

Erfassung (Screening) und Kurzintervention bei Spitalpatienten mit Alkoholproblemen¹

Martin Sieber^a, Susanne Dillier^b, Simon Stäubli^c, Roland Weber^d

^a Forschung & Evaluation im Gesundheitswesen, Zollikon

^b Gesundheit Schwyz, Fachstelle für Alkoholfragen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Goldau

^c Regionalspital Einsiedeln

^d Sozialpsychiatrischer Dienst des Kt. Schwyz, Goldau

Hintergrund

Der Anteil der in Spitälern behandelten Patienten mit einem Alkoholproblem liegt gemäss schweizerischen Untersuchungen bei 20%, bei 40- bis 50-jährigen Männern bei 50% [1]. Im europäischen Raum schwankt die Prävalenz in Allgemeinspitälern zwischen 15 bis 35% [2]. Studien zeigen, dass das Problem zwar durchaus erkannt wird, es aber oft nicht zu angemessenen Handlungskonsequenzen kommt. Im Spital Schwyz wurde von den im Jahre 2003 stationär behandelten Patienten nur gerade bei vier ein Konsilium bezüglich einer Alkoholproblematik durchgeführt, das sind 0,1%. Dieser niedrige Prozentwert zeigt, dass ein beachtlicher Teil der Patienten mit einem Alkoholproblem nicht erfasst wird.

Risikoreicher Alkoholkonsum unterhalb der Abhängigkeitsschwelle wird in der Bevölkerung weitgehend als unbedenklich beurteilt. Er verursacht jedoch die höheren volkswirtschaftlichen Kosten als die Alkoholabhängigkeit, weil ein grösserer Teil der Bevölkerung, etwa 17% [1], diesen Konsumstil pflegt. Können während der Hospitalisation zusätzlich zu den Alkoholkranken auch die Personen mit einem Risikokonsum identifiziert werden, ergibt sich in diesen Fällen die Möglichkeit einer Frühintervention. Frühintervention in der medizinischen Versorgung ist unter Bedingungen knapper personeller Ressourcen durchzuführen. Daher kommen wenig aufwendige Interventionsformen in Frage, so die schriftliche Information über die Problematik, die Kurzberatung und allenfalls die Behandlung. Damit diese Patienten erkannt werden, ist ein Screeningverfahren von zentraler Bedeutung. Die dafür geeigneten Instrumente sind entwickelt und evaluiert. Das Screening und die anschliessende ärztliche Kurzintervention ermöglichen es, die betroffenen Personen zu einer weiterführenden Beratung oder Behandlung zu motivieren.

Studie am Regionalspital Einsiedeln

Ziel der vorliegenden Studie war es, ein Screeningverfahren zu erproben und damit Patienten mit Alkoholrisikokonsum zu identifizieren und die Prävalenzrate zu ermitteln. Ferner sollte geprüft werden, ob bei Personen mit Risikokonsum eine ärztliche Kurzintervention durchgeführt werden kann, bei der die Motivation für eine Konsumreduktion oder für eine Beratung angesprochen wird. Ziel dieser Kurzintervention ist es, die Patienten für ihre Alkoholproblematik zu sensibilisieren und sie für ein Standortgespräch bei einer Fachperson zu motivieren. Insgesamt wurden in der Screeningbefragung 203 Patienten der Inneren Medizin des Regionalspitals Einsiedeln im Jahr 2006 bei Spitaleintritt angesprochen. Dies entspricht

einem Viertel aller Eintritte (ausführliche Dokumentation siehe [3]). Anhand eines Screeningfragebogens, des Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screeningtests (LAST) [4] und Zusatzfragen [5] wurden die screeningpositiven Patienten ermittelt.

Eine Kurzintervention ist dann erfolgreich, wenn die betroffene Person ihren Alkoholkonsum reduziert. Ein Teil der Personen bagatellisiert jedoch den Konsum und hat kein Problembewusstsein. Bei diesen konzentriert sich die Kurzintervention auf das Problembewusstsein und auf die Motivation, etwas verändern zu wollen. Das Konzept der Motivationsentwicklung von Prochaska und DiClemente [6-8] dient dazu, die Position eines Patienten auf der «Stufenleiter» (Phasen) der Motivationsentwicklung zu orten und – entsprechend seiner Position – die adäquate Intervention vornehmen zu können. Gelingt es dem Arzt im Rahmen seiner Kurzintervention eine Veränderung auf der Stufenleiter der Motivationsentwicklung zu bewirken, ist dies ein Erfolg, auch wenn das Endziel dabei noch nicht erreicht worden ist. Für den Arzt und den Patienten wirkt dieser «Schritt in die richtige Richtung» ermutigend und ist der enttäuschenden Negativbilanz vorzuziehen, die entsteht, wenn der Patient das Endziel noch nicht erreicht hat (z.B. immer noch zuviel trinkt). Folgende sechs Phasen werden unterschieden:

Phase 0: Absichtslosigkeit, Vorahnungsphase (precontemplation)

Kein Problembewusstsein, keine Problemwahrnehmung. «Ich habe kein Problem.»

