

Aus der Klinik für Psychiatrie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

Einstellungen von niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und Praktischen Ärzten
gegenüber Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
Der Universität zu Lübeck
-Aus der Medizinischen Fakultät-

vorgelegt von
Danuta Krannich
aus Friedrichroda

Lübeck, 2007

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Oliver Peters

Tag der mündlichen Prüfung: 29.10.2007

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 29.10.2007

Gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach

- Dekan der Medizinischen Fakultät -

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	1
2.	Einleitung	2
3.	Theoretischer Hintergrund	5
3.1	Bewertung des Alkoholkonsums in der Medizingeschichte	5
3.2	Begriffsbestimmung nach DSM-IV und ICD-10	6
3.2.1	Abhängigkeit nach DSM-IV	6
3.2.2	Abhängigkeit nach ICD-10	7
3.2.3	Missbrauch nach DSM-IV	8
3.2.4	Schädlicher Gebrauch nach ICD-10	8
3.2.5	Begriffsbestimmung Risikokonsum	9
3.3	Prävalenz und Demographie	10
3.4	Negative Folgen des Alkoholkonsums	12
3.4.1	Medizinische Folgen des akuten Alkoholkonsums	12
3.4.2	Medizinische Folgen des chronischen Alkoholkonsums	14
3.4.3	Psychische und soziale Folgen des Alkoholkonsums	16
3.4.4	Mortalität aufgrund von Alkoholkonsum	18
3.4.5	Ökonomische Gesichtspunkte	18
3.4.6	Momentaner Forschungsstand	19
4.	Fragestellung und Hypothesen	26
4.1	Fragestellungen	26
4.2	Hypothesen	27
5.	Methodik	28
5.1	Datenerhebung	28
5.2	Beschreibung der Stichprobe	28
5.3	Erhebungsinstrumente	29
5.3.1	Grundlagen für die Erstellung des Fragebogen	29
5.3.2	Aufbau	29
5.3.2.1	Soziodemographische Daten	29
5.3.2.2	Einstellungen zu Frühinterventionen	30
5.3.2.3	Rollensicherheit und therapeutische Verpflichtung	30

Inhaltsverzeichnis

5.3.2.4	Einstellungen zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen	31
5.3.2.5	Hindernisse beim Einsatz von Frühinterventionen	31
5.3.2.6	Anreiz für mehr Einsatz von Frühinterventionen	32
5.3.2.7	Bedarf an Informations- und Weiterbildungsangeboten	32
5.3.2.8	Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen	33
5.3.2.9	Einsatz eines Screenings und Umgang mit auffälligen Patienten	33
5.4	Statistische Auswertung	34
6.	Ergebnisse	35
6.1	Soziodemographische Daten	35
6.2	Einstellungen zu Frühinterventionen	35
6.3	Rollensicherheit und therapeutische Verpflichtung	36
6.4	Einstellungen zu allgemeinen Aspekten in der Behandlung von Patienten mit problematischem Alkoholkonsum	40
6.5	Einstellungen zu hausärztlichen Maßnahmen bei Patienten mit Alkoholproblemen	42
6.6	Hindernisse beim Einsatz von Frühinterventionen	44
6.7	Anreiz, mehr Frühinterventionen in Bezug auf Alkohol durchzuführen	46
6.8	Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen	48
6.9	Derzeitiges ärztliches Handeln bei Patienten mit Alkoholproblemen	50
6.10	Bereitschaft zum Einsatz eines Screenings	50
6.11	Unterschiede in den Einstellungen in Abhängigkeit vom Geschlecht	52
6.12	Unterschiede in den Einstellungen in Abhängigkeit vom Alter	54
6.13	Unterschiede in den Einstellungen in Abhängigkeit von der Anzahl der Patienten	57
6.14	Unterschiede der Einstellungen in Abhängigkeit von den Jahren niedergelassener Tätigkeit	58
7.	Diskussion	62
7.1	Diskussion der Ergebnisse	62
7.2	Kritische Beurteilung der Ergebnisse	67
7.3	Hindernisse und Schwachpunkte der eigenen Studie	70
8.	Ausblick	71

Inhaltsverzeichnis

I Literaturverzeichnis	68
II Anhang	78
III Danksagung	91
IV Lebenslauf	92

1. Zusammenfassung

Fragestellung: Der Alkoholkonsum stellt ein schwerwiegendes Problem für unser Gesundheitssystem dar. Er ist Risikofaktor für verschiedene direkte und indirekte Folgeerkrankungen und geht mit einer erhöhten Mortalitätsrate und hohen Kosten für das Gesundheitssystem einher. Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Evaluation von Einstellungen von Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten und Internisten mit Hausarztfunktion gegenüber Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen.

Methode: Im Juli 2003 wurden 209 Hausärzte, praktische Ärzte und Internisten mit Hausarztfunktion im Raum Lübeck postalisch zu Einstellungen bezüglich Patienten mit Alkoholproblemen und Interventionen bei Alkoholproblemen befragt.

Ergebnisse: Die Ausschöpfungsrate der Befragung betrug 51,67 % (n=108). Im Allgemeinen wurden Frühinterventionen für wichtig, bei den eigenen Patienten jedoch für weniger wichtig erachtet. Der größte Teil der Teilnehmer (82,4 %) war der Meinung, Patienten angemessen zum Thema Alkoholkonsum und Folgen beraten zu können. Knapp die Hälfte der Ärzte (47,2 %) war der Ansicht, dass Interventionen zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend sind. Als sinnvollste ärztliche Maßnahme wurde die Diagnostik von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Risikokonsum (88,9 %) angesehen. Als Haupthindernis für den Einsatz von Frühinterventionen wurde Zeitmangel genannt. 52,7 % der Ärzte vertraten die Meinung, dass Alkoholberatungen mehr kosten als sie finanziell nützen und dem Arzt eine spezielle Ausbildung zur Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen fehlt (40,2 %). Als größte Anreize für den Einsatz von Frühinterventionen wurden die Bitte des Patienten um eine Gesundheitsberatung (84,3 %) und eine schnelle und einfache Verfügbarkeit von fachspezifischen Einrichtungen (84,3 %) angesehen. Allgemein herrscht ein hoher Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen. Lediglich 14 % der Ärzte führen derzeit regelmäßig ein Screening auf Alkoholprobleme durch. Es existieren eine Reihe von Faktoren, die Einfluss auf die Einstellungen der Ärzte zeigten, wie zum Beispiel das Alter.

Diskussion: Die Daten erlauben erstmals eine Einschätzung für Deutschland zu diesem Thema. Die Daten decken sich weitestgehend mit internationalen Ergebnissen. Die Etablierung von Frühinterventionen stellt eine viel versprechende Chance in der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen dar. Derzeit werden Frühinterventionen unzureichend eingesetzt. Die Funktion des Hausarztes könnte durch ein höheres Angebot an Weiterbildungsveranstaltungen mit entsprechenden Fortbildungspunkten und finanzielle Ausgleich gestärkt werden.

2. Einleitung

Der Konsum von Alkohol stellt ein schwerwiegendes Problem für unser Gesundheitssystem dar. Im Jahr 1997 waren 3 % der Bevölkerung alkoholabhängig und 5 % wiesen einen Alkoholmissbrauch auf (Bühringer et al., 2000). Alkohol liegt unter den Hauptrisikofaktoren für globale Morbidität an fünfter Stelle (Ezzati et al., 2002). Fast jedes Organsystem des menschlichen Körpers wird direkt oder indirekt durch Alkohol geschädigt (Feuerlein et al., 1998). Pro Jahr sterben circa 74000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums (John et al., 2002). Nach einer Berechnung des Robert-Koch-Institutes belaufen sich die jährlichen Kosten durch Alkoholkonsum und dessen Folgen im deutschen Gesundheitssystem auf 20 Milliarden Euro (Bühringer et al., 2000). Die Versorgungslage von Patienten mit Alkoholproblemen in Deutschland ist defizitär. Eine Studie in Lübeck ergab, dass nur ein kleiner Teil der alkoholabhängigen Studienteilnehmer eine alkoholspezifische Behandlung erhält (Rumpf et al., 2000). Hausärzte könnten durch den Einsatz von Frühinterventionen zu einer Reduktion der defizitären Versorgungslage beitragen. Dafür spricht, dass 80 % der Alkoholabhängigen einmal im Jahr einen Hausarzt aufsuchen (Rumpf et al., 2000). Neben den bereits abhängigen sollten insbesondere Patienten mit riskantem Alkoholkonsum früh vom Arzt angesprochen werden. Als oberste Priorität sollte eine Einführung von Frühinterventionen in die Routinediagnostik der niedergelassenen Ärzte mit Hausarztfunktion angestrebt werden. Für die Hausarztpraxis als Ort für Frühinterventionen spricht eine Vielzahl von Studien. In einer Studie aus England wurden Patienten über die Tätigkeiten ihrer Ärzte befragt. Hausärzte sollten nach Ansicht der Befragten, Interesse an den Lebensgewohnheiten ihrer Patienten haben und sie diesbezüglich beraten. Am wenigsten wurden Patienten bezüglich ihres Alkoholkonsums befragt und beraten (Wallace et al., 1987). Diese Studie zeigt, dass Patienten von ihren Ärzten bezüglich gesundheitlich relevanter Verhaltensweisen beraten werden wollen. Zum anderen sind die Prävalenzen für Alkoholabhängigkeit und -missbrauch in Arztpraxen hoch. So wiesen in einer Studie in Lübecker Arztpraxen mehr als 17 % der Patienten ein früheres oder aktuelles Alkoholproblem auf (Hill et al., 1998). Weitere Argumente zur Durchführung von Frühinterventionen in Hausarztpraxen liegen in der Funktion des Hausarztes (Rumpf et al., 2003 c). Oftmals besteht ein Vertrauensverhältnis mit unter Umständen lang anhaltendem Kontakt zum Patienten. So kann der Hausarzt auch bei der Behandlung von Erkrankungen, die im Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum stehen, günstige

Anknüpfungspunkte für eine Beratung zum Thema Alkohol finden. Nicht zuletzt ermöglicht ein fortlaufender Kontakt zum Hausarzt ein Monitoring bezüglich der Trinkmengenreduktion beziehungsweise vollständiger Abstinenz, da der Patient durch Laborparameter oder andere somatische Befunde Rückmeldung über seine Trinkgewohnheiten erhalten kann.

Eine Reduktion der Trinkmenge kann bei Patienten mit Alkoholproblemen bereits durch ein einmaliges Gespräch mit dem Hausarzt erreicht werden. Zahlreiche Studien weisen Kurzinterventionen als wirksam aus (Bien et al., 1993; Fleming et al., 1997 a; Wilk et al., 1997; Moyer et al., 2002; Beich et al., 2003; Saitz et al., 2003). So zeigte z.B. eine Studie von Fleming et al. (1997), dass Kurzinterventionen, nach einem positiven Screening eingesetzt, die Trinkmengen von Patienten herabsetzen. In dieser Studie wurden durch ein Screening Menschen im Alter von 18–65 Jahren, die Alkohol oberhalb der Mengen für risikoarmen Konsum tranken, herausgefiltert. Sofern sie teilnehmen wollten, teilte man sie in zwei Gruppen ein. Die eine Gruppe bekam nur eine Gesundheitsbroschüre und die Interventionsgruppe erhielt zwei 10–15 Minuten dauernde Gespräche bei ihrem Arzt. Die Patienten wurden nach 3–6 und 12 Monaten telefonisch über ihr Trinkverhalten befragt. Dabei zeigte sich, dass die Interventionsgruppe weniger trank als die Kontrollgruppe. Eine Trinkmengenreduktion ließ sich sowohl für die Interventions- als auch für die Kontrollgruppe nachweisen (Fleming et al., 1997 a). Ähnliche Ergebnisse zeigte auch eine Studie bei Patienten über 65 Jahren (Fleming et al., 1999). Schon das Aushändigen einer Broschüre oder eines Selbsthilfemanuals kann zu einer Reduktion der Trinkmenge führen (Apodaca & Miller, 2003). Für den Effekt der Interventionen ist es wichtig, dass Ärzte zu diesem Thema informiert sind. Eine Studie in Virginia ergab, dass informierte Ärzte Patienten mit Alkoholproblemen signifikant öfter berieten als uninformierte. Auch hier erwies sich, dass einem Patienten schon geholfen werden kann, indem man ihn über negative Folgen und Trinkmengenreduktion aufklärt (Buchsbaum et al., 1993).

Um Allgemeinmedizinern Kurzinterventionen näher zu bringen, sind vielfältige Herangehensweisen erforderlich. Man könnte zum Beispiel postalisch Informationsmaterialien an die Ärzte schicken, sie direkt kontaktieren, Workshops durchführen, Weiterbildungen anbieten und in den Universitäten bereits auf die Wichtigkeit von Frühinterventionen hinweisen (Richmond et al., 1994). Die Einstellungen der Hausärzte sind für die Implementierung von Frühinterventionen von großer Bedeutung. Auf internationaler Ebene existiert eine Reihe von Studien diesbezüglich.

Hierzulande liegen bisher keine Daten dazu vor. Die vorliegende Arbeit liefert die ersten Daten bezüglich der Einstellungen von niedergelassenen Allgemeinmedizinern, praktischen Ärzten und Internisten mit Hausarztfunktion gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen und der Einführung von Frühinterventionsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland.

3. Theoretischer Hintergrund

3.1 Bewertung des Alkoholkonsums in der Medizingeschichte

Die negativen Folgen des Alkoholkonsums sind schon seit vielen tausend Jahren bekannt. Schon altägyptische Schriften erwähnen 1500 vor Christus die abträglichen Wirkungen. Aus diesem Grunde versuchte man damals schon, den Alkoholkonsum einzudämmen. In der Antike mahnte Platon und in der Bibel warnten der Prophet Jeremia und der Apostel Paulus vor den Folgen berauschender Getränke. Damals empfahl man Selbstkontrolle und Änderung der Trinksitten. Großen Erfolg beim Eindämmen des Alkoholkonsums erzielten von Asien ausgehende Religionen, wie der Islam, der Buddhismus und der Hinduismus. Die Mediziner schwankten jahrtausendlang zwischen den vermuteten heilsamen Wirkungen und den negativen Folgen des Alkohols. Sehr früh sah man „Fallsucht“, „Wassersucht“ und Zittern als Folgen des Alkoholkonsums an. Erst 1780 ermittelte Trotter, dass die Begierde nach Alkohol krankhafter Natur wäre. Dieser Theorie wurde Widerstand geleistet. Puritanisch geprägte Theologen sahen Menschen, die mehr tranken, als Sünder und nicht als Kranke an. Anfang des 19. Jahrhunderts entstanden durch den Zusammenschluss von Millionen Menschen, die sich schriftlich zum Verzicht auf Spirituosen verpflichteten, so genannte „Mäßigkeitsvereine“. Allerdings empfahlen diese eher das Biertrinken. Als diese Verbände in der Mitte des 19. Jahrhunderts zusammenbrachen, entstanden „alkoholgegenerische Verbände“, z. B. das Blaue Kreuz. Um diese Zeit kamen auch Trinkerheilstätten auf, welche meist von einem Geistlichen geleitet wurden. Mit diesen Heilstätten verhinderte man die Zwangseinweisung von Trinkern in so genannte Irrenanstalten. In Deutschland eröffnete 1851 das erste „Trinkerasyll“ im Rheinland, welches sich dann zu einer „Trinkerheilanstalt“ entwickelte. Hier wurden die Patienten durch plötzlichen Entzug, gute Pflege, Beschäftigung und religiöse Einwirkung behandelt. Dieses Konzept reichte bis in das frühe 20. Jahrhundert hinein. Zahlreiche Psychiater beschäftigten sich mit dem Alkoholkonsum (Feuerlein et al., 1998; Möller et al., 2001). Erst 1968 erkannte das Bundessozialgericht den Alkoholismus als Krankheit an (Möller et al., 2001; Schott, 2001).

