu bescheiden bewerten. Dabei ist aber zu bedenken, dass bereits ein geringer Effekt, auf eine breite Bevölkerungsgruppe angewandt, schlussendlich einen bedeutenden Erfolg ergeben kann («Community Effectiveness»).

Was sich in den letzten zehn Jahren verändert hat

Die erste Auflage dieser Broschüre erschien 2004 im Rahmen des nationalen Programms «Alles im Griff?». Was hat sich in den letzten zehn Jahren verändert? Was motiviert uns gerade jetzt, eine zweite erweiterte Auflage herauszugeben? Die erste Ausgabe konzentrierte sich auf das Erkennen des *Risikotrinkens*, welches primär nicht als pathologisch oder übertrieben wahrgenommen wurde und nur durch direktes Ansprechen und anhand klarer Vergleichszahlen im Sinne von «wie viel ist zu viel?» erfasst werden konnten. Dank der vorgestellten Kurzinterventionen lernte der behandelnde Arzt nicht nur eine bessere Selektions- und Erkennungstechnik, er hatte neu und gleichzeitig auch eine Möglichkeit zur Hand, wie er mit dem Patienten das Gespräch eröffnen und schon erste Schritte der Behandlung einleiten konnte. Nicht eingeschlossen in diesem Behandlungskonzept waren jedoch

chronisch alkoholabhängige Patienten, für die nur ein Entzug und die Abstinenzbehandlung als Option bestand.

Von der absoluten Abstinenz zur «harm reduction»

Neue Perspektiven werden nun auch durch die veränderten therapeutischen Möglichkeiten eröffnet. Das Aversionskonzept mit Disulfiram, «das Trinken zu verderben», wich zu Gunsten neuer Substanzgruppen, wie der oralen Opioid-System-Modulatoren, welche vor allem die Lust am vermehrten Alkoholkonsum reduzieren sollen. Somit kann ein Wechsel von der ausschliesslich abstinenzorientierten Behandlung zur Schadensminderung «harm reduction» gefördert werden. Gewisse alkoholranke Patienten zeigen sich eher bereit, an einem reduzierten Konsum zu arbeiten, als sich mit einer kompletten Abstinenz auseinanderzusetzen. Diese Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten verleiht dem Arzt neue Möglichkeiten, seinen alkoholkranken Patienten zu begegnen, und dem Ansatz der Kurzintervention noch mehr Bedeutung, da diese medikamentöse Behandlungsbehandlung durch eine motivierende und adhärenzfördernde Intervention begleitet werden *muss*, um wirklich zu einem Erfolg zu führen. Dies ist mit ein Grund, weshalb mit der Markteinführung 2014 der oralen Opioidrezeptor-Modulatoren die «Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum» zur Unterstützung der verordnenden Ärzte neu aufgelegt werden. Dies wird auch durch die neue Literatur belegt (siehe nächstes Kapitel von Prof. A. Kiss sowie im dritten Teil dieses Leitfadens «Bibliografie: das Wissen vertiefen»).

Wir dürfen davon ausgehen, dass mit diesen neuen therapeutischen Möglichkeiten das reduzierte Trinken in gewissen Fällen auch als Zwischenschritt zu einem späteren Entscheid zur Abstinenz darstellen könnte – ein weiteres Feld für neue Studien.

Die hier vorgestellte Vorgehensweise wird eine günstige therapeutische Umgebung herstellen, die es dem Patienten erlaubt, seine Gesundheit selbstverantwortlich in die Hand zu nehmen. Bei gewünschten Verhaltensänderungen soll der Arzt mit allen Mitteln unterstützend eingreifen. Doch auch bei Widerständen soll der Patient respektiert und seine Verhaltensweise akzeptiert werden, wie dies die «Motivational Interview-Methode» vorzeichnet. Gerade hiermit schafft der Arzt den notwendigen Rahmen, der es dem Patienten in der ärztlichen Praxis erlaubt, Konflikte und Schwierigkeiten anzusprechen. Der gegenseitige Respekt zwischen Arzt und Patient führt so

auch im schwierigen Bereich der Suchtbehandlung häufiger zu einer befriedigenden und Erfolg versprechenden Dialogbereitschaft und letztendlich zu einer Verhaltensänderung.

Dieser autodidaktische Leitfaden verfolgt verschiedene Zwecke: Erinnerung und Unterstützung für die Ärzte, welche eine Fortbildung absolviert haben; Einführung und Sensibilisierung für jene noch ohne Ausbildung, die von der neuen Bedarfsmedikation Gebrauch machen möchten und dazu das notwendige Wissen und Können benötigen; Ermunterung zur Anwendung der Techniken für Erkennung und Kurzintervention sowie Informationsquelle für die, welche allgemein mehr erfahren möchten.

Der Ansatz der Kurzintervention bei Alkoholprävention soll durchaus als ein Kernmodul unter mehreren Beratungsskills betrachtet werden, wie sie im Gesundheits-Coaching [3] bei Rauchen, Stress, Ernährung, Bewegung und weiteren Gebieten der Prävention oder anderen Formen der Patientenbetreuung angezeigt sind und eingesetzt werden.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen und bei der Umsetzung dieses Leitfadens viel Vergnügen.

Dr. med. Pierre Loeb

*Hausarzt, Allgemeine Medizin FMH und Past-Präsident der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM
Motivational Interviewing Trainer*

Dr. med. Beat Stoll, MPH

*Ehemaliger Leiter des Teilprojektes «Ärzte»
von «Alles im Griff?»
Institut de Santé Globale
Universität Genf*

Barbara Weil

*Ehemalige Koordinatorin des Teilprojektes «Ärzte»
von «Alles im Griff?»
Leiterin Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention
der FMH insb. Bereich Mental Health (Suizidprävention),
Sucht (Alkohol, Drogen, übertragbare sowie chronische,
nicht übertragbare Krankheiten)*

[1] Suchtmonitoring 2012 BAG (siehe nächstes Kapitel)

[2] Art. 19 der ärztlichen Standesordnung.

[3] Siehe Verbessertes Gesundheitsverhalten durch Kurzinterventionen in der Arztpraxis: Projekt «Gesundheitscoaching». Neuner-Jehle S., Schmid M., Grüninger U. (2014). PRAXIS 103(5): 1–7, <http://www.Gesundheitscoaching-khm.ch/> (siehe auch Bibliografie)

KRITISCHE WÜRDIGUNG DER LITERATUR SEIT ERSCHEINEN DER ERSTEN AUFLAGE

Vor zehn Jahren ist der autodidaktische Leitfaden für Ärzte in der Grundversorgung zum Thema Kurzinterventionen für risikoreiche Alkoholkonsumenten erschienen. Der Bedarf für solche Interventionen besteht fraglos weiterhin. Laut Suchtmonitoring 2012 pflegen rund eine Million Menschen in der Schweiz einen «problematischen Alkoholkonsum» (Gmel et al. 2012).

Bei einer Neuauflage ist es gerechtfertigt, einige Fragen zu stellen.

1. Wie wirksam sind Kurzinterventionen in der Grundversorgung, um den Alkoholkonsum der Patienten zu verringern?
2. Sind diese Interventionen kosteneffizient?
3. Gibt es Empfehlungen, nach einem Alkoholscreening eine Beratung in der Hausarztpraxis durchzuführen?
4. Wie sind Kurzinterventionen in der Grundversorgung in Europa implementiert?
5. Funktionieren Kurzinterventionen zur Alkoholreduktion wirklich so, wie wir uns das vorstellen?
6. Abstinenz oder «*harm Reduction*»?
7. Ist die Kombination von Kurzinterventionen mit Medikamenten zur Risikoreduktion sinnvoll?

1. Wie wirksam sind Kurzinterventionen in der Grundversorgung, um den Alkoholkonsum der Patienten zu verringern?

In einer systematischen Review und Metaanalyse kamen Bertholet et al. (2005) zum Schluss, dass in der Grundversorgung kurze Interventionen sowohl bei Männern wie bei Frauen wirksam sind, um den Alkoholkonsum nach 6 und 12 Monaten zu reduzieren. Diese Resultate wurden in einer zweiten systematischen Review vier Jahre später bestätigt (Kaner 2009). In einer systematischen Review von 24 Review Papers kamen O'Donnell et al. (2014) zum Schluss, dass Kurzinterventionen in der Allgemeinpraxis für risikoreiche Alkoholkonsumenten, besonders bei Männern mittleren Alters, wirksam sind. In dieser zweiten Studie gibt es jedoch keinen Nachweis bei Frauen [7], jungen und alten Männern oder bei Migrantinnen.

In einer neuen randomisierten Studie in Hausarztpraxen konnte hingegen kein zusätzlicher Effekt einer Kurzintervention im Vergleich zu einer schriftlichen Patienteninformation gefunden werden (Kaner et al. 2013) [8], was ihn veranlasste, in einem Editorial zu schreiben, dass ein einfaches Screening und die Abgabe von schriftlicher Information möglicherweise für die meisten Patienten genügend sei (Murray 2013).

2. Sind diese Interventionen kosteneffizient?

Programme mit Screening und kurzen Interventionen für Alkohol scheinen kosteneffizient zu sein (Angus et al. 2014).

3. Gibt es Empfehlungen, nach einem Alkoholscreening eine Beratung in der Hausarztpraxis durchzuführen?

Die US Preventive Services Task Force empfiehlt ein Screening für Alkoholmissbrauch ab dem 18. Lebensjahr und empfiehlt bei Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum Kurzinterventionen mit dem Ziel, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Derzeit gibt die Task Force keine Empfehlung bei Adoleszenten zum Screening und für Kurzinterventionen in der Grundversorgung.

4. Wie sind Kurzinterventionen in der Grundversorgung in Europa implementiert?

Viele Europäer waren in das WHO Collaborative Project on Detection and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care (1982–2006) involviert. Derzeit werden solche Projekte durch die EU (Primary Health European Project on Alcohol) unterstützt und in mehreren europäischen Ländern ist die Implementierung von Kurzinterventionen in der Grundversorgung Teil der nationalen Gesundheitspolitik (Heather 2011).

5. Funktionieren Kurzinterventionen zur Alkoholreduktion wirklich so, wie wir uns das vorstellen?

Bertholet et al. (2013) analysierten über 300 Kurzinterventionen, die auf Tonband aufgenommen waren. Bestandteile des Motivational Interviewing, die als zentral für eine wirksame Kurzintervention angesehen wurden, waren ohne Einfluss auf den Alkoholkonsum 3 bzw. 6 Monate danach. Da Kurzinterventionen funktionieren, sind es vielleicht andere Charakteristika, die für den Erfolg verantwortlich sind, als bisher vermutet. So wurde gezeigt, dass Rat geben für Schweizer Patienten – was kein Bestandteil von «Motivational Interviewing» ist – mit einem geringerem Alkoholkonsum nach 6 Monaten assoziiert ist. Die Prozessforschung, die bis dato vernachlässigt wurde, wird in Zukunft grossen Einfluss auf Inhalt und Form des Trainings für Kurzinterventionen bei Alkohol haben (Heather 2014).

6. Abstinenz oder «*harm Reduction*»?

Auch wenn Abstinenz das Endziel bleibt, ist heute die Risikoreduktion in Form von Reduktion der Alkoholmenge einerseits und der Tage mit massiven Alkoholkonsum an-

dererseits ein anerkanntes (Zwischen-)Ziel und damit auch ein «primary endpoint» für Interventionen (EMA 2010).

7. Ist die Kombination von Kurzinterventionen mit Medikamenten zur Risikoreduktion sinnvoll?

Wir wissen noch sehr wenig dazu. Bisher erteilte die European Medicines Agency die Zulassung von Nalmefene (Selincro®) mit dem Ziel, die Alkoholkonsummenge und die Anzahl der Tage mit massivem Alkoholkonsum zu reduzieren, nur unter folgender Auflage: «It should only be used together with psychosocial support (counselling) and only in people who do not have physical withdrawal symptoms and who do not require immediate detoxification» (EMA 2013). Jedoch bestehen erst wenige wissenschaftliche Studien, die diese Kombination genauer überprüften. Die wenigen dazu erschienenen Arbeiten lösten betreffend Aussagekraft und klinischer Relevanz kontroverse Diskussionen aus. Dabei wird aber weniger die Wirksamkeit der Kurzinterventionen in Frage gestellt als die Klärung der Indikationen dieser neuen Medikamentengruppe (Braillon 2014, Spence 2014, van den Brink 2014).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Kurzintervention, obwohl zwar nicht immer genau definiert, ihre Anwendbarkeit in der ärztlichen Grundversorgung bestätigen konnte. Sie wird sich ohne Zweifel weiterentwickeln, gepaart mit Abgabe von schriftlichem Material oder präzisen Empfehlungen. Mit dem Aufkommen von neuen Medikamentengruppen wird die Kombination mit der Kurzintervention ihren Platz festigen. Es lohnt sich, eigene Erfahrungen damit zu sammeln und dabei kritischen Reflexionen gegenüber offen zu bleiben.

Prof. Dr. Alexander Kiss

Universitätsspital Basel

Psychosomatik

Hebelstrasse 2

CH-4031 Basel

E-Mail: akiss@uhbs.ch

Homepage: www.psychosomatik-basel.ch

- Angus C., Scafato E., Ghirini S., Torbica A., Ferre F., Struzzo P., et al. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC Fam Pract* 2014; 15(1): 26.
- Bertholet N., Daeppen J. B., Wietlisbach V., Fleming M., Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165(9): 986–95.
- Bertholet N., Palfai T., Gaume J., Daeppen J.B., Saitz R. Do Brief Alcohol Motivational Interventions Work Like We Think They Do? *Alcohol Clin Exp Res* 2013.
- Braillon A. Nalmefene in alcohol misuse: junk evaluation by the European Medicines Agency. *BMJ* 2014; 348: g2017.
- EMA. Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence. European Medicines Agency, 2010. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/03/WC500074898.pdf (accessed March 14, 2014)
- EMA. Selincro (nalmefene). EPAR summary for the public. European Medicines Agency, 2013. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Summary_for_the_public/human/002583/WC500140303.pdf (accessed March 14, 2014)
- Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C., Flury R. (2013). Suchtmonitoring Schweiz – Konsum von Alkohol in der Schweiz im Jahr 2012. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz. http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_ewas4ahd54vo.pdf
- Heather N. Developing, evaluating and implementing alcohol brief interventions in Europe. *Drug Alcohol Rev* 2011; 30(2): 138–47.
- Heather N. Toward an Understanding of the Effective Mechanisms of Alcohol Brief Interventions. *Alcohol Clin Exp Res* 2014.
- Kaner E. F. S., Dickinson H. O., Beyer F., Pienaar E., Schlesinger C., Campbell F., Saunders J. B., Burnand B., Heather N. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review* 2009; 28: 301–323. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x
- Kaner E., Bland M., Cassidy P., Coulton S., Dale V., Deluca P., et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013; 346: e8501.
- Murray E. Screening and brief intervention for alcohol use disorders in primary care. *BMJ* 2013; 346: e8706.
- O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., Schulte B., Schmidt C., Reimer J., et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2014; 49(1): 66–78.
- Spence D. Bad medicine: nalmefene in alcohol misuse. *BMJ* 2014; 348: g1531.
- Van den Brink W. Nalmefene as-needed is a new, effective medication for reduced drinking in patients with alcohol dependence: a response to Spence and Braillon. *BMJ* 2014; 348: g2017

VERWENDUNG DIESES LEITFADENS

Im Mittelpunkt des ganzen Ansatzes steht der Patient. Die Massnahmen des Arztes werden durch seine Erwartungen und Reaktionen bestimmt. Es entsteht eine Partnerschaft, in der zwei Personen zusammenarbeiten, um die Probleme der einen, das heisst des Patienten, zu verstehen und zu lösen. Der Arzt übernimmt die Verantwortung für die Beziehung und bestimmt ihre Dynamik.

Eine Verhaltensänderung erfolgt nicht von einem Tag auf den anderen, sondern ist das Ergebnis eines Entwicklungsprozesses. Dieser Leitfaden bietet einen schrittweisen Lernprozess in Bezug auf die Erkennung und die Durchführung von Kurzinterventionen bei Patienten, deren Alkoholkonsum für die Gesundheit problematisch ist. Aus didaktischen Gründen ist die Intervention in sechs Schritte in logischer Reihenfolge eingeteilt, wobei jeder Schritt auch getrennt vollzogen werden kann. In der Praxis kann natürlich nicht so systematisch vorgegangen werden. Je nach den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten werden manchmal bestimmte Schritte ausgelassen; es kann auch vorkommen, dass man lange nicht über den ersten Schritt hinauskommt, wenn der Patient den Dialog weder führen will noch kann.

Einer der wichtigsten Schritte ist, das Thema Alkoholkonsum in der Praxis überhaupt anzusprechen. Gleichzeitig lehrt uns das *Motivational Interviewing*, den Willen des Patienten zu respektieren: Wenn er heute nicht darüber sprechen will, gilt unser Angebot auch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn er sich dazu bereit fühlt. Dabei müssen wir uns vor Augen führen, dass der Patient mit seinem Konsumverhalten Bemerkungen auch im Umfeld seiner Familie, Freunde und/oder am Arbeitsplatz gewärtigen muss, die ihn schliesslich den Weg zum Arzt oder einer anderen Fachperson aufsuchen lassen. Umgekehrt kann ein «Nicht-Ansprechen» als «Gutheissen» des Trinkverhaltens missdeutet werden und Untersuchungen zeigen, dass Patienten enttäuscht sind, wenn sie von ihrem Arzt nicht darauf angesprochen werden.

Dieser Leitfaden umfasst drei Teile. Er ist so aufgebaut, dass der Leser je nach Interesse in einen der Teile einsteigen und dann seine eigene Folge bestimmen kann.

PRAKTISCHER TEIL:

Schrittweises Lernen der Kurzintervention

In diesem Teil wird gerafft die spezifische Aufgabe jedes Interventionsschritts beschrieben. Praktische Beispiele aus der Praxis erläutern die Schritte. Dazu findet der Leser Vorschläge für die Selbstbeurteilung des Umsetzens dieser Schritte in die praktische Arbeit.

