

## Zukunft der Allgemeinmedizin in einer alternden Gesellschaft

Auf dem diesjährigen WONCA-Kongress – der europäischen Tagung für Allgemeinmedizin – in Warschau in der ersten Septemberwoche, wurden neben einer Fülle von medizinischen und organisatorischen Themen auch die Herausforderungen an die Gesundheitssysteme durch die ökonomische Krise und die Alterung der Gesellschaft diskutiert. Im Schlüsselvortrag des Ökonomen Mukesh Chwala vom Human-Development-Network der World Bank, wurde auf die sich in den westlichen Ländern daraus ergebenden politischen Handlungszwänge hingewiesen.

Chwala forderte auf, den klar absehbaren Problemen konkret mit angemessener Adaptierung der Konzepte in den Gesundheitssystemen zu begegnen und nicht überrascht zu tun, wenn die Probleme Wirklichkeit werden, um dann zu sagen: Es war nicht voraussehbar.

Die medizinische Versorgung einer immer größeren Zahl alter Menschen bedeutet einen Anstieg bei den chronischen und lebensstilbedingten Erkrankungen. Ziel muss sein, die Zahl der gesunden, nicht durch Behinderung und Pflegebedürfnis geprägten Jahre zu vermehren. Ziel muss aber auch sein, die Ressourcen für die Betreuung der alternden Gesellschaft zu sichern.

Die Betreuung multimorbider, chronisch Kranker und die Lebensstilmedizin sind klassische Aufgaben der Allgemeinmedizin als Kern der medizinischen Primärversorgung. Die Aufmerksamkeit rechtzeitig auf sie zu wenden wurde von Chwala dringlich angeraten, nicht nur, um die Rahmenbedingungen der Allgemeinmedizin und ihrer Kapazität zu überdenken, sondern auch, um dafür zu sorgen, dass sich genügend junge Ärzte diesem Beruf zuwenden.

Auf diesem Kongress fiel durch ihre starke Aktivität besonders die „Vasco da Gama-Gruppe“ auf. Es ist die internationale Vereinigung junger und zukünftiger Allgemeinmediziner. Es sind talentierte junge Ärztinnen und Ärzte, die auf eine Verbesserung der Ausbildung hoffen, auf Respekt und Anerkennung innerhalb der medizinischen Hierarchie und innerhalb

der Gesundheitssysteme. Vor allem rechnen sie mit Unterstützung bei ihrer beruflichen Entwicklung sowohl von ihren Kollegen als auch von politischer Seite. Sie bewiesen ihre Motivation eindrucksvoll durch die zahlreich präsentierten wissenschaftlichen Arbeiten. Sie streben eine Laufbahn an, in der sie gleichberechtigt mit ihren Kollegen aus anderen Spezialfächern sein wollen und keine Nachteile dadurch haben wollen, dass sie Breitenmedizin im Gegensatz zur spezialisierten Medizin wählen. Wichtige Entscheidungen im Bereich der Arztausbildung sind dafür notwendig.



**Dr. Reinhold Glehr**  
Präsident der ÖGAM  
8230 Hartberg  
glehr@aon.at

Die Art der Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Disziplinen wird sich ändern. Die Berufsprofile von Ärzten, ihren Mitarbeitern, Pflegeberufen, organisatorischen Berufen etc. sind zu überdenken und die berufsübergreifende Zusammenarbeit ist zu optimieren. Änderungen der Beziehungen, Aufgaben, Rollenbilder werden sich ergeben. Transdisziplinäre Handlungsmodelle sind zu entwickeln, ebenso die verstärkte Kompetenz bei Teammanagement und Koordination. Lassen wir bei diesen Entwicklungen die zukünftigen Allgemeinmediziner und damit auch ihre späteren Patienten nicht im Stich.

