



Departement für Psychiatrie
Abteilung für Suchtmedizin

Leitung



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

Teil A3: KURZINTERVENTIONEN

Teil A4: QUERSCHNITTSTHEMEN

BIBLIOGRAFIE

A3 KURZINTERVENTIONEN

Bei Feststellung eines risikoreichen Alkoholkonsums werden zunächst Kurzinterventionen angeboten. Der allgemeine Begriff «Kurzinterventionen» umfasst verschiedene Interventionen, bei denen die klinische Fachkraft berät oder psychologische Hilfe anbietet, um für die Risiken und negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums zu sensibilisieren und Möglichkeiten zur Reduzierung des Konsums zu ermitteln (Beyer, Campbell et al. 2019). Die verschiedenen Kurzinterventionsmodelle beruhen meist auf den gleichen theoretischen Grundsätzen, also auf sozial-kognitiven und motivationsgestützten Ansätzen (Heather 1995). Die verschiedenen Modelle haben auch praktische Gemeinsamkeiten: Sie sind so konzipiert, dass sie in regelmässigen Konsultationen durchgeführt werden können, die meist 5 bis 15 Minuten dauern. Trotz ihrer Kürze können diese komplexer sein und auf ein bis fünf Sitzungen verteilt werden. Die strukturellen Bestandteile sind letztlich dieselben: persönliches Feedback zum Alkoholkonsum und den damit verbundenen Folgen, Klärung, was einen risikoarmen Alkoholkonsum ausmacht, Informationen über die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Risiken, Identifizierung von Risikosituationen und Strategien zu deren Bewältigung, erwartete Vorteile einer Konsumreduktion, Ratschläge zur Konsumreduktion, Techniken des Motivational Interviewing (MI) zur Förderung von Verhaltensänderungen, Entwicklung eines persönlichen Plans zur Konsumreduktion (Kaner, Beyer et al. 2018). Eine Kurzintervention ist bei vielen Alkoholkonsumenten angezeigt: 1) bei Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum, um sie zu einer Konsumreduktion zu ermutigen und vor allem die Entwicklung einer Abhängigkeit oder andere gesundheitliche Folgen zu vermeiden; 2) bei Jugendlichen, insbesondere betreffend die Risiken eines massiven punktuellen Konsums; 3) bei Frauen, insbesondere um auf die Risiken des Konsums während der Schwangerschaft hinzuweisen (Haute Autorité de santé 2014); 4) bei Personen mit einer Abhängigkeit, die über die Kurzintervention zu einer umfassenderen Massnahme hingeführt werden, insbesondere durch Empfehlung eines spezialisierten Zentrums.

Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei risikoreichem Alkoholkonsum in der primären Gesundheitsversorgung wurde in zahlreichen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten überprüft. Eine systematische Übersichtsarbeit (O'Donnell, Anderson et al. 2014) zeigte durchgängig, dass Kurzinterventionen bei risikoreichem Konsum wirksam sind. Verschiedene Studien haben auch die Kosteneffizienz der Kurzintervention belegt (Cobiac, Vos et al. 2009, Tariq, van den Berg et al. 2009, Purshouse, Brennan et al. 2013). Laut den Übersichtsarbeiten, die verschiedene staatliche Massnahmen zur Verringerung der kollektiven Belastung durch Alkoholkonsum auswerten, gehört die Implementierung von Kurzinterventionen zu den wirksamsten und am besten durch evidenzbasierte Daten gestützten Massnahmen (Babor, Caetano et al. 2010, Burton, Henn et al.

2017). Auch eine Analyse der OECD mit Daten aus Kanada, Tschechien und Deutschland belegt die höhere Kosteneffizienz der Kurzintervention im Vergleich zu anderen öffentlichen Gesundheitsmassnahmen (Sassi, Cecchini et al. 2015). Demnach könnten Kurzinterventionen, wenn sie systematisch im Rahmen der Grundversorgung angeboten würden, Gesundheit und Lebenserwartung erheblich verbessern. Insbesondere hätten sie das Potenzial, viele Fälle von Alkoholabhängigkeit zu verhindern und die Krebsinzidenz zu senken.

