

Möglichkeiten der Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der hausärztlichen Praxis*

M. M. Berner¹
G. Mundle²
G. Lorenz³
M. Härter¹

Early Intervention for Alcohol Related Disorders in Primary Care

Zusammenfassung

Alkoholbezogene Störungen haben aufgrund ihrer hohen Prävalenz eine große Bedeutung für die hausärztliche Praxis. Möglichkeiten zur Früherkennung und Frühintervention kommt somit eine herausragende Bedeutung zu. Die Arbeit gibt eine Übersicht über evidenzbasierte Maßnahmen und Instrumente zur Früherkennung (Screening) und Früh- bzw. Kurzintervention in der hausärztlichen Praxis und erläutert die Notwendigkeit von geeigneten Implementationsstrategien.

Schlüsselwörter

Alkoholbezogene Störungen · Screening · Frühintervention · Suchterkrankungen · Fragebogen · Allgemeinmedizin

Abstract

Alcohol related disorders show a high prevalence in general practice. Therefore screening and early intervention are important. This paper discusses the evidence-base for screening and early intervention in general practice. It demonstrates useful measures to perform those interventions. It finally highlights the importance for the development of useful implementation strategies.

Key words

Alcohol related disorders · screening · early intervention · primary care · questionnaires

Alkoholbezogene Störungen und hausärztliche Praxis

Die WHO skizziert in ihrem „Global Status Report on Alcohol“ [1] den globalen Schaden im Jahr 1990 durch bestimmte Risikofaktoren und Krankheiten. Mehr als eine dreiviertel Million Menschen starben an den Folgen von Alkohol, 80% dieser Mortalität fielen auf Industrienationen. Gemessen an dem zentralen Indika-

tor YLD (years lived with disability) – ein u. a. nach der Schwere der Beeinträchtigung gewichtetes Maß für die Erkrankungsjahre in einer Bevölkerungsgruppe – hatten alkoholbezogene Störungen weltweit sogar größere Auswirkungen auf die globale Gesundheit als Probleme wie Unterernährung oder fehlende Hygiene.

Anmerkung

* Diese Arbeit entstand im Rahmen des Förderschwerpunktes Suchtforschungsverbände in der Medizin, Projekt 5 des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg „Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis“, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wird (FKZ 01 GI 9922).

Institutsangaben

¹ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. M. Berger)

² Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Buchkremer) und Oberbergklinik Hornberg

³ Lehrbereich Allgemeinmedizin, Universität Tübingen

Korrespondenzadresse

Dr. Michael M. Berner · Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg · Hauptstraße 5 · 79104 Freiburg · E-mail: Michael_Berner@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

Bibliografie

Suchttherapie 2004; 5: 70–75 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-813218
ISSN 1439-9903

Eine 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit erstellte Hochrechnung, basierend auf der Bundesstudie 1997 [2] und der TACOS-Studie [3], geht davon aus, dass in Deutschland 1,6 Millionen Menschen alkoholabhängig sind (dies entspricht etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung). Etwa 2,7 Millionen betreiben einen „schädlichen Gebrauch“ von Alkohol [4], weitere 5 Millionen Menschen einen „riskanten Konsum“ [5]. Hinsichtlich der Verbrauchszahlen (gemessen am Pro-Kopf-Alkoholverbrauch im Jahr 1996) liegt Deutschland mit einem jährlichen Alkoholkonsum von 11,7 l reinen Alkohols pro Kopf [1] deutlich vor Ländern wie Großbritannien (9,4 l) oder den Vereinigten Staaten (8,9 l).

Die geschätzten volkswirtschaftlichen Gesamtkosten, die durch alkoholbezogene Störungen verursacht werden (Krankheitstage, Folgeerkrankungen etc.), von jährlich rund 20 Mrd. € stellen wahrscheinlich die Untergrenze der tatsächlichen Kosten dar, da etwa Kosten durch alkoholbedingte Delikte (z.B. Unfälle, Personenschäden) in den gängigen Aufstellungen bisher nicht berücksichtigt werden [6]. Diesen immensen Kosten und der hohen Punktprävalenz steht eine niedrige Behandlungsprävalenz gegenüber: Weniger als ein Drittel der alkoholabhängigen Personen ist in Behandlung, viele davon nur sporadisch [5]. Von Problembereichen der Routineversorgung alkoholbezogener Störungen sind die verschiedenen Versorgungsbereiche unterschiedlich betroffen. Im hausärztlichen Bereich stellt sich vor allem die Frage der richtigen diagnostischen Einordnung, der therapeutischen Maßnahmen und der Entscheidungen bezüglich eigener Grenzen in den Behandlungsmöglichkeiten (notwendige Überweisung an Beratungsstelle, Facharzt oder Psychotherapeuten) wie auch die oft als insuffizient erlebte Motivationslage des Patienten [7].