ERKLÄRUNGSTeil:

Kommentierte Schritte

Zu jedem Schritt werden Prinzipien und zu Grunde liegende Konzepte im Detail erklärt. Der Leser findet zusätzlich die Referenzen zur Literatur und verschiedene technische Ansätze, die das Lernen erleichtern. Dies sollte helfen, dass jeder seine eigene Vorgehensweise und seinen persönlichen Stil entwickeln kann und dabei die zentralen Besonderheiten der Methode berücksichtigt.

BIBLIOGRAFIE: DAS WISSEN VERTIEFEN:

Weitere Informationen

Die kommentierte Bibliografie im letzten Teil greift die wichtigsten wissenschaftlichen Arbeiten auf, kommentiert diese und versucht auch kritische Fragen zu beantworten.

ANSPRECHEN DES ALKOHOLKONSUMS UND KURZINTERVENTION

Wo liegt das Interesse der Allgemeinmedizin?

Alltag in der Allgemeinmedizin:

- a. Ein Patient kommt in die Praxis, um nach einer banalen Grippe ein Arztzeugnis zu erhalten. Der Arzt beobachtet zittrige Hände, vom Nikotin verfärbte Finger, eine belegte Zunge und einen Alkoholfoetor. Er fühlt sich angesprochen und leitet so gut er kann eine Strategie ein, um das Alkoholproblem anzugehen, das er erkannt zu haben glaubt.

Soll der Arzt diesen neuen Patienten kurz auf die allgemeinen Risiken im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum ansprechen, in der Annahme, dass dieser Patient so oder so nicht mehr so schnell in die Praxis zurückkommt, oder soll er die Gelegenheit wahrnehmen und das Thema eines generellen «Gesundheits-Check-up» anpacken, damit dann auch genügend Zeit besteht, über etwelche Probleme zu sprechen?

- b. Der nächste Patient ist seit vielen Jahren bei ihm in Behandlung und kommt für eine allgemeine Untersuchung. Es handelt sich um eine wichtige lokale Persönlichkeit, einen kerngesunden, angenehm auftretenden Sportler und Vater von zwei Kindern, die das Gymnasium besuchen. Die Untersuchung ergibt nichts Ungewöhnliches. Der Patient ist entspannt und macht während der Konsultation sogar Witze. Der Arzt hat keinerlei Veranlassung, das Thema Alkohol anzusprechen.

Der Patient verlässt erleichtert die Praxis. Er war besorgt, weil seine Frau ihn in letzter Zeit regelmässig gewarnt hatte, ein halber Liter Wein jeden Abend zum Essen könne für die Gesundheit gefährlich sein. Dass der Arzt nichts gesagt hat, beruhigt ihn. Jetzt sieht er keinen Grund, seine Konsumgewohnheiten zu ändern, und kann seiner Frau sagen, dass sie übertreibt.

- c. Später an diesem Tag kommt eine junge Frau und bittet um ein Rezept für die «Pille danach». Der Arzt spricht Verhütungsfragen an, diskutiert mit ihr über sexuell übertragbare Erkrankungen und empfiehlt ihr, mit einem Gynäkologen Kontakt aufzunehmen.

Diese junge Frau geht nämlich gerne am Wochenende aus und konsumiert, wie 30 Prozent ihrer Altersgruppe, ein- bis zweimal pro Monat so viel Alkohol, dass sie betrunken ist. Bei einer solchen Gelegenheit hat sie die Kontrolle über den weiteren Verlauf verloren.

Diese Beispiele zeigen drei problematische Formen des Alkoholkonsums und weisen auf die Unterschiede zwischen einer körperlichen Alkoholabhängigkeit (erste Situation) und dem Risikokonsum (zweite und dritte Situa-

tion) hin, der nur schwer zu erkennen ist, wenn über das Thema Alkohol nicht gesprochen wird. Die letzten beiden Patienten hätten es aber ebenso verdient, dass sich der Arzt des Problems bewusst wäre, wie diese Art des Alkoholkonsums mittel- bis langfristig nicht unerhebliche Risiken in Bezug auf Krankheiten, Unfälle, gesellschaftliche und berufliche Probleme mit sich bringt.

Es ist äusserst wichtig, sich für die Risikotrinker zu interessieren, denn 20–25 Prozent der Patienten, die ihren Arzt aufsuchen, befinden sich in einer mit den letzten beiden Beispielen vergleichbaren Lage. Die Erfahrung zeigt, dass diese Menschen die Gefahr laufen, im Zusammenhang mit ihrem übermässigen Alkoholkonsum Probleme zu bekommen. Risikopatienten sind sehr viel zugänglicher für Beratung und Behandlung als Abhängige. Dazu muss man sie aber erst einmal erkennen!

Erkennen des Risikokonsums und Kurzintervention

Erkennen und Intervention sind Teil ein und desselben Konzepts. Mit einer einzigen Frage des Arztes oder einer anderen Gesundheitsfachperson kann man das Problem erkennen und Mechanismen in Gang setzen, die bereits Verhaltensänderungen erzielen. Oft deutet jedoch nichts auf diese sogenannten «Risikopatienten» hin. Deshalb wird empfohlen, das Thema Alkoholkonsum systematisch und mit erprobten Mitteln anzusprechen.

Die ersten Studien über die Erkennung und Behandlung von Risikotrinkern im Rahmen von Kurzinterventionen wurden schon vor rund 30 Jahren durchgeführt. Es ging darum, hinsichtlich des zeitlichen und finanziellen Aufwandes möglichst günstige Mittel zur Senkung der Soziallasten und des vom Alkohol verursachten Leidens zu finden. Seither wurden die Methoden und Hilfsmittel verfeinert; unter anderem haben unter der Schirmherrschaft der WHO rund dreizehn Länder diese Konzepte breit getestet und ausgewertet.

Das zurzeit vielversprechendste Hilfsmittel zur Erkennung von Alkoholproblemen und Risikokonsumern ist der AUDIT-Test (Alcohol Use Disorders Identification Test), entwickelt in Zusammenarbeit mit der WHO; dessen Einsatz hat gezeigt, dass er mit nur drei oder gar einer von den zehn vorgesehenen Fragen bereits sehr effizient ist.

Eine Kurzintervention kann eine einzige Bemerkung sein oder aber ein kurzes Gespräch von 5–10 Minuten an drei bis fünf Sitzungen. Viele Ärzte bieten dafür auch einmal

eine Randstunde für ein weiterführendes Gespräch an, was die Patienten sehr zu schätzen wissen. Im Allgemeinen geht es darum, zu informieren, zu beraten, zu motivieren und die Verhaltensänderung zu unterstützen. Vergleichsstudien zeigen, dass die Wirksamkeit nicht unbedingt im Verhältnis zur Dauer der Intervention steht und dass sehr reduzierte Formen (einige Minuten) bereits sehr effizient sein können. Durch Wiederholungen und eine zeitliche Ausdehnung der Intervention kann jedoch die positive Wirkung aufrechterhalten und verstärkt werden.

Ausserdem kann sich die Kurzintervention auch an Abhängige richten. In diesem Fall ermöglicht sie, den Dialog über den Alkoholkonsum zu starten, die Einführung einer spezifischen medikamentösen Therapie mit dem Ziel, die Lust am Alkoholkonsum zu reduzieren, anzusprechen, Bilanz zu ziehen, eine Konsultation bei einem Spezialisten vorzubereiten oder eventuell gar die Entscheidung für eine Entziehungskur zu erleichtern.

Die Wirksamkeit der Kurzintervention ist darauf zurückzuführen, dass sie frühzeitig und präventiv erfolgt. Wie

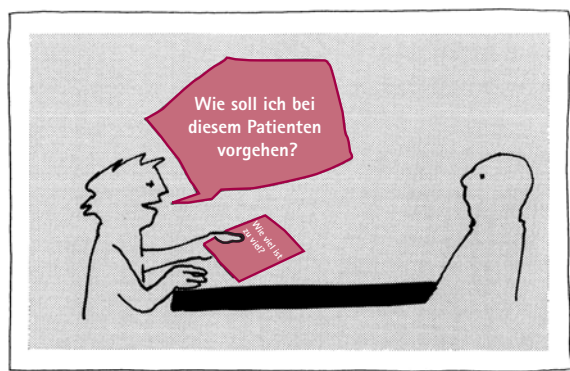
bereits erwähnt, ist es gewiss einfacher, seine Alkoholkonsumgewohnheiten zu ändern, wenn man noch nicht abhängig ist. Ein hoher Anteil der Risikokonsumenten beschliesst im Übrigen von sich aus, den Alkoholkonsum zu mässigen, wenn sie merken, dass dadurch Probleme entstehen könnten. Eine Kurzintervention des Arztes zu diesem Zeitpunkt kann dem Patienten eine grössere Chance für seine Verhaltensänderung bieten. Andererseits kommt es nicht selten vor, dass sich gewisse Risikokonsumenten (wie im zweiten Beispiel) durch das Nichtansprechen des Alkoholkonsums in falscher Sicherheit wiegen.

Schliesslich gehört die Kurzintervention auch zu den Techniken für das Führen von Motivationsgesprächen, bei denen der Patient im Mittelpunkt der Beziehung steht und die so gestaltet werden, dass er sich zur Änderung bestimmter Verhaltensweisen veranlasst fühlt, indem ihm gute Gründe dafür genannt werden und er ermuntert wird, selbst die Mittel dazu zu finden. Diese Techniken gelten nicht nur für Alkoholprobleme, sondern können bei allen anderen Fragen im Zusammenhang mit einer Verhaltensänderung Anwendung finden.

A. PRAKTISCHER TEIL: SCHRITTWEISES LERNEN DER KURZINTERVENTION

Aus didaktischen Gründen wird die Kurzintervention nachfolgend schrittweise von der grundlegendsten bis zu einer komplexeren Form beschrieben.

Sie können die einzelnen Schritte der Kurzintervention bei verschiedenen oder beim gleichen Patienten auf mehrere Konsultationen verteilt testen.



Wie steht es damit bei Ihren Konsultationen?

Vor Beginn des Lernprozesses schlagen wir vor, Ihr Vorgehen bei den Konsultationen zu beobachten. Es geht darum, an einem normalen Arbeitstag aufzuschreiben, was Sie von Ihren Patienten hinsichtlich des Alkoholkonsums denken: Wer hat Ihrer Meinung nach sicher, vielleicht oder überhaupt kein Problem im Bereich des Risikokonsums? Sie können Ihre Ergebnisse (Anteil mutmasslicher Risikokonsumenten) auch mit dem geschätzten Wert von 20–25 Prozent Risikokonsumenten in der Schweizer Bevölkerung vergleichen.

Wie soll ich bei diesem Patienten vorgehen?

Die nachfolgenden Bemerkungen beziehen sich auf alle Interventionen, unabhängig vom Schritt, für den Sie sich entschieden haben.

MENTALE VORBEREITUNG:

Bevor Sie irgendetwas unternehmen, müssen Sie sich vorbereiten, sich kurz mit der bevorstehenden Konsultation beschäftigen. Stellen Sie sich vor, was Sie mit dem Patienten besprechen wollen, und fragen Sie sich: «Wie soll ich bei diesem Patienten vorgehen?»

▶ Beispiel:

Sie kennen den Risikokonsum des Patienten nicht. Sie wollen zuhören und auf jede Gelegenheit achten, um den Dialog zum Thema Alkoholkonsum in Gang zu bringen.

WÄHLEN SIE DEN RICHTIGEN AUGENBLICK WÄHREND DER KONSULTATION:

Es ist wichtig, während der Konsultation den richtigen Augenblick für Ihre Intervention zu wählen.

▶ Beispiel:

Sie haben auf die medizinische Frage geantwortet, die den Grund für den Arztbesuch darstellte. Sie fühlen sich wohl mit dem Patienten und haben genügend Zeit für diese erste Konsultation eingeplant. Der Patient ist bezüglich seiner Gesundheit ebenfalls beruhigt und entspannt. Im Zusammenhang mit seinen Lebensgewohnheiten stellen Sie spontan eine offene Frage zum Thema Alkoholkonsum und warten die Reaktion ab.

Führen Sie eine Selbstbeurteilung durch:

Nehmen Sie sich nach der Konsultation ein paar Minuten Zeit, um über den Ablauf nachzudenken. Sie können die in diesem Leitfaden enthaltenen Vorschläge für eine Selbstbeurteilung benutzen.

Vergessen Sie nicht, um Feedback zu bitten:

Wenn Sie den Patienten wieder sehen, vergessen Sie nicht, ihn jedes Mal darum zu bitten, über das zu berichten, was sich seit dem letzten Gespräch ereignet hat. Wie hat der Patient es empfunden, dass Sie das Thema Alkoholkonsum angesprochen haben?

1

SCHRITT 1: DAS GESPRÄCH ERÖFFNEN

- Sie sind mental bereit.
- Sie haben den richtigen Augenblick in der Konsultation gewählt.

Neue Aufgabe:

Das Gespräch über den Alkoholkonsum eröffnen.

Ihr Ziel:

Dem Patienten zeigen, dass es normal und banal ist, über Alkohol zu reden, und dass Sie bereit sind, das Thema anzusprechen, wenn er dies wünscht.

▶ Beispiel:

Beim Blutdruckmessen stellen Sie zu hohe Werte fest und teilen dies dem Patienten mit.

Geben Sie dem Patienten Zeit, zu reagieren und sich Fragen zu stellen.

Nennen Sie zum Beispiel die verschiedenen Ursachen für Bluthochdruck und erwähnen Sie auch den übermässigen Alkoholkonsum.

Fragen Sie den Patienten, was er dazu meint.

Dann können Sie sich darauf beschränken, der Antwort des Patienten zuzuhören. Falls der Patient nicht antwortet, insistieren Sie nicht. Sie begehen damit keinen Fehler, weil es im Wesentlichen darum geht, dem Patienten zu zeigen, dass Sie bereit sind, über das Thema Alkohol zu sprechen, falls er es wünscht. Es wäre falsch, zu insistieren und den

Patienten in eine Richtung zu drängen, in die er im Augenblick nicht gehen möchte.

Sie können bei einer späteren Konsultation auf das Thema zurückkommen. Vielleicht hat der Patient inzwischen sein Verhalten von sich aus geändert.

Kommentar:

Ein zumindest versuchtes Ansprechen des Alkoholkonsums durch den Arzt unterstreicht die Relevanz dieses Themas. Dagegen kann das Nichtansprechen von Personen mit Risikokonsum als fälschlicherweise beruhigende Botschaft verstanden werden.

Auch bei bekanntem übermässigem oder gar krankhaftem Alkoholkonsum ist es regelmässig zu empfehlen, das Gespräch zu diesem Thema zu suchen. Eine laufende Präventionskampagne oder neue therapeutische Möglichkeiten mögen diesen Schritt legitimieren und erleichtern.

Ihre Selbstbeurteilung:

Wie hat der Patient reagiert?

Wie fühle ich mich?

Konnte über das Thema Alkohol gesprochen werden?

Wie gehe ich nach diesem Gespräch je nach Reaktion/Fragen des Patienten weiter vor?

Denken Sie über den Verlauf der Konsultation nach, und bereiten Sie das Feedback für die nächste vor, denn sinnvoll ist es auf alle Fälle, bei der nächsten Konsultation das Thema wieder aufzunehmen und herauszuhören, wie der Patient das heutige Gespräch in Erinnerung hat.



2

SCHRITT 2: DIE DIAGNOSE STELLEN

- Sie sind mental bereit.
- Sie haben den richtigen Augenblick in der Konsultation gewählt.
- Sie haben das Gespräch eröffnet.

Neue Aufgabe:

Feststellen, ob ein Risikokonsum vorliegt.

Ihr Ziel:

Die offene(n) Frage(n) stellen, dank denen Sie herausfinden können, ob ein Risikokonsum vorliegt.



Beispiel:

Ein Diabetespatient hat sich gegenüber einem Gespräch zum Thema Alkohol offen gezeigt. Sie beschliessen, Ihre Abklärungen auszuweiten:

- Wie oft nehmen Sie Alkohol zu sich?
- Wie viele Gläser (= Standardgläser, siehe B. Erklärungsteil) Alkohol nehmen Sie an den Tagen zu sich, an denen Sie trinken?
- Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser an einem Tag oder an einem einzigen Abend?

dierten Fragebogens AUDIT (siehe B. Erklärungsteil: kommentierte Schritte).

Sie können jedoch auch Fragen formulieren, die Ihnen eher zusagen, und mit zunehmender Erfahrung auch nur eine einzige Frage stellen. Wichtig ist, eine offene Frage zu stellen und zu versuchen, den Alkoholkonsum zu quantifizieren. Sie können den AUDIT oder den AUDIT-C auch ausdrucken¹ und dem Patienten mit der Bitte mitgeben, diesen bis zur nächsten Konsultation auszufüllen und wieder mitzubringen. Oder Sie können ihren Patienten auch auf die Möglichkeit hinweisen, einen Online-Alkohol-Selbsttest auszufüllen.²

Beispiel:

Eine für ihren krankhaften, aber bisher nur am Rande angesprochenen Alkoholkonsum bekannte Patientin, die regelmässig wegen Verdauungsstörungen und Kopfschmerzen zur Behandlung kommt, ist für eine generelle Abklärung bereit. Sie scheint für ein Gespräch auch bezüglich ihres Alkoholkonsums offener als auch schon zu sein. Sie stellen die gleichen Fragen wie beim obigen Patienten. Und/oder Sie fügen Fragen an wie z.B.:

In welchen Situationen bringt Ihnen der Alkoholkonsum Positives?

Wie erlebten Sie Situationen, wo Sie nicht trinken konnten?

Diese drei Fragen (auch AUDIT-C genannt) haben sich bei der Erkennung des Risikokonsums bewährt und sind Teil des von der WHO entwickelten und wissenschaftlich vali-

¹ Z.B. <http://www.fosumos.ch/index.php/de/alkohol/audit-alcohol-use-disorders-identification-test>

² Z.B. <https://www.safezone.ch/selbsttests.html>



Ihre Selbstbeurteilung:

Wie habe ich mich beim Stellen meiner Frage(n) gefühlt?

Habe ich offene Fragen gestellt?

Welche Fragen sagen mir am ehesten zu, bei welchen fühle ich mich am wohlsten und warum?

Reagieren die Patienten je nach Frage unterschiedlich?

Ist der Patient ein Risikokonsument?

Habe ich die Lebensumstände, welche diesen Patienten zu einem Risikotrinker / abhängigen Trinker machen, richtig verstanden?

