



Departement für Psychiatrie
Abteilung für Suchtmedizin

Leitung



Das PEPrä-Modul «Alkohol» wurde von Jean-Bernard Daeppen und Nicolas Bertholet entwickelt, 21.10.2021

Teil A2: ERKENNUNG VON RISIKOREICHEM ALKOHOLKONSUM MIT ODER OHNE ABHÄNGIGKEIT

A2 ERKENNUNG VON RISIKOREICHEM ALKOHOLKONSUM MIT ODER OHNE ABHÄNGIGKEIT

Ein risikoreicher Alkoholkonsum mit oder ohne Abhängigkeit kann zu verschiedenen Zeitpunkten erkannt werden. Eine Erkennung ist beispielsweise möglich, wenn klinische Zeichen auf das Vorhandensein von risikoreichem Alkoholkonsum hindeuten. Da jedoch der risikoreiche Konsum mit oder ohne Abhängigkeit lange Zeit wenig symptomatisch verlaufen und unerkannt bleiben kann, ist eine systematische Früherkennung der Patientinnen und Patienten empfehlenswert. Die systematische Früherkennung ist im Rahmen der medizinischen Grundversorgung angezeigt (Société Française d'Alcoologie 2015, Rehm, Anderson et al. 2016, U. S. Preventive Services Task Force, Curry et al. 2018). Weiterhin gibt es Angebote in Notaufnahmen (Barata, Shandro et al. 2017), bei der Schwangerschaftsbetreuung (Burns, Gray et al. 2010, Shogren, Harsell et al. 2017), in der Arbeitsmedizin (Ames and Bennett 2011, Lee, Roche et al. 2014) und bei Einberufungsverfahren für die Armee (Daepfen, Bertholet et al. 2011, Gaume, Gmel et al. 2011), aber auch in Gemeinden (Derges, Kidger et al. 2017) oder mithilfe neuer Informationstechnologien (Tansil, Esser et al. 2016).

Es stehen verschiedene Tools zur Verfügung, darunter auch Fragebögen. Einer der zur Erkennung von risikoreichem Alkoholkonsum am häufigsten verwendeten Referenzfragebögen ist der *Alcohol Use Disorders Identification Test* - AUDIT (Saunders, Aasland et al. 1993). Dieses Instrument wurde mehrfach validiert und hat sich bei der Erkennung von Alkoholmissbrauch und wahrscheinlicher Abhängigkeit unter zahlreichen Bedingungen bewährt (Babor, Higgins-Biddle et al. 2001, Shields und Caruso 2003, Reinert and Allen 2007, Aalto, Alho et al. 2009). Eine französische Version ist verfügbar und validiert (Gache, Michaud et al. 2005). Eine kürzlich durchgeführte psychometrische Analyse hat gezeigt, dass der AUDIT im Wesentlichen eindimensional und in Bezug auf Geschlecht, Alter und Bildungsniveau invariant ist (Skogen, Thorrisen et al. 2019).

Eine Kurzversion des AUDIT wurde getestet und validiert; es handelt sich um den AUDIT-C (das C steht für Consumption, Konsum), der nur die ersten drei Fragen des Instruments verwendet (Häufigkeit des Konsums, Menge pro Gelegenheit, Häufigkeit von punktuell übermäßigem Alkoholkonsum). Die Leistung dieser Kurzversion ist mit derjenigen der vollständigen Version vergleichbar (Kriston, Holzel et al. 2008). Das Instrument hat sich auch bei der Erkennung in bestimmten Bevölkerungsgruppen als erfolgreich erwiesen: bei schwangeren Frauen (Burns, Gray et al. 2010), Menschen mit einer psychiatrischen Störung (Dawson, Grant et al. 2005), älteren Menschen (Aalto, Alho et al. 2011), älteren Menschen in Pflegeheimen (Dreher-Weber, Laireiter et al. 2017), jungen Erwachsenen (Toner, Bohnke et al. 2019) oder auch bei Studierenden, die die Grundversorgung an der Universität nutzen (Campbell and Maisto 2018). Bei Jugendlichen dürfte der AUDIT-C zur Erkennung eines risikoreichen Alkoholkonsums effizienter sein, während der vollständige AUDIT eine Alkoholabhängigkeit besser erkennt (Coulton, Alam et al. 2018).

