

Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in Allgemeinarztpraxen

Hintergrund und aktuelle Entwicklungen

Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Melanie Fritze, Janina Grothues, Ira Löhrmann, Susa Reinhardt, Christian Meyer, Ulfert Hapke, Ulrich John

Epidemiologische Hintergründe

Das bestehende Suchtkrankenversorgungssystem erreicht nur einen Bruchteil der betroffenen Personen. Für Alkoholrisikokonsumenten (Frauen, die durchschnittlich mehr als 20g und Männer, die mehr als 30g Alkohol pro Tag konsumieren) und Alkoholmissbraucher bestehen nahezu keine adäquaten Angebote. Für Alkoholabhängige gilt nach Grundlage einer repräsentativen Bevölkerungsuntersuchung in Lübeck und angrenzenden Gemeinden, dass 70,9% keinen Kontakt zu sucht-spezifischen Hilfen hatten. Weitere 14,5% wiesen nur geringfügige Kontakte auf (bis zu 5 Beratungen durch einen Hausarzt, bis zu 3 Gespräche in einer Beratungsstelle oder bis zu 10 Besuche einer Selbsthilfegruppe). Lediglich weitere 14,5% nahmen darüber hinausgehende Hilfen einschließlich der klassischen Angebote der Suchtkrankenversorgung, wie Entwöhnungsbehandlungen, in Anspruch. Die selbe Studie ergab, dass 80% der Alkoholabhängigen mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Praktischen Arzt, Allgemeinmediziner oder Internisten hatten. Dieser Befund legt nahe, dass eine große Gruppe der betroffenen Personen in der Hausarztpraxis erreichbar ist.

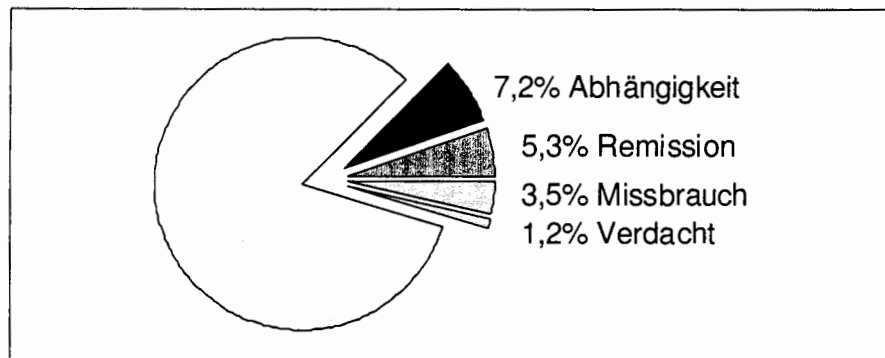
Ein weiterer Befund spricht für die Hausarztpraxis als Interventionsort: Die Prävalenzen für Alkoholabhängigkeit und -missbrauch sind bei den dortigen Patienten hoch. Eine Untersuchung in Lübeck ergab, dass mehr als 17% der untersuchten Patienten früher oder aktuell ein Alkoholproblem aufwiesen (Hill, Rumpf, Hapke, Driessen & John, 1998; John, Hapke, Rumpf, Hill & Dilling, 1996; s. Abb. 1).

Die Hausarztpraxis als Ort für Frühinterventionen

Aufgrund der o.g. epidemiologischen Befunde könnte durch die Einbeziehung des Hausarztes eine deutlich verbesserte Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen

Die Arbeit wurde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
Förderkennzeichen: 01 EB 0121.

Abb. 1: Prävalenz alkoholbezogener Störungen in Allgemeinarztpraxen (Hill et al., 1998)



oder riskantem Alkoholkonsum gewährleistet werden. Neben der guten Erreichbarkeit von Personen mit auffälligem Trinkverhalten spricht auch für eine Beratung in der Hausarztpraxis, dass zum Teil ein jahrelanges Vertrauensverhältnis zum Arzt besteht. Weiterhin ist eine Vielzahl von Erkrankungen direkt oder indirekt mit Alkoholkonsum assoziiert. Dadurch bieten sich günstige Anknüpfungspunkte für das beratende Gespräch. Auch lässt sich durch einen fortlaufenden Kontakt ein Monitoring ermöglichen, bei dem der Hausarzt durch Kontrolle von Laborparametern oder anderen somatischen Befunden eine positive Rückmeldung bei Abstinenz oder Reduktion geben kann. In der Regel besteht der Prozess der Frühintervention in der Arztpraxis aus zwei Schritten:

1. einem Screening, mit dem die infrage kommenden Patienten identifiziert werden, und
2. einer Kurzintervention.

