

## 2 Alkoholbezogene Störungen

### 2.1 Screening und Kurzintervention

*F. Rist, R. Demmel, U. Hapke, G. Kremer, H.-J. Rumpf*

Der Vorsitz der Arbeitsgruppe lag bei Fred Rist (Nennung der weiteren Autoren in alphabetischer Reihenfolge). Weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe neben den Autoren waren Gudrun Richter (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.) und Ulrich Schwantes (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.).

#### Zusammenfassung

Ziel ist die Formulierung evidenzbasierter Leitlinien, die Screening und Kurzintervention im Rahmen der medizinischen Basisversorgung erleichtern sollen, mithilfe einer Literaturrecherche in der Datenbank MEDLINE und Auswertung der seit 1995 publizierten Studien. Als Ergebnis ist festzuhalten:

1. Screening: Sensitivität und Spezifität einfacher „Paper and Pencil“-Verfahren sind in der Regel höher als die herkömmlicher biochemischer Marker.
2. Intervention: Eine minimale Intervention kann zahlreiche Patienten veranlassen, den Konsum von Alkohol zu reduzieren. Kurzinterventionen sind in hohem Maße kosteneffizient.

Schlussfolgerung: Vor dem Hintergrund der vorliegenden Literatur wird die Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen empfohlen.

#### 2.1.1 Einleitung

Gegenstand dieser Leitlinie sind Kurzinterventionen für Patienten in Institutionen der medizinischen Grundversorgung, die aufgrund ihres Alkoholkonsums gesundheitliche Risiken für alkoholbezogene Störungen haben oder durch alkoholbezogene Störungen bereits beeinträchtigt sind. Nach epidemiologischen Untersuchungen besteht bei einem beträchtlichen Anteil von Patienten in der medizinischen Grundversorgung Bedarf für derartige Interventionen.

Zwei Besonderheiten kennzeichnen diese Bedarfssituation. Erstens haben die betroffenen Patienten – anders als in suchtspezifischen Behandlungseinrichtungen – nicht den Wunsch nach einer Behandlung wegen alkoholbezogener Störungen. Trotz dieser für eine Behandlung ungünstigen Ausgangslage zeigen kontrollierte Studien aber, dass Kurzinterventionen in unterschiedlichen Settings der medizinischen Grundversorgung eine Reduktion des Alkoholkonsums und einen Rückgang alkoholbezogener Störungen bewirken. Zweitens erscheinen die Effektstärken von Kurzinterventionen bei Patienten mit exzessivem Alkoholkonsum im Vergleich mit stationären Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten gering. Dieser Nachteil von Kurzinterventionen wird jedoch dadurch mehr als ausgeglichen, dass in den Institutionen der medizinischen Grundversorgung viele exzessiv Alkohol konsumierende Patienten erreicht werden und dass der Aufwand für diese Kurzinterventionen vergleichsweise gering ist.

Bei der Implementierung von Kurzinterventionen sind Entscheidungen über die **Zielgruppe**, das **Interventionsziel** und die Art der **Kurzintervention** zu treffen. Die Interventionen setzen ein **Screening** voraus, das für ein bestimmtes Ausmaß des Risikos oder der alkoholbezogenen Störung sensitiv ist. Durch das Screeningverfahren und die Wahl eines Cut-off-Punktes wird eine Zielgruppe für die Kurzintervention festgelegt. Die Ziele solcher Kurzinterventionen variieren zwischen einer Konsumreduktion bei Gruppen mit riskantem Alkoholkonsum und der Motivierung zu einer Akutbehandlung bei schweren alkoholbezogenen Störungen. Schließlich unterscheiden sich die bislang in kontrollierten Studien geprüften Kurzinterventionen u.a. hinsichtlich Zeitbedarf, Inhalt, Form und Ausbildungsvoraussetzungen für ihre Durchführung.

Diese Leitlinie soll die genannten Entscheidungen zur Implementierung von Screeningverfahren und Kurzinterventionen in der medizinischen Grundversorgung sowie die Abschätzung ihres Nutzens auf empirischer Basis ermöglichen. Entsprechend ist in diesen Leitlinien die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur epidemiologischen Ausgangssituation in der medizinischen Grundversorgung, zur Wirksamkeit von Screeningverfahren und zur Wirksamkeit verschiedener Formen von Kurzinterventionen für Patienten mit exzessivem Alkoholkonsum oder alkoholbezogenen Störungen dargestellt.

Die vorliegenden Leitlinien basieren auf den Ergebnissen empirischer Untersuchungen. Darstellungen von gegenwärtig praktizierten Ansätzen wurden nur dann berücksichtigt, wenn sie in systematischen Untersuchungen evaluiert wurden. Zu den einzelnen Abschnitten der Leitlinie wurden Literaturrecherchen in der Datenbank MEDLINE durchgeführt (Publication date: 1995–2002/2003).

