


Katharina Liegmann
Risiko Alkohol?
Früherkennung und
Intervention in der
Hausarztpraxis



University of Applied Sciences

APOLLON
University Press



Katharina Liegmann
Risiko Alkohol?
Früherkennung und
Intervention in der
Hausarztpraxis



Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2015

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird in diesem Buch sowohl für Literaturangaben als auch für alle anderen Formulierungen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich ist dabei immer auch die weibliche Form mit inbegriffen.

Lektorat: Sabine Kolhoser-Bruns, Rheda-Wiedenbrück

Korrektur und Satz: Franziska Riedel, Bremen

Coverfoto: Fotolia © Markus Gann

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

ISBN: 978-3-943001-17-4

www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
1 Alkohol – Risiko, Missbrauch und Abhängigkeit	15
1.1 Abgrenzung und Verwendung der Begriffe	15
1.2 Ursachen für die Entstehung von Abhängigkeit	17
1.3 Differenzierung des Alkoholkonsums	20
1.3.1 Risikoarmer oder moderater Alkoholkonsum	20
1.3.2 Riskanter Alkoholkonsum	21
1.3.3 Schädlicher Alkoholkonsum oder Alkoholmissbrauch	22
1.3.4 Alkoholabhängigkeit	23
1.4 Risiken und Folgen von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	25
1.4.1 Physische, psychische und soziale Folgen	25
1.4.2 Kosten für das Gesundheitssystem	29
1.5 Prävalenz von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	30
1.6 Das Erkennen und die Diagnostik von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	33
1.6.1 Klinische Untersuchungen	36
1.6.2 Biologische Testverfahren	37
1.6.3 Indirekte Fragebögen	39
1.6.4 Direkte Fragebögen	40
1.6.5 Kombination direkter Fragebögen und klinischer Untersuchung	44
1.6.6 Diagnostik im hausärztlichen Bereich	44
2 Intervention bei riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	47
2.1 Inanspruchnahme der Suchthilfe	47
2.2 Kurzintervention	49

2.2.1	Erklärungsansatz für Verhaltensänderung: das Transtheoretische Modell	50
2.2.2	Definition Kurzintervention	53
2.2.3	Wirksamkeit alkoholbezogener Kurzinterventionen	55
2.2.4	Motivierende Gesprächsführung als Beispiel für erfolgreiche Kurzintervention	60
2.3	Interventionen in der hausärztlichen Praxis	61
3	Instrumente und Methoden der Studie	63
3.1	Quantitative und qualitative Sozialforschung	63
3.1.1	Schriftliche Befragung	67
3.1.2	Fokusgruppeninterview	67
3.2	Studiendesign	69
3.3	Studienpopulation	71
3.4	Studiendurchführung	72
3.5	Auswertung	74
3.5.1	Quantitative Auswertung	75
3.5.2	Qualitative Auswertung	75
4	Ergebnisse der Studie	81
4.1	Ergebnisse des Kurzfragebogens	81
4.2	Fokusgruppeninterviews	86
4.2.1	Diagnostik	86
4.2.2	Interventionsmaßnahmen	91
4.2.3	Einflussfaktoren auf Behandlung und Intervention	95
4.2.4	Barrieren für die Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen	96
4.2.5	Verbesserungsmöglichkeiten für alkoholbezogene Interventionen	101
4.3	Limitationen der Studienmethodik und -analyse	104
5	Diskussion	107
5.1	Diagnostik	107
5.2	Interventionsmaßnahmen	109

5.3 Einflussfaktoren auf Behandlung und Intervention	111
5.4 Barrieren für die Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen	112
5.5 Verbesserungsmöglichkeiten für alkoholbezogene Interventionen	114
6 Schlussfolgerungen für alkoholbezogene Interventionen in der hausärztlichen Praxis	117
Anhang	
Literaturverzeichnis	121
Abbildungsverzeichnis	135
Tabellenverzeichnis	137
Sachwortregister	138
Über die Autorin	140

Vorwort

Übermäßiger Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit sind in unserer Gesellschaft immer noch ein Tabuthema. Denn bei vielen geselligen Anlässen gehört die enthemmende Droge zur Selbstverständlichkeit. Als gesellschaftlich anerkannte und am weitesten verbreitete Alltagsdroge wird Alkohol stark unterschätzt und ist damit besonders gefährlich. Dabei führt Alkoholismus nicht nur zu gesundheitlichen Folgeschäden für die Betroffenen, sondern geht mit einer Vielzahl an psychosozialen Problemen im sozialen Umfeld einher. So kann Alkoholismus berufliche und familiäre Probleme zur Folge haben, die in letzter Konsequenz zu einer sozialen Isolation bis hin zur Arbeits- und Wohnungslosigkeit führen kann. Umso wichtiger sind frühzeitige alkoholbezogene Interventionen. Insbesondere niedergelassene Ärzte haben einen direkten Zugang zu dieser Zielgruppe und nehmen damit eine Schlüsselrolle im Kampf gegen den Alkoholismus ein, wie Frau Liegmann sehr eindrucksvoll in ihrer Arbeit *„Risiko Alkohol? Früberkennung und Intervention in der Hausarztpraxis“* beschreibt.

Die interdisziplinäre Arbeit von Frau Liegmann besticht durch einen leserfreundlichen und übersichtlich gegliederten Aufbau. So werden im Theorieteil die aktuellen Hintergründe, Risiken und Zahlen zum riskanten Alkoholismus, zum Alkoholmissbrauch, zur Alkoholabhängigkeit sowie den möglichen Diagnoseverfahren (im 1. Kapitel) genauso detailliert beschrieben wie die unterschiedlichen Kurzinterventionsformen (im 2. Kapitel). In ihrer sowohl quantitativ als auch qualitativ angelegten empirischen Untersuchung (im 3. Kapitel) geht Frau Liegmann der Frage nach, wie es um die aktuelle Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis bestellt ist und welche Hemmnissen und Verbesserungsmöglichkeiten für die Umsetzung solcher Maßnahmen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte bestehen. Qualitative (29 Fokusgruppeninterviews) und quantitative Methoden (217 standardisierte Fragebögen) werden so methodologisch planmäßig, erkenntnistheoretisch begründet und miteinander verbunden. Dabei zeichnet sich der Hauptteil der Arbeit durch die prägnante Präsentation der sehr aufschlussreichen Ergebnisse (im 4. Kapitel) aus, die sehr gut, objektiv und damit wissenschaftlich professionell auch auf Limitationen der Studie verweist. Eine Diskussion (im 5. Kapitel) und abgeleitete Schlussfolgerungen für alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis (im 6. Kapitel) rundet die Arbeit in gelungener Weise ab. Sprachlich und stilistisch ist die Arbeit wissenschaftlich und kompakt, aber durch den Einsatz zahlreicher selbsterklärender Abbildungen für den interessierten Leser sehr lesefreundlich gestaltet.

Die vorliegende Arbeit bietet einen fundierten theoretischen Einblick in das sinnvoll eingegrenzte Thema und ist für Theoretiker und Praktiker gleichermaßen geeignet, um einen Einblick in das gesellschaftlich wichtige Thema Alkoholismus, Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit und die damit verbundenen Diagnostik- und Präventionsmöglichkeiten auf der Ebene der niedergelassenen Ärzte zu erhalten.

Es bleibt inständig zu hoffen, dass das vorliegende Buch von Frau Liegmann zur Entfaltung von alkoholbezogenen Kurzinterventionen und zu einem Diskurs des gesellschaftlich wichtigen Tabuthemas anregt. Erste Antworten für einen solchen Diskurs und für mögliche Interventionsansätze sind in dem Buch bereits eindrucksvoll zu finden. Dabei wird deutlich, welche wertvolle gesellschaftliche Arbeit Hausärzte im Kampf gegen Alkoholismus und bei der Alkoholprävention im direkten persönlichen Kontakt zu den Betroffenen und ihren Angehörigen leisten und leisten können

Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH

Dekanin für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

Einleitung

In Deutschland leben nach wie vor viele Menschen mit einem kritischen Alkoholkonsum. Fast sechs Millionen Menschen weisen einen riskanten Alkoholkonsum, zwei Millionen einen missbräuchlichen Konsum und mehr als eine Million eine Alkoholabhängigkeit auf (vgl. Pabst; Kraus, 2008, S. 36).

Langjähriger missbräuchlicher und abhängiger Alkoholkonsum verursacht hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Insgesamt belaufen sich die indirekten und direkten Kosten auf fast 24,5 Milliarden Euro jährlich (vgl. Kraus et al., 2011, S. 126).

Ein riskanter, missbräuchlicher und abhängiger Alkoholkonsum bedingt eine Reihe von Folgeschäden und -erkrankungen (vgl. Krannich et al., 2006, S. 133). Neben den physiologischen Folgeschäden wie Lebererkrankungen, gastrointestinalen oder kardiovaskulären Erkrankungen gehen auch schwerwiegende psychische und soziale Probleme mit einem riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Alkoholkonsum einher. Dazu zählen beispielsweise Schwierigkeiten im familiären Bereich, der Verlust des Arbeitsplatzes oder eine erhöhte Delinquenz (vgl. Soyka; Kufner, 2008, S. 233).

Folglich sind eine adäquate und vor allem frühzeitige Diagnose und Versorgung von immenser Bedeutung. Das größte Problem stellt momentan die Erreichbarkeit der Risikopopulation dar. Viele alkoholranke Menschen werden durch das bestehende Suchthilfesystem nicht erreicht (vgl. Rumpf et al., 2007, S. 53). Deshalb ist es unumgänglich, andere Zugangswege zu erschließen. Eine entscheidende Rolle dabei spielt der hausärztliche Bereich (vgl. Mann, 2002, S. 638). Rund 80 % der Menschen mit einer Alkoholproblematik haben einmal im Jahr Kontakt zu einem Allgemeinmediziner (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 13). Ein gezieltes Screening und der Einsatz von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis könnten die Erreichbarkeit alkoholkranker Menschen somit deutlich erhöhen. Gerade die Wirksamkeit von alkoholbezogenen Kurzinterventionen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung ist durch eine Reihe von Studien bereits belegt (vgl. Kaner et al., 2009, S. 301; Bertholet et al., 2005, S. 986). Allerdings werden Interventionsmaßnahmen von Hausärzten bisher nicht systematisch und flächendeckend umgesetzt (vgl. Krannich et al., 2006, S. 135). Als Barrieren spielen dabei vor allem mangelnde Qualifikation, zu wenig Zeit und fehlende finanzielle Anreize eine entscheidende Rolle (vgl. Wilson et al., 2011, S. 573).

Dieses Buch liefert zum einen eine Bestandsaufnahme der momentanen Interventionen in der hausärztlichen Praxis und zeigt zum anderen die

Hemmnisse für eine adäquate Umsetzung auf. Es thematisiert zudem Möglichkeiten, wie in Zukunft Interventionen besser implementiert werden können. Die zugrunde liegende Arbeit wurde in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg durchgeführt. Die vom ZIS gemeinsam mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim initiierte Studie „Bestandsaufnahme, Barrieren und Verbesserungsmöglichkeiten von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis“ hatte zum Ziel, die derzeitige Situation bzgl. der Umsetzung von Interventionen im hausärztlichen Bereich abzubilden. Darüber hinaus galt es, Barrieren und Verbesserungen herauszuarbeiten. Methodisch wurden ein Kurzfragebogen und Fokusgruppeninterviews eingesetzt. Die Erhebung erfolgte in den Regionen Hamburg, Mannheim und Hannover. Dieses Buch konzentriert sich auf die Analyse des Kurzfragebogens und der Fokusgruppeninterviews für den norddeutschen Raum (Hamburg und Stormarn).

Das erste Kapitel definiert zunächst die Begriffe Sucht und Abhängigkeit und stellt grundlegende Erklärungsmodelle für die Entstehung von Abhängigkeit vor. Es werden die Begriffe risikoarmer und riskanter Alkoholkonsum sowie Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit definiert. Im Anschluss werden die Folgeschäden, die bereits durch riskanten Alkoholkonsum begünstigt werden können, von missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum aufgezeigt; diese beziehen sich auf die physischen, psychischen, sozialen und finanziellen Konsequenzen. Das Ausmaß von Alkoholproblemen in der Allgemeinbevölkerung wird anhand der Prävalenz dargestellt. Das erste Kapitel schließt mit einer ausführlichen Beschreibung und Analyse der diagnostischen Möglichkeiten. Kapitel 2 thematisiert Interventionen bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit, insbesondere die Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen, die Durchführung von Kurzinterventionen und Interventionen in der hausärztlichen Praxis. Im Zusammenhang mit den Kurzinterventionen wird auch auf das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung eingegangen, um die Grundlage von Interventionen zu verdeutlichen. Exemplarisch wird die motivierende Gesprächsführung als Grundlage von effektiven Interventionen hervorgehoben. Der letzte Teil dieses Kapitels konzentriert sich auf die Möglichkeiten der Umsetzung von Interventionen in der hausärztlichen Praxis am Beispiel aktueller Leitfäden. Das dritte Kapitel stellt die Instrumente und Methoden der Studie ausführlich vor. Neben der Definition wichtiger Begriffe bietet es eine ausführliche Beschreibung des Studiendesigns, der Studienpopulation, der Durchführung und der quantitativen und qualitativen Auswertung. Kapitel 4 stellt die Ergebnisse des Kurzfragebo-

gens wie auch die der Fokusgruppeninterviews vor und geht auf die Limitationen der Methodik ein. Die Diskussion dieser Ergebnisse steht in Kapitel 5 im Kontext der vorab analysierten Literatur. Abschließend zieht Kapitel 6 aus der Diskussion der Ergebnisse Schlussfolgerungen für Interventionen in der hausärztlichen Praxis.

1 Alkohol – Risiko, Missbrauch und Abhängigkeit

Im folgenden Kapitel erfolgt zunächst die grundsätzliche Definition der Begriffe Sucht und Abhängigkeit. Es werden grundlegende Erklärungsmodelle für die Entstehung von Abhängigkeit erläutert. Weiterführend werden aktuelle Alkoholkonsumgrenzen erläutert und die Begriffe risikoarmer und riskanter Alkoholkonsum sowie Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit definiert. Im Anschluss werden die physischen, psychischen, sozialen und finanziellen Folgen eines riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Alkoholkonsums aufgezeigt. Das Ausmaß von Alkoholproblemen in der Allgemeinbevölkerung wird anhand der Prävalenz dargestellt. Das Kapitel schließt mit der ausführlichen Beschreibung und Analyse der diagnostischen Möglichkeiten.

1.1 Abgrenzung und Verwendung der Begriffe

Die Bezeichnungen Abhängigkeit und Missbrauch lösten in den vergangenen Jahrzehnten die früher gebräuchlichen Begriffe Sucht und Gewöhnung ab (vgl. Soyka, 1999, S. 590). Sucht entstammt ursprünglich dem Wort *siech* (krank sein) und beschreibt sowohl den Zustand von Krankheit (Wassersucht) als auch einen Drang oder eine Neigung (Habsucht). Gewöhnung stellt eher die Grundlage eines abhängigen Verhaltens dar. Dieser Begriff beschreibt, dass durch kontinuierliches Zuführen von Reizen eine reduzierte Wirkung hervorgerufen wird (vgl. Soyka, 1999, S. 590). Da beide Definitionen sehr umfassend sind, nicht eng genug eingegrenzt und oft voreilig angewendet werden, empfahl das Expert Committee on Addiction-Producing Drugs der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1964 Sucht und Gewöhnung durch den Terminus Abhängigkeit zu ersetzen (vgl. Eddy et al., 1964, S. 4). Laut der WHO wurden Sucht und Gewöhnung bis zu diesem Zeitpunkt unangemessen verwendet; zudem wurde kritisiert, dass sie wenig spezifisch sind (vgl. Eddy et al., 1964, S. 4). Abhängigkeit hingegen ist spezifischer und ermöglicht eine bessere Differenzierung der einzelnen Substanzmerkmale.

„Drug dependence is defined as a state arising from repeated administration of a drug on a periodic or continuous basis. Its characteristics will vary with the agent involved, but it is a general term selected for its applicability to all types of drug abuse and carries no connotation in regard to degree of risk to public health or need for a particular type of control.“ (Eddy et. al., 1964, S. 4)

Von großer Bedeutung ist die Differenzierung von psychischer und physischer Abhängigkeit. Psychische Abhängigkeit beschreibt, dass der Konsum nicht eingestellt werden kann und ein extremer und permanenter Drang (Craving) nach dem Konsum der Substanz besteht (vgl. Soyka, 2011, S. 268). Physische Abhängigkeit beschreibt eher die körperliche Gebundenheit an die Substanz, d. h., dass es beim Einstellen des Konsums zu Entzugserscheinungen kommt (vgl. Soyka, 2011, S. 268). Die Ausprägung psychischer und physischer Abhängigkeit kann sowohl durch die Charakteristika des Individuums als auch von der jeweiligen Droge beeinflusst werden (vgl. Eddy et al., 1965, S. 722). Das Auftreten einer Abhängigkeit hängt u. a. entscheidend von der jeweiligen Substanz ab; deshalb unterscheidet die WHO Abhängigkeiten von verschiedenen Substanzen (u. a. Morphium, Barbiturate, Alkohol, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene und Cannabis) (vgl. Eddy et al., 1964, S. 723).

Bezogen auf Alkoholkonsum besteht bereits seit 1852 der Begriff des Alkoholismus, der durch den schwedischen Arzt Magnus Huss etabliert wurde. Im Jahr 1968 wurde Alkoholismus vom Bundessozialgericht offiziell als Krankheit festgelegt (vgl. Feuerlein, 2008, S. 16). Ab diesem Zeitpunkt konnte durch eine stärkere Finanzierung von therapeutischen Maßnahmen eine bessere Versorgung sichergestellt werden. Allerdings ersetzt der Begriff Abhängigkeit heutzutage den Begriff Alkoholismus, sodass diese Bezeichnung weitestgehend nicht mehr benutzt wird (vgl. Feuerlein, 2008, S. 16).

Im Jahr 1977 erfolgte durch die WHO eine spezielle Unterscheidung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch (vgl. Edwards et al., 1977, S. 7 ff.):

- **Alkoholmissbrauch** („alcohol-related disability“) umfasst eine Beeinträchtigung durch Alkoholkonsum auf physischer, psychischer und/oder sozialer Ebene.
- **Alkoholabhängigkeit** („alcohol dependence“) beinhaltet hingegen stark manifestierte Veränderungen des Verhaltens und einen völligen Kontrollverlust hinsichtlich des Alkoholkonsums.

Trotz der Etablierung von Abhängigkeit und Missbrauch ist der Begriff Sucht nie vollständig verschwunden, sondern ist nach wie vor in der Wissenschaft verankert (vgl. Soyka; Kufner, 2008, S. 7). Teilweise gibt es starke Kontroversen über die Verwendung der Begrifflichkeiten, die hier jedoch nicht weiter vertieft werden.

1.2 Ursachen für die Entstehung von Abhängigkeit

Die Entstehung von Abhängigkeit lässt sich nicht nur auf ein Kriterium reduzieren, sondern ist ein Zusammenwirken mehrerer Elemente. Deshalb spielen bei den Erklärungsansätzen von Abhängigkeit insbesondere multikonditionale Modelle eine wichtige Rolle. So liefern verschiedenste Fachdisziplinen (Soziologie, Medizin, Psychologie, Pädagogik, Kriminologie) Begründungen für die Entwicklung von Abhängigkeit (vgl. Feuerlein, 2008, S. 18).

Das gängigste Modell ist das Drei-Faktoren-Modell von Feuerlein (2008, S. 19). Demnach wird Abhängigkeit durch das Zusammenspiel von drei Faktoren beeinflusst (vgl. Abb. 1.1). Dazu zählen die Droge mit dem jeweiligen charakteristischen Effekt, der Mensch mit seinen individuellen physischen und psychologischen Anlagen und die soziale Umgebung (z. B. informelles und formelles Umfeld, finanzielle Situation).

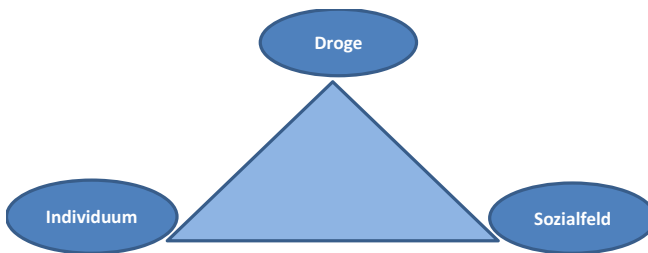


Abbildung 1.1: Modell für die Entstehung von Abhängigkeit (Feuerlein, 2008, S. 19)

„Dieses komplexe Erklärungsmodell hat dynamischen Charakter, d. h. es will zum Ausdruck bringen, daß sich die verschiedenen Faktorengruppen in unterschiedlicher Weise, auch im Sinne eines Regelkreises, gegenseitig beeinflussen können.“ (Feuerlein, 2008, S. 18)

Die Substanz Alkohol weist ein hohes Abhängigkeitspotenzial auf. Andauernder Alkoholkonsum führt zu einer Toleranzentwicklung, was zur Folge hat, dass der Konsum erhöht wird (vgl. Tölle; Windgassen, 2012, S. 142). Alkohol beeinflusst dabei biochemische, primär neurotransmittermodulierte Abläufe im Gehirn. Es werden hemmende (GABA-erges System, GABA = Gamma-Amino-Butyro-Acid) und aktivierende (z. B. Glutamat) Neurotransmitter unterschieden. Da der Mensch für Alkohol keine Rezeptoren besitzt, nimmt der Alkohol besonders die

Rezeptoren des Glutamat- und des GABA-Systems in Anspruch, ebenso wie die des Noradrenalins, des Dopamins, des Serotonins und des Acetylcholin (vgl. Feuerlein, 2008, S. 24). Dopamin, Glutamat und GABA-erge Substanzen aktivieren das Belohnungssystem im Gehirn, das für gefühlsbetonte Abläufe mitverantwortlich ist. Die stetige Aktivierung des Belohnungssystems und die Erhöhung der Dopamin-Ausschüttung durch Alkohol kann die Entwicklung einer Abhängigkeit begünstigen. Es entsteht zunehmend ein Verlangen nach Alkohol (Craving) (vgl. Tölle; Windgassen, 2012, S. 144).

Beim Menschen selbst spielen individuelle Faktoren eine Rolle. Die genetische Veranlagung ist dabei ein bedeutender Einflussfaktor (vgl. Tölle; Windgassen, 2012, S. 144). Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen, dass Kinder aus Familien, in denen weder Alkoholabhängigkeit noch -missbrauch vorliegen, nur vereinzelt ein Alkoholproblem entwickeln (vgl. Feuerlein, 2008, S. 25). Demnach wird von einer genetischen Disposition für Alkoholabhängigkeit ausgegangen (vgl. Kendler et al., 2003, S. 933; Sartor et al., 2010, S. 550).

Des Weiteren wird eine psychische Disposition, vor allem das Vorhandensein spezieller Persönlichkeitseigenschaften von alkoholkranken Menschen, nicht ausgeschlossen. Diese lassen sich geschlechtsspezifisch differenzieren, wobei dies bei Frauen nicht so eindeutig belegt ist wie bei Männern (bei Männern z. B. Impulsivität, Geselligkeit, bei Frauen z. B. Empfindlichkeit, wenig kontaktfreudig) (vgl. Feuerlein, 2008, S. 35).

Außerdem können Verhaltenstheorien, insbesondere die operante und die klassische Konditionierung, die Entstehung von Abhängigkeit erklären. Die operante Konditionierung beschreibt, dass durch den fortschreitenden Konsum positive Erlebnisse (z. B. Glücksgefühle) entstehen. Als Konsequenz rücken negative Zustände (z. B. Beziehungsprobleme) in den Hintergrund (vgl. Bühringer; Metz, 2009, S. 351). Bei der klassischen Konditionierung wird der Alkoholkonsum mit zunehmender Zeit des Konsums mit einer expliziten Umgebung oder Menschen und somit mit guten Erfahrungen assoziiert. Durch die Umgebung oder Menschen wird dann immer wieder ein gesteigertes Bedürfnis nach Alkohol hervorgerufen und kann sich langfristig zu einer Abhängigkeit entwickeln (vgl. Bühringer; Metz, 2009, S. 351 f.).

Auch kognitive Modelle werden zu Hilfe genommen, um die Entstehung von Abhängigkeit zu erklären. Sie beziehen sich auf Empfinden, Perspektiven und Verhaltensmuster (vgl. Tretter; Müller, 2001). Dem Konsum von Alkohol wird ein spezifischer emotionaler Zustand zugeschrieben. Ein wichtiges kognitives Modell ist das Modell der Selbstwirksamkeitserwartung. Selbstwirksamkeit umfasst die individuelle Beurteilung der eigenen Fertigkeit-

ten und demnach die Aussicht eines Menschen, eine erwartete Handlung realisieren zu können. Alkohol kann die Selbstwirksamkeitserwartungen erhöhen und das Gefühl erzeugen, unter Alkoholeinfluss alles schaffen zu können (vgl. Bandura, 1977, zit. n. Bühringer; Metz, 2009, S. 352).

Der dritte Einflussfaktor ist die soziale Umgebung. Familiäre Gewohnheiten, Freundeskreise oder die berufliche Situation können den Alkoholkonsum beeinflussen (vgl. Tölle; Windgassen, 2012, S. 145). In der Jugend und Kindheit spielt vor allem der Alkoholkonsum der Eltern eine wesentliche Rolle. Kinder aus alkoholbelasteten Familien können Entwicklungsdefizite (auffälliges Verhalten, Hyperaktivität, Misserfolge in der Schule) aufweisen und unterliegen dem Risiko durch das Vorleben der Eltern, selbst ein Abhängigkeitsverhalten zu entwickeln. Hier fehlt oft der gefestigte emotionale Rückhalt, Struktur und/oder Kommunikation. Allerdings kann es auch zur Entwicklung eines gegenteiligen Verhaltens kommen (vgl. Tölle; Windgassen, 2012, S. 145). Bei Frauen kann auch sexueller Missbrauch zu Abhängigkeitserkrankungen führen (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 96). Im Jugendalter kann der Freundeskreis (Peergroup) einen relevanten Einflussfaktor auf den Gebrauch von Alkohol darstellen (vgl. Borsari; Carey, 2001, S. 392). Die sozialen Gegebenheiten in der Gruppe spielen dabei eine besondere Rolle; sie können dazu führen, dass der Konsum von Alkohol akzeptiert wird, ohne ihn zu hinterfragen. Gleichmaßen sind der freie Zugang zu alkoholischen Getränken und das Anspornen zum Konsum durch die soziale Gruppe wesentliche Elemente (vgl. Borsari; Carey, 2001, S. 418). Weitere soziale Gegebenheiten, die die Entwicklung einer Abhängigkeit begünstigen können, sind Arbeitslosigkeit, die Veränderung der Wohnsituation (Obdachlosigkeit, Auswanderer) oder finanzielle Sorgen. Alkohol kompensiert negative Erlebnisse. Auch Schwierigkeiten in der Partnerschaft können Alkoholkonsum begünstigen (vgl. Feuerlein, 2008, S. 42 f.). Teilweise gibt es auch Assoziationen von Alkoholkonsum und Beruf. Einige Berufsgruppen, z. B. ungelernte Arbeiter, Menschen, die auf dem Bau arbeiten, aber auch Unternehmer oder Selbstständige, haben ein erhöhtes Risiko für Alkoholprobleme (vgl. Tretter; Müller, 2001).

Das Drei-Faktoren-Modell ist deshalb so geeignet, die Entstehung von Abhängigkeit zu erklären, weil es alle Ebenen (biologische, psychologische und soziale) verbindet und abdeckt. Bei den betroffenen Menschen spielen diese Faktoren mit unterschiedlichen Schwerpunkten eine Rolle.

Es wird deutlich, dass die Ursachen einer Abhängigkeitsentstehung sehr komplex und unterschiedlich sind. Bei der Implementierung von Interventionsmaßnahmen muss dies in jedem Falle berücksichtigt werden (vgl. Tretter; Müller, 2001).

1.3 Differenzierung des Alkoholkonsums

Im Folgenden werden anhand von Grenzwerten und diagnostischen Kriterien die Alkoholkonsumformen „risikoarmer/moderater Alkoholkonsum“, „riskanter Alkoholkonsum“, „schädlicher/missbräuchlicher Alkoholkonsum“ und „Alkoholabhängigkeit“ definiert und voneinander abgegrenzt. Für den weiteren Verlauf der Arbeit gilt es zu berücksichtigen, dass riskanter Alkoholkonsum in verschiedenen Untersuchungen häufig unterschiedlich definiert und von verschiedenen Grenzwerten ausgegangen wird.

1.3.1 Risikoarmer oder moderater Alkoholkonsum

Die Grenzwerte für einen als risikoarm geltenden Alkoholkonsum haben in den letzten Jahrzehnten einen stetigen Wandel durchlaufen. Durch die moderne Medizin konnte der Zusammenhang von konsumierter Alkoholmenge und gesundheitlichen Folgeschäden zunehmend präzisiert werden (vgl. Bühringer et al., 2000, S. 135). Durch die Änderungen der Grenzwerte aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen und medizinischer Erkenntnisse hat sich die aus gesundheitlicher Perspektive akzeptable Alkoholmenge stetig verringert. In den 1960er-Jahren lag die Grenze, die man für die Entwicklung einer Leberzirrhose für kritisch hielt, noch zwischen 100 g und 160 g Reinalkohol pro Tag (vgl. Bühringer et al., 2000, S. 135). Seitdem wurden die Grenzen fortsetzend nach unten korrigiert. Dabei liegen z. T. unterschiedliche Empfehlungen für einen risikoarmen Alkoholkonsum vor. Durch die Festlegung von Grenzen für den Konsum soll das Risiko von alkoholbezogenen Folgeerkrankungen möglichst gering gehalten bzw. ganz vermieden werden (vgl. Seitz; Bühringer, 2007, S. 1).

Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sprach sich im Jahr 2007 für neue Grenzwerte aus, die mit denen des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) und denen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) übereinstimmen. Demzufolge wird der Grenzwert für einen risikoarmen Konsum bei gesunden Menschen aktuell bei weniger als 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer und bei weniger als 12 g Reinalkohol pro Tag für Frauen angesiedelt. Dies entspricht bei Männern 0,5–0,6 Liter Bier oder 0,25–0,3 Liter Wein, bei Frauen die Hälfte (vgl. Burger et al., 2000, S. 6; NIAAA, 2008; Seitz, Bühringer 2007, S. 2). Abweichend davon sind die vorgegebenen Grenzwerte der British Medical Association (BMA) mit weniger als 30 g Reinalkohol pro Tag für Männer und weniger als 20 g für Frauen (vgl. Schmidt et al., 2003, S. 14). Die WHO setzt die risikoarme Alkoholkon-

sumgrenze bei Männern sogar bei weniger als 40 g Reinalkohol pro Tag fest (vgl. Schmidt et al., 2003, S. 14).

1.3.2 Riskanter Alkoholkonsum

Ein riskanter Alkoholkonsum liegt entsprechend der Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS bei einem Konsum von mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer und mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag für Frauen (vgl. Tab. 1.1). Besonders gefährdend ist der kontinuierliche Konsum oberhalb der Grenzwerte; dadurch steigt das Risiko alkoholbezogener Störungen (vgl. BZgA, 2009, S. 17). Darüber hinaus sollte an zwei Tagen in der Woche kein Alkohol konsumiert werden. Ebenso spricht sich die DHS dafür aus, Alkohol nicht am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr, beim Sport oder in der Schwangerschaft zu konsumieren. Personen, die eine genetische Vorbelastung für alkoholbezogene Störungen aufweisen, wie z. B. Vorkommen von Krebs- oder Alkoholerkrankungen in der Familie oder Menschen mit Herz-Kreislauf- oder Lebererkrankungen, sollten Alkohol nur selten konsumieren (vgl. Seitz; Bühringer, 2007, S. 3).

Von großer Bedeutung ist die stetige Beachtung des individuellen Risikoprofils. Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schwangerschaft oder vorliegende Erkrankungen sollten immer bei dem Konsum von Alkohol mitberücksichtigt werden, weil sie die Konsumgrenzen individuell beeinflussen. Für Jugendliche und junge Erwachsene gibt es keine Grenzwerte. Ihnen wird empfohlen, Alkohol weitgehend zu meiden (vgl. Burger et al. 2000, S. 193).

Die Grenze für Alkoholkonsum, ab der von gesundheitsschädlichen Konsequenzen ausgegangen wird, unterlag und unterliegt also einem fortlaufenden Veränderungsprozess. Aufgrund immer neu hinzukommender wissenschaftlicher Erkenntnisse können diese Grenzen nicht als starres Konstrukt gesehen werden.

„[...] die Empfehlungen zwischen Warnungen vor ‚dem Alkohol‘ – und insbesondere den Folgen des (übermäßigen) Trinkens – und einer stärkeren Akzentuierung der positiven Seiten des Konsums [variieren schon immer] und auch in der heutigen Zeit bleibt dieses Spannungsverhältnis bestehen“ (Bühringer et al., 2000, S. 141).

Tabelle 1.1: Differenzierung risikoarmer und riskanter Alkoholkonsum (vgl. Bzga, 2009, S. 17)

	Männer	Frauen
riskoarmer Alkoholkonsum	bis 24 g Reinalkohol pro Tag	bis 12 g Reinalkohol pro Tag
riskanter Alkoholkonsum	mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag	mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag

1.3.3 Schädlicher Alkoholkonsum oder Alkoholmissbrauch

Von einem schädlichen oder missbräuchlichen Alkoholkonsum ist dann auszugehen, wenn mit dem Konsum von Alkohol schwerwiegende physische und/oder psychosoziale Auswirkungen einhergehen (vgl. Feuerlein, 2008, S. 46 ff.). Die Kriterien für einen schädlichen oder auch missbräuchlichen Alkoholkonsum liefern zum einen die American Psychiatric Association (APA) mit den DSM-IV-Kriterien und zum anderen die WHO mit den ICD-10-Kriterien. Die Definitionen der beiden Institutionen unterscheiden sich jedoch z. T. voneinander.

Die WHO definiert schädlichen Gebrauch als tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten (vgl. Dilling et al., 2008, S. 98). Im Fokus stehen also besonders die Konsequenzen, die die eigene Person betreffen.

„Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist kein Beweis für den schädlichen Gebrauch, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen z. B. Inhaftierung oder Eheprobleme.“
(Dilling et al., 2008, S. 98)

Demnach spielen die sozialen Auswirkungen bei der Diagnose eines schädlichen Alkoholgebrauchs keine entscheidende Rolle. Die APA definiert schädlichen Gebrauch wie folgt (vgl. Saß et al., 2003, S. 103):

- wiederholter Substanzkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen führt (z. B. bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause)
- wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer physischen Gefährdung kommen kann (z. B. im Straßenverkehr)
- wiederholte Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum (z. B. Verhaftungen)

- fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der Substanz verursacht werden

Um von einem schädlichen oder missbräuchlichen Konsum sprechen zu können, muss mindestens eines der Kriterien innerhalb der letzten zwölf Monate aufgetreten sein (vgl. Saß et al., 2003, S. 103).

Demzufolge wird schädlicher Konsum von der WHO und der APA unterschiedlich definiert. Die soziale Ebene spielt bei der Definition der WHO überhaupt keine Rolle. Während z. B. eine auf Alkoholkonsum basierende Verhaftung oder Auseinandersetzungen im zwischenmenschlichen Bereich nach Definition der APA eindeutige Merkmale eines missbräuchlichen Alkoholgebrauchs sind, stellen sie für die WHO kein zu berücksichtigendes Merkmal dar (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 13).

1.3.4 Alkoholabhängigkeit

Die Merkmale einer Alkoholabhängigkeit werden ebenfalls von der WHO und der APA vorgegeben. In Tab. 1.2 werden die sieben DSM-IV-Kriterien (vgl. Saß et al., 2003, S. 99) und die sechs ICD-10-Kriterien (vgl. Dilling et al., 2008, S. 99) für die Abhängigkeit von Substanzen vergleichend dargestellt.

Für beide Auflistungen von Abhängigkeitskriterien gilt, dass mindestens drei oder mehr dieser Kriterien im gleichen 12-Monats-Zeitraum auftreten müssen, um Alkoholabhängigkeit diagnostizieren zu können (vgl. Dilling et al., 2008, S. 99; Saß et al., 2003, S. 99). Anders als bei den Kriterien für missbräuchlichen Konsum sind die Kriterien für Alkoholabhängigkeit weitgehend identisch. Die einzige Ausnahme stellt die Tatsache dar, dass die DSM-IV-Kriterien sieben Kriterien anstatt sechs umfassen. Bei diesem Kriterium wird der Fokus wieder stärker auf die sozialen Folgen der Alkoholabhängigkeit gerichtet. Allerdings lässt sich dieser Aspekt in dem Merkmal der fortschreitenden Vernachlässigung zusammenfassend wiederfinden (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 13).

Herauszustellen ist, dass der missbräuchliche Konsum bei der Differenzierung zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit nicht als weniger schädlich angesehen werden darf. Die Mehrzahl physischer und psychosozialer Folgen lässt sich auf den missbräuchlichen Alkoholkonsum zurückführen (vgl. Feuerlein, 2008, S. 16).

Tabelle 1.2: Abhängigkeitskriterien (Dilling et al., 2008, S. 99; Saß et al., 2003, S. 99)

ICD-10-Kriterien	DSM-IV-Kriterien
Ein <i>starker Wunsch</i> oder eine Art <i>Zwang</i> , psychotrope Substanzen zu konsumieren.	<i>Anhaltender Wunsch</i> oder <i>erfolglose Versuche</i> , den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
<i>Verminderte Kontrollfähigkeit</i> bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.	Die Substanz wird häufig in <i>größeren Mengen</i> oder <i>länger als beabsichtigt</i> eingenommen.
Ein <i>körperliches Entzugssyndrom</i> bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.	<i>Entzugssymptome</i> , die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz. ▪ Dieselbe (oder sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern.
Nachweis einer <i>Toleranz</i> . Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (z. B. die Tagesdosen von Alkoholikern, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu schweren Beeinträchtigungen oder zum Tode führen würden).	<i>Toleranzentwicklung</i> , definiert durch eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, ▪ Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
<i>Fortschreitende Vernachlässigung</i> anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.	Viel <i>Zeit</i> für Aktivitäten, <i>um die Substanz zu beschaffen</i> (z. B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z. B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
<i>Anhaltender Substanzkonsum</i> trotz Nachweises eindeutiger <i>schädlicher Folgen</i> , wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war.	<i>Fortgesetzter Substanzkonsum</i> trotz Kenntnis eines anhaltenden oder <i>wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems</i> , das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z. B. fortgesetztes Trinken trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).
	<i>Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten</i> werden aufgrund des Substanzkonsums <i>aufgegeben</i> oder eingeschränkt.

1.4 Risiken und Folgen von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Im Folgenden werden die langfristigen physischen, psychischen, sozialen und finanziellen Folgen von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum dargestellt.

1.4.1 Physische, psychische und soziale Folgen

Missbräuchlicher und abhängiger Alkoholkonsum gehen mit einer Reihe negativer physischer, psychischer und sozialer Folgen einher. Durch einen langjährigen riskanten Alkoholkonsum besteht langfristig ein erhöhtes Risiko für diese Folgeerkrankungen (vgl. Feuerlein, 2008, S. 22 ff.; Funke, Garbe, 2002, S. 11).