Phase 1: Abwägungsphase (contemplation)

Ambivalenz; Situation überdenken: «Ist das ein Problem?», «Soll ich etwas unternehmen?»

Phase 2: Vorbereitung, Entscheidungsstadium (preparation, determination)

Entschluss zu einer Änderung: «Ich will etwas ändern», «Ich will aufhören».

Phase 3: Handlung (action)

Beginn und Einüben der Verhaltensänderung: «Ich habe mit der Veränderung begonnen; ich schaffe es.»

Phase 4: Aufrechterhaltung (maintenance)

Rückschläge überwinden, Fortsetzung der Verhaltensänderung; dabei bleiben. «Ich mache trotzdem weiter», «Ich bin vorsichtig; früher hatte ich ein Problem».

Phase 5: Ausrutscher/Rückfall (relapse)

Eigene Regeln für das Trinkverhalten wurden verletzt.

¹ Das vorliegende Projekt wurde massgeblich durch das Amt für Gesundheit und Soziales des Kantons Schwyz unterstützt.

Das Modell hat im Alkoholbereich eine beachtliche Verbreitung erfahren. Eine Adaptation für die Hausarztpraxis liegt vor [5]. In der vorliegenden Studie sind auf dieses Modell bezogen folgende fünf Fragen berücksichtigt worden:

1. Ich genieße den Alkohol, aber manchmal trinke ich zuviel.
2. Ich überlege mir, ob ich gelegentlich weniger trinken sollte.
3. Ich habe vor, in nächster Zeit meinen Alkoholkonsum zu reduzieren.
4. Ich habe in den vergangenen sechs Monaten begonnen, meinen Alkoholkonsum zu reduzieren oder ganz darauf zu verzichten.
5. Ich habe mein Trinken bereits geändert und suche nach Möglichkeiten, um zu verhindern, in alte Verhaltensweisen zurückzufallen.

Schulung des Personals

Damit die ärztliche Kurzintervention bei den screeningpositiven Patienten akzeptiert wird und wirkungsvoll ist, ist eine Einführung für das ärztliche Personal sinnvoll [9]. Die Ärzte sollen in der Lage sein, Gespräche so zu führen, dass beim Patienten keine Scham entsteht und eine Änderungsversuch geweckt werden kann. Die Schulung beinhaltet eine Einführung in das erwähnte Phasenmodell der Motivationsentwicklung sowie in die Methode der Kurzintervention [5, 8]. Diese Schulung konnte von der Zweitautorin (S.D.) vor Studienbeginn durchgeführt werden.

Ergebnisse

Screeningpositive: Insgesamt 9,4% waren beim LAST-Verfahren screeningpositiv. Zusammen mit den vier Zusatzfragen sind 11,3% positiv. In Tabelle 1 sind die

Tabelle 1. Zusammenstellung der Problemindikatoren.

	N	%
Screeningpositive:		
– LAST-Fragen	19	9,4
– Zusatzfragen (4)	11	5,4
– LAST- und/oder Zusatzfragen	23	11,3
Regelmässiger Konsum ¹⁾	22	10,8
Risikokonsum: >21 SD/W.	7	3,4
Rauschtrinken ²⁾	19	9,4
Lebererkrankungen (gem. Pat.)	10	4,9
Missbrauch subjektiv:		
– Kontrollverlust	27	13,3
– Trinke manchmal zuviel	21	10,3
– Habe Konsum reduziert	18	8,9
Motivation zur Konsumreduktion	31	15,2

¹⁾ Über dreimal pro Woche.

²⁾ Regelmässiges und episodisches Rauschtrinken. SD=Standarddrinks (entspricht 3 dl Bier oder 1 dl Wein oder 0,2 dl Schnaps).

wichtigsten Problemindikatoren aufgeführt. Auf alle 203 Personen bezogen erhalten wir eine Rate von Personen mit auffälligem Alkoholkonsum von rund 10%, dies aufgrund der Screeninginstrumente (11,3%) und der subjektiven Selbstbeurteilung (8,9% bis 15,2%).

Motivationsentwicklung: 15,2% aller Patienten sind motiviert, ihren Konsum zu reduzieren, oder haben diesbezüglich schon Aktionen unternommen (Tabelle 2 Stufe 3–5).

Ärztliche Rückmeldung und Beratung: Bei einer Teilgruppe (N = 62) hatten die Ärzte den Patienten eine Rückmeldung über den Screeningfragebogen gegeben. Bei 6 kam es dabei zu einer Kurzintervention (bis 5 Min.) und bei weiteren 3 zu einem längeren Gespräch. Bei 5 Patienten machte der Arzt ein Angebot für ein Standortgespräch bei der ambulanten Fachstelle für Alkoholfragen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) des Kantons Schwyz. Zwei nahmen das Angebot positiv auf, drei lehnten es ab.