*Dr. Reinhold Glehr*  
Präsident der ÖGAM

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

**Ihre Mitarbeit ist willkommen!**

Unsere Kontaktadresse: [office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)

# Alkoholproblem – wie anpa

Nach erfolgter Check-up-Untersuchung blickt der Arzt dem Patienten tief in die Augen und eröffnet ihm: „Mein lieber Herr A., ich muss Ihnen sagen, wir haben da ein Problem mit dem Alkohol.“ – „Kein Problem, Herr Doktor“, antwortet Herr A. verständnisvoll, „dann komme ich eben morgen wieder, wenn Sie wieder nüchtern sind.“



Dr. Stefan Neuner-Jehle

Der Witz illustriert, dass Menschen mit übermäßigem Alkoholkonsum in der eigenen Wahrnehmung, ob die konsumierte Menge der Gesundheit noch zuträglich ist, häufig einen „blinden Fleck“ haben. Dies führt dazu, dass der Besuch beim Arzt selten frühzeitig (bevor Folgeprobleme entstanden sind) erfolgt, und oft sind es besorgte Angehörige, die den Betroffenen zum Arztbesuch motivieren. Aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen und mangelnder Erfahrung mit der oft schwierigen Beratung tendieren viele Hausärztinnen und -ärzte dazu, den Patienten rasch an eine Suchtberatungsstelle, an einen Psychiater oder in den stationären Entzug mit Nachbehandlungsprogramm zu überweisen. Falls wir aber Früherkennung und erste therapeutische Schritte als Hausärzte selbst in die Hand nehmen wollen, können wir auf einfache, praxistaugliche Instrumente zurückgreifen – einige davon stellen wir Ihnen hier vor.

**Tab.: CAGE-Fragen<sup>1</sup>**

Jede positive Antwort ergibt einen Punkt; je mehr Punkte, desto wahrscheinlicher ein Alkoholproblem. Ab zwei Punkten ist dieses Problem signifikant.

- C** – Cut down: Haben Sie jemals empfunden, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?
- A** – Annoyed: Hat Sie jemand verärgert, indem er Ihr Trinkverhalten kritisierte?
- G** – Guilty: Haben Sie sich jemals schuldig in Bezug aufs Trinken gefühlt?
- E** – Eye-Opener: Haben Sie jemals empfunden, dass Sie als Erstes am Morgen einen Drink brauchen (Aufwecker), um Ihre Nerven zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

## Die frühe Diagnose

Hier liegt ein nicht zu unterschätzendes Potenzial, nämlich die Früherfassung übermäßigen Konsums durch systematisches Befragen nach der konsumierten Menge und Zurückspeigeln an den Patienten, wo die Grenzen des üblichen oder noch gesunden Konsums überschritten sind. Die meisten von Ihnen kennen dazu die CAGE-Fragen (Tab.). Neben diesem gut validierten CAGE-Test, der aber

**Test / Diagnosetabelle nach AUDIT**  
 (The Alcohol Use Disorders Identification Test - Ein Test zur Erkennung von Störungen durch Alkoholkonsum.)

**Name:** ..... **Datum:** .....

Nach Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J & Grant, M. (1992).

**Test-Anleitung:** 1.) Markieren Sie bei allen zehn Fragen jenes Antwortfeld unter den Punktezahlen ‚0‘ bis ‚4‘, das für Sie zutrifft.  
 2.) Zählen Sie die Punktezahlen der so markierten Felder zusammen und vergleichen Sie das Resultat mit der ‚Test-Aussage‘.