Über 60 unterschiedliche Erkrankungen (nach ICD definiert) werden durch Alkoholkonsum beeinflusst. Entscheidend dabei sind die durchschnittliche Trinkmenge und das Trinkmuster (vgl. Rehm et al., 2003, S. 87). Im Jahr 2000 betrug die weltweite alkoholbedingte Mortalität 3,2 % (5,6 % Männer, 0,6 % Frauen) (vgl. Rehm et al., 2003, S. 92). Alkohol ist ein Zellgift und beeinflusst so gut wie alle Zellen im menschlichen Körper. Aufgrund seiner wasser- und fettlöslichen Eigenschaften kann sich Alkohol schnell im ganzen Organismus verbreiten, vor allem im Gehirn (vgl. Funke; Garbe, 2002, S. 12). Abhängig von der konsumierten Menge und Einwirkzeit verursacht Alkohol beträchtliche Schäden, wobei das zentrale und das periphere Nervensystem besonders betroffen sind. Im Gehirn wirkt Alkohol auf die Durchblutung und kann hoch dosiert eine Verengung der Gefäße zur Folge haben (vgl. Feuerlein, 2008, S. 23).

Das Wernicke-Korsakow-Syndrom stellt eine der wichtigsten neurologischen Störungen dar, die durch langjährigen missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsum entstehen kann. Die Symptome des Syndroms sind u. a. Gleichgewichtsprobleme und demenzielle Veränderungen. Die Konzentrationsfähigkeit ist reduziert, genauso wie die Spontanität. Vom Wernicke-Korsakow-Syndrom sind primär ältere Menschen mit Alkoholproblemen betroffen (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 207). Ebenfalls kann es zur Entwicklung einer alkoholischen Kleinhirnatrophie kommen, die Zittern und Reflexstörungen miteinschließt (vgl. Gass et al., 2005, S. 471). Zugleich umfassen die neurologischen Störungen auch die alkoholische Polyneuropathie (Druckempfindlichkeit, vegetative und motorische Störungen) und den alkoholischen Tremor (an Händen, Lippen, Kopf und Füßen) (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 210 f.). Durch missbräuchlichen oder abhängigen

Alkoholgebrauch erhöht sich darüber hinaus die Gefahr für ischämische Schlaganfälle. Eine psychiatrische Auffälligkeit ist das Alkoholdelir, eine exogene Psychose mit Wahrnehmungsstörungen, Stimmungsschwankungen und Orientierungslosigkeit. Dieses kann nach einem extremen und über Jahre andauernden Alkoholismus entstehen (vgl. Gass et al., 2005, S. 219 f.).

Des Weiteren ist die Leber von missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum betroffen. Alkohol wird zu 90–95 % über die Leber abgebaut. Durch einen erhöhten Alkoholkonsum werden zunehmend Leberzellen abgetötet (vgl. Funke; Garbe, 2002, S. 12). Langfristig entstehen somit Leberschädigungen, wie die alkoholische Fettleber, Alkoholhepatitis, Leberzirrhose und Leberfibrose (vgl. Siegmund et al., 2005, S. 231 ff.). Über 50 % aller Todesfälle durch Lebererkrankungen lassen sich auf eine alkoholbedingte Lebererkrankung zurückführen (vgl. Kim et al., 2002, S. 229).

Außerdem können Pankreasstörungen sowie gastrointestinale Störungen begünstigt werden (vgl. Soyka; Kufner, 2008, S. 192). Infolgedessen können Mangelernährung (vor allem an Vitamin B), Verdauungsbeschwerden und/oder Diabetes in Erscheinung treten. Bei intensivem und lang anhaltendem Alkoholmissbrauch bzw. langanhaltender Alkoholabhängigkeit sind ebenfalls Störungen der Atemwege, des Muskelsystems und des Hormonhaushalts (Schädigung der Schilddrüsenfunktion, Libidoverlust, sexuelle Funktionsstörungen) wahrscheinlich (vgl. Soyka; Kufner, 2008, S. 198 ff.).

Auch bekannt ist mittlerweile, dass bereits durch einen langjährigen risikanten Alkoholkonsum Krebserkrankungen begünstigt werden. Weltweit wird die alkoholbedingte Mortalität zu 21,1 % durch Krebs verursacht (vgl. Rehm et al., 2009, S. 2225). Im Rahmen der Studie European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) wurde ermittelt, dass sich bei Männern 10 % und bei Frauen 3 % aller Krebserkrankungen auf aktuellen und ehemaligen Alkoholkonsum zurückführen lassen (vgl. Schütze et al., 2011, S. 6). Bei beiden Geschlechtern sind die alkoholbezogenen Krebserkrankungen primär Krebserkrankungen des oberen Verdauungstraktes (44 % bei Männern, 25 % bei Frauen), Leberkrebs (33 % Männer, 18 % Frauen), Darmkrebs (17 % Männer, 4 % Frauen) und Brustkrebs (5 % Frauen) (vgl. Schütze et al., 2011, S. 6). Ein großer Teil der alkoholbezogenen Krebserkrankungen sind mit einem Konsum von zwei oder mehr Standarddrinks (Standarddrink = 24 g Alkohol bei Männern, 12 g bei Frauen) pro Tag assoziiert (vgl. Schütze et al., 2011, S. 6).

Der Einfluss von Alkohol auf das Herz-Kreislauf-System ist teilweise sehr umstritten. Geringem bis moderatem Alkoholkonsum (10 bis 25 g

Reinalkohol pro Tag) wird eine protektive Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System zugeschrieben, dies ist besonders durch den Anstieg des HDL-Cholesterins zu erklären (vgl. Costanzo et al., 2010, S. 1952; Seitz, 2000, S. 1538). Allerdings ist ein protektiver Effekt hauptsächlich bei Menschen aus älteren Altersgruppen, bei denen bereits eine Herz-Kreislaufferkrankung vorliegt, zu verzeichnen. Die Inzidenzraten für koronare Herzerkrankungen sind in jüngeren Altersgruppen deutlich niedriger (vgl. Hvidtfeldt et al., 2010, S. 1594). Bei jüngeren Menschen ist der Effekt nicht so eindeutig; hier werden Krankheitsrisiken, wie z. B. Bluthochdruck, eher gefördert (vgl. Seitz, 2000, S. 1538). Übermäßiger Alkoholkonsum geht mit einer erhöhten Gefahr für das Auftreten von koronaren Herz-Kreislaufferkrankungen (Herzrhythmusstörungen, arterielle Hypertonie, Myokardinfarkt) einher (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 195 ff.). Die weltweite alkoholbedingte Mortalität wird zu 15 % durch kardiovaskuläre Krankheiten verursacht (vgl. Rehm et al., 2003, S. 91). Es lassen sich demnach keine präventiven Empfehlungen aussprechen, da das individuelle Risikoprofil immer mit einbezogen werden muss (vgl. Burger et al., 2000, S. 194).

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gefährdet das ungeborene Kind, denn es kann zu einer Alkoholembryopathie kommen. Alkohol wirkt dabei toxisch auf den Embryo ein und kann zu späteren physischen, psychischen und sozialen Fehlentwicklungen beim Kind führen (vgl. Löser, 2005, S. 443 f.).

Des Weiteren hat missbräuchlicher und abhängiger Alkoholkonsum eine Vielzahl psychischer Folgen (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 233). Alkohol beeinträchtigt die geistigen Fähigkeiten und logisches Folgern. Die Sprechfähigkeit und das Ausüben von Bewegungsabläufen sind stark beeinträchtigt. Langfristig kommt es zu einer starken Einschränkung des Leistungsverhaltens. Es treten Veränderungen der Persönlichkeit auf. Handlungsweisen und Charaktereigenschaften weichen vom ursprünglichen Zustand ab und es kommt zu einer alkoholbedingten Wesensveränderung (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 235). Nicht selten ist das Vorkommen eines gesteigerten aggressiven Verhaltens. Bereits geringe Mengen Alkohol führen zu impulsivem, motorischem Verhalten, bis hin zur Ausübung von Gewalt (vgl. Feuerlein, 2008, S. 26).

Menschen, die Alkohol missbräuchlich oder abhängig konsumieren, haben zunehmend familiäre und finanzielle Probleme; so sind viele alkohol-kranke Menschen geschieden, was wiederum zu einer Fortsetzung des Konsums führen kann (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 240 ff.). In den meisten Fällen entwickeln die Familienmitglieder eine Co-Abhängigkeit, d. h., sie nehmen den Alkoholmissbrauch oder die Abhängigkeit hin und

unternehmen nicht den Versuch etwas zu ändern (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 241). Aufgrund der Konsequenzen auf psychischer und sozialer Ebene können Depressionen bei den Betroffenen auftreten (vgl. Funke; Garbe, 2002, S. 12). Außerdem können alkoholranke Menschen Angststörungen entwickeln (vgl. Soyka, 2005, S. 500).

Auf sozialer Ebene sind mit einem missbräuchlichen und abhängigen Alkoholkonsum ebenso schwerwiegende Konsequenzen verbunden. Im Arbeitsbereich verschlechtert sich die Leistungsfähigkeit; es kann zu einer Erhöhung von Fehlzeiten und Arbeitsunfällen kommen (vgl. Soyka, 2005, S. 244).

Überdies werden grundsätzlich durch Alkoholkonsum die eigenen Fähigkeiten im Straßenverkehr überschätzt – unaufmerksames und riskantes Fahren sind die Folge. Laut des Statistischen Bundesamts (2011) gab es im Jahr 2010 insgesamt 2,4 Millionen Verkehrsunfälle. Bei 1,6 % (39.345) dieser Unfälle war wenigstens einer der Beteiligten unter Alkoholeinfluss. Auch wenn insgesamt die Zahlen der Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss eher zurückgegangen sind, spielt Alkoholkonsum im Straßenverkehr eine bedeutende Rolle (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S. 7). Nicht intendierte Unfälle und Verletzungen bedingen zu 32 % die weltweite, alkoholbedingte Mortalität (vgl. Rehm et al., 2003, S. 92).

Wie bereits erwähnt, erhöht Alkohol die Bereitschaft zu aggressivem Verhalten. Dadurch werden Straftaten wie Gewalt-, Tötungs- oder Sexualdelikte begünstigt (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 249). Nach Zahlen des Bundeskriminalamts (2011) wurden im Jahr 2010 drei von zehn (32 %) Gewaltverbrechen (Totschlag, gefährliche und schwere Körperverletzung) unter Alkoholeinfluss verübt (vgl. Bundeskriminalamt, 2011, S. 83).

Insgesamt wird deutlich, dass missbräuchlicher und abhängiger Alkoholkonsum schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene haben. Durch riskanten Alkoholkonsum wird langfristig das Risiko für jene Erkrankungen erhöht. Eine frühzeitige Diagnose und eine entsprechende Intervention sind unabdingbar, um eine Manifestierung dieser Erkrankungen langfristig zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu sichern. Ansonsten besteht die Gefahr einer erhöhten Mortalität. Bei Männern und Frauen treten über 75 % der alkoholbezogenen Mortalitäten vor dem 65. Lebensjahr auf (vgl. John; Hanke, 2002, S. 583).

1.4.2 Kosten für das Gesundheitssystem

Durch die physischen, psychischen und sozialen Folgen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit entstehen hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Die Kosten alkoholassoziierter Erkrankungen belaufen sich auf rund 24,4 Milliarden Euro pro Jahr (vgl. Kraus et al., 2011, S. 126). Die Kosten setzen sich aus direkten und indirekten Kosten zusammen (vgl. Abb. 1.2).



Abbildung 1.2: Alkoholbezogene Kosten für das Gesundheitssystem (Kraus et al., 2011, S. 126)

Die indirekten Kosten stellen mit rund 15.958 Milliarden Euro (65,4 %) den höchsten Ressourcenverlust dar. Die Kosten setzten sich aus Mortalität, Frühberentung, Arbeitsunfähigkeit und Arbeits- und Wegeunfällen zusammen. Die alkoholbedingte Mortalität verursacht dabei mit 10.976 Milliarden Euro (45 %) die höchsten Kosten (vgl. Kraus et al., 2011, S. 126). Sowohl Alkoholabhängigkeit als auch alkoholbedingte Leberzirrhose führen am häufigsten zum Tod und bedingen den Großteil der indirekten Kosten (vgl. Bergmann; Horch, 2002, S. 134).

Die direkten Kosten belaufen sich auf rund 8.441 Milliarden Euro (34,6 %). Diese enthalten Kosten für Krankenhausbehandlungen, ambulante Behandlungen, stationäre und ambulante Rehabilitation und nicht-medizinische Kosten (z. B. Verwaltungsausgaben). Den größten Anteil bilden dabei die Kosten für die ambulante Behandlung mit 3.817 Milliarden Euro (15,6 %). Den Großteil der Kosten verursachen Männer (vgl. Kraus et al., 2011, S. 126).

1.5 Prävalenz von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

In Deutschland liegen nur wenige wissenschaftliche Arbeiten zu den Prävalenzen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit vor (vgl. Bloomfield et al., 2008, S. 11). Problematisch ist, dass z. T. unterschiedliche Grenzwerte für die Klassifizierung eines riskanten Alkoholkonsums (vgl. Kap. 1.3.2) bzw. verschiedene Diagnosekriterien (für die Feststellung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit) (vgl. Kap. 1.3.3) verwendet werden. Dies muss bei der Betrachtung der folgenden Prävalenzen und deren Vergleichbarkeit unbedingt berücksichtigt werden. Neuere wissenschaftliche Arbeiten stützen sich überwiegend auf die DSM-IV-Kriterien (vgl. Kap. 1.3.2). Nach Angaben der WHO liegt Deutschland bzgl. des registrierten und nicht registrierten Alkoholkonsums im Vergleich zu anderen europäischen Ländern relativ weit vorne. Im Jahr 2005 betrug der Pro-Kopf-Konsum der deutschen Bevölkerung (>15 Jahre) 12,81 Liter Reinalkohol (vgl. WHO, 2011).

Auch der vierte Bundesgesundheitsurvey (1997–1999) liefert einen Überblick über Alkoholkonsummengen und kritischen Konsum. Bei der repräsentativen, deutschlandweiten Befragung wurden insgesamt 7.124 Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren befragt, davon 4.030 Personen auch zu ihrem Alkoholkonsum. Demnach überschreiten 16 % der Frauen den kritischen Alkoholgrenzwert von 10 g Reinalkohol pro Tag und 31 % der Männer den kritischen Alkoholgrenzwert von 20 g Reinalkohol pro Tag (vgl. Mensink et al., 2002, S. 115).

Nach Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) (vgl. Abb. 1.3) zeigt sich über die letzten Jahre ein leichter Anstieg des riskanten Alkoholkonsums. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass bei dem Survey von 2006 noch die alten Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum angesetzt wurden (vgl. Pabst; Kraus, 2008, S. 39). Der ESA von 2006 bezog 7.912 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren ein. Basierend auf den DSM-IV-Kriterien wurde für riskanten Alkoholkonsum (Männer: >30–60g, Frauen: >20–40 g) eine Prävalenz von 7,9 % (Männer 10 %, Frauen 5,7 %) ermittelt. Die Prävalenz für einen risikoarmen Alkoholkonsum (Männer: >0–30 g, Frauen: >0–20 g) lag bei 64,2 % (Männer 65,7 %, Frauen 62,7 %) (vgl. Pabst; Kraus, 2008, S. 39). Der ESA aus dem Jahr 2009 ermittelte die Prävalenzzahlen für riskanten Alkoholgebrauch anhand des Alcohol Use Disorders Tests (AUDIT). Die Stichprobe umfasste 8.030 Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren. Die 30-Tage-Prävalenz für risikoarmen Alkoholkonsum (Männer: 0–24 g, Frauen: 0–12 g) betrug 59,9 % und für riskanten Alkoholkonsum (Männer: > 24 g, Frauen: > 12 g) 16,5 % (vgl. Pabst et al., 2010, S. 331). Der

ESA aus dem Jahr 2012 umfasste 1.024 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren; dort betrug die 30-Tage-Prävalenz für risikoarmen Alkoholkonsum (Männer: 0–24 g, Frauen: 0–12 g) insgesamt 53,7 %. Die Prävalenz für einen riskanten Alkoholkonsum (Männer: > 24 g, Frauen: > 12 g) betrug 18,1 % (vgl. Kraus et al., 2014, S. 39). Die Prävalenzen werden in der folgenden Abbildung gegenübergestellt (vgl. Abb. 1.3).

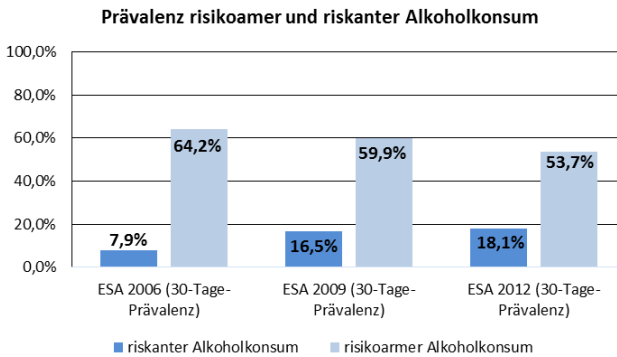


Abbildung 1.3: Prävalenz risikoarmer und riskanter Alkoholkonsum (vgl. Pabst, Kraus, 2008, S. 39; Pabst et al., 2010, S. 331; Kraus et al., 2014, S. 39)

Die Entwicklung der Prävalenzen für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (vgl. Abb. 1.4) zeigen sich über die letzten Jahre ebenfalls relativ konstant.

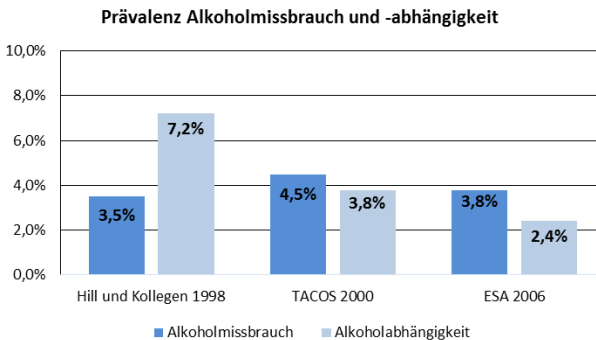


Abbildung 1.4: Prävalenz Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (vgl. Hill et al., 1998, S. 937, Meyer et al., 2000, S. 543, Pabst, Kraus, 2008, S. 39)

Hill et al. (1998) erhoben die Prävalenz in Allgemeinarztpraxen. Aus zwölf Arztpraxen in Lübeck wurden 929 Patienten zwischen 14 und 75 Jahren gescreent (Cut down on drinking, Annoyed by criticism, Guilty feeling, Eye opener = CAGE, Short Michigan Alcoholism Screening Test = SMAST, vgl. Kap. 1.6.4). Die diagnostische Grundlage bildeten die ICD-10- und die DSM-III-R-Kriterien. Die Prävalenz für Alkoholmissbrauch lag bei 3,5 % (2,1 % Frauen, 5,6 % Männer) und für Alkoholabhängigkeit bei 7,2 % (4,2 % Frauen, 12,1 % Männer) (vgl. Hill et al., 1998, S. 937). Vergleichbare Prävalenzen für Alkoholmissbrauch (nicht für Alkoholabhängigkeit), die bei der Erhebung von Hill et. al (1998) mit 7,2 % sehr hoch war, ermittelte die Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS) Studie, bei der 4.075 Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren auf Basis der DSM-IV-Kriterien untersucht wurden. Die Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch betrug 4,5 % und für Alkoholabhängigkeit 3,8 %. Für riskanten Alkoholkonsum lag die Lebenszeitprävalenz bei 13,2 %, auf zwölf Monate bezogen bei 6 % (vgl. Meyer et al., 2000, S. 543). Der ESA von 2006 ermittelte ähnliche Tendenzen. Basierend auf den DSM-IV-Kriterien belief sich die Prävalenz für Alkoholmissbrauch auf 3,8 % (1,2 % Frauen, 6,4 % Männer) und für Alkoholabhängigkeit auf 2,4 %. (1,4 % Frauen, 3,4 % Männer) (vgl. Pabst; Kraus, 2008, S. 39).

In allen Untersuchungen zeigten sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer sind häufiger von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Alkoholkonsum betroffen als Frauen (vgl. Hill et al., 1998, S. 937; Mensink et al., 2002, S. 115.; Pabst, Kraus, 2008, S. 39).

Wenn es um den Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Alkoholgebrauch geht, stellt sich ein differenzierteres Bild dar. Allerdings bezieht sich dies auf unterschiedliche Konsummuster bzw. verschiedene Geschlechter. Frauen mit einem hohen sozioökonomischen Status (30 %) neigen eher zum riskanten Alkoholkonsum als Frauen mit einem niedrigen Status (9 %) (vgl. Mensink et al., 2002, S. 117), wohingegen für Männer mit einem niedrigen Bildungsstatus ein signifikant erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit besteht im Vergleich zu Männern mit hohem Bildungsstatus (vgl. Hill et al., 1998, S. 939).

Hinsichtlich des Alters zeigt sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem ein Anstieg des Rauschtrinkens oder „binge drinking“ (episodischer, exzessiver Alkoholkonsum zu einer bestimmten Gelegenheit). Ab dem 14. Lebensjahr zeigt sich ein Anstieg des riskanten Alkoholkonsums bei Jugendlichen (vgl. Orth; Töppich, 2012, S. 10). Bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren zeigt sich eine hohe Prävalenz des binge drinking. Die 30-Tage Prävalenz für binge drinking in dieser Altersgruppe liegt

bei 41,9 % (54,5 % Männer und 28,7 % Frauen). Ähnlich wie bei den Erwachsenen ist der Anteil männlicher Jugendlicher und junger Erwachsener bzgl. des riskanten Alkoholkonsums und binge drinking deutlich höher als der Anteil weiblicher Jugendlicher und junger Erwachsener (vgl. Lampert, Thamm, 2007, S. 605; Mensink et al., 2002, S. 115; Pabst, Kraus, 2008, S. 44). In den verschiedenen Altersklassen differenzieren sich die Prävalenzen. Dabei gehen die Zahlen für Missbrauch und Abhängigkeit im hohen Lebensalter wieder zurück (vgl. Pabst, Kraus, 2008, S. 44; Pabst et al., 2010, S. 331). Die Gründe hierfür bestehen vor allem darin, dass alkoholranke Menschen häufig ein höheres Lebensalter nicht mehr erreichen oder dass Menschen mit einem schädlichen Alkoholgebrauch diesen mit zunehmendem Alter aufgrund abnehmender Toleranz, reduzieren (vgl. Feuerlein, 2005, S. 44). Dennoch muss der Fokus im Zuge des demografischen Wandels in Zukunft auch auf ältere Menschen mit Alkoholproblemen gerichtet werden (vgl. Gfroerer et al., 2003, S. 131 f.).

Es wird deutlich, dass der Alkoholgebrauch von verschiedenen Faktoren, wie Alter, Geschlecht und/oder sozioökonomischem Status, abhängig ist und beeinflusst wird (vgl. Mensink et al., 2002, S. 115). Insgesamt hat sich der riskante Alkoholkonsum in Deutschland in den letzten Jahren bei beiden Geschlechtern reduziert. Demzufolge hat die Zahl der Menschen, die abstinent leben und einen risikoarmen Konsum betreiben, zugenommen (vgl. Mensink et al., 2002, S. 118; Pabst et al., 2010, S. 331). Ebenso ist auch der Pro-Kopf-Konsum geringer geworden. Dennoch ist der durchschnittliche Alkoholgebrauch immer noch hoch (vgl. Mensink et al., 2002, S. 118). Obwohl sich die Prävalenzzahlen für Missbrauch und Abhängigkeit in den letzten Jahren kaum verändert haben, dürfen sie keinesfalls unterschätzt werden. Dabei ist zu beachten, dass deutlich mehr Männer als Frauen sowohl von einem riskanten Alkoholkonsum als auch von Missbrauch und Abhängigkeit betroffen sind (vgl. Kraus et al., 2011, S. 121).

1.6 Das Erkennen und die Diagnostik von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Die in der alkoholbezogenen Diagnostik eingesetzten Messinstrumente verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen und haben verschiedene Funktionen. Die Ziele der Diagnostik sind die exakte Klassifikation der Erkrankung (vgl. Kap. 1.3.2 und 1.3.3), eine Einschätzung der vorliegenden Schwere und eine spezifische Voraussage über die Behandlung und Motivation des Patienten (vgl. Mörsen, Grüsser, 2007, S. 73; Soyka, 1999, S. 591). Primär sollen

die Konsequenzen des Alkoholkonsums ermittelt und protektive als auch gefährdende Einflüsse für Alkoholabhängigkeit erhoben werden (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 268 f.). Wichtige Erhebungsmethoden in der Alkoholdiagnostik sind, neben den Klassifikationssystemen DSM und ICD, Screening-Verfahren. Die Screening-Verfahren leiten sich dabei nicht unbedingt von den DSM- oder ICD-Kriterien ab (vgl. Mörsen; Grüsser, 2007, S. 74).

Im Allgemeinen werden unter *Screening* zielgerichtete, systematische Maßnahmen verstanden, in deren Rahmen gesunde Menschen mit bestimmten Risikofaktoren untersucht werden. Dadurch soll eine rechtzeitige Therapie eingeleitet und weitere Krankheiten verhindert werden (vgl. Niehoff; Braun, 2003). Das Alkohol-Screening dient zunächst dazu, Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum als auch die Folgeerkrankungen zu identifizieren (vgl. Mörsen; Grüsser, 2007, S. 74). Es geht beim Alkohol-Screening jedoch nicht darum, die unterschiedlichen Kategorien zu differenzieren. Dies geschieht im Folgenden durch die diagnostische Differenzierung auf Basis der DSM-IV- oder ICD-10-Kriterien. Die Informationen des Alkohol-Screenings können auf unterschiedliche Weise bezogen werden (vgl. Soyka; Küfner 2008, S. 273):

- Untersuchung biologischer Marker
- Selbstauskunft
- diagnostisches Interview
- physische Untersuchung
- Auskunft von außenstehenden Personen (z. B. Ehepartner)
- objektive Informationen (z. B. Arbeitsausfälle)
- Analyse des Verhaltens

Hauptsächlich werden dabei Informationen durch Selbstauskünfte und weniger durch Fremdbeurteilung (biologischer Marker, neurologische Symptome) gewonnen. Indes besteht bei Selbstauskünften die Gefahr der Verfälschung, durch die mögliche Neigung der Probanden nicht die Wahrheit zu sagen (vgl. Mörsen; Grüsser 2007, S. 74). Daher ist es notwendig, möglichst sichere Messinstrumente einzusetzen. Screening-Verfahren lassen sich zusammen mit daran anknüpfenden Interventionen als sekundärpräventive Maßnahmen einordnen (vgl. Diehl; Mann, 2005, S. 2246).

Für die Beurteilung der Qualität von Screening-Maßnahmen liegen verschiedene Gütekriterien vor. Die **Objektivität** (Durchführungsobjektivität, Auswertungsobjektivität, Interpretationsobjektivität) eines Tests beschreibt, inwieweit die Testresultate nicht abhängig vom Untersucher sind. Ein

Testverfahren ist objektiv, wenn unterschiedliche Untersucher bei dem gleichen Probanden dasselbe Ergebnis erreichen. Die Objektivität ist ein Gütekriterium, das gut umzusetzen ist (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 195).

Die **Reliabilität** (Retestreliaibilität, Paralleltestreliaibilität, Testhalbierungsreliaibilität, interne Konsistenz) ist die Zuverlässigkeit des Testverfahrens und beinhaltet die Exaktheit der Messfähigkeit eines Tests (vgl. Gordis, 2001, S. 86). Optimal wäre die Reliabilität, wenn ein Test den exakten Wert ohne jeglichen Fehler misst, wobei dies in der praktischen Arbeit kaum umzusetzen ist. Im Allgemeinen muss ein guter Test eine Reliabilität von mehr als 0.80 umfassen. Ab 0.90 wird die Reliabilität als hoch angesehen. Besonders wichtig ist die interne Konsistenz, die immer vorhanden sein sollte (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 199).

Die **Validität** (Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität, Konstruktvalidität) ist das wichtigste Testgütekriterium und beschreibt die Gültigkeit eines Tests. Das heißt, anhand der Validität lässt sich ausmachen, inwieweit ein Test in der Lage ist, das zu messen, was er vorgibt zu messen (z. B. Menschen mit und ohne Krankheit zu differenzieren) (vgl. Gordis, 2001, S. 73). Ist die Reliabilität hoch, bedeutet dies nicht gleichzeitig, dass auch die Validität hoch ist. Die Erhebung der Validität ist komplexer als die der Objektivität und Reliabilität. Die Validität wird durch Korrelationskoeffizienten ausgedrückt, mit einem Wert zwischen null und eins. Je näher der Wert an eins liegt, desto höher ist die Validität. Ab 0.6 wird die Validität als hoch eingeschätzt (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 200). Bestimmt wird die Validität durch die Spezifität und Sensitivität. Die Spezifität ist die Fähigkeit eines Tests gesunde Menschen als tatsächlich gesund zu erkennen (richtig negativ), wohingegen die Sensitivität beschreibt, inwieweit kranke Menschen als tatsächlich krank identifiziert werden (richtig positiv) (vgl. Gordis, 2001, S. 73).

Wichtige statistische Maße von Screening-Tests sind der *positive prädiktive Wert* (Wahrscheinlichkeit wirklich erkrankt zu sein, wenn der Test positiv ist) und der *negative prädiktive Wert* (Wahrscheinlichkeit gesund zu sein, wenn der Test negativ ist) (vgl. Gordis, 2001, S. 80). Außerdem sind ROC-Diagramme (Receiver Operating Characteristic) eine weitere bedeutende Methode. In den ROC-Diagrammen wird die Trennstelle der Skala für unterschiedliche Spezifitäts- und Sensitivitätsmaße dargestellt. Der Cut-off-Wert gibt vor, ab wann ein Proband als krank eingestuft werden soll (vgl. Bortz; Döring 2006, S. 169 f.). Problematisch ist dabei, wenn ein Wert zu hoch angesetzt wird. Dann besteht die Gefahr, dass Probanden fälschlicherweise als krank eingestuft werden, obwohl sie gesund sind. Wird der Wert zu niedrig festgelegt, können möglicherweise Menschen, die tatsächlich erkrankt sind, nicht er-

kannt werden. Kommt es zur Anwendung von verschiedenen Cut-off-Werten, kann daraus eine unterschiedliche Spezifität und Sensitivität resultieren (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 170).

Die Testverfahren, die für die Früherkennung von Alkoholproblemen im hausärztlichen Bereich eingesetzt werden können, sind klinische und biologische Untersuchungen, indirekte Fragebögen, direkte Fragebögen und die Kombination von Selbstangaben und klinischen Untersuchungen (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 62).

1.6.1 Klinische Untersuchungen

Durch klinische Untersuchungen sollen alkoholbedingte, körperliche Abweichungen festgestellt werden. Bei physischen Untersuchungen werden jegliche körperliche Veränderungen, wie z. B. Zustand der Leber, erfasst (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 62).

Für die Erfassung körperlicher Veränderungen liegt die vom französischen Arzt Le Go entwickelte Skala (Le-Go-Grid) vor. Die Skala umfasst sechs Hauptsymptome (u. a. Tremor an Händen/Mund, Auffälligkeiten im Gesicht/Augen) und sechs ergänzende Symptome (u. a. hoher Blutdruck, Lebererkrankungen oder psychische Auffälligkeiten) (vgl. Babor et al., 1985, zit. n. Rumpf et al., 2003d, S. 63). Die Hauptsymptome werden mit 0 bis 5 Punkten bewertet, ab einem Wert von 9 bis 10 Punkten liegt eine Alkoholabhängigkeit vor. Obwohl es eindeutige Merkmale sind, weist das Le-Go-Grid nur eine geringe Validität und Reliabilität auf (Interraterreliabilität: 0.53–0.68) (vgl. Babor et al., 1985, zit. n. Rumpf et al., 2003d).

Ein weiteres Verfahren zur Erfassung klinischer Merkmale stellt der Alcohol Clinical Index dar. Dieser wurde 1986 von Skinner, Holt, Sheu und Israel konzipiert und umfasst 17 klinische Symptome (z. B. hoher Blutdruck, auffällige Gesichtsfarbe, Tremor, Erkrankungen der Leber, Zunge oder Hände) und 13 Items aus der Anamnese (z. B. Traumata, Depressionen, sexuelle Probleme, Halluzinationen) (vgl. Skinner et al., 1986, S. 1705). Skinner et al. (1986) untersuchten insgesamt drei Gruppen: 131 ambulante Patienten mit Alkoholproblemen, 131 soziale Trinker (nicht mehr als sieben Drinks pro Woche, 95 g Ethanol und nicht mehr als zwei Drinks pro Anlass, 27 g Ethanol) und 52 Patienten aus einer Arztpraxis (vgl. Skinner et al., 1986, S. 1703). Die klinische Untersuchung wie auch die Anamnese zeigten eine höhere Treffergenauigkeit als Laboruntersuchungen. Bei der Differenzierung von ambulanten Patienten mit Alkoholproblemen und

sozialen Trinkern betrug die Sensitivität bei den klinischen Merkmalen 73 %, die Spezifität 94 % und die Gesamttrefferquote lag bei 85 % (vgl. Skinner et al., 1986, S. 1705). Die Anamnese zeigte eine Sensitivität von 92 %, eine Spezifität von 84 % und eine Gesamttrefferquote von 88 %. Für die Labormarker betrug die Werte 71 %, 90 % und 71 %. Bei der Differenzierung von Patienten mit und ohne Alkoholproblem zeigten klinische Merkmale (93 %) und die Anamnese (90 %) eine höhere Sensitivität als die Labormarker (84 %) (vgl. Skinner et al., 1986, S. 1705). Allerdings weisen Rumpf et al. (2003d) darauf hin, dass es wenige weitere Studien gibt, die den Alcohol Clinical Index validiert haben. Obwohl es eindeutige, nicht verfälschbare körperliche Merkmale sind, raten die Autoren aufgrund der geringen Validität und Reliabilität vom alleinigen Einsatz des Testverfahrens ab (Rumpf et al., 2003d, S. 64).

1.6.2 Biologische Testverfahren

Im Rahmen biologischer Untersuchungen werden bestimmte Parameter im Blut überprüft. Riskanter, missbräuchlicher oder abhängiger Alkoholkonsum lässt sich durch die Veränderungen bestimmter Marker im Blut nachweisen. Folgende Marker sind dabei relevant (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 64 f.):

- Gamma-Glutamyl-Transferase (GGT)
- mittlere Zellvolumen der roten Blutkörperchen (MCV)
- Carbohydrat Deficient Transferrin (CDT)
- Aspartat-Aminotransferase (AST)
- Alanin-Aminotransferase (ALT)

Hietala et al. (2006) haben die Kombination der GGT-CDT-Marker mit den anderen konventionellen Markern bei Individuen mit unterschiedlichem Trinkverhalten verglichen. Es wurden 165 Personen mit schwerem Alkoholkonsum (40–540 g Ethanol pro Tag) und 86 Personen mit moderatem Konsum ($n = 51$) und Abstinenz ($n = 35$) untersucht. Bei Personen mit schwerem Alkoholkonsum erreichte die Markerkombination GGT-CDT eine Sensitivität von 90 %. Die Sensitivität der einzelnen Marker betrug für CDT 63 %, für GGT 58 %, für MCV 45 %, für AST 47 % und für ALT 50 %. Für beide Geschlechter lag eine erhöhte Sensitivität vor. Die Spezifität war in etwa identisch (GGT-CDT: 98 %, GGT: 99 %, CDT: 98 %) (vgl. Hietala et al., 2006, S. 529 f.).

Berner et al. (2006a) überprüften ebenfalls die Kombination der Marker CDT und GGT. Von 58 Hausärzten aus zwei Städten in Südwest-Deutsch-

land (Freiburg und Tübingen) wurden Daten von 2.496 Patienten ausgewertet. Die Abgabe einer Blutprobe wurde mit zwei Methoden kombiniert. Zum einen wurde der AUDIT-Fragebogen ausgefüllt (QUEVER) und zum anderen wurde die fachliche Beurteilung durch den Hausarzt herangezogen (DOVER) (vgl. Berner et al., 2006a, S. 1373). Auch hier zeigte die Markerkombination eine Überlegenheit im Vergleich zu den einzelnen Markern. Bei der ROC-Analyse betrug die AUC (area under the curve) 78,8 % für die DOVER-Methode, 80,6 % für die QUEVER-Methode und 75,4 % für die CDT-GGT-Kombination. Auch wenn die Kombination hinsichtlich Spezifität und Sensitivität den einzelnen Markern überlegen war, so wird auch die Überlegenheit des AUDIT deutlich (vgl. Berner et al., 2006a, S. 1374 f.).

Bei biologischen Markern besteht die Gefahr der Beeinflussung durch andere Faktoren. Konventionelle Marker (GGT, AST, ALT und MCV) besitzen eine unzureichende Spezifität und Sensitivität (vgl. Arndt, 2011, S. 42; Conigrave et al., 2003, S. 36). Der GGT-Marker dient als Parameter für die Leberfunktion und ist darüber hinaus auch in den Nieren, im Gehirn und im Herz aufzufinden. Außerdem kann Rauchen oder Übergewicht eine Erhöhung des Werts begünstigen. Das macht deutlich, dass dieser Marker nicht spezifisch genug ist und nicht als alleiniger Parameter für Alkoholkonsum herangezogen werden kann (vgl. Conigrave et al., 2003, S. 36). Ähnliches gilt für den AST- und ALT-Wert. Der ALT-Wert ist in fast allen Organen (Lunge, Milz, Skelettmuskulatur, Herzmuskel, Pankreas) vorhanden und kann auch ein Indikator für eine Erkrankung dieser Organe sein (vgl. Arndt, 2011, S. 423 f.). Ebenfalls ist das Enzym AST in Organen wie Niere, Milz, Lunge und dem Herzmuskel aufzufinden und wird durch Faktoren wie Übergewicht, Muskelerkrankungen und Kaffeekonsum beeinflusst. Der ALT- und der AST-Wert weisen nur eine geringe Validität auf (vgl. Arndt, 2011, S. 423; Conigrave et al., 2003, S. 35 f.). Desgleichen weist der MCV-Wert eine schlechte Validität auf. Dieser wird durch Medikamenteneinnahme, Vitamin B12- und Folsäuremangel oder Rauchen verändert (vgl. Arndt, 2011, S. 424; Conigrave et al., 2003, S. 37). Die Spezifität biologischer Untersuchungen wird durch andere Krankheiten stark beeinflusst. Somit sind die Marker nicht als alleiniges Screening-Instrument einsetzbar (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 65). Außer bei der Markerkombination CDT-GGT zeigen alle anderen Marker eine geringe Validität. Zudem sind biologische Marker (MCV, GGT, ALT, AST) in ihrer Sensitivität direkten Fragebögen (CAGE und AUDIT) deutlich unterlegen (vgl. Aertgeerts et al., 2001, S. 208 ff.).

1.6.3 Indirekte Fragebögen

Indirekte Fragebögen dienen dazu, möglichst ehrliche Antworten der Probanden zu bekommen. Für die Befragten sind diese Fragebögen nicht durchschaubar, da sie ein ehrliches Antwortverhalten fördern sollen. Bei direkten Fragen nach Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit tendieren Personen teilweise zu einem bestimmten, nicht ehrlichem Antwortverhalten (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 65).

