

Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt – Wilhelm-Feuerlein-Preis

Effekt einer computer-gestützten Kurzberatung bei riskantem Alkoholkonsum nach einem Trauma

Tim Neumann, Bruno Neuner, Edith Weiß-Gerlach, Claudia Spies

Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin

psychoneuro 2005; 31 (9): 452–455

Rettungsstellenkontakte stellen eine gute Gelegenheit dar, bei verunfallten Patienten mit riskantem Alkoholkonsum verhaltensmodifizierende Interventionen durchzuführen. In dieser kontrolliert randomisierten Untersuchung an traumatisierten Patienten einer Rettungsstelle konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, mittels gezielter Information und Feedback, beruhend auf einem computerisiert erfragten Risikoprofil, den Anteil von Patienten mit einem Risiko in Bezug auf den Alkoholkonsum signifikant zu senken: Von den Patienten (n = 1136) mit einem AUDIT-Punktwert von ≥ 5 (Screenpositiv) gaben initial 48% einen riskanten Alkoholkonsum nach den Kriterien der „British Medical Association“ (Männer mehr als 30g/d, Frauen > 20 g/d reiner Alkohol) an. In der 6-Monatskatamnese (n = 716) hatten signifikant weniger Patienten nach einer Intervention (21,7%) als Kontrollpatienten ohne Intervention (30,4%, $p = 0,009$) einen riskanten Alkoholkonsum nach den BMA-Kriterien. Dieser Effekt war nach 12 Monaten allerdings nur tendenziell nachweisbar.

Patientinnen und Patienten mit einem riskanten bzw. gefährdenden Alkoholkonsum haben neben anderen Gesundheitsrisiken auch ein erhöhtes Risiko, Verletzungen aufgrund von Unfällen zu erleiden (1, 3–8, 10, 12–14). Riskanter Alkoholkonsum bedeutet nicht nur die Abhängigkeit oder den fortgesetzten Gebrauch, sondern beinhaltet auch einen Konsum wie Rauschtrinken bzw. ein erhöhter täglicher Alkoholkonsum, aus dem sich Gesundheitsrisiken ableiten (5, 8).

Gemäß nationaler Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (5, 8), die denen der „British Medical Association“ von 1995 entsprechen, beginnt ein riskanter Alkoholkonsum bei Männern bereits ab einer Trinkmenge von

mehr als 30 g (z.B. ca. 0,75 Liter Bier) pro Tag und bei Frauen von mehr als 20 g (z.B. ca. 0,5 Liter Bier) pro Tag.

Viele Patienten mit einem riskanten Alkoholkonsum verringern ihre Alkoholtrinkmenge nach einer Kurzintervention (1, 3–6, 8, 10, 11). Eine Kurzintervention bedeutet in diesem Zusammenhang ein nicht-konfrontatives Gespräch von 15 bis 40 Minuten Länge, das vornehmlich die Ambivalenz bezüglich des Alkoholkonsums evaluiert und akzeptiert. Ziel ist es, eine Änderung des gefährdenden Verhaltens herbeizuführen. Dabei wird versucht, die Motivation und die dem Patienten eigenen (autonomen) Möglichkeiten als wesentliches Element zu berücksichtigen bzw. die Motivation zur Veränderung aufzubauen. Durch eine solche Kurzintervention lassen

sich erhöhte Risiken im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum – z.B. das Auftreten eines erneuten Unfalls, Gewalt, körperliche Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte etc. – senken (1, 4, 6, 10, 11, 14).