Wie unterschiedlich beispielsweise auch die als gesundheitsunschädlich angesehenen Trinkmengen unter den Hausärzten variieren, ist in einem Ländervergleich in Abb. 1 dargestellt. Angaben zur Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in Allgemeinarztpraxen schwanken zwischen 10 und 20% [8, 9]. Nur wenige Allgemeinmediziner screenen ihre Patienten beim ersten Kontakt auf Alkoholmissbrauch- oder -abhängigkeit [10].

Dies steht im Kontrast zu Forderungen, die Allgemeinarztpraxen als den idealen Ort für Primär- und Sekundärprävention alkoholbezogener Störungen ansehen [11].

Ziel dieses Beitrages ist eine Übersicht über die Möglichkeiten zur Früherkennung und Frühintervention in der hausärztlichen Versorgung.

Früherkennung – Screening

Insgesamt finden 70% aller Kontakte mit Suchtkranken in Arztpraxen und nicht beim Suchtberater statt, was die Bedeutung der Frühdiagnostik und -behandlung alkoholinduzierter Störungen im primärärztlichen Bereich unterstreicht [12]. In der Regel wird weniger als die Hälfte der therapiebedürftigen Alkoholprobleme richtig erkannt [13]. Als Grund für die Defizite in Diagnosestellung und Einleitung einer adäquaten Therapie werden häufig die geringen Heilungsaussichten genannt.

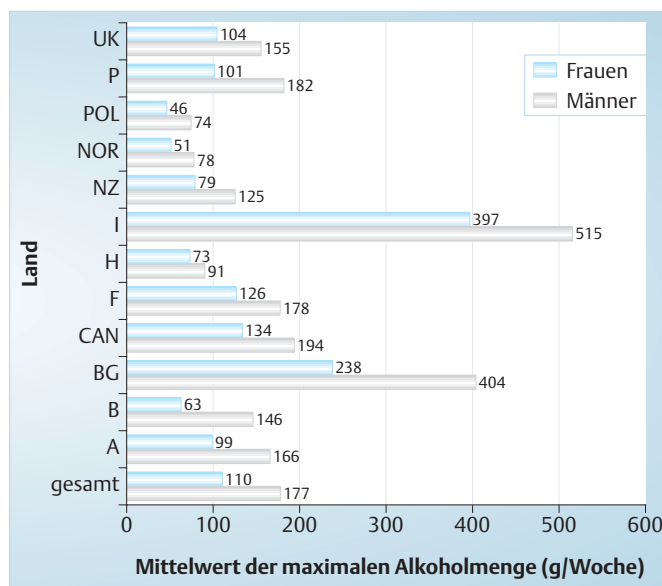


Abb. 1 Umfrage unter 2347 Allgemeinmedizinern; Mittelwerte der oberen Grenzwerte Alkohol pro Woche, die für Männer und Frauen als gesundheitlich unerschädlich angesehen werden (A = Österreich, B = Belgien, BG = Bulgarien, CAN = Kanada, F = Frankreich, H = Ungarn, I = Italien, NZ = Neuseeland, NOR = Norwegen, POL = Polen, P = Portugal, UK = United Kingdom), zitiert nach [52].

Die WHO konnte durch ihr Collaborative-Study-Projekt eindrucksvoll die Vernachlässigung des Themas alkoholbezogener Störungen in der Ausbildung von Allgemeinmedizinern aufzeigen [14]. Gleichzeitig zeigte diese Studie, dass die Qualität der Diagnostik und Behandlung mit vermehrter Ausbildung steigt.

Folgende Vorteile einer frühzeitigen Intervention bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in der Hausarztpraxis sind in Anlehnung an den „WHO World Health Report 2001“ [15] zu beachten:

- geringere Stigmatisierung von Patienten und Mitarbeitern;
- verbesserte Screeningmöglichkeiten und frühere Behandlung, insbesondere deutlich verbesserte Früherkennung von Patienten mit leichten somatischen Beschwerden als Hinweis auf eine alkoholbezogene Störung;
- verbesserte und frühzeitige Behandlung somatischer Folgen.