Wie soll ich je nach den Antworten und Fragen des Patienten weiter vorgehen?

Denken Sie über den Verlauf der Konsultation nach und bereiten Sie das Feedback für die nächste vor, denn sinnvoll ist es auf alle Fälle, bei der nächsten Konsultation das Thema wieder aufzunehmen und herauszuhören, wie der Patient das heutige Gespräch in Erinnerung hat.

Kommentar:

In vielen Ländern wird das Screening (Erkennung/Früherkennung) von nichtärztlichem Personal (Empfangsper-

sonal und medizinische Praxisassistentinnen) durchgeführt, das besonders dazu ausgebildet ist und mit Fragebogen arbeitet. Auf diese Weise kann Zeit gespart und der Arzt entlastet werden.

In der Schweiz entspricht diese Art der Beteiligung von nicht-ärztlichem Personal nicht der gängigen Praxis. Der Patient schätzt es, wenn Sie Themen wie Alkoholkonsum, Rauchen, Gewichtsprobleme und körperliche Betätigung ansprechen. Ausserdem ist dies eine gute Gelegenheit, auf die psychosozialen Aspekte Ihrer Patienten einzugehen und Ihr Interesse gerade an diesen sensitiven Bereichen zu zeigen. Mit den neuen Medikamenten aus der Gruppe der Opioid-System-Modulatoren besteht weiter die Hoffnung, alkoholkranken Patienten eine therapeutische Hilfe anbieten zu können, denen wir bisher hilflos gegenüberstanden, weil weder das kontrollierte Trinken noch eine Abstinenz- und noch weniger eine mehrmonatige stationäre Behandlung eine Option darstellten. Und diese Therapieentscheidungen gehören definitiv in die Hand des Arztes.

3

SCHRITT 3: DEN PATIENTEN INFORMIEREN

- Sie sind mental bereit.
- Sie haben den richtigen Augenblick in der Konsultation gewählt.
- Sie haben das Gespräch eröffnet.
- Sie haben einen Risikokonsum oder eine Alkoholabhängigkeit festgestellt.

Neue Aufgabe:
Den Patienten informieren.

Ihr Ziel:

Antworten Sie dem Patienten, indem Sie ihm die nötigen Informationen geben, und definieren Sie, was «normaler» Konsum bedeutet: «Alkohol – wie viel ist zu viel?»



Beispiel:

Eine Patientin leidet an chronischer Gastritis. Unter anderen Möglichkeiten haben Sie auch einen übermässigen Alkoholkonsum erwähnt, was die Patientin bestätigt hat. Sie hat Ihre Erkennungsfragen beantwortet, und ihre Antworten zeigen, dass sie zu den Risikokonsumenten gehört.

Bevor Sie Informationen geben, müssen Sie die Wahrnehmung und Kenntnisse der Patientin testen:

- Was halten Sie von Ihrem Konsum?
- Wissen Sie, was als normaler Konsum betrachtet wird?
- Wie viel ist für Sie zu viel?

Informieren bedeutet nicht urteilen. Beim Informieren des Patienten ist es wichtig, ihm die Möglichkeit zu geben, seinen eigenen Konsum zu hinterfragen, seinen persönlichen Fragen zuzuhören und sie zu beantworten. So erhalten Sie wertvolle Informationen über das Problembewusstsein Ihres Patienten und seine Kenntnisse zu diesem Thema.

Sie können Ihre Informationen durch Abgabe einer Broschüre unterstützen oder auch nur eine Broschüre mitgeben und die Diskussion auf die nächste Konsultation verschieben, falls Sie keine Zeit haben oder der Patient zögert.³

Kommentar:

Für einen risikoarmen Konsum gelten auch gemäss neuester Forschung für die Schweiz die folgenden Grenzen:

Männer: nicht mehr als zwei Standardgläser pro Tag, ausnahmsweise vier Standardgläser pro Tag über mehrere Stunden verteilt.

Frauen und Personen über 65 Jahre: weniger als zwei Standardgläser pro Tag, auch ausnahmsweise weniger als vier.⁴

Empfohlen werden **mindestens ein bis zwei alkoholfreie Tage pro Woche zur Vermeidung einer Toleranzbildung.**

Bestehen Hinweise für eine **Alkoholabhängigkeit** im Sinne des psychiatrischen Diagnostik-Manuals (siehe B. Erklärungsteil), so kann auch dies mit dem Patienten hier besprochen werden, ohne über seine Situation zu urteilen. Dies ist von Bedeutung, da auch die Unterschiede in den therapeutischen Schritten aufgezeigt werden müssen. Gleichzeitig bietet sich hier die Gelegenheit, **neue Perspektiven der therapeutischen Möglichkeiten** anzusprechen und als Fachmann zu erläutern, wenn der Patient dazu Fragen aufwirft.

Wie bei jedem Schritt zeigen die Reaktionen des Patienten, wie weit Sie gehen können. Um entspannt zuzuhören, muss genügend Zeit zur Verfügung stehen, und es ist besser, eine Diskussion auf die nächste Konsultation zu verschieben, als eine Vertrauensbeziehung zu zerstören, die gerade aufgebaut wird.

Wenn Sie das Gespräch auf die nächste Konsultation verschieben, müssen Sie jedoch den richtigen Augenblick finden, um auf das Thema einzugehen.

Ihre Selbstbeurteilung:

Ist er sich bewusst, dass er ein Problem im Zusammenhang mit seinem übermässigen Alkoholkonsum hat?

Habe ich seine Fragen beantwortet?

Habe ich ihm die gewünschten Informationen übermitteln können, und bin ich dabei offen und empfänglich geblieben, ohne über ihn zu urteilen?

Ist ein Coaching zum Thema Alkohol bei diesem Patienten indiziert und machbar?

Wie soll ich weiter vorgehen?

Denken Sie über den Verlauf der Konsultation nach und bereiten Sie das Feedback für die nächste vor, denn sinnvoll ist es auf alle Fälle, bei der nächsten Konsultation das Thema wieder aufzunehmen und herauszuhören, wie der Patient das heutige Gespräch in Erinnerung hat.

³ http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/alkohol_de.pdf bzw. www.suchtschweiz.ch «Was soll ich über Alkohol wissen?»

⁴ siehe Seite 27 Standardgläser

4

SCHRITT 4: DIE MOTIVATION TESTEN

- Sie sind mental bereit.
- Sie haben den richtigen Augenblick in der Konsultation gewählt.
- Sie haben das Gespräch eröffnet.
- Sie haben einen Risikokonsum oder eine Alkoholabhängigkeit festgestellt.
- Sie haben den Patienten über seinen Alkoholkonsum und mögliche Konsequenzen informiert.

Neue Aufgabe:

Motivation für eine Verhaltensänderung testen.

Ihr Ziel:

Feststellen, in welchem Motivationsstadium sich der Patient befindet und welche Bedürfnisse vorhanden sind, um gemeinsam mit ihm einen Ansatz zu verfolgen.

Beispiel:

Sie bekommen den Diabetes eines Patienten nicht in den Griff. Nach den verschiedenen Untersuchungsschritten hat sich herausgestellt, dass der Patient ein risikoreicher Alkoholkonsument ist. Sie haben die Informationen weitergegeben, die Broschüre überreicht und möchten etwas unternehmen. Bisher hat sich der Patient aufmerksam und interessiert gezeigt. Sie müssen sich nun fragen:

- Ist er sich des Problems bewusst?
- Ist er bereit, etwas zu unternehmen?
- Hat er die Absicht, konkret etwas zu unternehmen?
- Hat er bereits versucht, das Problem zu beheben?
- Hat er schon einmal eine gewisse Zeit durchgehalten?

Die Motivationsphase kann in fünf Etappen eingeteilt werden: das Problem erkennen, sich ändern wollen, sich darauf vorbereiten, sein Verhalten ändern und dann die Änderung aufrechterhalten. Das Ganze nennt man einen «Lernzyklus» im Transtheoretischen Modell (Stages of Change) nach DiClemente und Prochaska.

Mit Hilfe offener Fragen kann festgestellt werden, in welchem Stadium sich der Patient befindet und welche Bedürfnisse er hat, um das nächste Stadium zu erreichen. Beispiel: Welche (positiven oder negativen) Erfahrungen haben Sie gemacht? Wie wollen Sie vorgehen? Was haben

Sie schon versucht? Auf welche Hilfe können Sie zählen? Welche Hindernisse stehen Ihnen im Weg?

Es geht darum, eine «Diagnose» des Zustandes des Patienten angesichts seines Problems zu stellen. Seine Reaktionen in den vorhergehenden Schritten haben Ihnen sicherlich schon wertvolle Hinweise geliefert.

Kommentar:

Jeder Patient, jedes Problem und jede Konsultation ist anders, aber der Ablauf der Lernstufen ist für alle gleich. Jede Stufe hängt von der vorhergehenden ab, die abgeschlossen sein muss, bevor die nächste eingeleitet wird. Man kann beispielsweise erst etwas unternehmen wollen, wenn man sich des Problems bewusst ist, und eine konkrete Anwendung im Alltag setzt den festen Willen voraus, etwas zu unternehmen, und gleichzeitig auch das Wissen, wie man es angehen soll.

Ihre Selbstbeurteilung:

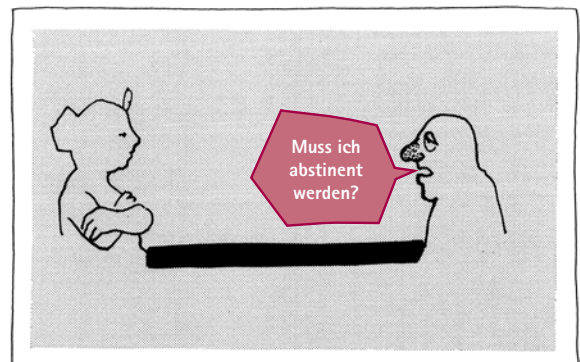
In welchem Stadium des Lernzyklus befindet sich der Patient?

Ist der aktuelle Lernschritt vollzogen? Falls nicht, was fehlt? Habe ich genügend Argumente, um festzustellen, in welchem Stadium sich der Patient befindet?

Sind meine Fragen genügend offen, damit ich eine klare Vorstellung der Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten erhalte?

Wie wahrscheinlich ist eine Verhaltensänderung bei diesem Patienten?

Denken Sie über den Verlauf der Konsultation nach und bereiten Sie das Feedback für die nächste vor, denn sinnvoll ist es auf alle Fälle, bei der nächsten Konsultation das Thema wieder aufzunehmen und herauszuhören, wie der Patient das heutige Gespräch in Erinnerung hat.



5

SCHRITT 5: DEN PATIENTEN MOTIVIEREN

- Sie sind mental bereit.
- Sie haben den richtigen Augenblick in der Konsultation gewählt.
- Sie haben das Gespräch eröffnet.
- Sie haben einen Risikokonsum oder eine Alkoholabhängigkeit festgestellt.
- Sie haben den Patienten über seinen Alkoholkonsum und dessen Konsequenzen informiert.
- Sie haben seine Motivation für eine Verhaltensänderung getestet.

Neue Aufgabe:

Die Motivation des Patienten verbessern.

Ihr Ziel:

Dem Patienten helfen, zu einer neuen Phase des Motivationszyklus überzugehen und die Motivation aufrechtzuerhalten.



Beispiel:

Die Angst, nach nicht geschütztem Geschlechtsverkehr in einer wie – fast an jedem Wochenende – feuchtfröhlichen Nacht HIV-positiv zu sein, hat einen jungen Mann für einen HIV-Test zu Ihnen geführt. Sie haben ihm zugehört, nicht über ihn geurteilt und dank Ihrer Offenheit mit ihm über die Risiken eines übermäßigen Alkoholkonsums sprechen können. Sie konnten den Patienten motivieren, das heißt sein Problembewusstsein schärfen. Wie kann er nun Lust bekommen, mit Ihnen über eine Verhaltensänderung zu diskutieren?

Jedem Stadium des Lernprozesses des Patienten entspricht eine spezifische Haltung des Arztes. Es geht darum, die erreichte Motivationsstufe zu festigen und zur nächsten überzugehen. Der Arzt verfolgt die nachstehenden Ziele:

1. Förderung des Problembewusstseins durch Erteilen der notwendigen Informationen
2. Informationen über die Handlungsmöglichkeiten und Motivieren des Patienten
3. Feststellung und Entwicklung der Fähigkeiten und Mittel des Patienten, etwas zu unternehmen
4. Planung der Umsetzung im Alltag
5. Planung der Unterstützung und Motivation zur Weiterführung der Massnahmen

Kommentar:

Es ist völlig normal, dass ein Patient oft die gleichen Schritte mehrmals durchlaufen muss und dass es Rückschritte geben kann. Wiederholungen sind für die Einführung neuer Verhaltensweisen notwendig und sollten nicht zu einem Versagensgefühl beim Arzt oder zu einem Abbruch führen. Der Arzt darf keine Anzeichen einer Entmutigung zeigen, sondern muss darauf hinweisen, dass Rückschritte zum normalen Prozess gehören. Und desgleichen wird man bei einer Alkoholabhängigkeit vorgehen – der Patient zögert vielleicht zuerst, konkrete Schritte zu unternehmen. Diese aber bereits abzuwägen ist schon ein günstiges Anzeichen für eine Veränderung.

Ihre Selbstbeurteilung:

Besitze ich alle notwendigen Informationen, um die Motivation des Patienten zu verbessern?
Hat der Patient Lust, weitere Fortschritte zu erzielen und warum? Wie steht er diesem Prozess gegenüber?
Habe ich Lust, weiterzumachen und weshalb?
Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Patient mittelfristig seine Alkoholkonsumgewohnheiten ändert?

Denken Sie über den Verlauf der Konsultation nach und bereiten Sie das Feedback für die nächste vor, denn sinnvoll ist es auf alle Fälle, bei der nächsten Konsultation das Thema wieder aufzunehmen und herauszuhören, wie der Patient das heutige Gespräch in Erinnerung hat.



6

SCHRITT 6: DIE ZIELE FESTLEGEN

- Sie sind mental bereit.
- Sie haben den richtigen Augenblick in der Konsultation gewählt.
- Sie haben das Gespräch eröffnet.
- Sie haben einen Risikokonsum festgestellt.
- Sie haben den Patienten über seinen Alkoholkonsum informiert.
- Sie haben seine Motivation für eine Verhaltensänderung getestet.
- Sie haben dem Patienten geholfen, seine Motivation zu verbessern.

Neue Aufgabe:
Realistische Ziele festlegen.

Ihr Ziel:

Dem Patienten helfen, realistische Ziele festzulegen, das heißt Ziele, die je nach seiner Situation erreichbar sind und seinem Stand im Lernzyklus entsprechen.

▶ Beispiel:

Der Patient leidet an Übergewicht und Herz-Kreislauf-Problemen. Er ist Weinhändler und erkennt, dass seine Konsumgewohnheiten (Weinproben mit den Kunden) eine Rolle bei seinen gesundheitlichen Problemen spielen. Der Beruf stellt ein echtes Problem bei der Suche nach einer Strategie für diesen Patienten dar, der zwar sehr motiviert ist, seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Aufgrund seines Alters (58 Jahre) ist eine berufliche Neuorientierung schwierig. Durch eine genaue Analyse seines Tagesablaufs und Überlegungen zu möglichen Änderungen können Ziele festgelegt werden.

Jede Situation ist speziell. Neben den besonderen Alkoholkonsumgewohnheiten besitzt jeder Patient spezifische Schwierigkeiten und Mittel, ein mehr oder weniger positives oder negatives familiäres Umfeld und eine mehr oder weniger starke Motivation.

Die Ziele können aufgrund einer gemeinsam mit dem Patienten durchgeführten Analyse der verschiedenen Lebensumstände festgelegt werden. Am besten wird eine Ände-

rung nach der anderen vorgenommen. Dank Erfolgserlebnissen sind die Patienten motiviert, die Änderungen beizubehalten oder noch zu verstärken.

Es geht darum, einen (mit dem Patienten zu definierenden) Ansatz zu finden, bei dem er sich begleitet und unterstützt fühlt.

Kommentar:

Jeder kleinste Schritt zu einer Veränderung verdient Unterstützung. Manchmal ist jedoch die Politik der kleinen Schritte unrealistisch, und die Frage der Abstinenz stellt sich. Unterschätzen sie nicht den Einfluss von Wiederholungen. Eine mehrmals vermittelte Information wird eher aufgenommen und ist eher wirksam.⁵

Ihre Selbstbeurteilung:

Habe ich dem Patienten die Gelegenheit gegeben, seine Ziele selber realistisch festzulegen, und habe ich ihm genügend geholfen, der Wirklichkeit ins Auge zu blicken? Wie sieht der Patient die Veränderung? Habe ich ihm meine Sichtweise aufgedrängt? Welche Erfolgchancen hat der Patient? Habe ich die nötige Unterstützung für den Erhalt der Veränderungen geschaffen?

Denken Sie über den Verlauf der Konsultation nach und bereiten Sie das Feedback für die nächste vor, denn sinnvoll ist es auf alle Fälle, bei der nächsten Konsultation das Thema wieder aufzunehmen und herauszuhören, wie der Patient das heutige Gespräch in Erinnerung hat.

⁵ Briefer J.P., Briefer F., Brève approche de la suggestion, Primary Care, 2002, 2: 406-409



7

SCHRITT 7: BEHERRSCHEN DER KURZINTERVENTION

- Sie sind mental bereit.
- Sie haben den richtigen Augenblick in der Konsultation gewählt.
- Sie haben das Gespräch eröffnet.
- Sie haben einen Risikokonsum festgestellt.
- Sie haben den Patienten über seinen Alkoholkonsum informiert.
- Sie haben seine Motivation für eine Verhaltensänderung getestet.
- Sie haben realistische Ziele festgelegt.

Keine neue Aufgabe!

Sie haben die verschiedenen Stufen der Intervention genügend geübt, um den Ablauf zu beherrschen und sich frei zu fühlen, sich an jede Situation anzupassen. Sie haben ein offenes Ohr für die Patienten, stellen offene Fragen, mit denen das Problem vertieft werden kann und dem Gesprächspartner genügend Zeit gelassen wird, sich eine Antwort zu überlegen. Ihre Einstellung zeigt klar, dass Sie vom Patienten ein Engagement zur Klärung und Lösung der Probleme erwarten, und Sie stehen als Experte und Berater mit einem Ziel zur Verfügung: ihm zu helfen, sich zu ändern. Bei Bedarf können Sie den Patienten auch an andere Angebote weiterverweisen, wie z.B. Suchtfachstellen, oder auf webbasierte Angebote hinweisen, z.B. www.safezone.ch. Webbasierte Angebote können dazu beitragen, dass die Schwelle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, gesenkt wird. Die i.d.R. personalisierten Rückmeldungen zum eigenen Alkoholkonsum werden als weniger konfrontierend erlebt.