3.2 Begriffsbestimmung nach DSM-IV und ICD-10

3.2.1 Abhängigkeit nach DSM-IV

Nach dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Saß et al., 1996) ist ein Hauptmerkmal der Alkoholabhängigkeit ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, die anzeigen, dass die Person die Substanz trotz einschneidender substanzbezogener Probleme weiter konsumiert. Es liegt ein Muster wiederholten Alkoholgebrauchs vor, das normalerweise zu Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und Kontrollverlust führt. Um eine Abhängigkeit zu diagnostizieren, müssen drei oder mehr der unten stehenden Kriterien zu beliebigen Zeitpunkten innerhalb derselben 12-Monats-Periode auftreten:

1. Eine Toleranzentwicklung mit Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand herbeizuführen, oder mit verminderter Wirkung bei gleicher Dosis.
2. Entzugssymptome treten auf oder werden durch Einnahme der jeweiligen Substanz vermindert oder vermieden.
3. Die Substanz wird in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
4. Erfolglose Versuche oder der anhaltende Wunsch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren, treten auf.
5. Es wird viel Zeit mit Aktivitäten verbracht, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
6. Aufgrund des Substanzgebrauchs werden wichtige soziale, berufliche oder freizeitliche Aktivitäten aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Trotz der Kenntnis anhaltender oder wiederkehrender körperlicher oder psychischer Folgen, die wahrscheinlich durch den Substanzgebrauch verursacht oder verstärkt wurden, wird der Substanzgebrauch fortgesetzt.

Außerdem kann man bestimmen, ob eine Substanzabhängigkeit mit körperlicher Abhängigkeit oder ohne körperliche Abhängigkeit vorliegt. Bei körperlicher Abhängigkeit liegen Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen vor.

3.2.2 Abhängigkeit nach ICD-10

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (Dilling et al., 1993) wird die Abhängigkeit basierend auf dem Abhängigkeitssyndrom erfasst. Hierbei handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, verhaltensbezogener und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz für die betroffene Person Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden, hat. Ein entscheidendes Charakteristikum ist hierbei der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen wie Alkohol einzunehmen. Nach den Forschungskriterien wird die Diagnose Abhängigkeit gestellt, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren.:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang zum Substanzkonsum.
2. Verminderte Fähigkeit Beginn, Ende und Menge des Substanzkonsums zu kontrollieren.
3. Entstehung eines körperlichen Entzugssyndroms bei Reduktion des Substanzkonsums oder Aufnahme der Substanz, um körperliche Entzugserscheinungen zu mindern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung, um die gleiche Wirkung zu erzielen, werden höhere Dosen der Substanz notwendig.
5. Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zu Gunsten des Substanzkonsums. Es besteht ein erhöhter Zeitaufwand zur Beschaffung, zum Konsumieren oder um sich von den Folgen der Substanz zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Im Vergleich von ICD-10 und DSM-IV lässt sich erkennen, dass die beiden Klassifikationen in den Kriterien im Wesentlichen übereinstimmen. Lediglich in der ICD-10 werden die beiden Items „hoher Zeitaufwand für die Alkoholbeschaffung“ und „Vernachlässigung anderer Aktivitäten“ zu einem Kriterium zusammengefasst, wobei die DSM-IV beide Items getrennt betrachtet. Im Häufigkeits- und Zeitkriterium stimmen die Klassifikationen ebenfalls überein.

3.2.3 Missbrauch nach DSM-IV

Nach dem DSM-IV (Saß et al., 1996) gehört ein fehlangepasstes Muster von Substanzgebrauch, das sich in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen manifestiert, zu den Hauptmerkmalen des Substanzmissbrauchs. Anders als bei der Substanzabhängigkeit spielen Toleranzentwicklung, Entstehung von Entzugssymptomen und ein Muster zwanghaften Substanzkonsums bei der Definition des Substanzmissbrauchs keine Rolle. Innerhalb desselben Zwölfmonatszeitraums muss sich wenigstens eines der folgenden Kriterien manifestieren, wobei zu keiner Zeit die Kriterien einer Abhängigkeit bestehen sollen.

- 1 Der wiederholte Substanzgebrauch führt zur Vernachlässigung von wichtigen Verpflichtungen.
- 2 Es findet ein wiederholter Substanzgebrauch in Situationen statt, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
- 3 Es treten wiederholt Konflikte mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum auf.
- 4 Der fortgesetzte Gebrauch einer Substanz liegt vor trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Wirkungen der Substanz verursacht oder verstärkt werden.

3.2.4 Schädlicher Gebrauch nach ICD-10

Nach ICD-10 (Dilling et al., 1993) liegt ein schädlicher Gebrauch einer Substanz dann vor, wenn das Konsummuster zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese Gesundheitsschädigung kann körperlicher oder psychischer Natur sein.

Ein schädliches Konsumverhalten wird sehr häufig von anderen kritisiert und hat oft unterschiedliche soziale Folgen. Die Ablehnung des Konsumverhaltens oder etwaige soziale Konsequenzen sind keine Kriterien für einen schädlichen Gebrauch. Das Gebrauchsmuster soll mindestens seit einem Monat bestehen oder wiederholt in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein. Die Kriterien einer Abhängigkeit dürfen auch hier nicht bestehen.

Wenn man die Klassifikationen bei der Definition des Missbrauchs vergleicht, findet man größere Unterschiede als bei der Definition von Abhängigkeit. Die negativen psychischen und körperlichen Folgen sind in beiden Klassifikationen aufgeführt. Die sozialen Folgen, die den Inhalt der vier DSM-IV Kriterien bilden, sind in der ICD-10 nicht aufgeführt. Außerdem gibt die ICD-10 keine Häufigkeitskriterien an, während die DSM-IV eine klare Aussage zu Zeit und Häufigkeit macht. Hier muss wenigstens ein Kriterium im selben Zwölfmonatszeitraum vorgelegen haben. Aussagen über den Zeitraum der Definition sind in beiden Diagnosekriterien aufgeführt. In der ICD-10 müssen die Kriterien entweder über einen Monat oder wiederholt innerhalb eines Jahres aufgetreten sein und die DSM-IV Kriterien schreiben ebenfalls einen Zwölfmonatszeitraum vor.

3.2.5 Begriffsbestimmung Risikokonsum

Weder aus den Definitionskriterien der DSM-IV noch aus denen der ICD-10 lassen sich Kriterien eines riskanten Alkoholkonsums definieren. Aus der Literatur kann man verschiedene Werte ableiten. Am häufigsten werden die Empfehlungen der British Medical Association genutzt, nach denen 20 Gramm bei Frauen und 30 Gramm bei Männern als durchschnittliche tägliche Trinkmenge reinen Alkohols den Grenzwert bilden (vgl. Bühringer et al., 2000). Der Alkoholkonsum lässt sich in vier Konsumentengruppen unterteilen. Die erste Gruppe betreibt „risikoarmen Konsum“, der bei Männern bis zu einer Alkoholmenge von 30 Gramm und bei Frauen bis zu einer Menge von 20 Gramm reinen Alkohols pro Tag vorliegt. Wenn Männer 30–60 Gramm und Frauen 20–40 Gramm reinen Alkohol konsumieren, spricht man von einem „riskanten Alkoholkonsum“. Ein gefährlicher Alkoholkonsum liegt bei Männern zwischen 60–120 Gramm und bei Frauen zwischen 40–80 Gramm reinen Alkohols pro Tag vor. Bei einem Alkoholgenuss von mehr als 120 Gramm bei Männern und mehr als 80 Gramm bei Frauen spricht man von einem „Hochkonsum“ (Bühringer et al., 2000).

3.3 Prävalenz und Demographie

Unter der Prävalenz versteht man die Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Population zum Zeitpunkt der Untersuchung. Im folgenden Kapitel werden die Prävalenzzahlen für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit dargestellt. Die Zahlen beziehen sich auf ganz Deutschland. In der Bundesstudie von 1997 wurde die 12-Monats-Prävalenz der 18–59-Jährigen für das Vorliegen einer aktuellen Abhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV insgesamt mit 3 % angegeben. Wenn man sich die Prävalenzen der Geschlechter ansieht, dann fällt auf, dass es einen erheblichen Unterschied gibt. Die 12-Monats-Prävalenz für das Vorliegen einer aktuellen Alkoholabhängigkeit wurde für Männer mit 4,9 % und für Frauen mit 1,1 % angegeben. Für den Alkoholmissbrauch liegen ebenfalls Daten aus der oben genannten Bundesstudie vor. Die 12-Monats-Prävalenz für Alkoholmissbrauch betrug insgesamt 5,0 %, wobei sich die Häufigkeit bei Männern auf 8,1 % und bei Frauen auf 1,9 % bezifferte (Bühringer et al., 2000). Der Nachteil dieser Daten ist, dass sie nur Personen bis 59 Jahre erfassen. Aus diesem Grund hat man die Zahlen der Bundesstudie auf die über 60-jährigen Menschen hochgerechnet. Dabei nahm man einen Rückgang der Prävalenz nach dem 60. Lebensjahr um das Dreifache an. Laut statistischem Jahrbuch vom 31.12.1996 waren 66 Millionen Personen über 18 Jahre. Von diesen hatten 2,4 % eine aktuelle Abhängigkeit (12-Monats-Prävalenz) (1,6 Millionen) und bei 4,9 % (3,2 Millionen) lag eine remittierte Abhängigkeit vor. Remittierte Abhängigkeit heißt, dass die Personen irgendwann in ihrem Leben abhängig waren, aber in den letzten 12 Monaten keine Alkoholabhängigkeit mehr vorlag. Ein Alkoholmissbrauch liegt bei 4,0 % der Bevölkerung vor (2,6 Millionen Menschen). Irgendwann in ihrem Leben waren 12,1 % (8 Millionen Menschen) der Bevölkerung Alkoholmissbraucher, sind dies aber zur Zeit nicht mehr (Bühringer et al., 2000). 1991 betrug der Konsum von reinem Alkohol pro Kopf 12,4 l und 1997 10,8 l. In diesen sechs Jahren hat der Pro-Kopf-Alkoholkonsum um 12,9 % abgenommen. Die Gründe für die Abnahme des Alkoholkonsums sind für Deutschland noch unklar. Man nimmt aber an, dass ein Grund hierfür die Reduktion in der Festlegung des durchschnittlichen Alkoholgehaltes von Spirituosen von 36 auf 33 Vol.-% war (Bühringer et al., 2000).

Als Schätzwerte wurden in einer Expertise des Bundesministeriums für Gesundheit (Bühringer et al., 2000) folgende Zahlen veröffentlicht. Von den 18–59-jährigen Menschen, die in der Bundesstudie 1997 untersucht wurden, genossen circa 75 % Alkohol

in risikoarmen Mengen, wobei 70 % der Männer und 80 % der Frauen einen risikoarmen Konsum praktizierten. In der Gruppe des riskanten Alkoholkonsums fanden sich 10,3 % der Menschen wieder. Auch in dieser Gruppe gab es Geschlechtsunterschiede. Von den Männern wiesen 15,2 % und von den Frauen 5,5 % einen riskanten Konsum auf. Ähnliche Unterschiede fand man auch in den beiden anderen Gruppen. Einen gefährlichen Alkoholkonsum hatten insgesamt 2,9 % der Menschen, 4,6 % der Männer und 1,2 % der Frauen. Ein Hochkonsum lag insgesamt bei 0,9 % der Menschen, 1,3 % der Männer und 0,4 % der Frauen vor. Eine andere deutsche Studie „Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995/96“ kam zu ähnlichen Ergebnissen. Der Unterschied ist, dass hier alle über 14-Jährigen untersucht wurden. Insgesamt genossen 60 % der Untersuchten im Rahmen eines risikoarmen Konsums Alkohol. Ein riskanter Konsum wurde bei 11,9 %, ein gefährlicher Konsum bei 4,9 % und ein Hochkonsum bei 0,5 % der Menschen befunden. In den Konsumzahlen existieren große regionale Unterschiede. Der Prozentsatz der Menschen, die mindestens einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, belief sich in Schleswig-Holstein auf 11 %, in Sachsen auf 19 % und in Berlin auf knapp 21 %. Augustin & Kraus (2005) fanden in ihrer „Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ folgende Verteilung: 71,1 % der Befragten hatten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung einen risikoarmen Konsum, 9,3 % wiesen einen riskanten Konsum auf, während 2,5 % Alkohol in gefährlichem Maße tranken. 0,3 % der Personen erfüllten die Kriterien für Hochkonsum. Die restlichen 16,8 % waren zur Befragungszeit abstinent. Männer tranken deutlich mehr Alkohol als Frauen (Augustin et al., 2005).

Im Raum Lübeck untersuchte man die Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen in Arztpraxen. Bei den untersuchten Patienten fand man bei 7,2 % eine Alkoholabhängigkeit und bei 3,5 % einen Alkoholmissbrauch laut den Diagnosekriterien der ICD-10 und der DSM III-R. Demzufolge wiesen 10,7 % aller Patienten zwischen 14 und 75 Jahren ein behandlungsbedürftiges Alkoholproblem auf. Zu einem früheren Zeitpunkt hatten 5,3 % der Patienten ein Alkoholproblem und bei 1,2 % bestand ein Verdacht darauf. Auch in dieser Studie hatten mehr Männer ein Alkoholproblem als Frauen, 6,3 % der Frauen wiesen einen Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit auf und 17,7 % der Männer. Es fanden sich drei Altersgruppen mit besonders hohen Prävalenzzahlen unter den Männern. Unter den 14–19-Jährigen hatten 28 %, unter den 40–49-Jährigen 31,4 % und unter den

50–59-Jährigen 25,8 % ein Alkoholproblem (John et al., 1996). In der Lübecker TACOS-Studie fand man heraus, dass 83 % der Alkoholabhängigen und 69,8 % der Alkoholmissbraucher mindestens einmal jährlich einen Hausarzt aufsuchen oder in einem Krankenhaus behandelt werden. Auch Zahnärzte werden von 74,5 % der Alkoholabhängigen und von 67,4 % der Alkoholmissbraucher einmal jährlich in Anspruch genommen (Rumpf et al., 2000). In Lübecker Arztpraxen wiesen mehr als 17 % der Patienten ein früheres oder aktuelles Alkoholproblem auf (Hill et al., 1998). Aus den oben genannten Zahlen wird die Notwendigkeit von Interventionen bezüglich des Genusses von Alkohol deutlich. Insbesondere bieten sich hier Arztpraxen als Ort für Frühinterventionen an, da man viele Menschen einfach und schnell erreichen kann.

3.4 Negative Folgen des Alkoholkonsums

Der Konsum von Alkohol stellt einen sehr wichtigen Risikofaktor in der Entstehung vieler Erkrankungen dar. Unter den Hauptfaktoren für globale Morbidität lag der Alkoholkonsum an fünfter Stelle (Ezzati et al., 2002). Zu den negativen Folgen des Alkoholkonsums zählen eine Reihe von körperlichen und psychischen Schäden sowie psychosoziale Folgen im Lebensbereich der Alkoholkonsumenten, ihrer Angehörigen und unbeteiligter Dritter. Im folgenden Kapitel werden die negativen Auswirkungen von Alkohol dargestellt, wobei der Umfang und die Art der Auswirkungen nur ansatzweise behandelt werden können. Die Grundlagen dieses Kapitels gehen auf das Werk „Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie“ (Feuerlein et al., 1998) zurück.

3.4.1 Medizinische Folgen des akuten Alkoholkonsums

Die akute Toxizität des Alkohols ist abhängig von der genetisch determinierten Alkoholtoleranz, von der individuellen Alkoholgewöhnung, von der Persönlichkeitsstruktur sowie von situativen Einflüssen. Schon bei einer Blutalkoholkonzentration (BAK) von 0,4 Promille treten somatische und psychische Ausfallerscheinungen auf. Alkohol hat einen biphasischen Effekt.

In niedrigen Konzentrationen wirkt er erregend und in hohen hemmend auf das Nervensystem. Es treten verschiedene Rauschzustände auf, die mit unterschiedlich starken Ausfallerscheinungen einhergehen. Dabei spricht man von einfachen und pathologischen Rauschzuständen. Die einfachen Rauschzustände teilt man nach Blutalkoholkonzentration in leichte, mittelgradige, schwere und alkoholisches Koma ein. Hierbei handelt es sich um Folgen eines übermäßigen, akuten Alkoholkonsums, die nicht zwangsläufig Abhängigkeit bedeuten. Man spricht hier von einer reversiblen, körperlich begründbaren, exogenen Psychose. Interessant ist, dass man bei jungen Erwachsenen eine Häufung von akuten Alkoholintoxikationen unmittelbar vor dem Auftreten eines Hirninfarktes beobachtete. Von einem leichten Rausch spricht man, wenn eine Blutalkoholkonzentration von 0,5 bis 1,5 Promille vorliegt. Im Vordergrund stehen hier neurologische Auffälligkeiten, wie Gang- und Standschwierigkeiten, verwaschene Sprache, Koordinationsstörungen, Beeinträchtigung höherer motorischer Funktionen sowie Augenbewegungsstörungen. Auch psychische Auffälligkeiten, wie Enthemmung, verminderte Kritikfähigkeit, vermehrter Rede- und Tatendrang und erhöhte Bereitschaft zu sozialen Kontakten, gehören zum Bild des leichten Rauschzustandes. Bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,5 bis 2,5 Promille spricht man von einem mittelgradigen Rausch. Hier treten alle unter einem leichten Rausch auftretenden neurologischen und psychischen Auffälligkeiten verstärkt zum Vorschein. Hinzu kommen affektive Enthemmung, Euphorie, Benommenheit und psychomotorische Unruhe. Das Erleben ist auf die unmittelbare Bestrebung, triebhafte Bedürfnisse zu befriedigen, eingeengt. Schwere Rauschzustände bei denen die Blutalkoholkonzentration über 2,5 Promille liegt, gehen mit Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, illusionären Verkennungen, Angst, Erregung, stärkeren neurologischen Symptomen, zum Beispiel zerebrovaskulären Symptomen, wie Dysarthrie, Schwindel und Ataxie einher. Ein alkoholisches Koma ist ein lebensbedrohlicher Zustand. Die Letalität bei einer Blutalkoholkonzentration von 5,0 Promille und mehr liegt bei 50 %. Eine besondere Gefahr stellt hierbei die alkoholbedingte Dämpfung der Atmung und die Aspiration von Erbrochenem dar.