Ein regelmäßiges Screening auf alkoholbezogene Störungen beim Hausarzt könnte somit zu Kostenersparnissen führen und gewährleistet eine optimale Versorgung in Bezug auf Früherkennung dieser Störungen.

Trotz der hohen Prävalenz alkoholbezogener Störungen werden Screeningmaßnahmen selten eingesetzt [10, 16]. Allerdings wurden auch die Chancen eines Screenings insgesamt als sinnvolle Methode der Früherkennung angezweifelt. So fanden etwa Beich et al. 2003 [17] in einer Metaanalyse von 8 randomisierten Studien eine „Number Needed to Screen“ von rund 400 Patienten, um schließlich bei einem Patienten eine Reduzierung der Trinkmenge zu erreichen (wobei diese Zahlen mit Screeningprogrammen beispielsweise für Hypertonie oder Hyperlipidämie vergleichbar sind). In der Praxis wird sich diese Zahl durch Fokussierung auf Risikogruppen (Aufreten von Aufgreifkriterien/„Red Flags“) wahrscheinlich reduzieren. Allerdings bleibt die organisatorische

Hürde der Implementation solcher Screeningverfahren, die im Idealfall nur wenig Zeit in Anspruch nehmen sollten, in die Routinepraxis.

Generell stehen als Verfahren zur Früherkennung zur Verfügung:

1. klinische Untersuchungsverfahren;
2. Einsatz von Laborparametern;
3. indirekte Fragebogentests;
4. direkte alkoholbezogene Fragebogentests.

Für den Einsatz von Screeningverfahren mit Hilfe von *klinischen Untersuchungsverfahren* sprechen die Tatsache, dass die klinische Untersuchung regelmäßig durchgeführt wird, und die vergleichsweise geringe Anfälligkeit für Dissimulationstendenzen der Patienten. Als Verfahren steht z. B. der Alcohol-Clinical-Index [18] oder der klinische AUDIT-Test [19] zur Verfügung. Entscheidender Nachteil der vorgeschlagenen Verfahren ist jedoch, dass deren z. T. hohe Strukturierung (umfangreiche Checklisten) einen erheblichen Einarbeitungs- und Dokumentationsaufwand erfordert und die Interrater-Reliabilität häufig niedrig ist. Insgesamt findet sich in Studien meist eine für die Belange der klinischen Praxis zwar oft akzeptable Sensitivität, jedoch eine oft zu niedrige Spezifität, die zu hohen Anteilen von falsch positiv Entdeckten führt (z. B. [20]).

Ähnliches gilt für den Einsatz von *Laborparametern*, die von Hausärzten wie Patienten in hohem Maße zur Diagnostik verwendet werden [16]. Die „Objektivität“ der Testsituation ist von den gescreenten Patienten wenig durch Dissimulation beeinflussbar. Für einzelne Laborparameter (wie GGT, MCV oder CDT) sind jedoch die Validität und Reliabilität nur mäßig (vgl. z. B. die aktuelle Metaanalyse zur CDT-Diagnostik von Koch et al. [21]). Die Kombination verschiedener Testverfahren zeigt zwar eine deutlich verbesserte Testcharakteristik [22, 23], hat jedoch in der Praxis die entscheidenden Nachteile der z. T. hohen Kosten und des notwendigen zeitlichen Abstandes zur weiterführenden Diagnostik. Im direkten Vergleich zeigten sich Laborparameter den Fragebogentests unterlegen [24].

Indirekte Fragebogenverfahren verzichten auf Items, die direkt den Alkoholkonsum betreffen. Auf diese Art und Weise soll Leugnungs- bzw. Dissimulationstendenzen der Patienten entgegengewirkt werden. Alle verfügbaren Verfahren sind jedoch weder von ihren Testgütekriterien noch von ihrer Länge als Screeninginstrument in der Hausarztpraxis anwendbar (eine Übersicht findet sich bei [25]). Grundsätzlich ist infrage zu stellen, ob ein Einsatz von indirekten Methoden ein geeignetes Instrument zur Früherkennung und -intervention in der Hausarztpraxis darstellt. Zwar lässt sich u. U. die Gruppe von Patienten mit Leugnungstendenzen dadurch besser identifizieren, diese Patienten zeigen jedoch insgesamt geringere Erfolgsaussichten für Interventionen. Zusätzlich fällt der höhere Aufwand der Methodik (umfangreiche Itemlisten) ins Gewicht. Deutlicher Nachteil ist der mangelnde Bezug dieser Technik zu weiterführender Diagnostik und Intervention.