## 2.1.2 Begriffe und Definitionen

### Riskanter Alkoholkonsum

Riskanter Alkoholkonsum (hazardous drinking) erhöht – so die Definition einer von der World Health Organization (WHO) eingesetzten Arbeitsgruppe [Edwards, Arif, Hodgson 1981] – die Wahrscheinlichkeit, bei Fortsetzung dieses Konsums künftig körperlich und/oder psychisch Schaden zu nehmen [Corrao et al. 1999 (Ia)]. Neben der WHO hat unter anderem die British Medical Association (BMA) eine operationale Definition riskanten Alkoholkonsums vorgeschlagen [zusammenfassend Bühringer et al. 2002]. Nach der BMA liegt die Schwelle zum riskanten Alkoholkonsum für Männer bei einer täglichen Trinkmenge von 30 g Reinalkohol, für Frauen bei 20 g. Nach der WHO sind diese kritischen Werte ebenfalls 20 g für Frauen, aber 40 g für Männer. Zahlreiche epidemiologische Untersuchungen belegen, dass ein durchschnittlicher Tageskonsum über den von der WHO bzw. BMA genannten Werten das Risiko alkoholbedingter Organschäden oder Folgeerkrankungen deutlich erhöht [Edwards et al. 1994]. Bei bestimmten Risikogruppen kann jedoch auch ein Konsum unterhalb dieser Grenzwerte riskant sein, auch ist das mit sporadischem, aber exzessivem Trinken assoziierte Risiko damit nicht erfasst.

### Schädlicher Konsum

Der schädliche Konsum von Alkohol (harmful alcohol use) geht mit nachweisbaren Schädigungen der körperlichen oder psychischen Gesundheit einher. Verschiedene Autoren heben hervor, dass diese Definition weniger ein spezifisches Verhalten, sondern vielmehr dessen Folgen beschreibt [Demmel 2000]. Schädliche Konsequenzen eines exzessiven Alkoholkonsums können beispielsweise eine Leberzirrhose sowie andere substanzbedingte Folgeerkrankungen und Organschäden oder (sekundäre) psychische

Störungen sein. Während in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (ICD = International Classification of Diseases) [deutschsprachige Version: Dilling, Mombour, Schmidt 1991] ausschließlich auf die Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit infolge eines schädlichen Alkoholkonsums hingewiesen wird und z.B. Eheprobleme demnach nicht als Hinweis auf einen schädlichen Konsum gewertet werden sollten [S. 92], verweisen die Autoren der Forschungskriterien [deutschsprachige Version: Dilling et al. 1994] ausdrücklich auf „Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen“ [S. 75]. Der schädliche Konsum muss von einem ungebilligten Konsum (unsanctioned use) abgegrenzt werden [Edwards et al. 1981].

### **Missbrauch**

Alkoholmissbrauch (alcohol abuse) nach DSM-IV-TR (DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [deutschsprachige Version: Saß et al. 2003] geht mit der Vernachlässigung wichtiger Verpflichtungen, rechtlichen und sozialen Problemen sowie einer Gefährdung der physischen Gesundheit bzw. Unversehrtheit einher. Diese Definition weicht deutlich von der Charakterisierung schädlichen Konsums in den (klinisch-diagnostischen) Leitlinien der ICD-10 ab und entspricht eher dem von Edwards et al. [1981] beschriebenen dysfunktionalen Konsum (dysfunctional use).

### **Abhängigkeit**

Abhängigkeit von Alkohol oder einer anderen psychotropen Substanz ist ein hinsichtlich der Ausprägung des klinischen Bildes variierendes Syndrom, das durch den Vorrang des Substanzkonsums gegenüber anderen Verhaltensweisen sowie die Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Folgen gekennzeichnet ist. Die Beschreibungen des Abhängigkeitssyndroms in der ICD-10 [Dilling et al. 1991] bzw. der Substanzabhängig-

keit im DSM-IV-TR [Saß et al. 2003] stimmen weitgehend überein. Während jedoch in der ICD-10 hervorgehoben wird, dass Craving ein zentrales Merkmal des Syndroms ist, findet sich im DSM-IV-TR lediglich der Hinweis, dass Abhängigkeit häufig mit Craving einhergeht. Insbesondere die Forschungskriterien der ICD-10 [Dilling et al. 1991] und das DSM-IV-TR [Saß et al. 2003] sehen eine differenzierte Beschreibung und Kodierung des gegenwärtigen Zustandes (abstinent, in Remission etc.), des Verlaufs (ständiger Konsum vs. episodischer Konsum) und der Subtypen (mit körperlichen Symptomen vs. ohne körperliche Symptome) vor. Die Unterscheidung der beiden Subtypen kann von prognostischer Relevanz sein: Bei körperlicher Abhängigkeit (Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung) ist das Risiko substanzbedingter Folgeerkrankungen und Organschäden deutlich erhöht (ausführliche Darstellung in Demmel [2000]).