Ein pathologischer Rausch ist eine ausgeprägte Verhaltensänderung, die deutlich von den oben genannten Rauschzuständen zu unterscheiden ist und schlagartig auftritt. Hierbei handelt es sich um ungewöhnliche Erregungszustände und alkoholinduzierte Dämmerzustände mit paranoider Symptomatik. Es kommt zu aggressiven Durchbrüchen, Gewalttaten, Delinquenz und psychotischen Symptomen in Form von Verfolgungsängsten

und Halluzinationen. Auch dieser Rauschzustand klingt nach einigen Stunden ab. Der Betroffene leidet in Bezug auf den Rausch an totaler Amnesie. Es handelt sich dabei um anterograde Amnesien, so genannte Filmrisse (Feuerlein et al., 1998).

3.4.2 Medizinische Folgen des chronischen Alkoholkonsums

Fast alle Organsysteme werden durch chronischen Alkoholkonsum direkt oder indirekt geschädigt. Alkoholfolgekrankheiten finden sich bei 75 % der zu einer stationären Entwöhnung aufgenommenen Alkoholabhängigen. Im Bereich der Inneren Medizin stehen Leberstörungen im Vordergrund, da der Alkohol in der Leber metabolisiert wird. Bei jahrelangem täglichem Alkoholkonsum ist Alkohol direkt lebertoxisch. Das Spektrum der Erkrankungen reicht von Fettleber ohne entzündliche und degenerative Veränderungen über verschiedene Formen der Alkoholhepatitis bis hin zur Leberzirrhose. Hierbei hängt die Häufigkeit von Leberschäden wahrscheinlich direkt von der Menge des pro Tag aufgenommenen Alkohols pro Kilogramm Körpergewicht und der Dauer des Alkoholkonsums in Jahren ab. Als Folge von alkoholischen Leberschäden treten hepatische Encephalopathien auf. Es entwickelt sich häufiger eine Hämochromatose und es kann zu einem Zieve-Syndrom (Hyperlipidämie, hämolytische Anämie und Ikterus) kommen. Eine weitere häufige Komplikation bei chronischem Alkoholkonsum ist die Pankreatitis. Hierbei wirkt der Alkohol nicht direkt toxisch, sondern er setzt verschiedene Hormone und Enzyme frei, die zu einer Schädigung der Bauchspeicheldrüse führen (Feuerlein et al., 1998). Auch im Gastrointestinaltrakt bleibt ein chronischer Alkoholkonsum nicht folgenlos. Hier kommt es zu Schädigungen der Mukosa, zu Motilitäts-, Sekretions-, Blutfluss- und Stoffwechselstörungen. Der Alkohol wirkt hier sowohl direkt als auch indirekt toxisch. Jahrelanger Alkoholkonsum vervielfacht das Risiko für Malignome im gesamten Gastrointestinaltrakt. Das Risiko einer entsprechenden Erkrankung wird um das 1,5–3,5 Fache erhöht. Auch im Magen kommt es, durch eine vermehrte Magensäurefreisetzung, zu Entzündungen der Schleimhaut. Charakteristisch ist das Mallory-Weiss-Syndrom, unter welchem man das Erbrechen von Blut nach schwerer Emesis versteht. Im Darm kommt es zu einer bakteriellen Fehlbesiedlung (Feuerlein et al., 1998; Singer et al., 2001). Ein moderater Alkoholkonsum senkt die Mortalität bei koronaren Herzerkrankungen, wobei Rotwein gegenüber anderen

alkoholhaltigen Getränken den positivsten Effekt aufweist. Akute Alkoholexzesse verursachen Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche und Palpitationen. Bei chronischem Alkoholkonsum treten Erkrankungen des Herzmuskels und arterieller Bluthochdruck in den Vordergrund. Dieser Bluthochdruck geht mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko einher (Feuerlein et al., 1998; Singer et al., 2001; Mukamal et al., 2005; Lucas et al., 2005). Ein chronischer Alkoholkonsum führt zu Veränderungen im Knochenmark, was sich durch Störungen des Immunsystems mit einer verminderten Phagozytosefähigkeit der Granulozyten und Störungen der Immunregulationsfähigkeit der Lymphozyten bemerkbar macht. Außerdem kann es zu Thrombozytendepression und zu Megaloblastenanämie führen (Feuerlein et al., 1998). Auch Stoffwechselstörungen, Störungen des Hormonsystems und Muskelkrankheiten werden gehäuft bei Patienten mit Alkoholproblemen beobachtet (Feuerlein et al., 1998; Singer et al., 2001). Bei Frauen kommt es zu einer Häufung von Brustkrebs (Feuerlein et al., 1998; Dumitreseu et al., 2005). In der Schwangerschaft treten schwere Schädigungen des Embryos auf (fetales Alkoholsyndrom) (Feuerlein et al., 1998; Singer et al., 2001; Riley et al., 2005). Darüber hinaus kann es bei der Einnahme bestimmter Medikamente zu Wechselwirkungen kommen.

Auch zahlreiche neurologische und psychiatrische Erkrankungen können durch einen erhöhten Alkoholkonsum verursacht werden. Im Weiteren werden die wichtigsten genannt. Eines der schwerwiegendsten neurologischen Syndrome ist die Wernicke-Enzephalopathie, diese umfasst Augenbewegungsstörungen, Ataxie und Desorientiertheit. Außerdem kann das Korsakow-Syndrom auftreten, welches durch Gedächtnis- und Bewusstseinsstörungen mit Konfabulationen gekennzeichnet ist. Weiterhin kommt es zu einer Atrophie des Kleinhirns, die sich zum Beispiel in Gang- und Standunsicherheit, Halte- und Intentionstremor, Dysarthrie und in einem herabgesetzten Muskeltonus äußert. Bei vielen Abhängigen tritt ein alkoholinduzierter Tremor auf. Als weitere Folge können epileptische Anfälle vorkommen, die sich meist in Form von Grand mal Anfällen zeigen. Andere Anfallstypen treten eher selten auf. Es kommt ebenfalls gehäuft zu Polyneuropathien. Durch hohen Alkoholkonsum steigt das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, erheblich an. Es existiert eine Reihe weiterer seltener Erkrankungen des Zentralnervensystems, die mit einem erhöhten Alkoholkonsum in Zusammenhang stehen (Feuerlein et al., 1998; Singer et al., 2001). Ihre Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Im psychiatrischen Bereich sind Alkoholpsychosen nicht selten,

zu den häufigsten gehört das Delirium tremens. Dieses stellt eine akute, exogene Psychose dar, die in klinischen Stichproben bei 5–16 % der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit auftritt. Heute bezeichnet man dieses Alkoholdelir als höchste Stufe eines Alkoholentzugssyndroms, bei dem es zu örtlicher, zeitlicher und situativer Desorientiertheit, zu Auffassungsstörungen, zu illusionären Verkennungen und zu Halluzinationen kommt. Eine Alkoholhalluzinose mit akustischen Halluzinationen tritt eher selten auf, gehört aber auch zu den psychotischen Störungen. Weitere psychiatrische Erkrankungen sind der alkoholische Eifersuchtswahn, Alkoholparanoia, alkoholische Demenz. Mindestens 29 % der Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen eine weitere psychiatrische Störung auf. Zu den häufigsten Komorbiditäten zählen Phobien, Panikstörungen, die Dysthymie, die Major Depression, Zwangsstörungen und Somatisierungsstörungen (Feuerlein et al., 1998; Bühringer et al., 2000). Die Suizidrate bei Alkoholabhängigen liegt 60–120-mal höher als in der Normalbevölkerung. Es existieren verschiedene Risikofaktoren für die Suizidalität, zu diesen gehören ein früher Beginn des Alkoholmissbrauchs, hohe Trinkmengen und das Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen (Feuerlein et al., 1998).

3.4.3 Psychische und soziale Folgen des Alkoholkonsums

Unter kurzfristigem Alkoholeinfluss kommt es zu Verhaltensänderungen. Bei längerer Einwirkung treten Persönlichkeitsstörungen auf. Eine Alkoholabhängigkeit kann zur Beeinträchtigung der kognitiven und beruflichen Leistungsfähigkeit des Patienten führen. Unabhängig von der Existenz unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen findet man bei allen Alkoholabhängigen eine ähnliche Persönlichkeitsveränderung. Dabei manifestieren sich eine erhöhte Depressivität, höhere Psychopathiewerte, eine geringe Frustrationstoleranz und ein herabgesetztes Selbstwertgefühl. Man nennt diese Veränderung auch postmorbide Persönlichkeitsstörung. Bei der Bewältigung von psychosozialen Aufgaben, den so genannten Coping Strategien, wenden Personen mit Alkoholproblemen mehr vermeidende Strategien an. Der Alkoholkonsument ist dahin gehend beeinträchtigt, persönlichen und sozialen Anforderungen gerecht zu werden. Alkohol erhöht die Bereitschaft zu Gewalttätigkeiten und verbalen Aggressionen. Eine Verzerrung der Emotionen tritt auf. In Partnerschaften und Familie setzt das

Alkoholproblem oft einen Teufelskreis in Gang. Viele Beziehungen enden mit einer Trennung. Auch die Kinder leiden enorm unter der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils. Folge sind häufig psychosoziale Störungen in der Familie, die zu Verhaltensauffälligkeiten der Kinder führen können (Bühringer et al., 2000). Alkohol wirkt enthemmend und aggressionsfördernd. Die Kriminalitätsrate spiegelt wieder, dass meist provozierte Erregungs- bzw. Enthemmungsdelikte, wie zum Beispiel Widerstand gegen die Staatsgewalt und Sachbeschädigung, so genannte Rauschtaten, von Alkoholabhängigen begangen wurden. Jedes vierte Gewaltverbrechen geschieht unter Alkoholeinfluss, wobei schwere Delikte, wie Tötungsdelikte, in höherem Maße mit Alkohol verbunden sind. Die Hälfte aller Widerstände gegen die Staatsgewalt, jeder dritte Raubmord und 40 % der Totschläge passieren unter dem Einfluss von Alkohol. Auch bei Gewalttätigkeiten in Familien spielt Alkohol eine große Rolle. Insgesamt erfolgen pro Jahr 238.000 Straftaten unter Alkoholeinfluss (Feuerlein et al., 1998; Bühringer et al., 2000; Soyka, 2001). Gegenüber dem nüchternen Zustand sind motorische Geschicklichkeit, Koordination und Reaktionsvermögen unter Alkoholeinfluss reduziert. Im Jahr 1997 haben sich 380.835 Verkehrsunfälle mit Personenschaden ereignet, wobei sich 8,6 % unter Trunkenheit zutrug. Die Dunkelziffer ist jedoch höher anzusetzen. Bei Verkehrsunfällen mit Todesfolge, im Jahre 1997, ereigneten sich 16,9 % unter Alkoholeinfluss. Bei Verurteilungen wegen fahrlässiger Tötung im Straßenverkehr spielte zu 27 % Alkoholeinfluss eine Rolle. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Zahl der unter Alkoholeinfluss geschehenen Verkehrsdelikte sehr hoch ist (Bühringer et al., 2000).

Im Arbeitsleben machen sich Alkoholprobleme durch Belastungen der kollegialen Zusammenarbeit bemerkbar. In der Arbeitswelt sind Alkoholabhängige doppelt so häufig krank wie andere Mitarbeiter. Im Jahre 1993 konnten 92.000 Fälle von Arbeitsunfähigkeit auf Alkoholpsychose oder Alkoholabhängigkeit zurückgeführt werden. Diese verursachten 3,2 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage. Im Jahre 1997 waren 6.593 Rentenzugänge aufgrund von Alkoholabhängigkeit und 475 wegen Alkoholpsychose zu verzeichnen (Bühringer et al., 2000; Soyka, 2001).

3.4.4 Mortalität aufgrund von Alkoholkonsum

Ein erhöhter, jahrelanger Alkoholkonsum geht mit einer erhöhten Mortalität einher, diese ist fast zur Hälfte Ursache von akuten Unfällen und Verletzungen. An zweiter Stelle stehen Krebserkrankungen, gefolgt von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Leberzirrhose (John et al., 2002; Rehm et al., 2003). Als Grundlage der Mortalitätsabschätzung dient die amtliche Todesursachenstatistik der Bundesrepublik Deutschland. Da die Statistik auf den Daten der auf den Todesbescheinigungen vermerkten Todesursachen beruht, kann man nicht unmittelbar die Mortalität abschätzen. Zu den direkt auf Alkoholkonsum zurückzuführenden Todesursachen zählen Alkoholpsychosen, Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch, Polyneuropathien, alkoholische Herzmuskelerkrankungen, Gastritiden, alkoholische Fettleber, alkoholische Leberzirrhose, alkoholische Hepatitis sowie andere alkoholische Leberschäden und Vergiftungen mit Alkohol. Im Jahre 1996 betrug die Zahl der an den oben aufgelisteten Erkrankungen verstorbenen Menschen 17.561. Insgesamt haben Alkoholabhängige ein um ca. 20 Jahre niedrigeres Sterbealter als an anderen Todesursachen Verstorbene. Aufgrund von Berechnungen lassen sich Angaben über die Anzahl der Todesfälle machen, die direkt oder indirekt mit Alkoholkonsum in Verbindung stehen. Laut diesen Berechnungen sterben in Deutschland ca. 74.000 Menschen pro Jahr an den Folgen von Alkoholkonsum (John et al., 2002). Hierbei sind Todesursachen enthalten, die eine ätiologische Ursache im Alkoholkonsum aufweisen, wie beispielsweise Suizid, Herzinfarkt, Verkehrsunfälle, Speiseröhrenkrebs, Leber- und Brustkrebs und Stürze. Die geschätzten Anteile der Todesursachen variieren sehr stark mit dem Alter. Zum Beispiel starben viele junge Männer zwischen 20–24 Jahren an den Folgen von Verkehrsunfällen (Bühringer et al., 2000).

3.4.5 Ökonomische Gesichtspunkte

Kostenabschätzungen von Krankheiten sind wichtig, um die sozioökonomische Relevanz einer Erkrankung angeben zu können. Für Deutschland gibt es bislang keine systematische Erfassung der Kosten, die in Verbindung mit Alkoholkonsum stehen. Bergmann et al. (2002) berechneten diese anhand internationaler Richtlinien. Dabei zogen sie direkte und indirekte Kosten zur Berechnung heran. Direkte Kosten entstehen durch Krankenhausbehandlungen, stationäre und ambulante Rehabilitationen, ambulante

Behandlungen, vorbeugende und betreuende Maßnahmen, Krankentransport, Sterbegeld, Sachschaden und Arbeits- und Wegeunfall. Indirekte Kosten fallen bei Mortalität, Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und Frühberentung an. Die Kosten, die durch alkoholbezogene Erkrankungen verursacht werden, liegen bei circa 20 Milliarden Euro pro Jahr (Bühringer et al., 2000; Bergmann et al., 2002). Es handelt sich aber generell um eine Unterschätzung der Kosten, denn in der Berechnung sind keine Kosten enthalten, die durch kriminelles Verhalten entstehen. Von den hier veranschlagten Kosten wird der größte volkswirtschaftliche Schaden durch die Mortalität mit 13,7 Milliarden DM verursacht (Bühringer et al., 2000).

3.4.6 Momentaner Forschungsstand

Eine Frühintervention bezüglich eines Alkoholproblems besteht aus zwei Schritten. Zuerst dient ein Screeningfragebogen zur Identifizierung der Patienten und daran schließt sich eine Kurzintervention an. Frühinterventionen beinhalten Informationen über die negativen Effekte des Alkohols, Informationen über die Trinkgewohnheiten der Patienten im Vergleich mit den empfohlenen Grenzwerten, den Vergleich von Laborergebnissen und Informationen über die Vorteile, weniger zu trinken.