Was die Wirksamkeit betrifft, ist vor allem die Metaanalyse von Kaner et al. (2018) hervorzuheben, die im Rahmen der Cochrane Collaboration vorgenommen wurde. Sie aggregiert die Daten von 69 Studien mit 33'642 Teilnehmern, von denen 38 in der Allgemeinmedizin und 27 in Notaufnahmen durchgeführt wurden. Die Hauptergebnisse zeigten, dass Personen mit Kurzintervention im Anschluss erheblich weniger tranken als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe. Durchschnittlich reduzierte sich der Konsum um 20 g reinen Alkohol pro Woche, was etwa 2 Standardgläsern entspricht. Insgesamt wurde die Qualität der Evidenz überwiegend im mittleren Bereich eingestuft. Daher ist davon auszugehen, dass die berichtete Wirkung und die tatsächliche Wirkung dieser Interventionen im Hinblick auf Umfang und Ausrichtung nahe beieinander liegen. Die Studie zeigte auch, dass längere Interventionen wahrscheinlich nur wenig zusätzlichen Nutzen bringen.

In der Studie wurden ausserdem Ergebnisse nach Untergruppen erfasst. In Bezug auf das Interventionsumfeld waren die Ergebnisse signifikant und gingen in dieselbe Richtung, wobei die durchschnittliche Reduktion in der Allgemeinmedizin (−26 g/Woche) stärker war als in der Notaufnahme (−10 g/Woche). Der signifikante Effekt in der Notaufnahme ist interessant, da frühere Metaanalysen gemischte, minimale oder nicht signifikante Ergebnisse aufzeigten (Landy, Davey et al. 2016, McGinnes, Hutton et al. 2016, Schmidt, Schulte et al. 2016). Anscheinend verschiebt sich durch die Einbeziehung neuer Studien das Gewicht stärker in Richtung der Wirksamkeit von Kurzintervention in diesem Umfeld. Eine weitere aktuelle Studie mit signifikanten Ergebnissen (Barata, Shandro et al. 2017) scheint diesen Trend zu bestätigen.

In Bezug auf das Geschlecht zeigten sich ebenfalls ähnliche und signifikante Ergebnisse für Männer (−42 g/Woche) und Frauen (−30 g/Woche). Auch ist die nachweisliche Wirksamkeit bei Frauen erheblich, zumal frühere systematische Übersichtsarbeiten einen Mangel an Evidenz für diese Untergruppe zeigten (O'Donnell, Anderson et al. 2014). In Bezug auf das Alter zeigen sich grössere Unterschiede (Kaner, Beyer et al. 2018). Die meisten Studien wurden mit Erwachsenen durchgeführt, daher ist die Wirksamkeit in dieser Untergruppe ähnlich wie in der Gesamtstichprobe (−22 g/ Woche). Nur 3 metaanalytierte Studien schlossen Jugendliche oder junge Erwachsene ein, wobei der Effekt nicht signifikant war (−7 g/Woche, Konfidenzintervall −17 bis +3 g/Woche). Die meisten Studien in dieser Untergruppe zeigen in ähnlicher Weise niedrigere, uneinheitliche