Direkte Fragebogentests bieten den besten Anknüpfungspunkt für eine weiterführende Diagnostik und Intervention aufgrund der Selbstaussagen der Patienten. Dies erleichtert den Ärzten wiederum das Gespräch mit ihren Patienten als Grundlage jeder weiterführenden Intervention. Auf diese Art und Weise leitet der Arzt die

weitere Diagnostik mit einer kriteriengeleiteten Verdachtsdiagnose ein. Das aufgrund seiner Testgüte am besten für die hausärztliche Praxis geeignete Screeningverfahren stellt der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) der WHO [26] dar. Das Verfahren besteht aus einem Fragebogen von 10 Selbstbeurteilungskriterien und acht zusätzlichen Fremdbeurteilungskriterien durch den Arzt, wobei man sich in der Praxis meist auf das Rating durch den Patienten beschränkt. Ein Score von 8 oder mehr Punkten gilt nach WHO-Empfehlung als Anhalt für riskanten Konsum. Der AUDIT bietet eine gute Sensitivität, Spezifität und Reliabilität. Problematisch sind allerdings die für Deutschland noch fehlenden validen Cut-off-Empfehlungen. Außerdem ist das Verfahren natürlich anfällig für Dissimulation. Weitere zur Verfügung stehende Testverfahren wie der CAGE-Fragebogen [27] oder der LAST [28], die z. T. für Deutschland validiert wurden, sind besser für die Identifikation von Missbrauch und Abhängigkeit geeignet als zur Identifikation von Risikotrinken [25].

Kurzintervention und Motivation

Mehrere Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien unterstrichen die Durchführbarkeit und Wirksamkeit von Kurzinterventionen in der hausärztlichen Praxis [29]. Die meisten Studien stammen jedoch entweder aus Ländern mit staatlichen Gesundheitssystemen [30–32] oder aus Ländern mit Managed-Care-Systemen [33]. Transferstudien solcher Techniken in die Routinepraxis fehlen weitgehend.

Diese Kurzinterventionen umfassen ein weites Spektrum von Maßnahmen und reichen von Austeilung von Selbsthilfemanualen bis zu mehreren intensiven Therapiegesprächen: So zeigten Fleming et al. [34], dass zwei 10–15 Minuten dauernde Beratungsgespräche im hausärztlichen Setting zu einer signifikanten Reduktion der durchschnittlichen Trinkmenge pro Woche und der Häufigkeit exzessiven Trinkens führten. Senft et al. [35] fanden eine signifikante Reduktion der Trinkmenge bei Patienten, die eine Kurzberatung (30 s), Patientenmaterialien und ein 15-minütiges motivationales Gespräch mit einem Berater während eines ambulanten Termins erhielten. Ebenso berichteten Ockene et al. [36] über eine Verringerung in der Zahl der alkoholischen Getränke und der Häufigkeit von Binge-Drinking-Episoden unter Patienten, die eine 5- bis 10-minütige Beratung während eines regulären Arztbesuches erhalten hatten.

Ob sich die Effekte dieser Intervention allerdings auf die Routine-tätigkeit generalisieren lassen, bleibt fraglich. Gelegentlich ist in solchen Studien auch die signifikant erhöhte Drop-out-Rate in der Interventionsgruppe eine wesentliche Verzerrungsquelle, wie z. B. in einer aktuellen Untersuchung von Curry et al. mit 21% Abbrechern in der Interventions- und 4% in der Kontrollgruppe [33]. Auch zeigen sich oft keine anhaltenden Effekte dieser Kurzinterventionen, wie in der Studie von Richmond et al. [37], die zwar nach 6 Monaten eine Trinkmengenreduktion fanden, nicht aber nach 12.