		Punkte:	0	1	2	3	4
1	Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?	Nie	Max. 1 mal pro Monat	2 - 4 mal pro Monat	2-3 mal pro Woche	Mind. 4 mal pro Woche	
2	Wie viele ED* trinken Sie an einem typischen Trinktag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr	
3	Wie oft trinken Sie 6 oder mehr ED* bei einer Trinkgelegenheit?	Nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	fast täglich oder täglich	
4	Wie oft in den letzten 12 Monaten konnten Sie nicht aufhören Alkohol zu trinken, wenn Sie damit angefangen haben?	Nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	fast täglich oder täglich	
5	Wie oft in den letzten 12 Monaten konnten Sie Erwartungen Anderer nicht entsprechen, weil Sie Alkohol getrunken haben?	Nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	fast täglich oder täglich	
6	Wie oft in den letzten 12 Monaten brauchten Sie am Morgen erneut Alkohol, weil Sie am Vortag viel getrunken haben?	Nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	fast täglich oder täglich	
7	Wie oft in den letzten 12 Monaten hatten Sie nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse oder fühlen Sie sich schuldig?	Nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	fast täglich oder täglich	
8	Wie oft in den letzten 12 Monaten konnten Sie sich nicht gut an den Vorabend erinnern, weil Sie getrunken hatten?	Nie	seltener als 1 mal pro Monat	1 mal pro Monat	1 mal pro Woche	fast täglich oder täglich	
9	Haben Sie sich oder eine andere Person schon einmal unter Alkoholeinfluss körperlich verletzt?	Nein		Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten		Ja, in den letzten 12 Monaten	
10	Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums gemacht oder Ihnen geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nein		Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten		Ja, in den letzten 12 Monaten	
<b>Punktetotal aus den 10 markierten Antwortfeldern:</b>							

**Test-Aussage:** 0 bis 7 Punkte gelten aus sozialer und gesundheitlicher Sicht als unbedenklich.  
 Ab 8 Punkten gilt das Trinkverhalten als risikoreich bzw. bereits schädigend. Eine Konsumreduktion oder Abstinenz sollte angestrebt werden.

\* 1 Einheits-Drink (ED) entspricht z.B.: 3 dl Bier oder 1 dl Weiss- oder Rotwein oder 4cl (0,4 dl) Spirituosen (siehe PDF 1 ‚Erste Informationen‘).

Abb. 1: AUDIT-Test<sup>2</sup>

# Trinken in der Sprechstunde?

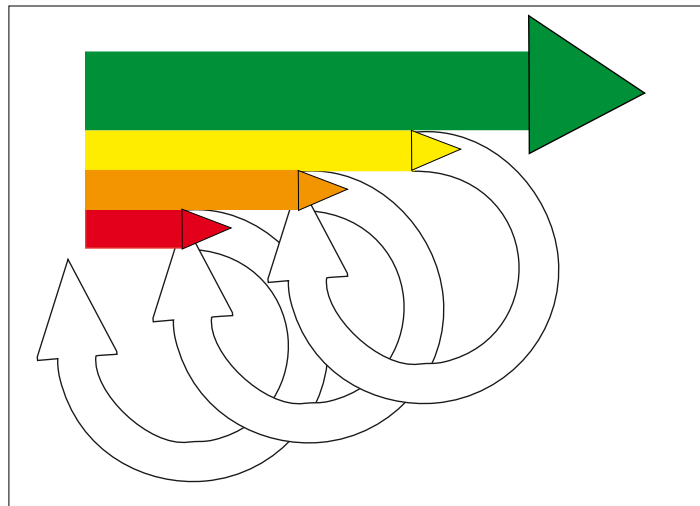
Schwächen in der Detektion moderater Trinker hat, existieren mehrere Tests in Form von Fragebögen mit Punkteauswertung, zum Beispiel der rasch absolvierbare PAT (Paddington Alcohol Test)<sup>2, 3</sup> oder der von der WHO entwickelte AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Abb. 1).

## Die ersten therapeutischen Schritte: Dokumentieren, Bewusstwerden, Planen

Schwieriger wird es nun im Anschluss an den so erfassten Überkonsum, den Patienten damit zu konfrontieren und zur aktiven Mitarbeit zu gewinnen, sein Trinkverhalten zu ändern. Techniken aus der motivierenden Gesprächsführung können da hilfreich sein. Fragen wie: „Wie denken Sie selbst über das Trinken?“ und „Können Sie sich vorstellen, weniger zu trinken?“ geben Aufschluss über den Stand von Motivation und Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Patienten.

