

AlkoholpatientInnen in der ärztlichen Praxis

Autor(en): **Staub, Brigitt**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **23 (1997)**

Heft 5

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801100>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

AlkoholpatientInnen in der ärztlichen Praxis

HausärztInnen erfahren oft als Erste, wenn Menschen Alkoholprobleme haben. Ein Weiterbildungsprojekt in Zürich hilft den ÄrztInnen, besser mit diesen problematischen Beratungssituationen umzugehen.

BRIGITT STAUB*

Der Gesundheitssektor gehört neben Arbeitsplatz, Sozial- und Verkehrswesen sowie den Justizbehörden zu den wichtigsten Bereichen der Gesellschaft, die mit alkoholbedingten Schäden konfrontiert werden. Dem Gesundheitssektor – insbesondere der primären Gesundheitsversorgung – fällt eine führende Rolle bei der Prävention und Bewältigung von Alkoholproblemen zu. Sie ist ein wichtiger Bereich zur Erkennung von Alkoholproblemen. Untersuchungen haben gezeigt, dass Interventionen in der Gesundheitsversorgung eine Reduzierung des Alkoholkonsums beim Einzelnen um rund 15 Prozent sowie einen Rückgang des Anteils der sehr stark Trinkenden um rund 20 Prozent bewirken können. Zentrales Anliegen des «Europäischen Aktionsplans Alkohol der WHO» ist es, eine europaweite Strategie «zur Verminderung von alkoholbedingten Gesundheitsrisiken und sozialen Problemen» in Gang zu setzen.

* Dipl. Psychologin IAP, arbeitet bei der Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA). Sie ist Projektleiterin der Fortbildung 1997 für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeine und Innere Medizin, Psychiatrie / Psychotherapie der Stadt Zürich.

Zielsetzung der Fortbildung

Die Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) versucht, diesen Aktionsplan erfolgreich umzusetzen. Dieser soll zu einer sichtbaren Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung führen und zur Prävention von Alkoholschäden beitragen. Die ZFA hat deshalb für InternistInnen, Psychiater/-innen und Allgemeine Ärzte/-innen der Stadt Zürich eine mehrteilige Fortbildungsreihe zum Thema «Umgang mit Alkoholpatienten in der ärztlichen Praxis» organisiert.

Rund 800 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wurden angeschrieben. Eine erfreuliche Anzahl interessierte sich für den von Fachleuten und Spezialisten interaktiv gestalteten mehrteiligen Kurs, welcher praxisbezogen in Form von Referaten, Fachaustausch und Diskussionsmöglichkeiten gestaltet ist und, über das ganze Jahr verteilt, sechs mal stattfindet. Einem Einführungsabend, der dieses Jahr bereits im April stattfand, folgen sechs Fortbildungsabende zu folgenden Themen:

- Früherkennung und Diagnostik
- soziales Umfeld
- Gesprächsführung mit Alkoholkranken
- neue Ansätze in der Behandlung
- Rückfallprophylaxe
- ärztlicher Umgang mit FiaZ-Patienten¹.

Im folgenden Abschnitt soll auf die einzelnen Themenkreise eingegangen werden:

Früherkennung und Diagnostik

Wenn sich alkoholkranken Menschen mit ihren Problemen überhaupt an eine Fachperson wenden, suchen sie diesen Kontakt häufig zuerst bei der Hausärztin oder beim Hausarzt. Besonders in der Frühphase der Alkoholkrankheit wird der Internist oder die

praktische Ärztin und kaum eine der anderen Institutionen aufgesucht, die Menschen mit Alkoholproblemen beraten. Der Arzt kann den Alkoholmissbrauch frühzeitig diagnostizieren und entsprechende sekundär- und tertiärpräventive Massnahmen in die Wege zu leiten. Zudem ist er für seine PatientInnen eine wichtige Vertrauensperson, von welcher kompetente Beratung und Hilfe erwartet wird. Er kennt die Familienverhältnisse seiner PatientInnen und ist deshalb in der Lage, die Angehörigen zu beraten und damit wesentlich zur Konfliktlösung beizutragen.

Eine frühzeitige Diagnose jedoch ist oft nicht leicht, da Uneinsichtigkeit und fehlende Therapiebereitschaft zum Abwehrverhalten von Alkoholkranken gehören. Aus der Sichtweise von Arzt oder Ärzt bestehen zudem oft allzu pessimistische Auffassungen über die Prognose des Alkoholismus. Sozialtherapeutische Einrichtungen, welche bei der Behandlung mitwirken können, sind zu wenig bekannt. Oft fühlt sich ÄrztInnen zeitlich oder fachlich nicht in der Lage, ihre alkoholkranken PatientInnen ausreichend therapeutisch zu begleiten. Die Etikette der Alkoholkrankheit in unserer Gesellschaft erschwert zudem – im Gegensatz zu vielen anderen somatischen Diagnosenstellungen – eine in Richtung Alkoholkrankheit abzielende Anamnesenerhebung oder gar eine entsprechende Diagnosemitteilung. Folglich belasten Alkoholprobleme in der Privatpraxis die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen erheblich.