### **Weitere Begriffe**

In der Literatur finden sich neben den von Edwards et al. [1981] bzw. den in der ICD-10 oder im DSM-IV-TR definierten Kategorien eine Reihe weiterer Begriffe. So werden beispielsweise die Bezeichnungen „excessive drinking“ oder „problem drinking“ häufig verwendet, um jegliche Form erhöhten, überdurchschnittlichen oder dysfunktionalen Alkoholkonsums zusammenfassend zu beschreiben. Heather und Robertson [1997] schlagen – in Abgrenzung zum herkömmlichen medizinischen Verständnis – vor, auf den Begriff Alkoholismus zu verzichten. Die verschiedenen Versuche, den Begriff „problem drinking“ zu übersetzen, sind in der Regel missverständlich. In den vorliegenden Leitlinien wird daher gelegentlich die allgemeine Bezeichnung des exzessiven Alkoholkonsums verwendet.

### 2.1.3 Epidemiologie

Deutschland gehört mit einem jährlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsum von über 10 Litern Reinalkohol im internationalen Vergleich zu den Hochkonsumländern [Meyer, John 2001]. Ansteigender Alkoholkonsum in der Bevölkerung hat ein exponentielles Ansteigen von alkoholbedingten gesundheitlichen Störungen, Verletzungen und Erkrankungen zur Folge [Edwards et al. 1994; Duffy 1992; John, Hanke 2002; Leibach 1995]. Riskanter, gefährlicher oder hoher Alkoholkonsum wird von 10,9% der weiblichen und 21,5% der männlichen deutschen Bevölkerung berichtet [Kraus, Augustin 2001]. In einer repräsentativen Bevölkerungsstudie konnte gezeigt werden, dass mit steigendem Alkoholkonsum auch das Risiko für Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol ansteigt. Bezogen auf die zurückliegende Lebenszeit hatten Menschen mit riskantem Alkoholkonsum ein Risiko von 9,8% für Abhängigkeit und 11,3% für Missbrauch, bei gefährlichem oder höherem Konsum 36,6% für Abhängigkeit und 11,1% für Missbrauch [Meyer et al. 2000]. In Deutschland weisen nach einer Schätzung, die auf repräsentativen Bevölkerungsdaten basiert, 1,6 Millionen Menschen eine aktuelle Alkoholabhängigkeit auf, und ein aktueller Alkoholmissbrauch liegt bei 3,2 Millionen Personen vor [Bühringer et al. 2002].

In Arztpraxen lassen sich innerhalb eines Jahres mindestens 80% aller Menschen mit einer Alkoholproblematik erreichen, jeder 4. Alkoholabhängige wird mindestens einmal im Jahr in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt [Rumpf et al. 2001]. Insbesondere das Allgemeinkrankenhaus zeichnet sich durch eine für Interventionen günstige Motivationslage der Patienten aus [Rumpf et al. 1999; Hapke 2000]. In deutschen Allgemeinkrankenhäusern bei Patienten im Alter von 18–64 Jahren ist eine Prävalenz von 10–20% Alkoholabhängigkeit zu erwarten und bei

weiteren 5% ein Alkoholmissbrauch [Hapke 2000; John, Rumpf, Hapke 1999]. Bei Patienten ab dem 65. Lebensjahr geht die Prävalenz für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit kontinuierlich zurück und beträgt ab dem 90. Lebensjahr nur noch 1% [Rumpf et al. 1998]. Im Setting von Allgemeinarztpraxen und internistischen Hausarztpraxen wurden 6,3% [Linden et al. 1996], in einer weiteren Studie 7,2% Alkoholabhängige sowie 3,5% Alkoholmissbraucher gefunden [Hill et al. 1998].

### 2.1.4 Fallidentifikation und Diagnostik

#### Screening

Die folgende zusammenfassende Beurteilung basiert auf einer Recherche in der Datenbank MEDLINE (Stand 22.05.2002): „screening“ AND („alcoholism“ OR „alcohol dependence“ OR „alcohol abuse“ OR „harmful use“ OR „alcohol misuse“ OR „hazardous drinking“ OR „at-risk drinking“ OR „hazardous alcohol consumption“ OR „alcohol problems“ OR „problem drinking“ OR „risky drinking“) AND („validity“ OR „reliability“ OR „sensitivity“ OR „specificity“ OR „ROC“ OR „psychometric property“ OR „psychometric performance“ OR „factor structure“ OR „internal consistency“). Die Ergebnisse wurden durch den Autoren bereits vorliegende Arbeiten ergänzt.