Es existiert eine Reihe von Screeninginstrumenten bezüglich des Herausfilterns von Patienten mit Alkoholproblemen, die als erfolgversprechend gelten. Unter anderem der AUDIT (Babor et al., 1989), der LAST (Rumpf et al., 2001 a) und der Kurzfragebogen CAGE (Mayfield et al., 1974). Die Versorgungslage von Patienten mit Alkoholproblemen ist trotz bekannter Gesundheitsschäden defizitär (Rumpf et al., 2000). Verschiedene internationale Studien beschäftigten sich mit der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen in der Hausarztpraxis. Eine Studie von Clement et al. 1986 zeigte, dass innerhalb von zehn Jahren 40 % der Ärzte mit weniger als 11 Patienten mit Alkoholproblemen zusammenarbeiteten. Nur 21 % wussten, wie sie Patienten mit Alkoholproblemen beraten sollten (Clement et al., 1986).

In einer US-amerikanischen Studie gaben 65 % der Ärzte an, neue Patienten nach Alkoholproblemen und nach der Häufigkeit des Trinkens zu befragen. Lediglich 55 % erfragen die Trinkmenge ihrer neuen Patienten. 82 % der Ärzte beraten ihre Patienten beim Vorliegen einer Dyspepsie, 70 % beim Vorliegen eines Bluthochdruckes und 50 % bei Vorliegen einer positiven Familienanamnese (Bradley et al., 1995). Eine Studie von

Adams et al. (1997) ergab, dass die Ärzte 21 % ihrer Zeit mit Prävention verbringen. Mehr als 80 % der Ärzte behandeln weniger als 13 Patienten mit Alkoholproblemen pro Jahr (Adams et al., 1997). In einer von Kaner et al. (1999) durchgeführten Studie gaben 67 % der befragten Ärzte an, ihre Patienten manchmal, 23 % meistens und 4 % immer nach Alkohol zu befragen. Patienten, die eine Alkoholabhängigkeit oder einen exzessiven Alkoholkonsum aufwiesen, würden von 96 % der Ärzte beraten werden (Kaner et al., 1999). In Philadelphia gaben 64 % der Teilnehmer an, dass sie 80–100 % ihrer Patienten auf Alkohol screenen. Während einer jährlichen Untersuchung screenen 34,4 % der befragten Ärzte und ein Drittel gab an, weniger als 40 % der Patienten zu screenen. Nach der Art und der Häufigkeit des Alkoholgenusses fragen 80 % der befragten Ärzte immer. Der Kurzfragebogen CAGE (Mayfield et al., 1974) wird von 35 % verwendet, während 27 % den Fragebogen gar nicht einsetzen. Die DSM-IV Kriterien wurden von 83 % nie angewendet. Laborparameter setzen 57 % der Teilnehmer ein. Während 28 % es bevorzugen, ihre Patienten in einem 10–15-minütigen Gespräch selbst zu beraten, überweisen 72 % lieber an geschultes Fachpersonal (Spandorfer et al., 1999). In einer Studie von Aalto et al. (2001) gaben 33 % der Ärzte an, den Inhalt von Frühinterventionsbehandlungen zu kennen, und 26 % waren mit einem strukturierten Fragebogen vertraut. 87% sahen es positiv mit Patienten über Alkohol zu sprechen. Über ihre 75 % der Ärzte berichten zu wissen, wie sie ihre Patienten nach Alkohol befragen. 70 % meinten im Bilde darüber zu sein, wie sie ihre Patienten zur Trinkmengenreduktion motivieren, und 71 % glaubten, dass sie Einfluss auf das Trinkverhalten der Patienten haben könnten (Aalto et al., 2001). Ebenfalls in Finnland gaben 53 % der Ärzte an, keine Kurzinterventionen durchzuführen (Aalto et al., 2003). Im Rahmen einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gaben 85 % der Ärzte an, exzessiven Trinkern den Ratschlag zur Trinkmengenreduktion zu erteilen. Den Ratschlag, abstinent zu bleiben, geben 83 % der Ärzte alkoholabhängigen Patienten. Die meisten Ärzte fordern beim Vorliegen einer Abhängigkeit Blutteste an, bestellen die Patienten zu einem Gespräch wieder ein und überweisen wenn nötig an geschultes Fachpersonal (Kaner et al., 2001 a). Diese Daten belegen, dass Frühinterventionen in Hausarztpraxen keineswegs zur Routine gehören.

Die Einstellungen von Ärzten zum Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen sind durch verschiedene internationale Studien unterschiedlich beschrieben worden. Hausärzte in Massachusetts meinten zu 46 %, dass ein moderater Alkoholkonsum wichtig für die

Gesundheit ist (Wechsler et al., 1983). Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie aus Maryland. Hier meinten 75 % der Ärzte, dass sie versuchen sollten die Lebensgewohnheiten ihrer Patienten zu beeinflussen (Valente et al., 1986). In einer Befragung in Neuseeland äußerten 77 % der Ärzte, dass Alkoholismus eine Krankheit sei, die nur durch Abstinenz in den Griff zu bekommen sei. Des Weiteren kann die Krankheit zwar eingedämmt, aber nicht geheilt werden (Casswell et al., 1983). 93 % der von Anderson (1985) befragten Ärzte meinten über die Legimitation zu verfügen, Patienten mit Alkoholproblemen anzusprechen. Weniger als die Hälfte der Befragten fühlte sich kompetent in der Arbeit mit Alkoholpatienten. 39 % waren motiviert mit den entsprechenden Patienten zu arbeiten. Die Mehrheit der Ärzte erlangte keine berufliche Zufriedenheit in der Arbeit mit Patienten mit Alkoholproblemen (Anderson et al., 1985). Eine Studie von Clement (1986) ergab, dass die Mehrheit der Befragten sich legitimiert und in der Lage fühlte, mit Patienten mit Alkoholproblemen zu sprechen. Sie waren der Überzeugung, sie besitzen genug Wissen, um mit diesen Patienten umzugehen. Mehr als zwei Drittel (67 %) fanden die Arbeit mit Alkoholpatienten wenig befriedigend (Clement, 1986). Alkoholpatienten stoßen auf Ablehnung und Pessimismus gegenüber ihrer Behandlung. Die Diagnose eines Alkoholproblems erweist sich als sehr unangenehm sowohl für den Arzt als auch für den Patienten (Geller et al., 1989). Während eines telefonischen Interviews in Sydney gaben 99 % der befragten Ärzte an, dass es Teil ihres Jobs sei, Menschen, die mit etwas nicht fertig werden, zu helfen. Es sei ihre Aufgabe, Familien mit alkoholabhängigen Patienten zu unterstützen. 74 % der Ärzte meinten, dass Menschen ihre Trinkgewohnheiten ändern, wenn sie es wollen. Der beste Weg sei die Abstinenz (Roche et al., 1991). In einer Literaturanalyse von Rush et al. (1994) fühlten sich Ärzte legitimiert für den Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen. Die Ärzte haben wenig Vertrauen in den Erfolg ihrer Interventionen und sind frustriert über das fehlende Feedback (Rush et al., 1994). In einer weiteren Studie von Rush et al. (1995) fühlten sich die Ärzte in ihrer Rolle im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen sicher, glaubwürdig und autoritär. Es sei die Aufgabe der gesamten Medizin, mit Alkoholproblemen umzugehen. Die Ärzte waren pessimistisch, Patienten mit Alkoholproblemen helfen zu können (Rush et al., 1995). In einer australischen Studie meinten 99 % der Ärzte, dass eine Alkohol- oder Drogenanamnese zur Routinediagnostik eines jeden Arztes gehören sollte. 93 % bestätigten ihre ärztliche Verantwortung gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen. Dass sich effektive Interventionen auf

körperliche Komplikationen beschränken, gaben 93 % der Befragten an. 95 % sagten, sie könnten erst etwas tun, wenn der Patient körperlich abhängig sei. Die Ärzte waren der Meinung, dass Patienten mit Alkoholproblemen schwer zu identifizieren seien und dass sie eine aktive Rolle im Umgang mit Alkohol- oder Drogenproblemen spielen sollten (Roche et al., 1995). Eine Studie von Bradley et al. (1995) ergab, dass 94 % der Ärzte es als Pflicht ansahen, allen Nichtalkoholikern Ratschläge über ungefährlichen Alkoholkonsum zu erteilen, und 36 % fühlten sich diesbezüglich ausreichend ausgebildet. 49 % der Befragten glaubten, diese Ratschläge setzen die Morbidität herab. Ärzte, die alle ihre Patienten bezüglich ungefährlicher Trinkmengen beraten, waren eher bereit mehr als 20 Stunden Primärintervention zu betreiben (Bradley et al., 1995). Ein moderater Alkoholkonsum sei ein wichtiger Lebensgestaltungsfaktor, gaben 86 % der befragten Ärzte einer Studie aus Neuseeland an (Adams et al., 1997). In einer Studie von Kaner et al. (1999) waren 77 % der Studienteilnehmer der Meinung, ein moderater Alkoholkonsum sei im Rahmen der Gesundheitsvorsorge sehr wichtig. 88 % der Ärzte meinten, sie sollten an der Aufklärung bezüglich eines nichtgefährlichen Konsums beteiligt sein. Informationen über Alkohol an Patienten auszuteilen hielten 86 % für sinnvoll. Eine Rolle bei der Behandlung von Alkoholproblemen sahen 60 % der Ärzte (Kaner et al., 1999). In einer Stockholmer Studie wurden Materialien zur Frühintervention verteilt. Die meisten Ärzte sahen diese Materialien als nutzlos an und fühlten sich im Umgang mit Alkoholpatienten als fähig (Andreasson et al., 2000). In Toronto wurde eine Studie mit simulierten Patienten mit Alkoholproblemen durchgeführt. Jeweils ein männlicher und ein weiblicher Patient stellten sich bei Hausärzten vor. Die Ärzte sollten danach in einem Fragebogen ihre Meinung äußern. Die Ärzte meinten, dass männliche Problemtrinker weniger motiviert sind ihr Trinkverhalten zu ändern. Die Einstellungen der Ärzte korrelierten nicht mit ihrem Verhalten. Männern wurden mehr Fragen bezüglich der Alkoholprobleme gestellt und sie erhielten mehr Ratschläge bezogen auf den Umgang damit (Wilson et al., 2002). In einer Studie der WHO glaubten sich 83 % der Ärzte in ihrer Rolle im Umgang mit Alkoholpatienten sicher und 27 % fühlten sich therapeutisch engagiert. Ärzte mit einer hohen Rollensicherheit und großen therapeutischen Verpflichtungen behandelten mehr Patienten mit Alkoholproblemen (Anderson et al., 2003). In einer dänischen Studie meinten einige Ärzte, die Kurzinterventionen sollten noch früher und überall in der Gemeinschaft und in den Familien stattfinden. Sie betonten, eine solche Frühintervention sei kein Teil ihrer Arbeit und fragten nach der

Rationalität des Screenings. Jedoch gehören Hinweise über Alkohol auf jeden Fall zur Arbeit eines Arztes. Nach Ansichten der Ärzte scheint der Erfolg einer Frühintervention bei Patienten in mittlerem und höherem Alter, die bereits änderungsbereit seien, wahrscheinlicher. (Beich et al., 2002).

Es existieren eine Reihe von Hindernissen für den Einsatz von Frühinterventionen hinsichtlich eines Alkoholproblems in der Allgemeinarztpraxis. Eines der am häufigsten genannten Hemmnisse ist der Zeitmangel (Reimer et al., 1984; Richmond et al., 1994; Bradley et al., 1995; Rush et al., 1995; Arborelius et al., 1995; Kaner et al., 1999; Spandorfer et al., 1999; Hansen et al., 1999; Beich et al., 2002). Als weitere Hindernisse werden die Befürchtungen, Patienten zu verlieren (Arborelius et al., 1995; Rush et al., 1995), die Patientenintegrität zu verletzen (Arborelius et al., 1995), Mangel an Strategien und Materialien (Rush et al., 1995), Patienten könnten sich beleidigt fühlen (Bradley et al., 1995), Mangel an Training und Ausbildung (Richmond et al., 1994; Kaner et al., 1999; Beich et al., 2002), selbst als aufdringlich zu erscheinen, über ein solch sensibles Thema zu sprechen (Spandorfer et al., 1999; Hansen et al., 1999), wenig Vertrauen, helfen zu können (Reimers et al., 1984; Hansen et al., 1999), mangelnde Vergütung (Hansen et al., 1999) und fehlende politische Unterstützung (Kaner et al., 1999) angesehen. In einer Studie aus Lübeck gaben die Ärzte außer den oben bereits erwähnten Hindernissen schlechte Mitarbeit des Patienten, Willensschwäche und Uneinsichtigkeit von Seiten der Patienten an (Reimers et al., 1984). Eine Reihe von Faktoren würde den Ärzten Anreize geben, mehr Frühinterventionen einzusetzen. Folgende Anreize werden in der internationalen Literatur erwähnt. In einer Studie von Rush et al. (1994) mahnen Ärzte geeignete Assistenz, Materialien und gesellschaftliche Unterstützung als Voraussetzung für erfolgreichere Frühinterventionen an (Rush et al., 1994). Als weitere Faktoren werden die Existenz einer Übereinstimmung über ungefährliche Trinkmengen (Bradley et al., 1995), mehr Überzeugung vom eigenen Wissen (Bradley et al., 1995), Vorhandensein von schriftlichen Informationen für die Patienten (Bradley et al., 1995), bessere Vergütung (Arborelius et al., 1995), mehr Informationen, Training und Ausbildung (Kaner et al., 1999; Aalto et al., 2001), bessere Verfügbarkeit von Hilfen zur Überweisung der Patienten (Kaner et al., 1999), die Bitte der Patienten um eine Beratung (Kaner et al., 1999) und erwiesener Erfolg von Frühinterventionen (Kaner et al., 1999) von den Medizinern genannt. Verschiedene Studien zeigten einen Einfluss der Ausbildung der Ärzte auf ihre Meinungen und ihre Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen. Die

Ärzte, die Interesse an der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen hatten, sahen Alkoholismus eher als chronische seelische Krankheit an, genau wie Ärzte mit einer zusätzlichen Ausbildung auf diesem Gebiet (Reimer et al., 1984). Positive Meinungen korrelierten stark mit der Anzahl an Stunden Weiterbildung zu diesem Thema (Anderson, 1985). Positive Einstellungen sind verbunden mit größerer Erfahrung im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen und mehr Ausbildung. In einer Studie in Schweden fanden drei Kurse für Allgemeinmediziner über Techniken der Beratung von Alkoholpatienten statt. Alle Ärzte meinten nach den Kursen fähiger im Umgang mit Alkoholpatienten zu sein (Arborelius et al., 1995). Im Rahmen einer Studie in Neuseeland erhielt ein Viertel der Teilnehmer mehr als 10 Stunden Weiterbildungen in Bezug auf Alkoholprobleme und die Hälfte bekam weniger als 4 Stunden. Ärzte mit wenig Ausbildung fühlten sich wenig effektiv die Lebensgewohnheiten ihrer Patienten zu ändern und sind weniger gewillt Patienten bei ihrem Alkoholproblem zu helfen (Adams et al., 1997). In Südschweden befragte man Ärzte vor und nach einer Interventionsstudie über ihre Maßnahmen bezüglich Patienten mit Alkoholproblemen. Circa 60 % der Befragten gaben eine Verbesserung ihrer Fähigkeiten bezüglich der Identifizierung und Intervention bei Patienten mit Alkoholproblemen an. Im Nachhinein meinten 75 % der Ärzte, dass es möglich ist, Alkoholtrinkgewohnheiten der Patienten ändern zu können (Bendtsen et al., 1999). In einer finnischen Studie gaben 30 % der Ärzte Weiterbildungsbedarf bezüglich der Entdeckung von exzessiven Trinkern und 39 % bezüglich des Einsatzes von Frühinterventionen bei Alkoholproblemen an (Aalto et al., 2001). Ärzte fühlen sich nicht genügend ausgebildet, um mit Patienten mit Alkoholproblemen zu sprechen (Wechsler et al., 1983). Im Rahmen einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden die Ärzte nach ihrer Ausbildung im Zusammenhang mit Alkoholproblemen befragt, wobei 32 % keinerlei Ausbildung, 23 % weniger als 4 Stunden, 21 % zwischen 4–10 Stunden, 11 % zwischen 11–40 Stunden und 5 % mehr als 40 Stunden angaben. Hierbei stellte man fest, dass Ärzte mit längerer Ausbildung Patienten mit Alkoholproblemen eher behandelten. Außerdem waren Ärzte mit einer längeren Ausbildung zu diesem Thema eher der Meinung, Patienten mit Alkoholproblemen helfen zu können. Ärzte mit längerer Ausbildung stellten öfter weitere Fragen zum Thema Alkohol, erklärten eher Zusammenhänge und baten eher um weitere Termine (Kaner et al., 2001 a). Ärzte mit umfangreicherer Ausbildung in Bezug auf Patienten mit Alkoholproblemen hatten weniger Bedenken bezüglich des Einsatzes eines Screeningfragebogens (Kaner et al.,

2001 b). Ärzte, die eine gute Ausbildung in diesem Gebiet aufwiesen und viel unterstützende Arbeit leisteten, behandelten mehr Patienten mit Alkoholproblemen (Anderson et al., 2003). Die vorliegenden Studien zeigen, dass wenige Ärzte genügend Ausbildung auf diesem Gebiet erhielten und dass ein Weiterbildungsbedarf besteht.