Einfühlungsvermögen schafft Vertrauen

Die Alkoholkrankheit verbirgt sich hinter zahlreichen funktionellen Störungen und Krankheitsbildern und ist deshalb in differentialdiagnostische



Überlegungen einzubeziehen. In einer alkoholpermissiven Gesellschaft erschweren fließende Übergänge zwischen Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit die Abgrenzung erheblich. Die Diagnosestellung ist bei Alkoholkranken erst beim fortgeschrittenen Krankheitsbild leicht möglich. Durch die Abwehrhaltung der PatientInnen ist sie jedoch in der Regel äußerst erschwert, weil diese ihre Realität oftmals verkennen, verdrängen oder nicht akzeptieren. Um Alkoholkranken zu identifizieren und zu diagnostizieren, benötigen die ÄrztInnen nicht nur ausreichende Kenntnisse über Wesen, Entwicklung und Folgeschäden der Alkoholkrankheit; gefordert ist auch eine empathische und tragfähige Haltung, die den PatientInnen gestattet, Angst und Abwehr zu reduzieren und sie ermutigt, sich mitzuteilen.

Eine ausführliche Exploration erfordert also viel Feingespür und soll mit ausdrücklichem Einverständnis der PatientInnen, über seinen Alkoholkonsum befragt zu werden, geschehen. Da sich in den Frühstadien der Alkoholkrankheit somatische Folgeschäden nach Trinkpausen rasch zurückbilden und sich selbst erheblichere alkoholinduzierte Organschäden vorerst unspezifisch äussern können, sind sie zur Sicherung der Diagnose meist nur bedingt relevant. Die ÄrztInnen sind weitgehend auf die Angaben der PatientInnen angewiesen. So ist eine Exploration (Untersuchung) körperlicher, seelischer und sozialer Schäden, die eine alkoholtoxische Genese (Entwicklung) vermuten lassen, erst im Kontext mit der Entwicklung des Trinkverhaltens, der Funktion des Trinkens, der Trinkmenge, der Reaktion des Umfelds

und der subjektiven Bewertung als diagnostisch relevant anzusehen. Zur Unterstützung und Sicherung der Diagnose können ohne grossen Zeitaufwand auch verschiedene Testverfahren oder Screening-Instrumente in die Sprechstunde eingebaut werden. So erweisen sich die so genannten CAGE-Fragen als kurzes und sinnvolles Instrumentarium für das Vorliegen eines Alkoholmissbrauchs oder einer Abhängigkeit. Die Gamma GT – u.a. Werte der Labor-Diagnostik – sind zwar für die behandelnden ÄrztInnen mittelmässig verlässlich, haben aber für die PatientInnen meist eine nicht zu unterschätzende Wichtigkeit. Für sie bedeuten sie oftmals Motivationswerte, welche wieder in den Normbereich zu bringen sind. Der CD-TECT eignet sich vor allem bei anamnestischem Verdacht auf erhöhten Alkoholkonsum

und kann zur Überwachung des Alkoholmissbrauchs eingesetzt werden. Der Test erfasst regelmässigen Konsum von mindestens 60g Alkohol während sieben vorangegangenen Tagen.

Soziales Umfeld der PatientInnen

Da die Alkoholkrankheit eine bio-psycho-soziale Störung ist, bleibt eine einseitige Behandlung oft wirkungslos. Die multifaktoriellen Ursachen sowie die vielschichtigen Schäden des Alkoholmissbrauchs verlangen eine multidisziplinäre Behandlung. Diese ist nicht routinemässig durchzuführen, sondern dem oder der einzelnen Kranken anzupassen. Die ÄrztInnen sind folglich auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsleuten angewiesen. Sehr oft müssen auch ArbeitgeberInnen, ArbeitskollegInnen und Familienangehörige in die Behandlung einbezogen werden. Die Überweisung an einen spezialisierten Sozialdienst ist beispielsweise vor allem dann angezeigt, wenn die Alkoholkrankheit zu einem Delikt geführt hat oder wenn sozial unterstützende Massnahmen notwendig werden. Die Übergabe von alkoholkranken PatientInnen an Spezialeinrichtungen scheint sich zu bewähren. Allerdings hat ein Rückzug der ÄrztInnen aus der Behandlung erfahrungsgemäss sehr oft einen Behandlungsabbruch durch die PatientInnen zur Folge, da diese nun weder Hausarzt/-ärztin noch eine Institution aufsucht. Die Erfolgsaussichten sind besser, wenn sich die ÄrztInnen im Behandlungsnetz weiter zur Verfügung stellen und die PatientInnen sie bei Bedarf wieder aufsuchen kann.