Trotz der Möglichkeit zur Verfälschung haben sich direkte, auf Selbstaussagen beruhende Fragebogenverfahren als valide bewährt. Die entsprechenden Verfahren weisen bessere Gütekriterien auf als klinische Tests [Bohn, Babor, Kranzler 1995 (III)], Laborparameter [Beresford et al. 1990 (II); Aertgeerts et al. 2001 (II)] und indirekte Fragebogenverfahren, welche den Alkoholkonsum und dessen Folgen nicht thematisieren [Hays, Revetto 1992 (II); Rumpf et al. 1998 (I)]. Ein Teil der Verfahren ist auf die Identifizierung von Alkoholabhängigkeit und -miss-

brauch (bzw. Alkoholismus) ausgerichtet. Dazu gehören zum Beispiel der CAGE [Ewing 1984] und der Michigan Alcoholism Screening Test [Selzer 1971]. Neuere Verfahren streben ebenfalls die Identifikation von Risikokonsum an: zum Beispiel der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [Babor et al. 1992] und der TWEAK [Russell et al. 1994]. Insgesamt liegen wenige Daten zu den Verfahren im deutschsprachigen Raum vor. Zum jetzigen Zeitpunkt kann der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) [Rumpf et al. 1997] empfohlen werden. Zu diesem Test besteht gegenwärtig die beste Datenbasis in Deutschland. Er zeigt bessere Validität bzw. Ökonomie verglichen mit CAGE und MAST (II). In der Identifizierung von Risikokonsum zeigen Verfahren wie AUDIT und AUDIT-C, eine Kurzform mit den 3 Konsumfragen des AUDIT [Bush et al. 1998], bessere Sensitivität [Rumpf et al. 2002 (I)]. Problematisch ist bei AUDIT und AUDIT-C, dass keine Empfehlungen zu Cut-off-Werten aufgrund mangelnder Daten in Deutschland gemacht werden können. Hier gibt es zurzeit Projekte, die in absehbarer Zeit Daten liefern werden. Wenn die Cut-off-Frage geklärt ist, kann der LAST für die Zielgruppe Alkoholabhängigkeit und -missbrauch empfohlen werden, der AUDIT-C für die Entdeckung von Risikokonsum und der AUDIT, wenn alle Gruppen angestrebt werden. Der Münchner Alkoholismus Test (MALT) [Feuerlein et al. 1999], der im deutschsprachigen Bereich häufigen Einsatz

gefunden hat, wird hier aufgrund seines Umfangs nicht als Screeningverfahren in Erwägung gezogen.

Tabelle 2.1 bietet Daten zur Validität von Screeningverfahren in deutschsprachigen Stichproben [Rumpf et al. 1997]. Der AUDIT weist eine Sensitivität zwischen 0,33 und 0,97 in Studien, die seit 1996 durchgeführt wurden, auf. Dabei liegt der Wert in der Mehrzahl der Studien zwischen 0,70 und 0,90. Die Spezifität variiert zwischen 0,74 und 0,97 [Reinert, Allen 2002]. Auf die Angabe prädiktiver Werte im Einzelnen wird hier verzichtet, da diese abhängig von der Prävalenz sind. Der positive prädiktive Wert (Anteil der Personen mit alkoholbezogenen Störungen unter den Screening-Positiven) beträgt z.B. für den LAST im Allgemeinkrankenhaus 0,67 bei einer Prävalenz von 17,5%. Sinkt die Prävalenz auf 10%, so beträgt der positive prädiktive Wert bei gleichbleibender Sensitivität und Spezifität nur noch 0,31. Daraus folgt, dass eine hohe Rate falsch Positiver bei einer relativ geringen Prävalenz nicht automatisch gegen die Güte des Verfahrens spricht.

Ogleich eine Einbettung der Screening-Fragebögen in der Regel empfohlen wird, gibt es keine Hinweise dafür, dass die isolierte Darbietung die Güte der Daten beeinflusst [McCrary et al. 1996 (II)]. Erfahrungen zeigen, dass es leichter vermittelbar ist, dass der Arzt auch nach anderen gesundheitsrelevanten Aspekten fragt (z.B. Rauchen, Ernährung oder Bewegung). Die Durchführung kann

**Tab. 2.1:** Validität von Screening-Verfahren

Test	Anzahl Items	Sensitivität			Spezifität		
		Krankenhaus 1	Krankenhaus 2	Arztpraxis	Krankenhaus 1	Krankenhaus 2	Arztpraxis
CAGE	4	0,72	0,72	0,53	0,93	0,91	0,93
MAST	25	0,78	–	–	0,94	–	–
LAST	7	0,82	0,87	0,63	0,91	0,88	0,93

CAGE = Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener; MAST = Michigan Alcoholism Screening Test; LAST = Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test

von nichtärztlichem Personal erfolgen (Arzt-helferin, Krankenpflegepersonal). Unterschiede in der Validität bei schriftlicher oder mündlicher Darbietung konnten nicht gefunden werden [Aertgeerts et al. 2000 (I)].

### **Erfassung des Konsums**

Die folgenden Aussagen zur Erfassung von Konsum und Diagnostik von Abhängigkeit/Schädlicher Gebrauch basieren auf einer Recherche in der Datenbank MEDLINE (Stand 06.06.2002): („alcohol“ OR „ethanol“) AND („assess\*“ OR „measur\*“) AND („consumption“ OR „drinking“ OR „level“) OR („Timeline Follow Back“ OR „Q/F Index“). Die Ergebnisse wurden durch den Autoren bereits vorliegende Arbeiten ergänzt.