Screening

Voraussetzung für Frühinterventionen ist die Identifizierung der infrage kommenden Patienten. Wenn es das Ziel ist, Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch zu identifizieren, so hat sich der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) als besonders sensitiv und effektiv bewährt (Rumpf, Hapke, Hill & John, 1997; Rumpf, Hapke & John, 2001). Wenn zusätzlich oder insbesondere Patienten mit einem Risikokonsum herausgefiltert werden sollen, so ist der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Rumpf, Meyer, Hapke & John, 2001; Saunders, Aasland, Babor, DeLaFuente & Grant, 1993) ein geeignetes Verfahren. Besonders ökonomisch ist eine Kurzform des AUDIT, welche lediglich die drei

Konsumfragen beinhaltet (AUDIT C) (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998). Insgesamt haben sich Fragebogenverfahren im Vergleich zu Laborparametern als deutlich sensitiver und spezifischer erwiesen (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001).

Interventionen

Der zweite Schritt der Frühintervention besteht in einer Beratung oder einem Ratsschlag an den Patienten. Auch das Aushändigen einer Broschüre oder eines Selbsthilfemanuals kann bereits zu einer Trinkmengenreduktion beitragen (Apodaca & Miller, 2003). Insgesamt haben sich Kurzinterventionen als wirksam erwiesen, wobei eine Trinkmengenreduktion insbesondere dann gewährleistet ist, wenn die Beratung aus mehreren Kontakten besteht (Poikolainen, 1999). Neuere Befunde zeigen, dass sogar nach 4 Jahren die Effekte einer kurzen Beratung (2 Kontakte mit dem Arzt und 2 Telefonate mit der Arzthelferin) noch wirksam waren. Die Trinkmengenreduktion im Vergleich zur Kontrollgruppe war in der Vierjahreskatamnese noch nachweisbar (Fleming et al., 2002). In einer Nachuntersuchung nach 10 Jahren konnte in einem Projekt der Weltgesundheitsorganisation kein Effekt einer Kurzintervention mehr nachgewiesen werden (Wutzke, Conigrave, Saunders & Hall, 2002). Zwei Analysen belegen, dass durch eine Kurzintervention Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden können (Fleming et al., 2000, 2002; Wutzke, Shiell, Gomel & Conigrave, 2001).

Hilfreiche Formen der Gesprächsführung

Ein konfrontatives Vorgehen bei der Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen hat sich als nicht sinnvoll erwiesen. Bei einer Konfrontation neigen die Patienten dazu, ihr Verhalten zu leugnen und reagieren mit Widerstand. Ganz entscheidend bei der jeweiligen Intervention ist, dass der Arzt berücksichtigt, welche Motivation zur Verhaltensänderung der Patient mitbringt. Dabei hat sich ein Modell bewährt, das davon ausgeht, dass Menschen mit einem gesundheitsbezogenen Problemverhalten verschiedene Stadien durchlaufen, bevor sie zu einer stabilen Verhaltensänderung gelangen. Zunächst befindet sich die Person in einem Stadium, in dem keine Absicht zum Aufgeben des Verhaltens besteht (Stadium der *Absichtslosigkeit*). Wenn dann die gedankliche und emotionale Auseinandersetzung zunimmt, gelangt die Person in das Stadium der *Absichtsbildung*, in dem Vor- und Nachteile des Verhaltens erwogen werden. Wenn es zu der Entscheidung gekommen ist, das Verhalten zu ändern, gerät die Person ins Stadium der *Vorbereitung*, in dem die Verhaltensänderung geplant wird. Die Umsetzung findet dann im *Handlungsstadium* statt. Es folgt das *Aufrechterhaltungsstadium*, in dem die Vermeidung von Rückfällen in den Vordergrund rückt (Keller, Velicer & Prochaska, 1999).