Die Trauma-Skala stellt ein indirektes Fragebogenverfahren dar. Sie wurde von Skinner et al. (1984) entwickelt und ist eine indirekte Methode zur Erhebung von Alkoholproblemen. Die deutsche Version ist zusammengefasst von Rumpf et al. (2003c) im elektronischen Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) zu finden (vgl. Rumpf et al., 2003c). Die Trauma-Skala besteht demnach aus fünf dichotomen Items (u. a. Vorhandensein von Kopfverletzungen und Knochenbrüchen, Verrenkung eines Gelenks usw.). Die Fragen beziehen sich primär auf physische Traumata und weniger direkt auf Alkoholkonsum. Lediglich eine Frage richtet sich auf den Alkoholkonsum (vgl. Rumpf et al. 2003c). Es liegen nur wenige Studien zur Validität der Trauma-Skala vor. Goldnadel Monteiro et al. (1986) haben die Trauma-Skala an 218 Personen brasilianischer Abstammung hinsichtlich Spezifität und Sensitivität getestet (vgl. Goldnadel Monteiro et al., 1986, S. 287). Die Trauma-Skala erreichte eine Spezifität von 66 % und eine Sensitivität von 81 %. Im Vergleich zu anderen Messinstrumenten wie dem CAGE-Fragebogen (Sensitivität 88 %, Spezifität 83 %) zeigte die Trauma-Skala sich als weniger valide (vgl. Goldnadel Monteiro et al., 1986, S. 289). Ebenfalls konstatieren Rumpf et al. (2003c) eine geringe Reliabilität (Cronbachs Alpha 0.57) und Validität (Sensitivität 0.59, Spezifität 0.74) für die Trauma-Skala (vgl. Rumpf et al., 2003c). Ein alleiniger Einsatz der Trauma-Skala als Screening-Instrument für Alkoholismus ist demnach fragwürdig (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 67).

Die MacAndrew-Skala stellt eine weitere indirekte Screening-Methode dar (vgl. MacAndrew, 1965, S. zit. n. Rumpf et al., 2003d, S. 66). Basis dieser Skala ist der Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Die MacAndrew-Skala besteht insgesamt aus 49 Items (MacAndrew 1965, zit. n. Rumpf et al., 2003d, S. 66). Gottesman und Prescott (1989) haben 74 Studien zur MacAndrew-Skala im Zeitraum von 1976 bis 1987 mit verschiedenen Item-Anzahlen (20, 49 und 51) untersucht. Der Cut-off-Wert der MacAndrew-Skala liegt bei 24. (vgl. Gottesman; Prescott, 1989, S. 224). Je niedriger der Cut-off-Wert ist, desto höher fällt die Sensitivität aus. Bei dem klassischen Cut-off-Wert von 24 beträgt die Sensitivität 81,4 % und die

Spezifität 56,4 % (vgl. Gottesman; Prescott, 1989, S. 228). Besonders bei Frauen und jungen Erwachsenen zeigt sich eine nur geringe Validität. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Items der MacAndrew-Skala zu unspezifisch sind für die Erhebung von Alkoholproblemen. Die MacAndrew-Skala sollte ebenfalls nicht als einziges Screening-Instrument eingesetzt werden (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 66).

1.6.4 Direkte Fragebögen

Es gibt eine Vielzahl direkter, standardisierter Fragebögen zur Erfassung von Alkoholproblemen. Durch direkte Fragebögen können die Selbstausskünfte der Probanden positiv beeinflusst werden (vgl. Aertgeerts et al., 2001, S. 215).

Der Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) stellt ein direktes Fragebogenverfahren dar. Der MAST wurde von Selzer (1971) entwickelt. Die deutsche Version des MAST (MAST-G) findet sich im EHES wieder (vgl. Rumpf et al., 2003b). Der MAST besteht aus 25 dichotomen Items und umfasst Fragen bzgl. des Vorhandenseins von Missbrauchs- und Abhängigkeitsanzeichen, Folgen des Alkoholgebrauchs und die Selbstbeurteilung des Alkoholkonsums. Darüber hinaus liegen zwei Kurzformen des MAST vor, der Brief MAST (BMAST), der zehn Items beinhaltet, und der Short MAST (SMAST), bestehend aus 13 Items (vgl. Rumpf et al., 2003b). Zur Bewertung der Validität und Reliabilität liegt ein Review von Storgaard et al. (1994) vor. Eingeschlossen wurden 20 Studien; die meisten nutzten als diagnostische Methode die DSM-II- und DSM-III-Kriterien. Für den positiven prädiktiven Wert ergab sich eine Spannweite von 0.24–0.96, für den negativen prädiktiven Wert eine Spannweite von 0.78–~1 (vgl. Storgaard et al., 1994, S. 498). Mit Ausnahme einer Studie lag eine hohe Sensitivität (0.57–~1) vor. Die Spezifität lag bei 0.36–0.96. Es wurde eine hohe Retestreliabilität (0.84–0.97) ermittelt. Die Fähigkeit des MASTs, zwischen Menschen mit und ohne Alkoholproblemen zu unterscheiden, hängt davon ab, wie die Diagnose bestimmt wurde (vgl. Storgaard et al., 1994, S. 498). Das Problem bei vielen Studien sind die unterschiedlichen Definitionen von Alkoholproblemen. Ein niedriger positiver prädiktiver Wert könnte dadurch begründet sein, dass Diagnosemethoden, mit denen der MAST verglichen wurde, die Prävalenz von Alkoholproblemen unterschätzen (vgl. Storgaard et al., 1994, S. 500). Allerdings ist der MAST für den Einsatz in der klinischen Praxis zu lang (vgl. Dhalla; Kopec, 2007, S. 38). Für den Einsatz im hausärztlichen Bereich könnte es zum Einsatz des BMAST oder SMAST kommen. Diese

sind hinsichtlich der Validität durchaus vergleichbar mit dem MAST. Im Rahmen der Entwicklung eines neuen Screening-Instruments ermittelten Rumpf et al. (1997) in einem Krankenhaus-Sample eine Sensitivität des SMAST von 0.78 (MAST 0.78) und eine Spezifität von 0.93 (MAST = 0.94) (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 896).

Der CAGE-Fragebogen (vgl. Ewing, 1984, S. 1905) besteht aus vier Fragen, wobei die Anfangsbuchstaben der vier Fragen, den Namen CAGE bilden, **C**ut down on drinking, **A**nnoyed by criticism, **G**uilty feeling, **E**ye opener. Die deutsche Fassung des CAGE ist im EHES vorzufinden (vgl. Rumpf et al., 2003a). Der CAGE ist ein sehr kurzes Erhebungsinstrument zur Feststellung von alkoholbedingten Erkrankungen und basiert auf Selbstangaben (vgl. Rumpf et al., 2003a). Rumpf et al. (1997) überprüften die Validität der deutschen Fassung, CAGE-G, anhand von drei Stichproben. Das erste Sample bestand aus neu aufgenommenen Patienten ($n = 1.167$) in einem Lübecker Krankenhaus, das zweite Sample umfasste Patienten ($n = 774$) aus zwölf Arztpraxen in Lübeck und das dritte Sample bestand wiederum aus Patienten ($n = 436$) desselben Krankenhauses in Lübeck (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 895). Im ersten Sample betrug die Sensitivität des CAGE 0.72 und die Spezifität 0.93, im zweiten Sample lag die Sensitivität bei 0.53 und die Spezifität bei 0.93 und dritten Sample wurde eine Sensitivität von 0.72 und eine Spezifität von 0.91 erreicht. Die Reliabilität war in Ordnung (Cronbachs Alpha: erstes Sample 0.79, zweites Sample 0.72, drittes Sample 0.72) (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 896). In einer Übersichtsarbeit ($n = 19$ Studien) von Dhalla und Kopec (2007) wurde eine hohe Retestreliabilität (0.80–0.95) für den CAGE ermittelt. Die durchschnittliche Sensitivität aller Studien betrug 0.71, die durchschnittliche Spezifität 0.90 (vgl. Dhalla; Kopec, 2007, S. 36). Der CAGE zeigte eine hohe Validität im Erkennen von Alkoholabhängigkeit. Allerdings ist der CAGE-Fragebogen weniger gut als Screening-Instrument für schweren und riskanten Alkoholkonsum geeignet. Darüber hinaus weist er insgesamt im Krankenhaus eine bessere Sensitivität als in Arztpraxen auf (vgl. Dhalla; Kopec, 2007, S. 36, Rumpf et al., 1997, S. 897). Zusammenfassend weist der CAGE insgesamt eine gute Sensitivität und Spezifität, besonders im Erkennen von Alkoholabhängigkeit, auf. Obwohl er aufgrund seiner Länge optimal für den hausärztlichen Bereich geeignet ist, gilt dennoch ein bedachter Einsatz.

Der AUDIT wurde 1989 von der WHO entwickelt (vgl. Babor et al., 1989, S. 142). Ziel war es in erster Line, ein standardisiertes Instrument zu entwickeln, das Ärzte dabei unterstützen soll, Menschen mit einem riskanten, missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsum zu identifizieren

(vgl. Babor et al., 2001, S. 5). Der AUDIT wurde speziell für den Einsatz im Bereich der primären Versorgung entwickelt und besteht aus zehn Fragen bzgl. des momentanen Alkoholkonsums und der Anzeichen für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (vgl. Babor et al., 2001, S. 5). Validiert wurde er in sechs Ländern und ist somit auch international anwendbar. Die Basis bilden Selbstangaben, wobei der AUDIT auch durch eine klinische Untersuchung ergänzt wird, die sich allerdings aufgrund geringerer Validität nicht etabliert hat (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 75). Es gibt zwei verschiedene deutsche Versionen (Lübecker und Münsteraner), die sich durch unterschiedliche Formulierung der Items auszeichnen (vgl. Rumpf et al., 2003e). Allen et al. (1997) haben Studien bewertet, die nicht im Rahmen des WHO-Test-Konstruktionsprojekts durchgeführt wurden. Im direkten Vergleich zu den ICD-10- und DSM-III-Kriterien lag bei einem Cut-off-Wert von acht eine relativ gute Sensitivität (38–96 %) und Spezifität (66–100 %) vor (vgl. Allen et al., 1997, S. 615). Allerdings variierten Cut-off-Werte der Studien von 2–15. Der AUDIT ist für beide Geschlechter einsetzbar. Bezüglich der Reliabilität weisen die ersten drei Fragen die höchste Item-Gesamtkorrelation auf. Im Vergleich zu anderen Messinstrumenten zeigt der AUDIT eine gute Validität, teilweise sogar eine bessere (vgl. Allen et al., 1997, S. 615). Fiellin et al. (2000) begutachteten 38 Studien. Sie fanden heraus, dass riskanter Alkoholkonsum (Männer > 14 Standard-drinks pro Woche oder > 4 Standarddrinks bei einer Gelegenheit, Frauen > 7 Standarddrinks pro Woche oder > 3 Standarddrinks bei einer Gelegenheit) am effektivsten mithilfe des AUDIT aufgedeckt werden (Sensitivität 51–97 %, Spezifität 78–96 %) (vgl. Fiellin et al., 2000, S. 1982).

Es liegt eine Kurzversion des AUDIT, der AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption), vor. Diese beinhaltet die ersten drei Fragen des AUDIT-Fragebogens (vgl. Bradley et al., 2007, S. 1208). Bradley et al. (2007) ermittelten beim Vergleich von Screening-Fragebögen mit standardisierten Interviews (n = 1.319), dass der AUDIT-C sich genauso gut einsetzen lässt wie der AUDIT. Der AUDIT-C ist Selbstauskünften und dem erweiterten CAGE-Fragebogen signifikant überlegen (vgl. Bradley et al., 2007, S. 1214). Insgesamt zeigen sowohl der AUDIT als auch der AUDIT-C eine gute Validität und Reliabilität und lassen sich sowohl gut für die Entdeckung von riskantem und missbräuchlichem Konsum, als auch für Alkoholabhängigkeit einsetzen. Einzig kritisch zu sehen sind die mangelnden Cut-off-Richtwerte (Rumpf et al., 2003d, S. 76).

Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) wurde 1997 von Rumpf, Hapke, Hill und John entwickelt. Die Basis des LAST bilden zwei Items aus dem CAGE und fünf Items aus dem

MAST. Der LAST beruht auf Selbstangaben (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 896). Die Validität und Reliabilität wurde anhand von drei Stichproben überprüft. Die Samples entsprechen den vorangegangenen drei Samples zur Validierung des CAGE-Fragebogens (1. Sample: Krankenhaus Lübeck n = 1.167, 2. Sample: Arztpraxis n = 774, 3. Sample Krankenhaus Lübeck n = 436). Der LAST wurde dabei mit dem CAGE, dem SMAST und dem MAST verglichen (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 895). Letztendlich erfüllten sieben Items am ehesten die Kriterien für Validität. Im ersten Sample wurde unter der Anwendung der ICD-10- und DSM-III-Kriterien als Goldstandard für den LAST (0.82) eine höhere Sensitivität als für den CAGE (0.72), den SMAST (0.78) und den MAST (0.78) ermittelt. Zwischen dem LAST und dem CAGE waren die Unterschiede signifikant (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 896). Die Spezifität war etwas geringer (LAST 0.91, CAGE 0.93, SMAST 0.93, MAST 0.94). Im zweiten Sample zeigte sich der LAST (0.63) ebenfalls überlegen und hatte eine signifikant höhere Sensitivität als der CAGE (0.53) und der SMAST (0.48). Die Spezifität war in etwa vergleichbar (LAST 0.93, CAGE 0.93, SMAST 0.95) (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 896). Im dritten Sample war der LAST (0.87) ebenso sensitiver als der CAGE (0.72); bzgl. der Spezifität war der CAGE (0.91) überlegener im Vergleich zum LAST (0.88). Die Reliabilität lag in allen drei Samples eng beieinander, wobei der SMAST bzw. MAST dem LAST leicht überlegen waren. Anhand dieser Werte wird deutlich, dass der LAST ein adäquates und gutes Screening-Instrument darstellt, um Patienten mit Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit zu identifizieren (vgl. Rumpf et al., 1997, S. 897).

Für die spezifische Zuweisung von Patienten in entsprechende Behandlungen empfiehlt sich der Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE). Im Sinne des Stepped-Care-Ansatzes können Patienten durch den MATE in entsprechend intensive Behandlungen weitergeleitet werden (vgl. Buchholz et al., 2009, S. 220). Der MATE ist ein reliables und valides Instrument, um den Alkoholkonsum und physische wie psychische Folgen einzuordnen (vgl. Buchholz et al., 2009, S. 224 f.).

Direkte Fragebogenverfahren sind eine gute Methode, sowohl um riskanten und missbräuchlichen Alkoholkonsum als auch Alkoholabhängigkeit zu identifizieren. Strukturierte Instrumente (wie direkte Fragebögen) zeigen eine höhere Aufdeckungsrate im Vergleich zu klinischen Untersuchungen und biologischen Markern (vgl. Fiellin et al., 2000, S. 1987).

1.6.5 Kombination direkter Fragebögen und klinischer Untersuchung

Erhebungsinstrumente, die sowohl Selbstangaben als auch klinische Untersuchungen umfassen, sind der Münchner Alkoholismus Test (MALT) und der ScreeT-9. Diese Verfahren haben den Nutzen, dass die gute Sensitivität von Selbstangaben und die Objektivität von klinischen Merkmalen miteinander verbunden werden (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 82).

Der MALT (vgl. Feuerlein et al., 1999, zit. n. Kürfner; Brandes, 2003) findet sich im EHES wieder (vgl. Kürfner; Brandes, 2003). Er dient der Bestimmung von Alkoholabhängigkeit und besteht aus einem Fremdbeurteilungsteil (MALT-F) und einem Selbstbeurteilungsteil (MALT-S). Der MALT-F basiert auf Labor- und neurologischen Untersuchungen und beinhaltet sieben Items, der MALT-S 24 Items. Hervorzuheben ist, dass der MALT auch klinische Merkmale miteinbezieht. Die Validität für den MALT liegt bei 0.85 (vgl. Feuerlein et al., 1999, zit. n. Kürfner; Brandes, 2003).

Primäres Ziel des „Screening Test mit 9 Items“ (ScreeT-9) ist die Differenzierung bzw. die Unterteilung in drei Gruppen mit schädlichem Konsum, Abhängigkeit und normalem Konsum (vgl. Richter et al., 2003, o. S.). Die neun Items setzen sich aus fünf halbstrukturierten Interviewfragen und vier objektiven Parametern (biologische und klinische Marker) zusammen. Die Zielgruppe sind vor allem Patienten aus dem Bereich der primären Versorgung und Krankenhauspatienten. Hinsichtlich der Reliabilität liegen keine weiteren Daten vor. Für die Identifizierung von Normaltrinkern und Alkoholabhängigen zeigt sich eine gute Validität, weniger jedoch für riskante Alkoholkonsumenten (vgl. Richter et al., 2003, o. S.).

1.6.6 Diagnostik im hausärztlichen Bereich

Dem hausärztlichen Bereich steht eine Vielzahl alkoholbezogener, diagnostischer Testverfahren zur Verfügung. Auf den ersten Blick bietet sich eine Diagnostik auf Grundlage klinischer und biologischer Merkmale an. Der physische Zustand der Patienten wird regelmäßig kontrolliert und viele Daten liegen bereits beim Hausarzt vor und bringen somit wenig Aufwand mit sich (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 84). Sowohl Laborparameter als auch physische Merkmale sind objektiv, d. h., sie sind nicht veränderbar und lassen sich durch die Patienten nicht abstreiten. Allerdings weisen klinische und biologische Testverfahren eine geringe Validität auf (vgl. Kap. 1.6.1 und 1.6.2) und sind Verfahren mit direkten Fragebögen deutlich unterlegen (vgl. Aertgeerts et al., 2001, S. 215).

Direkte Fragebögen haben die höchste Spezifität und Sensitivität im Vergleich zu indirekten Fragebögen, Laborparametern und klinischen Merkmalen, auch wenn sie auf Selbstangaben beruhen und dadurch Verfälschungen möglich sind (vgl. Rumpf et al., 2003d, S. 85). Ebenso können direkte Fragebögen ein Anknüpfungspunkt für ein Gespräch oder eine Interventionsmaßnahme sein. Verfahren, die die Beteiligung der Betroffenen voraussetzen, gehen oftmals fließend in Interventionsmaßnahmen über (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 297 ff.). Dabei ist es wichtig, dem Patienten das Ergebnis nicht als Vorwurf zu offenbaren, sondern ihn die Situation des Alkoholkonsums selbst beurteilen zu lassen. Dadurch kann ein bereitwilligeres und ehrliches Antwortverhalten erzielt werden (vgl. Diehl; Mann, 2005, S. 2246). Allerdings müssen sich Verfahren mit direkten Fragebögen auch in den täglichen Ablauf des hausärztlichen Bereichs integrieren lassen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, welches Ziel mit dem Einsatz diagnostischer Instrumente verfolgt wird; so ist der CAGE weniger gut geeignet, um riskanten oder missbräuchlichen Alkoholkonsum zu diagnostizieren (vgl. Kap. 1.6.4). Gut geeignet für den hausärztlichen Bereich, aufgrund seiner Länge und guten Validität, ist die Kurzversion des AUDIT: der AUDIT-C (vgl. Aertgeerts et al., 2001, S. 215; Diehl, Mann, 2005, S. 2246). Der MATE eignet sich sehr gut, um Patienten in entsprechende Maßnahmen weiterzuleiten. Im besten Falle sollten immer mehrere Informationsquellen als diagnostische Grundlagen herangezogen werden (vgl. Soyka; Küfner, 2008, S. 273 ff.).

2 Intervention bei riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Trotz zunehmender Verbesserungen der Behandlungsangebote für alkoholranke Menschen gibt es weiterhin enorme Defizite in der Versorgung. Im folgenden Kapitel soll zunächst ein Überblick über die Inanspruchnahme der Suchthilfe gegeben werden. Anknüpfend wird der Begriff Kurzintervention definiert und zur Kurzzeittherapie abgegrenzt. Weiterhin werden effektive Kurzinterventionen vorgestellt; hier wird insbesondere die motivierende Gesprächsführung in den Fokus gerückt.

2.1 Inanspruchnahme der Suchthilfe

Obwohl das deutsche Suchthilfesystem hervorragend ausgebaut und zu den umfassendsten auf europäischer Ebene zählt (vgl. Steppan et al., 2011, S. 3), wird ein Großteil alkoholkranker Menschen nicht erreicht (vgl. Bischof et al., 2003, S. 49). Zum Suchthilfesystem lassen sich ambulante Einrichtungen (Beratungs- und Behandlungsstellen und Fachambulanzen) und stationäre Einrichtungen (teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen) zählen (vgl. Steppan et al., 2011, S. 6). Obwohl in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen der Behandlungsangebote (ambulant und stationär) für alkoholranke Menschen zu verzeichnen sind, gibt es Mängel in der Versorgung (vgl. Wienberg, 2009, S. 32 f.). Bisher wird durch das System zu wenig berücksichtigt, dass unter den Menschen mit einer Alkoholproblematik verschiedene Zielgruppen mit verschiedenen Bedürfnissen zu differenzieren sind. Diejenigen, die von sich aus Hilfe in Anspruch nehmen, stellen nur einen kleinen Teil der Zielgruppe dar. Zudem fehlt eine umfassende Vernetzung der einzelnen Einrichtungen. Der Großteil der alkoholkranken Menschen erhält oft viel zu spät oder gar keine Hilfe, denn das System ist für viele nicht transparent und die Zugangsschwellen zu Hilfen sind zu hoch. Außerdem werden im hausärztlichen Bereich Alkoholprobleme oft nicht erkannt (vgl. Wienberg, 2009, S. 33 ff.).

In Deutschland mangelt es an Daten zur Beschreibung der Versorgungssituation (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 10). Rumpf et al. (2000) liefern mit Ergebnissen aus der TACOS Studie einzig Daten zur Inanspruchnahme des Suchthilfesystems. In der Querschnittstudie wurde eine Zufallsstichprobe von 6.447 Personen (Response $n = 4.075$) in Lübeck und Umgebung gezogen (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 10).

Tabelle 2.1: Inanspruchnahme der Suchthilfe (Rumpf et al., 2000, S. 12)

	aktual Alkoholabhängige	Lebenszeit Alkoholabhängige	remittierte Alkoholabhängige
kein Kontakt zur Suchthilfe	71 %	59 %	53 %

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit wurden mittels einer computer-gestützten Befragung auf Basis der DSM-IV Kriterien, dem M-CIDI (Münchener Composite International Diagnostic Interview) erhoben. Personen, die von Alkoholmissbrauch über die Lebenszeit betroffen sind, weisen eine sehr geringe Inanspruchnahme der Suchthilfe auf. Von den Angeboten der Suchthilfe wurde die ärztliche Beratung mit 5,4 % von Menschen mit einem missbräuchlichen Alkoholkonsum am meisten genutzt. Von den aktual Alkoholabhängigen (nach DSM-IV-Kriterien) hatten 71 % keinerlei Kontakte zu suchtspezifischen Hilfen (vgl. Tab. 2.1). Bei den Alkoholabhängigen über die Lebenszeit (Vorliegen von drei DSM-IV-Kriterien in einem Zeitfenster von zwölf Monaten jemals im Leben) hatten 59 % noch nie Kontakt und bei den remittierten Alkoholabhängigen (kein Vorhandensein der Kriterien in den vergangenen zwölf Monaten, aber zu einem anderen Lebenszeitpunkt) wiesen 53 % keinerlei Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen auf (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 12).

Als primäre Ursache für die Nicht-Inanspruchnahme wurde benannt, dass der Alkoholkonsum nicht als problematisch empfunden werde. Zusätzlich gaben viele an, selbstständig damit fertig zu werden. Zugleich zählte zu den meist genannten Gründen, dass keine Einsicht bestehe und keine Hilfe gebraucht werde. Als weniger schwerwiegend wurden Ursachen bewertet wie z. B. es falle schwer über Probleme zu reden, es sei ein zu hoher Kraft- und Zeitaufwand oder die Behandlung bringe nichts. Keine große Rolle bei der Nicht-Inanspruchnahme spielt hingegen mangelndes Wissen über Hilfsmöglichkeiten. Dieser Grund wurde am wenigsten benannt (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 13). Rumpf et al. (2000) ermittelten allerdings, dass, bezogen auf die letzten zwölf Monate, 80 % der Alkoholabhängigen und 67,4 % der Personen mit Alkoholmissbrauch mindestens einmal Kontakt zu einem Hausarzt oder einem Internisten hatten. 92,7 % der Alkoholabhängigen und 95,3 % der Alkoholmissbrauchenden hatten wenigstens einmal Kontakt zu irgendeiner medizinischen Einrichtung (Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt, Krankenhausaufenthalt usw.) (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 13). Ein mangelndes Problembewusstsein vieler alkoholkranker

Menschen kann ebenfalls auf Grundlage der Daten der Deutschen Suchthilfestatistik vermutet werden (vgl. Steppan et al., 2011, S. 30).

Geht es um die Vermittlung ins Hilfesystem, ist die Anzahl der Selbstmelder bei Alkohol eher gering (33 % Selbstmelder in ambulanten Einrichtungen, 6 % Selbstmelder in stationären Einrichtungen). Die Vermittlung durch ärztliche/psychotherapeutische Praxen machen momentan nur 5,9 % in ambulante Hilfen und 3,1 % in stationäre Hilfen aus (vgl. Steppan et al., 2011, S. 30). Aufgrund eines geringen Leidensdrucks und fehlender Hoffnungslosigkeit suchen viele alkoholranke Menschen nicht den Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen (vgl. Steppan et al., 2011, S. 30). Die bestehende Versorgungsstruktur setzt voraus, dass Menschen mit Alkoholproblemen selbst aktiv werden; dies ist bei fehlendem Problembewusstsein allerdings kritisch.

Es zeigt sich also, dass es zurzeit keine angemessene Versorgung von alkoholkranken Menschen in Deutschland gibt. Hinsichtlich der Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme wird deutlich, dass besonders Interventionen entwickelt und eingeleitet werden müssen, die daran anknüpfen, überhaupt ein Problembewusstsein zu schaffen (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 14). Im Sinne des Transtheoretischen Modells (TTM) (vgl. Kap. 2.2.1) muss demnach berücksichtigt werden, dass vielen Menschen gar nicht bewusst ist, dass ein Alkoholproblem besteht. Zusätzlich müssen Früherkennung und Interventionen verstärkt auf hausärztlicher Ebene etabliert werden, da hier die meisten Kontakte bestehen (vgl. Rumpf et al., 2000, S. 14). Rumpf et al. (2000) folgern zudem, dass ein verbesserter Zugang zu Menschen mit Alkoholproblemen geschaffen werden muss und dass eine Versorgung in Form des Stepped-Care-Ansatzes sinnvoll wäre. Dieser umfasst zunächst eine Intervention, die einfach und leicht umsetzbar ist. Bleibt diese ohne Wirkung, wird das Ausmaß der Intervention gesteigert (vgl. Bower; Gilbody, 2005, S. 11).

2.2 Kurzintervention

Im Allgemeinen werden Interventionen, zusammen mit Screening-Verfahren, dem Bereich der sekundären Prävention zugeordnet. Durch Interventionen sollen Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen reduziert bzw. einer Erschwerung der Erkrankung oder weiterführenden Krankheitsbeschwerden entgegengewirkt werden. Entscheidend ist, dass Interventionen möglichst frühzeitig angesetzt werden, um Folgeschäden zu vermeiden (vgl. Niehoff; Braun, 2003). Besonders Kurzinterventionen

gewinnen immer mehr an Bedeutung, da sie kostengünstig und effektiv sind (vgl. Kap. 2.2.3). Gerade beim zeitlich straffen Arbeitsablauf in Hausarztpraxen ist es sehr wichtig, dass Interventionen kurz und einfach handhabbar sind (vgl. Babor; Higgins-Biddle, 2001, S. 11).

2.2.1 Erklärungsansatz für Verhaltensänderung: das Transtheoretische Modell

Um wirksame Interventionen einleiten zu können, gilt es zunächst, die Grundlage menschlicher Verhaltensänderung nachzuvollziehen. Daran anknüpfend können Maßnahmen entwickelt werden, die auf eine Änderung des Verhaltens abzielen (vgl. Keller et al., 1999, S. 17). Das Transtheoretische Modell (TTM), entwickelt von Prochaska und DiClemente, stellt ein Konstrukt zur Erläuterung und Begründung von Verhaltensänderungen dar und umfasst Inhalte verschiedenster Theorien zur Verhaltensänderung des Menschen (vgl. Prochaska; DiClemente, 1982, zit. n. Miller; Rollnick, 1999, S. 30). Keller et al. (1999) haben die Grundsätze des TTM zusammengefasst. Die Grundannahme des TTM basiert darauf, dass die Veränderung des Verhaltens auf dem Absolvieren verschiedener Stufen beruht. Die einzelnen Stufen werden zumeist nicht nur einmal, sondern öfter durchlaufen, bis es zu einem beständigen Wandel kommt (vgl. Keller et al. 1999, S. 18 f.). Insgesamt gibt es sechs verschiedene Stadien (vgl. Abb. 2.1).

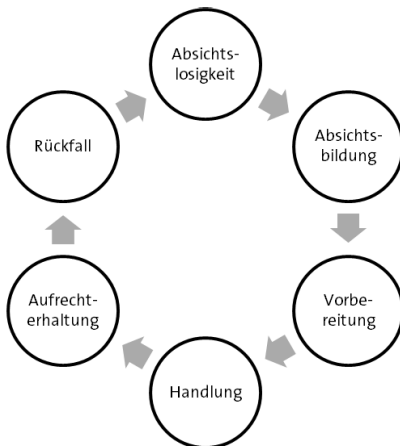


Abbildung 2.1: Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Prochaska; DiClemente, 1982, zit. n. Miller; Rollnick, 1999, S. 31)

Die einzelnen Stadien zeichnen sich wie folgt aus (vgl. Prochaska; DiClemente, 1982, zit. n. Miller; Rollnick, 1999, S. 31 ff.):

- Absichtslosigkeit: Es ist noch kein Problembewusstsein vorhanden
- Absichtsbildung: Abwägung von Soll- und Istzustand bzw. Vor- und Nachteilen
- Vorbereitung: Erste Anzeichen für Offenheit zur Veränderung
- Handlung: Aktive Handlung, Verhalten wird geändert
- Aufrechterhaltung: Veränderung wird stabilisiert
- Rückfall: Nach einem Rückfall werden alle Stadien wieder von vorne durchlaufen

Demnach ist Verhaltensänderung ein aktiver Vorgang, der alleine durch die Entscheidungen der einzelnen Person bestimmt wird. Die einzelnen Stufen unterliegen sowohl Veränderungsprozessen, zeichnen sich allerdings auch durch Beständigkeit aus (vgl. Keller et al. 1999, S. 18). Das bedeutet, dass es stetige Übergänge und Wechsel zwischen den verschiedenen Stufen geben, ebenso aber ein konstantes Verharren in einer Stufe vorliegen kann. Damit Interventionen wirksam sind, müssen sie an die entsprechende Stufe angepasst und an ihr ausgerichtet werden. Ziel ist es, für jede Stufe passende Vorgehensweisen anzuwenden. Interventionen sind für eine Verhaltensänderung notwendig, um einer Stagnation auf den ersten Stufen entgegenzuwirken (vgl. Keller et al., 1999, S. 34). Nach dem TTM ist die Motivation mit dem jeweiligen Stadium gleichzusetzen, in dem sich Menschen jeweils befinden.

Von großer Wichtigkeit für die Zuordnung von Betroffenen in angemessene Interventionsmaßnahmen sind die richtige Bewertung der Motivation und des Engagements zur Veränderung und damit die richtige Einschätzung, in welcher Stufe sich der Betroffene befindet. Willoughby und Edens (1996) untersuchten auf Basis des TTM 141 stationäre Patienten, die an einem Behandlungsprogramm für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit teilnahmen. Menschen, die sich in den Stadien der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Handlung befinden, unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener Merkmale (vgl. Willoughby; Edens, 1996, S. 281).

In den Stadien Absichtsbildung und Handlung sind sich Menschen eher über den Nutzen bewusst, den der Alkoholkonsum für sie hat als Menschen, die sich im Stadium der Absichtslosigkeit befinden. Das bedeutet, dass diejenigen, die sich ändern möchten, reflektierter sind bezogen auf die Gründe für ihren Alkoholkonsum. Dieses Bewusstsein führt dann im Weiteren zur Rekrutierung von Fähigkeiten, um eine Veränderung

herbeizurufen. Auch hier bestätigt sich, dass Menschen im Stadium der Absichtslosigkeit, im Vergleich zu den anderen Stadien, weniger besorgt über ihren Konsum und weniger empfänglich für Hilfe sind (vgl. Willoughby; Edens, 1996, S. 281 ff.).

Das TTM wird teilweise stark kritisiert (vgl. Callaghan et al., 2007, S. 1593). Die Kritik bezieht sich auf die Messmethoden des TTM (vgl. Sutton, 2001, S. 175). Demnach messen multidimensionale Fragebögen die Stadien nur ungenau (vgl. Sutton, 2001, S. 182). Zusätzlich wird ein Zusammenhang zwischen Stadium und Verbesserung des Trinkverhaltens als kritisch gesehen (vgl. Callaghan et al., 2007, S. 1594). Andere Untersuchungen widerlegen allerdings diese Annahmen (vgl. Heather et al., 2009, S. 954).

Darüber hinaus werfen Kritiker dem TTM vor, dass der Klassifizierung von Individuen die Annahme zugrunde liegt, Menschen machen immer gleichbleibende und zusammenhängende Pläne (vgl. West, 2005, S. 1036 f.). Das TTM, wie bereits erwähnt, stellt kein starres Konstrukt dar. Wichtig ist, diese Kritik nicht unbeachtet zu lassen, sondern sie zu berücksichtigen, zu kontrollieren und das Modell danach weiter auszubauen. Trotzdem stellt das TTM eine wichtige Grundlage dar, wenn es darum geht, die Verhaltensänderung von Menschen zu erklären (vgl. Keller et al., 1999, S. 34 f.). Viele Interventionen gehen davon aus, dass Menschen etwas verändern wollen.

„Das TTM hingegen macht keine a priori Annahmen über die vorhandene Änderungsbereitschaft. Es erkennt an, daß Personen in unterschiedlichem Maße zu einer Verhaltensänderung bereit sind, und daß Interventionen sich an dieser individuellen Bereitschaft orientieren müssen“ (Keller et al., 1999, S. 34).

Durch die Berücksichtigung der einzelnen subjektiven Standpunkte setzen Betroffene eher Interventionen auf Basis des TTM fort, da sie sich eher in der Lage fühlen die Maßnahmen umsetzen zu können. Überdies findet es große Zustimmung in der Praxis. Das TTM bildet dementsprechend eine wichtige Grundlage für erfolgreiche, effektive Interventionen, wie z. B. die motivierende Gesprächsführung (vgl. Kap. 2.2.3 und vgl. Keller et al., 1999, S. 36).

2.2.2 Definition Kurzintervention

Kurzinterventionen sind unbedingt von Kurzzeittherapien abzugrenzen. Die jeweils charakteristischen Merkmale zeigt Tab. 2.2.

Tabelle 2.2: Gegenüberstellung Kurzintervention und Kurzzeittherapie (Heather, 2004, S. 118 ff)

Kurzintervention	Kurzzeittherapie
Kann in medizinischen und nicht medizinischen Settings durchgeführt werden.	Kann nur in speziellen Settings durchgeführt werden.
Wird i. d. R. von nicht spezialisierten Fachkräften durchgeführt (z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter).	Kurze Therapiemaßnahmen, die von spezialisiertem Personal durchgeführt werden (z. B. Therapeuten oder Suchtberatern).
Richtet sich überwiegend an Menschen mit riskantem oder missbräuchlichem Konsum.	Richtet sich überwiegend an Menschen, die von Abhängigkeit betroffen sind.
Bezieht sich auf Menschen, die nicht nach Hilfe suchen . Es sind Personen, die erst noch als Menschen mit einem Alkoholproblem identifiziert werden müssen.	Bezieht sich auf Menschen, die Hilfe suchen ; sie sind sich ihres Problems bereits bewusst.
Der zeitliche Aufwand beträgt zumeist nur wenige Minuten .	Der zeitliche Aufwand ist länger und intensiver als bei Kurzinterventionen.
Evidenz basiert auf Studien, die Kurzinterventionen mit minimalen oder keinen Interventionen vergleichen.	Evidenz basiert auf Studien, die keinen Unterschied in der Effektivität zwischen kurzen, intensiveren oder konventionellen Behandlungsformen hervorbringen.

Das Ziel von Kurzinterventionen ist primär die Reduzierung des Konsums und damit verbundener Folgeschäden. Hierbei geht es vor allem um Schadensminimierung und nicht unbedingt um die Erreichung völliger Abstinenz (vgl. Heather, 2004, S. 127 f.). Außerdem zielen Kurzinterventionen darauf ab, Alkoholprobleme überhaupt zu identifizieren und die Betroffenen zu motivieren, etwas zu verändern (vgl. Babor; Higgins-Biddle, 2001, S. 6).

Es lassen sich verschiedene Ebenen von Kurzinterventionen differenzieren. Fleming (2004) beschreibt drei verschiedene Levels von Kurzinterventionen. Kurzinterventionen können einfach und kurz sein oder auch intensiver mit eventueller Überweisung an einen Spezialisten. Welche

Art von Kurzintervention durchgeführt wird, hängt u. a. vom Schweregrad des Alkoholproblems ab (vgl. Fleming, 2004, S. 58 f.). Die erste Ebene umfasst einen kurzen Ratschlag oder ein kurzes Statement z. B. durch einen Arzt, der/das nur wenige Minuten dauert (vgl. Fleming, 2004, S. 58). Der Arzt spricht den Alkoholkonsum des Patienten an. Es werden eine Reduzierung empfohlen und mögliche Folgen des Alkoholkonsums angesprochen.

Die zweite Ebene ist etwas ausführlicher und kann bspw. aus zwei etwa 15-minütigen Beratungen durch den Arzt bestehen. Diese werden mit einem zeitlichen Abstand von einem Monat durchgeführt (vgl. Fleming et al., 2002, S. 37). Zwei Wochen nach jeder Sitzung erfolgt zusätzlich ein 5-minütiges Telefonat. Der Arzt klärt über Auswirkungen von Alkohol auf, gibt Hinweise zum Alkoholkonsum und kann z. B. auch ein Trinktagebuch aushändigen (vgl. Fleming et al., 2002, S. 37). Diese Intervention ist besonders für Patienten geeignet, die aufgrund ihres Alkoholkonsums gesundheitlich gefährdet sind, aber nicht zwangsläufig an einen Spezialisten überwiesen werden müssen (vgl. Fleming, 2004, S. 59). Die dritte Ebene zeichnet sich durch einen etwas höheren Zeitaufwand von etwa 20 Minuten aus. Hier werden zumeist spezielle Methoden angewendet, die die Motivation der Patienten fördern sollen, den Alkoholkonsum zu verändern. Die Patienten haben dann zumeist schon ein schwerwiegendes Alkoholproblem, sodass in dieser Ebene durchaus eine Überweisung an einen Spezialisten notwendig sein kann (vgl. Fleming et al., 2002, S. 59).

Kurzinterventionen bieten verschiedene Möglichkeiten und umfassen das Aushändigen von schriftlichen Materialien, Broschüren oder persönliche Beratungen (vgl. Rumpf; Kremer, 2003, S. 94). Wie bereits erwähnt, sind Kurzinterventionen weniger gut für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit geeignet, da sie nicht intensiv und umfassend genug sind (vgl. Babor; Higgins-Biddle, 2001, S. 4). Bei Alkoholabhängigkeit ist eine Überweisung der Patienten in ambulante oder stationäre Suchthilfeeinrichtungen notwendig. Durch die geringe Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen oder Interventionen, die durch ein mangelndes Problembewusstsein bedingt sein kann (vgl. Kap. 2.1), ist es von entscheidender Bedeutung, dass im Sinne des TTM Kurzinterventionen umgesetzt werden, sodass vor allem Menschen ohne Offenheit zur Veränderung aufgefangen werden (vgl. Rumpf; Kremer, 2003, S. 97).