4. Fragestellung und Hypothesen

Aus den Prävalenzzahlen problematischen Alkoholkonsums und den umfangreichen Folgen wird deutlich, dass es notwendig ist, die betreffenden Personen möglichst frühzeitig zu erreichen. Der Konsum von Alkohol in riskanten und gefährlichen Mengen kann schwerwiegende Folgen haben. Die medizinische Folgen stehen im Vordergrund. Im Kapitel medizinische Folgen des Alkoholkonsums sind die wichtigsten Erkrankungen, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Alkohol stehen, aufgeführt. Die Folgeerkrankungen erstrecken sich über die gesamte Medizin und sind deshalb Probleme eines jeden Fachgebietes. Wegen der hohen Kosten und erheblichen gesundheitlichen Folgen ist es von enormer Bedeutung, frühzeitig zu intervenieren. Eine Möglichkeit wäre, eine Kurzintervention in den Hausarztpraxen einzuführen, denn der Hausarzt stellt oft die Verbindungsstelle der Patienten mit den Fachärzten dar. Auf internationaler Ebene existiert eine Reihe von Studien zu Einstellungen von Ärzten hinsichtlich der Durchführung von Frühinterventionen bei Alkoholproblemen in der Hausarztpraxis. Für Deutschland liegen bisher keine vergleichbaren Daten vor. Für die Planung und Umsetzung von Frühinterventionen sind Daten aus Deutschland notwendig. Eine Übertragung der Ergebnisse aus internationalen Studien erscheint aufgrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme nicht sinnvoll. Die Fragestellungen und Hypothesen orientieren sich an den in der Literatur vorhandenen Ergebnissen. Folgende Fragestellungen werden im Einzelnen bearbeitet.

4.1 Fragestellungen

- Frage 1: Welche Einstellungen bezüglich Patienten mit Alkoholproblemen, ihrer Behandlung und dem Einsatz von Frühinterventionen liegen vor?
- Frage 2: Welche Hindernisse existieren bezüglich des Einsatzes von Frühinterventionen?
- Frage 3: Welche Anreize gäbe es, um mehr Frühinterventionen einzusetzen?
- Frage 4: Wie hoch ist der Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen?
- Frage 5: Welche Hilfen werden von Ärzten für Patienten mit Alkoholproblemen bereitgestellt?
- Frage 6: Welche Faktoren haben Einfluss auf die Einstellungen der Ärzte (z. B. Geschlecht, Alter, Anzahl der behandelten Patienten pro Quartal.)?

Frage 7: Welche Unterschiede existieren zwischen Deutschland und anderen Ländern?

4.2 Hypothesen

Auch die Hypothesen orientieren sich an den publizierten Studien zu diesem Thema.

Hypothese 1: Ärzte haben Vorbehalte hinsichtlich der Durchführung von Frühinterventionen bei Patienten mit problematischem Alkoholkonsum.

Hypothese 2: Ärzte klagen über eine mangelnde Ausbildung, mangelnde Zeit und mangelnde Mitarbeit von Seiten der Patienten.

Hypothese 3: Alkohol ist ein Tabuthema und Ärzte befürchten mit zu offenen Fragen Patienten zu verärgern oder zu verlieren.

Hypothese 4: Der Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen ist hoch.

Hypothese 5: Ältere Ärzte haben negativere Meinungen und Einstellungen gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen als jüngere Ärzte.

5. Methodik

5.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im Raum Lübeck statt. Ein Ethikantrag wurde unter dem Aktenzeichen 03-071 im Juli 2003 von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck bewilligt. Es wurden alle niedergelassenen Allgemeinärzte, praktischen Ärzte und Internisten mit Hausarztfunktion postalisch zu ihren Einstellungen gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen und Frühinterventionen befragt. Jeder Arzt erhielt einen Fragebogen mit einem persönlichen Anschreiben, einer Einverständniserklärung und einem frankierten Rückumschlag. Den Ärzten wurde Anonymität ihrer Daten und Antworten zugesichert. Um dies zu gewährleisten, kam ein Codierungssystem zum Einsatz. Die Codierung jedes einzelnen Arztes wurde auf dem Fragebogen vermerkt, so dass die Ärzte den Fragebogen und die Einverständniserklärung anonym zurücksenden konnten. Nach jeweils fünf Wochen fanden zwei weitere Datenerhebungswellen, sowohl postalisch als auch telefonisch, statt. Die Datenerhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von 6 Monaten und wurde im Dezember 2003 abgeschlossen.

5.2 Beschreibung der Stichprobe

Als Grundlage der Stichprobenerhebung dienten der Arztindex der Ärztekammer, das Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein, 48. Jahrgang, Ausgabe 2001 und das Telefonbuch für Lübeck und Umgebung. Die Unterlagen wurden an 282 niedergelassene Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Internisten versandt. Wenn Ärzte eine Spezialisierung aufwiesen, wie zum Beispiel Endokrinologie, und wenig oder keine Hausarztfunktion hatten, galt dies als Ausschlusskriterium. Das galt für 62 der befragten Ärzte. Zwei waren zur Zeit der Datenerhebung bereits verstorben und bei zwei weitere bestand die Praxis nicht mehr. Sieben der befragten Ärzte waren wegen anderer Gründe wie Ruhestand, Erziehungsjahr etc. nicht in der Lage, an der Studie teilzunehmen. Insgesamt wurden 209 niedergelassene Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Internisten mit Hausarztfunktion in die vorliegende Studie eingeschlossen.

5.3 Erhebungsinstrumente

5.3.1 Grundlagen für die Erstellung des Fragebogens

Die aus der Literatur bekannten relevanten Items zu Einstellungen der Ärzte lagen dem Fragebogen zu Grunde. Wenn möglich wurden standardisierte Verfahren ins Deutsche übertragen und eingesetzt. Als Grundlage für den Themenbereich Hindernisse für den Einsatz von Frühinterventionen dienten folgende Arbeiten: Reimers et al., (1984); Richmond et al., (1994); Arborelius et al., (1995); Rush et al., (1995); Bradley et al., (1995); Kaner et al., (1999); Spandorfer et al., (1999); Hansen et al., (1999); Beich et al., (2002). Des Weiteren wurden Angaben über Anreize zur Durchführung von Frühinterventionen und den Weiterbildungsbedarf aus der Literatur übernommen (Arborelius et al., 1995; Kaner et al., 1999; Aalto et al., 2001 a). Integriert war dabei eine deutschsprachige Adaption aus 7-stufigen Items des englischen WHO „Collaborative Study Questionnaire for General Practitioners“ einschließlich des darin auch verwendeten „Short Alcohol Problems Perception Questionnaire“ (SAPPQ; Anderson & Clement, 1987), der in 14 Ländern an Hausärzte versandt wurde (Kaner et al., 2001 a, b; Anderson et al., 2003). Diese Fragen finden sich als Fragen 10 und 11 wieder.

5.3.2 Aufbau

Der Fragebogen bestand aus zehn Seiten und 22 Fragen, die zum Teil in Unterfragen unterteilt waren. Am Anfang des Fragebogens wurde darauf hingewiesen, dass die Daten anonym behandelt werden und keinem Dritten zugänglich sind.

5.3.2.1 Soziodemographische Daten

Die ersten sieben Fragen bezogen sich auf die Person des Arztes. Es wurde nach der Fachrichtung, dem Geschlecht, dem Alter, der Art der Praxisführung, Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis, der Anzahl der zu behandelnden Patienten pro Quartal, den Jahren niedergelassener Tätigkeit und zusätzlichen Spezialisierungen gefragt.

5.3.2.2 Einstellungen zu Frühinterventionen

Mit diesem Teil des Fragebogens wurde nach der Wichtigkeit von Frühinterventionen in Bezug auf Alkoholprobleme gefragt. Die Ärzte sollten erst allgemein die Wichtigkeit von Frühinterventionen bei Alkoholproblemen und danach bei ihren eigenen Patienten einschätzen. Außerdem wurde nach ihrer persönlichen Bereitschaft zum Einsatz einer solchen Frühintervention in ihrer eigenen Praxis gefragt. Die Fragen sollten anhand einer fünfstufigen Skala beantwortet werden, die von „gar nicht wichtig“ bzw. „gar nicht ausgeprägt“ (1) bis „sehr wichtig“ bzw. „sehr ausgeprägt“ (5) reichte.

5.3.2.3 Rollensicherheit und therapeutische Verpflichtung

Die Fragen zehn und elf stellen die deutsche Adaption des Short Alcohol Problems Perception Questionnaire dar (SAPPQ, Anderson & Clement, 1987). Die Fragen gliedern sich in zehn Unterfragen, die anhand einer siebenstufigen Skala beantwortet werden sollten. Hierbei reichte die Skala von eins „stimme gar nicht zu“ bis sieben „stimme voll zu“. Frage zehn bezieht sich auf Risikokonsumenten und Frage elf auf alkoholabhängige Patienten, wobei die einzelnen Items in Frage zehn und elf identisch sind. Im Original sind die Items zwei Faktoren zugeordnet: Rollensicherheit des Arztes und therapeutische Verpflichtung. In einer deutschen Stichprobe konnten die beiden Subskalen durch eine Faktorenanalyse nicht bestätigt werden (Krysiak et al., 2005). Der Rollensicherheit galten folgende Fragen: ob Ärzte genügend Wissen in Bezug auf Alkoholprobleme haben, um sich im Umgang mit Risikokonsumenten sicher zu fühlen, ob sie ihre Patienten angemessen diesbezüglich beraten können, ob sie denken, dass sie berechtigt sind, ihren Patienten Fragen nach ihrem Trinkverhalten zu stellen, ob sie meinen, dass ihre Patienten der Auffassung sind, dass sie ihnen Fragen über Alkohol stellen dürfen, ob sich die Ärzte im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen als Versager fühlen und ob sie meinen, im Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein zu können. Bezüglich ihrer therapeutischen Verpflichtung wurde erfragt, ob Ärzte sich im Rahmen ihrer Arbeit mit Risikokonsumenten befassen möchten, ob Pessimismus die realistischste Haltung gegenüber Risikokonsumenten ist, ob es lohnenswert ist, sich mit Risikokonsumenten zu befassen, und ob die Ärzte Risikokonsumenten mögen.

5.3.2.4 Einstellungen zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen

Fragen bezüglich der Einstellungen zur Behandlung von Patienten mit einem Alkoholproblem sollten auf einer fünfstufigen Skala von „stimme gar nicht zu“ bzw. „gar nicht sinnvoll“ (1) bis „stimme voll zu“ bzw. „sehr sinnvoll“ (5) beantwortet werden. Der Fragebogen enthielt Items hinsichtlich der Einstellung, ob Suchtberatungsstellen mehr Kooperationsangebote für Arztpraxen anbieten sollten, ob Frühinterventionen bei Alkoholproblemen zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend sind, ob Menschen, die mit dem Trinken aufhören wollen, das ohne fremde Hilfe schaffen können und ob es Aufgabe von niedergelassenen Ärzten oder die Pflicht spezialisierter Einrichtungen sei, Patienten mit Alkoholproblemen zu behandeln. In diesem Zusammenhang wurde nach der Wichtigkeit einer differentialdiagnostischen Abklärung von Angst- oder depressiven Erkrankungen gefragt sowie danach, ob weibliche Patienten schwieriger zu diagnostizieren und zu behandeln sind als männliche und ob bei weiblichen Patienten die Erfolgsaussichten größer sind. Weiterhin standen elf ärztliche Maßnahmen zur Auswahl, die nach sinnvoll oder nicht sinnvoll beurteilt werden sollten. Darunter waren Items zur Diagnostik von Alkoholproblemen, dem regelmäßigen Erfragen der Trinkgewohnheiten, dem Einsatz eines Fragebogens als Screening auf Alkoholprobleme bei allen Patienten zwischen 18 und 64 Jahren, zu Techniken zur Motivierung der Patienten zur Trinkmengenreduktion, der Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zur Trinkmengenreduktion, zu alternativen Heilmethoden, Akupunktur, ambulantem Alkoholentzug, Medikamenten zur Rückfallprophylaxe, Informationen zu weiterführenden Behandlungsmöglichkeiten und der Vergabe von Selbsthilfebüchern oder -broschüren.

5.3.2.5 Hindernisse beim Einsatz von Frühinterventionen

Frage 14 beschäftigt sich mit möglichen Hindernissen bezüglich des Einsatzes von Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen. Für die Antworten war ebenfalls eine fünfstufige Skala vorgegeben. Die in der Literatur benannten Hürden wurden aufgenommen und durch weitere Items ergänzt. Insgesamt standen folgende Hindernisse zur Auswahl: Zeitmangel, mangelndes Interesse beziehungsweise geringe Motivation auf

Seiten der Patienten, mangelhafte Erfolgsaussichten von Interventionen, fehlende spezielle Ausbildung, Patienten mit Alkoholproblemen zu beraten, Befürchtungen, Patienten zu verärgern oder zu verlieren, mangelndes Interesse von Seiten des Arztes, schlechte Mitarbeit von Seiten des Patienten, Alkoholberatungen kosten mehr als sie finanziell nützen, Unbehagen, Patienten nach ihrem Alkoholkonsum zu befragen, und Befürchtungen, Patienten könnten Fragen zum Alkoholkonsum ablehnen.

5.3.2.6 Anreiz für mehr Einsatz von Frühinterventionen

Die nächste Frage beinhaltet zehn Items, die Anreiz darstellen könnten, mehr Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen einzusetzen. Die Beantwortung erfolgte auf der gleichen fünfstufigen Skala wie oben beschrieben. Als mögliche Anreize waren enthalten: öffentliche Gesundheitskampagnen, die das Bewusstsein der Bevölkerung zum Alkoholkonsum stärken, die Bitte von Patienten um eine Beratung, die Bereitschaft von Patienten, eine Gebühr für eine Beratung zu bezahlen, die Verfügbarkeit von schnell und einfach zu handhabenden Screening-Fragebögen, die Möglichkeit, schnelle und einfache Beratungsmaterialien einsetzen zu können, Nachweis der Wirksamkeit von Frühinterventionen, das Angebot von Trainingsprogrammen zu Frühinterventionen bei riskantem Alkoholkonsum, die Verfügbarkeit von Trainingsprogrammen, die als medizinische Fortbildungsveranstaltung mit entsprechenden Ausbildungspunkten anerkannt wären, schnelle und einfache Erreichbarkeit fachspezifischer Einrichtungen, um Patienten dorthin zu überweisen, und die Verbesserung von Vergütung und Arbeitsbedingungen.

5.3.2.7 Bedarf an Informations- und Weiterbildungsangeboten

Es wurde erfasst, inwieweit Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen besteht. Auch hier war eine fünfstufige Skala vorgegeben, wobei eins die Antwort „gar kein Bedarf“ und fünf die Antwort „sehr hoher Bedarf“ darstellte. Der Bedarf wurde für folgende Aspekte erhoben: Diagnostik von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Risikokonsum, Erfragen von Trinkgewohnheiten, Techniken zur Motivierung des

Patienten, Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zur Trinkmengenreduktion und Abstinenz, ambulanter Alkoholentzug, medikamentöse Rückfallprophylaxe, Akupunktur als unterstützende Maßnahme, alternative Heilverfahren, Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten, Selbsthilfebüchern und -broschüren.