Das ärztliche Gespräch

Obwohl viele ÄrztInnen mit Problemtrinkern und -trinkerinnen zu tun haben, scheinen sie vor den therapeu-

tischen Schwierigkeiten bei alkoholkranken Menschen zu kapitulieren, was dazu führt, dass eine angemessene Behandlung nur unzureichend gewährleistet werden kann. Zudem ist die Behandlung – ja selbst die vorgängige Motivation von Alkoholkranken dazu – häufig ein Prozess, der sich über einen Zeitraum von Monaten bis Jahren erstreckt.

Da Alkoholranke den Arzt oder die Ärztin meistens auf Druck ihres Umfeldes aufsuchen, sehen sie diese mehr als AufpasserInnen und weniger als BegleiterInnen ihres Gesundungsprozesses. Es ist die Aufgabe der behandelnden ÄrztInnen, ein Gesprächsklima zu schaffen, welches den PatientInnen hilft, beim Arzt oder bei der Ärztin ein umfassendes Wissen über die Problematik des Alkohols zu erwerben und einen Weg aus dem eigenen Trinkverhalten zu finden. In den Mittelpunkt des Gespräches wird die ÄrztInnen Empathie, einführendes Verstehen stellen, welches die Kritik, Vorwürfe und Aufforderungen zur Verhaltensänderung ausschliesst, die von den PatientInnen erwartet werden.

In der ärztlichen Praxis kommt es bei Alkoholproblemen häufig zu einem Rollenkonflikt zwischen den ÄrztInnen und den PatientInnen. Das für den Alkoholkranken typische Abwehrsystem verleitet sie zu bagatellisierenden und ausweichenden Antworten und hindert sie daran, sich zu bekennen und behandeln zu lassen. Das drängt die ÄrztInnen rasch in die Anklagerolle. Behandlung wird dann zur Machtprobe in Form von Ablehnung, Resignation und Moralisieren, was dann jedoch erneut die Abwehr verstärkt. Die Bereitschaft der Alkoholkranken zur Abstinenz ist nämlich in der Regel höchst ambivalent, da der Alkohol eine wichtige Funktion in ihrem Leben eingenommen hat und viele angenehme Erfahrungen damit verknüpft sind.

Mut zur Abstinenz kann sich erst dann entwickeln, wenn die negative Erfahrung mit Alkohol grösser ist als seine positive und belohnende Wirkung.

Neue Ansätze der ärztlichen Behandlung

Im Laufe der letzten Jahre haben sich auf dem Gebiet der Behandlung der Alkoholkrankheit wichtige Neuerungen ergeben: Systematisierte und standardisierte Instrumente der psychiatrischen Diagnostik haben neue Kenntnisse über die Komorbidität, das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen psychischen Krankheitsbildern, eingebracht. Sie erlauben es unterdessen immer besser, das Alkoholsyndrom zu definieren.

Neue Erkenntnisse der neurobiologischen Wissenschaft lassen zudem einige Aspekte des akuten und chronischen Alkoholismus und dessen Entwöhnung verstehen, und die Fortschritte in der Neurolgie haben dazu geführt, dass pharmakologische Wirkstoffe weiterentwickelt wurden. Es gibt neue Medikamente, welche in der Lage sind, das Verlangen nach Alkohol und somit eine Rückfallgefährdung zu reduzieren; es gibt solche, die eine aversive Wirkung hervorrufen, und schliesslich kennt man Wirkstoffe, welche zur Behandlung von Komorbidität eingesetzt werden.

In Zukunft werden sicherlich psychosoziale Ansätze durch medikamentöse Therapie ergänzt werden. Dies würde bedeuten, dass Ärztinnen und Therapeuten, Psychologen und Sozialarbeiterinnen zur vermehrten Zusammenarbeit motiviert werden müssten.