oder sogar nicht signifikante Effekte (Diestelkamp, Drechsel et al. 2016, Foxcroft, Coombes et al. 2016). Eine grosse Metaanalyse (185 analysierte Studienstichproben) zeigte jedoch signifikante Auswirkungen auf den Alkoholkonsum und damit verbundene Probleme (Tanner-Smith and Lipsey 2015). Die Effekte waren bei Jugendlichen (11–18 Jahre) höher als bei jungen Erwachsenen (19–30 Jahre). Die Autoren schlussfolgerten, dass diese Effekte zwar bescheiden blieben, ihr gesundheitliches Potenzial sich angesichts der Kürze und der geringen Kosten der Intervention jedoch als gewinnbringend erwies. In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde die Wirksamkeit von Massnahmen zur Reduktion übermässigen Alkoholkonsums bei älteren Menschen untersucht (Kelly, Olanrewaju et al. 2018). Trotz der Heterogenität der acht einbezogenen Studien waren die Effekte signifikant und zeigten insbesondere, dass Kurzinterventionen eine positive Wirkung haben können.

Eine systematische Übersichtsarbeit ergab vielversprechende Evidenz für die wenigen Studien, die eine persönliche Kurzintervention zur Aufrechterhaltung der Abstinenz während der Schwangerschaft untersucht hatten (Gilinsky, Swanson et al. 2011). Im Umfeld von Allgemeinspitälern fand ein Cochrane Review positive Effekte der Kurzintervention hinsichtlich Alkoholkonsum und Sterblichkeitsrate (McQueen, Howe et al. 2011). Diese Ergebnisse beziehen sich allerdings auf Studien, an denen hauptsächlich Männer teilnahmen. Was die Wirksamkeit elektronischer Kurzinterventionen angeht, zeigt die Evidenz Effekte auf Gemeindeebene (Bewick, Trusler et al. 2008, Kaner, Beyer et al. 2017), aber auch in der Hausarztmedizin (Kypri, Langley et al. 2008, Nair, Newton et al. 2015, Ramsey, Satterfield et al. 2019). Laut letztgenannter Studie scheinen technologiebasierte Interventionen in der Hausarztmedizin zwar weitgehend von Nutzen zu sein, jedoch könnten die Ergebnisse durch die Einbeziehung von Klinikerinnen und Klinikern sowie durch den Einsatz von Implementierungsstrategien verbessert werden (Ramsey, Satterfield et al. 2019).

Trotz der vorhandenen Informationen zu den verschiedenen Untergruppen bleiben einige Punkte unklar, insbesondere die Wirksamkeit der Kurzintervention bei Personen mit Alkoholabhängigkeit oder sehr hohem Alkoholkonsum (Saitz 2010, Glass, Andreasson et al. 2017).

A4 QUERSCHNITTSTHEMEN

In der Schweiz wird das systematische Screening auf Alkoholmissbrauch kaum praktiziert. Infolgedessen ist die Anzahl der Personen mit missbräuchlichem Alkoholkonsum, die eine Kurzintervention erhalten, gering. Da es keine starken Anreizsysteme gibt, bleiben die Erkennungs- und Interventionsraten niedrig. Schweden konnte mit einer starken Implementierungskampagne die Erkennungsrate von 13 auf 32% erhöhen (Lundin, Danielsson et al. 2017). Trotz dieser Steigerung profitiert weiterhin nur ein begrenzter Anteil der Personen mit

missbräuchlichem Konsum von einer entsprechenden Intervention (4%). Eine englische Studie zeigt, dass 10% der Personen mit missbräuchlichem Alkoholkonsum eine Beratung erhalten (Brown, West et al. 2016). In zentralisierten Systemen wie dem der Veterans Health Administration (VA) in den USA können unter Einsatz von Leistungsmessungen Erkennungsrate von 90% mit einer Kurzinterventionsrate von 54% bei Personen mit missbräuchlichem Alkoholkonsum erreicht werden (Lapham, Achtmeyer et al. 2012). Ausserhalb von zentralisierten und integrierten Systemen bleibt die Erkennungsrate jedoch niedrig (Edlund, Unutzer et al. 2004, Rehm, Anderson et al. 2016).