Jedes Screening-Resultat sollte durch eine weitergehende Diagnostik zur Überprüfung des Vorliegens von Abhängigkeit, schädlichem Gebrauch oder Risikokonsum überprüft werden. Zwei gebräuchliche Verfahren für die Konsumbestimmung sind die getrennte Erfassung von Menge und Frequenz des Konsums (Q/F-Methode; s. z.B. Allen und Columbus [1995]) oder die kalendarische Abfrage der Menge über unterschiedliche Zeiträume mittels des Timeline Follow Back (TLFB) [Sobell et al. 1979]. Befunde zur konkurrenten Validität beider Verfahren sind nicht eindeutig, zeigen aber leichte Vorteile für TLFB [Shakeshaft, Bowman, Sanson-Fisher 1999 (II)]. Beide Vorgehensweisen sind empfehlenswert, die Q/F-Methode ist ökonomischer. Die Erhebung von Trinkmengen wird in der Validität verbessert, wenn sie getränkespezifisch erfolgt und jeweilige Volumina berücksichtigt [Williams et al. 1994 (I)]. Bei der Q/F-Methode erzielt eine Berücksichtigung von Arbeits- und Wochenendtagen höhere Angaben [Romelsjö, Leifman, Nystrom 1995 (I)].

### **Diagnostik von Abhängigkeit, schädlichem Konsum und Missbrauch**

Bei der Wahl der diagnostischen Methode muss in der Hausarztpraxis in besonderem Maße das Kriterium der Ökonomie im Vordergrund stehen. Während es Verfahren gibt, die für psychiatrisch unerfahrene Interviewer ein hohes Maß an Validität und Reliabilität bieten (s. z.B. die deutschsprachige Version des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) [Wittchen, Pfister 1997]), sind kürzere Vorgehensweisen aus Zeitgründen sinnvoller. Die Internationalen Diagnosen Checklisten (IDCL) ermöglichen eine ökonomische Abfrage der Kriterien von Abhängigkeit und Missbrauch [Hiller, Zaudig, Mombour 1997]. Ein weiteres kurzes Verfahren, welches speziell für den Einsatz in Arztpraxen entwickelt wurde, ist die Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), die in der deutschen Version für alkoholbezogene Störungen eine zufriedenstellende Übereinstimmung mit CIDI-Diagnosen aufweist [Lörch et al. 2000 (I)], aber nicht zwischen Abhängigkeit und Missbrauch unterscheidet. Das Verfahren weist keinen nennenswerten Vorteil gegenüber einem Screening auf, es werden nicht explizit Kriterien für alkoholbezogene Störungen abgefragt, sodass die IDCL vorzuziehen sind.

### **Biologische Marker**

Häufig verwendete Laborindikatoren für Alkoholabhängigkeit sind GGT ( $\gamma$ -Glutamyltransferase), ASAT (Aspartataminotransferase; früher GOT), ALAT (Alaninaminotransferase; früher GPT), MCV (Mean Corpuscular Volume), und CDT bzw. %CDT (Carbohydrate Deficient Transferrin). In Gruppen alkoholabhängiger Patienten erreichte CDT im Mittel über 12 Untersuchungen eine Sensitivität von 61% [Salaspuro 1999 (II)]. Diese Kennwerte können jedoch nicht auf den Einsatz dieser Indikatoren zur Entdeckung von Patienten mit riskantem, schädlichem oder exzessivem Alkoholkonsum in der Pri-

märversorgung übertragen werden. Zur Ermittlung der Leistungsfähigkeit von Laborindikatoren in diesem Setting wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank MEDLINE (Stand 02/2003) durchgeführt: („biological marker“ OR „laboratory marker“ OR „CDT“ OR „GGT“ OR „MCV“) AND („screening“ OR „drinking“ OR „alcohol“). Für die folgende Darstellung wurden jene Arbeiten verwendet, in denen

- ▲ Populationen untersucht werden, die in der Zusammensetzung den Patientenpopulationen in der Primärversorgung vergleichbar sind,
- ▲ Kennwerte der Sensitivität und Spezifität für Alkoholabhängigkeit und -missbrauch oder für riskanten, schädlichen oder exzessiven Alkoholkonsum angegeben werden,
- ▲ die Stichprobengröße die Absicherung auch kleiner Effektstärken gewährleistet.

**Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch.** Bezüglich des kombinierten Kriteriums von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ergibt sich eine Rangreihe der Laborindikatoren GGT, ASAT, ALAT, MCV und %CDT nach ihrer Effizienz. Die entsprechenden Kennwerte werden hier für Männer angegeben: Die Sensitivitätswerte von GGT, ASAT und ALAT erreichen höchstens 0,11. Die Sensitivität von %CDT beträgt 0,18 und von MCV 0,39. Alle Parameter außer MCV erreichen Spezifitätswerte von mindestens 0,95, MCV dagegen nur 0,75. Bei Frauen ist mit Ausnahme von MCV die Sensitivität der Laborparameter niedriger als bei Männern bei ähnlich guter Spezifität. Die Sensitivität des AUDIT für dasselbe Kriterium betrug (bei einem Cutscore von 8) 0,50 für Frauen und 0,60 für Männer, die Spezifität 0,99 und 0,90 [Aertgeerts et al. 2001 (II)].