Der Suchttherapeut Heiner Frank hat für die Frühintervention ein nützliches Selbsthilfeprogramm namens „Definiertes Trinken DT-TM“ entwickelt und stellt es online kostenfrei zur Verfügung.<sup>4</sup> Natürlich können die im pdf-Format abrufbaren Unterlagen auch direkt vom Patienten verwendet werden. Andererseits eignen sie sich gut als Instrumente für den Hausarzt, um den Patienten auf dem Weg zum bewussten (im Voraus gesteuerten) Trinken oder zur Abstinenz zu begleiten. Das Prinzip lehnt sich an die Phasen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung<sup>5</sup> an (Abb. 2) und besteht aus folgenden Schritten:

- 1:** Mittels Selbstbeobachtung wird Menge und Uhrzeit des Trinkens dokumentiert. Damit wird dem Patienten bewusst, wie viel er wann (und unter welchen Begleitumständen) konsumiert.
- 2:** Der Patient muss bei den dokumentierten Drinks unterscheiden zwischen „wichtigen“ und „weniger wichtigen“. Das Erkennen solcher immer vorhandener Unterschiede bringt ihm Erleichterung und stärkt die Hoffnung auf eine mögliche Veränderung – entsprechend der TTM-Stufe 2 (Absichtsbildung): Bei allen als „weniger wichtig“ deklarierten Drinks eröffnet sich ein Handlungsspielraum. Ab jetzt kann er aktiv überlegen, welche Alternativen es anstelle der „weniger wichtigen“ Drinks gibt.
- 3:** Der entscheidende nächste Schritt ist schließlich, dass der Patient bezüglich einer kommenden, ganz konkreten Trinksituation im Voraus für sich definiert, wie viele Drinks er maximal konsumieren



**Abb. 2: Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (TTM)<sup>5</sup>**  
**5 Aufrechterhaltung**  
**4 Handlung**  
**3 Planung, Vorbereitung**  
**2 Nachdenken, Absicht**  
**1 Absichtslosigkeit, Sorglosigkeit**  
**Sprünge über die fünf Stufen hinweg sind nicht nur in der beabsichtigten Richtung, sondern auch wieder zurück möglich und natürlich (runde Pfeile)**

wird, wie das vor Ort praktisch umgesetzt wird und wie/womit er die weggelassenen Drinks „auffüllt“ (TTM-Stufe 3, Vorbereitung). Damit wird der Fokus vom künftig „Abwesenden“ weg, hin zum künftig „Anwesenden“ gelenkt.

**4:** So werden nach und nach ausgewählte Trinksituationen bearbeitet (TTM-Stufe 4, Handlung) und einmal geänderte Gewohnheiten reduzierten Trinkens möglichst beibehalten (TTM-Stufe 5, Aufrechterhaltung). Abbildung 3 zeigt ein solches Dokumentationsblatt beispielhaft ausgefüllt: Formulare „Selbstbeobachtungs-Dokumentation“ für eine Woche, vier Wochen und zwölf Wochen (Letztere zwecks visualisierter Erfolgskontrolle) können direkt von der Webseite [www.alkodt.ch](http://www.alkodt.ch) zuhanden des Patienten ausgedruckt werden, mitsamt den Anleitungen.

Mit wenigen Anpassungen ließen sich analoge Dokumentationen auch für Patienten verwenden, die einen Rauchstopp mit kontinuierlicher Reduktion der Zigarettenanzahl anstreben. Weitere Anwendungsbereiche bei verschiedenen Abhängigkeitssyndromen von Medien- bis Esssucht sind ebenso denkbar. Natürlich eignet sich diese

**Das Redaktionsteam:**

Dr. Reinhold Glehr, Dr. Christoph Dachs,  
 Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer,  
 Dr. Susanna Michalek, Dr. Peter Pichler,  
 Dr. Susanne Rabady, Dr. Frederik Radunsky

**ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!**

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

**Korrespondenzadresse:**

ÖGAM-Sekretariat  
 c/o Wiener Medizinische Akademie  
 Herr Christian Linzbauer  
 Alser Straße 4, 1090 Wien  
 Tel. 01/405 13 83-17  
 Fax 01/405 13 83-23  
[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at) • [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

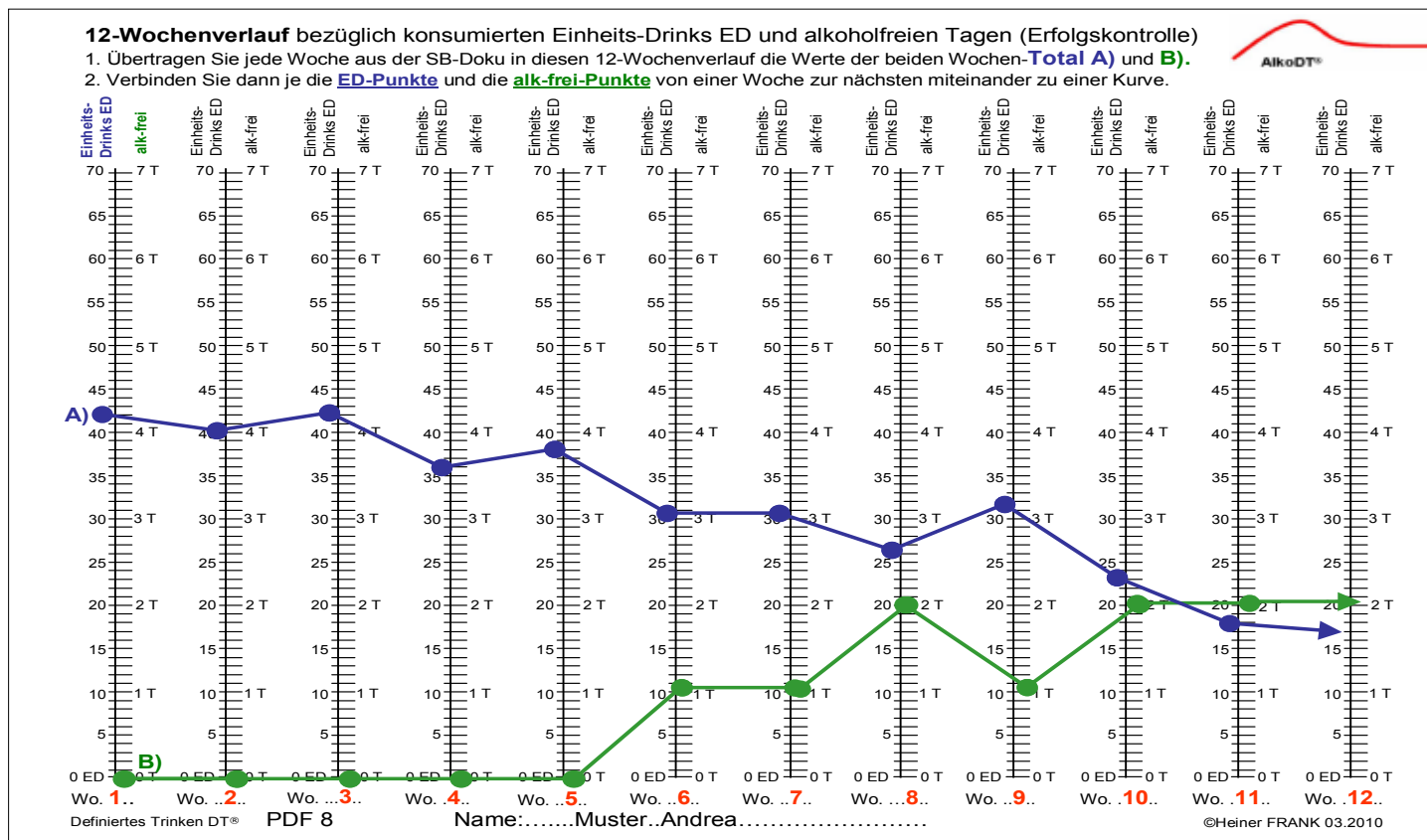


Abb. 3: Zwölf-Wochen-Dokumentation von Trinkverhalten, mit Beispiel

einfache Strategie nicht für jeden Alkoholabhängigen; bei schwerster Abhängigkeit mit extremen Trinkmengen dürfte ein stationärer Entzug mit Nachbetreuungsstruktur die bessere Option sein.