Eine erhebliche Anzahl von Patienten mit riskantem Alkoholkonsum wird in Rettungsstellen nach einem Unfall gesehen. Die Patienten sind zumeist jung sowie physisch, psychisch und sozial noch nicht beeinträchtigt. Sie haben wegen des alkoholbedingten erhöhten Verletzungsrisikos oftmals den ersten Kontakt mit dem Hilfesystem in Rettungsstellen oder Unfallstationen (3, 5, 6, 8, 10, 11, 14). Von sich aus wenden diese Patienten sich nur selten an suchtmittelspezifische Hilfeleistungen. Nach einem Unfall ist bei diesen Patienten die Motivation jedoch erhöht, über eine Veränderung ihres gefährdenden Verhaltens nachzudenken. Allerdings sind Rettungsstellen gegenwärtig noch nicht hinreichend in der Lage, diesem Patientenkreis ein adäquates Beratungsangebot zu vermitteln (3, 6, 10). Die knapp bemessene Zeit in der Notfallversorgung und eine nicht ausreichende Ausbildung in suchtmmedizinischer Gesprächsführung (z.B. „Motivational Interviewing“) werden dafür verantwortlich gemacht. Viele Patienten mit weniger schweren

Verletzungen nehmen während der Versorgung eine gewisse Wartezeit in Kauf. Diese Zeit kann genutzt werden, um Patienten mit riskantem Alkoholkonsum mittels einer computergestützten Risikoanalyse zu screenen und mit individualisierter Information und Feedback zu beraten, um eine Verminderung des individuellen, auf Alkoholkonsum bezogenen Risikos zu erreichen.

Das Ziel dieser Untersuchung war es zu zeigen, dass es möglich ist, verletzte Patienten – mit auf Alkohol bezogenen Problemen – in einer Rettungsstelle computergestützt und individualisiert zu beraten, um dadurch eine Reduktion des riskanten Alkoholkonsums zu erreichen. So kann der Effekt von gezielter Information auf ein riskantes Verhalten unabhängig von einer Patient-Ärzt-Interaktion untersucht werden.

Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS 217-43794-5/5) im Rahmen des Förderschwerpunktes zur Patientenbeteiligung „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ als eines von bundesweit insgesamt 10 Modellprojekten bei jeweils unterschiedlichen Indikationen (<http://www.patient-als-partner.de>) über drei Jahre (von Herbst 2001 bis Herbst 2004) gefördert und methodenübergreifend begleitet (BMGS 217-43794-5/11).

Ein positives Votum der örtlichen Ethikkommission lag für diese Untersuchung vor. Alle Patienten, die sich nach einem Trauma in der Rettungsstelle der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte, vorstellten, erhielten die Möglichkeit, an dieser prospektiven, randomisiert-kontrollierten Studie teilzunehmen. Nach schriftlichem Einverständnis konnten 3 026 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Eine anonymisierte und vertrauliche Behandlung der erhobenen Daten wurde den Patienten zugesichert. Die Verletzungsschwere wurde mit dem „Injury Severity Score“ (2) eingeschätzt (Spanne 0–75 Punkte). Ferner wurde die Trinkmenge bei Einschluss bzw. in der Nachbefragung

Tab. 1 Basis- bzw. substanzspezifische Daten der eingeschlossenen Patienten; Häufigkeiten bzw. Median (25–75% Perzentile)

n = 1136	Intervention n = 561	Kontrolle n = 575
Alter (Jahre)	30 (24–39)	31 (25–38)
Männer (%)	80	78
Hochschulreife (%)	55	54
„Injury severity score (2)“ (Punkte)	1 (1–1)	1 (1–1)
Beschäftigt (%)	62	64
Partnerschaft (%)	46	44
Alkohol		
Alkoholkonsum (g/d Wochenmittel)	28 (14–46)	26 (14–47)
Alkoholabhängigkeit (%)	8	9
Schädlicher Alkoholkonsum (%)	14	12
Alcohol Use Disorder Identification Test (Punkte)	7 (6–11)	8 (6–11)
Substanzmissbrauch:		
Nikotinkonsum (%)	60	60
Illegale Drogen (im letzten Jahr) (%)	34	34
• Cannabis (%)	32	31
• Ecstasy (%)	5	5
• Kokain (%)	6	7
• Opiate (%)	1	2
• Andere (%)	5	3

mit einem detaillierten schriftlichen Fragebogen erfasst, wobei nach Art des Alkohols (Bier, Wein, Spirituosen etc.) und nach Alkoholkonsum am Wochenende bzw. unter der Woche unterschieden wurde (7). Die Einteilung erfolgte in riskanten bzw. nichtriskanten Alkoholkonsum dichotomisiert nach den Kriterien der „British Medical Association“ für riskanten Alkoholkonsum (Männer: 30 g/Tag, Frauen: 20 g/Tag) (5, 8).