**Exzessiver oder riskanter Konsum.** Für ein Kriterium riskanten Alkoholkonsums (Männer: täglicher Konsum  $\geq 60$  g Reinalkohol; Frau-

en: täglicher Konsum  $\geq 30$  g Reinalkohol) ist beim Vergleich von GGT, MCV und CAGE der Parameter GGT (Männer: AUC = 70%; Frauen: AUC = 69%) besser geeignet als MCV, aber schlechter als der CAGE (Männer: AUC = 73%; Frauen: AUC = 71%) [Bataille et al. 2003 (II)]. Für ein über Häufigkeit und Menge des Konsums definiertes Kriterium exzessiven Alkoholkonsums erreichen CDT und GGT eine Sensitivität von 0,31, mit einer Spezifität von 0,92 und 0,76. MCV ist für dieses Kriterium wenig sensitiv (0,17), aber spezifisch (0,93) [Meerkerk et al. 1999 (II)]. Kennwertbestimmungen aus 7 Untersuchungen mit unterschiedlichen Kriterien für riskanten oder exzessiven Alkoholkonsum ergaben Mediane der Sensitivität für %CDT von 0,26, für GGT von 0,17. Die Mediane der Spezifitätswerte waren 0,90 für %CDT, 0,97 für GGT [Salaspuro 1999 (II)]. Bei der Entdeckung riskanten Alkoholkonsums (hier: täglicher Konsum  $\geq 40$  g Reinalkohol) kann die Kombination von GGT und CDT ( $\gamma$ -CDT) die Sensitivität auf 0,36 (Männer) bzw. 0,40 (Frauen) erhöhen [Sillanaukee et al. 2000 (II)].

Gegenwärtig scheint kein Laborindikator allein sensitiv genug zu sein, um in der Routine in Allgemeinarztpraxen Patienten mit exzessivem Alkoholkonsum zu entdecken. Kombinationen von Indikatoren verbessern die Sensitivität, sind aber nicht effizienter als Screening-Fragebögen.

### 2.1.5 Intervention

Im vorliegenden Abschnitt werden die Ergebnisse einer Recherche in der Datenbank MEDLINE (Stand 09.05.2002) referiert: („brief intervention“ OR „early intervention“ OR „secondary prevention“ OR „selective prevention“) AND („alcohol“ OR „drinking“) AND („primary care“ OR „family medicine“ OR „general practice“). Die Ergebnisse dieser Recherche wurden durch den

Autoren bereits vorliegende Arbeiten sowie nach Durchsicht einer Reihe verschiedener Übersichtsarbeiten ergänzt.

### **Begriffe und Definitionen**

Der Begriff Kurzintervention wird häufig nicht ausreichend definiert oder von anderen Begriffen (Früherkennung, Frühintervention, Motivationsbehandlung, Sekundärprävention, schadensmindernde Strategien etc.) abgegrenzt. Babor [1994] unterscheidet „minimal“ (einmalige Intervention von bis zu 5 min), „brief“ (maximal 3 Sitzungen von jeweils bis zu 60 min), „moderate“ (5–7 Sitzungen) und „intensive interventions“ (8 oder mehr Sitzungen). In der deutschsprachigen Literatur werden „minimal“ und „brief interventions“ sensu Babor [1994] in der Regel zusammenfassend als Kurzinterventionen bezeichnet. Kurzinterventionen sind zumeist frühe Interventionen (early intervention) – Veränderungsbereitschaft bzw. Behandlungsmotivation sollen in frühen Phasen der Abhängigkeitsentwicklung bzw. bei riskantem oder schädlichem Gebrauch gefördert werden [Donovan, Marlatt 1993] – und werden häufig von (Haus-)Ärzten im Rahmen der medizinischen Basisversorgung durchgeführt („opportunistic brief interventions“ oder „primary care brief interventions“) [Heather 1995, 1996]. Die in der Literatur beschriebenen Kurzinterventionen unterscheiden sich in erheblichem Ausmaß hinsichtlich Dauer, Kontext, Vorgehen sowie einer Reihe weiterer Merkmale [Bien, Miller, Tonigan 1993; Heather 1998; Zweben, Fleming 1999]. Generalisierende Schlussfolgerungen sind daher – trotz vorliegender Meta-Analysen randomisierter kontrollierter Studien [Miller, Wilbourne 2002; Moyer et al. 2002; Poikolainen 1999] – selten möglich. Darüber hinaus werden häufig weder interne (Manualtreue und Einhaltung des Untersuchungsprotokolls) noch externe Validität (Durchführbarkeit im Rahmen der Routine) der jeweiligen Interventionen überprüft. Die

wesentlichen Elemente erfolgreicher Kurzinterventionen beschreibt das Akronym FRAMES [Miller, Sanchez 1994] (Level 4 review: I):