Die Verwendung von Biomarkern zur Erkennung von risikoreichem Alkoholkonsum wird nicht empfohlen (Moirand and Daepfen, im Druck). Fragebögen wie AUDIT oder AUDIT-C sind hinsichtlich Sensitivität und Spezifität besser geeignet, um risikoreichen Alkoholkonsum mit oder ohne Abhängigkeit zu erkennen (Coulton, Drummond et al. 2006, NICE 2011, Fujii, Nishimoto et al. 2016). Darüber hinaus wird die Thematik im Rahmen von Kurzinterventionen, die das Verhältnis zum Alkohol klären und nachweislich den Alkoholkonsum reduzieren, mit der betreffenden Person besprochen. Der Screeningfragebogen ist dabei Teil des Ansatzes und kann als Einstiegspunkt für ein Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten dienen.

Die systematische Früherkennung von risikoreichem Alkoholkonsum in der Hausarztmedizin und die Kurzintervention bei Personen mit missbräuchlichem Konsum sind evidenzbasierte Interventionen, die in der Schweiz und international empfohlen werden (WHO 2008, BAG 2015, Curry, Krist et al. 2018). Anhand von abhängigkeitsbedingten Symptomen/Komplikationen lassen sich nicht alle Personen ermitteln, für die eine Behandlung von Nutzen wäre. Allerdings wird das Screening in der Hausarztmedizin nur unzureichend praktiziert: In der Schweiz werden nur etwa 10% der Betroffenen erkannt. Dies ist auf fehlende personelle Ressourcen, zu wenig Zeit für Erkennung/Betreuung, fehlende Ausbildung/Kompetenzen und Stigmatisierung aufgrund des Substanzkonsums zurückzuführen (Babor and Higgins-Biddle 2000, McNeely, Kumar et al. 2018).

Im Allgemeinen zeigen in der medizinischen Grundversorgung Studien zur Implementierung der Erkennung von risikoreichem Alkoholkonsum sehr niedrige Ergebnisse. In einer europäischen Studie (Grossbritannien, Niederlande, Polen, Schweden und Katalonien) wurden weniger als 6% der erwachsenen Betroffenen erkannt (Anderson, Bendtsen et al. 2016). Laut einer amerikanischen Studie hatten in den USA etwa 1/6 der Patientinnen und Patienten das Thema Alkoholkonsum mit einer medizinischen Fachkraft besprochen (McKnight-Eily, Liu et al. 2014). Eine britische Studie fand, dass nur 10% der Personen mit exzessivem Konsum eine entsprechende Beratung erhalten hatten (Brown, West et al. 2016). Zum Vergleich: Gemäss derselben Studie erhielten 50% der Raucherinnen und Raucher eine Beratung zum Thema Tabak. Zahlreiche Studien haben untersucht, welche Hürden diesem geringen Prozentsatz zugrunde liegen. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit (Derges, Kidger et al. 2017) zeigt folgende Haupthürden für die Implementierung auf: die Einstellung der Klinikerinnen und Kliniker zum Alkohol, mangelnde strukturelle und organisatorische Unterstützung, eine unklare Definition der Rollen und Verantwortlichkeiten der Fachkräfte in Bezug auf Alkoholprobleme, die Angst, die Beziehung zwischen der behandelnden Fachperson und der Patientin oder dem Patienten zu gefährden, und das Abwägen gegenüber anderen Aufgaben und gesundheitlichen Bedürfnissen.