Der Rückfallpatient in der ärztlichen Praxis

Rückfälle sind die Regel, nicht die Ausnahme. Unangenehme Zustände,

Konflikte am Arbeitsplatz und in der Familie können Vorläufer eines Abstinenzabbruches sein. Die Rückfallunterbrechung ist für die ÄrztInnen eine wichtige aber schwierige Aufgabe und sollte möglichst frühzeitig geschehen, also bevor sich der alte *circulus vitiosus* der Sucht wieder einstellt: ständige Betrunktheit, familiäre Probleme oder gar erneuter Arbeitsplatzverlust. Eine schwere oder weitvorangeschrittene Rückfälligkeit kann sogar eine erneute Einweisung ins Krankenhaus zur Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung notwendig machen. In manchen Fällen kann es für den Hausarzt oder Hausärztin durchaus hilfreich sein, weitere Gespräche mit Hinweis auf Trunkenheit der PatientInnen abzulehnen und sie zu bitten, zu einem späteren Zeitpunkt wieder nüchtern in die Sprechstunde zu kommen. Der ÄrztInnen sollen sich zu Verbündeten der abstinenten Teile machen und diese unterstützen. Dies kann mit einem Telefonat, einem Hausbesuch oder einer Überweisung ins Krankenhaus geschehen. Gelegentlich können auch medikamentöse Hilfen Rückfälle unterbrechen. Der Einsatz von Medikamenten sollte aber hinter dem Bemühen der ÄrztInnen zurückstehen, eine tragfähige Beziehung aufrechtzuerhalten. Das Verschreiben von Medikamenten mit Suchtpotential ist zur Rückfallunterbrechung jedoch nicht geeignet.

Da Rückfälle höchst individuelle Ursachen und Verläufe aufweisen, gibt es keine allgemein gültigen Vorgehensweisen. Sie erfordern von den behandelnden ÄrztInnen ein flexibles, der Situation angemessenes und konsequentes Verhalten. Vielmehr geht es darum, möglichen Rückfällen vorzubeugen. Ein bemerkenswerter, vor Rückfällen schützender Einfluss ist die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Selbsthilfegruppen und ambulante Be-

ratungsstellen stehen nicht in Konkurrenz zu den behandelnden ÄrztInnen – im Gegenteil: Da sie mithelfen, Rückfälle zu verhindern, wird die Arbeit der ÄrztInnen im Umgang mit Alkoholabhängigen erleichtert. Sofern die PatientInnen einverstanden ist, sollten die HausärztInnen mit einer Selbsthilfegruppe oder einer ambulanten Beratungsstelle Kontakt aufnehmen. Besteht zwischen den ÄrztInnen und den PatientInnen eine Atmosphäre des Vertrauens, kann ein Rezidiv therapeutisch genutzt werden und für den weiteren Gesundungsprozess wertvoll sein.

FiaZ-Patienten

Eine grosse Anzahl von FahrzeuglenkerInnen – vor allem Männer – fahren unter Alkoholeinfluss. Jede vierte gerichtlich erfasste Straftat betrifft das «Fahren in angetrunkenem Zustand». Der relativ hohe durchschnittliche Wert von zirka 1,6 Promille (BAK) bei den wiederholt auffälligen AutofahrerInnen lässt vermuten, dass bei vielen FiaZ-PatientInnen eine signifikante Alkoholproblematik vorliegt. Das Erkennen von körperlichen Schädigungen – insbesondere durch die Ergebnisse der Labor-Diagnostik – geben den ÄrztInnen die Möglichkeit, eine sich entwickelnde Alkoholabhängigkeit frühzeitig zu erkennen. Durch die Früherkennung erhalten sie die Chance, die Entwicklung einer schweren Abhängigkeit zu unterbrechen. In Zusammenarbeit mit spezialisierten Beratungsstellen ermöglicht die Früherfassung (Sekundärprävention) ein gezieltes Angehen der Alkoholproblematik, eine effiziente Rückfallprophylaxe, die Verhinderung schwer wiegender sozialer Folgen. Damit ist sie zugleich ein wesentlicher Beitrag zur Verkehrssicherheit.

Schlussbemerkung

PatientInnen mit Alkoholproblemen gehören zum Alltag jeder ärztlichen Praxis. Die multifaktoriellen Ursachen und die mehrschichtigen Folgeschädigungen des Alkoholmissbrauchs stellen sehr oft eine Überforderung für die behandelnden ÄrztInnen dar. Daher ist eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsleuten, ArbeitgeberInnen, Familienmitgliedern und spezialisierten Sozialdiensten unabdinglich. Nur die Zusammenarbeit, die Multidisziplinarität, erhöht den Erfolg einer Alkoholbehandlung. ■

¹ PatientInnen, die wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand strafrechtlich verfolgt wurden.

**AUSGESETZT
AUSGELINGERT
AUSGELUTET
VERGESSEN**





SPENDEN SIE HOFFNUNG

ANTWORT - COUPON

Ich möchte Terre des hommes Kinderhilfe beim Einsatz für diese Kinder unterstützen

mit einer **Spende**

mit einer **Patenschaft** von monatlich Fr. _____ während _____ Monaten.

Senden Sie mir bitte Einzahlungsscheine.

Senden Sie mir **Unterlagen** über Ihre Tätigkeit.

Ich interessiere mich für eine **freiwillige Mitarbeit**. ref 3210

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Terre des hommes Kinderhilfe
Arbeitsgruppe Zürich
Postfach 550 • 8026 Zürich
PCK 80 - 33 - 3

Gratisinserat für Terre des hommes Kinderhilfe