2.2.3 Wirksamkeit alkoholbezogener Kurzinterventionen

Es liegen zahlreiche Studien zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen vor. Eine frühe Arbeit von Bien et al. (1993) bestätigt, dass Kurzinterventionen signifikant effektiver sind als keine Interventionen und dass sie genauso effektiv sind wie umfassendere Interventionen. Darüber hinaus werden sechs gemeinsame Elemente von effektiven Kurzinterventionen beschrieben, die als FRAMES zusammengefasst werden (vgl. Bien et al., 1993, S. 326 f.):

- feedback of personal risk or impairment
- emphasis on personal responsibility for change
- clear advice to change
- a menu of alternative change options
- therapeutic empathy as a counseling style
- enhancement of client self-efficacy or optimism

Problematisch ist allerdings, dass verschiedene Grenzwerte für riskanten Alkoholkonsum zugrunde gelegt werden. In den hier vorgestellten Studien werden z. T. sehr unterschiedliche Grenzwerte für einen riskanten Alkoholkonsum und somit keine einheitlichen Grenzwerte zugrunde gelegt.

In einer großen Studie der WHO Brief Intervention Study Group (1996) – *a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers* – wurde in zehn Ländern die Wirksamkeit von zwei Formen der Kurzintervention überprüft. Von den zehn Ländern wurden allerdings nur acht (Australien, Kenia, Mexico, Norwegen, Großbritannien, Russland, USA und Zimbabwe) in die Studie eingeschlossen. Aufgrund methodischer Schwächen wurden Bulgarien und Costa Rica ausgeschlossen. Insgesamt wurden 1.260 Männer und 299 Frauen mit riskantem Alkoholkonsum (Männer > 50 g Reinalkohol pro Tag, Frauen > 32 g Reinalkohol pro Tag), ohne bisheriges Auftreten einer Alkoholabhängigkeit einbezogen (vgl. WHO Brief Intervention Study Group, 1996, S. 949). Diese wurden mittels eines Screening-Interviews identifiziert. Von den Probanden wurden 75 % neun Monate nach der Durchführung evaluiert. Per Randomisierung wurden die Probanden drei Studienarmen zugewiesen: der 1. Interventionsgruppe, der 2. Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe durchlief ein 20-minütiges Gesundheitsinterview. Mit der ersten Interventionsgruppe (simple advice) wurde das gleiche Interview durchgeführt; zusätzlich bekamen die Probanden einen 5-minütigen Ratschlag (Wichtigkeit von risikoarmem Alkoholkonsum, Hinweis zu Folgeerkrankungen und Konsumgrenzen). Zusätzlich wurde in allen Ländern die gleiche Informationsbroschüre ausgehändigt.

Die zweite Interventionsgruppe (brief counseling) durchlief das Interview, bekam die Informationsbroschüre und eine 15-minütige Beratung bzgl. ihres Alkoholkonsums (vgl. WHO Brief Intervention Study Group, 1996, S. 949). Die Kurzberatung umfasste u. a. die Vorteile moderaten Alkoholkonsums, Strategien zum Umgang mit Alkohol und Alternativen zum Trinken. Die beiden Interventionen wurden ausgewählt, da sie das Minimum und das Maximum an Bemühungen im Bereich der primären Versorgung darstellen. Der Vergleich des Alkoholkonsums zum Ausgangszeitpunkt und zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung zeigte eine Reduzierung des Alkoholkonsums in allen Gruppen, wobei beide Interventionsgruppen signifikant größere Reduktionen als die Kontrollgruppe erzielten (vgl. Tab. 2.3 und 2.4). Bei Männern aus den Interventionsgruppen reduzierte sich signifikant sowohl der durchschnittliche, tägliche Alkoholkonsum (der letzten sechs Monate) als auch die Trinkintensität (die Menge Alkohol, die ausschließlich an „Trinktagen“ konsumiert wurde). Bei Frauen lag die Signifikanz nur bei der Trinkintensität vor.

Tabelle 2.3: Veränderungen des durchschnittlichen, täglichen Alkoholkonsums (WHO Brief Intervention Study Group, 1996, S. 951)

durchschnittliche Trinkintensität			
Intervention:	Kontrollgruppe	Ratschlag	Kurzberatung
Männer			
reduziert	32,9 %	43,5 %	46,4 %

Tabelle 2.4: Veränderungen der durchschnittlichen Trinkintensität (WHO Brief Intervention Study Group, 1996, S. 951)

durchschnittlicher Alkoholkonsum (pro Tag)			
Intervention:	Kontrollgruppe	Ratschlag	Kurzberatung
Männer			
reduziert	29 %	40,8 %	40,3 %
keine Veränderung	54,5 %	53,1 %	50,3 %
gestiegen	16,5 %	6,1 %	9,3 %
Frauen			
reduziert	35,7 %	43,2 %	45,1 %
keine Veränderung	58,3 %	48,6 %	50,0 %
gestiegen	6 %	8,1 %	4,9 %

Beide Interventionen waren gleichermaßen effektiv. Kurzinterventionen sind demnach wirksam und können im Bereich der primären Versorgung dazu beitragen, täglichen Alkoholkonsum und die Intensität des Konsums zu reduzieren (vgl. WHO Brief Intervention Study Group 1996, S. 953).

Auch aktuellere Arbeiten bestätigen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen. Fleming et al. (2002) untersuchten in ihrem RCT (randomized controlled trial) die Effektivität und die Effizienz von Kurzinterventionen. Es wurden 482 Männer und 292 Frauen im Alter von 18 bis 65 Jahren eingeschlossen, die positiv auf riskanten Alkoholkonsum (Männer > 168 g Reinalkohol in der Woche, Frauen > 132 g Reinalkohol in der Woche) gescreent wurden. Ausschlusskriterien waren u. a. eine Alkoholbehandlung im letzten Jahr, Schwangerschaft und Selbstmordtendenzen. Die Patienten wurden in eine Kontrollgruppe (n = 382) und eine Interventionsgruppe (n = 392) unterteilt (vgl. Fleming et al., 2002, S. 36). Die Intervention bestand aus dem Aushändigen eines allgemeinen Booklets über Gesundheit und zwei Arztbesuchen mit Kurzintervention (15-minütige Beratung). Zwei Wochen nach jedem Arztbesuch erfolgten Telefonanrufe durch eine Krankenschwester (je fünf Minuten). Untersucht wurden die Veränderungen bei schweren Alkoholkonsumenten (Männer > 20 Standarddrinks in der Woche, Frauen > 13 Standarddrinks in der Woche). Für diese Konsumenten besteht ein hohes Risiko für alkoholbezogene Folgeerkrankungen. Insgesamt wiesen die Personen aus der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Reduzierung des Alkoholkonsums auf (vgl. Tab. 2.5). Dieser Effekt konnte über die 48-monatige Follow-up-Periode aufrechterhalten werden (vgl. Fleming et al., 2002, S. 38). Die Kostenanalyse ergab, dass für jeweils 10.000 US-Dollar, die in Kurzinterventionen investiert werden, wiederum 43.000 US-Dollar an zukünftigen Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden können. Somit liefern Fleming et al. (2002) nicht nur den Beleg für die Wirksamkeit von alkoholbezogenen Kurzinterventionen, sondern auch den Nachweis der Effizienz von Kurzinterventionen.

Tabelle 2.5: Veränderungen der Trinkhäufigkeit (Fleming et al., 2002, S. 39)

Intervention:	Kontrollgruppe (n = 382)	Interventionsgruppe (n = 392)
Baseline	49,2 %	46,7 %
6 Monate	32,5 %*	21,9 %*
12 Monate	33,5 %*	20,1 %*
24 Monate	33 %*	25,3 %*
36 Monate	34,6 %*	23,2 %*
48 Monate	26,4 %	22,4 %

Signifikanz $p = 0.0005$

* $p < 0.01$

In einer Übersichtsarbeit von Kaner et al. (2009) wurde ebenfalls die Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Bereich der primären Versorgung untersucht. Dafür wurden 22 RCT (n = 5.856) einbezogen. Die Werte für einen riskanten Alkoholkonsum schwankten in den Untersuchungen zwischen 89 bis 456 g Reinalkohol pro Woche. Die Kurzinterventionen beinhalteten dabei bis zu fünf Sitzungen mit Ratschlägen, motivierender Beratung, kognitiver Verhaltenstherapie, Aushändigen von Informationsblättern und Trinktagebüchern und Übungen für zuhause. Die zeitliche Spannweite der Interventionen variierte zwischen einer und fünfzig Minuten (vgl. Kaner et al., 2009, S. 303). Die Kontrollgruppen bekamen entweder keine Maßnahme oder nur schriftliche Informationen. Im Vergleich von Kontrollgruppen zu Interventionsgruppen kam es bei Patienten mit Kurzintervention zu einer signifikanten Reduzierung des Alkoholkonsums. Dies zeigte sich auch ein Jahr nach der Intervention. Subgruppenanalysen zeigten den Nutzen von Kurzinterventionen allerdings nur bei Männern, nicht bei Frauen. Längere Kurzinterventionen wiesen keine Überlegenheit gegenüber kürzeren auf; die Zeit spielt demnach keine entscheidende Rolle, sondern die Struktur und der Inhalt der Intervention (vgl. Kaner et al., 2009, S. 311).

Weitere Studien belegen ebenfalls die Wirksamkeit von alkoholbezogenen Kurzinterventionen im Bereich der primären Versorgung (vgl. Ballesteros et al., 2004, S. 614; Moyer et al., 2002, S. 285). Sie sind im Vergleich zu Kontrollgruppen signifikant überlegen. Kurzinterventionen sind im Bereich der primären Versorgung effektiv, wenn es um die Reduzierung von riskantem Alkoholkonsum geht (vgl. Ballesteros et al., 2004, S. 614; Moyer et al., 2002, S. 285). Bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit können Kurzinterventionen lediglich als Einstiegsbehandlung eingesetzt werden, dürfen aber längere Therapien nicht ersetzen (vgl. Moyer et al., 2002, S. 283).

Eine mögliche Umsetzung alkoholbezogener Interventionen ist der bereits erwähnte **Stepped-Care-Ansatz** (vgl. Kap. 2.1). Bischof et al. (2008) haben in einer randomisierten, kontrollierten Studie (n = 408) eine Stepped-Care-Intervention mit einer Full-Care-Intervention verglichen. Die Patienten wurden über Hausarztpraxen in zwei norddeutschen Städten rekrutiert. Es wurden vorab Screenings durchgeführt; die Diagnostik erfolgte anhand des Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Die *Stepped-Care-Intervention* beinhaltete eine computergestützte Intervention und je nach deren Erfolg bis zu drei weitere 40-minütige telefongestützte Interventionen (vgl. Bischof et al., 2008, S. 245 f.). Die *Full-Care-Intervention* umfasste ebenfalls eine computergestützte Intervention und vier festgelegte, 30-minütige telefongestützte Interventionen. Zusätzlich gab es eine Kontrollgruppe ohne Behandlung. Die Stepped-Care-Patienten bekamen signifikant weniger Beratung (ca. die Hälfte) als die Full-Care-Patienten. Es zeigten sich keine großen Unterschiede bzgl. der Reduzierung des Trinkverhaltens (Menge und Frequenz) (vgl. Bischof et al., 2008, S. 247 f.). Somit können Stepped-Care-Ansätze eine zeitsparende und kostengünstige Möglichkeit für die Etablierung von Kurzinterventionen sein, da sie bei weniger Aufwand denselben Effekt bezogen auf die Reduzierung des Alkoholkonsums haben. Bischof et al. (2008) ermittelten darüber hinaus die Effektivität von Kurzinterventionen bei Menschen mit einem riskanten Konsum.

Alles in allem sind Kurzinterventionen effektiv und effizient, um im hausärztlichen Bereich eingesetzt zu werden. Dadurch kann riskanter und missbräuchlicher Alkoholkonsum reduziert oder sogar eingestellt werden. Für Alkoholabhängigkeit können sie lediglich einen Zugang für intensivere Maßnahmen ermöglichen, sind hier jedoch nicht als alleinige Therapie einzusetzen. Von großer Bedeutung sind besonders die Struktur, die Art und Weise der Vermittlung und die Inhalte der Interventionen; der zeitliche Rahmen der Intervention ist nicht primär für die Wirksamkeit der Intervention ausschlaggebend (vgl. Kaner et al., 2009, S. 315 f.; Wutzke et al., 2001, S. 673). Insbesondere der Stepped-Care-Ansatz kann für den hausärztlichen Bereich von großer Bedeutung sein, da er zeit- und kostensparend ist. Allerdings besteht noch ein großer Bedarf an der Überprüfung der Langzeitwirkung, da Verhaltensänderung oftmals ein langwieriger Prozess ist. Viele Studien haben z. T. nur geringe Follow-up-Zeiten (vgl. Nilsen et al., 2006, S. 14). Darüber hinaus gilt es durch weiterführende Forschung festzustellen, wodurch die z. T. vorliegenden geschlechterspezifischen Differenzen entstanden sind.

2.2.4 Motivierende Gesprächsführung als Beispiel für erfolgreiche Kurzintervention

Die motivierende Gesprächsführung stellt eine Möglichkeit einer effektiven Kurzintervention dar (vgl. Miller; Rollnick, 1999, S. 63). Aufbauend auf dem TTM wird bei der motivierenden Gesprächsführung beachtet, dass Menschen an verschiedenen Punkten von Veränderung stehen können und dementsprechend unterschiedliche Strategien angewendet werden müssen (vgl. Rumpf; Kremer, 2003, S. 96 f.). „*Motivierende Gesprächsführung stellt einen besonderen Weg dar, Menschen beim Erkennen von und im Umgang mit ihren Problemen zu helfen*“ (Miller; Rollnick, 1999, S. 63).

Entwickelt wurde die motivierende Gesprächsführung von Miller und Rollnick (1999). Sie richtet sich insbesondere an Menschen, die keine Absicht haben etwas zu verändern. Die Zielrichtung kann dabei variieren; bei manchen Menschen initialisiert die motivierende Gesprächsführung einen langfristigen Wandel, bei anderen ebnet sie den Weg für eine weiterführende therapeutische Maßnahme. Dabei entscheiden immer die Betroffenen, wie und was sich verändert; es werden weder Zwang noch Druck aufgebaut. Die motivierende Gesprächsführung steht im Gegensatz zu konfrontativen Methoden, Problemlösungstrainings und nicht-direkten Verfahren. Geprägt ist die motivierende Gesprächsführung durch fünf Prinzipien (vgl. Miller; Rollnick, 1999, S. 67 ff):

- Empathie (Akzeptanz, keine Konfrontation)
- Diskrepanzen (Veränderungsbereitschaft fördern, Gegenüberstellung von Ist- und Sollzustand)
- Meiden von Beweisführungen (keine Anschuldigungen)
- Widerstand aufnehmen (Einbinden der Betroffenen in Lösungsfindungsprozess)
- Förderung der Selbstwirksamkeit (Vertrauen in eigene Fähigkeiten und in Veränderung)

Motivierende Gesprächsführung ist eine effektive Möglichkeit der Intervention bei Menschen mit Alkoholproblemen (vgl. Burke et al., 2003, S. 848; Vasilaki et al., 2006, S. 331). Gerade Patienten mit hohem Wutpotenzial profitieren von der motivationsfördernden Therapie und haben mehr abstinenten Tage als bei anderen Behandlungsformen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie und 12-Stufen-Programm). Begründen lässt sich dies vor allem durch die nicht konfrontative Vorgehensweise und den Umgang mit Widerstand. Insgesamt gibt es ein Jahr nach der Behandlung eine hohe Abstinenzrate, die auch nach drei Jahren noch aufrechterhalten werden

kann. Allerdings lässt sich feststellen, dass Menschen mit weniger Wutpotenzial eher von handlungsorientierten Maßnahmen profitieren (vgl. MATCH Research Group, 1998, S. 1307). Motivierende Gesprächsführung kann eine effektive Intervention für Menschen mit riskantem oder missbräuchlichem Alkoholkonsum sein. Zu berücksichtigen ist hier, dass einige Menschen eventuell noch nicht zur Verhaltensänderung bereit sind, was ein sensibles, aktives und individuelles Vorgehen nötig macht.

2.3 Interventionen in der hausärztlichen Praxis

In den vorangegangenen Teilkapiteln wurden die Möglichkeiten für Kurzinterventionen beschrieben, bestehend aus Screening und verschiedenen, effektiven Interventionen. Die hausärztliche Praxis bietet einen guten Rahmen, um alkoholbezogene Interventionen durchzuführen und um Patienten zu erreichen, die durch das System der Suchthilfe fallen. Dennoch stellt sich die Frage, ob momentan eine angemessene Umsetzung stattfindet.

Für die Umsetzung von Interventionsmaßnahmen liegen momentan zwei verschiedene Leitfäden für Hausärzte vor, die als Orientierungs- und Handlungshilfe dienen sollen. Die DHS hat einen zweiseitigen Kurzleitfaden für *Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen* entwickelt (vgl. Rumpf et al., o. J., S. 1). Es werden zunächst vier Vorgehensweisen beschrieben. Als Erstes werden die diagnostischen Möglichkeiten (Empfehlungen für Screening-Instrumente, z. B. Labormarker oder direkte Fragebögen) kurz aufgeführt. Im Sinne des TTM soll in einem zweiten Schritt dann mit Bezug auf das Screening-Ergebnis die momentane Veränderungsbereitschaft festgestellt und der Patient einem Stadium zugeordnet werden (vgl. Rumpf et al., o. J., S. 1). Anknüpfend an das jeweilige Stadium soll dann in einem dritten Schritt eine entsprechende Intervention angesetzt werden. Dazu gehören z. B. das Anbieten von Informationen, das Abwägen der Vor- und Nachteile des Alkoholgebrauchs, die Erstellung eines Trinkplans oder das Abwägen von Möglichkeiten. Die fortsetzende Diagnostik dient der Ermittlung von Abhängigkeit und soll die Notwendigkeit für eine ambulante oder stationäre Behandlung bestimmen. Dabei soll immer individuell entschieden werden. Auf der zweiten Seite des Leitfadens werden zusätzlich Hinweise und Tipps für die Gesprächsführung gegeben. Diese basieren auf den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung. Auch wenn es sich um einen sehr kurzen Leitfaden handelt, kann er für Hausärzte eine gute Orientierungshilfe darstellen. Außerdem wird den Ärzten grundsätzlich vermittelt, welche Möglichkeiten sie überhaupt haben, um

alkoholranke Patienten richtig zu identifizieren und zu behandeln (vgl. Rumpf et al., o. J., S. 2).

Ein weiterer Leitfaden wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Bundesärztekammer, im Auftrag des BMG, entwickelt. Die *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen, ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis* umfasst 83 Seiten und ist somit sehr ausführlich und expliziter als der Leitfaden der DHS. Zunächst werden theoretische Grundlagen erläutert. Dazu zählen Grundannahmen des Interventionskonzepts, die Beschreibung des TTM und die Übertragung des TTM in die ärztliche Praxis. In einem weiteren Punkt werden Tipps und Vorgehensweisen für die Beziehungsaufnahme beschrieben. Auch hier erfolgt die Orientierung an den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung. Empfohlen wird das Ansprechen von Themen, die mit dem Konsum zusammenhängen (z. B. private Probleme). Geht es um das Ansprechen des Alkoholkonsums, sollten möglichst offene Fragen gestellt werden. Entscheidend ist eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient. Der Leitfaden liefert für einzelne Schritte Beispielfragen (vgl. BZgA, 2009, S. 11). Das nächste Kapitel des Leitfadens beschreibt die Möglichkeiten und Vorgehensweisen der Diagnostik. Empfohlen wird eine Kombination aus klinischen Merkmalen, Laborparametern und direkten Fragebögen, wobei der Leitfaden diagnostische Instrumente für die Ermittlung des momentanen Alkoholkonsums, des risikoarmen, des riskanten, des schädlichen und des abhängigen Alkoholkonsums differenziert. Der Leitfaden beschreibt im Anschluss für jede Konsumform eine entsprechende Intervention und informiert über die Vorgehensweisen und die Inhalte jeder Intervention. Ärzten soll dadurch ein strukturiertes und sicheres Vorgehen ermöglicht werden. Darüber hinaus werden auch Aspekte der motivierenden Gesprächsführung vermittelt (vgl. BZgA, 2009, S. 11 ff.). Im Anhang des Leitfadens befindet sich eine Reihe von Vorlagen diagnostischer Instrumente (ICD-10- und DSM-IV-Kriterien, CAGE, ScreeT-9-Test) ebenso wie Adressen für den Bezug von Informationsmaterial und von Anlaufstellen für Suchtprobleme.

Beide Leitfäden sind eine gute Unterstützung und wichtige Orientierungshilfe für den Umgang mit alkoholkranken Patienten in der hausärztlichen Praxis.

Die momentane Umsetzung von Interventionen in der hausärztlichen Praxis sowie Barrieren und Verbesserungsmöglichkeiten für diese Interventionen stehen im Mittelpunkt der im Folgenden beschriebenen Untersuchung.

3 Instrumente und Methoden der Studie

Im folgenden Kapitel erfolgt zunächst die Abgrenzung von quantitativer und qualitativer Sozialforschung. Nach der Erläuterung des Studiendesigns, der -population und der -durchführung werden die quantitativen und qualitativen Auswertungsverfahren dargestellt.

3.1 Quantitative und qualitative Sozialforschung

Empirische Sozialforschung umfasst die qualitative und die quantitative Forschung. Beide Disziplinen prägen den empirischen Forschungsprozess seit den 20er-Jahren des letzten Jahrhunderts (vgl. Lamnek, 2010, S. 216).

Die quantitative und die qualitative Sozialforschung unterscheiden sich grundsätzlich (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 296). Die quantitative Sozialforschung basiert auf dem kritischen Rationalismus und dem Positivismus. Der kritische Rationalismus beinhaltet die Vorstellung, dass Thesen sich nicht eindeutig belegen lassen und so lange als wahr gelten, bis sie widerlegt werden. Der Positivismus folgt dagegen der Annahme, dass Thesen belegt werden können, indem sie empirisch überprüft und getestet werden. Die qualitative Forschung hingegen orientiert sich an der Hermeneutik und der Phänomenologie (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 302 ff.). Die Hermeneutik (griechisch: Auslegungskunst) bezeichnet im Allgemeinen die Analyse und Auslegung von schriftlichen oder anderen Materialien. Zentraler Aspekt der Phänomenologie (griechisch: Lehre von Erscheinungen) ist, dass Erscheinungen (Phänomene) so erfasst und beschrieben werden sollen, wie sie sich im Moment ihres Auftretens zeigen, frei von Vorurteilen (vgl. Lamnek, 2010, S. 216 f.).

Des Weiteren gibt es grundlegende Unterschiede im Vorgehen und in den Zielen der beiden methodischen Richtungen. Quantitative Sozialforschung ist naturwissenschaftlich orientiert, d. h., auch soziales Leben wird durch Gleichmäßigkeit bestimmt und lässt sich methodisch greifen (vgl. Lamnek, 2010, S. 220 f.). Ziel ist die Formulierung und Überprüfung von Hypothesen: „Forscher haben den Status unabhängiger wissenschaftlicher Beobachter, die die soziale Realität von außen und möglichst objektiv erfassen sollen“ (Atteslander, 2008, S. 70).

Geprägt ist die quantitative Sozialforschung durch ein striktes methodisches und standardisiertes Vorgehen („harte Methoden“). Darüber hinaus hat sie einen deduktiven Charakter, d. h., es wird vom Generellen auf das Spezielle geschlossen. Grundlage der Forschung sind numerische Daten, die statistisch ausgewertet werden (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 299 f.). Die

qualitative Sozialforschung ist geisteswissenschaftlich ausgerichtet. „*Das Forschungsziel qualitativer Forschung besteht darin, die Prozesse zu rekonstruieren, durch die die soziale Wirklichkeit in ihrer sinnhaften Strukturierung hergestellt wird*“ (Lamnek, 2010, S. 30).

Die soziale Wirklichkeit ist nichts Objektives, sondern wird durch viele Faktoren (Kultur, Gesellschaft etc.) bestimmt. Deshalb gilt es, die soziale Wirklichkeit zu analysieren. Das Ziel qualitativer Forschung ist nicht die Überprüfung, sondern die Entwicklung von Hypothesen (vgl. Lamnek, 2010, S. 222). Neben der induktiven Vorgehensweise, d. h., es wird vom Speziellen auf das Allgemeine geschlossen, wird zumeist kein standardisiertes Vorgehen („weiche Methoden“) angewendet (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 299 f.). Unterschiede liegen nicht nur in dem Vorgehen, sondern auch in dem Datenmaterial und der Auswertung. In der qualitativen Forschung ist die Stichprobengröße viel geringer ($n = 50\text{--}100$) als in der quantitativen Forschung (möglichst hohe Fallzahlen). Zudem erfolgt die Stichprobenauswahl weniger durch eine Zufallsauswahl als vielmehr durch gezieltes Auswählen. Darüber hinaus laufen die Erhebungs- und Analysephase zumeist nicht nacheinander, sondern z. T. gleichzeitig ab (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 335). Außerdem werden keine numerischen Daten, sondern verbale Daten erhoben und interpretativ ausgewertet (vgl. Seipel; Rieker, 2003). Dabei zeichnet sich die qualitative Forschung durch folgende Merkmale aus (vgl. Lamnek, 2010, S. 19):

- Offenheit
- Kommunikation
- Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand
- Reflexivität von Gegenstand und Analyse
- Explikation
- Flexibilität

Die fehlende Standardisierung der qualitativen Forschung macht sie offen für jegliche Informationen. Diese **Offenheit** begünstigt wiederum die Hypothesenbildung. Anders als in der quantitativen Forschung ist die **Kommunikation** zwischen Forscher und Probanden ein bedeutendes Element, wobei der Befragungsprozess primär durch die Probanden gestaltet wird. Die Kommunikation ist für den **Prozesscharakter** (z. B. für die Entwicklung eines Interviews) entscheidend. Im Mittelpunkt stehen die Wiedergabe und die Analyse der sozialen Realität. Die **Reflexivität** bezieht sich auf das Vorgehen, die Inhalte und auf die Untersuchung, wodurch eine Offenheit für nicht erwartete Situationsmomente begünstigt wird. Obwohl in der

qualitativen Forschung keine feste Struktur vorliegt, müssen der Forschungsprozess und die Analyse nachvollziehbar sein (**Explikation**). Dies macht eine genaue Beschreibung des Vorgehens und die Orientierung an Methoden notwendig (vgl. Atteslander, 2008, S. 71). Die **Flexibilität** ermöglicht einen Forschungsprozess, der variabel und veränderbar ist und der neue Faktoren mit aufnehmen kann (vgl. Lamnek, 2010, S. 24).

Hinsichtlich der Gütekriterien werden nicht die der quantitativen Forschung (Objektivität, Reliabilität und Validität) eins zu eins übernommen. So bezieht sich die Validität bei der qualitativen Forschung vielmehr auf die Auswertung und Interpretation anstatt auf die Methodik. Entsprechende Validitätsformen in der qualitativen Forschung sind (vgl. Lamnek, 2010, S. 138 ff.):

- ökologische Validierung (Informationen können nur im ungekünstelten Lebensraum ermittelt werden)
- kommunikative Validierung (Absicherung der Ergebnisse durch wiederholte Befragung mit anderem Untersucher)
- argumentative Validierung (Offenlegung der Annahmen, Überprüfung der Interpretation mit dritter Person)
- kumulative Validierung (Vergleich mit anderen Untersuchungsergebnissen)
- Validierung an der Praxis (Übertragung der Erkenntnisse auf die Praxis)
- prozedurale Validierung (Beachtung von Regeln, z. B. exakte Aufzeichnungen, Nachvollziehbarkeit, Feedback einholen)
- Validierung durch Triangulation (Methodenkombination)

Bis in die 1960er-Jahre war die quantitative Forschung dominierend und unumstritten, allerdings erfolgte ab dato zunehmende Kritik. Demnach sei die quantitative Forschung nicht in der Lage, soziales Verhalten tatsächlich zu begreifen (vgl. Lamnek, 2010, S. 245 ff.). Soziale Wirklichkeit werde durch die quantitative Forschung gegenständlich verallgemeinert, es bestehe allerdings die Notwendigkeit, diese subjektiv zu analysieren. Weitere Kritikpunkte beziehen sich auf das starre Festhalten an der Methodik (Primat der Methode) und der fehlenden Berücksichtigung von Erfahrungen (vgl. Lamnek, 2010, S. 245 ff.).

Aber auch die qualitative Forschung ist nicht frei von Kritik. Im Fokus stehen sowohl das unstrukturierte, nicht methodenorientierte Vorgehen als auch das interpretative Auswertungsverfahren, bei dem die Gefahr besteht, dass stets subjektive Elemente mit einfließen können (vgl. Lamnek, 2010,

S. 246). Die qualitative Forschung konnte sich besonders in den 1980er-Jahren zunehmend etablieren (vgl. Seipel; Rieker, 2003).

Auf den ersten Blick scheinen die Diskrepanzen zwischen der quantitativen und qualitativen Forschung unüberwindbar. Allerdings ist nicht außer Acht zu lassen, dass beide Verfahren nicht unmittelbar miteinander rivalisieren, sondern jedes Verfahren eine andere Grundlage aufweist und andere Zielsetzungen verfolgt, die jeweils ihre Vor- und Nachteile haben (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 296). Es zeichnet sich die Tendenz ab, beide Verfahren miteinander zu kombinieren, wobei dies immer noch eine Ausnahme darstellt (vgl. Seipel; Rieker, 2003). Ein Ansatz der Methodenkombination ist die Triangulation.

„Der Begriff Triangulation stammt aus der Navigation bzw. der Landvermessung und gewinnt in den Sozialwissenschaften zunehmend an Bedeutung. Mit Triangulation wird dabei die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes von mindestens zwei Punkten bezeichnet, wobei man sich auf unterschiedliche Aspekte beziehen kann.“ (Seipel; Rieker, 2003, S. 224 f.)

Hervorzuheben ist, dass Triangulation nicht bedeutet, Methoden unmittelbar zu verknüpfen, z. B. für die Erhebung und die Analyse jeweils eine andere Methode zu verwenden (vgl. Seipel; Rieker, S. 2003). Gemeint sind vielmehr folgende Formen der Triangulation (vgl. Lamnek, 2010, S. 245 ff.; Seipel; Rieker, 2003):

- **Daten-Triangulation:** Es werden Daten aus verschiedenen Verfahren miteinander verknüpft (z. B. visuelle und verbale Daten).
- **Forscher-Triangulation:** Mehrere Forscher sind an der Untersuchung und Analyse beteiligt; dadurch kann zu starke Subjektivität eingegrenzt werden.
- **Theorien-Triangulation:** Verschiedener Theorieansätze werden berücksichtigt (unterschiedliche Hypothesen).
- **Methoden-Triangulation:** Es werden unterschiedliche Methoden eingesetzt oder innerhalb einer Methode gegensätzliche Verfahren miteinander verbunden.

Die Methodenkombination ermöglicht ganz bewusst, die Vorteile der jeweiligen Verfahren zu nutzen, um dadurch Nachteile bzw. Schwächen beider Verfahren aufzufangen. Zusätzlich können durch die sinnvolle Ergänzung erweiterte Erkenntnisse gewonnen werden (vgl. Seipel; Rieker, 2003). Die Triangulation ermöglicht durch den Blick aus unterschiedlichen Perspektiven eine ganzheitliche und intensivere Betrachtung des

Forschungsgegenstands. Allerdings ist die Triangulation mit einem höheren zeitlichen Aufwand und auch mit einem umfangreicheren Wissen über einzelne methodische Verfahren verbunden (vgl. Lamnek, 2010, S. 262).

3.1.1 Schriftliche Befragung

Zu den quantitativen Methoden zählen die Beobachtung, die schriftliche und die mündliche Befragung (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 237). Bei der schriftlichen Befragung füllen die Probanden selbstständig einen Fragebogen aus, der ihnen zumeist per Post zugeschickt wird (vgl. Atteslander, 2008, S. 126). Mit dem Fragebogen sollen u. a. Einstellungen und Verhaltensweisen oder generelle Sachverhalte erfasst werden. Wichtig beim Fragebogen ist eine klare Struktur, einfache Handhabung und hohe Verständlichkeit der Fragen. Da die Probanden den Fragebogen ohne Hilfestellung ausfüllen, muss der Fragebogen selbsterklärend und eindeutig sein. Es sollten weitestgehend geschlossene Fragen verwendet werden, da dies den Auswertungsprozess vereinfacht und die Objektivität fördert. Für die Bewertung der Qualität eines Fragebogens werden die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität herangezogen (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 237).

Ein Vorteil der schriftlichen Befragung sind die niedrigen Kosten, da relativ wenig Personal eingesetzt werden muss (vgl. Atteslander, 2008, S. 125). Darüber hinaus kann mit der schriftlichen Befragung eine hohe Zahl an Menschen erreicht werden. Ein möglicher Nachteil der schriftlichen Befragung ist die fehlende Kontrolle beim Ausfüllen des Fragebogens, d. h., bei Unklarheiten gibt es keine Hilfestellungen und theoretisch könnte der Fragebogen durch eine andere Person ausgefüllt werden (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 237). Zudem besteht, anders als bei mündlichen Befragungen, die Gefahr einer niedrigen Rücklaufquote. Um die Rücklaufquote möglichst hoch zu halten, sind eine einwandfreie Form, das Mitschicken von Anschreiben und Informationen, das Herausstellen der Wichtigkeit der Untersuchung sowie die Zusicherung der Anonymität von größter Bedeutung (vgl. Atteslander, 2008, S. 126; Bortz, Döring, 2006, S. 235).

3.1.2 Fokusgruppeninterview

Zu den qualitativen Methoden zählen die qualitative Befragung und die Beobachtung (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 308). Bei der Befragung lassen sich Einzel- und Gruppeninterviews differenzieren. Eine Form des Gruppeninterviews ist das Fokusgruppeninterview. Fokusgruppeninterviews

sind hauptsächlich im Bereich der Marktforschung eine bevorzugte Methode, wobei sie auch in den Sozialwissenschaften zunehmend eine Rolle spielen (vgl. Morgan, 1997, S. 5).

Kennzeichen von Fokusgruppeninterviews sind ein nicht-strukturiertes Vorgehen und die Durchführung mit einer kleinen Gruppe (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 479). Durch die Gruppendynamik soll eine möglichst intensive und ausführliche Betrachtung des Themas stattfinden (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr, 2009). Die Ziele von Fokusgruppeninterviews sind die Generierung von Hypothesen, die Bestimmung einer Problematik und wesentliche Ansätze eines Themas herauszuarbeiten (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 480). Die Gruppengröße liegt in etwa bei fünf bis zehn Teilnehmern. Ist die Gruppe zu klein, besteht das Risiko, dass manche Teilnehmer zu bestimmend sind; tritt der umgekehrte Fall auf, kann es sein, dass einige Personen in der Diskussion in den Hintergrund treten. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgt zumeist über den postalischen Weg, das Internet oder per Telefon. Von großer Wichtigkeit ist die Homogenität der Gruppe (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 481). Durch eine möglichst große Ähnlichkeit bzgl. Alter, Geschlecht und sozialem Status soll eine ungehemmte Diskussion gefördert werden (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr, 2009). Die Dauer eines Interviews beläuft sich auf ein bis drei Stunden.

Das Fokusgruppeninterview wird durch einen Moderator geleitet. Die Aufgabe des Moderators ist, aus den Zielsetzungen der Untersuchung einen Leitfaden zu entwickeln, der alle entscheidenden Punkte umfasst, jedoch keine Reihenfolge und vorgegebene Fragen enthält (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 482). Vor dem eigentlichen Interview erhält die Gruppe einen kurzen Input (fünf bis zehn Minuten) durch den Moderator. Dies kann in verschiedenster Form geschehen, z. B. durch Bildmaterial, Texte, Präsentationen oder Videos. Das Ziel des Inputs ist, Anstöße zur Diskussion sowie einen kurzen Überblick über das Thema zu geben. Darüber hinaus nimmt der Moderator eine wichtige Rolle während des Interviews ein. Dazu gehört, den Fokus immer wieder auf die wichtigsten Aspekte zu lenken und für das Fortbestehen der Diskussion zu sorgen (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 482 f.). Dennoch darf der Moderator keinen Einfluss ausüben, indem er auf Beiträge eingeht oder sich persönlich einbringt; allein die Teilnehmer bestimmen die Diskussion (vgl. Przyborski; Wohlrab-Sahr, 2009). Wichtig ist, dass der Moderator Wissen über die Thematik hat, gute kommunikative Fähigkeiten besitzt und in der Lage ist, bei ausgiebiger Diskussion eines Punktes den Übergang zu einem anderen zu schaffen (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 482).

Die Aufzeichnung erfolgt mithilfe eines Audio-Aufnahmegeräts oder durch eine Videoaufzeichnung. Für die Auswertung werden die aufgenommenen Daten zunächst transkribiert. Es werden weiterhin Kategorien gebildet, zu denen die Textelemente zugeordnet werden (codieren). Schlussendlich werden die Daten analysiert, wobei dies ein sehr subjektiver Prozess ist. Computergestützte Programme (CAQDAS, MAXQDA) können den Auswertungsprozess erleichtern (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 483 f.).

Als wichtiger Vorteil von Fokusgruppeninterviews sind besonders der gruppendynamische Prozess und der dadurch entstehende Diskussionscharakter zu benennen. Dadurch können mehr Informationen und Ideen als bei einem Einzelinterview gewonnen werden (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 485 f.). Ferner kann die gelöste und lockere Atmosphäre mehr Offenheit und Ehrlichkeit begünstigen. Es kann zu einem Schneeballeffekt kommen, d. h., ein Wortbeitrag kann wiederum ein Anstoß für weitere Beiträge sein und neue Richtungen und Aspekte anstoßen (vgl. Lamnek, 2010, S. 351, Mayerhofer, 2007, S. 486). Fokusgruppeninterviews erfordern einen geringen Zeit- und Kostenaufwand (vgl. Lamnek, 2010, S. 351 f.). Nachteile können eventuell in der fehlenden Standardisierung liegen; dadurch besteht die Gefahr von Bias (z. B. bei der Auswertung, durch den Moderator) (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 486). Besonders bei der Auswertung besteht das Risiko einer zu subjektiven Interpretation. Des Weiteren sind die Ergebnisse schwer zu verallgemeinern und es liegen besonders Defizite hinsichtlich Reliabilität und Validität vor. Allerdings muss dabei auch berücksichtigt werden, dass die qualitative Forschung andere Ziele als die quantitative Forschung verfolgt (vgl. Mayerhofer, 2007, S. 486 f.).

3.2 Studiendesign

Ziel der Studie war die Bestandsaufnahme der momentanen Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis. Ebenso galt es, die Hemmnisse für eine adäquate Umsetzung aufzuzeigen und zu analysieren. Außerdem sollten Verbesserungsmöglichkeiten herausgearbeitet werden, um in Zukunft Interventionen effektiver implementieren zu können. Die Studie wurde durch das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim und die Medizinische Hochschule (MHH) in Hannover initiiert und wurde dementsprechend an drei Standorten durchgeführt. Das ZIS übernahm dabei die Organisation, Durchführung und Auswertung.

Für die Umsetzung der Ziele der Studie wurden zwei verschiedene Methoden angewendet werden (vgl. Abb. 3.1). Mittels eines Kurzfragebogens sollten separat zu den Fokusgruppeninterviews Einstellungen, Vorgehensweisen und Umsetzungsprobleme der Hausärzte hinsichtlich alkoholbezogener Interventionen quantitativ erfasst werden. Zusätzlich sollte der Kurzfragebogen wichtige deskriptive Daten zur Beschreibung der Studienpopulation liefern. Die Hausärzte bekamen den einseitigen Kurzfragebogen vor dem Fokusgruppeninterview per Post zugeschickt.