Den meisten dieser Interventionen liegt das Transtheoretische Modell der „Stages of Change“ [38] zugrunde. Dies betont, dass nicht alle Patienten mit riskantem Konsum sich ihres gesundheitsschädlichen Verhaltens bewusst und bereit zu einer Ver-

änderung des Trinkverhaltens sind. Somit sind verschiedene Interventionen oder Intensitäten von Interventionen nötig, die jeweils von der Bereitschaft der Patienten abhängen, ihr Trinkverhalten zu ändern. Entgegen der in der Bevölkerung weit verbreiteten Meinung haben Studien, die die Veränderungsbereitschaft untersuchten, höhere Erfolgsraten bei Patienten gezeigt, die höhere Level von intrinsischer (z.B. Besorgnis um die Gesundheit, Wunsch nach Selbstkontrolle) relativ zu extrinsischer Motivation (z.B. sozialer Druck, finanzielles Anreizsystem) hatten [39].

Die wohl wesentlichen inhaltlichen Elemente der wirksamen Kurzinterventionen [29] sind in Tab. 1 aufgezeigt. Sie umfassen Schritte wie Rückmeldung des Risikos bzw. bestehender Beeinträchtigungen durch das Konsummuster, Betonung der persönlichen Verantwortung des Patienten für den Alkoholkonsum, eine klare, strukturierte Auswahl von Handlungsempfehlungen, einen empathischen Beratungsstil und die Anwendung von Techniken zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung. Wichtige Ergebnisse für den deutschsprachigen Raum werden aus den vom BMBF geförderten Projekten der „Verbünde für Suchtforschung“ zu erwarten sein (Tab. 2).

Tab. 1 Inhaltliche Elemente von wirksamen Kurzinterventionen [29]

F	<i>Feedback</i> Rückmeldung des Risikos bzw. bestehender Beeinträchtigungen durch das Konsummuster
R	<i>Responsibility</i> Betonung der persönlichen Verantwortung des Patienten für den Alkoholkonsum
A	<i>Advice</i> klare, strukturierte Handlungsempfehlungen
M	<i>Menue</i> Anbieten einer Auswahl verschiedener Änderungsoptionen
E	<i>Empathy</i> empathischer Gesprächs- und Beratungsstil
S	<i>Self-Efficacy</i> Anwendung von Techniken zur Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung

Tab. 2 Projekte der Suchtforschungsverbünde zu alkoholbezogenen Störungen in der hausärztlichen Praxis

Verbund-Projektthema	Projektleitung	Weitere Informationen
Verbund Nord-Ost EARLINT Ein Behandlungsstufenansatz für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Allgemeinarztpraxen	Dr. Hans-Jürgen Rumpf h.rumpf@ukl.mu-luebeck.de	www.medizin.uni-greifswald.de/epidem/forschung/intervention/earlint.html
Verbund Nordrhein-Westfalen Früherkennung und minimale Intervention (Alkohol und Nikotin) in Allgemeinarztpraxen	Prof. Dr. Fred Rist rist@psy.uni-muenster.de	www.suchtforschungsverbund-nrw.de
Verbund Baden-Württemberg Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis	PD Dr. Götz Mundle goetz.mundle@oberbergkliniken.de	www.bw-suchtweb.de

In mehreren Studien wurde gezeigt, dass sich eine große Zahl von alkoholabhängigen Patienten im Stadium der Absichtslosigkeit befindet (z.B. [40]), d.h. keine oder wenig Änderungsmotivation aufweist. Aus diesem Grund stellt die motivationale Gesprächsführung [41] eine wichtige Technik zum Aufbau von Änderungsmotivation dar. Die Grundlage der Technik bilden fünf Prinzipien: *Eine empathische Grundhaltung* liefert die entscheidende Grundlage, um Veränderung hervorzurufen. Für das Erleben der Notwendigkeit einer Veränderung ist das *Erzeugen von Diskrepanz* notwendig. Dies bedeutet die Förderung der Wahrnehmung des Patienten hinsichtlich des Unterschieds von Ist-Zustand (Realität des Alkoholkonsums) und Soll-Zustand (Freiheit von unangenehmen Auswirkungen des Substanzgebrauches). Ein weiteres wichtiges Element ist die *Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung* („Glaube“, „Hoffnung“, „positives Denken“) des Patienten als entscheidendes motivierendes Agens. Oft wird Widerstand als negative und eher stabile Eigenschaft von Personen gesehen, verbunden mit Leugnung und Abwehr. Die motivierende Gesprächsführung deutet den Widerstand des Patienten als Hinweis, dass die vorgeschlagene Maßnahme nicht zur Änderungsmotivation des Patienten gepasst hat (z.B. eine klare Abstinenzempfehlung bei Patienten, die keine Notwendigkeit der Änderung des Trinkverhaltens sehen). In der motivierenden Gesprächsführung soll deshalb der *Widerstand* des Patienten *aufgenommen werden* und konstruktiv als Hinweis auf Ambivalenzkonflikte genutzt werden. Schließlich sollen *Beweisführungen vermieden* werden.