Am Ende jeder Konsultation sollten Sie sich Zeit nehmen, um über den Verlauf nachzudenken, eine kurze Selbstbeurteilung vorzunehmen und das Feedback für das nächste Treffen vorzubereiten, denn sinnvoll ist es auf alle Fälle, bei der nächsten Konsultation das Thema wieder aufzunehmen und herauszuhören, wie der Patient das letzte Gespräch in Erinnerung hat.

Wie steht es damit zurzeit bei Ihren Konsultationen?

Wir haben Ihnen diese Frage am Anfang des ersten Teils des Handbuchs anhand der Frage nach der Prävalenz des Alkoholproblems bei Ihren Konsultationen gestellt.

Jetzt schlagen wir Ihnen eine Übung vor, mit der Sie sehen können, welchen Weg Sie zurückgelegt haben. Halten Sie über eine bestimmte Zeit die Anzahl Patienten fest, bei denen Sie einen Risikoalkoholkonsum festgestellt und eventuell eine Kurzintervention durchgeführt haben, und zeichnen Sie auf, wie die Patienten reagiert haben. Damit können Sie Erfahrungen sammeln, um noch andere Gelegenheiten für ein Gespräch über das Thema Alkohol zu nutzen, aber auch, um ohne Frust zu schweigen, wenn ein Patient nicht zu einem Gespräch über seinen Alkoholkonsum bereit ist.

B. ERKLÄRUNGSTEIL: KOMMENTIERTE SCHRITTE

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist von zerbrechlicher Natur und wird meist im Laufe der Zeit aufgebaut. Zahlreich sind die Fachleute, welche befürchten, die Vertrauensbeziehung zu ihren Patienten zu zerstören, wenn sie Fragen ansprechen, mit denen bestimmte heikle Aspekte der Privatsphäre zutage treten. Andererseits gibt es auch nicht wenige Patienten, die hoffen, dass ihr Arzt ebenfalls die Schwierigkeiten anspricht, über die sie nicht zu reden wagen.

Die Banalisierung des Alkoholkonsums ist das Ergebnis einer Vielzahl kultureller Faktoren, die in Weinbauregionen besonders ausgeprägt sind. Ein weiterer, schwieriger anzusprechender Faktor ist, dass viele Ärzte selber trinken, und einige sogar mehr als der Bevölkerungsdurchschnitt, weil sie angesichts des stressigen Berufs nach einem nicht medikamentösen (sic) Anxiolytikum suchen.⁶

In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, wie wichtig es ist, in diesen schwierigen Augenblicken, in denen der Patient seine Schwächen offenbart, sich in ihn hineinzufühlen. Nachfolgend beispielhaft einige Anhaltspunkte, um eine solche Beziehung aufzubauen:

- die Augenblicke starker Emotionen erkennen
- den Patienten fragen, was los ist
- die Gefühle benennen
- die Gefühle legitimieren
- die Anstrengungen des Patienten, sich den Tatsachen zu stellen, würdigen
- Hilfe und Unterstützung anbieten

VOR JEDLICHER INTERVENTION

Bereiten Sie sich mental vor:

«Wie soll ich bei diesem Patienten vorgehen?»

Die Vorbereitung besteht darin, sich vor dem Termin mit dem Patienten mental auf die Intervention vorzubereiten. So steigen die Erfolgchancen. Vergessen Sie nicht, die verfügbare Zeit abzuschätzen, um nicht unter Zeitdruck zu geraten und dadurch weniger für die Fragen und Reaktionen des Patienten offen zu sein. Wenn Sie sich unter Zeitdruck fühlen, ist es manchmal besser, erst beim nächsten Termin auf das Thema einzugehen.

Zwischen dem Arzt und dem Patienten muss eine partnerschaftliche Beziehung entstehen. Ihre Einstellung muss dem Patienten klar vermitteln, dass Sie ihn als Partner ernst nehmen, dass Sie von ihm erwarten, dass er mitmacht, es aber auch akzeptieren, wenn er sich weigert, über das Thema zu sprechen.

Nachfolgend ein Schema für die Vorbereitung der Kurzintervention:

- Wählen Sie die Patienten aus, bei denen Sie denken, dass Sie intervenieren können, ohne die Vertrauensbeziehung aufs Spiel zu setzen.
- Stellen Sie sich bis in die Einzelheiten vor, wie Sie bei diesen Patienten intervenieren werden.
- Verbessern Sie das Interventionsszenario, bis Sie sich zufrieden, ausreichend vorbereitet und zuversichtlich fühlen.

Die Wahl des richtigen Augenblicks in der Konsultation: «Jetzt kann ich den Alkoholkonsum ansprechen.»

Es liegt eine Situation mit einem Problem vor, bei dem der Alkoholkonsum eine Rolle spielen könnte: Bluthochdruck, Gewichts- oder Verdauungsprobleme, depressive Störungen, Unfall- oder Gewalttrauma, Check-up usw. Nutzen Sie die Gelegenheit vor allem, um sich wohl zu fühlen. Bei einem neuen oder Ihnen noch nicht so gut bekannten Patienten kann das Thema Alkoholkonsum bei den Schlüsselfragen zum Lebensstil eingebracht werden. Bei Jugendlichen gibt es normalerweise keine Probleme, das Thema Alkohol anzusprechen.

SELBSTBEURTEILUNG

Denken Sie nach jeder Konsultation über den Verlauf nach, und üben Sie Selbstkritik. Notieren Sie, was gut und weniger gut funktioniert hat, beurteilen Sie die Reaktionen des Patienten und Ihre eigenen (wie ist es gelaufen?), ziehen Sie Bilanz, und erstellen Sie eine Prognose für die weiteren Interventionen.

⁶ Mottu F., A propos de l'alcoolisme ou «propos d'alcoolique?», Primary Care, 2003, 3: 236.

**Weiteres Vorgehen, wenn der Patient wiederkommt:
«Was ist seit unserem letzten Gespräch geschehen?»**

Dieser Schritt ist an sich nicht kompliziert, aber für den Patienten sehr wichtig. So beweisen Sie Ihr Interesse am Patienten und seinen Problemen. Sie zeigen den roten Faden Ihrer Gespräche auf. Der Einstieg wird erleichtert, wenn man die anzusprechenden Themen gemeinsam festlegt. Andernfalls kann der Patient seine Motivation verlieren und den Eindruck gewinnen, dass das, was er sagt, für Sie unwichtig ist. Wenn der Patient zeigt, dass er nicht über das Thema Alkohol sprechen möchte, sollten Sie es für den Augenblick sein lassen.

Sie können:

- daran erinnern, welche Themen behandelt und welche Verpflichtungen möglicherweise eingegangen worden sind

- mit der Intervention dort fortfahren, wo sie aufgehört hat
- den Patienten fragen, ob er seit dem letzten Arztbesuch nachgedacht, etwas geändert oder Entschlüsse gefasst hat
- usw.

Die Schwierigkeit besteht darin, ein verlässliches System zu besitzen, um:

1. sich daran zu erinnern, wie wichtig es ist, bei der nächsten Konsultation das Thema Alkoholkonsum wieder aufzunehmen und
2. sich an den Verlauf der Konsultation zu erinnern, um den Faden wieder aufnehmen zu können und Fragen über die mit dem Patienten festzulegenden Ziele usw. zu stellen.

DAS GESPRÄCH ERÖFFNEN

Ziel dieses Schritts ist, dem Patienten zu zeigen, dass er mit Ihnen über den möglicherweise übermässigen Alkoholkonsum sprechen und seine diesbezüglichen Ängste mitteilen kann, ohne dass man ihn deswegen tadelt oder Schuldgefühle in ihm weckt. Die Diskussion wird mit Wohlwollen eröffnet, und man überlässt es dem Patienten, den zugespielten Ball aufzunehmen oder nicht. Manchmal genügt eine einzige Frage, um das Gespräch in Gang zu bringen, und dieser Schritt kann in wenigen Sekunden getan werden.

Wenn Sie gut vorbereitet sind und den geeigneten Augenblick gewählt haben, finden Sie ganz natürlich den richtigen Zugang zur Frage nach dem Alkoholkonsum. Bei einem offensichtlichen Problem, bei dem der übermässige Alkoholkonsum vielleicht eine Rolle spielt, können Sie die allgemeinen Lebensgewohnheiten ergründen und sich speziell auf den Alkoholkonsum konzentrieren.

Die im Rahmen von Untersuchungen junger Patienten entwickelte Abkürzung **HEADSSS**⁷ erinnert an die verschiedenen Lebensbereiche, in denen der Alkoholkonsum eine Rolle spielen kann.

HEADSSS:

- H: Home** – Alkohol im Familienumfeld
- E: Education** – Alkohol in Ausbildung und Beruf
- A: Activity** – Alkohol und Freizeit
- D: Drug** – Alkohol als Stimmungsaufheller und Leistungsverbesserer
- S: Sexuality** – Alkohol und sexuelle Aktivitäten (ungeschützter Geschlechtsverkehr usw.)
- S: Security** – Alkohol und Risikoverhalten (z. B. Unfälle usw.)
- S: Suicide** – Alkohol und affektive Störungen (fehlende Lebensfreude, Depression usw.)

Die oben genannten Themen sind besonders nützlich, um mit Jugendlichen oder jungen Erwachsenen zu sprechen, die vor dem Einstieg ins Berufsleben zur Kontrolle kommen und kein gesundheitliches Problem als Anlass für ein Gespräch über den Alkoholkonsum aufweisen. Dies gilt auch für die Konsultationen mit neuen Patienten oder bei einem Check-up.

⁷ Goldenring J. M., Rosen D. Getting into adolescent heads: an essential update. Contemp Pediatr. 2004

Zur Erinnerung:

Schon die einfache Frage nach dem Alkoholkonsum ist ein wichtiger Schritt jeder Intervention. Sie bildet den Kern jeder Kurzintervention und ist gleichzeitig ihre kürzeste Form.

Die Patienten erwarten im Allgemeinen, dass sich der Arzt für ihre Lebensgewohnheiten (Alkohol, Rauchen, Ernährung, Sport usw.) interessiert. Bestimmte französische Untersuchungen haben gezeigt, dass viele später alkoholabhängige Patienten versucht hatten, ihren Arzt auf den Alkoholkonsum hinzuweisen (als sie erst «Risikokonsumenten» waren), was vom Arzt jedoch überhört wurde.

Wenn man den Alkoholkonsum nicht anspricht, kann dies auf den Patienten fälschlicherweise beruhigend wirken: «Wenn mich der Arzt nicht nach meinem Alkoholkonsum gefragt hat, bedeutet dies sicher, dass kein Problem vorliegt. Ich kann also so weitermachen und vielleicht sogar noch etwas mehr trinken.» Auch wenn der Arzt den angegebenen Konsum nicht kommentiert, wird der Patient versuchen, die Frage und das Schweigen des Arztes zu interpretieren. Er wird über seinen Konsum nachdenken, was den Weg für weitere Überlegungen oder gar den Entschluss zu einer Verringerung ebnet.

Gehen Sie mit Feingefühl, das heisst unter Berücksichtigung der Gefühle des Patienten, vor; teilen Sie seine Sorgen und achten Sie auf seine Reaktionen. Bitten Sie den Patienten um Erlaubnis, sich über seinen Alkoholkonsum oder auch anderen Drogenkonsum zu erkundigen: So fühlt sich der Patient wohler, und Sie sind legitimiert, völlig frei nachzuforschen: «Sind Sie damit einverstanden, dass wir heute über Ihren Alkoholkonsum und allenfalls auch weitere Drogeneinnahme sprechen?»

Weigert sich der Patient, ist Ihre Intervention beendet. Sie hat nur wenig Zeit in Anspruch genommen, was jedoch nicht bedeutet, dass sie wirkungslos war. Eine Weigerung bedeutet nicht, dass der Arzt nicht später auf das Thema zurückkommen kann oder muss.

Stellen Sie offene Fragen, die beim Antworten viel Spielraum lassen:

«Welche Beziehung haben Sie zum Alkohol?»

«Alkohol kann eine Rolle bei Bluthochdruck spielen. Was meinen Sie dazu?»

Stellen Sie eine allgemeine, völlig unbedrohliche Frage: «Unter welchen Umständen trinken Sie Alkohol?»

DIE DIAGNOSE STELLEN

Dieser Schritt findet nur statt, wenn der Patient zu einer Diskussion bereit ist oder das Thema selber anspricht.

Das Ziel ist, genau festzustellen, ob der Patient ein Risikotrinker ist oder nicht, ob er informiert und vor einem übermässigen Alkoholkonsum gewarnt werden muss. Ein weiteres, ebenso wichtiges Ziel ist, ihn auf seinen tatsächlichen Konsum hinzuweisen und ihm vielleicht die Augen für ihm nicht bewusste oder banalisierte Exzesse zu öffnen. Schon dadurch wird er vielleicht genügend motiviert, um zu handeln und seinen Alkoholkonsum zu verringern.

Am häufigsten ist Widerstand in der Phase der Erkennung von Problemen. Ausweichender Blick, Änderung im Ton oder der Lautstärke der Stimme, Zögern, Banalisieren, Ändern der Gesichtsfarbe, Versuch, darüber zu witzeln, Entsetzen und Vorwürfe sind Anzeichen, dass das Diskussionsthema den Patienten stört. Dann haben Sie es fast sicher mit einem übermässigen Trinker zu tun, der sich seines Problems zwar bewusst ist, aber für den Augenblick lieber nicht mit dem Arzt darüber sprechen möchte. Diese Entscheidung ist zwar nicht zu fördern, aber zu respektieren, und gleichzeitig muss die Tür für eine spätere Diskussion offen gelassen werden.

Stellen Sie offene Fragen, bis Sie ein genaues Bild der Alkoholkonsumgewohnheiten Ihres Patienten, seines Verhaltens gegenüber dem Produkt Alkohol und der Lebensumstände haben, die seine Exzesse begünstigen. Die Qualität der Antworten wird stark dadurch bestimmt, wie das Gespräch über den Alkoholkonsum in Gang gebracht wird und was für Fragen gestellt werden. Es gibt

verschiedene Hilfsmittel, manche sind an spezielle Zielgruppen angepasst: generell (AUDIT und AUDIT-C, CAGE), schwangere Frauen (T-ACE und TWEAK), ältere Patienten (SMAST, ASSIST). Jedes Instrument hat seine Besonderheiten, Stärken und Schwächen. AUDIT ist nicht nur das einfachste, sondern auch das vielfältigste.

AUDIT: ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1982 beauftragte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Forschergruppe mit der Entwicklung eines einfachen, leicht von jeder Gesundheitsfachperson in der Praxis zu integrierenden Tests zur spezifischen Erkennung der Risikotrinker und Alkoholabhängigen.

Dieser für das Selbstauffüllen konzipierte Fragebogen umfasst zehn Fragen, leicht via Internet abrufbar (zum Beispiel bei <http://www.fosumos.ch/index.php/de/alkohol/audit-alcohol-use-disorders-identification-test>).

Drei Fragen beziehen sich auf den Risikokonsum: Häufigkeit, Menge bei einem typischen Konsum und Häufigkeit des missbräuchlichen Konsums. Mit diesen drei Fragen können Sie im Prinzip einen Risikokonsum bereits feststellen (= AUDIT-C).

Drei Fragen beziehen sich auf Abhängigkeitssymptome: Fehlen einer Kontrolle beim Alkoholkonsum, Auswirkungen der Alkoholisierung auf den Alltag und Alkoholkonsum am Morgen.

	0	1	2	3	4	Punktzahl pro Zeile
1. Wie oft trinken Sie Alkohol?	Nie	Höchstens 1 Mal pro Monat	2–4 Mal pro Monat	2–3 Mal pro Woche	Mindestens 4 Mal pro Woche	
2. Wie viele Gläser Alkohol konsumieren Sie an den Tagen, an denen Sie trinken?	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8	10 oder mehr	
3. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser zu einem bestimmten Anlass?	Nie	Weniger als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	Jeden Tag oder fast	

Tab. 1: Die ersten drei AUDIT-Fragen.

Vier Fragen betreffen die vom Alkohol verursachten Schäden: unter Alkoholeinfluss begangene Fehler, Alkoholkoma, Unfälle im Zusammenhang mit dem übermässigen Konsum und andere mit dem Alkohol verbundene Probleme.

Einige Autoren haben die Effizienz der dritten Frage als Erkennungsinstrument gemessen und hervorragende Ergebnisse erzielt (Sensibilität 77%, Spezifizität 83%).⁸

In der Gesamtbevölkerung beträgt der Anteil der Risikokonsumenten rund 20–25 Prozent. Bei einer Gesamtpunktzahl von sechs oder mehr multipliziert sich die Wahrscheinlichkeit um das Dreifache. Ihr Patient konsumiert sehr wahrscheinlich Alkohol in gesundheitsgefährdender Art und Weise.

Die Erfahrung zeigt, dass der Arzt, der sich für die Alkoholprävention interessiert und dieses Thema gewohnheitsmässig anspricht, auch eine hohe Anzahl Patienten entdeckt, bei denen sich die Frage einer Alkoholabhängigkeit stellt.

In der Praxis kann dies wie folgt aussehen: Der Patient hat bei dem AUDIT-C (drei Fragen Seite 25) zum Beispiel sieben Punkte erreicht. Sie erhärten Ihre Diagnose mithilfe der CAGE-Fragen oder dem vollen AUDIT.

Manchmal kann das Gespräch nicht wie gewünscht eröffnet werden. In diesem Fall kann man dem Patienten den AUDIT-Fragebogen abgeben, damit er ihn in aller Ruhe zuhause ausfüllt und sich so auf das Thema beim nächsten Arzttermin vorbereiten kann. Man kann die Diskussion auch abrechnen und am Ende der Konsultation auf die Website <http://www.mydrinkcontrol.ch> hinweisen.