Als zweite wichtige Methode diente das leitfadengestützte Fokusgruppeninterview. Damit sollten die Einstellungen und Beweggründe der Hausärzte sowie ursächliche Zusammenhänge hinsichtlich der Umsetzung alkoholbezogener Interventionen qualitativ erhoben und analysiert werden. Mithilfe der Fokusgruppeninterviews sollten die Meinungen und Beweggründe der Hausärzte dargestellt und unter Umständen auch neue Aspekte bestimmt werden. Das Instrument Fokusgruppeninterview stellte dabei einen neuen methodischen Ansatz zur Bearbeitung dieser Problematik dar. Für die Fokusgruppeninterviews sollten insgesamt 45 Hausärzte ausgewählt werden.

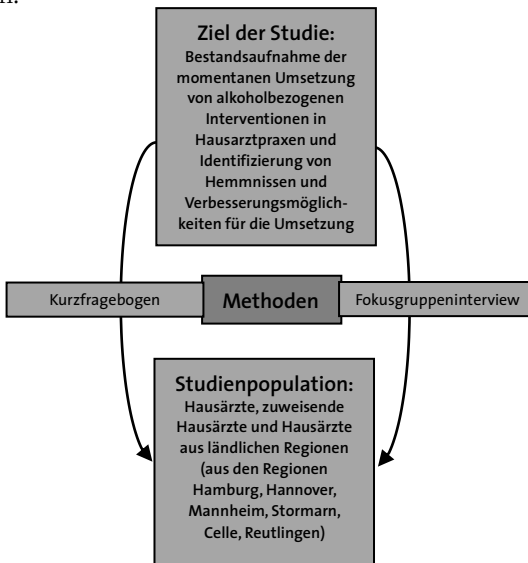


Abbildung 3.1: Studiendesign

3.3 Studienpopulation

Insgesamt sollten neun Fokusgruppeninterviews geführt werden, wobei eine Fokusgruppe jeweils aus fünf Hausärzten bestehen sollte. Die vorgesehenen 45 Hausärzte wurden pro Region drei Gruppen zugeordnet. Die erste Gruppe umfasst Hausärzte aus Hamburg, Hannover und Mannheim. Die zweite Gruppe sind die sogenannten zuweisenden Hausärzte, d. h., diese überweisen Patienten aktiv weiter in stationäre Behandlungen. Ausfindig gemacht wurden diese Hausärzte über die Kliniken in Hamburg, Mannheim und Hannover, da in den Krankenhäusern die Hausärzte registriert sind, die ihre Patienten in eine Entzugsbehandlung überweisen. Die dritte Gruppe sind Hausärzte aus ländlichen Gebieten. Demnach ergab sich folgende angestrebte Zusammensetzung der Studienpopulation (vgl. Tab. 3.1).

Tabelle 3.1: Angestrebte Studienpopulation für die Fokusgruppeninterviews

Zufallsstichprobe aus	Anzahl Hausärzte	in den Städten/Regionen	Gesamtanzahl Hausärzte
Hausärzte (über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen)	5	Hamburg Hannover Mannheim	15
Hausärzte (über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen)	5	Hamburg Hannover Mannheim	15
Hausärzte aus drei ländlichen Regionen	5	Schleswig-Holstein (Stormarn) Niedersachsen (Celle) Baden-Württemberg (Reutlingen)	15

Zunächst wurden über die Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg, Hannover, Mannheim, Stormarn, Celle und Reutlingen die Adressen der Hausärzte in diesen Städten ermittelt. Insgesamt wurden 2.215 Hausärzte ausfindig gemacht, denen postalisch der Kurzfragebogen zugeschickt wurde. Ausgenommen waren die zuweisenden Hausärzte, die über die Krankenhäuser ermittelt wurden und die Fragebögen erst kurz vor dem Fokusgruppeninterview ausfüllten. Aus der Anzahl der Hausärzte, die einen ausgefüllten Fragebogen zurücksendeten und sich durch einen Stempel auf dem Fragebogen zur Teilnahme am Interview bereit erklärten, wurde eine Zufallsstichprobe für die Fokusgruppeninterviews gezogen. Da aus den

ländlichen Gebieten nur ein geringer Rücklauf erfolgte, wurde bei den Landärzten keine Zufallsstichprobe gezogen. Es wurden alle Landärzte für die Interviews kontaktiert. Aus der Liste der Krankenhäuser wurden dann die Zufallsstichproben für die zuweisenden Hausärzte gezogen. Diese Randomisierung der Hausärzte und zuweisenden Hausärzte erfolgte mittels SPSS, wobei jeweils zehn Ärzte pro Ort und Gruppe randomisiert wurden. Daraufhin wurden die Ärzte zum Fokusgruppeninterview eingeladen. Bei terminlicher Verhinderung oder/und zu geringer Teilnahme wurde erneut per Zufallsstichprobe ausgewählt. Durch die Differenzierung der drei Gruppen sollten, auf Basis ihrer unterschiedlichen Erfahrungen, die Aspekte der Umsetzung alkoholbezogener Interventionen und damit zusammenhängende Hemmnisse, widerlegt, bestätigt oder verdeutlicht werden.

3.4 Studiendurchführung

Von den insgesamt 2.215 angeschriebenen Hausärzten aus den drei Regionen wurden 217 Kurzfragebögen zurückgeschickt (Response 9,8 %). Indem sie ihren Stempel oder ihre Rufnummer auf dem Fragebogen hinterließen, konnten die Ärzte ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Fokusgruppeninterview signalisieren. Aus den zurückgesendeten Fragebögen wurde dann für die Städte Hamburg, Hannover und Mannheim jeweils eine Zufallsstichprobe mittels SPSS gezogen. Im Anschluss daran wurden die ausgewählten Ärzte durch eine Mitarbeiterin des ZIS telefonisch kontaktiert. Dabei konnten viele Ärzte nicht direkt erreicht werden, da sie im Urlaub waren oder Anrufe von den Praxismitarbeitern nicht an die Ärzte durchgestellt wurden. Bei Interesse wurden den Ärzten nähere Informationen zur Studie zugefaxt oder es erfolgte ein Rückruf durch die Ärzte. Das gleiche Vorgehen erfolgte für die zuweisenden Hausärzte. Aus der Liste der Krankenhäuser mit den zuweisenden Ärzten wurde ebenfalls mittels SPSS eine Zufallsstichprobe gezogen und Kontakt aufgenommen.

Alles in allem wurden bis zu 50 Ärzte pro Stadt kontaktiert, da viele Ärzte letztlich doch nicht zur Teilnahme am Fokusgruppeninterview bereit waren und die Zahl von fünf Ärzten pro Interview erreicht werden sollte. Trotzdem kam nicht für jedes Interview die vorgesehene Anzahl zustande. In Hannover konnten für die Gruppe der Hausärzte nur zwei Ärzte rekrutiert werden.

Auch bei den Ärzten aus den ländlichen Gebieten gab es Schwierigkeiten, genügend Ärzte für das Fokusgruppeninterview zu finden. Aus Celle wurden nur zehn Fragebögen mit einem Stempel, aus Stormarn und Reutlin-

gen sogar nur fünf Fragebögen mit einem Stempel zurückgesendet. Von diesen wurden dann alle Ärzte kontaktiert, wobei schließlich nur zwei bzw. drei für das Fokusgruppeninterview zusagten. In Stormarn konnten durch einen Mitarbeiter des ZIS noch zwei Ärzte weitere rekrutiert werden.

Zum festgesetzten Interviewtermin erschien ein Teil der Ärzte ohne Absage nicht, sodass sich die Anzahl der interviewten Ärzte schlussendlich folgendermaßen zusammensetzte (vgl. Tab. 3.2):

Tabelle 3.2: Tatsächliche Stichprobe für die Fokusgruppeninterviews

	Anzahl Hausärzte	in den Städten/Regionen	Gesamtanzahl Hausärzte
Hausärzte (über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen)	4	Hamburg	9
	2	Hannover	
	3	Mannheim	
Hausärzte, die Patienten in die stationäre Alkoholbehandlung überweisen	5	Hamburg	13
	4	Hannover	
	4	Mannheim	
Hausärzte aus drei ländlichen Regionen	3	Schleswig-Holstein (Stormarn)	7
	2	Niedersachsen (Celle)	
	2	Baden-Württemberg (Reutlingen)	

Die Anzahl der interviewten Ärzte belief sich demnach auf 29 anstatt auf die gewünschten 45. Sowohl die zuweisenden Ärzte als auch die Ärzte aus Hamburg und Stormarn zeigten dabei die höchste Bereitschaft, an den Fokusgruppeninterviews teilzunehmen.

Bei einer Zusage der Ärzte zum Fokusgruppeninterview wurden ihnen genauere Informationen (Ort, Zeit etc.) zugefaxt. Die Interviews fanden im Zeitraum von Mitte April bis Anfang Mai 2012 statt. In Hamburg und Stormarn wurden die Fokusgruppeninterviews in den Räumlichkeiten des ZIS bzw. in einem Hotel durchgeführt. In Hannover und Celle fanden die Interviews in Räumen der MHH bzw. in einem Hotel statt und in Mannheim und Reutlingen ebenfalls in Räumen des ZI und in einem Hotel. Die Interviews wurden durch einen geschulten Moderator des ZIS durchgeführt und dauerten je nach Gruppengröße 60 bis 90 Minuten. Ebenso war je nach Gruppengröße eine weitere Mitarbeiterin des ZIS anwesend, um ein Gesprächsproto-

koll zur Erleichterung der Transkription zu führen. Die Teilnehmer bekamen vor dem Interview ein kurzes Input durch den Moderator vorgelesen. Dieses war vom Moderator verfasst worden und bestand aus allgemeinen Informationen und Daten zu Alkoholabhängigkeit und -missbrauch sowie aus Erfahrungsberichten aus Internetforen. In diesen Erfahrungsberichten schildern Menschen mit Alkoholproblemen ihre Erfahrungen mit Hausärzten und deren Umgang mit alkoholkranken Patienten. Im Anschluss erfolgte das Fokusgruppeninterview, das sich an vorher festgelegten Leitfragen orientierte. Die Eingangsfrage, die durch jeden in der Runde beantwortet werden sollte, lautete: „Wie und wie häufig stellen Sie alkoholbezogene Probleme bei Patienten fest?“ Der weitere Verlauf der Diskussion wurde allein von den Teilnehmern bestimmt. Weitere Kernfragen, die durch den Moderator miteinbezogen werden sollten, bezogen sich auf die Durchführung von Diagnostik und Interventionen und die Frage, welche Erfahrungen die Ärzte damit gemacht haben. Darüber hinaus wurde abgefragt, welche Barrieren es für Interventionen durch Hausärzte gibt und welche Verbesserungen es aus ihrer Sicht geben muss. Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät über zwei Mikrofone aufgezeichnet, die auf dem Tisch platziert wurden.

3.5 Auswertung

Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Daten der Kurzfragebögen wurden in SPSS 19 eingegeben und deskriptiv ausgewertet. Vorab wurde eine Plausibilitätskontrolle durchgeführt. Um Doppelungen zu vermeiden, wurden die Kurzfragebögen, die von den zuweisenden Hausärzten vor den Fokusgruppeninterviews ausgefüllt wurden, nicht mit in die Auswertung einbezogen. Da alle Hausärzte der Kassenärztlichen Vereinigung angeschrieben wurden, war davon auszugehen, dass unter den zurückgesendeten Kurzfragebögen auch solche sind, die von zuweisenden Hausärzten ausgefüllt wurden. War dies der Fall, wurden diese Hausärzte für die Rekrutierung der Interviewteilnehmer außerdem aus der Zuweiserliste entfernt.

Im Fokus dieser Arbeit stehen nur die Daten und Interviews der Ärzte aus Hamburg und Stormarn. Ein Grund dafür ist, dass beide Städte in den jeweiligen Teilgruppen sowohl die höchste Teilnehmerzahl bei den Fokusgruppeninterviews erreichten als auch die höchste Compliance beim Zurücksenden der Fragebögen (76,42 % der zurückgesendeten Fragebögen stammen aus Hamburg und Stormarn). Der Fokus auf eine Großstadt soll

einerseits die Unterschiede innerhalb eines Interviewortes aufzeigen; zum anderen soll der Vergleich zwischen Hamburg und Stormarn die Unterschiede zwischen Stadt und ländlichem Gebiet für den norddeutschen Raum aufzeigen.

3.5.1 Quantitative Auswertung

Die statistische Auswertung des Kurzfragebogens erfolgte mittels SPSS 19. Nachdem die gesamten Daten eingegeben und auf Plausibilität geprüft wurden, wurden die Fälle für Hamburg und Stormarn ausgewählt und in einen eigenständigen Datensatz eingefügt. Insgesamt waren dies 123 Fälle, die deskriptiv analysiert wurden. Die Fälle aus Hamburg umfassen sowohl Hausärzte als auch zuweisende Hausärzte (vgl. Kap. 3.4). Zur Darstellung der univariaten Verteilungen wurden für die nominal und ordinal skalierten Variablen die relativen und absoluten Häufigkeiten berechnet. Für die metrisch skalierten Variablen wurden zusätzlich der Mittelwert und die Standardabweichung berechnet. Für die Darstellung der Patienten mit einer Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblematik wurde aus den absoluten Zahlen der Patienten insgesamt und der Patienten mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit die prozentuale Häufigkeit berechnet.

Zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen einer suchtmmedizinischen Zusatzqualifikation der befragten Hausärzte und dem Durchführen von Interventionsmaßnahmen sowie dem Ansprechen von Patienten wurden Kreuztabellen mit dem Chi-Quadrat-Test erstellt. Bei erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf wurde der Exakte-Test nach Fisher zur Überprüfung der statistischen Signifikanz herangezogen. Als Kontingenzkoeffizienten wurden der Phi-Koeffizient und der Kontingenzkoeffizient nach Pearson herangezogen.

3.5.2 Qualitative Auswertung

Die qualitative Analyse der Fokusgruppeninterviews erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Im Speziellen wurde die inhaltliche Strukturierung angewendet (vgl. Mayring, 2007). Unterstützt wurde die Auswertung durch das Programm MAXQDA.

Mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde eine Feinanalyse angestrebt, deren Grundlage ein hoch differenziertes Kategoriensystem bildet (vgl. Bortz; Döring, 2006, S. 331 f.). Die ganzheitliche Analyse einer Problematik ist ein Ziel von Fokusgruppeninterviews und soll durch solch

ein systematisches, regel- und theoriegeleitetes Verfahren gewährleistet werden. Außerdem soll dieses Verfahren die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens ermöglichen (vgl. Mayring, 2007).

Das Ziel der qualitativen Auswertung war, die wichtigsten Aspekte und Themen der Fokusgruppeninterviews herauszuarbeiten. Die Analyse wurde in einzelne Interpretationsschritte untergliedert, um die Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit zu gewährleisten. Mayring (2007) unterscheidet drei verschiedene Analyseformen – Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung – mit jeweiligen Untergruppen für qualitative Inhaltsanalysen (vgl. Tab. 3.3).

Tabelle 3.3: Analyseformen der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2007)

Zusammenfassung	Explikation	Strukturierung
	enge Kontextanalyse	formale Strukturierung
	weite Kontextanalyse	inhaltliche Strukturierung
		typisierende Strukturierung
		skalierende Strukturierung

Für das vorliegende Buch wurde die inhaltliche Strukturierung gewählt mit dem Ziel, die zentralen Themen, Inhalte und Aspekte herauszufiltern. Kern der inhaltlichen Strukturierung ist eine Zusammenfassung des Materials zu inhaltlich plausiblen Einheiten. Vorab wurden alle personenbezogenen Angaben (Namen der Ärzte, Orte, Krankenhäuser, Suchthilfeeinrichtungen) anonymisiert und unkenntlich gemacht. Die Inhalte, die aus dem Material extrahiert wurden, wurden durch die entwickelten Kategorien und Unterkategorien bestimmt. Die Kategorienbildung erfolgte dementsprechend deduktiv. Nach der Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems wurde das in Form von Paraphrasen extrahierte Material pro Unterkategorie zusammengefasst. Es erfolgten insgesamt drei Materialdurchläufe; nach jedem Materialdurchlauf wurden die Kategorien entsprechend modifiziert. Das heißt, dass nicht vorhandene Kategorien im Material gestrichen und neue, aus dem Material abgeleitete Kategorien, hinzugefügt wurden.

Zu Beginn wurden zunächst folgende Kategorien deduktiv anhand des aktuellen Wissensstands (basierend auf Kap. 1 und 2 und dem Kurzfragebogen) abgeleitet:

1. Diagnostik

- a. klinische Merkmale
- b. biologische Laborparameter
- c. indirekte Fragebögen
- d. direkte Fragebögen
- e. kombinierte Verfahren

2. Intervention

- a. informatives Gespräch durch den Arzt
- b. Vergabe von Informationsmaterialien
- c. Überweisung in spezialisierte Einrichtungen
- d. ambulante Behandlung mit Medikamenten
- e. Kurzintervention zur Verhaltensänderung

3. Einflussfaktoren auf die Durchführung von alkoholbezogenen Interventionen

- a. Geschlecht der Patienten
- b. Situation der Patienten
- c. Stabilität der Arzt-Patienten-Beziehung
- d. Jahre der niedergelassenen Tätigkeit
- e. Alter des Arztes
- f. persönliche Einstellung des Arztes

4. Barrieren bei der Umsetzung

- a. fehlende Zeit
- b. geringe Erfolgsaussichten/Motivation/Wahrnehmung bei den Patienten
- c. Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung
- d. fehlende spezialisierte Ausbildung/Wissen
- e. schlechte finanzielle Vergütung
- f. schlechte Unterstützung durch Suchthilfeeinrichtungen
- g. fehlende Verantwortung für diese Problematik
- h. Patientenanzahl pro Quartal

5. Verbesserungsmöglichkeiten

- a. bessere Vernetzung/Unterstützung durch die Suchthilfe
- b. bessere finanzielle Vergütung
- c. mehr Eigeninitiative bei den Patienten
- d. Evidenz, die den Erfolg von Kurzinterventionen belegt
- e. mehr Wissen/bessere Ausbildung
- f. mehr Zeit

Nach dem ersten Materialdurchlauf wurden folgende Kategorien ergänzt:

1. Diagnostik:

- routinemäßiges Ansprechen des Arztes
- Ansprechen aufgrund klinischer Merkmale
- eigener Anamnese-Bogen

2. Intervention:

- kontrolliertes Trinken

3. Verbesserungsmöglichkeiten:

- Erhöhung Motivation/Verantwortung der Ärzte für Problematik
- mehr Informationsmaterial für Ärzte

Nach dem zweiten Durchlauf erfolgte keine Änderung. Beim dritten Materialdurchlauf und bei der abschließenden Überprüfung wurden weitere Unterkategorien ergänzt bzw. gelöscht:

Hinzugefügt wurde:

4. Barrieren:

- zusätzliche Erkrankungen

Folgende, nicht im Text vorhandene Unterkategorien wurden abschließend gelöscht:

1. Diagnostik:

- c. indirekte Fragebögen
- d. direkte Fragebögen
- e. kombinierte Verfahren

2. Interventionen:

- b. Vergabe von Informationsmaterialien
- e. Kurzintervention zur Verhaltensänderung

3. Einflussfaktoren:

- e. Alter des Arztes

4. Barrieren:

- h. Patientenzahl

5. Verbesserungsmöglichkeiten:

- d. mehr Evidenz

Tab. 3.4 gibt einen Überblick über die endgültigen Kategorien für die Inhaltsanalyse.

Tabelle 3.4: Endgültige Kategorien für die Inhaltsanalyse

Diagnostik	Intervention	Einflussfaktoren	Barrieren	Verbesserungsmöglichkeiten
a) klinische Merkmale	a) informatives Gespräch	a) Geschlecht der Patienten	a) fehlende Zeit	a) bessere Vernetzung/Unterstützung durch die Suchthilfe
b) biologische Laborparameter	c) Überweisung in spezialisierte Einrichtungen	b) Situation der Patienten	b) geringe Erfolgsaussichten/Motivation bei Patienten	b) bessere finanzielle Vergütung
f) routinemäßiges Ansprechen des Arztes	d) ambulante Behandlung mit Medikamenten	c) Stabilität der Arzt-Patienten-Beziehung	c) Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung	c) mehr Eigeninitiative bei den Patienten
g) Ansprechen aufgrund klinischer Merkmale	f) kontrolliertes Trinken	d) Jahre der niedergelassenen Tätigkeit	d) fehlende spezialisierte Ausbildung/Wissen	e) mehr Wissen/bessere Ausbildung
h) eigener Anamnesebogen		f) persönliche Einstellung des Arztes	e) schlechte finanzielle Vergütung	f) mehr Zeit
			f) schlechte Unterstützung durch Suchthilfeeinrichtungen	g) Erhöhung Motivation/Verantwortung der Ärzte für Problematik
			g) fehlende Verantwortung für diese Problematik	h) mehr Informationsmaterial für Ärzte
			i) zusätzliche Erkrankungen	

Insgesamt wurde folgender Auswertungsablauf in Anlehnung an Mayring (2007) durchgeführt:

1. Festlegung des Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. formale Charakteristika des Materials
4. Richtung der Analyse
5. Fragestellung der Analyse
6. Festlegung des Ablaufmodells und Bestimmung der Analysetechnik
7. Bestimmung der Analyseeinheiten
8. theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien
9. Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Codierregeln zu den einzelnen Kategorien
10. erster Materialdurchlauf
11. zweiter Materialdurchlauf
12. dritter Materialdurchlauf
13. Paraphrasierung des extrahierten Materials pro Unterkategorie
14. Generalisierung auf das Abstraktionsniveau
15. erste Reduktion
16. zweite Reduktion
17. Rücküberprüfung
18. Zusammenfassung

4 Ergebnisse der Studie

Zunächst erfolgt die Darstellung der Ergebnisse des Kurzfragebogens für Hamburg und Stormarn. Im Anschluss werden die Ergebnisse der drei Fokusgruppeninterviews erläutert.

4.1 Ergebnisse des Kurzfragebogens

Insgesamt wurden von den 2.215 verschickten Kurzfragebögen 217 zurückgesendet. Die Responsequote liegt damit bei 9,8 %. In die vorliegende Analyse wurden die 123 Kurzfragebögen aus Hamburg ($n = 116$) und Stormarn ($n = 7$) einbezogen (vgl. Abb. 4.1). Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe für die Landärzte (Stormarn) erfolgt die Darstellung der Ergebnisse überwiegend für alle Ärzte zusammen.

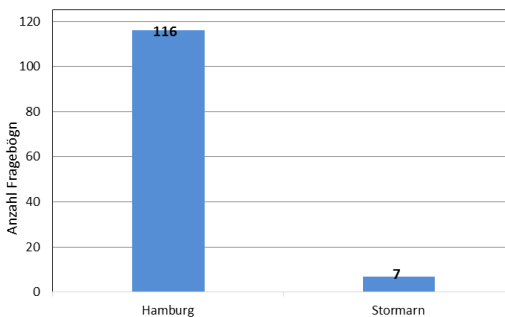


Abbildung 4.1: Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen aus Hamburg/Stormarn

Gesamtüberblick

Durchschnittlich sind die Ärzte seit 15,8 Jahren ($\pm 7,9$ Jahre; Minimum = 1,5 Jahre; Maximum = 31 Jahre) in eigener Praxis tätig. Die Anzahl der behandelten Patienten bezogen auf das letzte Quartal liegt im Durchschnitt bei 1.229 ($\pm 634,5$). Die Geschlechterverteilung der Ärzte ist nahezu ausgeglichen (vgl. Abb. 4.2).

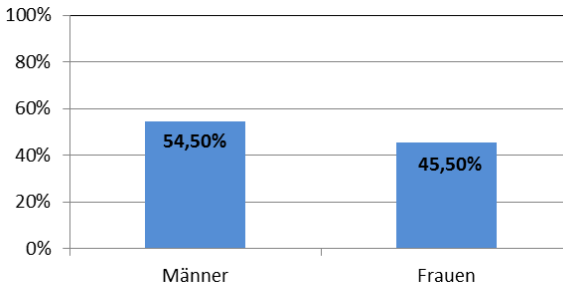


Abbildung 4.2: Geschlechterverteilung der Ärzte

Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich, dass die Ärzte insgesamt ein hohes Durchschnittsalter aufweisen. Dieses liegt bei 54 Jahren ($\pm 7,3$ Jahre; Minimum = 38 Jahren; Maximum = 69 Jahre).

Suchtmedizinische Zusatzqualifikation

Insgesamt verfügen 19,5 % der Ärzte über eine suchtmedizinische Zusatzqualifikation (vgl. Abb. 4.3). Bei der differenzierten Betrachtung der Ärzte mit und ohne suchtmedizinische Zusatzqualifikation zeigt sich, dass Ärzte mit einer Zusatzqualifikation durchschnittlich länger in praktischer Tätigkeit (18 Jahre zu 15 Jahren) und älter (56 Jahre zu 53 Jahren) sind als die Ärzte ohne Zusatzqualifikation. Hinsichtlich des Vergleichs von Stadt und ländlichem Gebiet zeigt sich ein ähnliches Bild. In Hamburg haben 19,8 % der Ärzte eine suchtmedizinische Zusatzqualifikation und in Stormarn 14,3 % (einer von sieben Ärzten).

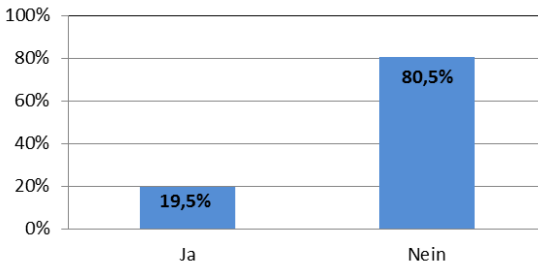


Abbildung 4.3: Suchtmedizinische Zusatzqualifikationen der Ärzte

Ansprechen der Patienten auf Alkoholkonsum

Geht es um das Ansprechen der Patienten auf deren Alkoholkonsum (vgl. Tab. 4.1), so zeigt sich, dass rund zwei Drittel der Ärzte ihre Patienten routinemäßig und bei klinischem Verdacht auf ihren Alkoholkonsum ansprechen. Differenziert betrachtet zeigen sich für die Ärzte aus Hamburg (routinemäßiges Ansprechen 63,8 %, bei klinischem Verdacht 62,1 %) und Stormarn (routinemäßiges Ansprechen 100 %, bei klinischem Verdacht 57,1 %) ähnliche Tendenzen.

Tabelle 4.1: Ansprechen auf Alkoholkonsum

Ansprechen	ja	nein
routinemäßig (z. B. Gesundheitscheck)	65,9 %	34,1 %
auf klinischen Verdacht	61,8 %	38,2 %
eher nicht	0,8 %	99,2 %

Anzahl der Patienten mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit

73,2 % der Ärzte aus Hamburg und Stormarn geben an, dass ihre Patienten aus dem letzten Quartal von Alkoholmissbrauch betroffen sind. Hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit geben rund 82,1 % der Ärzte aus Hamburg und Stormarn an, dass ihre Patienten aus dem letzten Quartal betroffen sind. Im Durchschnitt schätzen die Ärzte, dass 67 Patienten aus dem letzten Quartal Alkohol missbräuchlich konsumieren (vgl. Tab. 4.2) und durchschnittlich 26 Patienten eine Alkoholabhängigkeit aufweisen (vgl. Tab. 4.3).

Tabelle 4.2: Patienten mit Alkoholmissbrauch

	N	Spannweite	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Patienten mit Alkoholmissbrauch (letztes Quartal)	9 1	398,00	2,00	400,00	66,9890	69,27698
gültige Werte (listenweise)	9 1					

Tabelle 4.3: Patienten mit Alkoholabhängigkeit

	N	Spannweite	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
alkoholabhängige Patienten (letztes Quartal)	102	200,00	0,00	200,00	26,3137	33,96649
gültige Werte (listenweise)	102					

Bezogen auf die absolute Patientenanzahl (n = 148.452) sind rund 4,1 % der Patienten aus Hamburg und Stormarn von missbräuchlichem Konsum (n = 6.096) und 1,8 % von Alkoholabhängigkeit (n = 2.684) betroffen.

Maßnahmen bei Patienten mit Alkoholproblemen

Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit ist ein ärztliches informatives Gespräch (vgl. Tab. 4.4). 83,6 % der Ärzte geben an, dieses häufig durchzuführen. Etwa zwei Drittel überweisen Patienten häufig weiter in spezialisierte Einrichtungen. Alkoholbezogene Kurzinterventionen werden von etwa der Hälfte der Ärzte häufig durchgeführt. Die Vergabe von Informationsmaterialien sowie eine medikamentöse Behandlung werden nur von einem geringen Teil der Ärzte häufig durchgeführt. 112 Ärzte gaben an, sonstige Maßnahmen durchzuführen, u. a. wurden Maßnahmen wie Akupunktur, Blutkontrollen oder ambulanter Entzug angegeben.

Tabelle 4.4: Maßnahmen bei Patienten mit Alkoholproblemen

Maßnahmen	häufig	selten	nie
ärztliches informatives Gespräch	83,6 %	16,4 %	–
Vergabe von Informationsmaterialien	33,3 %	52,5 %	14,2 %
alkoholbezogene Kurzintervention zur Verhaltensänderung	52,5 %	38,3 %	9,2 %
medikamentöse Suchtbehandlung	10,0 %	55,0 %	35,0 %
Überweisung an suchttherapeutische spezialisierte Einrichtungen	62,3 %	36,1 %	1,6 %

Umsetzungsprobleme bei alkoholbezogenen Interventionen

Die gravierendsten Umsetzungsprobleme (vgl. Tab. 4.5) für alkoholbezogene Interventionen sehen die Ärzte in der fehlenden finanziellen Vergütung (87,7 %), der fehlenden Kooperation mit suchttherapeutischen Einrichtungen (60,7 %) und der mangelnden Integrierbarkeit in den Praxisalltag (56,7 %).

Tabelle 4.5: Umsetzungsprobleme bei alkoholbezogenen Interventionen

Umsetzungsproblem	ja	nein	weiß nicht
fehlende suchtmedizinische Qualifikation	40,5 %	44,6 %	14,9 %
Interventionen nicht in den Praxisalltag integrierbar	56,7 %	36,7 %	6,7 %
fehlende finanzielle Vergütung	87,7 %	12,3 %	.
Suchttherapie keine hausärztliche Aufgabe	25,2 %	74,8 %	.
fehlende Kooperation mit suchttherapeutischen Einrichtungen	60,7 %	39,3 %	.

40,5 % sehen eine fehlende suchtmedizinische Qualifikation als Barriere. Insgesamt haben nur 37,6 % der Ärzte Interesse an einer suchtmedizinischen Qualifikation. Nur 40,4 % würden bei einer gegebenen Qualifikation vermehrt suchttherapeutisch tätig sein.

Suchtmedizinische Zusatzqualifikation und die Durchführung von Maßnahmen/Ansprechen der Patienten

In Bezug auf die Durchführung von Maßnahmen zeigen sich z. T. Unterschiede zwischen Ärzten mit und ohne suchtmedizinische Zusatzqualifikation. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein einer Zusatzqualifikation und dem Durchführen alkoholbezogener Kurzinterventionen ($\text{Chi}^2 = 11,47$, $\text{df} = 2$, $p = 0,003$) sowie einer medikamentösen Suchtbehandlung ($\text{Chi}^2 = 19,91$, $\text{df} = 2$, $p = 0,000$). Der Phi-Koeffizient beläuft sich auf 0,309 und der Kontingenzkoeffizient auf 0,295 (alkoholbezogene Kurzintervention) bzw. auf 0,407 und 0,377 (medikamentöse Suchtbehandlung). In Bezug auf einen Zusammenhang zwischen suchtmedizinischer Zusatzqualifikation und dem Ansprechen der Patienten konnte keine statistische Signifikanz ermittelt werden.

4.2 Fokusgruppeninterviews

Insgesamt wurden drei Fokusgruppeninterviews ausgewertet, die sich wie folgt zusammensetzten:

1. Interview (zuweisende Hausärzte): fünf Hausärzte aus Hamburg (drei Männer, zwei Frauen)
2. Interview (Hausärzte): vier Hausärzte aus Hamburg (zwei Männer, zwei Frauen)
3. Interview (Landärzte): drei Hausärzte aus Stormarn (zwei Männer, eine Frau)

Die Gruppe der zuweisenden Hausärzte (Hamburg 1) umfasst Ärzte, die alkoholranke Patienten aktiv in stationäre Behandlung überweisen. Beim zweiten Interview in Hamburg (Hamburg 2) waren vier Ärzte anwesend, die keinen speziellen Bezug zum Thema Alkohol hatten. Das dritte Interview wurde in Stormarn durchgeführt, hier waren drei Ärzte anwesend. Die Geschlechterverteilung war dabei relativ ausgeglichen. Alle Interviews wurden leitfadengestützt durchgeführt. Zentrale Fragen in jedem Interview bezogen sich auf Diagnostik, Interventionsmöglichkeiten sowie Barrieren und Verbesserungsmöglichkeiten für die Implementierung alkoholbezogener Interventionen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt differenziert für jede Kategorie. Die Ergebnisse der Unterkategorien werden dabei für jede Kategorie zusammenfassend dargestellt. Alle persönlichen Angaben wurden anonymisiert und unkenntlich gemacht.

4.2.1 Diagnostik

Klinische Auffälligkeiten erwecken bei den meisten Ärzten den Verdacht auf Alkoholprobleme. Vor allem körperliche Symptome wie „*Schnapsnase*“ (Stormarn, S. 1, Z. 17), „*bisschen Tatta*“ (Hamburg 1, S. 5, Z. 236/237), „*Händezittern*“ (Hamburg 2, S. 1, Z. 18), „*Bluthochdruck*“ (Stormarn, S. 1, Z. 18), „*Polyneuropathie*“ (Hamburg 2, S. 1, Z. 25; Stormarn, S. 1, Z. 18), „*vergrößerte Leber*“ (Hamburg 1, S. 1, Z. 30) oder die „*rote Nase, die immer röter wird*“ (Hamburg 1, S. 5, Z. 237), „*die Rötung des Gesichts*“ (Hamburg 2, S. 1, Z. 17) fallen den Ärzten auf. Allerdings bleibt es bei den Ärzten aus allen drei Gruppen zumeist bei einem Verdacht oder einer Vermutung. Eine standardisierte, gesicherte und alkoholspezifische Diagnostik erfolgt selten. Dies wird zum einen durch die z. T. sehr flapsige Bezeichnung („*bisschen Tatta*“, „*Schnapsnase*“) der Symptome und zum anderen durch die im Zusammenhang mit dem Erkennen von Alkoholproblemen verwendeten Ausdrücke,

wie „*Man sieht es irgendwie. Oder abnt es*“ (Hamburg 1, S. 5, Z. 239), „*Aspekte, die einen darauf hinweisen*“ (Hamburg 2, S. 1, Z. 15 f.) oder „*Einige fallen einfach auf*“ (Stormarn, S. 1, Z. 16), verdeutlicht.

Neben den klinischen Auffälligkeiten erkennt die Mehrheit der Ärzte (Hamburg 1 n = 3, Hamburg 2 n = 3 und Stormarn n = 2) Alkoholprobleme am häufigsten mittels Laborparametern. Fast ausschließlich wird in allen drei Gruppen die Gamma-Glutamyl-Transferase (GGT) als entscheidender Parameter genannt:

„*Natürlich mach ich [die] ganze Untersuchung, besonders Leberwerte. Manche lügen, manche sagen ‚ich trinke nicht‘ und ich sehe Gamma-GT ist hoch, dann frage ich noch mal nach Alkohol ...*“ (Hamburg 1, S. 1, Z. 14–16), „*Normalerweise wird dem Patienten, der neu zu uns kommt, ein ausgiebiges Labor gemacht, wo eben halt auch Gamma-GT und ... ähm ... die anderen jeweiligen Züge festgestellt werden, da sie dann auch erhöhte Gamma-GT ... wird dann immer zumindest den Verdacht nahe liegen*“ (Hamburg 2, S. 1, Z. 20–23), „*Äh, meistens sieht man’s, – wenn man eine Routine-Laboruntersuchung macht –, an der Gamma-GT.*“ (Stormarn, S. 1, Z. 9/10)

Die erhöhten Leberwerte veranlassen die Ärzte meistens zum direkten Ansprechen der Patienten:

„*Aber wenn dann Laborwerte dazukommen, die darauf hinweisen ... vergrößerte Leber tastbar ist, ... dann spreche ich das schon gezielter an*“ (Hamburg 1, S. 1, Z. 29–31), „*Ich sehe halt nur die Laborwerte und spreche sie darauf an.*“ (Hamburg 2, S. 9, Z. 435).

Die Laborwerte sind für die Ärzte ein eindeutiges Merkmal für Alkoholprobleme und können die Richtung des weiteren Vorgehens bestimmen:

„*Ja, das ist riskant, aber ... und die können das auch einschränken, und das sieht man dann auch an ihren äh Laborwerten, und äh dann gibt es da eigentlich fast keine Interventionsnotwendigkeit, denke ich.*“ (Stormarn, S. 6, Z. 215–217)

Es gibt jedoch auch Ärzte, die von der Zuverlässigkeit der Laborparameter als diagnostisches Instrument nicht einwandfrei überzeugt sind. Sowohl in der Gruppe der zuweisenden Ärzte als auch in der der Landärzte (Hamburg 1 und Stormarn) werden die Laborparameter durch einzelne Ärzte kritisiert bzw. angezweifelt:

C: „*Ich hab‘ da Probleme mit den Leberwerten. Ich bin ja hier in F. aufgewachsen und kenne hier viele Menschen von meiner eige-*

nen Sandkistenzeit. Und ich weiß von einigen, die können saufen, da ist das Ende von weg. So in den F. Kneipen. Wenn ich die dann zu fassen kriege und die haben irgendwie ... **lebertechnisch gesehen haben die gar keine Auffälligkeiten.** [...] Muss doch **noch ein paar mehr Kriterien geben**, außer die bei Werten.“ (Hamburg 1, S. 3, Z. 119–125)

C: „[...] und ich habe welche, die **haben hohe Leberwerte und die trinken gar nicht.** Und was machen wir denn mit denen? [...]. Ich habe auch schon so manchen verletzt mit meiner Frage nach dem Alkohol ... und ‚ich trink gar nichts, habe ich Ihnen doch schon mal gesagt‘ und bin nach zwei Jahren wieder drauf reingefallen ich sag: ‚Die Gamma-GT ist über 100.‘ ‚Ja, das ist in der Familie bei uns so.‘“ (Hamburg 1, S. 3, Z. 135–140)

E: „**Die Leberwerte finde ich auch nicht sehr wichtig,** muss ich sagen. Ich hab‘ richtig knallgesunde Patienten, die ein Gamma-GT von 100 bis 150 haben.“ (Hamburg 1, S. 4, Z. 167–169)

B: „[...], ähm die sozial angepassten, ich finde **das sind die schwierigsten, und die, die keine Leberwertveränderung haben,** ja so die für mich krasseste Patientin war eine Mittdreißigerin, die eben mir später, als sie dann irgendwann sagte: ‚Herr B, ich glaube ich bin Alkoholikerin, ähm, ich werd‘ erst nach einer Flasche Sekt überhaupt erst betriebsbereit, vormittags.‘ Ähm und die war ja jahrelang, also die ist vielleicht Mitte vier- äh ja, Ende dreißig? Also zwei, drei Checks hatte sie schon gehabt, dann muss sie Anfang vierzig sein. **Und aus irgendwelchen Gründen waren, vielleicht Leberwerte dabei, die waren immer im unteren Bereich, also da war nichts.**“ (Stormarn, S. 1, Z. 18–25)

Diese Aussagen veranschaulichen Schwierigkeiten bei der Bewertung von Laborwerten. Zum Teil werden diese auch als überflüssig empfunden:

„Also erstens, denke ich, weiß ich häufig, dass die Leute saufen. Und da brauch ich das GGT nicht. Und zweitens, wenn ich es schwarz auf weiß habe, was mache ich damit?“
(Hamburg 2, S. 7, Z. 365 f.)