5.3.2.8 Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen

Die nächsten Fragen beziehen sich auf das Handeln des Arztes. In Frage 17 a) und 17 b) wurden die relativen Anteile der Patienten, bei denen Fragen zum Alkoholtrinkverhalten zum Untersuchungsstandard gehören und bei denen eine Beratung zum Thema Trinkmengenreduktion durchgeführt wird, erfasst. Der Beantwortung dieser Frage lag eine vorgegebene Skala von 0–100 mit zusätzlichen Ankern 25 %, 50 % und 75 % zu Grunde. Des Weiteren wurde erfasst, ob die Ärzte Patienten, bei denen sich der Missbrauch von Alkohol bestätigt, zu speziell geschultem Fachpersonal überweisen, wobei hier nur mit ja oder nein zu antworten war. Die folgenden Fragen erfassten, ob Ärzte ambulante Entgiftungen durchführen und ob Medikamente zur Rückfallprophylaxe verschrieben werden.

5.3.2.9 Einsatz eines Screenings und Umgang mit auffälligen Patienten

Die letzten zwei Fragen beschäftigen sich mit dem Einsatz eines Screenings in Bezug auf Alkoholtrinkmengen und Alkoholprobleme (Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „mache ich bereits“). Erfragt wurde die Bereitschaft, bei allen neuen Patienten ein Screening zum Thema Alkohol routinemäßig durchzuführen, bei im Screening auffälligen Patienten selbst eine Beratung vorzunehmen, einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zur Beratung in die eigene Praxis kommen zu lassen, an einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zu verweisen und eine Broschüre zum Thema Alkohol auszugeben.

5.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS in der Version 11,5. Außer allgemeinen Häufigkeiten, Medianen, Mittelwerten und Standardabweichungen wurde der Mann-Whitney-U Test, der einen nichtparametrischen Test für zwei unabhängige Stichproben darstellt, und der Wilcoxon-Test, der einen nichtparametrischen Test bei zwei verbundenen Stichproben darstellt, verwendet. Außerdem wurden Rangkorrelationen (Spearman) zwischen verschiedenen Parametern und deren Signifikanzen errechnet. Des Weiteren erfolgte eine Alphafehleradjustierung nach Bonferroni.

6. Ergebnisse

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden z. T. bei der Darstellung der Ergebnisse die Antwortmöglichkeiten „stimme eher zu“ und „stimme voll zu“ bzw. bei 6.3. „stimme voll zu“, „stimme eher zu“ und „stimme etwas zu“ zu einem Prozentwert zusammengefasst.

6.1 Soziodemographische Daten

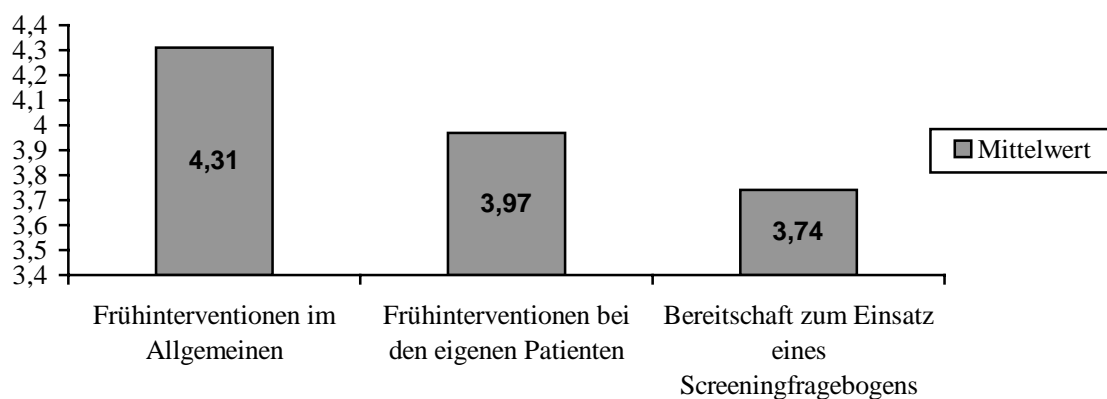
Der Fragebogen wurde von 108 (51,67 %) der 209 in die Studie aufgenommenen Ärzte ausgefüllt und mit einer Einverständniserklärung zurückgeschickt. Von diesen 108 Ärzten nahmen 62 bereits an der ersten postalischen Welle teil, 12 an der zweiten postalischen Welle und weitere 34 Ärzte konnten durch telefonische Erinnerung noch erreicht werden. Es antworteten 86 Männer, was 79,6 % entspricht, und 22 Frauen, was 20,4 % der Teilnehmer ausmacht. Von den Ärzten waren 28 (26 %) als praktische Ärzte, 58 (54 %) als Allgemeinärzte und 22 (20 %) als Internisten mit Hausarztfunktion tätig. Als Einzelpraxis führten 60,2 % ihre Praxis und als Gemeinschaftspraxis 39,8 %. Über eine zusätzliche Spezialisierung verfügten 29,6 % der Ärzte. Die Ärzte waren im Mittel 52,5 Jahre alt (SD = 8,4), wobei der jüngste 36 und der älteste 74 Jahre alt war. Im Mittel sind die Ärzte 16,2 Jahre (SD = 9,42) niedergelassen tätig. Sie behandeln im Mittel 891,4 Patienten (SD = 401,9) pro Quartal, wobei das Minimum bei 100 und das Maximum bei 2500 Patienten lag.

6.2 Einstellungen zu Frühinterventionen

Die Ergebnisse zu Einstellungen zur Frühintervention sind in Abbildung 1 dargestellt. Das Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen im Allgemeinen hielten 49 % für sehr wichtig und 36 % für eher wichtig. Bei dieser Frage lag der Mittelwert bei 4,31 (SD = 0,7, Median 4). Bezogen auf die eigenen Patienten war die Zustimmung geringer (Wilcoxon-Test, $p < 0,001$), 72,2 % der Ärzte hielten Frühinterventionen zum Thema Alkoholprobleme bei ihren eigenen Patienten für wichtig. Hier schätzten 39,8 % das Thema als wichtig und 32,2 % das Thema als sehr wichtig ein, der Mittelwert lag bei 3,97 (SD = 0,98, MD = 4).

Zum Einsatz von Frühinterventionen bei Alkoholproblemen in ihrer Praxis waren 62,96 % der Ärzte bereit, wobei 42,59 % eine starke Bereitschaft und 20,37 % eine sehr starke Bereitschaft aufwiesen ($M = 3,74$; $SD = 0,89$; $MD = 4$).

Abb. 1: Einstellungen zu Frühinterventionen im Allgemeinen, bei den eigenen Patienten und die Bereitschaft zum Einsatz eines Screeningfragebogens in der eigenen Praxis

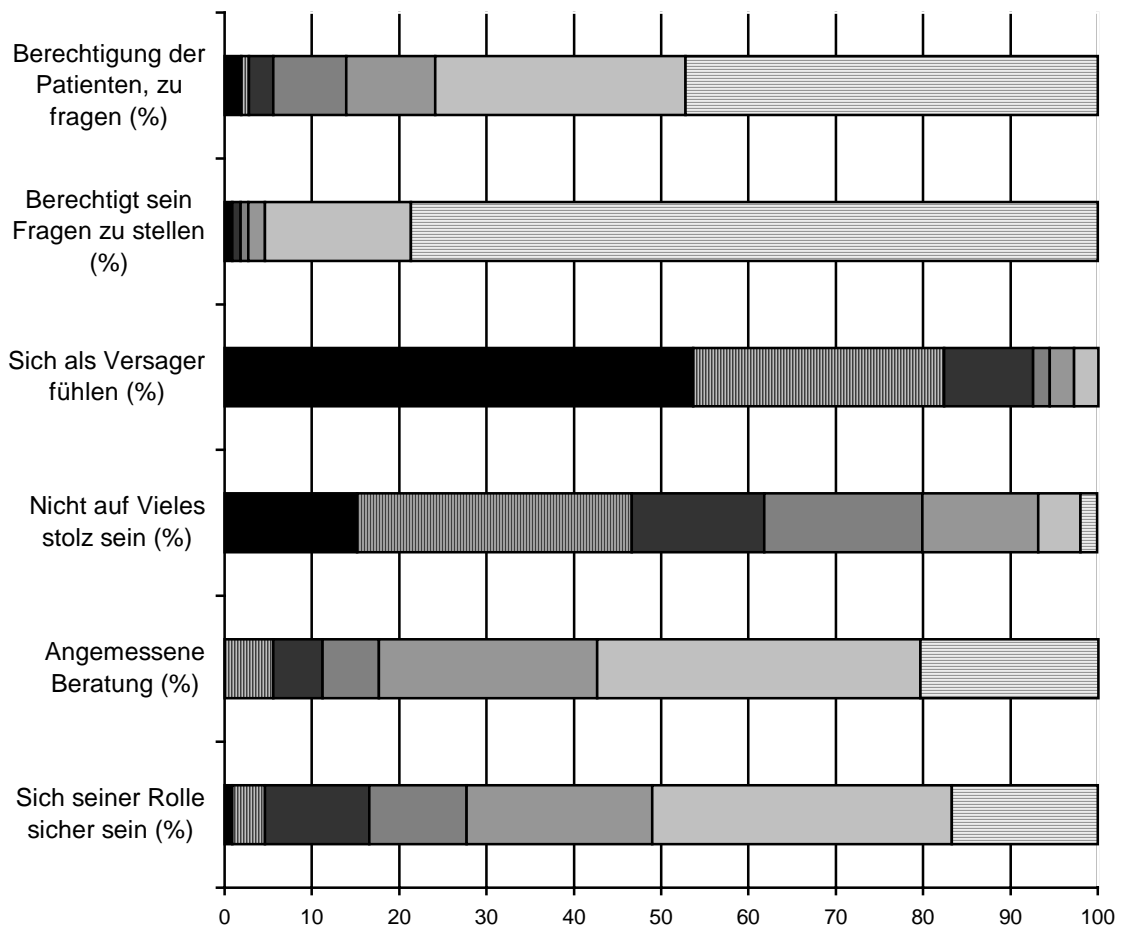


6.3 Rollensicherheit und therapeutische Verpflichtung

Da die Faktorenstruktur des „Short Alcohol Problems Perception Questionnaire“ (SAPPQ; Anderson & Clement, 1987) in der deutschen Version nicht bestätigt werden konnte (Krysiak et al., 2005), werden die Ergebnisse auf Einzelitembasis dargestellt. Einen Überblick über die Aussagen bezüglich der Items zur Rollensicherheit gibt Abbildung 1. Die Mehrheit der Ärzte (72,3 %) meinte, dass sie genug über die Ursachen von Alkoholproblemen weiß, um sich ihrer Rolle im Umgang mit Risikokonsumenten sicher zu fühlen ($M = 5,18$; $SD = 1,44$; $MD = 6$). Der größte Teil der Teilnehmer (82,4 %) war der Meinung, Patienten angemessen zum Thema Alkoholkonsum und seine Folgen beraten zu können ($M = 5,44$; $SD = 1,34$; $MD = 6$). Ein Fünftel der Ärzte kann im Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein, wobei 61,8 % der Ärzte diese Aussage ablehnten ($M = 3,05$; $SD = 1,55$; $MD = 3$). Eher als Versager im Umgang mit Risikokonsumenten fühlten sich 5,3 % der Befragten ($M = 1,8$; $SD = 1,17$; $MD = 1$).

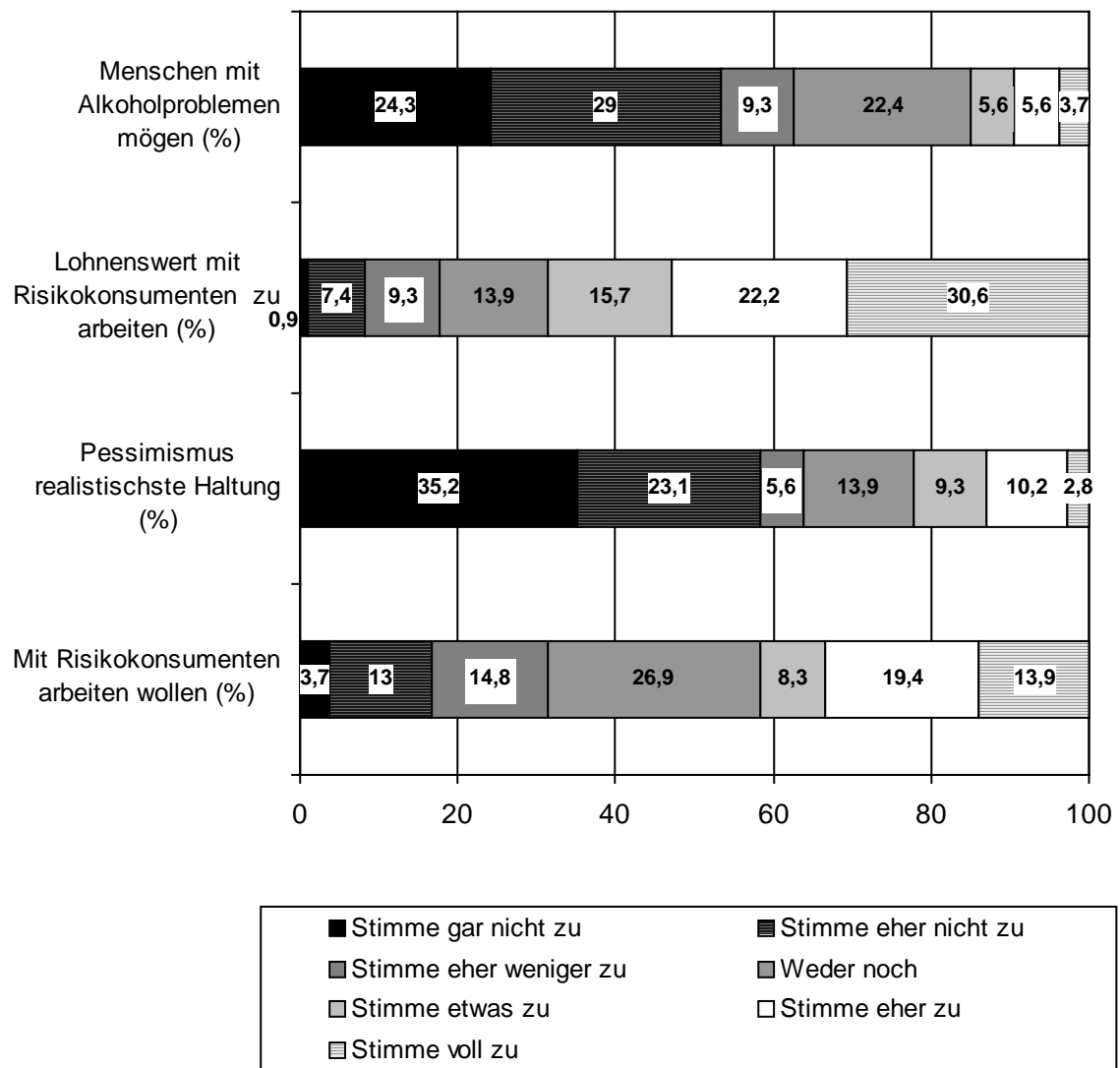
Die Mehrheit der befragten Ärzte (97,3 %) sah sich berechtigt ihre Patienten über Alkoholtrinkmengen zu befragen ($M = 6,68$; $SD = 0,84$; $MD = 7$) und 86,1 % denken, dass ihre Patienten der Auffassung sind, dass sie berechtigt sind, ihnen Fragen über ihr Trinkverhalten zu stellen ($M = 5,99$; $SD = 1,34$; $MD = 6$). Einen Überblick über die Aussagen zu Items der therapeutischen Verpflichtung bietet Abbildung 2. Mit Risikokonsumenten möchten sich 42,6 % der Ärzte im Rahmen ihrer Arbeit beschäftigen ($M = 4,37$; $SD = 1,73$; $MD = 4$) und 68,5 % halten dies für lohnenswert ($M = 5,25$; $SD = 1,65$; $MD = 6$). Der Aussage, Pessimismus sei die realistischste Haltung gegenüber Risikokonsumenten, stimmten 36,1 % der Befragten zu ($M = 2,81$; $SD = 1,87$; $MD = 2$). Nur 14,9 % mögen Menschen mit einem riskanten Alkoholkonsum ($M = 2,88$; $SD = 1,68$; $MD = 2$).