Die Technik der motivierenden Gesprächsführung ist auch von medizinischem Hilfspersonal leicht zu erlernen und kann in Situationen, in denen nur relativ wenig Zeit zur Verfügung steht, eingesetzt werden. Generelles Ziel ist, das Gespräch auf die Möglichkeit einer Verhaltensänderung zu lenken („Change Talk“) und diese so vorzubereiten. Zwar bestätigte sich in Metaanalysen randomisierter Studien die Wirksamkeit dieser Technik [42], der Transfer in die Routinepraxis außerhalb von Behandlungszentren stellt sich jedoch schwierig dar [43].

Transfer in die klinische Praxis

Mehrere Untersuchungen bei Hausärzten in verschiedenen Ländern zeigten, dass zwar die Notwendigkeit frühzeitiger Intervention gesehen wird, jedoch nur eine geringe Zahl von Ärzten entsprechende Maßnahmen durchführt [7, 16, 31, 44]. Dabei wurde aber auch gezeigt, dass die Motivation der Allgemeinmediziner durch das Angebot relevanter Fortbildung und Hilfen (wie z.B. Unterstützung durch medizinisches Hilfspersonal) wesentlich gesteigert werden kann [13, 45].

Somit stellt die Entwicklung geeigneter Transferinstrumente für entsprechende Screening- und Frühinterventionsprogramme wie etwa für den BzGA-BÄK-Leitfaden „Kurzinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen“ [46] eine wesentliche Aufgabe dar. Ohne entsprechende Implementationsmaßnahmen ist eine breite Anwendung der Manuale und Interventionen unwahrscheinlich. Diese Maßnahmen sollten sowohl dem Zeitmangel als auch der Motivationslage der Hausärzte Rechnung tragen. Ein aktuelles Forschungsprojekt des Suchtforschungsverbundes Baden-Württemberg (Tab. 2) untersucht hierzu („AQAH – Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis“, Abb. 2) im Rahmen der „Verbünde für Suchtforschung“

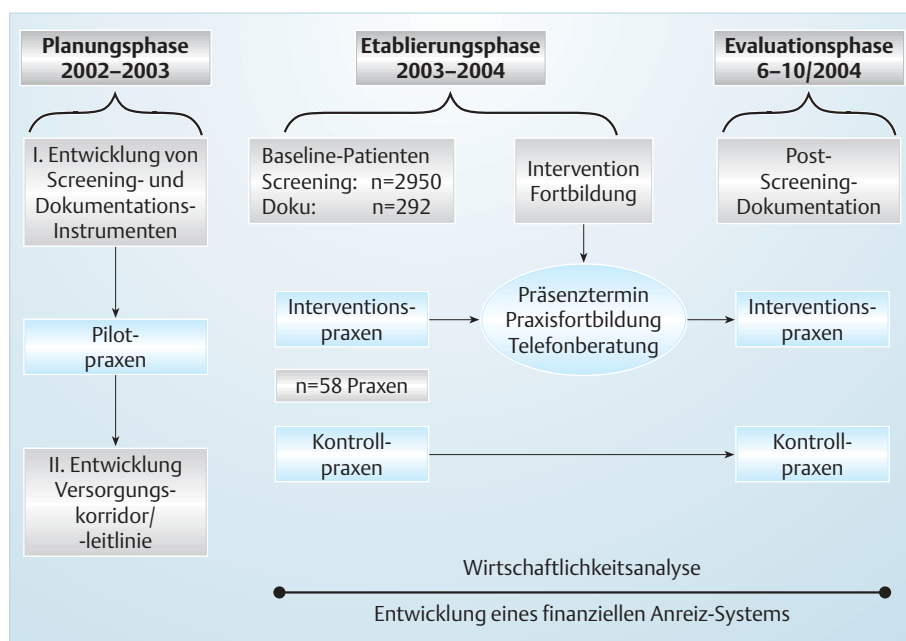


Abb. 2 Schematische Übersicht des BMBF-geförderten Projektes „AQAH – Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis“ [47].