Bezüglich des Ansprechens von Alkoholproblemen zeigt sich ein differenziertes Bild. In der Gruppe der zuweisenden Hausärzte (Hamburg 1) sprechen drei von fünf Ärzten beim Erstkontakt mit dem Patienten das Thema Alkohol nicht an. Ausnahmen kommen lediglich bei auffälligen körperlichen Symptomen vor:

„Ich frage auch nicht beim ersten Kontakt nach, es sei denn, dass es offensichtlich ist“ (Hamburg 1, S. 2, Z. 77), „Und beim Erstgespräch habe ich noch nie nach Alkohol oder Zigaretten gefragt, [...]. Es sei denn, sie wüssten ... so, oder haben sonst irgendwelche klinischen Zeichen, die mich veranlassen, sie wieder einzubestellen“ (Hamburg 1, S. 1–2, Z. 45–51).

In der Gruppe der Hausärzte (Hamburg 2) geben drei der vier Ärzte an, eine Anamnese durchzuführen bzw. direkt beim Erstkontakt mit dem Patienten nach dem Alkoholkonsum zu fragen.

„Und das Letzte ist einfach auf direkte Nachfrage, wenn man ein erstaunliches Gespräch macht, oder Patienten, die lange nicht mehr da waren ... ähm ... da frage ich dann auch direkt danach, nach Trinkgewohnheiten“ (Hamburg 2, S. 1, Z. 29–32).

Diese Tendenz zeigt sich auch in der Gruppe der Landärzte: Zwei der drei Ärzte fragen routinemäßig nach dem Alkoholkonsum, „Also ich weiß nicht, ich hab' das irgendwie so drin im Kopf, dass ich auch jeden neuen Patienten danach frage, wie das, wie der Alkoholkonsum ist“ (Stormarn, S. 2, Z. 53 f.).

Im Zusammenhang mit dem Ansprechen von Alkoholproblemen verhalten sich einige Ärzte zunächst passiv. Die Diagnostik wird als Prozess verstanden:

„Also das ist ... ich spreche es auch nicht beim ersten Kontakt an, aber **irgendwann** kommt es entweder von mir oder vom Patienten, dass da ein Problem ist“ (Hamburg 1, S. 4, Z. 156/157), „Ansonsten lass ich es [bezogen auf das Ansprechen] sich auch **eher entwickeln**, so wie Sie“ (Hamburg 1, S. 2, Z. 79 f.).

Zum Teil werden die Ärzte auch durch Familienmitglieder auf das Alkoholproblem aufmerksam gemacht und veranlassen daraufhin diagnostische Maßnahmen,

„Bei mir habe ich das Gefühl, dass äh die häufigsten Alkoholpatienten über ihre Ehepartner in die Praxis kommen, das heißt, meistens sind es die Frauen, die sagen: ‚Mein Mann trinkt zu viel.‘ Und dann erst läuft so 'ne Diagnostik an“ (Stormarn, S. 1, Z. 29–31).

Einen Anamnesebogen setzen insgesamt nur zwei Ärzte (Hamburg 1 n = 1, Hamburg 2 n = 1) ein. Dieser wird allerdings als wenig hilfreich angesehen,

„und ansonsten bei den Gesundheitsuntersuchungen hab ich einen Bogen entworfen, wo ich so allgemein Fragen stelle und da frage ich auch nach Alkoholkonsum. Und da hab ich noch nie gelesen, dass irgendjemand jetzt einen riskanten Alkoholkonsum hat“ (Hamburg 1, S. 2, Z. 82–84).

Als Basis für das Erkennen von Alkoholproblemen dienen den Ärzten aus allen drei Gruppen überwiegend klinische Merkmale und Laborwerte:

A: „[...] aber ich denke, beweisen lässt es sich ... erst wenn wirklich verschiedenste Untersuchungsergebnisse, auch körperliche, also eventuell Ultraschall in Richtung Leberzirrhose oder ja so was zusammenkommt.“ (Hamburg 1, S. 5, Z. 223–225)

A: „Ja, körperliche Untersuchung und Labor. Das schon. Mebr nicht.“ (Stor-
marn, S. 2, Z. 73)

I: „Ja, also ich kann mich auch nur anschließen. Anamnese, Klinik, Labor.“ (Hamburg 2, S. 2, Z. 61)

Ergeben sich dabei Auffälligkeiten, erfolgt z. T. ein direktes Ansprechen der Patienten, allerdings nicht bei jedem. Im Vergleich der drei Gruppen verhalten sich die zuweisenden Ärzte etwas passiver, was das Ansprechen betrifft.

Insgesamt wirkt das Vorgehen der Hausärzte hinsichtlich des Erkennens von Alkoholproblemen unstrukturiert, wenig zielgerichtet und teilweise sehr passiv. Aus den Aussagen der Ärzte wird deutlich, dass viele Ärzte Alkoholprobleme ihrer Patienten erkennen, sich dabei aber überwiegend auf ihre Ahnungen und Vermutungen stützen:

B: „Das denke ich auch, also Verhaltensänderungen. Wenn man die schon kennt. Oder eben so eine Distanzlosigkeit oder eine Wuschigkeit oder ... also, das gibt ja typisches Alkoholverhalten und **da kriegt man ja irgendwann doch ein Näschen** für. Nicht nur über die Fahne, sondern, die natürlich auch, aber auch so, denke ich **kriegt man ein Gespür** für massiven Alkoholmissbrauch.“ (Hamburg 1, S. 6, Z. 256–260)

J: „Und dann gibt es so spezifische Krankheiten, die so ein **bisschen darauf hinweisen**, wie Polyneuropathie, wobei die Anzahl mit Polyneuropathiekern in der internistisch hausärztlichen Praxis eher gering ist, zumindest als andere Krankheiten. ... Ähm ... und manchmal gibt es Andeutungen vom Patienten, wo **man dann daraus schließen kann**, dass da ein Suchtproblem, vielleicht nicht unbedingt Alkohol, sondern auch andere Süchte hinterstecken.“ (Hamburg 2, S. 1, Z. 23–29)

A: „Also ich weiß nicht, ich hab das irgendwie so drin im Kopf, dass ich auch jeden neuen Patienten danach frage, wie das, wie der Alkoholkonsum ist, **das mache ich manchmal ein bisschen lustig** und frag sie einfach: ‚Und wie viel saufen Sie?‘ So im Zusammenhang mit rauchen und ähm und da kommt eben manchmal schon bei raus, dass da dann gesagt wird, vier, fünf Bier pro Tag, oder ... oder jeden Abend zum Abendbrot das erste und dann

*noch was. Aber so furchtbar häufig ist das auch nicht, dass sich **Konsequenzen daraus ergeben.***“ (Stormarn, S. 2, Z. 53–58)

Ein standardisiertes, diagnostisches Vorgehen scheint es nicht zu geben, „Das ist ... das ist, denke ich, die **Diagnose ist mir im Endeffekt ziemlich egal.** Hauptsache, die Frage ist, ob ich sie motivieren kann.“ (Hamburg 1, S. 6, Z. 263–265)

4.2.2 Interventionsmaßnahmen

Bezüglich der Umsetzung von Interventionsmaßnahmen steht bei einem Großteil der Ärzte (Hamburg 1 n = 3, Hamburg 2 n = 2, Stormarn n = 2) zunächst das Gespräch mit den Patienten im Vordergrund. Bei den Gesprächen liegt der Fokus insbesondere auf der konsumierten Menge und den Trinkgewohnheiten. Daran anknüpfend wird der Versuch unternommen, mögliche Ursachen herauszufinden und den Patienten zur Reduktion des Konsums zu motivieren:

B: „Und die **Frage nach der Menge** ist immer fein. Und dann kann man fragen, ob sie selber finden, dass das **ganz schön viel ist**, ob sie vielleicht auch ein Problem sehen ... Dann eben die Frage, ob andere damit ein **Problem sehen.** Und dann die Frage nach der **Motivierbarkeit**, nä.“ (Hamburg 1, S. 6, Z. 260–263)

G: „Ich sehe halt nur die Laborwerte und **spreche sie darauf an.** Ja, ja. Jeden Abend so 3, 4 Bierchen.‘ Und wo ich dann sage: ‚Es ist vorgeschrieben, soundso viel Gramm für die Frau, soundso viel Gramm für den Mann, mehr nicht. **Schaffen Sie das mal zu reduzieren.**‘ Und dann zu gucken, **warum** ist das eigentlich so? Ist das wirklich **nur Gewöhnung** oder **was fehlt den Menschen** noch? Und häufig fehlt ein soziales Netzwerk oder es sind Probleme in der Familie.“ (Hamburg 2, S. 9, Z. 434–439)

B: „Also erst mal würde ich den **offen fragen:** ‚Wie kommen Sie darauf?‘, und dann **geschlossen fragen:** ‚Wie viel trinken Sie, **wann trinken Sie**, alleine, mit anderen, welche Trinkgewohnheiten haben Sie?‘ [...], also ich würde auf jeden Fall über **einen gesundheitsschädlichen Alkoholgebrauch dann mit ihm reden.** Alles Weitere wird sich herausstellen. Man kommt ja dann zu Vereinbarungen, zum Beispiel: ‚Wollen wir uns darauf einigen, Sie trinken mal nicht, wir treffen uns in regelmäßigen Abständen, gucken was passiert?‘ Eine Variante. Parallel dazu Beratung. Das wäre so mein hausgemachtes Konzept.“ (Stormarn, S. 4, Z. 137–147)

Inhaltlich lassen sich dabei gleiche Aspekte (Trinkmenge, Gründe für den Konsum) wiederfinden, nur die Vorgehensweise jedes Arztes ist dabei oft individuell („das wäre mein hausgemachtes Konzept“, Stormarn, S. 4, Z. 146) und basiert auf subjektiven Annahmen. Des Weiteren beinhalten die Gespräche zumeist die Erläuterungen von Therapiemöglichkeiten,

„Die anderen, die sind ja meistens auch körperlich krank, sonst würden die gar nicht kommen, [...] äh denen empfehle ich dann normalerweise erst mal die Suchtberatung, aber doch auch ne einen stationären Entzug“ (Stormarn, S. 6, Z. 217–220), „[...] ich also mit Patienten sehr ausführlich gesprochen habe, sehr ausführlich gesprochen habe, die Möglichkeiten geschildert habe, was es alles Mögliche gibt“ (Hamburg 2, S. 4, Z. 179–181).

Andere Ärzte hingegen beschränken sich lediglich auf den Verweis von Hilfsmöglichkeiten und halten sich selbst zurück, um die Motivation der Patienten zu fördern:

„Ja. Oder ich verweise auf die Gelben Seiten. Das ist ja ... also Information. Es gibt die Beratungsstellen. Ich finde, man soll nicht zu viel geben. Also es muss ein Stück ... also man kann ja jemandem zumuten, ein Telefonbuch durchzuzugucken und oder zur GES zu geben. Im Grunde sind alle diese kleinen Schritte ja immer wieder Motivationstest für die Leute.“ (Hamburg 1, S. 10, Z. 483–487)

Allerdings wird z. T. auch deutlich, dass ausführliche Gespräche mit den Patienten nicht immer stattfinden:

B: *„Erstens mal sie darauf ansprechen. Dann darauf hinweisen, was das für Risiken sind. Dann gucken, ob sie änderungsbereit sind, ob da eine Motivation herzustellen ist.“*

Moderator: *„Also immer ansprechen, würden Sie sagen?“*

B: *„Das kann man nicht immer. Das ist ja irgendwie logisch.“*
(Hamburg 1, S. 19/20, Z. 962–967)

Eine weitere Interventionsmaßnahme ist die Überweisung und Weiterleitung der Patienten in spezialisierte Einrichtungen der Suchthilfe. In allen drei Gruppen (Hamburg 1 n = 3, Hamburg 2 n = 3, Stormarn n = 2) überweisen die Ärzte ihre Patienten bei schwerwiegenden Alkoholproblemen weiter und stellen Kontakte zur Suchthilfe her. Es werden verschiedene Einrichtungen, wie Beratungsstellen, Psychiater und Krankenhäuser, kontaktiert:

D: „Wenn ich feststelle, dass er süchtig ist, dann schicke ich zu Psychiater. Leider ist Termin beim Psychiater sehr, sehr schwer, bei schwerer Alkoholkonsum, da schicke ich in Krankenhaus.“ (Hamburg 1, S. 1, Z. 17–20)

G: „Also, üblicherweise, wenn jemand schwerst alkoholkrank ist, wird der zur **stationären Entgiftung eingewiesen** und kriegt dann irgendwann eine **Langzeittherapie**. Wir haben ja ... ich bin ja in M. niedergelassen. Da haben wir das **Sozialtherapeutische Zentrum**. Und das ist eine ganz gute Anlaufstelle. Aber meist wird das dann auch in der Klinik mit dem Patienten zusammen entschieden, wie es weitergehen soll.“ (Hamburg 2, S. 8, Z. 413–417)

A: „Also, ich mach das manchmal, das geht dann auch relativ schnell, dass ich einfach zum Telefon greife, **in der Beratungsstelle anrufe**, und sag‘, kann mal jemand rüberkommen. Und das geht in den meisten Fällen, so eng die auch besetzt sind. Und **die machen dann einen Termin**, weiteren Termin mit denen, und dann ist schon mal ‘ne ganze Menge gewonnen.“ (Stormarn, S. 15, Z. 524–528)

Große Differenzen zwischen der Gruppe der zuweisenden Ärzte und den anderen beiden Gruppen sind in Bezug auf die Weiterleitung der Patienten nicht festzustellen. Die Ärzte der anderen Hamburger Gruppe (Hamburg 2) und auch die Landärzte (Stormarn) sind ebenfalls sehr aktiv, leiten ihre Patienten an das Suchthilfesystem weiter und nehmen Kontakt zu Einrichtungen auf („dass ich einfach zum Telefon greife, in der Beratungsstelle anrufe“; Stormarn, S. 15, Z. 524 f., „ich bringe die Nummer, sage: ‚Gucken Sie mal, Sie haben so ein großes Problem und so. Wollen wir ... Sie rufen da selber an oder wollen wir zusammen anrufen?‘“, Hamburg 2, S. 18, Z. 930–932).

Die dritte Interventionsmaßnahme, die die Ärzte durchführen, ist die ambulante Behandlung der Patienten. Allerdings wird diese Interventionsmaßnahme überwiegend von den zuweisenden Ärzten (Hamburg 1) und den Landärzten (Stormarn) durchgeführt bzw. als Interventionsmaßnahme erwähnt:

B: „Ich geb denen die Chance. Also das mach ich natürlich nicht immer. Aber wenn die sagen, ‚geht nicht‘ aus den und den Gründen oder so, **dann mach ich das schon mal**, wenn die nicht starke Entzugssymptome haben. **Aber nicht über vier Wochen**.“ (Hamburg 1, S. 9, Z. 429–431)

E: „Nein, also ich mach auch **gerne ambulante Entzüge**. Oder hab‘ sie gerne gemacht. [...] Also, dass die Entgiftung unbedingt stationär stattfinden muss, bei jemandem, der nicht ... also mehr als eine Flasche Whiskey pro Tag trinkt. Das find‘ ich nicht. Also das ging ... hab‘ ich öfters sehr, sehr gut

*ambulant hingekriegt. Man muss allerdings dann **sehr auf die Patienten sehen.***“ (Hamburg 1, S. 9, Z. 433–439)

B: „[...] ich habe jahrelang intensivmedizinische Erfahrungen gemacht, mit Alkoholikern und Entzug, und deshalb, für mich gibt es Tranxilium und Clonidin oder vielleicht einen Betablocker, aber eigentlich die beiden, und damit ähm wird viel daran herum gearbeitet. **Und mit sehr kurzer Leine eben. Mit kleineren Mengen,** damit er auch da nicht so, der Missbrauch sich verschiebt auf eine andere Medikation.“ (Stormarn, S. 10, Z. 343–347)

C: „Also ich würde spontan äh denken, gerade wenn es wirklich jemand ist, der erstmals in dieser Situation ernsthaft mit seiner Alkohol äh Praxis auseinandersetzt, ich würde **immer erst mal versuchen das ambulant zu machen.**“ (Stormarn, S. 8, Z. 271–273)

Die ambulante Behandlung mit Medikamenten stellt für die Ärzte eine Alternative für die Patienten dar, die sich nicht stationär behandeln lassen möchten oder auch, um die Wartezeit auf stationäre Therapieplätze zu überbrücken („und eben wie gesagt mit Medikamenten unterstützen oder auch zu überbrücken, bis dann der Platz da ist“, Hamburg 1, S. 18, Z. 871 f.). Dagegen erfolgt ein vorsichtiger und bedachter Umgang mit der ambulanten Behandlung („nicht über vier Wochen“, Hamburg 1, S. 9, Z. 433, „man muss sehr auf Patienten sehen“, Hamburg 1, S. 9, Z. 440 f., „mit sehr kurzer Leine“, Stormarn, S. 10, Z. 345). Gute Erfahrungen haben die Ärzte insbesondere mit angstlösenden Medikamenten wie Doxepin oder Citalopram. Überwiegend schlechte Erfahrungen gibt es mit Anti-Craving-Medikamenten¹:

C: „Ja. Und regelmäßig so. Zum Hochdosieren. Dann können sie den Alkohol besser lassen. Schlafen. Doxepin komme ich auch gut zurecht. **Atosil gefällt mir nicht.** Aber was ist mit Campra²? Gibt's da Erfahrungen?“

E: „Gut, das ist so eine **Anti-Craving-Geschichte, die bei mir nie funktioniert hat.**“

C: „**Bei mir auch nicht.** Bei irgendjemand anders?“

B: „Ich hab' einen Patienten, der hat da ... der ist **fast krepirt da dran.** Der hat das **nicht vertragen.** Da trau' ich mich auch nicht mehr dran.“ (Hamburg 1, S. 9/10, Z. 455–464)

1 Wirkstoffe (Acomprosat oder Naltrexon), die das Alkoholverlangen reduzieren sollen (vgl. Kiefer; Soyka, 2012, S. 737 f.).

2 Campral enthält den Wirkstoff Acomprosat (vgl. Kiefer; Mann, 2007, S. 1328).

In der anderen Hamburger Gruppe (Hamburg 2) spielt die ambulante Behandlung der Patienten als Interventionsmaßnahme keine Rolle:

H: „*Psychopharmaka könnten wir letztlich auch verschreiben. Das **hilft ja keinem was**. Und bindet den Patienten sicher nicht enger an uns, als Person, sondern die meisten fürchten ja diese Psychopharmaka, weil die eben im Gegensatz zum Alkohol so keine Euphorie oder also ein ganz anderes inneres Gefühl machen.*“ (Hamburg 2, S. 23, Z. 1228–1231)

Das kontrollierte Trinken wird nur in der Gruppe der Hausärzte (Hamburg 2) erwähnt, wobei diese Maßnahme nicht als besonders sinnvoll erachtet wird, „*Ein Alkoholkranker kann nicht kontrolliert trinken. Punkt. Ein Satz.*“ (Hamburg 2, S. 26, Z. 1365–1366)

Hauptsächlich umfassen die Interventionsmaßnahmen in allen drei Gruppen Gespräche mit den Patienten und die Weiterleitung an Einrichtungen der Suchthilfe. Die ambulante Behandlung wird nur durch die zuweisenden Ärzte (Hamburg 1) und die Landärzte (Stormarn) durchgeführt.

4.2.3 Einflussfaktoren auf Behandlung und Intervention

Die Faktoren, die z. T. die Behandlung und Umsetzung von Interventionen beeinflussen können, sind unterschiedlich. Die soziale Situation der Patienten spielt dabei eine Rolle:

„*Das kommt auf die Versicherungs- und **berufliche Verhältnisse** an. Wenn jemand voll im Job ist und noch nicht wirklich gefährdet ist, [...] sie haben ihren Job noch und so. Da muss man das anders behandeln, als wenn jemand schon alles verloren hat*“ (Hamburg 1, S. 2, Z. 70–75). Ebenso wie das Geschlecht, „**Probleme habe ich mit Frauen**. Also mit weiblichen ...“ (Hamburg 2, S. 6, Z. 305 f.), „*Mit weiblichen Alkoholikerinnen. Weil die einen immer in so ein System, ich hab die Erfahrung gemacht, die wollen einen in so ein Netz einspinnen*“ (Hamburg 2, S. 7, Z. 319 f.).

Den wichtigsten Einflussfaktor stellt die persönliche Einstellung des Arztes zum Alkohol dar. In beiden Hamburger Gruppen wird die persönliche Befangenheit des Arztes bei der Behandlung von alkoholkranken Patienten erwähnt. Es besteht die Möglichkeit, dass persönliche Erfahrungen mit Alkoholproblemen die Behandlung bestimmen:

A: „Das heißt, es geht auch darum, den **eigenen Konsum einzuschätzen** und eine **Position dazu zu finden**. Und dann kann man vielleicht auch **noch bewusst oder besser auf Patienten zugehen** [...]. Dann konfrontiert einen der Patient vielleicht viel zu häufig indirekt mit seinem eigenen Problemen und dann ist die Abwehr auf Kollegenseite vielleicht höher.“ (Hamburg 1, S. 20, Z. 996–1000)

B: „Das hat auch **persönliche Gründe**. Ich war mal mit einem Trinker verheiratet. Da krieg‘ ich einfach einen **wahnsinnig dicken Hals**. Also besonders und ich kann das denn auch durchaus mal professionalisieren. Nicht immer, aber die Familie tut mir auf alle Fälle ... ist eine gute Motivation. Und dass Trinker auch sehr häufig sehr nett sind, ist ja auch was. Also ich krieg‘ nicht bei jedem Alkoholiker einen dicken Hals, das wäre ja furchtbar.“ (Hamburg 1, S. 15, Z. 710–715)

H: „[...] muss man sicherlich auch sein **eigenes Verhältnis zum Alkohol immer auch auf den Prüfstand stellen**, um letztlich auch in einem **Patientengespräch objektiv** bleiben zu können. Das halte ich für auch eine wichtige Sache. Und ich glaube, das ist auch ein Grund, warum, wir haben ja jetzt in diesen Interviews, die Sie jetzt vorher vorgelesen hatten, hat man auch immer wieder gehört, dass jeder dieser Ärzte, die dort angeführt wurden, auch **eine andere Herangehensweise an den Alkohol hatten**. Vielleicht auch aufgrund verschiedener persönlicher Erfahrungen mit Alkohol. Nicht nur beruflich.“ (Hamburg 2, S. 4, Z. 167–175)

J: „[...] wo ich **selbst eher eine Abneigung gegen Trinken habe**, auch aus **familiären Gründen**. Wir hatten einen Onkel, das schwarze Schaf der Familie, der immer Pegel hatte und der sehr, sehr verachtet wurde von meinen Eltern. Und da habe ich ein anderes Verhältnis dazu, **was sicher auch problematisch ist**. Also, vielleicht bin ich nicht der richtige Mensch, der seine ... ich kann vielleicht meine Gesichtszüge manchmal nicht im Zaun halten. Sagen wir mal so.“ (Hamburg 2, S. 3 f., Z. 147–153)

Es wird deutlich, dass die persönliche Haltung und Einstellung des Arztes einen Einfluss – in positiver wie auch in negativer Weise – auf die Behandlung alkoholkranker Patienten haben kann.

4.2.4 Barrieren für die Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen

Eine Hauptbarriere bei der Umsetzung von Interventionen stellt für die Ärzte die fehlende Motivation auf Patientenseite dar (Hamburg 1 n = 3, Hamburg 2 n = 4, Stormarn n = 2). Die Ärzte sehen das fehlende Problem-

bewusstsein und die mangelnde Einsicht der Patienten als schwerwiegendes Hemmnis:

A: „*Alles das, genau. Es führt immer alles wieder zurück auf den Patienten selber. Wie empfindet er sein Trinken, als **problematisch** oder nicht problematisch. Wie sehr braucht er sein Trinken, um sein Ego-Defizit aufzufüllen. Und im Alltag, im Beruf, zu kompensieren. [...], dann werde ich **ihn nicht dazu zu bringen**. Da kann ich noch so guter Hausarzt sein, über viele Jahre. Und dann kann er es auch über lange Zeit eben kaschieren, da hab ich **keine Chance**, glaube ich.*“ (Hamburg 1, S. 7, Z. 333–338)

J: „*Ja, das ist ein Problem. Die Leute, die möglicherweise sogar sagen: ‚Ist mir doch scheißegal. Ich hab ja sowieso nichts mehr vom Leben‘. [...] Und gar **nicht das Problem angehen wollen**. Die kommen wegen irgendwelcher manchmal auch mit dem Alkohol zusammenhängenden Leiden zu uns oder Schmerzen. [...] Aber die **sprechen** mir dann einfach sozusagen die **Verantwortung** für ihren Alkoholkonsum ab. Und da **kann ich nichts machen**. Da ist dann ja auch eine Überweisung nicht sinnvoll. Zum Neurologen gehen sie sowieso nicht, zum Psychiater schon gar nicht.*“ (Hamburg 2, S. 9, Z. 448–455)

A: „*Es sind **einige** da, die aber auch **einer Therapie nicht zugänglich** sind, wo man einfach den Verdacht hat, dass sie ähm missbräuchlich Alkohol trinken. Dann wiederum gibt es diese Patienten, die äh denen man nichts ansieht, die also sozial völlig angepasst sind, die aber **eben doch das Problem auch selber sehen**, und da kann man dann ja **helfen**.*“ (Stormarn, S. 1, Z. 5–9)

Die Patienten mit fehlendem Problembewusstsein erzeugen bei den Ärzten Resignation und Rückzug, es entsteht das Gefühl der Hilflosigkeit („*Da hab' ich keine Chance*“; Hamburg 1, S. 7, Z. 340, „*Da kann ich nichts machen*“; Hamburg 2, S. 9, Z. 453 f.). Zusätzlich demotiviert die mangelnde Einsicht die Ärzte:

B: „*Und wenn jemand bei mir reinlullt und sagt lallend: ‚Muss ins Krankenhaus‘, aber er will, aber er will, aber am besten weiter trinken, dann ist das **natürlich nicht**, dass einen das **grade motiviert**.*“ (Hamburg 1, S. 13, Z. 624–626)

I: „*[...] Der geht natürlich zu Penny und holte sich, oder ALDI und holte sich die großen Bierdosen und so was. Und dann war das alles, dass ich da eine Stunde mit dem gegessen hab‘, hätte ich lieber Spaziergang machen können.*“

J: „*Tja. Und da kommt dann wirklich ein **Zynismus** dann in die eigene Arbeit rein, die dann auch **nicht positiv** ist.*“

I: „Ja, natürlich.“

J: „**Deswegen zieht man sich zurück als Arzt auch. Das ist einfach so.**“ (Hamburg 2, S. 25, Z. 1299–1309)

Das fehlende Wissen („*Ich weiß es schlicht nicht*“, „*keine Ahnung*“) stellt zusätzlich ein bedeutendes Hindernis im Umgang mit alkoholkranken Patienten dar (Hamburg 1 n = 4, Hamburg 2 n = 4, Stormarn n = 3). In allen drei Gruppen wird deutlich, dass den Ärzten z. T. entscheidendes Wissen und wichtige Kompetenzen fehlen:

E: „*Also, die Ratgeberliteratur ist ja auch ein schillerndes Gebiet. [...] Ich weiß es schlicht nicht, ob es so was für Alkoholiker gibt. Könnte mir aber vorstellen, dass wenn das eine seriöse Institution wie Stiftung Warentest oder so was macht, dass man dann vielleicht den einen oder anderen damit erreichen kann.*“ (Hamburg 1, S. 19, Z. 925–930)

I: „*Und das ist ... das geht einfach gar nicht, dass wir das alles übernehmen können. Wir sind auch gar nicht, zumindest ich nicht, also ... ich bin dafür gar nicht also geschult und so weiter. Ich mache das einfach teilweise emotionell.*“ (Hamburg 2, S. 24, Z. 1271–1273)

B: „*Worauf ich hinaus will, es kommt ja auf die Fragetechnik an, und ähm, mit welcher Technik man quasi am ehesten zügig zu einem brauchbaren Ergebnis kommt, da habe ich keine vernünftige standardisierte Fragetechnik. Für den, Also, wie viel Alkohol trinken Sie?, frage ich, aber vielleicht geht's ja besser. Oder offen, geschlossen, keine Ahnung. Da gibt's bestimmt Leute, die sich Gedanken gemacht haben.*“ (Stormarn, S. 13, Z. 455–459)

Die Ärzte haben das Wissen über das Vorhandensein von Informationsmaterialien und die Herangehensweise bei alkoholkranken Menschen schlicht nicht. Es bestehen darüber hinaus Unsicherheiten, wenn es um die Einschätzung der Konsumgrenzen geht:

„*Das sind so Grenzüberschreitungen, denke ich mal*“ (Hamburg 1, S. 5, Z. 233), „*Ich frag' mich gerade, weil ich bin mir nicht so sicher, ob ich überhaupt weiß, wie viel Gramm Alkohol in äh als es gibt ja so eine Zahl, ich glaube es sind zwanzig Gramm für Männer*“ (Stormarn, S. 5, Z. 161 f.).

Zusätzlich liegen keine Kenntnisse vor, wie ein Problembewusstsein bei den Patienten geschaffen werden kann: „*Aber das schwierigste ist, die Diagnose zu stellen und dem Patienten das Bewusstsein, du bist Alkoholiker, du bist alkoholkrank und Alkoholkrankheit ist eine Krankheit*“ (Hamburg 2, S. 10, Z. 511–513).

Ferner werden die Erfordernisse der Behandlung verschiedener Alkoholkonsumformen unterschätzt:

„Ja, das ist riskant, aber ... und die können das auch einschränken, und das sieht man dann auch an ihren äh Laborwerten, und äh dann gibt es da eigentlich fast keine Interventionsnotwendigkeit, denke ich“ (Stormarn, S. 6, Z. 215–217).

Die fehlende Zeit für die Behandlung alkoholkranker Patienten spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Oftmals ist eine ausführliche Behandlung der Patienten zeitlich nicht in den Praxisablauf integrierbar:

D: *„Erstmal Zeit. Zeit. **Zeitmangel**. Wir haben **ganz, ganz wenig Zeit**. Wenn Sie solche Patienten ...“ (Hamburg 1, S. 12, Z. 562 f.)*

J: *„[...] kann ich dann **mich nicht eine Stunde hinsetzen** und das machen. Also, es wäre zwar schön, wenn ich mehr Geld kriegen würde. Fände ich großartig, aber trotzdem gibt mir das nicht mehr Arbeitszeit. Weil ich einfach ... ich habe diesen Zeit ... also wie gesagt, der Tag hat nur ... mein **Arbeitstag hat nur 11 bis 12 Stunden**.“ (Hamburg 2, S. 22, Z. 1157–1160)*

C: *„Ich glaube, dass ähm die **Zeitproblematik**.“ (Stormarn, S. 14, Z. 502)*

Des Weiteren wird von den Ärzten aus den beiden Hamburger Gruppen die schlechte Unterstützung durch Suchthilfeeinrichtungen als Barriere benannt; hier stellen zu lange Wartezeiten das Hauptproblem dar:

B: *„Es ist, ich finde es sehr schwierig, wenn ich jemanden motiviere und der auch schon jetzt wirklich einen Entzug zum Beispiel. Es geht ja erstmal um den Entzug im Krankenhaus zu machen und dann muss er **da vier Wochen drauf warten**.“ (Hamburg 1, S. 17, Z. 817–820)*

J: *„Ein gutes Beispiel. Eine Patientin von mir, Ende 20. Raucht gerne ihr Hasch am Abend zum Runterkommen. Trinkt eine Flasche Prosecco zum Teil auch abends, ist höchst gefährdet. Und die kam letztens zu mir und meinte so: ‚Ich kann nicht mehr. Ich habe ein Problem Herr Doktor. Ich, das sieht keiner, ich möchte das ansprechen. Ich brauche Hilfe. Helfen Sie mir!‘ Und wir haben dann zusammen versucht, sie ... also das waren alles sekundär ... also die Sucht war ein Sekundärproblem, damit spielten Erfahrungen aus der Kindheit eine Rolle und so weiter. [...] Die muss psychologisch und eventuell sogar psychiatrisch mitbehandelt werden. **Und ich habe die nicht untergekrigt**.“ (Hamburg 1, S. 19, Z. 982–993) „Und in dem Fall, um das zu Ende zu bringen, **war das nicht möglich**. Und zwei Wochen später kam*

*sie dann wieder zu mir mit einem Schnupfen. Hat sie mir dann über den Schnupfen erzählt, habe ich gesagt: ‚Sagen Sie mal. Wie sieht denn das aus, wollen wir das jetzt noch mal probieren?‘ Dann hat sie gesagt: ‚Nö. Ach, wissen Sie, **ich habe mir gedacht, wenn das jetzt so lange dauert und das so ein großes Problem ist, dann trinke ich lieber abends mal einen.** Und da habe ich jetzt keine Lust mehr drauf. Und so schlimm ist das ja auch nicht.‘ Und da habe ich dann sogar gar nichts mehr zu gesagt. Weil ich wusste, ich habe die verloren.“ (Hamburg 2, S. 20, Z. 1062–1069)*

Es zeigt sich, dass sich zu lange Wartezeiten negativ auf die Motivation der Patienten auswirken können. Außerdem fehlt es den Ärzten zum Teil an direkten Ansprechpartnern im Suchthilfesystem, „*Also, ich habe niemanden... ich es ist keine Anlaufstelle*“ (Hamburg 2, S. 25, Z. 1320). Desgleichen begrenzt die fehlende Verantwortung der Ärzte für Alkoholprobleme die Behandlung der Patienten:

C: *„Das heißt, ich hab‘ schon eine ganze Menge, aber es gibt so viele Dinge, über die man in der Hausarztpraxis reden muss, dass ich **den Alkohol nicht an erster Stelle** habe.“ (Hamburg 1, S. 4, Z. 181–183)*

I: *„[...] da denke ich immer, wenn sie nichts machen, gut es geht nichts um mich, ich **kann ihn ja woanders schicken**. Dann schreibt ihm jemand anders die Einweisung. Das geht gar nicht dadrum.“ (Hamburg 2, S. 11, Z. 559–561)*

C: *„Wir sind halt **keine Suchttherapeuten**, äh, wir werden zwar eingespannt dafür, aber wir sind es ja gar nicht. Wir sind, **unsere Aufgabe** ist ja eigentlich auch nur das **rauszufischen**.“ (Stormarn, S. 16, Z. 588–590)*

Eine etwas untergeordnete Rolle spielt die finanzielle Vergütung. Lediglich drei Ärzte (Hamburg 1 n = 1, Hamburg 2 n = 1, Stormarn n = 1) sprechen das knappe Budget als Barriere an:

C: *„[...] aber dass ich das letztendlich aus dem vorhandenen **Nicht-Budget** auch noch mitmache, weil im Zweifelsfall rufen dann nämlich die Patienten ja wirklich auch außerhalb der Reihe an.“ (Hamburg 1, S. 12, Z. 600–602)*

I: *„Also, ich finde das wirklich, dass wir alles machen, kostet letztendlich auch **viel Geld**.“ (Hamburg 2, S. 24, Z. 1264)*

B: *„Wir haben ein Budget, das **Budget begrenzt** das automatisch“ (Stormarn, S. 15, Z. 560)*

Eine zusätzliche Bezahlung würde nicht unbedingt etwas ändern: „*Auch wenn es besser bezahlt würde, ich trotzdem kann ich dann mich nicht eine Stunde hinsetzen*“ (Hamburg 2, S. 22, Z. 1156 f.). Desgleichen werden Faktoren, wie die Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung (Hamburg 2 n = 2) oder das Vorhandensein zusätzlicher Erkrankungen (Hamburg 1 n = 1, Hamburg 2 n = 1, Stormarn n = 1) nicht als Hauptprobleme gesehen.

Die Hauptbarrieren bei der Umsetzung von Interventionen schließen insbesondere die fehlende Motivation der Patienten, mangelndes Wissen der Ärzte, zu wenig Zeit und zu wenig Verantwortung auf Ärzteseite ein. Ebenso fühlen sich die Ärzte aus den beiden Hamburger Gruppen nicht gut genug unterstützt durch Suchthilfeeinrichtungen. Hingegen sind die finanzielle Vergütung, die Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung und zusätzliche Erkrankungen keine entscheidenden Hemmnisse.