Die Bereitstellung von Fragebögen, die direkt vom Patienten ausgefüllt werden können, in Papierform oder elektronisch, könnte die Erkennungsrate erhöhen. Diese Massnahmen müssen jedoch mit einem Anreiz zum Ausfüllen des Fragebogens einhergehen (Bertholet, Cunningham et al. 2020). Die Verwendung von integrierten Fragebögen, mit denen mehrere Gewohnheiten erfasst werden, stellt aufgrund der Zeitersparnis einen erheblichen Vorteil dar (McNeely, Strauss et al. 2015, McNeely, Haley et al. 2018, McNeely, Kumar et al. 2018). Der Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Wartezimmer bietet Gelegenheit für Erkennungs- und Präventionsmassnahmen (Elley, Dawes et al. 2014, McNeely, Kumar et al. 2018) (Bertholet, Cunningham et al. 2020). Daher kann den MPA und MPK eine entscheidende Rolle bei der Erhöhung der Erkennungsrate zukommen, indem sie entsprechende Massnahmen beispielsweise im Wartezimmer anbieten. Nach Aussage der Patientinnen und Patienten muss ein solches Vorgehen allerdings in einem Kontext erfolgen, der die Stigmatisierung minimiert, und das Screening muss begründet werden (McNeely, Kumar et al. 2018). Die Durchführung von Kurzinterventionen durch geschultes Personal ist keinesfalls auf Ärztinnen und Ärzte beschränkt. In vielen Ländern werden diese Interventionen von nichtärztlichem Gesundheitspersonal durchgeführt (siehe SBIRT-Modell in den USA). Sofern mittels entsprechender Schulung gute Kenntnisse und Erfahrungen betreffend die erforderlichen Motivationsmassnahmen erworben wurden, sind MPA und MPK ebenso wie Ärztinnen und Ärzte entscheidende Ressourcen für die Durchführung von Kurzinterventionen. Diese Interventionen können auch in elektronischer Form erfolgen, zumal gute Wirksamkeitsnachweise dafür vorliegen (Kaner, Beyer et al. 2017, Riper, Hoogendoorn et al. 2018).

BIBLIOGRAPHIE

- Aalto, M., et al. (2009). «AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey.» Drug Alcohol Depend **103**(1-2): 25-29.
- Aalto, M., et al. (2011). «The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly.» Int J Geriatr Psychiatry **26**(9): 881-885.
- Ames, G. M. and J. B. Bennett (2011). «Prevention interventions of alcohol problems in the workplace.» Alcohol Res Health **34**(2): 175-187.
- Anderson, P., et al. (2016). «Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial.» Addiction **111**(11): 1935-1945.
- Anderson, P., et al. (2004). «Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis.» J Stud Alcohol **65**(2): 191-199.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Publishing.
- Association, B. M. (2016). Alcohol and pregnancy Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders. B. M. Association.
- Babor, T., et al. (2001). AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Genf, World Health Organization.
- Babor, T. F., et al. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford, Oxford University Press.
- Babor, T. F. and J. C. Higgins-Biddle (2000). «Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health.» Addiction **95**(5): 677-686.
- Barata, I. A., et al. (2017). «Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review.» The western journal of emergency medicine **18**(6): 1143-1152.
- Bertholet, N., et al. (2019). «Electronic screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in primary care waiting rooms - A pilot project.» Subst Abus: 1-9.
- Bertholet, N., et al. (2020). «Electronic screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in primary care waiting rooms - A pilot project.» Subst Abus **41**(3): 347-355.
- Bewick, B. M., et al. (2008). «The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption - a systematic review.» Prev Med **47**(1): 17-26.

Beyer, F. R., et al. (2019). «The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers.» Alcohol Alcohol.

Brown, J., et al. (2016). «Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England.» British Journal of General Practice **66**(642): e1-9.

Burns, E., et al. (2010). «Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review.» Addiction **105**(4): 601-614.

Burton, R., et al. (2017). «A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective.» Lancet **389**(10078): 1558-1580.

Bush, K., et al. (1998). «The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test.» Arch Intern Med **158**(16): 1789-1795.