Während der Wartezeit für die Diagnostik und Behandlung hatten die Patienten Zeit, an einem Laptop Fragen zu Alkohol, Nikotin, Drogen, Gewicht bzw. Ernährungsproblemen, körperlicher Bewegung, sozialem Wohlbefinden, Stress und Sexualität sowie der Motivationslage bezüglich einer Änderung ihres Alkoholkonsums zu beantworten. Der überwiegende Teil der Patienten (85%) konnte die erwünschten Angaben am Laptop nach kurzer technischer Einführung selbständig eingeben. Diese Antworten bildeten die Grundlage für ein individuelles Risikoprofil.

Der eingesetzte „Alcohol Use Disorders Identification Test (7)“ (AUDIT) fragt nach alkoholspezifischen Problemen und Risiken auf verschiedenen Ebenen (riskanter Konsum, Abhängigkeit und negative

Konsequenzen des Alkoholkonsums). Ein erreichter Punktwert von 5 oder mehr entspricht zumindest einem alkoholbezogenen Problem. Da falsch positive Befunde a priori als weniger relevant erachtet wurden als falsch negative, wurde der AUDIT-Grenzwert bewusst niedrig angesetzt. Der Aufwand der Intervention (nach erfolgtem Screening) wurde als geringer als der zu erwartende Benefit eingeschätzt.

Die Motivationslage hinsichtlich des Alkoholkonsums wurde mit dem „Readiness to Change“-Fragebogen (9) erhoben. Es wurde unterschieden zwischen den Stadien Absichtslosigkeit (subjektiv besteht kein Alkoholproblem), Absichtsbildung (das Trinkverhalten wird ambivalent betrachtet oder teilweise auch als problematisch empfunden) und Aktion (es sind erste Schritte unternommen worden, das als problematisch erkannte Trinkverhalten zu verändern).

Von 1139 screenpositiven Patienten (38%) mit ≥ 5 AUDIT-Punkten wurden nach erfolgter Randomisierung 563 Patienten der Interventionsgruppe und 576 Patienten der Kontrollgruppe zugeteilt. Sämtliche Patienten erhielten ohne weitere Einschränkung die übliche Versor-

Tab. 2 Follow up. Häufigkeiten bzw. Median (25–75% Perzentile)

6 Monate n = 719	Intervention n = 350	Kontrolle n = 369	p-Wert
Risikantes Trinken (%):			
• Alle Patienten (%)	21,7	30,4	0,008*
• Präkontemplation (%)	18,7	24,0	0,212
• Kontemplation (%)	31,2	49,5	0,009*
• Aktion (%)	17,3	20,3	0,646
Alkoholkonsum (g/d)	14 (6–26)	17 (6–32)	0,084
Prozent Änderung von Ausgangswert (%)	-36 (-73–0)	-20 (-66–0)	0,006*
12 Monate			
n = 660	n = 308	n = 352	
Risikantes Trinken (%):			
• Alle Patienten (%)	37,3	42,6	0,168
• Präkontemplation (%)	31,2	30,5	0,891
• Kontemplation (%)	51,1	64,5	0,066
• Aktion (%)	32,3	45,7	0,099
Alkoholkonsum (g/d)	21 (9–4)	23 (14–42)	0,029*
Prozent Änderung von Ausgangswert (%)	-23 (-60–+26)	-11 (-47–+46)	0,023*

gung in der Rettungsstelle. Drei Patienten mussten im Verlauf der Studie wegen unvollständiger Daten ausgeschlossen werden.

