

Kurz – Statement zu AUDIT-GMAT Anfrage

VU-Neu 2006

QS – Modul 1a/b Regelmäßige Revision

PiCo-UB Kurz-Statement AUDIT-GMAT

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund und spezifische Fragestellung	3
Einsatzbereich des AUDIT-GMAT	3
Individual-Diagnostische Fragestellungen?	3
AUDIT-GMAT – Gründe für die Wahl des GM.....	4
AUDIT-GM – ein Instrument für Hausärzte	4
AUDIT – für Epidemiologische Studien?	5
Kurze versus lange Fragebögen	5
Der CAGE ein bekanntes kurzes und beliebtes Instrument.....	6
Gamma – GT als Alternative stark nachteilig für die Betroffenen	6
Grenzen des AUDIT-GMAT im Rahmen der VU-Neu 2005	6
Test- Charakteristika der Version VU-Neu 2005	7
Validierung des AUDIT-GMAT noch ausständig	8
Schlussfolgerung	8
Literatur im Anhang	9

Kurz Statement zur Bedeutung des AUDIT GMAT im Rahmen der VU-Neu

HINTERGRUND UND SPEZIFISCHE FRAGESTELLUNG

Im Rahmen der Vorbereitung der vereinbarten ÖAK HVB Gespräche zur inhaltlichen Adaptierung des VU-Neu Programmes 2006 ergab sich folgende Fragestellung. Diese Fragestellung wurde PiCo Consulting am 7.7.06 in Form einer Email von Frau Moser, Koordinierungsbeauftragte des Wissenschaftszentrums der VAEB für die VU-Neu QS übermittelt.

Der Auftrag im Wortlaut:

„mag. langmann und dr. reichenpfader waren gestern nachmittag im hauptverband, um über das weitere vorgehen bezüglich der befristeten parameter mit mag. ruda, dr. probst und dr. klima zu sprechen.

dabei hat sich folgende fragestellung ergeben: einsatzbereich des AUDIT-GMAT fragebogens (ausschließlich bei epidemiologischen studien?) und verwendbarkeit desselben für individual-diagnostische fragestellungen.

wir würden diese fragestellung gerne an sie vergeben. ist das innerhalb der jetzt noch vorhandenen stunden möglich? es reicht vollkommen aus, dazu ein kurzes statement zu verfassen.“

EINSATZBEREICH DES AUDIT-GMAT

Individual-Diagnostische Fragestellungen?

Es entstand offenbar im Rahmen der Umsetzung der VU-Neu unter den durchführenden Ärzten und verantwortlichen Ärztekammervetretern der Eindruck, dass Fragebögen der „epidemiologischen Erhebung“ und nicht zum Erkennen von Gesundheitsproblemen bei Einzelnen, den betreuten Probanden, dienen. Dieser Eindruck scheint sich besonders um den

Alkohol – Fragebogen zu kristallisieren. Faktum ist hingegen, dass es sich gerade umgekehrt verhält.

Der AUDIT-GMAT wurden nicht für epidemiologische Erhebungen, sondern für den Einsatz mit einzelnen Probanden in der Hausarztpraxis entwickelt.

AUDIT-GMAT – Gründe für die Wahl des GM

Der AUDIT GMAT wurde aus einer von drei vorliegenden deutschen Übersetzungen des englischen WHO AUDIT im Jahr 2003 entwickelt. Es gab eine Lübecker (AUDIT –GL) und eine Münsteraner (AUDIT –GM) Version des Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT), sowie eine unvalidierte „verbatim“ WHO - Übersetzung. Der Buchstabe hinter AUDIT „G“ kennzeichnet die deutschen (German) Versionen.

Die Entscheidung für den Münsteraner (AUDIT –GM) viel aus mehreren Gründen:

- Ø Lübecker und Münsteraner Versionen waren durch erhobene Personendaten Daten validiert, die WHO Übersetzung nicht
- Ø Die Münsteraner Stichprobe (n=2101) rekrutierte sich im Klientel von 12 Hausärzten, damit dem setting der VU ähnlich.
- Ø Die Trinkgewohnheiten im „katholischen“ Rheinland (Essen – Köln – Münster) entsprechen österr. Verhältnissen eher als die im Lübecker Raum.
- Ø Der linguistische Abstand von Österreich ist in der Lübecker – Version (GL) deutlich größer als der der Münsteraner Version (GM).
- Ø Die Berechnungen zu Sensitivität und Spezifität aus dem Rheinland, und damit der cut-off Werte, lassen die verlässlicheren Analogien und Schlüsse für Österreich zu
- Ø Durch die linguistische Nähe des GM mussten prinzipiell lediglich die Bezeichnungen der Trinkmengen fürs Österreichische angepasst werden.