4.2.5 Verbesserungsmöglichkeiten für alkoholbezogene Interventionen

Für die Zukunft sehen die Ärzte eine bessere Vernetzung mit Suchthilfeeinrichtungen als zentralen Aspekt (Hamburg 1 n = 3, Hamburg 2 n = 3, Stormarn n = 2). Unabdingbar sind strukturelle Veränderungen und insbesondere direkte Ansprechpartner für Ärzte:

C: „*Ein paar Netze. Ein paar Netze brauche ich um mich herum. Wo ich im Zweifelsfall auch am Wochenende handeln kann. Ich kann ins Internet gehen, aber im Grunde genommen brauche ich einen **persönlichen Ansprechpartner**, irgendwie einen Obbuts-Mann, [...]. Wo ich nicht lange ... ich kann nicht die Kliniken abtelefonieren, ob es irgendwo eine Unterkunftsmöglichkeit gibt oder Notfallplan.*“ (Hamburg 1, S. 22, Z. 1103–1108)

H: „*Die **Struktur muss geändert** werden.*“ (Hamburg 2, S. 22, Z. 1180)

H: „*Aber wenn so was, wenn so eine Art wie so ein niederschwelliges also ... wenn **Kontaktpersonen da sind**, die ein Teil der Arbeit übernehmen ...*“ (Hamburg 2, S. 23, Z. 1231–1233)

Moderator: „*Gut, lassen Sie uns noch mal, noch globaler werden, was äh würde ihre Arbeit generell erleichtern?*“

A: „***Mehr Suchtberatungsstellen.***“ (Stormarn, S. 14, Z. 487–489)

C: „***Lebhafte Kontakte aufbauen zur Drogenberatung, und ...***“

A: „*Zur Suchtberatung.*“

C: „... und **Suchtberatung**. So, dass man äh eigentlich dann gleich so 'ne Kaskade äh hat, von Adressen, die äh, dass **man nicht alleine davor steht** und ähm eigentlich schon weiß, wo wären die Leute besser aufgehoben als bei mir.“ (Stormarn, S. 16, Z. 584–588)

Wichtig scheinen konkrete Adressen und Ansprechpartner zu sein, an die sich die Ärzte jederzeit wenden können und die sie unterstützen. Außerdem wünschen sich einige Ärzte mehr Eigeninitiative der Patienten:

C: „Da muss ein bisschen **Druck vom Patienten auch da sein**, dass er jetzt mal einen **Lösungsvorschlag will** oder Leidensdruck hat oder so. Dass ich da den Moment erwische, wo er sagt, der Frau Dr. kann ich vertrauen, der sag' ich das jetzt mal. Vielleicht hat sie eine Idee.“ (Hamburg 1, S. 4, Z. 194–197)

C: „Eigentlich müssen die **Leute selber ihre Idee kriegen**, ich glaube ich brauch' was, ich muss was anders machen, und dann können wir eigentlich nur, denke ich, können wir nur weiterleiten.“ (Stormarn, S. 3, Z. 83–85)

Die Ärzte der zweiten Hamburger Gruppe erwähnen allerdings auch, dass nicht ausschließlich ein aktives Verhalten der Patienten erwartet werden kann, sondern Patienten in gewisser Weise abgeholt werden müssen:

J: „Die **Initiative muss vom Patienten ausgehen**. Das haben wir gelernt, als Assistenten. Und ich glaube **nicht**, dass dieser krasse Ansatz **sinnvoll** ist.“ (Hamburg 2, S. 17, Z. 871–873)

Ein möglicher Lösungsansatz dafür wird in einem aktiven Zugehen von Kompetenzzentren auf die Patienten gesehen:

G: „Also gerade bei den Leuten, denen ihr Trinkverhalten noch gar nicht wirklich bewusst ist, wo ich aber doch sehe, dass da Probleme in der Familie sind, die also einfach Alkohol trinken oder vermehrt trinken, um Probleme zu verdecken, wäre es vielleicht ganz gut, wenn es irgendwie so **ein Kompetenzzentrum seelische Gesundheit** gibt, und ich frage die Patienten, ‚Wäre Ihnen das recht, wenn **Sie jemand mal anruft?**‘ **Nicht sie müssen da hin**, sondern Erstkontakt führt über das Kompetenzzentrum. Ich gebe nur die Patientendaten kurzen Abriss dann dahin. Wenn die Patienten das bestätigen.“ (Hamburg 2, S. 16, Z. 837–843)

Zudem wird die Möglichkeit in Erwägung gezogen, die Patienten in der Nachsorge telefonisch oder über SMS aktiv weiter zu betreuen:

G: „In der Behandlung der Adipositas gibt es so ein Regime, dass die Leute dann auch hinterher **per SMS** oder durch **Anrufe** immer bei der Stange gehalten werden. Vielleicht wäre das ja auch eine Möglichkeit.“ (Hamburg 2, S. 13, Z. 645–647)

Weitere Verbesserungen für die Zukunft sehen einige Ärzte in einem stärkeren Fokus auf Fortbildungen und Wissen (Hamburg 1 n = 3, Hamburg 2 n = 1, Stormarn n = 2). Dies scheint besonders im Hinblick auf das Vorgehen und die anzuwendende Fragetechnik wichtig:

A: „Das, also das wäre schon wichtig, denke ich, **Allgemeinärzte**, nicht nur die Suchtmediziner unter den Allgemeinärzten **fortzubilden** und es muss eine andere Wertigkeit bekommen im Gesamtspektrum der allgemeinärztlichen Tätigkeit.“ (Hamburg 1, S. 13, Z. 644–647)

J: „Ich glaube, es ist ein großer Schritt, dass bei einer Ausbildung der Ärzte die, während der Weiterbildung der Allgemeinmediziner dieses die psychosomatische Grundversorgung Pflicht geworden ist. Und das führt letztendlich, weil da auch ein **großer Block mit Rollenspielen** etc. eingeführt ist und auch dieses Ressourcen, na, wie heißt das, **ressourcenorientierte Gesprächsführung**. Solche Dinge. **Dass man das mal lernt**. Das lernt man ja alles in der Uni nicht.“ (Hamburg 2, S. 26 f., Z. 1406–1411)

B: „Nö, also **in meine Fragetechnik mehr Struktur**, würde mir helfen, es gibt ja, ja, würde mir bestimmt helfen, ähm, vielleicht auch so sozusagen evidenzbasierte ... **mehr Wissen**. Auf dem Gebiet. Ich weiß ja nicht, was das ändert, vielleicht liegt das alles genau, intuitiv, ziemlich genau da, wo es hingehört, kann ja sein. Ähm, wir machen ja Massenmedizin, das ist ja unser Dilemma, und tausend Menschen, die man im Quartal sieht oder spricht, wo man vielleicht bei zweihundert die Chance hätte, da irgendwo mal 'ne Frage anzubringen, ne, das sind immer noch ganz schön viele pro Tag, und ähm, und das muss irgendwie so sein, dass ich also, so wie wir verschieden sind, **alle mit ungefähr der gleichen Art, relativ gut screenen kann**. Also ich kann ja nicht mir fünf oder sechs Instrumente aneignen.“ (Stormarn, S. 14, Z. 493–501)

Für manche Ärzte wäre es wünschenswert, dass Ärzte den Patienten mehr Unterstützung signalisieren und sich stärker auf das Gebiet der Suchterkrankungen einlassen:

E: „Und ich würde mir wünschen, dass die **Suchtmedizin** zum Spektrum der **Allgemeinmedizin** eigentlich wie selbstverständlich **dazugehört**.“ (Hamburg 1, S. 24, Z. 1189 f.)

I: „Sie müssen für den Patienten immer sagen, **dass Sie immer da sind**, [...]. Der darf nicht das Gefühl haben, na ja, die hat da **so ein bisschen geholfen**, dass ich doch vielleicht weiter trinken kann oder irgendwie so etwas.“ (Hamburg 2, S. 25, Z. 1346–1349)

Verbesserungen, wie mehr Zeit, bessere Bezahlung oder mehr Informationsmaterial für Ärzte, werden zwar durch einzelne Ärzte benannt, sind aber im Vergleich zu den anderen Faktoren weniger schwerwiegend. Der Großteil der Ärzte wünscht sich vor allem eine bessere Vernetzung mit der Suchthilfe. Darüber hinaus muss es Maßnahmen geben, die sich aktiv an die Patienten richten. Entscheidend ist außerdem, dass Ärzte besser gerüstet sind, um alkoholranke Patienten zu erkennen und zu behandeln.

4.3 Limitationen der Studienmethodik und -analyse

Sicherlich sind einige wichtige Limitationen der vorliegenden Methodik und Analyse zu benennen. Hinsichtlich des Kurzfragebogens wäre es im Nachhinein sinnvoll gewesen, das Item Verbesserungsmöglichkeiten noch mit aufzunehmen und abzufragen. Dadurch wäre eine bessere Vergleichbarkeit mit den Fokusgruppeninterviews möglich gewesen. Allerdings sollte der Kurzfragebogen auf eine DIN-A4-Seite begrenzt werden, da der Schwerpunkt der Erhebung primär auf den Fokusgruppeninterviews lag.

Außerdem ist anzumerken, dass durch die Beschränkung auf Hamburg und Stormarn nur eine geringe Stichprobengröße ($n = 123$) vorlag und analysiert wurde. Dementsprechend ist die statistische Signifikanz zu interpretieren. Gewiss hätte die Einbeziehung der gesamten quantitativen Daten die statistische Power erhöhen können. Da es aber bei der vorliegenden Untersuchung nur um die Analyse der norddeutschen Städte ging, wurden dementsprechend nur diese Daten herangezogen.

Zudem ist das Vorliegen eines Selektionsbias durch das Nicht-Antworten vieler Ärzte nicht auszuschließen. Dies ist bei der Betrachtung der Ergeb-

nisse, sowohl für den Fragebogen als auch für die Interviews, zu berücksichtigen.

Bei den Fokusgruppeninterviews wurde für den norddeutschen Raum zwar annähernd die vorgesehene Gruppengröße erreicht, allerdings nahmen bei den Landärzten nur drei Ärzte am Interview teil. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Gruppendynamik begrenzt wurde. Bei zu geringer Gruppengröße besteht immer die Gefahr, dass einzelne Teilnehmer zu sehr dominieren. Die Kategorien wurden mit einem Mitarbeiter des ZIS abgestimmt, der für die dortige vollständige Analyse verantwortlich war. Allerdings erfolgte keine zusätzliche Rücküberprüfung des Auswertungs- und Interpretationsverfahrens durch weitere Auswerter.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews und der Befragung im Kontext aktueller Literatur diskutiert. Zur besseren Veranschaulichung erfolgt dies differenziert nach den entsprechenden Kategorien.

5.1 Diagnostik

Grundsätzlich nehmen die beteiligten Ärzte Alkoholprobleme bei ihren Patienten wahr. Allerdings wird aus den Aussagen der Ärzte deutlich, dass dabei keine strukturierte und zielgerichtete Diagnostik zur Anwendung kommt, da entsprechende Instrumentarien weitgehend unbekannt sind. Das Vorgehen ist häufig subjektiv und basiert primär auf persönlichen Erfahrungen und Empfindungen. Das Erkennen von Alkoholproblemen beruht hauptsächlich auf klinischen Merkmalen und Laborparametern. Allerdings werden beliebige klinische Merkmale und keine strukturierten Skalen (vgl. Kap 1.6.1) herangezogen. Die traditionellen Biomarker (GGT, MCV, CDT) werden von einem Großteil der Ärzte ($n = 8$) als Indikator genutzt. Diese sind allerdings (vgl. Kap. 1.6) im Vergleich zu anderen Screening-Methoden wenig valide (vgl. Aertgeerts et al., 2001, S. 215). Besonders bei den traditionell eingesetzten biologischen Parametern besteht die Gefahr falsch-positiver oder falsch-negativer Testergebnisse, da diese auch durch andere Faktoren beeinflusst werden können (vgl. Arndt, 2011, S. 423 f.; Conigrave et al., 2003, S. 36; Wurst et al., 2009, S. 84). Einige Ärzte sind sich dessen durchaus bewusst (vgl. Kap. 4.2.1) und haben in einigen Fällen selbst die Erfahrung gemacht, dass Patienten ohne Alkoholprobleme sehr hohe Laborwerte aufweisen oder umgekehrt. Manche Ärzte sind daher vorsichtig in der Bewertung von Laborparametern und wünschen sich andere diagnostische Instrumente. Eine höhere Validität weisen direkte Ethanolmetabolite, wie Ethylglukuronid, auf (vgl. Arndt, 2011, S. 425; Wurst et al., 2009, S. 83). Unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrunds wird deutlich, dass Biomarker, im Speziellen direkte Ethanolmetabolite, die Diagnostik gut ergänzen können, aber diese keinesfalls ausschließlich bestimmen sollten. Des Weiteren wäre vielmehr eine Kombination verschiedener Screening-Instrumente, wie z. B. von Laborparametern, klinischen Merkmalen und direkten Fragebögen zu bevorzugen (vgl. Kap. 2.3).

Geht es um das Ansprechen der Patienten auf ihren Alkoholkonsum, stellt sich ein differenzierteres Bild dar. Ein Großteil der zuweisenden Hausärzte verhält sich zunächst passiv und spricht beim Erstkontakt das Thema nicht an. In den anderen beiden Gruppen (Stormarn, Hamburg 2) sind die

Ärzte etwas aktiver und fragen beim Erstkontakt oder routinemäßig nach. Diese Ergebnisse stimmen in etwa auch mit denen des Kurzfragebogens überein. Etwas mehr als ein Drittel der Ärzte spricht Patienten nicht routinemäßig auf ihren Alkoholkonsum an (34,1 %). Bei vorliegendem klinischem Verdacht ist die Zahl sogar höher, hier sprechen 38,2 % der Ärzte ihre Patienten nicht auf ihren Alkoholkonsum an. Obwohl dementsprechend viele Ärzte routinemäßig nach dem Alkoholkonsum fragen, scheint es dennoch nicht bei allen im Praxisablauf fest etabliert zu sein. Diese Annahmen finden Übereinstimmung mit verschiedenen Untersuchungen. Krannich et al. (2006) ermittelten bei einer Erhebung im Raum Lübeck, dass bei nur 49,62 % der Hausärzte die Frage nach dem Alkoholkonsum zum Untersuchungsstandard gehört (vgl. Krannich et al., 2006, S. 136).

Innerhalb einer Erhebung der WHO in England (vgl. Wilson et al., 2011, S. 571) wurden 419 Hausärzte (Response n = 282) postalisch befragt. Mehr als die Hälfte der Ärzte (58 %) gab an, Patienten nur manchmal nach ihrem Alkoholkonsum zu fragen. 40 % der Ärzte gaben an, immer oder meistens zu fragen, wobei ältere Ärzte ihre Patienten signifikant regelmäßiger ansprechen als jüngere (Wilson et al., 2011, S. 572). Durch die Fokusgruppeninterviews wurde deutlich, dass viele Ärzte selten routinemäßig und oft nur aufgrund körperlicher Merkmale nach dem Alkoholkonsum fragen (vgl. Kap. 4.2.1). Gemäß den Ergebnissen des Kurzfragebogens fragen deutlich mehr Ärzte routinemäßig nach (65,9 %) als bei klinischem Verdacht (61,8 %). Hier zeigen sich Unterschiede zwischen der quantitativen und qualitativen Erhebung, die u. a. mit einer Begriffsunsicherheit bzgl. einer routinemäßigen Ansprache (im Sinne eines sekundärpräventiven Screenings) erklärbar wäre.

Dem Großteil der Ärzte sind keine entsprechenden alkoholbezogenen Screening-Instrumente bekannt. So wurden auch in den Fokusgruppeninterviews von keinem Arzt Screening-Instrumente, wie direkte Fragebögen oder die Nutzung der DSM-IV- oder ICD-10-Kriterien, zur Unterstützung der Diagnostik erwähnt. Anhand der Fokusgruppeninterviews und des Kurzfragebogens zeigt sich, dass die Bereitschaft zum Ansprechen durchaus vorhanden ist; jedoch mangelt es an der Nutzung von validen Screening-Instrumenten bzw. es scheint, dass die Ärzte nicht wissen, dass es solche Instrumente gibt. Bestätigt wird diese Annahme u. a. durch Krannich et al. (2006, S. 136). Sie zeigten, dass nur 14 % der Ärzte ein regelmäßiges Screening auf Alkoholprobleme durchführen. In einer Querschnittstudie von Friedmann et al. wurden in den USA 2.000 Ärzte (Response n = 853) befragt (vgl. Friedmann et al., 2000, S. 85). 88 % der Ärzte dort befragten routinemäßig oder immer bei neuen Patienten nach deren Alkoholkonsum. Aller-

dings nutzen nur 13 % der Ärzte Screening-Instrumente wie den CAGE oder AUDIT (vgl. Friedmann et al., 2000, S. 87). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Nygaard et al. in Norwegen. In ihrer Untersuchung gaben 74,6 % der Ärzte an, nie ein Screening-Instrument einzusetzen (vgl. Nygaard et al., 2010, S. 209). Nur 8,3 % nutzen den AUDIT- und 5,3 % den CAGE-Fragebogen (vgl. Nygaard et al., 2010, S. 209). Aufgrund des mangelnden Einsatzes von Screening-Instrumenten werden viele alkoholranke Patienten nicht als solche erkannt (vgl. Roche; Freeman, 2004, S. 13). Somit fehlt eine entscheidende Grundlage für eine spezifische, frühe Identifikation und Diagnostik und zielgerichtete, adäquate Interventionen. Durch das Einsetzen von Screening-Fragebögen könnte die Entdeckungsrate in der hausärztlichen Praxis um 20 % erhöht werden (vgl. Rumpf et al., 2001, S. 136), jedoch sehen Hausärzte oft nicht die Verbindung von Screening und Intervention (vgl. Nygaard et al., 2010, S. 211). Auch die befragten Ärzte aus Hamburg und Stormarn zeigen ihre Unkenntnis hinsichtlich effektiver Screening-Instrumente.

5.2 Interventionsmaßnahmen

Bezüglich der Interventionsmaßnahmen führen die Hausärzte aus Hamburg und Stormarn laut Kurzfragebogen häufig informative Gespräche (83,6 %), Überweisungen in spezialisierte Einrichtungen (62,3 %) und alkoholbezogene Kurzinterventionen zur Verhaltensänderung (52,5 %) durch. Dies findet z. T. Übereinstimmung mit den Fokusgruppeninterviews. Das informative Gespräch und die Überweisung der Patienten stellen neben der ambulanten Behandlung die wesentlichen Interventionsmaßnahmen der Fokusgruppen dar. Das informative Gespräch ist, belegt durch den Kurzfragebogen und die Fokusgruppeninterviews, dabei die häufigste angewandte Maßnahme. Das Vorgehen bei den Gesprächen ist dabei, ähnlich wie bei der Diagnostik, sehr individuell. Dennoch lassen sich gleiche Aspekte (Trinkmenge, Motivierung der Patienten zur Reduktion) wiederfinden. Andere Untersuchungen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die am häufigsten angewandte Intervention im hausärztlichen Bereich eine Beratung/ein Gespräch mit dem Arzt ist (vgl. Berner et al., 2006b, S. 32; Krannich et al., 2006, S. 135; Nygaard et al., 2010, S. 210).

Interessanterweise kristallisierten sich in Bezug auf die Überweisung der Patienten in spezialisierte Einrichtungen keine großen Unterschiede zwischen den drei Gruppen heraus. Die Vermutung, dass die zuweisenden Ärzte aktiver sind als die anderen Ärzte, konnte nicht bestätigt werden. Im

Gegensatz zu den Ergebnissen der Fokusgruppeninterviews und des Kurzfragebogens finden sich mit 20,4 % (vgl. Berner et al., 2006b, S. 32) bzw. 18,5 % (Krannich et al., 2006, S. 135) nur geringe Zahlen für die Weiterleitung in spezialisierte Einrichtungen in der Literatur wieder.

Die ambulante Behandlung erfolgt hauptsächlich durch die zuweisenden Ärzte und die Landärzte. Überwiegend wird diese durchgeführt, um Wartezeiten zu überbrücken oder um Patienten zu unterstützen, die keine stationäre Behandlung wollen. Insgesamt erweisen sich die Ärzte bzgl. einer ambulanten Behandlung als vorsichtig zurückhaltend. Insbesondere der Einsatz von Anti-Craving-Medikamenten wird aufgrund der eher schlechten Erfahrungen als kritisch betrachtet. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine deutsche Querschnittstudie, in der nur eine Minderheit der Ärzte angab, sich für Entzugsbehandlungen (25,8 %) oder Anti-Craving-Therapien (17 %) verantwortlich zu fühlen (vgl. Berner et al., 2006b, S. 32).

Auch aus den Ergebnissen des Kurzfragebogens wird deutlich, dass Ärzte ambulante Behandlungen nicht allzu oft durchführen. Nur 10 % der Ärzte aus Stormarn und Hamburg gaben an, häufig ambulante Behandlungen anzuwenden. Allerdings gaben 55 % an, selten und somit überhaupt medikamentöse Behandlungen durchzuführen. Sicherlich besteht nicht bei jedem Patienten, je nachdem welcher Schweregrad einer Alkoholerkrankung vorliegt, die Notwendigkeit einer pharmakologischen Behandlung bzw. eines ambulanten Entzugs. Dies ist nur bei rund einem Drittel der Patienten erforderlich (vgl. Kiefer; Mann, 2007, S. 1324). Bei mäßigen Entzugserscheinungen ist keine pharmakologische Behandlung notwendig (vgl. Kiefer; Soyka, 2012, S. 735). Hinsichtlich der ambulanten Rückfallprophylaxe kann neben verhaltenstherapeutischen Interventionen eine zusätzliche pharmakologische Behandlung unter Umständen sinnvoll sein (vgl. Kiefer, Mann, 2007, S. 1327; Scherle et al., 2003, S. 222). Besonders Acamprosat und Naltrexon sind effektiv und können die Gefahr eines Rückfalls reduzieren (vgl. Kiefer, Mann, 2005, S. 526; Rösner et al., 2010, S. 9; Soyka, 2011, S. 274). Unumgänglich für den Einsatz einer pharmakologisch gestützten Behandlung sind regelmäßige Arztkontakte, ausreichendes Wissen des Arztes über die Vergabe und bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien für die Behandlung (z. B. Vorliegen somatischer Erkrankungen, Compliance usw.) (vgl. Scherle et al., 2003, S. 223). Anhand der Fokusgruppeninterviews wird deutlich, dass Ärzte ausreichend Wissen über den Ablauf und die Dosierung der Medikamente haben müssen, um eine adäquate ambulante Behandlung sicherzustellen (vgl. Kap. 4.2.2).

Anhand des Fragebogens wurde die alkoholbezogene Kurzintervention (52,5 %) als dritthäufigste durchgeführte Intervention ermittelt. Gefolgt von

der Vergabe von Informationsmaterialien (33,3 %). Auffällig ist, dass beide Interventionen in keinem Fokusgruppeninterview erwähnt werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass Hausärzte kein Wissen über die Definition von Kurzinterventionen haben, und aus diesem Grund keine Angaben dazu gemacht wurden. Jedoch werden sicherlich Maßnahmen angewendet, wenn auch in geringem Umfang und wenig standardisiert. Für Norwegen ermittelten Nygaard et al. (2010, S. 209), dass nur zwei Prozent der norwegischen Hausärzte immer Informationsmaterial aushändigen. Kurzinterventionen sind effektiv (vgl. Kap. 2.2.3), werden aber bisher nicht umfangreich von Hausärzten umgesetzt (vgl. Aalto et al., 2006, S. 171; Kaner et al., 2001, S. 825; Krannich et al., 2006, S. 137; Nygaard et al., 2010, S. 211). Dabei ist die Bereitschaft für eine Umsetzung generell vorhanden (vgl. Berner et al., 2006b, S. 33). Alles in allem wird deutlich, dass die Umsetzung von Interventionen noch nicht ausreichend ist, obwohl die Ärzte durchaus aktiv und bemüht sind.

5.3 Einflussfaktoren auf Behandlung und Intervention

Ein besonders wichtiger Faktor, der die Behandlung alkoholkranker Patienten beeinflussen kann, ist die eigene Haltung und Einstellung der Ärzte zum Konsum von Alkohol. Durch die Interviews wurde deutlich, dass persönliche Erfahrungen der Ärzte ihr Vorgehen beeinflussen. Ebenso werden das Geschlecht und der soziale Status der Patienten als Einflussfaktoren erwähnt. Bei Patienten, die sozial fest integriert sind, wird weniger Handlungsbedarf gesehen als bei Patienten, die schon Beruf und/oder Familie verloren haben. Gerade hier ist es aber unbedingt notwendig, systematisch und frühzeitig sekundärpräventive Maßnahmen anzusetzen, um langfristige gesundheitliche und/oder soziale Probleme zu vermeiden. Zusätzlich werden Probleme mit alkoholkranken Frauen von den Ärzten benannt. Dieses deckt sich mit einer Untersuchung von Kaner et al. (2001, S. 825). Demnach ließen sich Risikotrinkern, bei denen am häufigsten eine Kurzintervention durchgeführt wurde, die Merkmale männlich (58 %), arbeitslos (61 %) und technische Fachkraft (55 %) zuordnen. Bei Risikotrinkern, die eher keine Kurzintervention bekommen haben, wurden die Merkmale weiblich (44 %), Studenten (38 %) und universitärer Abschluss (46 %) ermittelt (vgl. Kaner et al., 2001, S. 824). Folglich muss ein alkoholbezogenes Screening verstärkt Zielgruppen mitberücksichtigen und einbeziehen (vgl. Kap. 2.1), damit Risikopopulationen möglichst früh identifiziert werden.

5.4 Barrieren für die Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen

Die hauptsächlichen Barrieren, die sich aus den Fokusgruppeninterviews ermitteln ließen, sind die fehlende Motivation auf Patientenseite, fehlendes Wissen, zu wenig Zeit und zu wenig Verantwortung der Ärzte. Die fehlende Unterstützung durch Suchthilfeeinrichtungen wurde nur von den Ärzten aus Hamburg angegeben. Herauszustellen ist, dass die fehlende finanzielle Vergütung, die anhand des Kurzfragebogens als Hauptbarriere (87,7 %) identifiziert wurde, in den Interviews eher eine untergeordnete Rolle spielte. Die fehlende Motivation auf Patientenseite war als Antwortkategorie im Fragebogen nicht vorgegeben. Ansonsten sind die durch den Fragebogen ermittelten Barrieren (fehlende Kooperation mit Suchthilfe 60,7 %, Intervention nicht in Praxisalltag integrierbar 56,7 %, fehlende suchtmmedizinische Qualifikation 40,5 % und Suchttherapie keine hausärztliche Aufgabe 25,2 %) mit denen aus den Interviews überwiegend konform.

Die fehlende Motivation auf Patientenseite stellt für viele Ärzte eine große Barriere dar (vgl. Krannich et al., 2006, S. 136; Roche, Freeman, 2004, S. 13). Die Hausärzte geben an, dass das fehlende Problembewusstsein bei den Patienten oft zu Resignation und Hilflosigkeit führt (vgl. Kap. 4.2.4). Die Erfolgsaussichten werden oft nur als gering eingestuft (vgl. Babor, Higgins-Biddle, 2001, S. 9; Krannich et al., 2006, S. 138). Allerdings ist das fehlende Problembewusstsein genau der Grund, warum viele Patienten erst gar keine Hilfe suchen. Das fehlende Problembewusstsein ist die Hauptursache für die Nicht-Inanspruchnahme der Suchthilfe (vgl. Kap. 2.1). Genau hier müssten Hausärzte im Sinne des TTM (vgl. Kap. 2.2.1) eigentlich ansetzen, anstatt im Vorhinein zu resignieren. Ein zentraler Aspekt ist dabei sicherlich auch eine verstärkte und intensivere Aufklärung und Sensibilisierung in der Gesellschaft bzgl. eines riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Alkoholkonsums und dessen Konsequenzen. Unbedingt notwendig ist eine Entstigmatisierung von alkoholkranken Menschen. Das fehlende Problembewusstsein verdeutlicht, dass es nicht nur an den Hausärzten liegt, etwas zu verändern, sondern dass aus gesellschaftlicher bzw. politischer Perspektive mehr Ansätze zur Wissensvermittlung und Schaffung eines Risikobewusstseins erfolgen müssen.

Des Weiteren ist das fehlende Wissen der Ärzte eine bedeutende Barriere bei der Umsetzung. Nur 19,5 % der befragten Ärzte gaben an, eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation zu haben. Wobei Ärzte mit Zusatzqualifikation eher Kurzinterventionen und ambulante Behandlungen durchführen als Ärzte ohne (vgl. Kap. 4.1). Zudem hatten, allerdings unter

Berücksichtigung der sehr kleinen Stichprobe ($n = 7$), mehr Stadt- als Landärzte eine suchtmmedizinische Zusatzqualifikation. Darüber hinaus waren die Ärzte mit Zusatzqualifikation durchschnittlich älter und länger tätig. In den Fokusgruppeninterviews wurde deutlich, dass es vielen Ärzten an einer entsprechenden Qualifikation hinsichtlich Diagnostik und Therapie fehlt. Ebenso besteht kaum Wissen über das Vorhandensein von Informationsmaterialien und effektiven Kurzinterventionen (vgl. Kap. 4.2.4). Verschiedene Untersuchungen stützen diese Annahme. Das fehlende Wissen und die mangelnde Übung sind Hauptbarrieren für die Umsetzung alkoholbezogener Kurzinterventionen (vgl. Babor; Higgins-Biddle, 2001, S. 9; Beich et al., 2002, S. 3; Krannich et al., 2006, S. 136; Wilson et al., 2011, S. 573). Deutlich wird dies u. a. dadurch, dass viele Ärzte mehr Evidenz für Kurzinterventionen fordern (vgl. Krannich et al., 2006, S. 136; Wilson et al., 2011, S. 574), obwohl die Wirksamkeit bereits eindeutig belegt ist (vgl. Kap. 2.2.3). Ärzte müssen demnach stärker für das Thema sensibilisiert werden und besser über die Notwendigkeit und Vorteile von Kurzinterventionen informiert werden.

Die Angaben der Ärzte zeigen zudem, dass sich Interventionen zeitlich nur schwer in den Praxisablauf integrieren lassen (vgl. Kap. 4.1 bzw. 4.2.4). Auch hier finden sich Übereinstimmungen mit verschiedenen Erhebungen, in denen Ärzte die mangelnde Zeit als wichtige Barriere benennen (vgl. Beich et al., 2002, S. 4; Krannich et al., 2006, S. 136; McAvoy et al., 2001, S. 108; Wilson et al., 2011, S. 574). Oftmals wird anderen gesundheitlichen Problemen (wie z. B. Rauchen, Übergewicht) eine höhere Bedeutung und damit mehr Zeit zugesprochen als Alkoholproblemen (vgl. McAvoy et al., 2001, S. 109). Eine Lösung wäre, verstärkt Interventionen im Sinne des Stepped-Care-Ansatzes zu implementieren, da für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen nicht die Zeit, sondern vielmehr die Inhalte und Struktur entscheidend sind (vgl. Kap. 2.2.3). Dadurch könnten Kosten wie auch Zeit gespart werden.

Die fehlende Unterstützung durch Suchthilfeeinrichtungen wird nur durch die Ärzte aus Hamburg als wichtige Barriere benannt. Bei den Landärzten wird diese Barriere nicht erwähnt. Insgesamt geben 60,7 % der Ärzte im Fragebogen an, dass die fehlende Kooperation ein wichtiges Hemmnis darstellt. Viele Ärzte fühlen sich durch das System der Suchthilfe nicht ausreichend unterstützt (vgl. Anderson et al., 2003, S. 599; McAvoy et al., 2001, S. 112; Wilson et al., 2011, S. 574). Neben zu langen Wartezeiten benennen die Hamburger Ärzte vor allem das Fehlen direkter Ansprechpartner (vgl. Kap. 4.2.4) als Problem. Besonders die isolierte Arbeit von einzelnen Einrichtungen im Hilfesystem stellt ein zentrales Problem dar. Hier

besteht eine undurchsichtige Verteilung von Kernaufgaben (vgl. Wienberg, 2009, S. 34 f.). Die Folge ist ein hohes Defizit hinsichtlich identischer Regelungen für die Beratung, Therapieoptionen oder Rückfallprophylaxe (vgl. Schäfer; Heinz, 2006, S. 73). Entscheidend für eine bessere Versorgung alkoholkranker Menschen ist eine klare Zuweisung von Aufgaben (Identifikation von Risikogruppen, Screening und Diagnostik, Versorgung) an die einzelnen Teile des Hilfesystems und eine bessere Zusammenarbeit zwischen ihnen (vgl. Wienberg, 2009, S. 40). Im Sinne der integrierten Versorgung (IV) muss in der Zukunft der Schwerpunkt auf einer Schaffung von Versorgungsverbänden und Vernetzungen liegen (vgl. Schäfer; Heinz, 2006, S. 76).

Dass Ärzte sich für die Alkoholproblematik nicht zuständig fühlen, spielt auch eine Rolle, ist aber im Vergleich zu den anderen Barrieren als weniger schwerwiegend einzuschätzen. Im Fragebogen gaben nur 25,2 % der Ärzte an, dass die Behandlung von Alkoholproblemen keine hausärztliche Aufgabe sei. Auch der Vergleich mit anderen Erhebungen zeigt, dass sich Hausärzte bei Alkoholproblemen durchaus in der Verantwortung sehen (vgl. Beich et al., 2002, S. 3; Berner et al., 2006b, S. 33). Berner et al. ermittelten, dass sich 98,3 % der Hausärzte für das Entdecken von Alkoholproblemen verantwortlich fühlen; 96,6 % fühlen sich für Beratung und Motivation verantwortlich (Berner et al., 2006b, S. 32). Zugleich sehen die Ärzte eine schlechte finanzielle Vergütung nicht als Barriere an (vgl. Kap. 4.2.4), obwohl es durchaus Ärzte gibt, für die das geringe Kosten-Nutzen-Verhältnis eine Barriere darstellt (vgl. Krannich et al., 2006, S. 136; McAvoy et al., 2001, S. 108).

5.5 Verbesserungsmöglichkeiten für alkoholbezogene Interventionen

In Bezug auf zukünftige Verbesserungen sehen die Ärzte aus Hamburg und Stormarn hauptsächlich eine bessere Vernetzung mit der Suchthilfe als zentralen Aspekt (vgl. Kap. 4.2.5). Dieser Punkt wurde im Fragebogen nicht abgefragt. Auch wenn die Ärzte aus Stormarn eine fehlende Unterstützung durch Suchthilfeeinrichtungen nicht als Barriere genannt haben, wird eine bessere Vernetzung als bedeutende Verbesserungsmaßnahme erachtet. Gerade bei Ärzten, die das Gefühl haben, in einem unterstützenden Umfeld zu arbeiten, ist die Chance für eine Behandlung alkoholkranker Patienten besonders hoch (vgl. Anderson et al., 2003, S. 599). In der Erhebung von Berner et al. (2006b, S. 34) gaben 70 % der Ärzte an, dass sie sich mehr

Kooperationen mit Spezialisten der Suchthilfe wünschen. Ähnlich hohe Zahlen ermittelten Wilson et al. (2011, S. 574) für englische Hausärzte. Dort gaben 87 % der Hausärzte an, dass mehr Unterstützung und Betreuung Interventionen bekräftigen würden (Wilson et al., 2011, S. 574). Aus den Fokusgruppeninterviews wird deutlich, dass die Ärzte aus allen drei Gruppen die bessere Vernetzung und strukturelle Veränderungen als wichtigsten Punkt ansehen (vgl. Kap. 4.2.5). Insbesondere ist es entscheidend, direkte Ansprechpartner und Adressen zu haben, an die sich die Ärzte jederzeit und schnell wenden können. Durch eine bessere Vernetzung würde den Ärzten vor allem das Gefühl genommen werden, alleine mit der Problematik dazustehen. Durch gezieltes Case Management kann die Arbeit einzelner Leistungsträger besser koordiniert und die Übergänge in verschiedene Bereiche erleichtert werden (vgl. Wienberg, 2009, S. 36).

Zusätzlich wünschen sich einige Ärzte mehr Eigeninitiative der Patienten. Förderlich wäre es, wenn die Patienten eigenständig um Hilfe bitten würden (self-empowerment) und bereits sensibilisiert sind (vgl. Kap. 4.2.5). Die Anfragen von Patienten sind für viele Ärzte ein wichtiger Anreiz, Interventionen durchzuführen (vgl. Krannich et al., 2006, S. 136; Wilson et al., 2011, S. 574). Dennoch merken einige Ärzte in den Interviews an, dass ein aktives Verhalten von Patientenseite nicht immer vorausgesetzt werden kann. Wie bereits erwähnt, haben viele Patienten noch kein Problembewusstsein entwickelt, sodass der erste Schritt von ihnen nicht erwartet werden darf. Vielmehr ist ein aktives Zugehen auf die Patienten notwendig (vgl. Kap. 2.2). Mögliche Lösungsansätze sehen die Ärzte in Maßnahmen, die sich aktiv an die Patienten wenden. Es werden bspw. Kompetenzzentren vorgeschlagen, die sich mit den Patienten in Verbindung setzen. Ebenfalls wird eine Betreuung durch SMS oder Telefon als Möglichkeit betrachtet (vgl. Kap. 4.2.5).

Des Weiteren liegen wichtige Verbesserungen für die Ärzte im Bereich Wissen und Fortbildungen. Vor allem wenn es um Fragetechniken und Gesprächsführung geht, wünschen sich die Ärzte mehr Kompetenzen (vgl. Kap. 4.2.5). Aus den vorangegangenen Punkten wird ebenfalls deutlich, dass den Ärzten entscheidende Qualifikationen in Bezug auf die Diagnostik und effektive Interventionsmöglichkeiten fehlen. Ärzte, die über mehr alkoholbezogenes Wissen verfügen, sind eher in der Lage alkoholkranken Patienten effektiv helfen zu können (vgl. Anderson et al., 2003, S. 599; Berner et al., 2006b, S. 32; Lock et al., 2010, S. 29; Nygaard et al., 2010, S. 211). Die Ergebnisse des Kurzfragebogens bestätigen den Zusammenhang zwischen einer suchtspezifischen Zusatzqualifikation und der Durchführung von Kurzinterventionen (vgl. Kap. 4.1). Demzufolge ist ein erhöhter Um-

fang an Weiterbildungen unbedingt notwendig. Nur durch mehr Kompetenzen gewinnen die Ärzte auch an mehr Sicherheit und Selbstvertrauen im Umgang mit alkoholkranken Menschen. Für die Durchführung von Interventionen ist außerdem die Rollensicherheit (gemessen durch die Faktoren der Rolleneignung und Rollenlegitimität, die Patienten auf den Alkoholkonsum anzusprechen) der Ärzte eine entscheidende Grundlage (vgl. Anderson et al., 2003, S. 599). Demgemäß muss, neben einer verstärkten Sensibilisierung in der Gesellschaft bzgl. Risikobewusstsein und Folgeerkrankungen, ein breiter Ausbau von Fortbildungsangeboten für Ärzte erfolgen. Wichtig wäre außerdem, Ärzten Unterstützungsangebote aus der Suchthilfe zur Verfügung zu stellen.

Verbesserungsmaßnahmen, wie z. B. mehr Zeit, bessere Bezahlung oder mehr Informationsmaterial für Ärzte, werden zwar durch einzelne Ärzte benannt, scheinen aber gegenüber den eben beschriebenen Faktoren weniger relevant, wobei finanzielle Aspekte in einigen Erhebungen durchaus als Anreiz gesehen werden (vgl. Krannich et al., 2006, S. 136; McAvoy et al., 2001, S. 108). Große Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich der Verbesserungsmaßnahmen konnten nicht festgestellt werden. Insgesamt sind Kurzinterventionen sehr kosteneffektiv (vgl. Kap. 2.2.3), sodass eine Implementierung langfristig Kosten sparen würde und folglich eine bessere finanzielle Vergütung der Ärzte nicht auszuschließen wäre.

Bedeutende Differenzen zwischen den drei Fokusgruppen konnten im Einzelnen nicht ermittelt werden. Herauszustellen ist insbesondere, dass die zuweisenden Ärzte nicht aktiver handeln als die Ärzte der anderen beiden Gruppen. Außerdem konnten keine großen Unterschiede zwischen den Stadt- und den Landärzten festgestellt werden.

6 Schlussfolgerungen für alkoholbezogene Interventionen in der hausärztlichen Praxis

Zurzeit werden alkoholbezogene Interventionen in der hausärztlichen Praxis noch nicht hinreichend umgesetzt. Ein hohes Defizit besteht vor allem darin, dass viele Ärzte über das Vorhandensein von Screening-Fragebögen und effektiven Interventionen nicht informiert sind. Entscheidend für die bisher ungenügende Umsetzung ist u. a. auch, dass viele Ärzte keine ausreichenden Kompetenzen für das Screening von alkoholbezogenen Störungen besitzen. Es fehlt somit eine Grundlage für eine flächendeckende Implementierung von alkoholbezogenen Interventionen, da die Patienten mit Alkoholproblemen häufig nicht als solche erkannt werden. Ein Großteil der Ärzte beruft sich auf klinische Merkmale und Laborparameter, die alleinstehend nicht ausreichend valide sind, um Patienten mit Risikoprofilen aufzudecken. Daher sind Screening-Instrumente auch dazu geeignet, klinische Merkmale oder Laborparameter mit direkten Fragebögen abzusichern (vgl. Diehl; Mann, 2005, S. 2247).

Trotz einer Vielzahl von Unterstützungsangeboten sind vielen Hausärzten außerdem der Nutzen und die Möglichkeiten von settingspezifischen Kurzinterventionen nicht bekannt. Für den hausärztlichen Bereich gibt es zwar Leitfäden für die Umsetzung alkoholbezogener Kurzinterventionen (vgl. Kap. 2.3), die strukturelle Empfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung bieten. Allerdings scheint die alleinige Bereitstellung von Materialien nicht ausreichend zu sein, um Ärzte nachhaltig zu informieren und von der Notwendigkeit ihrer Mitarbeit in der Sekundärprävention von alkoholbedingten Störungen zu überzeugen. Ein wichtiger Schritt hierfür wäre, dass wichtige Inhalte über alkoholbezogene Diagnostik und Interventionen bereits in der Ausbildung der Ärzte integriert werden (vgl. Behrendt et al., 2012, S. 204). Darüber hinaus wären regelmäßige Fortbildungen von großer Wichtigkeit, in denen besonders diagnostische Kenntnisse, Techniken der Gesprächsführung und Kompetenzen zur Rückfallprophylaxe vermittelt werden (vgl. Krannich et al., 2006, S. 136). Bedeutend ist vor allem, dass Ärzte im Bereich der motivierenden Gesprächsführung besser geschult werden. Die motivierende Gesprächsführung kann durch das nicht-konfrontative Vorgehen besonders die Patienten erreichen, die noch kein Problembewusstsein haben (vgl. Diehl; Mann, 2005, S. 204). Außerdem können Maßnahmen auf Basis des TTM die individuelle Situation der Patienten besser berücksichtigen (vgl. Kap. 2.2.1).