CAGE-FRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen eignet sich besser für die Erkennung einer Abhängigkeit. Zwei positive Antworten auf die vier folgenden CAGE-Fragen entsprechen einer Abhängigkeitswahrscheinlichkeit von 60 Prozent.

- a) Hatten Sie jemals das Gefühl, Sie müssten Ihren Konsum an alkoholischen Getränken verringern?
- b) Hat Ihr Umfeld schon einmal Bemerkungen über Ihren Alkoholkonsum gemacht?
- c) Hatten Sie schon einmal den Eindruck, dass Sie zu viel trinken?
- d) Haben Sie schon einmal am Morgen Alkohol gebraucht, um in Form zu sein?

BIOLOGISCHE MARKER (MCV, GGT UND CDT)

In einem bestimmten klinischen Zusammenhang kann es vorkommen, dass diese Marker eingesetzt werden. Bei hohen Werten müssen Sie sich fragen, ob in diesem Fall der Alkohol eine Rolle spielen könnte, und nach anderen Anzeichen eines übermässigen Konsums oder einer Abhängigkeit suchen. Das ist auch der richtige Augenblick, um das Gespräch über den Alkoholkonsum zu eröffnen.

Die biologischen Marker können manchmal helfen, den übermässigen Alkoholkonsum zu entdecken und eine Verbindung zu bestimmten Symptomen herzustellen. Die meisten Risikokonsumenten weisen jedoch absolut normale Werte auf! Die Spezifizität und/oder Sensibilität der Marker ist also zur Erkennung eines einfachen Risikokonsums unzureichend. Die biologischen Marker können jedoch mit dem Ziel verwendet werden, biologische Veränderungen aufgrund des Alkoholkonsums zu messen oder den Verlauf der Konsumverringering oder Abstinenz zu verfolgen.

	Sensibilität	Spezifizität
MCV (> 99 FL)	27	91
GGT (> 50 UI/l)	69	65
CDT (> 20 UI/l)	58	82

Tab. 2: Sensibilität und Spezifizität bestimmter biologischer Marker bei der Erkennung von Problemen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum.

⁸ Bradley K.A., Kivlahan D.R., Bush K.R. et al., Variations on the CAGE Alcohol Screening Questionnaire: Strengths and Limitations, In VA General Medical Patients, Alcohol Clin Exp Res, 2001, 25, 10: 1472–8.

DEN PATIENTEN INFORMIEREN

Ziel dieses Schritts ist, dem Patienten klare und eindeutige Informationen über den von ihm beschriebenen Alkoholkonsum zu geben. Der Patient wartet jetzt auf eine Reaktion, sodass er für das, was Sie ihm sagen, sehr empfänglich ist. Gleichzeitig fühlt er sich vielleicht auch verletztlich und in der Defensive, weil er gewisse Schwächen offenbart hat. Auch hier ist die Einstellung des Arztes von grundlegender Bedeutung.

Die Einstellung des Arztes ist wichtig, um die Offenheit des Patienten zu bewahren. Um wirksam Einfluss zu nehmen und eine Verhaltensänderung zu erzielen, besteht die Arbeit des Arztes vor allem aus dem Erteilen von Informationen: Der Fachmann äussert seine Meinung und zieht Schlussfolgerungen aus seinen Analysen. Die Gesichtsmuskulatur ist entspannt und die Stimme neutral (keinesfalls die Stirn runzeln!).

Der Arzt teilt dem Patienten gegebenenfalls seine Besorgnis mit, rät ihm zu Massnahmen und erklärt die Gründe. Wenn der Patient sein Risiko teilweise nicht zu kennen scheint, muss der Arzt die möglichen künftigen Folgen des aktuellen Konsums genau (aber nicht übertrieben) anhand einer Beschreibung der Symptome darlegen: Zunahme der Gewöhnung an den Alkohol, Hang zu verstärktem Konsum bei Problemen, Auswirkungen auf den Körper, das Verhalten, die Gedanken, die Familie, die Arbeit usw.

Mit diesem Schritt wird auch bezweckt, dass der Patient sich in Bezug auf seinen Alkoholkonsum positionieren kann: Trinke ich zu viel? Wie viel ist maximal tolerierbar? Die Patienten sind oft über den tatsächlichen Konsum überrascht und verringern ihn nicht selten spontan. Es gibt also keinen günstigeren Augenblick, um dem Patienten zu zeigen, welcher Konsum gemäss den zurzeit verfügbaren wissenschaftlichen Kriterien bei gesunden und nicht abhängigen Personen empfohlen ist, die gewohnheitsmässig oder sporadisch Alkohol konsumieren möchten. Es geht vor allem darum, einen Anhaltspunkt als Ziel zu geben und Anreize zu schaffen, den risikoreichen Konsum zu verringern.

Die Abgabe einer Informationsbroschüre (z.B. «Was sollte ich über Alkohol wissen», www.suchtschweiz.ch) wird empfohlen. So kann der Patient sich ganz ruhig zu Hause nochmals das Gespräch mit dem Arzt durch den Kopf gehen lassen. Die schriftliche Unterlage erinnert ihn an die wichtigsten Informationen und enthält Vorschläge, um den Konsum besser unter Kontrolle zu halten. Das Faltblatt kann die mündlichen Informationen des Arztes nicht ersetzen, stellt jedoch eine gute Hilfe dar, wenn der Widerstand des Patienten gegen ein Gespräch zu gross ist. Zudem kann es zur Vorbereitung auf den nächsten Termin dienen, wenn die Zeit fehlt oder der Arzt sich nicht sicher genug fühlt, um das Thema in der gleichen Sitzung anzusprechen.

DER «RISIKOARME» ALKOHOLKONSUM?

Die kritische Obergrenze für den risikoarmen Alkoholkonsum wird zurzeit in Bezug zum globalen Mortalitätsrisiko gemessen. Meistens handelt es sich um eine Zusammenstellung epidemiologischer Daten aus verschiedenen Studien und Ländern. Das Risiko verläuft nicht linear, sondern gemäss der typischen U- bzw. J-Kurve: Ein gemässiger Konsum führt – zumindest statistisch gesehen – zu einem leicht niedrigeren Mortalitätsrisiko als gar kein Konsum. Dieses verbesserte Sterberisiko bleibt bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten bestehen, während das globale Mortalitätsrisiko ab zwei bis vier Gläsern pro Tag stark ansteigt.

Die Empfehlungen der verschiedenen Länder unterscheiden sich hinsichtlich der Grenze des risikoarmen Konsums. Sie berücksichtigen ausserdem örtliche Konsumgewohnheiten sowie den allgemeinen kulturellen Zusammenhang.

Zum Vergleich nachfolgend einige Beispiele:

1 Standardglas = 10g reiner Alkohol entspricht:

- 3 dl Bier
- 1 dl Wein
- 2 cl Spirituosen

Schweiz	Männer	Höchstens 2 Gläser pro Tag, ausnahmsweise 4 Gläser pro Tag auf mehrere Stunden verteilt
	Frauen	Weniger als 2 Gläser pro Tag, ausnahmsweise weniger als 4 Gläser pro Tag auf mehrere Stunden verteilt
WHO	Männer	Höchstens 3 Gläser pro Tag
	Frauen	Höchstens 2 Gläser pro Tag, nie mehr als 4 Gläser punktuell zu bestimmten Anlässen
Kanada (Regel 1–3–4)	Männer und Frauen	Höchstens 1 Glas pro Stunde Höchstens 3 Gläser pro Tag Höchstens 4 Tage in Folge
Grossbritannien	Männer	<21 Gläser pro Woche
	Frauen	<14 Gläser pro Woche

Tab. 3: Vergleich zur Frage: «Wie viel ist zu viel?»

DIE ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Sowohl die WHO (ICD-10) wie auch die amerikanische Gesellschaft für Psychiatrie (DSM-IV) definierten eine Reihe von klar definierten Kriterien, von welchen irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr erfüllt sein mussten, um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit zu stellen⁹. Diese relativ strenge Zuordnung sollte häufiger angewandt werden, um auch die Abhängigkeit in einem Frühstadium zu erkennen, anstelle des Zuwartens, bis fast alle Kriterien vorhanden sind. Bei vielen Patienten wird die Diagnose eben Jahre zu spät gestellt, wenn ein viertes oder fünftes Kriterium hinzugekommen ist.

Die Kriterien aus dem DSM-IV sind:

- Es liegt eine Toleranzentwicklung vor, die wie folgt definiert ist:
 - o Es besteht ein Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen beziehungsweise
 - o es tritt eine deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis auf.
- Es treten Entzugssymptome auf, die sich wie folgt äussern:
 - o Charakteristisches Alkoholentzugssyndrom beziehungsweise
 - o Einnahme von Alkohol, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

- Alkohol wird häufig in grösseren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- Es bestehen ein anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- Es wird viel Zeit damit verbracht, Alkohol zu beschaffen, ihn zu konsumieren oder sich von seinen Wirkungen zu erholen.
- Wichtige soziale, berufliche oder freizeithliche Aktivitäten werden aufgrund des Alkoholgebrauches aufgegeben oder eingeschränkt.
- Der Alkoholkonsum wird fortgesetzt trotz der Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholgebrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Cave! Tremor, vermehrtes Schwitzen oder Schlafstörungen können Folgen körperlicher Erkrankungen sein und fälschlicherweise für Entzugssymptome gehalten werden sowie vice versa. Die Toleranz für Alkohol nimmt aus physiologischen Gründen bei älteren Menschen ab, sodass geringere Mengen von Alkohol erforderlich sein können, um einen solchen Effekt zu erzielen.

⁹ Z. B. www.alterundsucht.ch

DIE MOTIVATION TESTEN

In diesem Schritt ist das Ziel, zu erkennen, welche Einstellung der Patient gegenüber seinem Problem hat. Die Theorie stützt sich auf die in den Kommunikationswissenschaften gut bekannten Begriffe «Lernzyklus» und «Lernstufen». Wenn man weiss, auf welcher Stufe des Lernzyklus oder der Entwicklung zu einer Verhaltensänderung sich der Patient befindet, kann der Arzt seine Intervention spezifisch an die reale Situation anpassen, realistische Vorschläge unterbreiten und diskutieren sowie die nächsten Schritte planen. Dies ermöglicht dem Arzt, seine Intervention effizient einzusetzen, weil er genau an dem Punkt mit dem Patienten verhandelt, wo dieser im Zyklus steht.

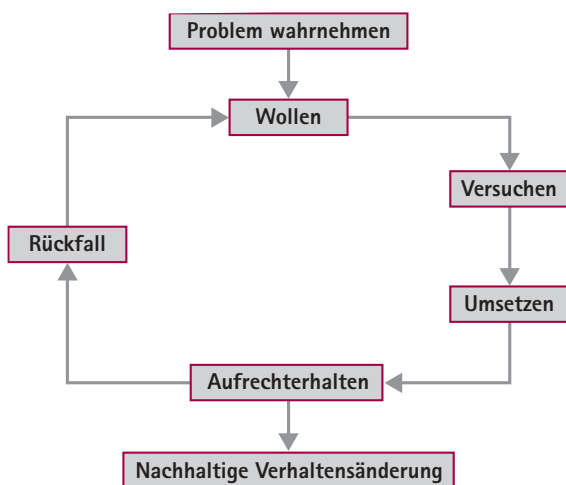


Abb. 2: Der Lernprozess des Patienten: ein Zyklus mit gut definierten Phasen und Aktivitäten.

Das Modell von Prochaska und DiClemente

Das so genannte «Transtheoretische» Modell für die Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente ist zweifellos eines der bekanntesten. Das Konzept des Motivational Interviewing von Miller und Rollnick, von dem die Kurzintervention abgeleitet ist, stützt sich ebenfalls darauf, auch wenn es nach und nach durch Anpassungen und Präzisierungen ergänzt wurde.¹⁰

Man unterscheidet zwischen dem vormotivationalen Stadium (Precontemplation), in dem der Patient kein Problem wahrnimmt und deshalb keine Veranlassung hat, sein Verhalten zu ändern, und dem anschliessenden Stadium des Problembewusstseins (Contemplation), in dem er ins Dilemma kommt: «Soll ich mich ändern oder nicht?» Er erlebt seine eigene Ambivalenz angesichts eines bestimmten Problems. Die dritte Phase ist das Vorbereitungsstadium

(Preparation), das durch die Einführung der Änderungsstrategien gekennzeichnet ist. Anschliessend folgt das Handlungsstadium (Action), in dem der Patient seine Entschlüsse in die Tat umsetzt. Zum Schluss kommt das Stadium der Aufrechterhaltung (Maintenance), in dem der Lebensstil nachhaltig angepasst und weiter den Bedürfnissen nachgegangen wird, ohne wieder in die alten Verhaltensmuster zurückzufallen.

Angesichts der Komplexität einer so bedeutenden Änderung wie der Abstinenz oder der Verringerung des Alkoholkonsums – wie übrigens bei jedem anderen Risikokonsum wie Rauchen, psychotrope Substanzen, Ernährungsgewohnheiten usw. – ist es nicht erstaunlich, dass die meisten es nicht im ersten Anlauf schaffen, ihre Gewohnheiten zu ändern und ihr Leben anders zu organisieren.

Von grosser Bedeutung ist deshalb auch die therapeutische Bearbeitung eines Rückfalls (Relapse). Gelingt es dem Arzt, einen solchen Rückfall therapeutisch zu verwerten und zur genaueren Erkundung des Zeitpunkts und der Umstände zu nutzen, kann auch dieser «Rückfall» als «Vorfall» verstanden werden, der zu neuem Problembewusstsein (Contemplation) führt, und die Chance für einen Erfolg bleibt weiter erhalten. Wird jedoch dieser Rückschlag mit Vorwürfen oder Selbstvorwürfen, mit Beschämung oder Versagen gleichgesetzt, verstärkt dies den früheren Umgang mit Schuldgefühlen und der Patient findet sich im altbekannten Teufelskreis wieder. Gerade dieser realistische Umgang verhilft dem Arzt, Ruhe zu bewahren und auch bei sich kein Versagensgefühl aufkommen zu lassen, sondern inspiriert ihn, mit dem Patienten den Faden neu aufzunehmen. Und entsprechend entlastet und verstanden fühlt sich der Patient, wenn ihm auf diese neue Art begegnet wird.

Der Therapeut muss damit rechnen, dass er die Patienten über mehrere Änderungszyklen hinweg begleiten muss. Dank der Lehren aus Misserfolgen und Erfolgen kann der Prozess beschleunigt und das Stadium der Aufrechterhaltung verlängert werden, um so hoffentlich zu einer endgültigen Verhaltensänderung zu gelangen.

Der Therapeut kann durch aktives Zuhören und offene Fragen feststellen, in welchem Stadium sich der Patient befindet:

- Was halten Sie von Ihrem Alkoholkonsum?
- Wie bereit sind Sie, etwas zu unternehmen?
- Was haben Sie schon versucht?
- Wie wollen Sie vorgehen?
- Welche Schwierigkeiten können Sie sich vorstellen?

¹⁰ Miller U. R., Rollnick S., Motivational Interviewing: Preparing People for Change (2nd ed.), 2002, New York, Guilford Press

DEN PATIENTEN MOTIVIEREN

Nachdem Sie festgestellt haben, wie motiviert der Patient ist, müssen Sie ihn ermutigen, zum nächsten Stadium überzugehen oder seine aktuelle Position zu festigen, wenn Sie den Eindruck haben, dass dies nicht der Fall ist. Jedem Lernschritt des Patienten entsprechen unterschiedliche Aufgaben des Therapeuten.

Problembewusstsein beim Patienten fördern

Herausfinden, was der Patient bereits weiss: Damit kann man Zeit sparen, indem man Wiederholungen vermeidet, die Beziehung in eine echte Partnerschaft einbetten und beim Patienten eine erste selbstkritische Hinterfragung seines Verhaltens auslösen kann.

Fördern des Problemverständnisses: Es geht darum, einfache Worte (ohne medizinischen Jargon!) zu benutzen, die Worte des Patienten zu übernehmen und die Erklärungen mehrmals auf unterschiedliche Weise zu wiederholen (paraphrasieren).

Sicherstellen, dass der Patient das Gesagte verstanden hat: Nur was der Patient wiederholen kann, darf als verstanden betrachtet werden.

Handlungsbereitschaft erkunden und fördern

Den Prozess nicht mit Zwang vorantreiben und den Patienten nicht um jeden Preis überzeugen wollen: Der Patient, der sich zum Einschlagen eines Wegs gezwungen fühlt, der (noch) nicht seiner ist, kann misstrauisch werden und das Gefühl haben, dass man über ihn urteilt, was zum Abbruch der Beziehung führen kann.

Auf Emotionen achten: Die emotionalen Aspekte müssen erkannt, benannt und legitimiert werden, um anschließend die Hindernisse bei der Akzeptanz des Problems und der Handlungsbereitschaft zu beseitigen.

Lernprozess des Patienten	Schlüsselfragen	In der Hausarzt-Konsultation	Im Alltag des Patienten
Wahrnehmen/Wissen (Precontemplation) SENSIBILISIEREN	<ul style="list-style-type: none"> Was denken Sie über Ihren Alkoholkonsum? Was wissen Sie über dieses Thema? In welcher Situation besteht die Gefahr, dass Sie zu viel Alkohol trinken? 	Problembewusstsein beim Patienten erkunden und fördern ANSPRECHEN	
Wollen (Contemplation) MOTIVIEREN	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie schon einmal daran gedacht, etwas zu unternehmen? Sind Sie bereit, Ihre Alkoholkonsumgewohnheiten zu ändern? 	Handlungsbereitschaft erkunden und fördern ANALYSIEREN	Fragebogen zum Gesundheitsverhalten ausfüllen, Broschüren und andere Hilfsmittel lesen
Versuchen (Preparation) PLANEN	<ul style="list-style-type: none"> Wie wollen Sie an die Sache herangehen? Haben Sie schon etwas versucht? 	Fertigkeiten und Ressourcen erfassen und aufbauen AUSARBEITEN	Zielverhalten und Ansatzpunkte auswählen
Umsetzen (Action) UMSETZEN	<ul style="list-style-type: none"> Welche Probleme sehen Sie voraus? Wie sehen Sie die Umsetzung im Alltag? 	Umsetzung im Alltag planen AUSFÜHREN	Gesundheitsprojekt umsetzen
Aufrechterhalten (Maintenance) BEGLEITEN	<ul style="list-style-type: none"> Wer könnte Ihnen helfen? Wie sehen Sie unsere Zusammenarbeit? 	Unterstützung und Begleitung planen AUFRECHTERHALTEN	Zusätzliche Unterstützung durch Fachpersonen oder regionale Angebote (Kurse und Gruppen) annehmen

Tab. 4: Beratungsmodell in fünf Schritten.