Die Intervention erfolgte bei den positiv randomisierten Patienten durch die Aushändigung eines Briefes, der einen nicht konfrontativen Rat, individualisierte Informationen und ein Feedback in Form einer computerisierten Risikoanalyse enthielt (12). Ein Software-Algorithmus formulierte mit Textbausteinen die Risikoanalyse auf der Basis des individuellen Risikoprofils mit den Bestandteilen des FRAMES-Konzepts (11): Feedback (Rückmeldung der Risiken, Konsequenzen), Responsibility (Eigenverantwortung), Advice (klarer Rat), Menue of behavioral change (Aufzeigung von Verhaltensmöglich-

keiten), Empathy (Empathie/Einführung) und Self-efficacy (Betonung der Selbsteffizienz) unter Berücksichtigung des Motivationsstadiums (11). Ferner bekamen die Patienten das Angebot zur Weitervermittlung in ein Beratungsnetzwerk.

Die Nachbefragungen fanden nach 6 und 12 Monaten entweder persönlich, telefonisch, postalisch oder per E-Mail statt.

Die statistische Auswertung erfolgte nicht-parametrisch (Chi-Quadrat oder Mann-Whitnes-U-Test); das Signifikanzniveau wurde bei $p = 0,05$ angesetzt.

■ Ergebnisse

Die Daten der eingeschlossenen 1136 Studienteilnehmer mit einem AUDIT-Wert von fünf oder mehr Punkten, die eine Intervention erhielten bzw. der Kontrollgruppe, die initial nur evaluiert wurde, sind in Tabelle 1 angegeben. Die Patienten waren zum größten Teil junge männliche Erwachsene, mit meist leichten Verletzungen. 60% der Patienten waren Raucher, 34% gaben an, zumindest gelegentlich illegale Drogen zu konsumieren.

Während sich die eine Hälfte dieser Patienten mit problematischem Alkoholkonsum im Stadium der Ab-sichtslosigkeit (Präkontemplationsstadium: 50,3%) befand, zeigte die andere Hälfte zumindest eine Ambivalenz hinsichtlich ihres Alkohol-

konsums (Kontemplationsstadium 28,9%, Aktionsstadium 20,8%).

Von den eingeschlossenen Patienten wurden 48% (Interventionsgruppe: 49,6% bzw. Kontrollgruppe 46,8%, $p = 0,335$) initial als riskante Trinker nach den Kriterien der „British Medical Association“ eingestuft. Für die Nachbefragung nach sechs Monaten ergab sich eine signifikante Reduzierung des riskanten Alkoholkonsums auf 21,7% in der Interventionsgruppe gegenüber 30,4% in der Kontrollgruppe ($p = 0,006$). Daraus ergibt sich, dass zwölf Patienten eine Intervention erhalten müssten, um einen Patient profitieren zu lassen. Dieser Effekt bestand zur Nachbefragung nach 12 Monaten mit 37,2% in der Interventionsgruppe und mit 42,5% in der Kontrollgruppe nur noch tendenziell ($p = 0,168$), jedoch nicht mehr signifikant (Tab. 2).

Von den Patienten der Interventionsgruppe berichteten 9,1% (gegenüber 5,7% der Kontrollgruppe, $p = 0,093$), dass sie weitere Beratungsangebote bezüglich ihres riskanten Alkoholkonsums an Anspruch genommen hatten.