**Erfolgsfaktoren für den Übergang vom übermäßigen zum definierten Trinken**

Um die Chancen auf Erfolg zu erhöhen, sind Maßnahmen zur angestrebten Verhaltensänderung in modernen Programmen so konstruiert, dass ein bedeutender Anteil der Verantwortung für die Änderung beim Patienten liegt. So wird zu Beginn seine Motivation geklärt, überhaupt zur Änderung beizutragen. Bei jedem Beratungsschritt exploriert der Arzt neu, auf welcher Motivationsstufe nach TTM sich der Patient befindet und wo seine Bedürfnisse liegen. Davon ausgehend, wendet der Arzt unterschiedliche Beratungsinhalte an. Der Patient soll durch gemeinsames Überlegen, wo Hindernisse oder Ressourcen liegen, befähigt werden, die Verhaltensänderung konkret umzusetzen. Auf diesem Weg wird er unterstützend vom Arzt begleitet, der damit eine Art Trainerfunktion einnimmt. Genau diese Prinzipien finden sich im multidimensionalen Programm „Gesundheitscoaching“<sup>6</sup> wieder, das wir unter der Ägide des KHM entwickelt haben und das verschiedene Dimensionen anspricht, wo Gesundheit gefördert werden kann, mit Fokus auf die „Dauerbrenner“ gesundes Ess- und Bewegungsverhalten, Körpergewicht, Rauchen, Alkohol und psychischer Stress. Inzwischen läuft das Programm als Pilotprojekt erfolgreich im Kanton St. Gallen – im Verlauf des Jahres werden Sie mehr darüber hören und lesen.

Seien Sie experimentierfreudig und probieren Sie das einfach anwendbare Instrument „Definiertes Trinken DTTM“ in Ihrer Praxis aus! Solche Experimente haben das Potenzial, sowohl Ihren Patien-

ten (Begleitung, vom Suchtverhalten wegzukommen) als auch uns Ärztinnen und Ärzten (Ausbruch aus der Routine, Burn-out-Prophylaxe) zu dienen.

Danksagung  
 Ich danke Ueli Grüninger herzlich fürs kritische Gegenlesen.

Stefan Neuner-Jehle, Heiner Frank

Korrespondenz:  
 Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH  
 Institut für Hausarztmedizin Zürich, Pestalozzistraße 24, 8091 Zürich  
 sneuner@bluewin.ch

Literatur:  
 1 Ewing JA. Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire. JAMA. 1984;252:1905–7  
 2 Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care. The World Health Organisation, Report 2001. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)  
 3 Smith SG, Touquet R, Wright S, Das Gupta N. Detection of alcohol misusing patients in accident and emergency departments: the Paddington alcohol test (PAT). Journal of Accident and Emergency Medicine (British Association for Accident and Emergency Medicine). 1996;13(5):308–12. doi:10.1093/ajcal/agh049  
 4 www.alkodt.ch  
 5 Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J: Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988;56(4):520–8  
 6 Grüninger U, Hösli R, Neuner-Jehle S, Schmid M: Gesundheitscoaching: Ein Programm für Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM). Schweizerische Ärztezeitung. 2009;90(45):1729–32. Aktuelle Info unter: [www.gesundheitscoaching-khm.ch](http://www.gesundheitscoaching-khm.ch)

Unveränderter Nachdruck aus: Primary Care, Schweizerische Zeitschrift für Hausärzte, PrimaryCare 2011;11: Nr. 2.; 24–26 © EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG (EMH), 2011. Mit freundlicher Genehmigung.