Synthese aus HIV-Manual von U. Grüninger, M. Künzel und H.P. Bosshard und GesundheitsCoaching KHM und DocCom (2014)¹¹

¹¹ Neuner-Jehle S., Schmid M., Grüninger U. The «Health Coaching» programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice* 2013;14(100): www.biomedcentral.com/1471-2296/14/100.

Die Möglichkeit geben, unter mehreren mit dem Patienten ausgearbeiteten Lösungen auszuwählen, und die Entscheidung dem Patienten überlassen.

Fertigkeiten und Ressourcen erfassen und aufbauen

Die Phantasie des Patienten anregen: Von den beiden Partnern weiss der Patient am besten, was er wie machen kann, glaubt jedoch oft nicht daran. Der Therapeut hilft dem Patienten, Vertrauen in sich und seine Fähigkeiten zu gewinnen oder wiederzugewinnen, sein Selbstwertgefühl zu steigern und sein Leben wieder unter Kontrolle zu bringen, indem er ihm hilft, seine Fähigkeiten und Mittel laut zu formulieren.

Hilfe und Unterstützung anbieten: Die Dinge entwickeln sich nicht unbedingt von selbst, aber der Therapeut ist da, um mit wohlwollender Unterstützung zu helfen, an die getroffenen Entscheidungen zu erinnern und den Patienten in den schwierigsten Augenblicken zu unterstützen.

Umsetzung im Alltag planen

Alle Risikosituationen mit dem Patienten besprechen: Im Allgemeinen weiss der Patient, in welchen Situationen er in Versuchung gerät, mehr Alkohol zu konsumieren. Für jede Risikosituation können gewisse Schutzmechanismen gefunden werden.

Dem Patienten helfen, selbst Lösungen zu finden: «Das, was man selber entschieden hat, macht man auch am besten.» Der Arzt hilft dem Patienten, für jede Risikosituation ein Gegenmittel zu finden, und unterbreitet Vorschläge, wenn sie der Patient nicht selber findet. Es geht nicht darum, Richtlinien aufzustellen oder Patentrezepte vorzuschlagen, sondern verschiedene Lösungen zu unterbreiten, die sich bei anderen Gelegenheiten als nützlich erwiesen haben. Die endgültige Entscheidung wird dem Patienten überlassen.

DIE MEDIKAMENTÖSE UNTERSTÜTZUNG

Die Anwendung der Kurzinterventionen ist auch ohne medikamentöse Unterstützung hilfreich. Umgekehrt wird bei allen Abgaben der neuen Medikamente zur Behandlung des Alkoholkonsums eine begleitende psychotherapeutische bzw. psychosoziale Massnahme verlangt. Dazu dienen die hier vorgestellten Kurzinterventionen.

In diesem Kapitel stellen wir eine Zusammenfassung und Übersicht dieser Medikamente zusammen, die derzeit (Stand Mai 2014) in der Schweiz im Handel sind. Folgende Informationen sind der Website www.fosumos.ch/index.php/de/alkohol entnommen. Aktuelle und verbindliche Informationen finden Sie unter www.swissmedinfo.ch.

Acamprosat (Campral®)

Wirkung: Die nach Alkoholmissbrauch und im Entzug auftretende Überaktivität der NMDA-Rezeptoren wird durch dieses Medikament gehemmt.

Kommentar: Der Einsatz von Acamprosat (Campral®) war mit grossen Hoffnungen verbunden. Vor allem bei motivierten Patienten mit Abstinenzabsicht nach Entzug sollte die Trinklust («Craving») damit reduziert werden. Das Therapieziel «Abstinenz nach Entzugsbehandlung» wurde in kontrollierten Studien häufig nicht erreicht, die Trinkintensität und die Zahl der Trinktage wurden zwar minimiert und eine bereits erreichte Abstinenz konnte länger aufrecht erhalten bleiben. Nach Studienlage soll Acamprosat vor allem zur Unterstützung der erreichten Abstinenz eingesetzt werden und nicht bei weiter trinkenden Patienten. Acamprosat wirkt nur bei jedem 2. bis 3. Patienten und darf nur nach erfolgtem Entzug eingesetzt werden.

Nebenwirkungen: Durchfall, Kopfschmerzen und Juckreiz.

Kontraindikationen: Schwangerschaft, Stillzeit, Serumkreatinin > 120 mmol/l, schwere Leberinsuffizienz.

Dosierung und Tagestherapiekosten 2.75 CHF bei 3x2 Tbl à 333 mg (Stand März 2014).

Baclofen (Lioresal®)

Wirkung: Baclofen ist ein GABA B-Rezeptor-Agonist mit geringem hepatischen Metabolismus.

Kommentar: Zugelassen für die Behandlung von muskulärer Spastizität bei Multipler Sklerose, aber nicht für die Indikation Alkoholabhängigkeit, gilt deshalb in der Schweiz als Off-Label-Use. In anderen Ländern (z.B. Frankreich) dennoch mit dieser Indikation genutzt: Der französische Arzt Olivier Ameisen, selbst alkoholkrank, hat zufällig erfahren, dass Baclofen das Verlangen, Alkohol zu trinken, mindern kann. Bei einer Dosis von 270 mg – im Vergleich zu

einer vom Hersteller empfohlenen Höchstdosis von 80 mg/Tag – verspürte er kein Verlangen mehr nach Alkohol.

Nebenwirkungen: Sedierung und Schläfrigkeit (10,2%), Übelkeit (10,9%), Benommenheit, Mattigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Ataxie, Tremor, Mundtrockenheit, Magen-Darm-Störungen, Brechreiz, Erbrechen, Verstopfung, Diarrhö. Eine Herabsetzung der Krampfschwelle und Anfälle sind insbesondere bei Epilepsiepatienten möglich.

Kosten (werden in der Regel nicht von der Krankenversicherung übernommen): Tagestherapiekosten von 2.90 CHF bei vom Hersteller empfohlener Höchstdosis von 80 mg (Stand 03/12).

Disulfiram (Antabus®)

Wirkung: Durch Hemmung des Enzyms Alkoholdehydrogenase kann der Alkohol nicht komplett abgebaut werden und es kommt zum Anstieg des giftigen Zwischenproduktes Acetaldehyd. Der hierdurch entstehende aversive Effekt bzw. das «Flush-Syndrom» (Kopfschmerzen, Hitzegefühl, rotes Gesicht, Übelkeit) sollen die Patienten am Weitertrinken hindern.

Kommentar: Wegen der damit erwünschten aber nicht ungefährlichen Wirkung ist das Medikament heute als obsolet zu betrachten. In der EU ist es nicht mehr in Handel, in der Schweiz noch erhältlich. Vom sogenannten «Trinkversuch» wird jedoch von ärztlicher wie von Hersteller Seite klar abgeraten.

Kontraindikationen: akute Manien, Psychosen, Suizidalität, Leberfunktionsstörungen (Transaminasen, alkalische Phosphatase, GGT > 3facher Normgrenzwert); Epilepsie, Periphere Polyneuropathie, Schwangerschaft, Nieren- oder Herzerkrankungen.

Interaktionen: Disulfiram verstärkt die Wirkung gerinnungshemmender Medikamente und die des Phenytoin. Kombination mit Metronidazol kann zu Verwirrheitszuständen führen. Cytochrom P-450-Hemmung (Interaktion mit einigen Benzodiazepinen).

Handling: Bevor das Medikament erstmals eingenommen wird, muss der Patient drei Tage abstinent sein und ein Informationsblatt unterschreiben. Therapiedauer individuell festlegen. Von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren.
Tageskosten: unter –.90 CHF (Stand 03/2014).

Nalmefen (Selincro®)

Wirkung: Nalmefen ist ein selektiver Opioid-Rezeptorligand. In-vivo-Studien haben gezeigt, dass Nalmefen den Alkoholkonsum verringert.

Kommentar: Reduktion des Alkoholkonsums bei erwachsenen Patienten mit Alkoholabhängigkeit, deren Alkoholkonsum «sich auf einem hohen Risikoniveau befindet» (>60 g/Tag für Männer; >40 g/Tag für Frauen), bei denen keine körperlichen Entzugserscheinungen vorliegen und für die keine sofortige Entgiftung erforderlich/möglich ist. Nalmefen ist nicht für Patienten bestimmt, deren Therapieziel eine sofortige Abstinenz ist. Es kann zur Verminderung von Rückfällen und/oder zur Trinkmengenverminderung aufgrund der Abschwächung der belohnenden Effekte von Alkohol kommen.

Die trinkmengenreduzierende Behandlung mit Nalmefen ist keine Alternative für die alkoholabhängigen Patienten, die bisher erfolgreich abstinenzorientiert behandelt werden. Das durch die Zulassung vorgegebene Behandlungskonzept eröffnet aber die Chance, Patienten zu erreichen, die (noch) nicht bereit sind, ein Abstinenzziel anzustreben. Im Sinne eines «stepped care» kann hier die Trinkmengenreduktion, im ersten Schritt ohne, im zweiten Schritt mit medikamentöser Unterstützung, eine sinnvolle Erweiterung der Therapieoptionen darstellen (Kiefer & Dinter 2013).

Kontraindikationen: Behandlung mit Opioid-Analgetika, Opioidabhängigkeit oder -entzugssymptome; schwere Leber-/Nierenfunktionsstörung.

Dosierung/Handling: Nalmefen soll nach Bedarf eingenommen werden: An jedem Tag, an dem der Patient das Risiko verspürt, Alkohol zu trinken, sollte möglichst 1–2 h vor dem voraussichtlichen Zeitpunkt oder auch wenn der Patient bereits begonnen hat, Alkohol zu trinken, eine Tablette eingenommen werden. Maximale Dosis: eine Tablette (18 mg) pro Tag.

Nebenwirkungen: Verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Verwirrtheit, Ruhelosigkeit, verminderte Libido, Schwindel, Kopfschmerzen, Somnolenz, Tremor, Aufmerksamkeitsstörungen, Parästhesie, Hypoästhesie, Tachykardie, Palpationen, Übelkeit, Erbrechen, trockener Mund, Hyperhidrose, Muskelspasmen, Ermüdung.

Zulassung und Tageskosten: Selincro® ist seit 2013 in der EU und seit 2014 in der Schweiz zugelassen. Bei Drucklegung steht der Preis noch nicht fest.

Naltrexon (Naltrexin®)

Wirkung: Naltrexon ist ein μ -Opiat-Antagonist, der dem sogenannten «Craving» (Suchtdruck) durch Blockade der Dopaminfreisetzung im limbischen System entgegenwirkt.

Kommentar: Naltrexon ist als medikamentöse Unterstützung der Entwöhnungsbehandlung nach erfolgter Entgiftung von Opiatabhängigen und von Alkoholabhängigen zugelassen. Es kann zur Verminderung von Rückfällen und/oder zur Trinkmengenverminderung aufgrund der Abschwächung der belohnenden Effekte von Alkohol kommen. Auf den Einfluss bei Opioidkonsum und Opiatanalgesie zur Schmerzbekämpfung muss der Patient hingewiesen werden. Einige mit Naltrexon behandelte Patienten berichteten über ausgeprägte Benommenheit und Schwindel, sodass in diesen Fällen die Fahrtüchtigkeit und die Fähigkeit, Maschinen zu bedienen, erheblich eingeschränkt war. Bei zeitlich begrenzten Rückfällen muss die Behandlung mit Naltrexin® im Gegensatz zur Antabus®-Therapie nicht unterbrochen werden, da keine schwerwiegenden Wechselwirkungen zu erwarten sind.

Kontraindikationen: Akute Hepatitis, schwere Leberfunktionsstörung; CAVE! Bei einem aktuellen oder kurz zurückliegenden Opioidkonsum oder einer Schmerztherapie unter Opioid wird ein abrupt beginnendes Opioidentzugssyndrom ausgelöst.

Dosierung: 1 Tbl. à 50 mg pro Tag. Nach einschleichender Behandlung mit ½ Tbl. pro Tag für mindestens 1 Woche.

Nebenwirkungen: sehr häufig: Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Unruhe, Nervosität aber auch häufig Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Depressionen und Stimmungsschwankungen; schwerer Schwindel, Durst, Müdigkeit, Benommenheit, Schüttelfrost, vermehrte Transpiration.

Kosten: Bei Dosierungsschema 1 Tbl à 50 mg/Tag. Tagestherapiekosten von 3.80 CHF (Stand März 2014).

DIE ZIELE FESTLEGEN

Dieser Schritt könnte auch «kurzes Motivationsgespräch» genannt werden. Es geht darum, dem Patienten zu helfen, seine Motivation zu steigern und mit Hilfe einfacher Techniken Änderungen vorzunehmen.

- a) Fragen Sie den Patienten als Erstes, was er zu tun gedenkt. Dadurch, dass der Patient entscheidet und handelt und seine Entscheidung dem Arzt mitteilt, steigt die Wahrscheinlichkeit der Umsetzung (höhere Motivation).
 - b) Bitten Sie den Patienten, seine Ziele klar zu umreißen, bis Sie sicher sind, dass Sie exakt und eindeutig verstanden haben, was der Patient tun will. Das wird ihm helfen, klare, genaue und dadurch motivierendere Ziele festzulegen. Achten Sie auch darauf, dass die Ziele realistisch sind. Dadurch können spätere Änderungen in den zwangsläufig auftretenden Augenblicken der Schwäche vermieden werden.
 - c) Achten Sie besonders auf nicht verbale Mitteilungen des Patienten: Jegliche Diskrepanz zwischen seinen Aussagen und dem Ton seiner Stimme, seinen Gesten und seinen Ausdrücken weist auf Widerstände hin. Fragen Sie den Patienten, wo genau das Problem ist, welche Schwierigkeiten er sieht, welche Zweifel ihm durch den Kopf gehen usw. So helfen Sie ihm, sich auf die künftigen Probleme zu konzentrieren.
 - d) Kehren Sie zum erstgenannten Punkt zurück. Fragen Sie ihn, was er zur Beseitigung der Hindernisse unternehmen will...
- Wenn ein Patient sagt, er finde keinen Weg, um seine Probleme zu lösen, bittet er möglicherweise den Arzt um Hilfe und Rat. Die Versuchung, Patentlösungen anzubieten, mag gross ein, aber es ist besser, darauf zu verzichten. Das ist oft eine unbewusste Strategie zur Abgabe der Verantwortung des Patienten, ein Versuch, um zu beweisen, dass er selbst mit Unterstützung seines hervorragenden Arztes seine Probleme nicht lösen kann. Um nicht in diese Falle zu tappen, sollten Sie ihn durch Ihre Fragen motivieren, weiterzusuchen, oder ihm eine Reihe von Lösungen vorschlagen und dabei klarstellen, dass es noch andere gibt. So kann der Patient wählen, Verantwortung übernehmen und Vertrauen gewinnen.
 - Entmutigung wirkt sich sehr stark auf die Motivation des Patienten aus: Niemand ist motiviert, sich für etwas anzustrengen, an das er nicht glaubt. Wenn der Patient das Gefühl hat, das gewünschte Ziel nicht erreichen zu können, gibt er ganz einfach auf. Der Arzt muss alles unternehmen, um eine Resignation zu verhindern, die zu Untätigkeit führt.
 - Motivieren Sie, indem Sie alle Aussagen des änderungsfähigen Patienten neu formulieren und hervorheben: «Das ist nicht das erste Mal, dass Sie vor einer schwierigen Situation stehen», «Sie haben schon oft in schwierigen Augenblicken ungeahnte Mittel mobilisiert» usw.

DIE BEHERRSCHUNG DER KURZINTERVENTION

Sie scheinen sich nun mit der gesamten Methode wohl zu fühlen. Das bedeutet, dass Sie Ihre Vorgehensweise an jeden Patienten und dessen Probleme anpassen und Ihre Intervention je nach Stadium des Patienten durchführen können. Sollten Sie sich noch einmal über einen gewissen Zeitraum beobachten, dann werden Sie bezüglich der Kurzinterventionen feststellen können, dass Sie viel mehr Risikopatienten erkennen und dass Sie ihnen ohne viel Zeitaufwand helfen können, ihren Alkoholkonsum zu ändern. Sie werden auch sehr schnell die Abhängigkeitsfälle erkennen, für welche die Hilfe eines Spezialisten notwendig ist, sowie die Situationen, in denen die Patienten nicht bereit sind, irgendetwas zu ändern. In diesem Fall sollten Sie weder Kraft noch Zeit mit unnötigem Insistieren verlieren, sondern das Problem später wieder aufgreifen, um festzustellen, ob sich die Dinge mit der Zeit ändern.

Die in zahlreichen Fachtexten zum Thema Kurzintervention verwendete Abkürzung **FRAMES** fasst die verschiedenen «Zutaten» des Erfolgs gut zusammen:

- F:** Feedback of personal risk: Kommentar zu den Risiken des persönlichen Alkoholkonsums des Patienten
- R:** Responsibility of the patient: Arbeiten am Verantwortungsbewusstsein des Patienten bezüglich seines Alkoholkonsums
- A:** Advice to change: Herbeiführung, Empfehlung und Unterstützung der Verhaltensänderung
- M:** Menu of ways to reduce drinking: mit dem Patienten die verschiedenen Lösungen erarbeiten, um den Risikokonsum zu verringern, und ihm helfen, Entscheidungen zu treffen
- E:** Empathetic counselling style: empathische Beratung, das heisst, während des Gesprächs die Gedanken, Handlungen und Gefühle des Patienten teilen
- S:** Self-efficacy: Dem Patienten helfen, auf seine Änderungsfähigkeit zu vertrauen und sein Selbstwertgefühl zu verbessern.

BIBLIOGRAFIE:

DAS WISSEN VERTIEFEN

Dieser Teil weist den gleichen Aufbau wie die beiden ersten auf und bietet bibliografische Angaben mit Kommentar zu jeder Stufe der Kurzintervention. Die Wahl der erwähnten Fachliteratur erfolgte aufgrund der in unseren Fortbildungs-Workshops und unseren Konferenzen am häufigsten gestellten Fragen und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Referenzen wurden soweit möglich und sinnvoll aktualisiert.