Es wurden verschiedene Implementierungsstrategien getestet, die ermutigende Ergebnisse zeigen. Das Programm, das offenbar am effektivsten war, wurde im US-amerikanischen Veteranensystem (Veterans Affairs, VA) eingeführt. Dieses System sieht eine in den Behandlungsprozess integrierte Erkennung, Erinnerungen in der

elektronischen Akte sowie Leistungsmessungen und Kontrollen vor, womit 90% der ambulanten Patienten erkannt werden (Lapham, Achtmeyer et al. 2012). Diese Ergebnisse sind mit den Möglichkeiten in Zusammenhang zu setzen, die ein zentralisiertes Versorgungssystem bietet. Das völlig anders aufgebaute System in der Schweiz erlaubt ein solches Vorgehen nicht. In Schweden hat eine staatliche Kampagne zur Förderung von Screenings zu einem Anstieg der Früherkennungsrate von 12% auf 32% geführt (Lundin, Danielsson et al. 2017), was die wichtige Rolle des Staates bei der Unterstützung dieser Massnahmen zeigt.

Angesichts der Schwierigkeiten, Früherkennung und systematische Kurzintervention routinemässig in den Hausarztpraxen umzusetzen, haben einige Autoren vorgeschlagen, das Modell zu überdenken und eine stufenweise Intervention zu bevorzugen (McCambridge and Rollnick 2014, McCambridge and Saitz 2017). Dieses Modell würde für die Allgemeinbevölkerung elektronische Kurzinterventionen (Internet, mobile Anwendungen) bevorzugen und eine persönliche Kurzintervention nur für diejenigen anbieten, die sie benötigen, während bei schweren Problemen eine Überweisung an einen spezialisierten Dienst befürwortet würde.

Eine kürzlich in hausärztlichen Praxen in der Schweiz durchgeführte Studie hat gezeigt, dass eine elektronische Früherkennung im Wartezimmer nützlich ist (Bertholet, Cunningham et al. 2019). Laut dieser Studie wäre die Implementierung eines elektronischen Hilfsmittels (Tablet) zur Erkennung von risikoreichem Alkoholkonsum im Wartezimmer umsetzbar und akzeptabel. Allerdings wurde das Angebot nur begrenzt genutzt, wenn es lediglich zur Verfügung gestellt wurde. Deutlich höher war die Nutzung, wenn das Praxispersonal auf das Vorhandensein und die Funktionsweise hinwies (17% gegenüber 60%). Die Früherkennung (einschliesslich der allfällig folgenden Intervention) würde es ermöglichen, bestimmte häufig beobachtete Hürden wie Zeitmangel und Stigmatisierung zu überwinden (Anderson, Laurant et al. 2004, McCambridge and Rollnick 2014, McNeely, Kumar et al. 2018, Bertholet, Cunningham et al. 2019), und das mit minimalen zusätzlichen Ressourcen.

Früherkennung und Kurzintervention für risikoreichen Alkoholkonsum werden auch bei Jugendlichen empfohlen (Force et al. 2018). Wie bei der erwachsenen Bevölkerung kommt für die Früherkennung der AUDIT-Fragebogen zum Einsatz (Patton et al. 2014). Bei den Interventionen ermöglicht ein motivationsgestützter Ansatz, gemeinsam mit dem Jugendlichen sein Verhältnis zum Alkohol zu ergründen (Patton et al. 2014). Für Jugendliche können auch elektronische Interventionen angeboten werden (z. B. <https://www.bernergesundheits.ch/mydrinkcontrol> oder <https://www.alcooquizz.ch/de>).

US Preventive Services Task Force, CURRY, S. J., KRIST, A. H., OWENS, D. K., BARRY, M. J., CAUGHEY, A. B., DAVIDSON, K. W., DOUBENI, C. A., EPLING, J. W., JR., KEMPER, A. R., KUBIK, M., LANDEFELD, C. S., MANGIONE, C. M., SILVERSTEIN, M., SIMON, M. A., TSENG, C. W. & WONG, J. B. 2018. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 320, 1899-1909.

PATTON, R., DELUCA, P., KANER, E., NEWBURY-BIRCH, D., PHILLIPS, T. & DRUMMOND, C. 2014. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol*, 49, 207-12.