Abb. 2: Aspekte der Rollensicherheit des Arztes



	Sich seiner Rolle sicher sein (%)	Angemessene Beratung (%)	Nicht auf Vieles stolz sein (%)	Sich als Versager fühlen (%)	Berechtigt sein Fragen zu stellen (%)	Berechtigung der Patienten, zu fragen (%)
☐ Stimme voll zu	16,7	20,4	1,9	0	78,7	47,2
◻ Stimme eher zu	34,3	37	4,8	2,8	16,7	28,7
◼ Stimme etwas zu	21,3	25	13,3	2,8	1,9	10,2
◽ Weder noch	11,1	6,5	18,1	1,9	0,9	8,3
■ Stimme weniger zu	12	5,6	15,2	10,2	0,9	2,8
▨ Stimme eher nicht zu	3,7	5,6	31,4	28,7	0	0,9
■ Stimme gar nicht zu	0,9	0	15,2	53,7	0,9	1,9

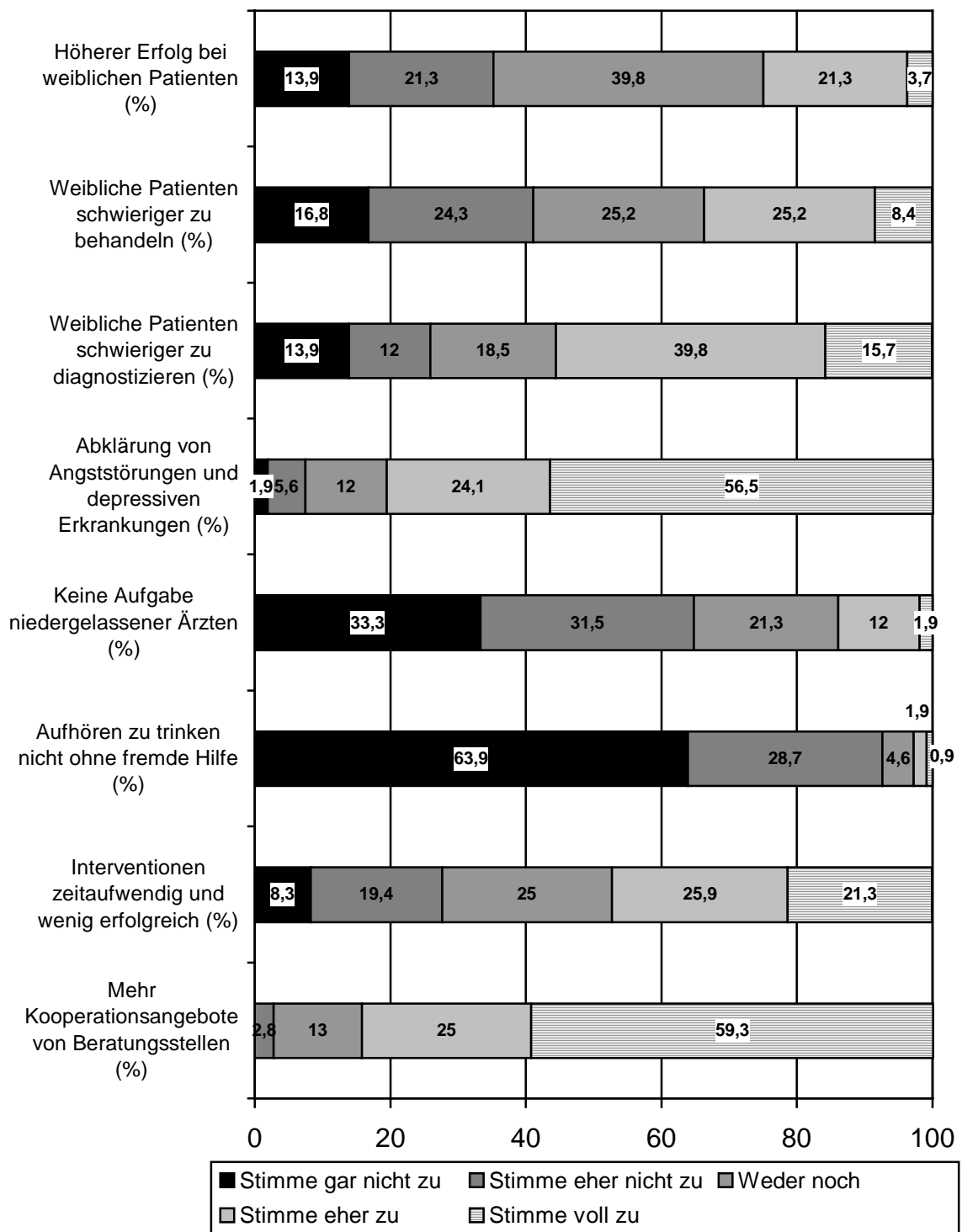
Abb. 3: Ergebnisse der Items zu Einstellungen und therapeutischen Verpflichtungen.



6.4 Einstellungen zu allgemeinen Aspekten in der Behandlung von Patienten mit problematischem Alkoholkonsum

Die Ergebnisse der Einstellungen zu allgemeinen Aspekten in der Behandlung von Alkoholpatienten sind in Abbildung 4 dargestellt. 84 % der Ärzte gaben an, dass Suchtberatungsstellen für Alkoholprobleme mehr Kooperationsangebote für Arztpraxen anbieten sollten ($M = 4,41$; $SD = 0,82$; $MD = 5$). Die Mehrheit der Befragten (92,6 %) ist der Meinung, dass Menschen mit einem Alkoholproblem nicht ohne fremde Hilfe mit dem Trinken aufhören können ($M = 1,47$; $SD = 0,75$; $MD = 1$). Knapp die Hälfte (47,2 %) war der Ansicht, dass Interventionen zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend sind ($M = 3,32$; $SD = 1,244$; $MD = 3$). 13,9 % der Ärzte meinten, dass die Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen nicht die Aufgabe von niedergelassenen Ärzten sei ($M = 2,18$; $SD = 1,08$; $MD = 2$). Eine differentialdiagnostische Abklärung von Angststörungen und depressiven Erkrankungen wurde von 80,6 % der Ärzte für sinnvoll erachtet ($M = 4,28$; $SD = 1,00$; $MD = 5$). Über die Hälfte (55,5 %) der Ärzte meinte, es sei schwieriger, weibliche Patienten zu diagnostizieren ($M = 3,31$; $SD = 1,27$; $MD = 4$), wobei ein Drittel (33,6 %) angab, dass Frauen schwieriger zu behandeln wären ($M = 2,84$; $SD = 1,22$; $MD = 3$). Der Aussage, Interventionen bei Frauen wären erfolgversprechender, stimmten 25 % der Ärzte zu ($M = 2,80$; $SD = 1,05$; $MD = 3$).

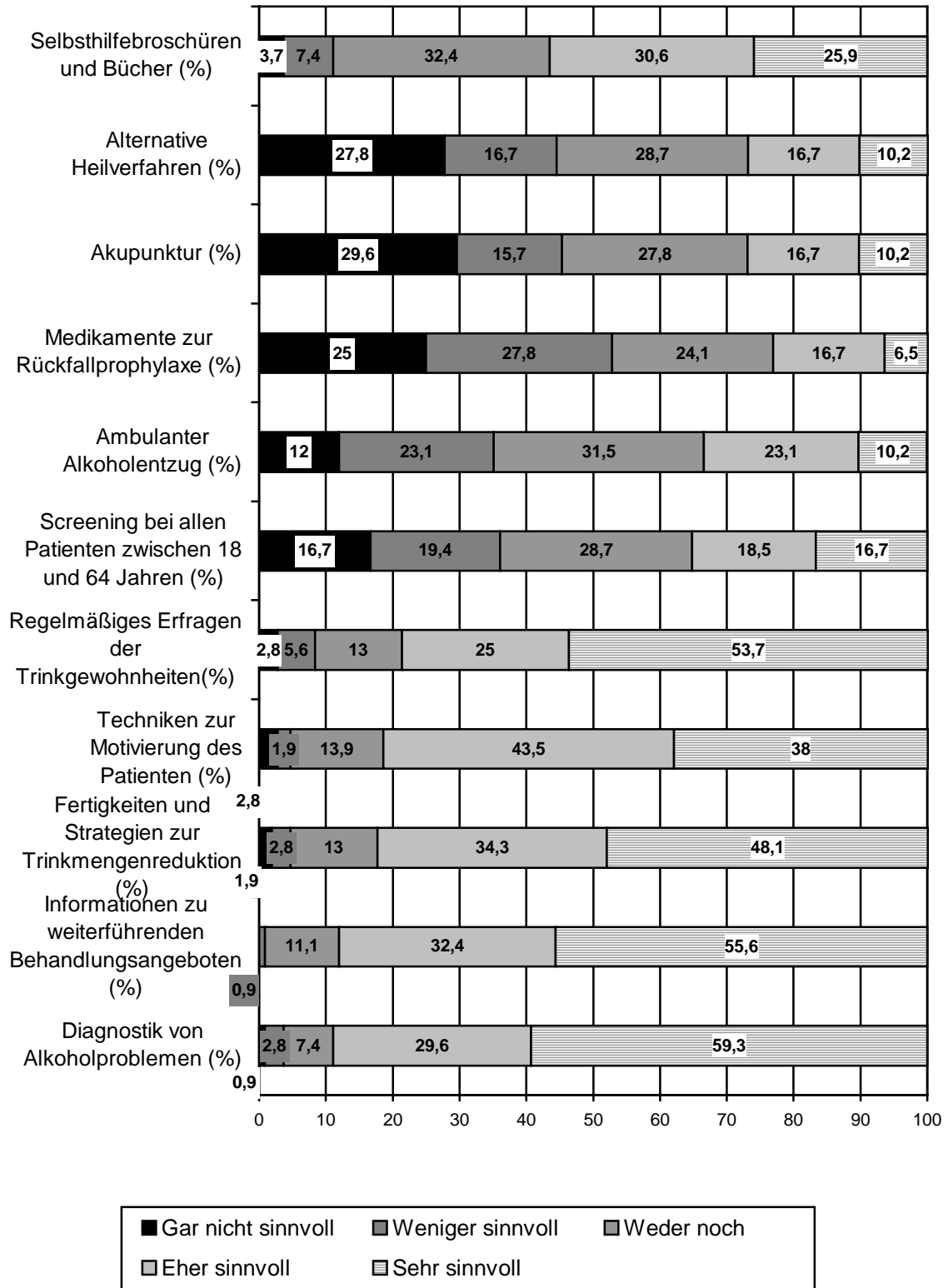
Abb. 4 Einstellungen zur Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen.



6.5 Einstellungen zu hausärztlichen Maßnahmen bei Patienten mit Alkoholproblemen

Die Ergebnisse der Einstellungen zu ärztlichen Maßnahmen sind in Abbildung 5 veranschaulicht. Als sinnvollste ärztliche Maßnahmen wurden die Diagnostik von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Risikokonsum ($M = 4,52$; $SD = 0,66$; $MD = 5$), Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten ($M = 4,37$; $SD = 0,75$; $MD = 5$), Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zum Erreichen einer Trinkmengenreduktion ($M = 4,24$; $SD = 0,92$; $MD = 4$), Techniken zur Motivierung des Patienten hinsichtlich Trinkmengenreduktion ($M = 4,13$; $SD = 0,89$; $MD = 4$) und das regelmäßige Erfragen der Trinkgewohnheiten ($M = 4,21$; $SD = 1,07$; $MD = 5$) angesehen. Die Vergabe von Selbsthilfebüchern und -broschüren sahen 56,5% der Ärzte als eher oder sehr sinnvoll an ($M = 3,58$; $SD = 1,06$; $MD = 4$). Bezüglich eines ambulanten Alkoholentzugs sahen 31,5 % der Ärzte eine mittlere Sinnhaftigkeit, 33,3 % hielten dies für eher oder sehr sinnvoll ($M = 3,09$; $SD = 1,12$; $MD = 3$). Auch Medikamente zur Rückfallprophylaxe wurden nur von 23,2 % für eher oder sehr sinnvoll gehalten ($M = 2,43$; $SD = 1,20$; $MD = 2$). Alternative Heilverfahren ($M = 2,58$; $SD = 1,29$; $MD = 3$) und Akupunktur ($M = 2,59$; $SD = 1,33$; $MD = 3$) als unterstützende Maßnahmen bewerteten 16,7 % der Ärzte als eher sinnvoll und 10,2 % der Ärzte als sehr sinnvoll. Ein Screening auf Alkoholprobleme bei allen Patienten zwischen 18 und 64 Jahren beurteilten 18,5 % als eher und 16,7 % als sehr sinnvoll ($M = 3,08$; $SD = 1,32$; $MD = 3$).

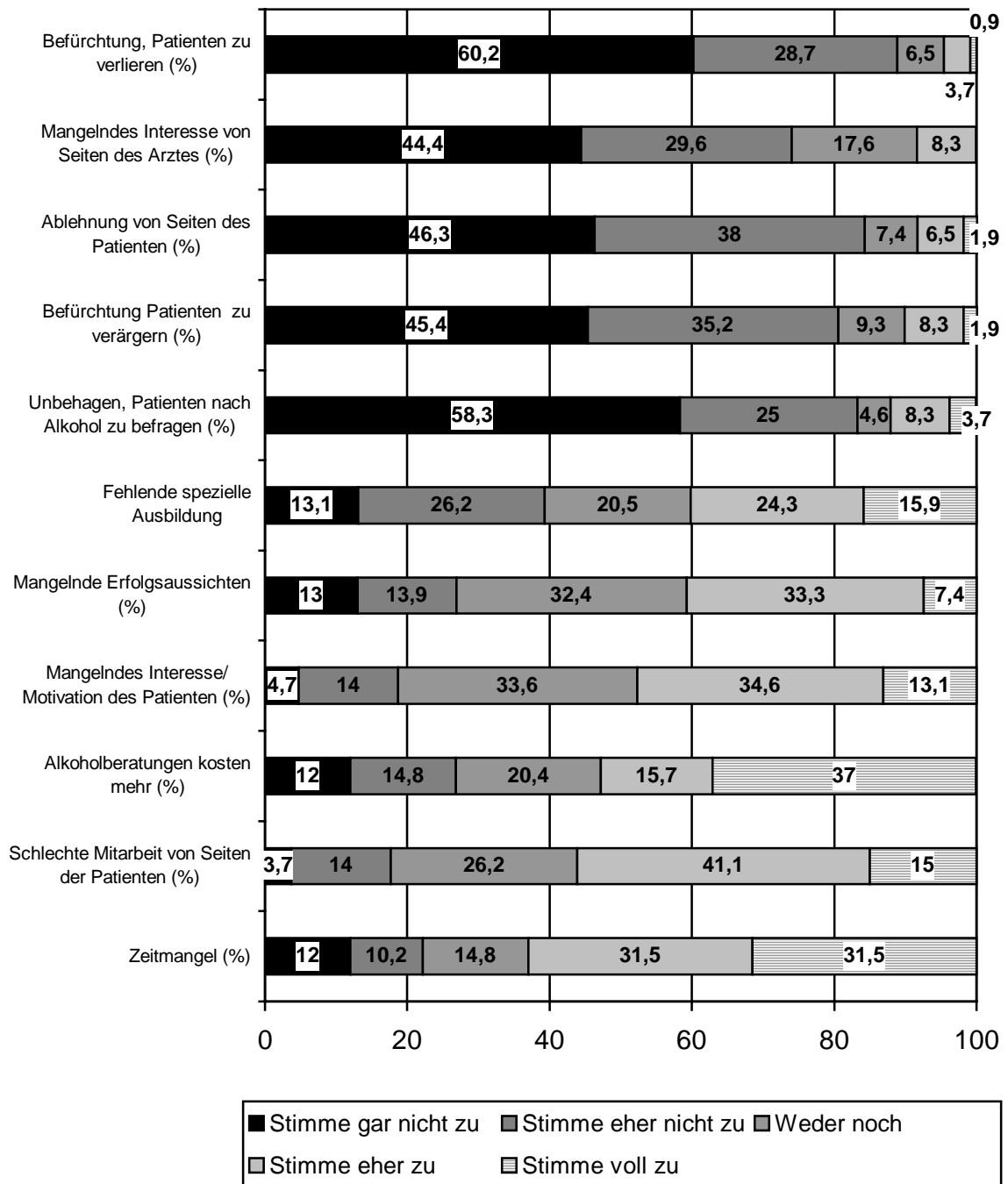
Abb. 5 Die Ergebnisse bezüglich der Einstellungen der Ärzte zu hausärztlichen Maßnahmen im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen.