DIE AUSGANGSITUATION

Die noch immer vorherrschende Unterversorgung alkoholabhängiger PatientInnen in Europa

Rehm J., Shield K. D., Rehm M. X., Gmel G., Frick U. **Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe – Potential gains from effective interventions for alcohol dependence.** Centre for Addiction and Mental Health, 2012. www.camh.net

In diesem ausführlichen Rapport zur Situation der Alkoholproblematik in Europa wird erneut die noch immer herrschende Unterversorgung jener PatientInnen hervorgehoben. Noch immer sind es weniger als 10% der alkoholabhängigen PatientInnen, die in Behandlung stehen, was die enormen Konsequenzen für die Gesundheit erklärt. Die Autoren unterstreichen die Relevanz der Kurzintervention für risikoreiche TrinkerInnen und die Behandlung mit Entzug für die Alkoholabhängigkeit. Sie gehen noch einen Schritt weiter und stellen ein Modell vor, nach welchem 40% aller alkoholkranken Menschen einer Behandlung zugeführt werden könnten. Dabei wird der Nutzen verschiedener therapeutischer Ansätze hochgerechnet, basierend auf qualitativ gut ausgearbeiteten randomisierten Studien (Cochrane Reviews, Meta-Analysen etc.). Dabei zeigte der Ansatz, bei welchem vor allem eine medikamentöse Therapie zusammen mit einer Kurzintervention während eines Spitalaufenthaltes eingesetzt werden, das höchste Potenzial zur Senkung der Sterblichkeit. Das könnte in Europa über 11'000 verhinderte Todesfälle schon im ersten Jahr bedeuten!

DAS GESPRÄCH ERÖFFNEN

Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis.

Herausgegeben von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. SAMW 2013. www.samw.ch/dms/de/Publikationen/.../d_LF_Kommunikation.pdf

(die Broschüre kann bei der SAMW kostenlos bezogen werden). Der Leitfaden hat folgenden Aufbau: Grundlagen der Kommunikation, Gesprächstechniken, Heranführen an spezifische Gesprächssituationen, darunter '3.6. Ansprechen heikler Themen: Alkoholkonsum', werden auf knappen 70 Seiten übersichtlich dargestellt.

Hat der praktische Arzt eine Rolle bei der Prävention allgemein zu spielen?

Barzilai D.A., Goodwin M.A., Zyzansky S.J., Stange K.C. **Does health habit counselling affect patient satisfaction?** *Prev Med* 2001; 33: 595–599.

Bestimmte Ärzte anerkennen zwar die wichtige Rolle, die sie bei der Prävention spielen können, befürchten jedoch, dass sich die Patienten durch Fragen zu ihren Lebensgewohnheiten belästigt fühlen. Diese Studie mit 2459 Erwachsenen, die ihren Hausarzt aufgesucht haben, zeigt, dass diese Angst unbegründet ist und dass sie ganz im Gegenteil zum Beispiel beim Rauchen besonders zufrieden sind, wenn das Thema angesprochen wird.

Hat der praktische Arzt eine Rolle bei der Alkoholprävention zu spielen?

Bradley K.A. **The primary care practitioner's role in the prevention and management of alcohol problems.** *Alcohol Health & Research World* 1994; 18(2): 97–104.

Dieser Artikel beschreibt in Einzelheiten die Rolle, welche die Ärzte bei der Erkennung und Behandlung von Patienten mit Alkoholproblem spielen können. Der Unterschied zwischen Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und Risikokonsum wird gut beschrieben, und für jede Situation werden Lösungswege aufgezeigt. Der Autor unterstreicht die Bedeutung des Grundversorgers bei der Prävention von Alkoholproblemen.

Warum ist es schwierig, mit seinen Patienten über das Thema Alkohol zu sprechen?

Aira M. et al. **Factors influencing inquiry about patient's alcohol consumption by primary health care physicians.** *Fam Pract* 2003; 20(3): 270–275.

Es scheint den Ärzten leichter zu fallen, mit ihren Patienten über das Rauchen als über den Alkohol zu sprechen. Die Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum werden immer in einen engen Zusammenhang mit der Abhängigkeit gebracht und nicht als Lebensgewohnheit mit Gesundheitsrisiko gesehen. Deshalb sind diese Ergebnisse aus halbstrukturierten Gesprächen über die Hindernisse beim Ansprechen des Themas Alkohol während einer Arzt-

konsultation nicht erstaunlich: heikles Thema, keine Hilfsmittel für das Gespräch und keine Zeit, Erwartungen usw.

Welche Interventionen sind für die Eröffnung des Gesprächs über die Prävention am wirksamsten?

Hulscher M.E.J.L., Wensing M., van der Weijden T., Grol R. *Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: update software 2001.

Ziel dieser systematischen Literaturrecherche ist die Beurteilung der Wirkung von Interventionen zur Verbesserung des Dialogs über die Prävention in der Grundversorgungsmedizin. 55 randomisierte Studien mit 2000 Fachleuten und 99000 Personen wurden analysiert. Die Ergebnisse sind sehr unterschiedlich und erlauben keine Aussage, ob eine bestimmte Intervention besser wirkt als eine andere. Interventionen mit mehreren Facetten sind jedoch im Vergleich zu den auf nur eine Methode basierenden Interventionen eher geeignet, den Widerstand der Patienten zu brechen. Die von den Patienten aufgebauten Hindernisse müssen besser untersucht werden, um die Interventionen anzupassen.

DIE DIAGNOSE STELLEN

AUDIT-Handbuch

Babor T., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition WHO/MSD/MSB/01.6a (2001). http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf

Dieses auf dem Internet online verfügbare Handbuch beschreibt sehr klar und vollständig den Inhalt, die Anwendung und Interpretation der AUDIT-Früherkennung. Bei dieser Methode wurden die Punkte ausgewählt, mit denen zwischen den Risikotrinkern und den Vieltrinkern unterschieden werden kann. Sie wurde für die Früherkennung entwickelt, darf jedoch nicht mit einem diagnostischen Test verwechselt werden.

CAGE oder AUDIT?

Bradley K.A., Bush R.K., McDonell M.B., Malone T., Fihn S.D. (1998). *Screening for problem drinking: comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory care quality improvement project (ACQUIP). Alcohol use identification test*. *J Gen Intern Med*; 13(6): 379–388.

Diese Arbeit beurteilt, wie gut mit den Fragebogen CAGE, AUDIT und CAGE mit drei zusätzlichen Fragen Alkoholpro-

bleme erkannt werden können. AUDIT hat sich als wirksamstes Mittel zur Feststellung des Risikokonsums, des Missbrauchs oder der Abhängigkeit erwiesen.

Die drei besten AUDIT-Fragen

Gordon A.J., Maisto S.A., McNeil M., Kraemer K.L., Conigliaro R.L., Kelley M.E., Conigliaro J. (2001). *Three questions can detect hazardous drinkers*. *J Fam Pract*; 50(4): 313–320. Die Forscher verglichen die Erkennungsquote bezüglich Risikokonsum zwischen dem vollständigen AUDIT (zehn Fragen), AUDIT-C (die drei ersten Fragen) und der dritten Frage von AUDIT. Die Untersuchung wurde mit 13 438 Patienten in 12 medizinischen Erstversorgungsdiensten durchgeführt. AUDIT-C erkennt die Risikotrinker ebenso gut wie das vollständige AUDIT, weshalb die Autoren AUDIT-C als ersten Erkennungstest empfehlen.

Erkennung des Risikoalkoholkonsums im Alter

Moore A.A., Beck J.C., Babor T.F., Hays R.D., Reuben D.B. *Beyond alcoholism: identifying older, at-risk drinkers in primary care*. *J Stud Alcohol* 2002; 63(3): 316–324.

Dieser Artikel befasst sich mit der Erkennung des Risikokonsums bei alten Menschen. Er vergleicht AUDIT mit dem ARPS-Fragebogen (Alcohol Related Problems Survey, 60 Punkte) und der Kurzversion SHARPS (32 Punkte). Auch wenn AUDIT ein empfindliches Instrument zur Erkennung der betagten Risikotrinker bleibt, schneiden die beiden anderen Fragebogen besser ab, weil sie den Alkoholkonsum mit der Komorbidität, den Symptomen und dem Medikamentenkonsum in Verbindung bringen. Der Nachteil ihrer Länge scheint jedoch eine breite Verwendung zu erschweren.

DEN PATIENTEN INFORMIEREN

Ein Gläschen Wein kann nicht schaden ...?

Marmet S., Gmel G. (sen), Gmel G. (jun), Frick H., Rehm J., Shield K.D. *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*. Lausanne: Addiction Suisse 2013. <http://www.suchtmonitoring.ch/library/pdf/19c838d2e4123> Sucht Schweiz informiert bezüglich der protektiven Effekte des Alkoholkonsums, dass leichter bis moderater Alkoholkonsum zwar für gewisse Krankheiten [Diabetes mellitus; ischämische Herzkrankheiten; Herzinfarkt, Schlaganfall und andere ischämische Anfälle] einen protektiven Effekt aufweist, aber nur unter der Bedingung, dass das leichte bis moderate Trinkmuster durch keine Rauschtrink-Episoden unterbrochen wird. Zudem wird dieser protektive Effekt für gewisse

Krankheiten wohl durch die Schädlichkeit für andere Krankheiten wettgemacht. Und auch von neueren Studien wird in Frage gestellt, ob die festgestellte protektive Wirkung dem Alkohol zuzuschreiben ist oder ob eher andere Faktoren (z.B. Lebensstil) für die protektiven Effekte ausschlaggebend sind. Das relative Risiko, an einer ganz oder teilweise alkoholbedingten Krankheit zu sterben, steigt für die meisten Krankheiten bei bis zu zwei, drei Standardgläsern pro Tag flach an und nimmt dann bei darüberliegenden Mengen stärker zu, wobei Frauen im Vergleich zu Männern bei gleichen Konsummengen deutlich höheren Risiken ausgesetzt sind. Insbesondere für die Entwicklung von Leberkrankheiten spielt es zudem eine Rolle, ob Alkohol täglich oder beinahe täglich konsumiert wird, oder ob an wenigstens zwei Tagen pro Woche Trinkpausen eingelegt werden.

Die U-Kurve, Beziehungen zwischen gemässigtem Konsum und Mortalität

Marmot M., Brunner E. Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve. *BMJ* 1991; 303(6802): 565–568.

Dies ist der bekannteste Artikel, der eine Beziehung zwischen der konsumierten Alkoholmenge und der Gesamtmortalität in Form einer U- oder J-Kurve aufzeigt. Ab zwei bis vier Gläsern alkoholischer Getränke pro Tag nimmt die Gesamtmortalität zu (Krebs, Unfälle, Verdauungskrankheiten, Suizid usw.), auch wenn ein höherer Konsum noch einen Schutz gegen Herz-Kreislauf-Krankheiten zu bieten scheint.

Wein, Spirituosen, Bier und Mortalität

Klatsky A.L., Friedman G.D., Armstrong M.A., Kipp H. Wine, liquor, beer, and mortality. *Am J Epidemiol.* 2003 Sep 15; 158(6): 585–595.

Ausgehend von der Feststellung, dass ein gemässiger Alkoholkonsum sich leicht positiv auf die Mortalität auswirkt, versuchen die Autoren, die unterschiedliche Wirkung von Wein, Spirituosen und Bier aufzuzeigen. Die Beobachtungspopulation besteht aus einer während sieben Jahren begleiteten Probandengruppe von fast 130 000 Erwachsenen. Fazit: Der Konsum von Wein in geringen Mengen wirkt sich stärker auf die Verringerung der Mortalität aus als der Konsum von Bier oder Spirituosen.

Gemässiger Alkoholkonsum und Immunabwehr

Diaz L.E., Montero A., Gonzalez-Gross M., Vallejo A.I., Romeo J., Marcos A. Influence of alcohol consumption on immunological status: a review. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56 (Suppl 3): S50–53.

Dieser Beitrag präsentiert und diskutiert die Auswirkungen verschiedener Konsumstufen auf das Immunsystem. Ein gemässiger Konsum (rund 20g Alkohol beim Mann und 10g bei der Frau) von alkoholischen Getränken mit Antioxidantien wie Rotwein bietet einen Schutz gegen Schädigungen der Immunzellen. Hier findet sich also wieder die U- oder J-Kurve, die nahelegt, dass ein gemässiger Konsum auch auf das Immunsystem schützend wirkt.

Themenseite des BAG zu Alkohol

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/index.html?lang=de>

«Was sollte ich über Alkohol wissen»

erhältlich in 11 Sprachen

<http://www.suchtschweiz.ch/infomaterialien/broschueren/>

Informationen zu Alkohol im Alter für ältere Menschen, für Angehörige und für Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten: www.alterundsucht.ch

DIE MOTIVATION TESTEN UND DEN PATIENTEN MOTIVIEREN

Das Gesundheitscoaching in der Schweiz

Neuner-Jehle S., Schmid M., Grüninger U. The «Health Coaching» programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice* 2013; 14: 100. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/100>

Das schweizerische Kollegium für Hausarztmedizin berichtet über den ausgedehnten und erfolgreich bestandenen Praxistest («Proof-of-Concept-Studie») des Projektes zum Gesundheitscoaching. Zwischen 2009 und 2011 wurden im Kanton St. Gallen während 12 Monaten 20 Arztpraxen mit rund 1000 Patienten beobachtet. Fast alle (91%) der angesprochenen PatientInnen stiegen ein und zwischen 60% bis 80% machten auch beim jeweils nächsten der 4 Schritte mit.

Mit zunehmender Umsetzung des Gesundheitscoachings stieg bei den Patienten die Erkenntnis, dass man für seine Gesundheit selber etwas tun kann und welche Veränderungen bei sich selber oder auch im eigenen Lebenskontext nötig sind, um das Gesundheitsverhalten zu verbessern. Ebenso steigerten sich Motivation, Bereitschaft und Zuversicht, eine Veränderung zu erreichen. Die Mehrheit der

Patienten und Patientinnen, die sich für ein Ziel entschieden und bis zur Phase 4 daran gearbeitet haben (37% der Beginner), stellten eine objektive Verbesserung fest.

Die Akzeptanz bei Patienten und Pilotärzten war sehr hoch. Patienten begrüßten die Initiative des Arztes und bezeichneten Gesundheitscoaching als einen wichtigen Teil des künftigen Angebots beim Hausarzt. Die Machbarkeit im Alltags-Praxisablauf wurde als sehr gut bezeichnet, und die berufliche Zufriedenheit der Hausärzte mit der Patientenarbeit stieg erfreulich an.

Das Basiskonzept des Motivationsinterviews

Miller W.R., Rollnick S. **Motivational interviewing: Preparing people for change.** 2nd ed. New York Guilford Press 2002.

Die Technik der Kurzintervention orientiert sich am Konzept des Motivational Interviewing (MI). Das Buch geht nicht nur auf die Geschichte des MI ein, sondern erklärt diese Methode, dank der die Arzt-Patient-Beziehung strukturiert werden kann: aktives Zuhören, Respekt der Ambivalenz des Patienten und Hilfe zur Stärkung des Selbstvertrauens zur Förderung einer Verhaltensänderung. Dieses Buch bezieht sich auf zahlreiche Fallstudien.

Das Motivationsinterview in der ärztlichen Praxis

Rollnick S., Mason P., Butler C. **Health behavior change. A guide for practitioners.** Churchill Livingstone: Harcourt Publishers Limited 1999.

Die in diesem Zusammenhang erarbeitete Methode des Motivational Interviewing im Rahmen des Suchtmittelmissbrauchs wird hier auf die medizinische Grundversorgung angewandt. Sie lässt sich an alle Situationen anpassen, in denen eine Verhaltensänderung der Patienten erforderlich ist (chronische Erkrankungen, Medikamenten-Compliance usw.). Das Buch stützt sich auf Fallstudien.

Zwei Websites

<http://www.motivationalinterview.org/>: internationale Website mit einer umfassenden Bibliografie zum Thema sowie Ausbildungspraktika.

<http://www.motivationalinterviewing.ch/>: Schweizer Website der Interessengemeinschaft Motivierende Gesprächsführung, an den lokalen und regionalen Kontext angepasst.

Die Methode Motivational Interviewing wird etwas ausführlicher im Artikel «Tanzen statt Kämpfen», Artikel in *Ars Medici* 7/2006, beschrieben, vgl. <http://www.fosumos.ch/index.php/de/motivierende-gespraechsfuehrung>

DIE MEDIKAMENTÖSE UNTERSTÜTZUNG

Welche Medikamente halten Alkoholabhängige vom Trinken ab?

Jonas D. E., Amick H. R., Feltner C. et al. **Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis.** *JAMA* 2014; 311(18): 1889–1900 (deutsche Zusammenfassung durch S. Markun auf www.evimed.ch, Horten-Zentrum).

Diese systematische Durchsicht der über 120 methodisch zufriedenstellenden Arbeiten im Bereich der Pharmakotherapie bestätigt, was schon bekannt ist: Sowohl Naltrexon, als auch Acamprosat verminderten Messobjekte des Alkoholkonsums signifikant (NNT für Naltrexon = 20, für Acamprosat = 12), welche somit eine mit Behandlungen anderer chronischen Störungen vergleichbare Wirksamkeit aufweisen. Fast die Hälfte aller Forschungen beziehen sich auf diese zwei Substanzen. Erwartungen an neue Substanzgruppen sind gerechtfertigt. Viele der in die Analyse eingeschlossenen Studien schlossen aber auch psycho-soziale Interventionen ein, welche aber hier nicht weiter berücksichtigt wurden. Dies zeigt indirekt auch, wie solche Begleitmassnahmen noch immer unterschätzt werden. Un da setzt dieser Leitfaden an.

DIE ZIELE FESTLEGEN

Den Patienten anhören, was er denn eigentlich am ehesten will

Adamson S. J., Heather N., Morton V., Raistrick D. **Initial Preference for Drinking Goal in the Treatment of Alcohol Problems: II. Treatment Outcomes.** *Alcohol & Alcoholism* 2010; 45(2): 136–142.