AUDIT-GM – ein Instrument für Hausärzte

Sehr konzipiert im Jahr 2003 die Autoren der Münsteraner Projekts „Alkohol und Nikotin: Screening und Kurzintervention durch den Hausarzt“ die Absichten der WHO bei der Entwicklung des AUDIT zusammen (Hervorhebungen durch PiCo-Consulting):

*„Das Instrument wurde ursprünglich von der WHO als Verfahren zur Befragung von Patienten in **allgemeinmedizinischen** Einrichtungen im Rahmen einer klinischen Untersuchung entwickelt, in darauf folgenden Studien jedoch durchwegs als eigenständiges Fragebogenverfahren vorgegeben.“*

Der WHO Originalautor Babor fasst 2001 den gleichen Sachverhalt wie folgt zusammen:

„In 1982 the World Health Organization asked an international group of investigators to develop a simple screening instrument.“

As the first screening test designed specifically for use in primary care settings, the AUDIT has the following advantages:

- _ *Cross-national standardization: the AUDIT was validated on primary health care patients in six countries^{1,2}. It is the only screening test specifically designed for international use;*
- _ *Identifies hazardous and harmful alcohol use, as well as possible dependence;*
- _ *Brief, rapid, and flexible;*
- _ **Designed for primary health care workers;**
- _ *Consistent with ICD-10 definitions of alcohol dependence and harmful alcohol use^{3,4};*
- _ *Focuses on recent alcohol use."*

Die Autoren der Münsteraner Studie fassen die Besonderheiten des AUDIT wie folgt zusammen:

„Von anderen Instrumenten zum Screening für Alkoholprobleme unterscheidet sich der AUDIT in mehrfacher Hinsicht:

- *Die Itemanalysen wurden mit multinational gewonnenen Daten durchgeführt.*
- *Bei der Konstruktion wurde darauf geachtet, neben Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch auch riskantes Trinken zu erfassen.*
- *Die Befragung bezieht sich auf Konsum und Symptomatik in Gegenwart und unmittelbarer Vergangenheit.*

Obwohl das Instrument erst seit Anfang der 90er Jahre verfügbar ist, hat es eine Fülle von wissenschaftlichen Arbeiten zu seinem Einsatz angeregt (vgl. Allen et al., 1997). Bei der Entdeckung von Alkoholproblemen in der Bevölkerung oder in allgemeinmedizinischen Versorgungseinrichtungen ist der AUDIT, wie auch andere Fragebögen zum Screening für Alkoholprobleme, Laborparametern eindeutig überlegen (Aertgeerts et al., 2001)“

AUDIT – für Epidemiologische Studien?

Epidemiologische Erhebungsinstrumente dienen dazu die Prävalenz und ev. Inzidenzrate eines Gesundheitsproblems in einer größeren Menschengruppe festzustellen. Es kommt bei den Ergebnissen nicht auf die Sicherheit der Entscheidung für Einzelne an, ob er/sie „wirklich Test-Positiv“ ist.

Kurze versus lange Fragebögen

Für epidemiologische Erhebungen reichen kurze Fragebögen. Kurze Fragebögen sind billiger und „nutzerfreundlicher“ für die Administration von Studien als Lange. Kürzere Fragebögen, z.b. mit 2-4 Fragen, bringen aus psychometrischen Gründen mehr Unsicherheit für die abschließende Feststellung über gesund/krank für einzelne Probanden mit sich als Längere. Diese individuelle Unsicherheit kann bei epidemiologischen Untersuchungen in Kauf genommen werden. Die Erkenntnisse werden über den großen Schnitt, und die Sicherheit wird durch die große Zahl gewonnen. Die Zufalls - Schwankungen (Varianz) bei Einzelnen wird durch die Summation der Schwankungen bei Vielen „ausgemittelt“.

Die so gewonnen Erkenntnisse lassen für das einzelne Individuum keine verlässlichen Schlussfolgerungen zu, ja sie sollten niemals als individuelles Ergebnis (z.b. „gesund/krank“), mitgeteilt werden.

Fragebögen für individuelle Behandlungsentscheidungen müssen in der Regel bedeutend länger sein um ausreichend verlässlich zu sein. Der Mess-Charakteristika (Spezifität und Sensitivität) des relativ „kurzen“ AUDIT sind ausgezeichnet und für die individuellen Entscheidungen bezüglich der nachfolgenden Beratung (und ev. weiterer diagnostischer Schritte) sehr gut geeignet. (siehe oben)

Der CAGE ein bekanntes kurzes und beliebtes Instrument

Alleine auf Grund dieses theoretischen Grundgesetzes ist der 10-item Fragebogen AUDIT besser geeignet als der 4-Fragen CAGE um sichere Entscheidungen für einzelne Personen zu fällen. Darüber hinaus hat der CAGE genau im Bereich der Früherkennung, der Erkennung des problematischen Alkoholkonsums, der der Alkoholabhängigkeit und Alkoholkrankheit vorangeht bekannte Schwächen.