Akzeptanz des Screening: Bei 130 Patienten, die den Screeningfragebogen ausgefüllt hatten, wurde sechs Monate später eine postalische Nachbefragung durchgeführt. 95% bewerteten die damalige Befragung im Spital als gut oder sehr gut. Obwohl nur wenige Personen anlässlich der Spitalbefragung ein Alkoholproblem angaben, sind deutlich mehr der Meinung, dass der im Spital ausgefüllte Fragebogen sie dazu angeregt habe, etwas mehr auf die Konsumgewohnheiten zu achten (etwa 24%).

Screening und Alkoholdiagnosen: Die Spitaladministration stellte eine Liste mit den Patienteneintritten zur Verfügung, die Alkoholdiagnosen enthielten. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, die im Spital erstellte Alkoholdiagnose (ICD) mit dem Screeningresultat zu vergleichen. Die Analyse ergab, dass rund 16% der Personen mit einer Alkoholdiagnose im Screening nicht erkannt worden waren. Das Screening gewährleistet somit nicht eine hundertprozentige Identifikation der Problemkonsumenten. Mit der Alkoholdiagnose werden andererseits auch nicht alle Patienten mit einem Alkoholproblem erfasst. Gemäss der vorliegenden Studie sind es rund 28% der screeningpositiven Fälle, bei denen im Spital keine Alkoholproblematik diagnostiziert wurde. Bei diesen Personen besteht die Gefahr, dass diesbezüglich keine Hilfe angeboten wird. Beide Diagnoseverfahren (Spitaldiagnose und Screening) haben somit ihre Einschränkungen. Die Kombination von beiden diagnostischen Verfahren erhöht jedoch die Verlässlichkeit der Identifikation.

Tabelle 2. Motivationsentwicklung.

Stufe	N	%
1: Kein Problembewusstsein	140	69,0
2: Abwägen	0	0
3: Vorbereitung für Reduktion	8	3,9
4: Aktion	11	5,4
5: Aufrechterhaltung	12	5,9

Schlussfolgerungen

Angesichts des beachtlich hohen Anteils an Spitalpatienten mit einem Alkoholproblem ist es wichtig, diese zu erfassen und sie für eine Beratung oder Behandlung ihrer Alkoholproblematik zu motivieren. Das hier umschriebene Screeningverfahren und die ärztliche Kurzintervention sind im Spitalkontext einsetzbar. Die Schulung der Ärzte bezüglich dieser Thematik, insbesondere auch der Kurzintervention und der motivierenden Gesprächsführung, konnte wie geplant durchgeführt werden, ebenso das ärztliche Gespräch mit den Patienten. Die Hauptschwierigkeit bestand darin, dass aufgrund personeller Engpässe beim ärztlichen Personal die Befragung und die Kurzintervention nicht während des ganzen Jahres durchgezogen werden konnte. Damit möglichst alle Patienten erfasst werden, wäre eine zu bestimmende Koordinationsperson sinnvoll, die das Screening über-

wacht und den Ärzten die Patienten für die Kurzintervention zuweist.

Bemerkenswert ist, dass in der vorliegenden Studie 15% motiviert waren, ihren Konsum zu reduzieren. Diese Motivationsbereitschaft deutet darauf hin, dass Präventionsbemühungen im Sinne eines ärztlichen Kurzgesprächs bei einem beachtlichen Teil der Konsumenten auf Akzeptanz stösst.

Korrespondenz:

Prof. Dr. phil. Martin Sieber
Forschung & Evaluation im Gesundheitswesen
Alte Landstrasse 117
CH-8702 Zollikon
msieber.zollikon@bluewin.ch

Literatur

- 1 SFA. Zahlen und Fakten 2004. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). Lausanne: SFA; 2004.
- 2 Weinberg G. Die «vergessene Mehrheit» heute – Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001.
- 3 Sieber M, Dillier S, Stäubli S, Weber R. Erfassung (Screening) und Kurzintervention bei Spitalpatienten mit Alkoholproblemen im Regionalspital Einsiedeln. Forschungsbericht vom 26.3.2008.
- 4 Rumpf HJ, Hapke U, John U. LAST. Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test. Manual. Göttingen: Hogrefe; 2001.
- 5 Sieber M. Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung, Kurzintervention und Behandlung. Ein Manual für Hausärzte. Bern: Huber; 2005.
- 6 Prochaska JO, DiClemente CC. The Transtheoretical Approach. In: Norcross, J.C.: Handbook of eclectic psychotherapy. New York: Brunner & Mazel; 1986.
- 7 DiClemente C. Motivational Interviewing and the Stages of Change. In: Miller, W.R., Rollnick, S. (Ed.): Motivational Interviewing. New York, London: Guilford Press; 1991, p. 191–202.
- 8 Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1999.
- 9 John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A, Dilling H. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Band 71, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 1996.