■ Diskussion

Mit der Studie konnte gezeigt werden, dass eine computergestützte Risikoanalyse mit individualisierter Information und Feedback eine Möglichkeit ist, traumatisierte Patienten mit Alkoholkonsum bezogenen Problemen in einer Rettungsstelle individuell zu beraten. Im Gegensatz zu den Patienten, die nach einer Verletzung diese gezielte Interventionsmaßnahme nicht erhielten, konnte eine deutlich stärkere Reduzierung des Alkoholkonsums nach sechs Monaten allein aufgrund sachadäquater Information in zeitlicher und räumlicher Nähe zum vorangegangenen Unfall erreicht werden. Dieser Effekt war aber nach zwölf Monaten nur noch tendenziell nachweisbar. Eine Kombination mit einer persönlichen Kurzintervention durch einen Therapeuten oder Booster-Interventionen bieten sich an. Dieses viel versprechende Vorgehen müsste in weiteren Untersuchungen evaluiert werden. Der Effekt wurde primär unabhängig von einer bestehenden Patient-Arzt-Beziehung erreicht.

Hinweis

Diese Untersuchung wurde unter dem Titel „Computergestützte interaktive Risikoanalyse bei alkoholkranken Patienten nach einem Trauma“ im Rahmen des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS 217-43794-5/5) durchgeführt und wurde unter dem Titel „The Effect of Computerized Tailored Brief Advice on At-Risk Drinking in Subcritically Injured Trauma Patients“ beim Journal of Trauma als Originalpublikation eingereicht und befinden sich zurzeit im zweiten Review. Diese Publikation erfolgt mit Genehmigung des Journal of Trauma.

Ferner muss einschränkend erwähnt werden, dass an dieser Untersuchung nur Patienten eingeschlossen wurden, die nicht kognitiv eingeschränkt waren. Ein nicht unerheblicher Teil musste z.B. auf Grund der Traumaschwere oder Intoxikation ausgeschlossen werden. Eine Generalisierbarkeit auf alle Traumapatienten ist deshalb nicht gegeben.

Es wird allerdings ersichtlich, wie bedeutungsvoll gezielte Informationen für Patienten sind, wenn es beispielsweise darum geht, durch Verhaltensänderung ein Risiko zu vermindern. Die Möglichkeit einer computergestützten Risikoanalyse könnte bei der Implementierung von Präventionsmaßnahmen (hier: Reduktion des Substanzmittelkonsums) wegen seiner einfachen Handhabung problemlos in einer Rettungsstelle verankert werden und im Rahmen eines Gesamtkonzepts einen effektiven Beitrag leisten. Zurzeit wird das präventive Potential in Rettungsstellen nicht ausreichend genutzt. Patienten suchen in der Regel eine Rettungsstelle primär wegen einer Verletzung und nicht vordergründig wegen ihres Suchtmittelkonsums auf. Die hohe Frequentierung der Rettungsstellen durch riskante Konsumenten (hier: Alkohol) lassen Rettungsstellen zu einem idealen Setting für die Sekundärprävention werden. Eine computergestützte Risikoanalyse könnte zur Risikoreduzierung beitragen und damit die Versorgung von Patienten verbessern, die in der wichtigen Frühphase nach einem Trauma („Golden Hour of Trauma“) in eine Rettungsstelle kommen.

Literatur

1. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993; 88: 315–335
2. Committee on Injury Scaling. Ass. for the Advancement of Automotive Medicine, Des Plaines, IL, 1990
3. Eggers V, Neumann T, Kox WJ, Spies CD. Alkoholabusus: Risikofaktoren für Anästhesie und Intensivmedizin. In: Singer MV, Teysen S (Hrsg.). *Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten – Klinik Diagnostik Therapie*. Berlin Heidelberg, Springer Verlag, 2001
4. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, Villavecce A, Copass M, Ries RR. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999; 230: 473–480