Nach der oben erwähnten repräsentativen Allgemeinbevölkerungsstudie in Lübeck befanden sich 58% der Alkoholabhängigen im Stadium der Absichtslosigkeit, 16% in der Absichtsbildung und 26% im Stadium der Handlung (Rumpf, Hapke, Meyer & John, 1999). Drei Viertel der untersuchten alkoholabhängigen Personen zeigten also keine Bereitschaft zu einer derzeitigen Verhaltensänderung. Dennoch ist eine Beratung dieser Gruppe sinnvoll und effektiv. Adäquate Interventionen müssen auch für diesen großen Anteil geleistet werden.

In der Gesprächsführung mit dem Patient haben sich spezifische Techniken sehr bewährt. Diese sind zusammengefasst unter dem Begriff Motivational Interviewing bzw. Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2002; Miller & Rollnick, 1999). Besonders leicht zu erlernende Methoden, die aus der Motivierenden Gesprächsführung abgeleitet sind, fassen die Methoden des Behavior Change Counseling zusammen (Rollnick, Mason & Butler, 1999). Andere Interventionen können ebenfalls auf die jeweiligen Stadien abgestimmt sein. So lassen sich beispielsweise Selbsthilfemanuale der jeweiligen Änderungsmotivation entsprechend ausrichten und gestalten (Grothues et al., im Druck).

Bereitschaft zu Screening und Kurzintervention bei Hausärzten

Obleich das Setting der Hausarztpraxis Erfolg versprechend für die Einleitung von Interventionen im Rahmen der Frühintervention ist, werden diese Chancen derzeit kaum genutzt. Eine Studie aus Großbritannien hat untersucht, aus welchen Gründen Ärzte nicht intervenieren (Kaner, Heather, McAvoy, Lock & Gilvarry, 1999). Am häufigsten wurde angegeben, dass dafür keine Zeit sei (72%), gefolgt von mangelnder Ausbildung (62%), mangelnder politischer Unterstützung (56%), der Befürchtung, dass die Beratung nicht angenommen werde oder ineffektiv sei (53%) und mangelnder adäquater Vergütung (51%).

Ziel eines Projektes der Weltgesundheitsorganisation war, Ärzte in der Durchführung von Screenings und Kurzinterventionen zu fördern (Gomel, Wutzke, Hardcastle, Lapsley & Reznik, 1998). Dabei wurden unterschiedlich aufwendige Marketingstrategien angewandt. Alle teilnehmenden Ärzte erhielten Informationsmaterialien. Die Kontrollgruppe erhielt keine weitere Unterstützung; hier führten die Ärzte auch kein Screening und keine Beratung durch. Eine weitere Gruppe erhielt eine Einführung in den Umgang mit den Materialien mit dem Erfolg, dass bei 14% der Patienten Screenings durchgeführt und 7% der Risikokonsumenten beraten wurden. In einer dritten Gruppe wurden die Ärzte zusätzlich durch 14-tägige telefonische Beratungen unterstützt (Screening 22%; Beratung 10%) und eine vierte Gruppe erhielt alle 2 Wochen eine Unterstützung durch persönliches Aufsuchen der Praxis; hier wurden bei 26% Screenings durchgeführt und 18% beraten. Einerseits ermutigen die Resultate der letzten Gruppe, da ein deutlicher Anstieg im Vergleich zur Kontrollgruppe zu verzeichnen ist, andererseits zeigt die Studie auch, dass den Erwartungen

an die Initiative der Ärzte Grenzen gesetzt sind. Selbst bei hohem Unterstützungsaufwand wurde nur ein Viertel der Patienten mit einem Screening systematisch befragt und knapp ein Fünftel wurde beraten. Daten zur derzeitigen Versorgungslage in Deutschland werden momentan in einem Projekt in Lübeck erhoben.

Versorgungsmodelle

Da bei realistischer Betrachtung der bisherigen Forschungsbefunde Ärzte nur in begrenztem Umfang bereit sind, selbst Kurzintervention durchzuführen, sind alternative Versorgungsmodelle als Ergänzung notwendig.