- ▲ Feedback (Rückmeldung)
- ▲ Responsibility (Eigenverantwortung)
- ▲ Advice (Ratschlag)
- ▲ Menu (Angebot verschiedener Behandlungsmöglichkeiten)
- ▲ Empathy (Empathie)
- ▲ Self-Efficacy (Selbstwirksamkeit)

### **Formate**

Ein ärztlicher Ratschlag, der Hinweis auf die Risiken eines erhöhten Konsums sowie eine Reihe anderer Interventionen von bis zu 30 min Dauer veranlassen bis zu 50% der untersuchten Patienten, den Konsum von Alkohol zu reduzieren [Moyer et al. 2002 (Ia)]. Herkömmliche Kurzinterventionen (Ratschlag, Psychoedukation etc.), deren Durchführung in der Regel keine umfangreiche Schulung voraussetzt, lassen sich von Interventionen abgrenzen, die den Prinzipien des von Miller und Rollnick [1991, 2002] beschriebenen Motivational Interviewing (MI) entsprechen [Miller, Wilbourne 2002 (Ia)]. Wesentliche Merkmale dieser Interventionen sind

- ▲ der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen,
- ▲ die Förderung von Zuversicht und Veränderungsbereitschaft sowie
- ▲ die Vereinbarung der Behandlungsziele in gegenseitigem Einvernehmen [Demmel 2001 (I)].

Die Veränderungsbereitschaft zahlreicher Patienten kann durch eine sachliche und wertungsfreie Information über die Ergebnisse einer diagnostischen Untersuchung (Alkoholkonsum im Vergleich zu einer Referenzgruppe? Vergleich mit Normwerten etc.) erhöht werden [Agostinelli, Brown, Miller 1995 (Ib); Miller, Sovereign, Krege 1988 (Ib)].

### Setting und Zielgruppen

Die Ergebnisse einer Vielzahl empirischer Untersuchungen belegen den Erfolg minimaler bzw. kurzer Interventionen im Rahmen der medizinischen oder psychosozialen Basisversorgung: hausärztliche Versorgung [McIntosh et al. 1997 (Ib)], stationäre Versorgung [Heather et al. 1996 (Ib)], Notfallaufnahme [Forsberg et al. 2000 (Ib), Monti et al. 1999 (Ib)], Beratung schwangerer Frauen [Handmaker, Miller, Manicke 1999 (Ib)], Implementierung sekundärpräventiver Programme in der Gemeinde [Miller et al. 1988 (Ib)], betriebliche Suchtprävention [Richmond et al. 2000 (Ib)], Beratung junger Erwachsener [Borsari, Carey 2000 (Ib); Marlatt et al. 1998 (Ib)] oder Erwachsener im höheren Lebensalter [Fleming et al. 1999 (Ib)].

### Effekte

Eine Reduktion des Alkoholkonsums (Häufigkeit, Menge, „binge drinking“) sowie schadensmindernde Effekte (Ausmaß der negativen Konsequenzen eines fortgesetzten exzessiven Gebrauchs, zum Beispiel Anzahl der Tage in stationärer Behandlung oder der Notfallaufnahmen) lassen sich bis zu 48 Monate nach Durchführung einer Kurzintervention nachweisen [Fleming et al. 2002 (Ib), Moyer et al. 2002 (Ia)].

### Determinanten des Behandlungserfolgs

Die gegenwärtig vorliegenden Daten zum Einfluss sowohl des Geschlechts der Patienten sowie der Dauer bzw. Häufigkeit der Intervention auf den Behandlungserfolg sind widersprüchlich [Aalto et al. 2001 (Ib), Córdoba et al. 1998 (Ib), McIntosh et al. 1997 (Ib), Moyer et al. 2002 (Ia), Poikolainen 1999 (Ia)]. Der Erfolg herkömmlicher Kurzinterventionen wurde bislang vorwiegend an Patienten in frühen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung bzw. bei riskantem oder schädlichem Gebrauch überprüft [Moyer et al. 2002 (Ia)]. Daher sind gegenwärtig keine

Schlussfolgerungen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Schweregrad der Symptomatik einerseits und Erfolg der Intervention andererseits möglich. Insbesondere scheinbar „unmotivierte“ Patienten profitieren von einer Intervention, die den Prinzipien des von Miller und Rollnick [1991, 2002] beschriebenen MI entspricht [Heather et al. 1996 (Ib)]. Herkömmliche Kurzinterventionen können sowohl von einem Arzt als auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen (Arzthelferin, Krankenschwester etc.) durchgeführt werden [McIntosh et al. 1997 (Ib); Ockene et al. 1999 (Ib); Tomson, Romelsjö, Åberg 1998 (Ib)].