5. Mundle G, Schnmidt LG et al. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/076-001.htm>, SUCHT 2003; 49: 147–167
6. Neumann T, Kox WJ, Spies CD. The anesthesiologist's approach to patients with addictive disorders. *Anästhesiologisches Vorgehen bei Sucht- und Begleiterkrankungen*. *Suchtmed* 2003; 5: 13–20
7. Neumann T, Neuner B, Gentilello LM et al. Gender differences in the performance of a computerized version of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in subcritically injured patients admitted to the emergency department. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 28: 1693–1701
8. Rist F, Rumpf HJ et al. (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/076-003.htm>, *Sucht* 2004; 50: 102–112
9. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict* 1992; 87: 743–745
10. Runge JW, Hargarten S, Velianoff G et al. Recommended Best Practices Of Emergency Medical Care for the Alcohol-Impaired Patient: Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems in the Emergency Department; available at: <http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/alcohol/EmergCare/recommended.htm>. accessed September 9, 2001
11. Schmidt LG. Frühdiagnostik und Kurzintervention beim beginnenden Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 94: A-2905
12. Spies C, Neumann T et al. Patienten-Information.de. Qualitätsgeprüfte Behandlungsinformationen für Patienten und Laien. http://www.patienten-information.de/2_gesundheitsinformationen/eigene/AUDIT/view, zugegriffen: 5/2005
13. Spies CD, Neumann T, Otter H, Kox WJ. Clinical relevance of addictive disorders in surgical facilities. *Klinische Relevanz der Suchterkrankungen in operativen Einrichtungen*. *Suchtmed* 2003; 5: 7–12
14. Spies CD, Tønnesen H, Andreasson S, Helander A, Conigrave K. Perioperative morbidity and mortality in chronic alcoholic patients. *Alcohol Clin Exp Res (Suppl)* 2001; 25: 1645–1705

Korrespondenzadresse:

Dr. Tim Neumann
Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Campus Charité Mitte, Charité –
Universitätsmedizin Berlin
Schumannstraße 20/21
10117 Berlin
tim.neumann@charite.de

Weitere Aktivitäten der Deutschen Suchtstiftung Matthias Gottschaldt

Um ein breiteres Interesse und Verständnis für das Thema Sucht in der Öffentlichkeit zu erzielen, veranstaltet die Deutsche Suchtstiftung die Gesprächsreihe „Menschen am Gardarmenmarkt – Wege aus der Abhängigkeit“. In dieser Gesprächsreihe spricht der bekannte Publizist Jürgen Leinemann mit Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens über ihren Umgang mit Abhängigkeiten. Durch eine offene und authentische Diskussion mit selbst betroffenen Personen soll der konstruktive Umgang mit Lebenskrisen und mögliche Wege aus Abhängigkeiten aufgezeigt werden. Teilnehmer waren Horst Seehofer, Andrea Fischer und Jürgen Heckel. Für den Gesundheitsexperten der Union und früheren Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer wurde der Politikbetrieb zur Droge, bis er zusammenbrach. Die frühere Gesundheitsministerin Andrea Fischer berichtete über ihren Umgang mit der „Droge Politik“ und wie diese „Droge“ ihr Leben beeinflusst hat. Der Autor Jürgen Heckel ist alkoholabhängig, seit 17 Jahren alkoholabstinenter und geht offen mit seiner Erkrankung um. In seinem Buch „Sich das Leben nehmen – Alkoholismus aus der Sicht eines Alkoholikers“ schreibt er: „Wenn Alkohol Probleme macht, dann ist Alkohol das Problem. Ich habe nicht getrunken, weil ich Probleme hatte, sondern ich hatte Probleme, weil ich trank.“ Nächster Gesprächspartner ist Jörg Boeckem, ein drogenabhängiger Journalist, der seine eigenen Erfahrungen mit der Droge Heroin in seinem Buch „Lass mich die Nacht überleben“ beschrieben hat.

Weiterhin plant die Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt in Zusammenarbeit mit der DHS und BZGA eine Deutsche Suchtwoche, die 2007 starten soll. Ziel einer Deutschen Suchtwoche ist es, die breite Öffentlichkeit über Risiken und Grenzen des eigenen Alkoholkonsums zu informieren und somit die kritische Überprüfung des Alkoholkonsums jedes Einzelnen in unserer Gesellschaft zu erzielen.