Campbell, C. E. and S. A. Maisto (2018). «Validity of the AUDIT-C Screen for At-Risk Drinking Among Students Utilizing University Primary Care.» J Am Coll. Health: 1-28.

Cobiac, L., et al. (2009). «Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia.» Addiction **104**(10): 1646-1655.

Collaborators, G. B. D. A. (2018). «Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.» Lancet **392**(10152): 1015-1035.

Coulton, S., et al. (2018). «Opportunistic screening for alcohol use problems in adolescents attending emergency departments: an evaluation of screening tools.» Journal of public health (Oxford, England): 1-8.

Coulton, S., et al. (2006). «Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study.» BMJ **332**(7540): 511-517.

Curry, S. J., et al. (2018). «Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.» Jama-Journal of the American Medical Association **320**(18): 1899-1909.

Daepfen, J. B., et al. (2011). «Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: A randomized controlled trial.» Drug Alcohol Depend **113**(1): 69-75.

Dawson, D. A., et al. (2005). «The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders.» Compr Psychiatry **46**(6): 405-416.

Day, N. L., et al. (1989). «Prenatal exposure to alcohol: effect on infant growth and morphologic characteristics.» Pediatrics **84**(3): 536-541.

Derges, J., et al. (2017). «Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review.» BMC Public Health **17**(1): 562.

Diestelkamp, S., et al. (2016). «Brief in Person Interventions for Adolescents and Young Adults Following Alcohol-Related Events in Emergency Care: A Systematic Review and European Evidence Synthesis.» Eur. Addict. Res. **22**(1): 17-35.

Dreher-Weber, M., et al. (2017). «Screening for Hazardous Drinking in Nursing Home Residents: Evaluating the Validity of the Current Cutoffs of the Alcohol Use Disorder Identification Test Consumption Questions by Using Ethyl Glucuronide in Hair.» Alcohol. Clin. Exp. Res. **41**(9): 1593-1601.

Edlund, M. J., et al. (2004). «Clinician screening and treatment of alcohol, drug, and mental problems in primary care: results from healthcare for communities.» Med Care **42**(12): 1158-1166.

Elley, C. R., et al. (2014). «Screening for lifestyle and mental health risk factors in the waiting room: feasibility study of the Case-finding Health Assessment Tool.» Can Fam Physician **60**(11): e527-534.

Feldman, H. S., et al. (2012). «Prenatal alcohol exposure patterns and alcohol-related birth defects and growth deficiencies: a prospective study.» Alcohol Clin Exp Res **36**(4): 670-676.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015). Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Bern, Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Foxcroft, D. R., et al. (2016). «Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults.» Cochrane. Database. Syst. Rev. **7**: CD007025.

Fujii, H., et al. (2016). «The Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT-C) is more useful than pre-existing laboratory tests for predicting hazardous drinking: a cross-sectional study.» BMC Public Health **16**: 379.

Gache, P., et al. (2005). «The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version.» Alcohol Clin Exp Res **29**(11): 2001-2007.

Gaume, J., et al. (2011). «Is brief motivational intervention effective in reducing alcohol use among young men voluntarily receiving it? A randomized controlled trial.» Alcohol Clin Exp Res **35**(10): 1822-1830.

Gilinsky, A., et al. (2011). «Interventions delivered during antenatal care to reduce alcohol consumption during pregnancy: A systematic review.» Addiction Research & Theory **19**(3): 235-250.

Glass, J. E., et al. (2017). «Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA).» Addict Sci Clin Pract **12**(1): 14.

Gray, R., et al. (2009). «Alcohol consumption during pregnancy and its effects on neurodevelopment: what is known and what remains uncertain.» Addiction **104**(8): 1270-1273.

Gruenewald, P. J., et al. (1993). «Alcohol availability and the ecology of drinking behavior.» Alcohol Health & Research World **17**(1): 39-45.