[47] die Auswirkungen der Implementation eines Qualitätsmanagementsystems (Versorgungsleitlinie, Screeninginstrumente, Dokumentationsmaterialien etc.) auf die Erkennensrate und Behandlung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen. Im Rahmen dieser BMBF-geförderten randomisierten Studie wurden in der Etablierungsphase bei insgesamt 58 Hausärzten im süddeutschen Raum mehr als 2900 Patienten mit verschiedenen Methoden (AUDIT, Laborparameter) auf alkoholbezogene Störungen gescreent und Behandlungsverläufe von ca. 300 Patienten dokumentiert. Derzeit wird die Etablierungsphase (Fortbildung der Interventionsgruppe durch eine Kombination aus Präsenzveranstaltung und individuellen Praxisterminen mit anschließender mehrmaliger Telefonberatung) abgeschlossen. Das Projekt wird nach seinem Abschluss im Herbst 2004 wichtige Informationen und Daten zu den Möglichkeiten und Grenzen der Intervention in der Allgemeinpraxis liefern.

Ein letzter wesentlicher Punkt ist die Frage nach sinnvollen Konsequenzen von Interventionen, d. h., wie die gestufte Versorgung im deutschen Gesundheitssystem weiter optimiert („vernetzt“ oder „integriert“) werden kann, um die Versorgung alkoholkranker Patienten kontinuierlich zu verbessern. Solche Überlegungen können dabei helfen zu klären, welche Rollen z. B. Hausärzte, Suchberatungsstellen, die betriebliche Suchtprävention, Psychiater, Psychotherapeuten sowie psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken in der Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen sinnvollerweise übernehmen können [48–51].

Literatur

- World Health Organization. Global Status on Alcohol. Verfügbar unter: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/2001. Abrufdatum: 7.5.2004
- Kraus L, Bauernfeind R. Repräsentativerhebung zum Konsum psychotroper Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. Sucht 1998; 199: 39–47

- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al. Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOS study. Transitions in Alcohol Consumption and Smoking. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35 (12): 539–547
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E et al (Hrsg). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 2000
- Mann KF. Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. Deutsches Ärzteblatt 2002; 10: A632–A644
- Bergmann E, Horch K. Ökonomische Bewertung von gesundheitlichen Folgen des Alkoholismus. Sucht Aktuell 2000; 2: 14–18
- Bradley KA, Curry SJ, Koepsell TD et al. Primary and secondary prevention of alcohol problems: U.S. internist attitudes and practices. J Gen Intern Med 1995; 10 (2): 67–72
- Bradley KA. Screening and diagnosis of alcoholism in the primary care setting. West J Med 1992; 156 (2): 166–171
- Olfson M, Braham RL. The detection of alcohol problems in a primary care clinic. J Community Health 1992; 17 (6): 323–331
- Spandorfer JM, Israel Y, Turner BJ. Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. J Fam Pract 1999; 48 (11): 899–902
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Alexandria: International Medical Publishing, 1996
- Schmidt LG. Frühdiagnostik und Kurzinterventionen beim beginnenden Alkoholismus. Deutsches Ärzteblatt 1997; 94: A2905–A2908
- Kaner EF, Heather N, Brodie J et al. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. Br J Gen Pract 2001; 51 (471): 822–827
- Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB et al., WHO Brief Intervention Study Group. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. J Stud Alcohol 2001; 62 (5): 621–627
- Bebbington P. The World Health Report 2001. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001; 36 (10): 473–474
- Berner M, Zeidler C, Kriston L et al. Die Behandlung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in der hausärztlichen Praxis. Nervenarzt 2003; Suppl 2: 256–257
- 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 (7414): 536–542
- Skinner HA, Holt S, Sheu WJ et al. Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: the alcohol clinical index. Br Med J (Clin Res Ed) 1986; 292 (6537): 1703–1708