Die USPSTF schreibt in ihrer 3. Revision 2002 (p.570, 571)

„...The CAGE is less sensitive for early problem drinking or heavy drinking, however (49%-73%). Both the CAGE and MAST questionnaires share important limitations as screening instruments in the primary care setting: an emphasis on symptoms of dependency rather than early drinking problems, lack of information on level and pattern of alcohol use, and failure to distinguish current from lifetime problems.

Some of these weaknesses are addressed by the AUDIT

Gamma – GT als Alternative stark nachteilig für die Betroffenen

Schon Prof. Kunz stellte 1990 gemeinsam in seinem Buch mit Guztwiller fest, dass die populäre Gamma-GT für das Screening von Alkoholproblemen viel zu unzuverlässig ist. Dies war auch Grundlage der Entscheidung gegen die Gamma-GT als Screening-Verfahren in der gemeinsamen Experten - Arbeitsgruppe der ÖAK-HVB im Jahr 2003.

Die USPSTF-3 drückt diesen, durch Evidenz belegten, Sachverhalt in einem Satz klar aus (3.Rev. 2002 p.571):

Even when the prevalence of problem drinking is high (30%), the predictive value of an elevated GGT has been estimated at only 56%.

Grenzen des AUDIT-GMAT im Rahmen der VU-Neu 2005

Im Rahmen der Praxis der VU-Neu 2005 zeichnen sich gegenüber dem international empfohlenen Vorgehen Grenzen ab. Lösungen für die zwei unten angeführten Probleme könnten in den kommenden Jahren gefunden werden.

Test- Charakteristika der Version VU-Neu 2005

Es wurde die erste Frage aus dem AUDIT-GMAT herausgelöst und in den Anamnese Bogen Version 2005 übernommen. Dieser Vorgang, das Abschneiden des AUDIT-GMAT vor der 2. Frage, ist aufgrund aller Erkenntnis zu Fragebogentheorie als unzulässig einzuschätzen. Es ist für die Probanden unnütz bis schädlich, für die Ärzte nachteilig.

Unnütz ist es weil aufgrund internationaler, und auch der deutschen, Daten klar ist, dass die Fragen 1-3 zusammen gehören. Diese 3 Fragen messen gemeinsam die Domäne „gefährliches Trinkverhalten“. Eine unbegründete Abtrennung nach der 2. Frage führt zu Zerstörung der Messbarkeit dieser Domäne. Dazu nochmals die deutschen Autoren:

„ - Dimensionalität:

Die Dimensionalität wurde mit einer Hauptkomponentenanalyse geprüft. Der Scree-Test und die Eigenwerte legen eine zweidimensionale Lösung nahe: Die Varianzaufklärung durch die erste Komponente beträgt 38% und die durch die zweite 13%. Nach Variamax-Rotation wird die erste Komponente durch die Items 1, 2, und 3 bestimmt und die zweite Komponente durch die Items 5 und 6. Zwei Dimensionen wurden auch von anderen Arbeitsgruppen berichtet (Karno et al., 2000).

Inhaltlich erfasst die erste Komponente die Variation in den Konsummengen, die zweite Komponente die Konsequenzen des Trinkens.“

Schädlich ist es für Probanden dann, wenn möglichen Problemtrinkern der AUDIT-GMAT ohne volle Information über den gesundheitlichen Nutzen des Fragebogens/der Intervention „unwissentlich“ vorenthalten wird. Dies stellt aus Sicht der Probanden eine versäumte Gelegenheit dar, durch frühzeitige Intervention, den/der Betroffenen und seinen Angehörigen Jahre des Leidens zu ersparen:

„ Problemtrinker in einem frühen Stadium zu identifizieren ist besonders wichtig, weil in diesem Stadium die Chance höher ist, eine Änderung des Verhaltens durch ein einfaches Beratungsgespräch zu bewirken. Wenn das Suchtverhalten bereits manifest ist, sind hingegen meist nur noch massive Interventionen in Form von stationären Therapien erfolgreich.

Die hier präsentierte Maßnahme ist vom zeitlichen Aufwand her so kurz wie möglich gehalten, bei gleichzeitig maximaler Effizienz.“

(Wiss. Handbuch VU-Neu, Kapitel problematischer Alkoholkonsum)

Für die Ärzte ist die doppelte Anführung der ersten Frage des AUDIT-GMAT nachteilig, da er zu einer bürokratischen Belastung führt, und zu Widersprüchen bei der Ermittlung der Punktzahl für den Befundbogen.

Außerdem bringt die derzeitige Gestaltung der Formulare die Ärzte in ein ethisches Dilemma, als sie nahe legen, auch ohne volle Information der Probanden sein Alkoholproblem verlässlich erkennen zu können, ohne dass der AUDIT-GMAT ausgehändigt wird.