### Kosten-Nutzen-Analyse

Die Implementierung sekundärpräventiver Programme ist aufgrund der geringen Kosten (Fortbildung, Durchführung der Intervention etc.) einerseits und der beträchtlichen sozialen und gesundheitlichen Schäden exzessiven Alkoholkonsums andererseits in hohem Maße kosteneffizient [Fleming et al. 2000 (Ib); Fleming et al. 2002 (Ib); Wutzke et al. 2001 (Ib)].

### Implementierung

Die Implementierung „opportunistischer“ Kurzinterventionen sollte keine langjährige psychotherapeutische Ausbildung oder Erfahrung der durchführenden Ärzte voraussetzen [Reid, Fiellin, O'Connor 1999, S. 1687 (IV)]. Rollnick et al. [2002 (IV)] schlagen vor, MI – ein aufwendiges psychotherapeutisches Verfahren, dessen Anwendung die Integration einer Vielzahl komplexer und anspruchsvoller therapeutischer Techniken und somit ein hohes Ausbildungsniveau voraussetzt – von „behavior change counseling“ (BCC) abzugrenzen. BCC ist in vielerlei Hinsicht eine Adaptation und Vereinfachung des von Miller und Rollnick [1991, 2002] beschriebenen Vorgehens, die den Prinzipien der „patient-centered medicine“ [Stewart et al. 1995] entspricht und die Etablierung eines

egalitären Behandlungsstils in der medizinischen Basisversorgung erleichtern soll [Rollnick, Mason, Butler 1999].

Mehrere kurze Fortbildungen sind einer einmaligen Fortbildung en bloc vorzuziehen [Prescott, Opheim, Børtveit 2002 (II)]. Standardisierung von Behandlungsformaten [Rollnick, Heather, Bell 1992 (III)], Supervision [Miller, Mount 2001 (III)] sowie Rollenspiele mit standardisierten Patienten unter alltäglichen Bedingungen [Rollnick, Kinnersley, Butler 2002 (III)] erhöhen den Erfolg einer Fortbildungsmaßnahme. Neben empirisch und theoretisch begründeter Fortbildung [Demmel 2003 (I)] sind insbesondere der Verzicht auf einen konfrontativen Kommunikationsstil sowie die Überwindung eines patriarchalischen Modells der Arzt-Patient-Beziehung [Emanuel, Emanuel 1992] wesentliche Voraussetzungen erfolgreicher Kurzintervention [Miller, Sanchez 1994 (I)].

Die Teilnahme an ärztlichen Fortbildungen erhöht die Bereitschaft, Kurzinterventionen im Rahmen der medizinischen Basisversorgung durchzuführen [Kaner et al. 2001 (III), Richmond et al. 1998 (III)]. Zeitdruck [Arborelius, Damström Thakker 1995 (III); Rush et al. 1995 (III)], mangelnde Vorbereitung und Ausbildung [Richmond, Anderson 1994 (I)], geringes Vertrauen in den Erfolg einer Intervention [Arborelius, Damström Thakker 1995 (III); Bradley et al. 1995 (III); Rush et al. 1995 (III)] sowie Sorgen um eine mögliche Belastung der Arzt-Patient-Beziehung [Arborelius, Damström Thakker 1995 (III)] erschweren die Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen aus ärztlicher Sicht. Trotz eines positiven Screenings wird häufig keine Intervention durchgeführt [Kaner et al. 2001 (III)]. Insbesondere Patienten ohne Beschäftigung sowie männliche Patienten werden nach einem positiven Screening vom Hausarzt hinsichtlich ihres Alkoholkonsums angesprochen [Kaner et al. 2001 (III)]. In Gemeinschaftspraxen werden Kurzinterventionen seltener durchgeführt

[Kaner et al. 2001 (III)]. Strukturelle Merkmale des Gesundheitssystems erschweren die dauerhafte Etablierung sekundärpräventiver Programme in der medizinischen Basisversorgung [Botelho, Richmond 1996 (IV)].

## Danksagung

Jennifer Nicolai behielt den Überblick; Jutta Hagen, Gudrun Richter, Gerhard Bühringer und Gerhard Reymann gaben zahlreiche Hinweise zur Verbesserung einer ersten Fassung des Manuskripts; Ulrich Schwantes gab der Arbeitsgruppe ein Dach über dem Kopf; die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., die Krankenanstalten Gilead Bielefeld sowie die Prof. Dr. Matthias Gottschaldt-Stiftung ermöglichten unsere Reisen nach Berlin.

## Erstpublikation:

F. Rist, R. Demmel, U. Hapke, G. Kremer, H.J. Rumpf, Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. *SUCHT* (2004), 50 (2) 102–112

## Literatur

- Aalto M et al., Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: A three-year randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism* (2001) 36, 224–230
- Aertgeerts B et al., 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* (2001) 51, 206–217
- Aertgeerts B et al., Is there a difference between CAGE interviews and written CAGE questionnaires? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* (2000) 24, 733–736
- Agostinelli G, Brown JM, Miller WR, Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education* (1995) 25, 31–40