1. *Liaisondienst*: Ein solches Modell baut auf einer Zusammenarbeit von Arztpraxen mit Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung auf. Die Hausärzte würden dabei die Identifizierung der Patienten mit Hilfe eines Screenings vornehmen und bei auffälligem Resultat den Patienten zu einem Liaisondienst überweisen. Diesen Dienst kann z.B. eine Beratungsstelle übernehmen, die in die Praxis kommt (z.B. am Mittwochnachmittag).
2. *Minimalintervention*: Auch hierbei würde in der Praxis ein Screening durchgeführt werden, z.B. durch die Arzhelferin. Nachfolgend würde den im Screening positiven Patienten ein Selbsthilfemanual ausgehändigt werden. Diese Aufgabe sollte der Arzt übernehmen und mit einem knappen Ratschlag verbinden.
3. *Gestufte Intervention*: Um personelle Ressourcen zu sparen, wäre ein gestuftes Beratungskonzept sinnvoll. Dabei wird mit einer wenig aufwändigen Intervention (z.B. Aushändigen eines Selbsthilfemanuals) begonnen. Es erfolgt eine Erfolgskontrolle (z.B. nach 4 Wochen). Hat diese minimale Intervention keinen Erfolg gezeigt, erfolgt eine zweite etwas aufwändigere Intervention. Ein solcher gestufter Ansatz (Stepped Care) wird derzeit in einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekt in Lübeck untersucht (Rumpf et al., 2003).

Fazit

Zusammengefasst werden Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum oder alkoholbezogenen Störungen durch das Suchtkrankenversorgungssystem nur ungenügend erreicht. Die Hausarztpraxis bietet günstige Voraussetzungen für die Durchführung von Screenings und Kurzinterventionen. Allerdings zeigen Forschungsbefunde, dass Hausärzte nur in geringem Umfang motivierbar sind, entsprechende Konzepte aufzunehmen. Ergänzende Versorgungsmodelle können diese Situation verbessern. Screening und Kurzintervention bilden unter Berücksichtigung der Kosteneinsparungen einen signifikanten Beitrag zur Optimierung der Gesundheits-

versorgung der Bevölkerung. Die Suchtkrankenhilfe sollte sich auf dieses neue Aufgabenfeld vorbereiten, welches erstmals alle Betroffenen in der Bevölkerung erreichen lässt.

Literatur

- Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S. & Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 172-173.
- Apodaca, T. R. & Miller, W. R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *J Clin Psychol*, 59(3), 289-304.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-1795.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A. & Barry, K. L. (2000). Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*, 38, 7-18.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A. & Barry, K. L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 26(1), 36-43.
- Gomel, M. K., Wutzke, S. E., Hardcastle, D. M., Lapsley, H. & Reznik, R. B. (1998). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47, 203-211.
- Grothues, J., Bischof, G., Reinhardt, S., Hapke, U., John, U., Meyer, C. & Rumpf, H.-J. (im Druck). Ein stadienbezogenes Selbsthilfemanual zur Trinkmengenreduktion auf den Grundlagen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Ed.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.
- Hill, A., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Driessen, M. & John, U. (1998). Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice in Germany – a representative study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 935-940.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft.
- Kaner, E. F. S., Heather, N., McAvoy, B. R., Lock, C. A. & Gilvarry, E. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 559-566.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In S. Keller (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (pp. 17-44). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. (2. ed.). New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (Eds.). (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- Poikolainen, K. (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 28, 503-509.
- Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C. (1999). *Health Behaviour Change*. Kent: Churchill Livingstone.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Hapke, U., Meyer, C., John, U., Broocks, A., Junghanns, K. & Hohagen, F. (2003). Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der Allgemeinarztpraxis: Ein Stepped-Care Ansatz. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 37-40.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A. & John, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 894-898.

- Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001). *Der Lübecker Alkoholabhängigkeits und -missbrauchs-Screening-Test (LAST)*. Testmanual. Göttingen: Hogrefe.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (1999). Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry*, 21, 348-353.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2001). *Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. In H. Kufner (Ed.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., DeLaFuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 617-629.
- Wutzke, S. E., Conigrave, K. M., Saunders, J. B. & Hall, W. D. (2002). The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction*, 97(6), 665-675.
- Wutzke, S. E., Shiell, A., Gomel, M. K. & Conigrave, K. M. (2001). Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science and Medicine*, 52, 863-870.

Sucht macht krank! – Von der Akutmedizin zum Disease-Management
Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.
Band 27 – ISBN 3-87581-241-7
Neuland, 2004, Geesthacht