MR Erich Berger in der Medical Tribune, S.17, vom 27.Okt. 2005:

.... Wozu habe ich im Alkoholfragebogen dieselben Fragen wie nochmals im Anamnesebogen? Was bezweckt man damit? Das Design kostet sehr viel Geld und ist reine Platzverschwendung.“

Wenn ProbandInnen bei voller Information über die beste derzeit in Österreich verfügbare Screening _ Maßnahme, das Ausfüllen des AUDIT-GMAT ablehnen, muss das im Rahmen

der VU möglich sein. Die könnte eventuell im revidierten Befundbogen vermerkt werden (z.B. Proband lehnt Eintragung der Ergebnisse ab)

Wenn Ärzte die Dokumentation des Ergebnisses (score) im VU-Neu Befundbogen als zu „sensibel“ ablehnen ist das nachvollziehbar, wenn es im Interesse des Schutzes der Klienten passiert.

Dazu nochmals MR Berger:

„... Die Punkte werden in der Bewertung eingetragen, diese geht an die Sozialversicherung, wo die Punkte gespeichert werden. Da wird natürlich jeder trachten, eine möglichst niedrige Punktzahl zu haben.... Daher meine ich das der Fragebogen so nicht zielführend ist“

Der volksgesundheitlicher Schaden aus einem Fehlen dieser „zentralen epidemiologischen“ Daten ist vernachlässigbar im Vergleich zu den individuellen Schäden durch vorenthaltene AUDIT-GMAT, oder einer abnehmenden Akzeptanz der VU-Neu in der Bevölkerung wegen der Preisgabe sensibler Daten.

Für eine repräsentative epidemiologische Erhebung des durchschnittlichen Alkoholkonsums in verschiedensten Bevölkerungsgruppen stehen viele schon in der Vergangenheit bewährte Verfahren zu Verfügung. Im Handbuch Alkohol sind die Methoden und Ergebnisse dargelegt (Verweise siehe wiss. Handbuch 2005).

Validierung des AUDIT-GMAT noch ausständig

Die konkrete Gestaltung des AUDIT-GMAT erfolgte 2003 auf Grund theoretischen Wissens (Piribauer/ Beiglböck) und bundesdeutscher Daten. Es bedürfte eines österreichischen psychometrischen Eich- und Validierungsverfahrens der eventuell zu einer Verfeinerung des AUDIT-GMAT, zu einem AUDIT-GMAT-2 führen könnte. Diese psychometrische Verfeinerung könnte auch Sicherheit über die optimalen cut-off Werte für Österreich bringen. Die deutschen Autoren schreiben 2003:

„Von den Entwicklern des AUDIT wird ein Cut-off von 8 zur Identifizierung von Risikokonsum, Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit empfohlen. Eine Reihe von Studien empfehlen jedoch niedrigere Cut-offs, insbesondere wenn riskanter Konsum in der Allgemeinbevölkerung oder in der Primärversorgung ermittelt werden soll (Allen et al., 1997).“

Die Verfeinerung sollte eventuell auf unterschiedliche Trinkkulturen in verschiedenen typischen Regionen (Westen/ Osten) Österreichs eingehen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Der AUDIT-GMAT im Rahmen der VU-Neu war von seinen Autoren niemals zur epidemiologischen Erhebung gedacht. Er kann und soll als solcher gar nicht eingesetzt werden.

Der AUDIT der WHO ist seit 1982 für die Praxis im „primary health care“ Bereich geschaffen worden. Er ist „das derzeit beste Instrument für die Hausarztpraxis“ zur Früherkennung und für die Frühintervention im deutschen Sprachraum und international.

Für die Ärzte ist die doppelte Anführung der ersten Frage des AUDIT-GMAT in den derzeitigen VU-Neu Formularen nachteilig, da er zu einer bürokratischen Belastung führt, und

zu Widersprüchen bei der Ermittlung der Punkteanzahl für den Befundbogen. Der Kommunikationsbedarf des Arztes mit dem Probanden erhöht sich, wenn begründet werden muss, warum das beste Früherkennungsverfahren für problematischen Alkoholkonsum in der gegenständlichen Vorsorgeuntersuchung nicht eingesetzt wird.

Solange keine Daten für ein dem AUDIT-GM in Effektivität überlegenes first-line Screening – Instrument (aus dem deutschen Sprachraum) vorliegen ist der komplette AUDIT-GMAT das beste Verfahren mit dem höchsten Gesundheitsnutzen im Rahmen einer VU in Österreich. Dies vorzuenthalten bedarf Begründungen im Einzelfall (informed consent) und kollektiv (internationale Public Health Ethik).

LITERATUR IM ANHANG

[Seite des wiss. Manual 2005](#)