- ¹⁹ Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB et al. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Genf: World Health Organisation, 2001
- ²⁰ Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol* 1995; 56 (4): 423–432
- ²¹ Koch H, Meerkerk GJ. Accuracy of carbohydrate-deficient transferrin in the detection of excessive alcohol consumption: a systematic review. *Alcohol Alcohol* 2004; 39 (2): 75–85
- ²² Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000; 160 (13): 1977–1989
- ²³ Bentele M, Berner M, Kriston L et al. DOVER and QUVER: New markers to screen for or monitor at-risk drinking. *European Psychiatry* 2004; 19 (1): 46–47
- ²⁴ Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S et al. Questionnaires are better than laboratory tests to screen for current alcohol abuse or dependence in a male inpatient population. *Acta Clin Belg* 2002; 57 (5): 241–249
- ²⁵ Rumpf HJ, John U, Hapke U et al. Identifizierung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit, schädlichem Gebrauch oder riskantem Alkoholkonsum. In: Rumpf HJ, Hüllinghorst R (Hrsg). *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus, 2004: 61–91
- ²⁶ Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction* 1993; 88 (6): 791–804
- ²⁷ Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252 (14): 1905–1907
- ²⁸ Rumpf HJ, Hapke U, John U. LAST. Lübecker Alkoholabhängigkeits- und mißbrauchs-Screening-Test. Manual. Göttingen: Hofgrefe, 2001
- ²⁹ Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88 (3): 315–335
- ³⁰ Kaner E, Lock C, Heather N et al. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2003; 51 (3): 277–284
- ³¹ Kaner EF, Heather N, McAvoy BR et al. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol Suppl* 1999; 34 (4): 559–566
- ³² Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR et al. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49 (446): 699–703
- ³³ Curry SJ, Ludman EJ, Grothaus LC et al. A randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Health Psychol* 2003; 22 (2): 156–165
- ³⁴ Fleming MF, Barry KL, Manwell LB et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 1997; 277 (13): 1039–1045
- ³⁵ Senft RA, Polen MR, Freeborn DK et al. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine* 1997; 13 (6): 464–470
- ³⁶ Ockene JK, Adams A, Hurley TG et al. Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Arch Intern Med* 1999; 159 (18): 2198–2205
- ³⁷ Richmond R, Heather N, Wodak A et al. Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995; 90 (1): 119–132
- ³⁸ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. [Review] [75 refs]. *Prog Behav Modif* 1992; 28: 183–218
- ³⁹ Curry SJ, Grothaus LC, McBride AJ. Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors* 1997; 22: 727–739
- ⁴⁰ Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C et al. Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry* 1999; 21 (5): 348–353
- ⁴¹ Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford, 1999
- ⁴² Moyer A, Finney JW, Swearingen CE et al. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97 (3): 279–292
- ⁴³ Miller WR. What does it Take to Change Clinician Behavior? 10th International Conference on Treatment of Addictive Behaviours 4.–8.9.2003, Heidelberg
- ⁴⁴ Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB et al. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol* 2001; 62 (5): 621–627
- ⁴⁵ Ludman EJ, Curry SJ, Grothaus LC. A longitudinal assessment of physician attitudes, beliefs and practice following academic detailing and chart cues for prevention of alcohol problems. *Alcohol research* 2004; 9 (1): 12–18
- ⁴⁶ *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen*. Berlin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Bundesärztekammer, 2001
- ⁴⁷ Mänz C, Berner M, Lorenz G et al. Projekt AQAH: Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen beim Hausarzt. *Suchtmedizin* 2003; 5 (1): 1–8
- ⁴⁸ Wienberg G. Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland – eine Analyse aus Public Health – Perspektive. In: Mann K (Hrsg). *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Lengerich: Pabst, 2002
- ⁴⁹ Wienberg G, Driessen M. Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
- ⁵⁰ Cavric D. Der Umgang von Suchtberatungsstellen mit alkoholbezogenen Störungen. Universität Freiburg, 2004
- ⁵¹ Rumpf HJ, Kremer G. Früherkennung, Kurzintervention, Beratung und Motivation bei alkoholbezogenen Störungen: Der Stellenwert von Arztpraxis und Beratungsstelle. In: Rumpf HJ, Hüllinghorst R (Hrsg). *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Massnahmen*. Freiburg: Lambertus, 2003: 92–107
- ⁵² Saunders JB. Disseminating Brief Alcohol Interventions within Primary Health Care: a 16-country WHO Study. Heidelberg: 10th International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, 4.–8.9.2003, Heidelberg