Diese Studie ist Teil des UKATT (United Kingdom Alcohol Treatment Trial), welche zum Ziel den Vergleich von Motivationstherapien hatte, die je nach Absicht des Patienten, seine Trinkgewohnheiten entweder ganz aufzugeben oder vorerst zu vermindern, entsprechend angepasst wurden. Patienten mit der Abstinenz-Absicht hatten mehr Erfolg, dies zu erreichen, als jene, die vorerst eine Verminderung anstrebten. Aber jene letzteren erreichten dennoch auch ihr Ziel, auch wenn etwas weniger deutlich. Die Studie unterstreicht die Wichtigkeit, mit dem Patienten seine Absichten zu evaluieren und die Ziele entsprechend anzupassen – die Methode dazu finden Sie in diesem Leitfaden.

Das Behandlungsziel Abstinenz versus reduzierter Alkoholkonsum

Ambrogne J. A. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22: 45–53.

Dieser Artikel greift die Frage auf, welche Vorteile entstehen, wenn bei der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen nicht nur die Abstinenz, sondern von Anfang an auch ein vorerst reduzierter Alkoholkonsum als Behandlungsziel angestrebt wird. Dies bedeutet eine Etappe in einem Kontinuum der Behandlung. Die Autorin beschreibt in übersichtlicher Weise die wissenschaftlichen Erfahrungen der letzten dreissig Jahre. Sie hebt ebenso hervor, wie relevant es sei, Gesundheitsfachleute im Umgang mit Methoden wie jene der Kurzintervention auszubilden und diese so häufig als möglich einzusetzen. Je mehr der Patient dazu gebracht wird, selbst mitzuentcheiden, desto besser fallen die Resultate aus. Und je mehr das Thema Alkoholkonsum schon in der Grundversorgung angesprochen wird, desto früher werden die Patienten zur Reduktion des Risikos motiviert. Zum Schluss betont die Autorin die Wichtigkeit, diese Patienten mit einem klar strukturierten Vorgehen zu behandeln, so wie es dieser Leitfaden zu vermitteln versucht.

DIE BEHERRSCHUNG DER KURZINTERVENTION

Kurz und präzise – der amerikanische Leitfaden zur Kurzintervention mit praktischen Arbeitsdokumenten für Screening und Follow-up im Anhang

U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients Who Drink Too Much – a clinician's guide*. Updated 2005 Edition

Warum zitieren wir hier diesen bald 10-jährigen Leitfaden? Kaum ein anderes hier vorgestelltes Dokument ist so knapp und pragmatisch verfasst. Auf nur 7 Seiten wird die auch von uns beschriebene Vorgehensweise in Form von Flussdiagrammen illustriert. Dann folgen in einem Anhang klinische Hilfsmittel wie der WHO-Auditfragebogen, Angaben zu Medikamenteneinsatz bei Patienten mit Alkoholproblemen, Formulare zur einfacheren Verlaufskontrolle von medikamentöser Therapie bei alkoholabhängigen Patienten. In einem weiteren Abschnitt fügen die Autoren Informations-Material für Patienten an – wie das Trinken quantitativ erfasst werden kann, Strategien zur Konsumverminderung etc. Und schlussendlich ist ein letztes Kapitel den *Frequently Asked Questions* gewidmet, welche sich im

klinischen Alltag im Umgang mit Patienten, die einen risikoreichen Alkoholkonsum aufweisen, stellen.

Kurzintervention – ein Leitfaden aus Deutschland

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA. *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis*. BZgA, Köln 2009. <http://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/kurzintervention-bei-patienten-mit-alkoholproblemen/>

Dieser etwas ausführlichere Beratungsleitfaden richtet sich primär an niedergelassene Ärzte, insbesondere an Hausärzte, und bietet praktische Hilfe sowohl bei der Diagnostik von riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholkonsum (Missbrauch) und Alkoholabhängigkeit als auch beim Durchführen der verschiedenen Beratungs- und Behandlungsschritte. Der Aufbau gleicht jenem auch von uns schon im 2004 gewählten Konzept: obwohl 100 Seiten stark, ist der Leitfaden schnell lesbar (ca. 3 Stunden) dank klarem, schrittweisem Vorgehen mit konkreten Beispielen, Hinweisen auf Patientenbroschüren und der Möglichkeit, einzelne Punkte später zu vertiefen (vor allem, was die Kurzintervention anbetrifft), sowie einem ausführlichen Anhang. In der Diagnostik greift er wohl die Fragen des AUDIT-Fragebogens auf, ohne diese jedoch so zu benennen und ohne die Auswertung mitzuliefern. Dafür vertieft er die Diagnostik betreffend des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit und stellt ausführlich die ScreeT-9-Test-Fragen vor. Die Interventionen sind je nach Ziel aufgliedert – riskanter Konsum, schädlicher Konsum, Alkoholabhängigkeit.

ÜBER DIE WIRKSAMKEIT DER KURZINTERVENTION IN DER MEDIZINISCHEN GRUNDVERSORGUNG

Wirksamkeit der Kurzintervention nach systematischer Erkennung

Beich A., Thorsen T., Rollnick S. *Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis*. *BMJ* 2003; 327: 536–542.

Diese Arbeit nimmt die verschiedenen, in den letzten Jahren durchgeführten und oft zitierten randomisierten Studien auf, um sie kritisch zu analysieren.

Zum Langzeiteffekt mit Einbezug der Kosten

Fleming M. F., Mundt M. P., French M. T., Baier Manwell L., Stauffacher E. A., Lawton Barry K. *Brief physician advice*

for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; 26: 36–43.

Diese Studie zeigt, dass mit den von Allgemeinpraktikern durchgeführten Kurzinterventionen nicht nur Geld gespart, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden kann, und sich bestimmte erhebliche Risiken der Gesellschaft verringern lassen. Die Stichprobe (482 Männer und 292 Frauen aus der Patientenschaft von 64 Hausärzten ausgewählt) ist jedoch relativ klein und die negativen Ereignisse aufgrund des Alkohols werden von den Patienten selber berichtet. Dadurch werden möglicherweise die Kosten unterschätzt.

Lohnt es sich, den Einsatz der Kurzintervention breit zu propagieren?

Lindholm L. Alcohol advice in a primary health care – is it a wise use of resources? *Health Policy* 1998; 45: 47–56.

Diese Studie misst das Kosten-Nutzen-Verhältnis der medizinischen Beratung hinsichtlich des Alkoholkonsums. Die Berechnung stützt sich auf die Ergebnisse von zwei hypothetischen Interventionsprogrammen aus verschiedenen fachliterarischen Artikeln. Die erste Intervention umfasst Arztbesuche (maximal 5) während eines Jahres von Patienten aus fünf Arztpraxen mit dem Ziel, den Alkoholkonsum von hoch auf gemässigt zu senken (Beispiel aus der Studie von Wallace P., 1988), die zweite befasst sich mit den Arztbesuchen bei 25 Allgemeinpraktikern in fünf Jahren.

Die Berechnungen zeigen, dass eine Kurzintervention mit Früherkennung gefolgt von einer bis zwei ärztlichen Konsultationen effizient ist, wenn die nachhaltige Wirkung rund 1 Prozent der Patienten erreicht. Wenn die nachhaltige Wirkung 5–10 Prozent der Patienten erreicht, ist auch eine Intervention über 25 Arztbesuche effizient. Mit Hilfe von Krankenschwestern, deren Gehalt niedriger ist, kann man die Anzahl Interventionen bei gleicher Effizienz erhöhen, aber man müsste in diesem Fall noch die Effizienz der Beratung durch die Krankenschwester mit jener des Arztes vergleichen können.

Nachbetreuung für Patienten mit alkoholbedingten Gesundheitsproblemen ist angezeigt

Wutzke S. E., Conigrave K. M., Saunders J. B., Hall W. D. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction* 2002; 97: 665–675.

Ziel dieser Studie war ein Vergleich zwischen den langfristigen Auswirkungen von drei Interventionsarten mit einer Dauer von 5 bis 60 Minuten (einfacher Hinweis,

Kurzintervention und ausgedehntere Intervention) bei Patienten mit Risikokonsum.

Von 554 Probanden wurden 495 (89,4 Prozent) 9 Monate später erneut beurteilt. 10 Jahre später erklärten sich 370 (66,8 Prozent) zu einem weiteren Gespräch bereit, 25 (4,5 Prozent) waren verstorben, und 38 (6,9 Prozent) verweigerten das Gespräch. Nach neun Monaten ist unabhängig von der Interventionsart und -intensität im Vergleich zur Kontrollgruppe eine erhebliche Wirkung der Intervention auf den Konsum festzustellen (31,4 Prozent weniger Risikotrinker in den Interventionsgruppen gegenüber 8,4 Prozent in der Kontrollgruppe). Nach zehn Jahren ist dieser Unterschied verschwunden. Dies bedeutet, dass eine Nachbetreuung nötig ist, um die Wirkung über die Zeit zu halten.

Eine schweizerische Studie beweist, wie die in der allgemeinen Grundversorgung angewandte Kurzintervention für Patienten mit einem risikoreichen Alkoholkonsum wirksam ist

Bertholet N., Daeppen J. B., Wietlisbach V., Fleming M., Burnand B. Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care – Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2005; 165: 986–995.

In dieser systematischen Durchsicht zur wissenschaftlichen Evidenz über die Wirksamkeit der Kurzintervention in der Grundversorgung wählten die Autoren einen für die Grundversorgung relevanten Ausgangspunkt. Es wurden nur Studien aufgenommen, welche die Kurzintervention an Patienten evaluierten, die eigentlich nicht wegen ihres Alkoholproblems den Arzt aufsuchten. Die Arbeit wird auch durch Prof. Kiss in seiner kritischen Literaturübersicht am Anfang dieses Leitfadens erwähnt. Und nicht zuletzt wurde sie hauptsächlich von unseren Kollegen in Lausanne verfasst, die also bestens mit den schweizerischen Situation der Grundversorgung vertraut sind.

Die Arbeit ist sehr klar strukturiert und leicht lesbar. Sie vergleicht in übersichtlicher Form die verschiedenen Studien und kann dank des relativ eng gesteckten Fokus auch rechnerische Vergleiche anstellen (Meta-Analyse). Die Kurzintervention ist sowohl bei Männern wie bei Frauen wirksam und vermag den wöchentlichen Alkoholkonsum auch nach einem Jahr noch signifikant zu senken. Es ist erwähnenswert, dass eine Gruppe von Wissenschaftlern 2009 eine ähnliche systematische Review präsentiert, die diese Schlussfolgerung bestätigt, auch unter Einbezug neuerer Studien (Kaner E. F. S., Dickinson H. O., Beyer F., Pienaar E., Schlesinger C., Campbell F., Saunders J. B., Burnand B., Heather N. The effectiveness of brief alcohol

interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review* 2009; 28: 301–323. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x).

Langsames Vorgehen ist gefragt, was die Kurzintervention bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit anbetrifft

Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review* 2010; 29: 631–640.

DOI: 10.1111/j.1465-3362.2010.00217.x

Der international bekannte Experte zu Interventionen bei Patienten mit alkoholbedingten Problemen versucht in dieser systematischen Durchsicht der Frage nachzugehen, ob die Kurzintervention auch bei alkoholabhängigen Patienten eine Wirksamkeit aufweist. Leider gibt es nur sehr wenige Forschungen, die diese Frage in Form einer randomisierten klinischen Studie behandelten. Von anfänglich 16 eingeschlossenen Arbeiten verblieben schlussendlich nur zwei, die beide keinen Vorteil der Kurzintervention nachweisen konnten. Dies könnte aber eventuell auch damit zusammenhängen, dass diese Patienten eben neu als alkoholabhängig diagnostiziert wurden (durch aktives Screening) und somit bezüglich ihrer Motivation, das Verhalten zu verändern, noch ganz am Anfang stehen. Der Autor hebt hervor, dass es Evidenz zur Wirksamkeit der Kurzintervention bei alkoholabhängigen Patienten gibt, wenn diese zu einem späteren Zeitpunkt angewandt wird. Er unterstreicht in der Schlussfolgerung, dass somit die Erkennungsinstrumente vielleicht besser ausgerichtet sein müssten, im Sinne, nicht nur den Alkoholkonsum zu erfassen, sondern auch die Perspektive, auf eine Kurzintervention anzusprechen. Zudem fügt er an, könnten solche Patienten vielleicht zusätzlich von anderen Interventionen profitieren. Ob es sich dabei um neue Medikamente handeln könnte, wird hier nicht weiter ausgeführt.

Psychosoziale Intervention bei komplexeren Situationen mit gleichzeitiger Toximanie mit illegalen Drogen

Klimas J., Field C.A., Cullen W., O’Gorman C.-S.M., Glynn L.G., Keenan E., Saunders J., Bury G., Dunne C. *Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users: Cochrane Review*. *Systematic Reviews* 2013; 2: 3. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/3>

Was ist der Stellenwert der hier besprochenen Kurzintervention bei in der Praxis durchaus anzutreffenden Situationen mit Patienten, die ein Alkoholproblem zusätzlich zu anderen Drogenabusus aufweisen oder die an einer

Hepatitis-C-Infektion leiden, bei welcher ein Alkoholmissbrauch schädigend auf den Verlauf einwirkt? Diese Review fasst nach einer ausgedehnten Literatursuche (die üblichen medizinwissenschaftlichen Datenbasen, sowie Register von Studien und Konferenzzusammenfassungen) mit anfänglich über 5’500 potentiellen Dokumenten gerade noch 4 randomisierte Studien (3 aus USA, eine aus der Schweiz!) zu diesem Thema zusammen. Dabei schnitt die Kurzintervention mit einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums nach 3 und bis 9 Monaten ab. Dieses Resultat darf als «günstiger Trend» beurteilt werden, da die Patientenzahlen im Gesamten relativ gering sind. Die Autoren heben hervor, dass eine frühzeitige Intervention noch bessere Resultate hervorbringen könnte.

ÜBER DIE WIRKUNG DER FORTBILDUNG

Ockene J.K., Wheeler E.V., Adams A., Hurley T.G., Hebert J. *Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting*. *Arch Intern Med* 1999; 157: 2334–2341.

Die Autoren haben die Wirkung der Ausbildung auf Erstversorger in Bezug auf die Früherkennung und die Durchführung einer Kurzintervention gemessen. Rund 30 Ärzte wurden nach dem Zufallsprinzip entweder in eine Gruppe mit spezifischer Kurzausbildung (zwei Stunden) eingeteilt oder setzten ihre Arbeit wie gewohnt fort. Die erfreulichen Ergebnisse zeigen, dass bereits eine kurze Ausbildung zu einer deutlichen Verbesserung der Kompetenzen im Bereich Alkoholprävention führt (die Ärzte fühlen sich wohler, den Dialog über das Thema Alkohol zu eröffnen, tun es öfter und nehmen den Risikokonsum als echtes Gesundheitsproblem wahr).

Davis D. A., Thomason M. A., Oxman D., Haynes R. B. *Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies*. *JAMA* 1995; 274(9): 700–705.

Davis et al. haben seit Jahren eine bedeutende Datenbank über die Arbeiten zum Thema ärztliche Fortbildung aufgebaut. In dieser systematischen Analyse befassen sie sich mit der Frage der Effizienz der verschiedenen pädagogischen Methoden, mit denen eine günstige Änderung in der Praxis erzielt werden kann. Von den rund 100 berücksichtigten Arbeiten zeigen 70 Prozent zumindest eine Verbesserung in der medizinischen Praxis. Sie bestätigen auch, dass Lehrgänge mit Integration der täglichen Praxis den üblichen Konferenzen vorgezogen werden sollten.

AUTOREN UND MITHERAUSGEBER

Die Autoren und Verantwortlichen für die erweiterte, zweite Auflage

Dr. med. Pierre Loeb

Hausarzt, Allgemeine Medizin FMH und Past-Präsident der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP
Motivational Interviewing Trainer

Dr. med. Beat Stoll, MPH

Innere Medizin FMH und ehemaliger Leiter des Teilprojektes «Ärzte» von «Alles im Griff?»
Institut de Santé Globale
Universität Genf

Barbara Weil

Leiterin Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention der FMH, insbesondere Bereiche Mental Health (Suizidprävention) und Sucht (Alkohol, Drogen, übertragbare sowie chronische, nicht übertragbare Krankheiten), und ehemalige Koordinatorin des Teilprojektes «Ärzte» von «Alles im Griff?»

Die hier vorliegende zweite Auflage dieses Leitfadens war nur dank der wichtigen Beiträge zahlreicher Kolleginnen und Kollegen möglich, die sich sowohl in unseren Fortbildungen als auch bei der kritischen Lektüre des Manuskripts der ersten Auflage engagiert haben.

Bedanken möchten wir uns deshalb bei Yaël Reinharz Hazan (wissenschaftliche Mitarbeiterin), Ariane Primault (Sekretärin) und Anne-Marie Keller, Ärztin, MPH (wissenschaftliche Mitarbeiterin) vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Genf; Nicolas Bonvin (Psychologe), Psychiatrie und medizinische Psychologie des Kantons Tessin, Prof. Martin Sieber (Psychologe), Universität Zürich, Forel-Klinik Zürich sowie Mitglied der Expertengruppe des Teilprojektes «Ärzte» mit Dr. med. Jürg-Rolf Eidenbenz (Allgemeinmedizin FMH), Vevey; Dr. med. Lothar Matter (Psychiatrie und Psychotherapie FMH), Thun; und Dr. med. Michael Peltenburg (Allgemeinmedizin FMH), Hinwil, für ihre wertvollen Beiträge in der ersten Auflage im Rahmen des Programms «Alles im Griff?».

Mitherausgebergesellschaften:

FMH Schweizerische Ärztesgesellschaft: www.fmh.ch
BAG Bundesamt für Gesundheit, Bern: www.bag.admin.ch
Praxis Suchtmedizin: www.praxis-suchtmedizin.ch
Sucht Schweiz: www.suchtschweiz.ch
Infodrog: www.infodrog.ch
KHM Kollegium für Hausarztmedizin: www.kollegium.ch
SAPP, Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin: www.sappm.ch

www.fosumos.ch
www.safezone.ch
www.suchtschweiz.ch
www.infodrog.ch
www.mydrinkcontrol.ch

Diese Broschüre kann für 5.– CHF
(plus Porto und Verpackung) bestellt werden bei:
Sekretariat SAPP
Postfach 521
6260 Reiden
sekretariat@sappm.ch www.sappm.ch