Ein Beispiel, wie Ärzte in Zukunft besser informiert werden können, ist die Internetplattform www.alkohol-leitlinie.de. Die Internetseite wurde

durch Wissenschaftler der Universitäten Tübingen und Freiburg entwickelt (vgl. Ruf et al., 2006, S. 557). Grundlage dessen war das Projekt AQAH (Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis). Dessen Ziel war die Entwicklung und Evaluierung eines Qualitätsmanagementsystems (bestehend aus Versorgungsleitlinie, Screening-Instrument und Dokumentationsmaterialien) für den hausärztlichen Bereich (vgl. Ruf et al., 2006, S. 557). Dieses Ziel wurde mithilfe einer gestuften Fortbildungsmaßnahme umgesetzt. Das neue Qualitätsmanagementsystem wurde als Grundlage für die Internetseite www.alkohol-leitlinie.de genutzt. Das Internet bietet den Vorteil, Informationen schnell und einfach zu verbreiten. Die Ärzte sind dadurch flexibel und können sich selbst aussuchen, wie und wann sie die Seite nutzen. Auf der Internetseite werden Informationen für Ärzte, Arzthelfer und Betroffene angeboten. Ärzte finden dort eine Versorgungsleitlinie, die alle wichtigen Informationen hinsichtlich Diagnostik, Behandlung (motivierende Gesprächsführung) und Umgang mit Angehörigen alkoholkranker Patienten enthält (vgl. Ruf et al., 2006, S. 557). Zusätzlich haben die Ärzte die Möglichkeit, sich über die Internetseite fortzubilden. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Seite ist ein Dokumentationssystem. Ärzte können Patientendaten (anonymisiert) darin eingeben und erhalten ein Feedback und Unterstützung bei der Behandlung (vgl. Ruf et al., 2006, S. 559).

Eine weitere Herausforderung neben der Wissensvermittlung besteht darin, Interventionen besser in den zeitlich engen Tagesablauf von Hausarztpraxen zu integrieren. Hier ist die Versorgungsforschung gefordert, bedarfsgerechte, an das System angepasste Interventionen zu entwickeln und zu testen. Wichtig ist vor allem der Einsatz kurzer und effektiver Screening-Instrumente, die nicht viel Zeit in Anspruch nehmen. Geeignet wären hierfür insbesondere der AUDIT-C, der LAST, der MATE oder der BMAST/SMAST. Der CAGE-Fragebogen ist aufgrund seiner Kürze für den hausärztlichen Bereich sicherlich optimal, ist allerdings mit Vorsicht einzusetzen, da er hauptsächlich eine hohe Validität für Alkoholabhängigkeit besitzt (vgl. Kap. 1.6.4). Um Zeit zu sparen, könnten Screening-Fragebögen bereits während der Wartezeit ausgefüllt werden (vgl. Babor; Higgins-Biddle, 2001, S. 7). Zusätzlich könnten die Ärzte entlastet werden, indem auch medizinische Fachangestellte speziell geschult und stärker integriert werden. Sie könnten dann bspw. das Ausfüllen der Screening-Fragebögen mitbetreuen. Ansätze dafür gibt es in Großbritannien, wo speziell geschulte practice nurses eingesetzt werden (vgl. Roche; Freeman, 2004, S. 15). An das Ausfüllen der Screening-Fragebögen ist anschließend eine Diagnostik zur Differenzierung von Abhängigkeit und Missbrauch (anhand ICD-10- oder

DSM-IV-Kriterien) ausschlaggebend für das weitere Vorgehen (vgl. Behrendt et al., 2012, S. 204; Diehl, Mann, 2005, S. 2246). Erst durch eine klare Differenzierung zwischen riskantem, schädlichem und abhängigem Gebrauch lässt sich das weitere Vorgehen ableiten. Da Kurzinterventionen nur bei riskantem oder missbräuchlichem Konsum effektiv sind (vgl. Kap. 2.2.2), ist es wichtig, den Umfang des Alkoholproblems zu ermitteln. Nur so kann ein weiteres Vorgehen zum Wohle des Patienten garantiert werden. Eine weitere zeit- und kostensparende Maßnahme wäre die verstärkte Umsetzung von Interventionen im Sinne des Stepped-Care-Ansatzes (vgl. Bischof et al., 2008, S. 248 f.; Drummond et al., 2009, S. 454). Dieser Ansatz umfasst, dass zunächst eine sehr kurze Intervention durchgeführt und diese nach Bedarf und Erfolg weiter intensiviert wird (vgl. Bischof et al., 2008, S. 249). Gerade für den hausärztlichen Arbeitsablauf wäre ein solches Vorgehen sehr sinnvoll.

Von großer Wichtigkeit ist es, in Zukunft eine bessere Vernetzung von Hausärzten und Suchthilfeeinrichtungen sicherzustellen. Im Bereich der integrierten Versorgung gibt es beispielsweise den Vorschlag eines Modulsystems, um die Kooperation der einzelnen Einrichtungen auszubauen (vgl. Schäfer; Heinz, 2006, S. 75). Dies setzt eine eindeutige Definition der Handlungsaufgaben und -gebiete voraus. Einzelne Module bestehen dabei u. a. aus dem Erstgespräch, der Basisdiagnostik mit Entzugswunsch, erweiterte internistische Abklärung und dem qualifizierten ambulanten Entzug, wobei die Module von einzelnen Vertragspartnern durchgeführt werden können (vgl. Schäfer; Heinz, 2006, S. 75). Hausärzte könnten nach einer ausführlichen Abklärung die Patienten gezielt weitervermitteln (z. B. an Kliniken). Durch die integrierte Versorgung könnten sowohl die Erreichbarkeit der Risikopopulation, die Diagnostik als auch die Therapie verbessert werden. Unumgänglich ist eine regelmäßige Qualitätssicherung, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen (vgl. Schäfer; Heinz, 2006, S. 75). Aus den Interviews wurde deutlich, dass sich die Ärzte oft allein mit der Problematik fühlen und sich feste Ansprechpartner und Adressen wünschen. Erforderlich sind ebenfalls eine schnelle Unterbringung von Patienten in Suchthilfeeinrichtungen, eine gute Erreichbarkeit und beständige Kontaktpersonen wie auch eine eindeutige Aufteilung der Verantwortlichkeiten (vgl. Behrendt et al., 2012, S. 204). Notwendig ist, dass Hausärzte gut informiert sind, welche Suchthilfeeinrichtungen es in ihrer Nähe gibt, und dass eine schnelle Kontaktaufnahme möglich ist.

Daneben gilt es von politischer Seite aus die primäre Präventionsarbeit soweit auszudehnen, dass Menschen weiterhin für riskanten Alkoholkonsum und dessen Risiken sensibilisiert werden und mehr noch eine Entstigmatisie-

rung von alkoholkranken Menschen in der Gesellschaft stattfindet. Nur so kann auch ein selbstständiges Aufsuchen von Betroffenen im Sinne von self-empowerment ermöglicht werden.

Schlussendlich wird deutlich, dass es zwar eine Reihe effektiver Screening-Instrumente und Kurzinterventionen gibt, um riskanten und missbräuchlichen Alkoholkonsum zu erkennen und zu reduzieren, aber eine Vielzahl von alkoholkranken Patienten davon keinen Nutzen haben und nicht adäquat versorgt werden. Riskanter, missbräuchlicher und abhängiger Alkoholkonsum wirkt sich auf vielfältige Weise negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus (vgl. Kap. 1.2). Insbesondere Männer sind betroffen und gerade bei ihnen sind Kurzinterventionen erfolgreich (vgl. Kap. 2.2.3). Der Fokus muss sich deshalb noch intensiver auf Männer richten. Insgesamt sind Hausärzte in diesem Bereich prädestiniert, frühzeitig zu intervenieren. Eine Barriere besteht vor allem darin, dass sie nicht ausreichend über das Vorliegen solcher Instrumente für Screening und Intervention informiert sind. Die Hauptaufgabe für die Zukunft wird sein, gute Kommunikationswege zu finden (wie bspw. Internetplattformen, Ausbildung der Ärzte), um Ärzte umfangreich zu dieser Thematik zu informieren. Durch mehr Wissen und ein unterstützendes Umfeld kann ihnen die Sicherheit gegeben werden, mit diesem Thema gut umzugehen, zum Wohle der Patienten zu handeln, deren Lebensqualität zu erhöhen und langfristige Kosten für das Gesundheitssystem zu reduzieren. Zudem sind regelmäßige Evaluationen im hausärztlichen Bereich notwendig, um den Wissensstand hinsichtlich Screening und Interventionen zu ermitteln und hier gegebenenfalls Änderungsmaßnahmen einleiten zu können.

Literaturverzeichnis

- Aalto, M.; Hyvönen, S.; Seppä, K. (2006). *Do primary care physicians' own AUDIT scores predict their use of brief alcohol intervention? A cross-sectional survey.* Drug and Alcohol Dependence, 83 (2), S. 169–173.
- Aertgeerts, B.; Buntinx, F.; Ansoms, S. et al. (2001). *Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population.* British Journal of General Practice, 51 (464), S. 206–217.
- Allen, J. P.; Litten, R. Z.; Fertig, J. B. et al. (1997). *A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).* Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21 (4), S. 613–619.
- Anderson, P.; Kaner, E.; Wutzke, S. et al. (2003). *Attitudes and management of alcohol problems in General Practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey.* Alcohol and Alcoholism, 38 (6), S. 597–601.
- Arndt, T. (2011). *Biomarker des Alkoholkonsums – eine Übersicht.* Toxichem Krimtech, 78 (Special Issue), S. 419–430.
- Atteslander, P. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung.* Berlin: Erich Schmidt.
- Babor, T.; Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention. For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care.*
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf
 (22.04.2015).
- Babor, T.; Higgins-Biddle, J.C.; Saunders, J.B. et al. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care.* Hrsg. durch World Health Organization, Genf.
http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf (22.04.2015).
- Babor, T.; Kranzler, H. R.; Lauerman, R. J. (1989). *Early detection of harmful alcohol consumption: Comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures.* Addictive Behaviors, 14 (2), S. 139–157.
- Ballesteros, J.; Duffy, J. C.; Querejeta, I. et al. (2004). *Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care. Systematic Review and Meta-Analyses.* Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28 (4), S. 608–618.

- Behrendt, K.; Kunstmann, W.; Wanek, V.; Weissinger, V. (2012). *Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen. Konsenspapier des Schnittstellenausschusses des Drogen- und Suchtrats*. Sucht, 58 (3), S. 203–205.
- Beich, A.; Gannik, D.; Malterud, K. (2002). *Screening and brief intervention for excessive alcohol use. Qualitative interview study of the experiences of general practitioners*. British Medical Journal, 325, S. 870–874.
- Berner, M. M.; Bentele, M.; Kriston, L. et al. (2006a). *DOVER and QUVER – New Marker Combinations to Detect and Monitor At-risk Drinking*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30 (8), S. 1372–1380.
- Berner, M. M.; Härter, M.; Zeidler, C. et al. (2006b). *German general practitioners' perceived role in the management of alcohol use disorders: responsible but undertrained*. Primary Care and Community Psychiatry, 11 (1), S. 29–35.
- Bergmann, E.; Horch, K. (2002). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland*. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alkoholassozierte_krankheiten.pdf?__blob=publicationFile (22.02.2015).
- Bertholet, N.; Daeppen, J.; Wietlisbach, V. et al. (2005). *Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care*. Archives of Internal Medicine, 165 (9), S. 986–995.
- Bien, T. H.; Miller, W. R.; Tonigan, J. S. (1993). *Brief interventions for alcohol problems: A review*. Addiction, 88 (3), S. 315–336.
- Bischof, G.; John, U.; Meyer, C. et al. (2003). *Zur Versorgungslage von Rauchern und Personen mit riskantem Alkoholkonsum*, In: Rumpf, H.-J.; Hüllinghorst, R. (Hrsg.): *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 45–58.
- Bischof, G.; Grothues, J. M.; Reinhardt, S. et al. (2008). *Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: A randomized controlled trial*. Drug and Alcohol Dependence, 93 (3), S. 244–251.
- Bloomfield, K.; Kraus, L.; Soyka, M. (2008). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen*. http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo_30.pdf (22.04.2015).
- Borsari, B.; Carey, K. B. (2001). *Peer influences on college drinking: A review of the research*. Journal of Substance Abuse, 13 (4), S. 391–424.

- Bortz, J.; Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Bower, P.; Gilbody, S. (2005). *Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review*. British Journal of Psychiatry, 186, S. 11–17.
- Bradley, K. A.; DeBenedetti, A. F.; Volk, R. J. et al. (2007). *AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31 (7), S. 1208–1217.
- Buchholz, A.; Rist, F.; Küfner, H. et al. (2009). *Die deutsche Version des Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE): Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit*. Sucht, 55 (4), S. 291–242.
- Bühringer, G.; Metz, K. (2009). *Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen*. In: Margraf, J.; Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2, Heidelberg: Springer Medizin, S. 345–370
- Bühringer, G.; Augustin, R.; Bergmann, E. et al. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 128, Baden-Baden: Nomos.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2011). *Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 2010*.
- Burger, M.; Brönstrup, A.; Pietrzik, K. (2000). *Alkoholkonsum und Krankheiten. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Burke, B. L.; Arkowitz, H.; Menchola, M. (2003). *The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71 (5), S. 843–861.
- BzgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009). *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis*. www.baek.de/downloads/KurzinterventionAlkohol2009.pdf (22.02.2015).
- Callaghan, R. C.; Taylor, L.; Cunningham, J. A. (2007). *Does progressive stage transition mean getting better? A test of the Transtheoretical Model in alcoholism recovery*. Addiction, 102 (10), S. 1588–1596.
- Conigrave, K. M.; Davies, P.; Haber, P. et al. (2003). *Traditional markers of excessive alcohol use*. Addiction, 98 (2), S. 31–43.

- Costanzo, S.; Di Castelnuovo, A.; Donati, M. B. et al. (2010). *Cardiovascular and Overall Mortality Risk in Relation to Alcohol Consumption in Patients With Cardiovascular Disease*. *Circulation*, 121 (17), S. 1951–1959.
- Dhalla, S.; Kopec, J. A. (2007). *The CAGE questionnaire for alcohol misuse: A review of reliability and validity studies*. *Clinical and Investigative Medicine*, 30 (1), S. 33–41.
- Diehl, A.; Mann, K. (2005). *Früherkennung von Alkoholabhängigkeit. Probleme identifizieren und intervenieren*. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (33), S. 2244–2250.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.
- Drummond, C.; Coulton, S.; James, D. et al. (2009). *Effectiveness and cost-effectiveness of a stepped care intervention for alcohol use disorders in primary care: pilot study*. *The British Journal of Psychiatry*, 195 (5), S. 448–456.
- Eddy, N. B.; Fraser, H. F.; Friebel, H. et al. (1964). *Evaluation of Dependence-Producing Drugs: Report of a Who Scientific Group*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40601/1/WHO_TRS_287.pdf (22.04.2015).
- Eddy, N. B.; Halbach, H.; Isbell, H. et al. (1965). *Drug dependence: its significance and characteristics*. *Bulletin of the World Health Organization*, 32 (5), S. 721–733.
- Edwards, G.; Gross, M. M.; Keller, M. et al. (Hrsg.) (1977). *Alcohol-Related Disabilities*. Hrsg. durch World Health Organization, Genua. [http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_32_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/offset/WHO_OFFSET_32_(part1).pdf) (22.04.2015).
- Ewing, J.A. (1984). *Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire*. *The Journal of the American Medical Association*, 252 (14), S. 1905–1907.
- Feuerlein, W. (2005). *Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus*. In: Singer, M.; Teyssen, S. (Hrsg.): *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Heidelberg: Springer Medizin, S. 42–54.
- Feuerlein, W. (2008). *Alkoholismus. Warnsignale. Vorbeugung. Therapie*. München: C.H. Beck.
- Fiellin, D. A.; Reid, M. C.; O'Connor, P. G. (2000). *Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review*. *Archives of Internal Medicine*, 160 (13), S. 1977–1989.

- Fleming, M. (2004). *Screening and brief intervention in primary care settings*. Alcohol Research and Health, 28 (2), S. 57–62.
- Fleming, M.; Mundt, M.; French, M. et al. (2002). *Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26 (1), S. 36–43.
- Friedmann, P.; McCullough, D.; Chin, M. et al. (2000). *Screening and Intervention for alcohol problems. A national survey of primary care physicians and psychiatrists*. Journal of General Internal Medicine, 15 (2), S. 84–91.
- Funke, W.; Garbe, D. (2002). *Alkohol*. In: Fegler, J. (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/Lech: ecomed, S. 11–18.
- Gass, A.; Schwarz, S.; Hennerici, M. (2005). *Alkohol und Neurologie*. In: Singer, M.; Teysen, S. (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Heidelberg: Springer Medizin, S. 465–479.
- Gfroerer, J.; Penne, M.; Pemberton, M. et al. (2003). *Substance abuse treatment need among older adults in 2020: The impact of the aging baby-boom cohort*. Drug and Alcohol dependence, 69 (2), S. 127–135.
- Goldnadel Monteiro, M.; Nogueira Pires, M. L.; Masur, J. (1986). *The trauma questionnaire for detecting alcohol abuse: limiting factors*, Alcohol, 3 (5), S. 287–289.
- Gordis, L. (2001). *Epidemiologie*. Marburg: Kilian.
- Gottesman, I.; Prescott, C. (1989). *Abuses of The MacAndrew MMPI Alcoholism Scale: A Critical Review*. Clinical Psychology Review, 9 (2), S. 223–242.
- Heather, N. (2004). *Brief Interventions*. In: Heather, N.; Stockwell, T. (Hrsg.): The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems. Chichester: John Wiley & Sons, S. 117–138.
- Heather, N.; Honekopp, J.; Smailes, D. (2009). *Progressive stage transition does mean getting better: A further test of the Transtheoretical Model in recovery from alcohol problems*. Addiction, 104 (6), S. 949–958.
- Hietala, J.; Koivisto, H.; Anttila, P. et al. (2006). *Comparison of the combined marker GGT-CDT and the conventional laboratory markers of alcohol abuse in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers*. Alcohol and Alcoholism, 41 (5), S. 528–533.

- Hill, A.; Rumpf, H.-J.; Hapke, U. et al. (1998). *Prevalence of Alcohol Dependence and Abuse in General Practice*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (4), S. 935–940.
- Hvidtfeldt, U. A.; Tolstrup, J. S.; Jakobsen, M. U. et al. (2010). *Alcohol intake and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults*. *Circulation*, 121 (14), S. 1589–1597.
- John, U.; Hanke, M. (2002). *Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany*. *Alcohol and Alcoholism*, 37 (6), S. 581–585.
- Kaner, E.; Dickinson, H.; Beyer, F. et al. (2009). *The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review*. *Drug and Alcohol Review*, 28 (3), 301–323.
- Kaner, E.; Heather, N.; Brodie, J. et al. (2001). *Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care*. *British Journal of General Practice*, 51 (471), S. 822–827.
- Keller, S.; Velicer, W. F.; Prochaska, J. O. (1999). *Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht*. In: Keller, S. (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 17–56.
- Kendler, K. S.; Prescott, C. A.; Myers, J. et al. (2003). *The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women*. *Archives of General Psychiatry*, 60 (9), S. 929–937.
- Kiefer, F.; Mann, K. (2005). *New achievements and pharmacotherapeutic approaches in the treatment of alcohol dependence*. *European Journal of Pharmacology*, 526 (1–3), S. 163–171.
- Kiefer, F.; Mann, K. (2007). *Evidenzbasierte Behandlung der Alkoholabhängigkeit*. *Der Nervenarzt*, 78 (11), S. 1321–1331.
- Kiefer, F.; Soyka, M. (2012). *Medikamente zur Behandlung von Abhängigkeit und Entzugssymptomen*. In: Gründer, G.; Benkert, O. (Hrsg.): *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin, S. 733–749.
- Kim, W. R.; Brown, R. S.; Terrault, N. A. et al. (2002). *Burdens of liver disease in the United States: summary of a workshop*. *Hepatology*, 36 (1), S. 227–242.
- Krannich, D.; Grothues, J.; Rumpf, H.-J. (2006). *Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühintervention bei Alkoholproblemen*. *Sucht*, 52 (2), S. 133–139.
- Kraus, L.; Pabst, A.; Gomes de Matos, E. et al. (2014). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch*

- psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin*. München: Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L.; Piontek, D.; Pabst, A. et al. (2011). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland*. Sucht, 57 (2), S. 119–129.
- Küfner, H.; Brandes, C. (2003). *Münchener Alkoholismustest (MALT)*. In: Glöckner-Rist, A.; Rist, F.; Küfner, H. (Hrsg.): *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. <http://www.gesis.org/unser-angebot/daten-erheben/ehes/download-ehes/downloads/> (22.04.2015).
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Lock, C.; Wilson, G.; Kaner, E. et al. (2010). *A survey of general practitioner's knowledge, attitudes and practices regarding the prevention and management of alcohol-related problems: An update of a World Health Organisation survey ten years on*. http://www.fead.org.uk/docs/AERC_NH.pdf (22.04.2015).
- Löser, H. (2005). *Alkohol und Schwangerschaft – Alkoholeffekte bei Embryonen, Kindern und Jugendliche*. In: Singer, M.; Teyssen, S. (Hrsg.): *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Heidelberg: Medizin Springer, S. 442–456.
- Mann, K. F. (2002). *Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen*. Deutsches Ärzteblatt, 99 (10), S. 632–644.
- MATCH Research Group (1998). *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (6), S. 1300–1311.
- Mayerhofer, W. (2007). *Das Fokusgruppeninterview*. In: Buber, R.; Holzmüller, H. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen*. Wiesbaden: Gabler, S. 477–490.
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- McAvoy, B. R.; Donovan, R.; Jalleh, G. et al. (2001). *General Practitioners, Prevention and Alcohol – a powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: A 12-nation key informant and general practitioner study*. *Drugs: education, prevention and policy*, 8 (2), S. 103–117.
- Mensink, G.; Burger, M.; Beitz, R. et al. (2002). *Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*.

- www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/G_Themen/G6_Ernaehrung/was_essen_wir_heute.pdf (22.04.2015).
- Meyer, C.; Rumpf, H.-J.; Hapke, U. et al. (2000). *Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOS study. Transitions in Alcohol Consumption and Smoking*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35 (12), S. 539–547.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mörsen, C.; Grüsser, S. (2007). *Verfahren zur Diagnostik alkoholbezogener Störungen*. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 16 (1–2), S. 73–82.
- Moyer, A.; Finney, J.; Swearingen, C. et al. (2002). *Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations*. Addiction, 97 (3), S. 279–292.
- NIAAA – National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism (2008). *Moderate and Binge Drinking*. www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking (22.04.2015).
- Niehoff, J.-B.; Braun, B. (2003). *Handwörterbuch. Sozialmedizin und Public Health*. Baden-Baden: Nomos.
- Nilsen, P.; Aalto, M.; Bendtsen, P. et al. (2006). *Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 24 (1), S. 5–15.
- Nygaard, P.; Paschall, M.; Aasland, O. et al. (2010). *Use and Barriers to Use of Screening and Brief Interventions for Alcohol Problems Among Norwegian General Practitioners*. Alcohol & Alcoholism, 45 (2), S. 207–212.
- Orth, B.; Töppich, J. (2012). *Rauschtrinken und durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Konsummuster, soziodemografische Unterschiede und Trends*. Suchttherapie, 13 (1), S. 6–14.
- Pabst, A.; Kraus, L. (2008). *Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006*. Sucht, 54 (1), S. 36–46.
- Pabst, A.; Piontek, D.; Kraus, L. et al. (2010). *Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009*. Sucht, 56 (5), S. 327–336.

- Przyborski, A; Wohlrab-Sahr, M. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Rehm, J.; Mathers, C.; Popova, S. et al. (2009). *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders*. The Lancet, 373 (9682), S. 2223–2233.
- Rehm, J.; Room, R.; Graham, K. et al. (2003). *Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität*. Sucht, 49 (2), S. 87–94.
- Richter, G.; Kemm, P. G.; Zahn, M. et al. (2003). *Der Screening-Test mit 9 Items (SreeT-9)*. In: Glöckner-Rist, A.; Rist, F.; Kufner, H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. <http://www.gesis.org/unser-angebot/daten-erheben/ehes/download-ehes/downloads/> (22.04.2015).
- Roche, A. M.; Freeman, T. (2004). *Brief interventions: good in theory but weak in practice*. Drug and Alcohol Review, 23 (1), S. 11–18.
- Rösner, S.; Hackl-Herrwerth, A.; Leucht, S. et al. (2010). *Acompromate for alcohol dependence*. The Cochrane Collaboration, 9. <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD004332.pdf> (22.04.2015).
- Ruf, D.; Berner, M. M.; Lohmann, M. et al. (2006). *www.alkohol-leitlinie.de - Informationsangebote und Online-Fortbildung zum Thema "alkoholbezogene Störungen"*. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 82 (12), S. 556–561.
- Rumpf, H.-J.; Bischof, G.; Grothues, J.; Reinhardt, S. (2004). *Früherkennung und Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum in der medizinischen Versorgung: Ein Schwerpunktthema des Aktionsplans Alkohol Schleswig-Holstein*. Infodienst Sucht, 02/2004, S. 4–10.
- Rumpf, H.-J.; Bohlmann, J.; Hill, A. et al. (2001). *Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: A matter of methodological shortcomings?* General Hospital Psychiatry, 23 (3), S. 133–137.
- Rumpf, H.-J.; Hapke, U.; Hill, A. et al. (1997). *Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21 (5), S. 894–898.
- Rumpf, H.-J.; Hapke, U.; John, U. (2003a). *Deutsche Version des CAGE Fragebogens (CAGE-G)*. In: Glöckner-Rist, A.; Rist, F.; Kufner, H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. <http://www.gesis.org/unser-angebot/daten-erheben/ehes/download-ehes/downloads/> (22.04.2015).

- Rumpf, H.-J.; Hapke, U.; John, U. (2003b). *Deutsche Versionen der verschiedenen Formen des Michigan Alcoholism Screening Test (MAST-G, SMAST-G, BMAST-G)*. In: Glöckner-Rist, A.; Rist, F.; Küfner, H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. <http://www.gesis.org/unser-angebot/daten-erheben/ehes/download-ehes/downloads/> (22.04.2015).
- Rumpf, H.-J.; Hapke, U.; John, U. (2003c). *Die Trauma-Skala*. In: Glöckner-Rist, A.; Rist, F.; Küfner, H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. <http://www.gesis.org/unser-angebot/daten-erheben/ehes/download-ehes/downloads/> (22.04.2015).
- Rumpf, H.-J.; John, U.; Hapke, U. et al. (2003d). *Identifizierung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit, schädlichem Gebrauch oder riskantem Alkoholkonsum*. In: Rumpf, H.-J.; Hüllinghorst, R. (Hrsg.): Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 61–91.
- Rumpf, H.-J.; Kremer, G. (2003). *Früherkennung, Kurzintervention, Beratung und Motivation bei alkoholbezogenen Störungen: Der Stellenwert von Arztpraxis und Beratungsstelle*. In: Rumpf, H.-J.; Hüllinghorst, R. (Hrsg.): Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 92–107.
- Rumpf, H.-J.; Kremer, G.; Hapke, U. et al. (o. J.). *Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit alkoholbezogenen Störungen*. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Leitfaden_Alkohol_2014.pdf (22.04.2015).
- Rumpf, H.-J.; Meyer, C.; Hapke, U. et al. (2000). *Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie*. Sucht, 46 (1), S. 9–17.
- Rumpf, H.-J.; Meyer, C.; Hapke, U. et al. (2003e). *Deutsche Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-L)*. In: Glöckner-Rist, A.; Rist, F.; Küfner, H. (Hrsg.): Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES). Version 3.00. Mannheim, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. <http://www.gesis.org/unser-angebot/studien-planen/zis-ehes/download-ehes/downloads/> (22.04.2015).

- Sartor, C. E.; Grant, J. D; Bucholz, K. K. et al. (2010). *Common genetic contributions to alcohol and cannabis use and dependence symptomatology*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34 (3), S. 545–554.
- Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M. et al. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, M.; Heinz, A. (2006). *Integrierte Versorgungsprojekte im Suchtbereich. Erfahrungen am Beispiel eines Projektes zum ambulanten Alkoholentzug*. *Suchttherapie*, 7 (2), S. 72–77.
- Scherle, T.; Croissant, B.; Heinz, A. et al. (2003). *Ambulante Alkoholentgiftung*. *Der Nervenarzt*, 74 (3), S. 219–225.
- Schmidt, L.; Konrad, N.; Rommelspacher, H. et al. (2003). *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe*. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_Alkoholabhaengigkeit_2003.pdf (22.04.2015).
- Schütze, M.; Boeing, H.; Pischon, T. et al. (2011). *Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study*. *British Medical Journal*, 342, d1584, S. 1-10.
- Seipel, C.; Rieker, P. (2003). *Integrative Sozialforschung. Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.
- Seitz, H. (2000). *Wie viel Alkohol macht krank?* *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (22), S. 1538–1541.
- Seitz, H.; Bühringer, G. (2007). *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Grenzwerte_Alkoholkonsum_Jul10.pdf (22.04.2015).
- Selzer, M. L. (1971). *The Michigan Alcoholism Screening Test: The Quest for a New Diagnostic Instrument*. *The American Journal of Psychiatry*, 127 (12), S. 1653–1658.
- Siegmund, S.; Dooley, S.; Brenner, D. (2005). *Hepatitische Fibrose*. In: Singer, M.; Teysen, S. (Hrsg.): *Alkohol und Alkoholfolgeerkrankungen. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Heidelberg: Springer Medizin, S. 230–245.
- Skinner, H. A.; Holt, S.; Schuller, R. et al. (1984). *Identification of Alcohol Abuse Using Laboratory Tests and a History of Trauma*, *Annals of Internal Medicine*, 101 (6), S. 847–851.

- Skinner, H. A.; Holt, S.; Sheu, W. J. et al. (1986). *Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: the alcohol clinical index*. British Medical Journal (Clinical Research Edition), 292 (6537), S. 1703–1708.
- Soyka, M. (1999). *Psychiatrische Definition der Sucht. Gewöhnung, Mißbrauch und Abhängigkeit*. Der Internist, 40 (6), S. 590–596.
- Soyka, M. (2005). *Alkohol und Psychiatrie*, In: Singer, M.; Teysen, S. (Hrsg.): Alkohol und Alkoholfolgeerkrankungen. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Heidelberg: Springer Medizin, S. 496–508.
- Soyka, M. (2011). *Pharmakotherapie der Alkoholabhängigkeit*. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 162 (7), S. 268–277.
- Soyka, M.; Küfner, H. (2008). *Alkoholismus– Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Statistisches Bundesamt (2011). *Verkehrsunfälle. Alkoholunfälle im Straßenverkehr. 2010*. Wiesbaden.
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/UnfaelleAlkohol5462404107004.pdf?blob=publicationFile> (22.04.2015).
- Steppan, M.; Künzel, J.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). *Suchtcrankenhilfe in Deutschland 2010. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*.
www.suchthilfestatistik.de/cms/images/publikationen/jahresbericht%202010%20dshs.pdf (22.04.2015).
- Storgaard, H.; Nielsen, S. D.; Glud, C. (1994). *The validity of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)*. Alcohol and Alcoholism, 29 (5), S. 493–502.
- Sutton, S. (2001). *Back to the drawing board? A review of applications of the trans-theoretical model to substance use*. Addiction, 96 (1), S. 175–186.
- Tölle, R.; Windgassen, K. (2012). *Psychiatrie*. 16. Auflage, Heidelberg: Springer Medizin.
- Tretter, F.; Müller, A. (2001). *Ursachenmodelle der Suchtforschung*. In: Tretter, F.; Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, S. 33–72.
- Vasilaki, E.; Hosier, S.; Miles Cox, W. (2006). *The Efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review*. Alcohol and Alcoholism, 41 (3), S. 328–335.
- West, R. (2005). *Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest*. Addiction, 100 (8), S. 1036–1039.

- WHO Brief Intervention Study Group (1996). *A Cross-National Trial of Brief Interventions with Heavy Drinkers*. American Journal of Public Health, 86 (7), S. 948–955.
- WHO – World Health Organization (2011). *Levels of Consumption, Total adult per capita consumption*.
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en&showonly=G>
ISAH (22.04.2015).
- Wienberg, G. (2009). *Was könnte wirklich weiterführen? – Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland – Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 32–54.
- Willoughby, F. W.; Edens, J. F. (1996). *Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics*. Journal of Substance Abuse, 8 (3), S. 275–291.
- Wilson, G.; Lock, C.; Heather, N. et al. (2011). *Intervention against Excessive Alcohol Consumption in Primary Health Care: A Survey of GP's Attitudes and Practices in England 10 Years On*. Alcohol and Alcoholism, 46 (5), S. 570–577.
- Wurst, F. M.; Thon, N.; Weinmann, W. (2009). *Direkte Ethanolmetabolite in Blut und Urin: Relevanz in Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen*. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 10 (3), S. 82–85.
- Wutzke, S.; Conigrave, K.; Saunders, J. et al. (2001). *The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: A 10-year follow-up*. Addiction, 97 (6), S. 665–675.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Modell für die Entstehung von Abhängigkeit	17
Abbildung 1.2:	Alkoholbezogene Kosten für das Gesundheitssystem	29
Abbildung 1.3:	Prävalenz risikoarmer und riskanter Alkoholkonsum	31
Abbildung 1.4:	Prävalenz Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	31
Abbildung 2.1:	Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung	50
Abbildung 3.1:	Studiendesign	70
Abbildung 4.1:	Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen	81
Abbildung 4.2:	Geschlechterverteilung der Ärzte	82
Abbildung 4.3:	Suchtmedizinische Zusatzqualifikationen der Ärzte	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Differenzierung risikoarmer und riskanter Alkoholkonsum	22
Tabelle 1.2:	Abhängigkeitskriterien	24
Tabelle 2.1:	Inanspruchnahme der Suchthilfe	48
Tabelle 2.2:	Gegenüberstellung Kurzintervention und Kurzzeittherapie	53
Tabelle 2.3:	Veränderungen des durchschnittlichen, täglichen Alkoholkonsums	56
Tabelle 2.4:	Veränderungen der durchschnittlichen Trinkintensität	56
Tabelle 2.5:	Veränderungen der Trinkhäufigkeit	58
Tabelle 3.1:	Angestrebte Studienpopulation für die Fokusgruppeninterviews	71
Tabelle 3.2:	Tatsächliche Stichprobe für die Fokusgruppeninterviews	73
Tabelle 3.3:	Analyseformen der qualitativen Inhaltsanalyse	76
Tabelle 3.4:	Endgültige Kategorien für die Inhaltsanalyse	79
Tabelle 4.1:	Ansprechen auf Alkoholkonsum	83
Tabelle 4.2:	Patienten mit Alkoholmissbrauch	83
Tabelle 4.3:	Patienten mit Alkoholabhängigkeit	84
Tabelle 4.4:	Maßnahmen bei Patienten mit Alkoholproblemen	84
Tabelle 4.5:	Umsetzungsprobleme bei alkoholbezogenen Interventionen	85

Sachwortregister

Abhängigkeit		Disposition	
– Ursachen	17	– genetische	18
Abhängigkeitspotenzial	17	– psychische	18
Alcohol Clinical Index	36	Drei-Faktoren-Modell	17
Alcohol Use Disorders Test	30	DSM-IV-Kriterien	22, 23
Alkoholabhängigkeit	16, 83	Epidemiologisches Suchtsurvey	30
– Kriterien	24	Fragebogenverfahren	
Alkoholdelir	26	– AUDIT	41
Alkoholembryopathie	27	– CAGE-Fragebogen	41
Alkoholismus	16	– LAST	42
Alkoholkonsum		– MALT	44
– exzessiver	32	– MATE	43
– Folgen	25	– MAST	40
– Grenzwerte	20	– ScreeT-9	44
– missbräuchlicher	22	Gamma-Glutamyl-Transferase	87
– risikoarmer	20	Gesprächsführung	
– riskanter	21	– motivierende	60
– schädlicher	22	Grenzwerte	55
Alkoholkonsumgrenze		Herz-Kreislauf-System	27
– risikoarme	21	ICD-10-Kriterien	22, 23
Alkoholmissbrauch	16	integrierte Versorgung	114, 119
American Psychiatric Association	22	Interventionen	
Anamnesebogen	89	– hausärztliche	61, 117
Anti-Craving-Medikamente	94, 110	– Maßnahmen	61, 93, 109
Arzt-Patienten-Beziehung	101	– Umsetzung	61
Behandlung		– Umsetzungsprobleme	85
– ambulante	94, 110	– Verbesserungsmöglichkeiten	101
CAGE-Fragebogen	41	Kleinhirnatrophie	
Co-Abhängigkeit	28	– alkoholische	25
Cut-off-Wert	35	Kompetenzzentren	115
Diagnostik	33	Konditionierung	
– hausärztliche	44		
– zielgerichtete	107		

– klassische	18		
– operante	18	Screening-Fragebögen	118
Krankheiten		Screening-Instrumente	107
– kardiovaskuläre	27	Screening-Maßnahmen	
Kurzinterventionen	53	– Qualität	34
– Wirksamkeit	55	Screening-Verfahren	34
Kurzzeittherapie	5	Standarddrink	27
		Stepped-Care-Ansatz	43, 59, 119
Lebensqualität	28, 120	Suchthilfeeinrichtungen	
Le-Go-Grid	36	– stationäre	54
		Suchthilfe	114
MacAndrew-Skala	39	Suchthilfeeinrichtungen	99, 112
Michigan Alcoholism Screening Test	40	– Vernetzung	119
Modell der		Suchthilfesystem	
Selbstwirksamkeitserwartung	18	– deutsches	47
Motivation		– Inanspruchnahme	47
– fehlende	112		
		Transtheoretisches Modell	50
Neurotransmitter		Trauma-Skala	39
– aktivierende	17	Tremor	
– hemmende	17	– alkoholischer	26
		Trinkintensität	56
Peergroup	19	Trinkmenge	25
Polyneuropathie		Trinktagebücher	58
– alkoholische	26		
Prävalenz	30	Unterschiede	
Prävention		– altersspezifische	32
– sekundäre	49	– geschlechtsspezifische	32
Problembewusstsein			
– fehlendes	97	Verhaltensmuster	18
Qualitätsmanagementsystem	118	Wernicke-Korsakow-Syndrom	25
Risiken	25	Zusatzqualifikation	
Risikoprofil	21	– suchtmmedizinische	82, 112
– individuelles	27		

Über die Autorin

Katharina Liegmann

(geb. 1985) absolvierte an der Sportakademie des Landessportbundes Thüringen e. V. ihre Ausbildung zur Betriebswirtin für Sport und Fitness. Im Anschluss an ihr Bachelorstudium der Sport- und Gesundheitswissenschaften, studierte sie den Masterstudiengang Public Health/Pflegewissenschaften (M. A.) mit dem Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Bremen. Während ihres Studiums war sie von 2007 bis 2012 als studentische Hilfskraft am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH in Bremen tätig. Nach ihrem Studium nahm sie eine Tätigkeit im Rahmen einer Projektkoordination in der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. auf. Dort lag ihr Arbeitsschwerpunkt im Bereich Suchtprävention und neue Medien. Seit 2014 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Dekanat Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH tätig.