6.6 Hindernisse beim Einsatz von Frühinterventionen

Die möglichen Hindernisse bezüglich des Einsatzes von Frühinterventionen sind in Abbildung 6 dargestellt. Als Haupthindernis beim Einsatz von Alkoholfrühinterventionen wurde in der vorliegenden Studie Zeitmangel (31,5 % „stimme eher zu“, 31,5 % „stimme voll zu“) angegeben ($M = 3,60$; $SD = 1,35$; $MD = 4$). Weitere wichtige Gründe waren schlechte Mitarbeit von Seiten des Patienten ($M = 3,5$; $SD = 1,03$; $MD = 4$), Alkoholberatungen kosten mich mehr (monetär, zeitlich) als sie finanziell nützen ($M = 3,51$; $SD = 1,42$; $MD = 4$), mangelndes Interesse und geringe Motivation von Seiten der Patienten ($M = 3,37$; $SD = 1,03$; $MD = 3$), mangelhafte Erfolgsaussichten von Alkoholinterventionen im Allgemeinen ($M = 3,08$; $SD = 1,14$; $MD = 3$) und eine dem Arzt fehlende spezielle Ausbildung, Patienten mit Alkoholproblemen beraten zu können ($M = 3,04$; $SD = 1,29$; $MD = 3$). Mangelndes Interesse von Seiten des Arztes wurde von 74 % der Ärzte als Hindernis abgelehnt (44,4 % „stimme gar nicht zu“, 29,6 % „stimme eher nicht zu“) ($M = 1,9$; $SD = 0,98$; $MD = 2$). Die Ärzte meinten mehrheitlich weder, dass ihre Patienten Fragen über Alkohol ablehnen würden ($M = 1,8$; $SD = 0,96$; $MD = 2$), noch dass sie Patienten durch Erfragen ihrer Trinkgewohnheiten verärgern könnten ($M = 1,86$; $SD = 1,02$; $MD = 2$). Circa 88,9 % (28,7 % „stimme eher nicht zu“, 60,2 % „stimme gar nicht zu“) der Ärzte hatten keine Befürchtungen, Patienten durch Erfragen der Trinkgewohnheiten zu verlieren ($M = 1,56$; $SD = 0,85$; $MD = 1$), und 83,3 % (25 % „stimme eher nicht zu“, 58,3 % „stimme gar nicht zu“) lehnten die Aussage, sich beim Befragen der Patienten nach Alkohol unwohl zu fühlen, ab ($M = 1,74$; $SD = 1,11$; $MD = 1$).

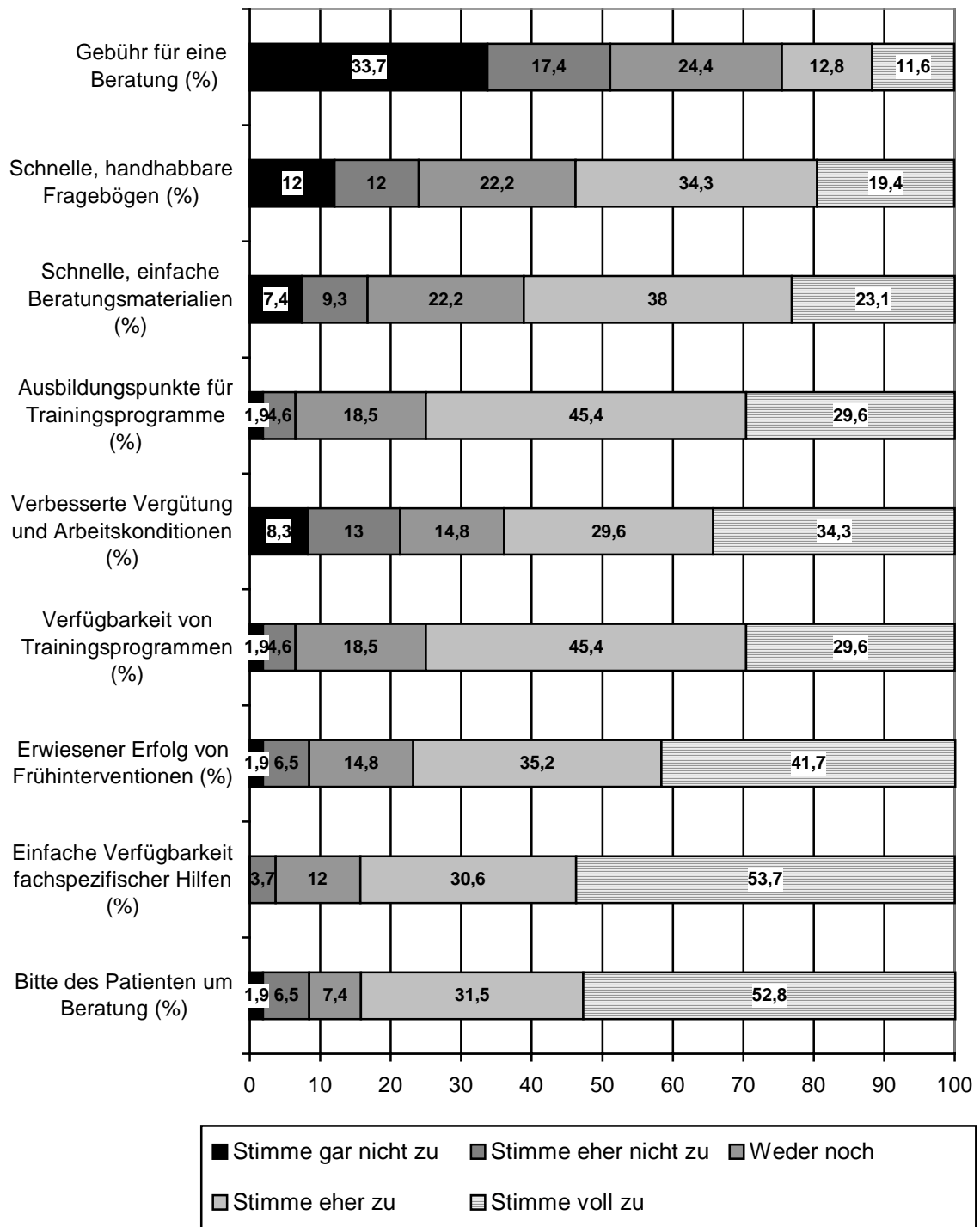
Abb. 6 Hindernisse für den Einsatz von Frühinterventionen. Die Hindernisse sind der Reihenfolge nach geordnet dargestellt.



6.7 Anreiz, mehr Frühinterventionen in Bezug auf Alkohol durchzuführen

Die Ergebnisse zu den Anreizen für einen vermehrten Einsatz von Frühinterventionen sind in Abbildung 7 dargestellt. Als Anreize für den Einsatz von Frühinterventionen wurden die Bitte des Patienten um eine Gesundheitsberatung ($M = 4,34$; $SD = 0,86$; $MD = 5$), eine schnelle und einfache Verfügbarkeit fachspezifischer Einrichtungen ($M = 4,27$; $SD = 0,85$; $MD = 4$), erwiesener Erfolg von Frühinterventionen ($M = 4,03$; $SD = 0,94$; $MD = 4$), die Verfügbarkeit von Trainingsprogrammen zu Frühinterventionen bei riskantem Alkoholkonsum ($M = 3,87$; $SD = 0,94$; $MD = 4$), verbesserte Vergütung und Arbeitskonditionen ($M = 3,63$; $SD = 1,3$; $MD = 4$) und öffentliche Gesundheitskampagnen, die das Problembewusstsein der Bevölkerung zum Alkoholkonsum stärken würden ($M = 3,80$; $SD = 1,17$; $MD = 4$), genannt. Außerdem stimmten 58 % der Forderung eher oder sehr zu, dass Trainingsprogramme bezüglich Frühinterventionen bei riskantem Alkoholkonsum als medizinische Fortbildung mit entsprechenden Fortbildungspunkten anerkannt werden sollten ($M = 3,34$; $SD = 1,21$; $MD = 4$). Um mehr Frühinterventionen einsetzen zu können, sollten schnelle und einfach zu handhabende Screening-Fragebögen ($M = 3,41$; $SD = 1,23$; $MD = 4$) sowie schnelle und einfache Beratungsmaterialien ($M = 3,45$; $SD = 1,19$; $MD = 4$) erhältlich sein. Lediglich 24,4 % (12,8 % „stimme eher zu“, 11,6 % „stimme voll zu“) der Ärzte ($M = 2,51$; $SD = 1,38$; $MD = 2$) sahen einen Anreiz darin, Patienten gegen Gebühr zum Thema Alkoholkonsum zu beraten.

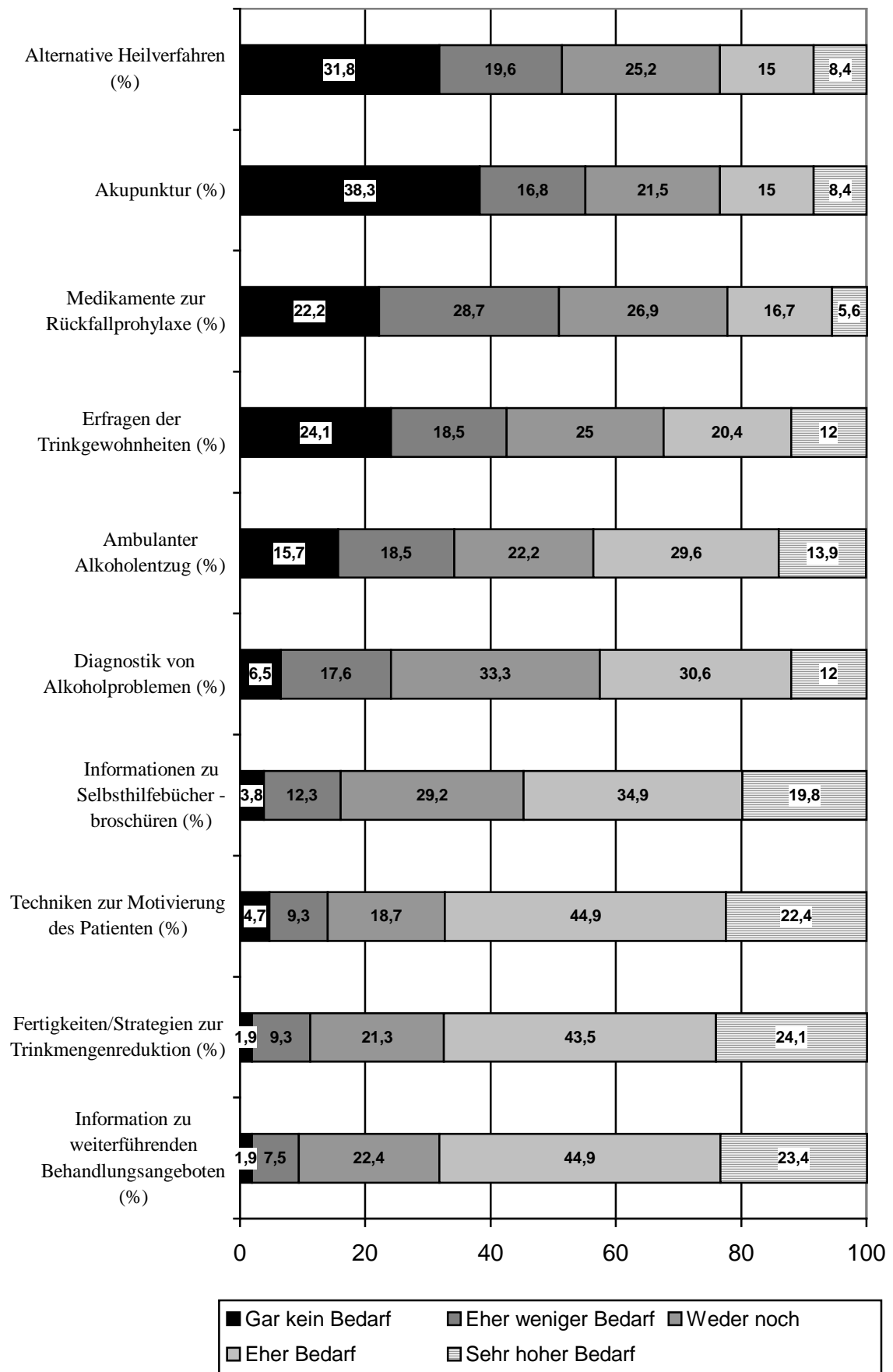
Abb. 7 Anreize, für mehr Einsatz von Frühinterventionen in Bezug auf Alkoholprobleme.



6.8 Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen

Die Aussagen, zu denen der größte Bedarf an Weiterbildungsveranstaltungen angegeben wurde, sind in Abbildung 8 dargestellt. Allgemein herrscht ein hoher Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen. Die Ärzte benötigten am meisten Informations- und Weiterbildungsangebote zu den Themen weiterführende Behandlungsangebote ($M = 3,91$; $SD = 0,87$; $MD = 4$), Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zur Trinkmengenreduktion und Abstinenz ($M = 3,77$; $SD = 1,15$; $MD = 4$), Techniken zur Motivierung der Patienten bezüglich Trinkmengenreduktion und Abstinenz ($M = 3,52$; $SD = 1,40$; $MD = 4$), Informationen zu Selbsthilfebüchern und -broschüren ($M = 3,67$; $SD = 0,97$; $MD = 4$), ambulanter Alkoholentzug ($M = 2,77$; $SD = 1,45$; $MD = 2,5$) und Diagnostik von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Risikokonsum ($M = 3,05$; $SD = 1,17$; $MD = 3$). Eher weniger Bedarf an Weiterbildungsveranstaltungen bestand zu den Themen Erfragen der Trinkgewohnheiten ($M = 2,55$; $SD = 1,3$; $MD = 2,5$), Medikamente zur Rückfallprophylaxe ($M = 2,82$; $SD = 1,33$; $MD = 3$), Akupunktur als unterstützende Maßnahme zur Rückfallprophylaxe ($M = 2,32$; $SD = 1,46$; $MD = 2$) und alternative Heilverfahren ($M = 2,68$; $SD = 1,36$; $MD = 2,5$).

Abb. 8 Dargestellt ist der Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen.



6.9 Derzeitiges ärztliches Handeln bei Patienten mit Alkoholproblemen

Im Mittel gehörten bei 49,6 % (SD = 27,91, MD = 50) der Ärzte Fragen zum Alkoholtrinkverhalten ihrer Patienten zum Untersuchungsstandard. Das Minimum lag bei 10 % und das Maximum bei 100 %. Beratungen zum Thema Alkohol wurden im Mittel bei 60,38 % (SD = 28,55, Median = 7 5) der Patienten mit Alkoholproblemen durchgeführt. Das Minimum betrug 3 % und das Maximum 100 %. Patienten mit einem Alkoholproblem werden von 18,5 % der Befragten an speziell geschultes Fachpersonal überwiesen (M = 1,86; SD = 0,35; MD = 2). Sehr wenige Ärzte verschrieben Medikamente zur Rückfallprophylaxe. Nur 11,1 % verordneten Campral, 5,5 % Antabus und 5,6 % beide Medikamente (M = 1,59; SD = 1,05; MD = 1). Ambulante Entgiftungen wurden von 27,8 % der Ärzte durchgeführt (M = 1,3; SD = 0,46; MD = 1).

6.10 Bereitschaft zum Einsatz eines Screenings

Die Ergebnisse zur Bereitschaft zum Einsatz eines Screenings sind in Abbildung 10 dargestellt. Abbildung 11 zeigt die Ergebnisse zur Behandlung von im Screening auffälligen Patienten. Circa die Hälfte (47,7 %) der Ärzte wären nicht bereit routinemäßig ein Screening auf Alkoholtrinkmengen und -probleme durchzuführen (M = 1,76; SD = 0,62; MD = 2). Nur ein kleiner Anteil von 14 % gab an, ein solches Screening bereits durchzuführen, und 38,3 % der Ärzte sind zum Einsatz eines Screenings bereit. Über die Hälfte (53,9 %) der Ärzte wären bereit eine Beratung bei im Screening auffälligen Patienten durchzuführen, 12,7 % sind nicht dazu bereit und 33,4 % führen bereits Beratungen diesbezüglich durch (M = 1,7; SD = 0,87; MD = 1). Einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle würden 48,5 % der Ärzte in ihre Praxis kommen lassen, wobei 49,5 % nicht dazu bereit wären und 1,9 % dies bereits machen (M = 1,55; SD = 0,6; MD = 1,5). An einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle würden 73,8 % verweisen. Hier waren nur 7,8 % abgeneigt und 18,4 % überweisen bereits an einen externen Mitarbeiter (M = 2; SD = 1,03; MD = 2). Eine Broschüre zum Thema Alkohol würden 83,5 % der Ärzte an im Screening auffällige Patienten verteilen (M = 1,2; SD = 0,62; MD = 1). Hier waren nur 5,8 % nicht dazu bereit wohingegen 10,7 % verteilen bereits Broschüren.

Abb. 10 Bereitschaft zum Einsatz eines Screenings in Bezug auf Alkoholprobleme.

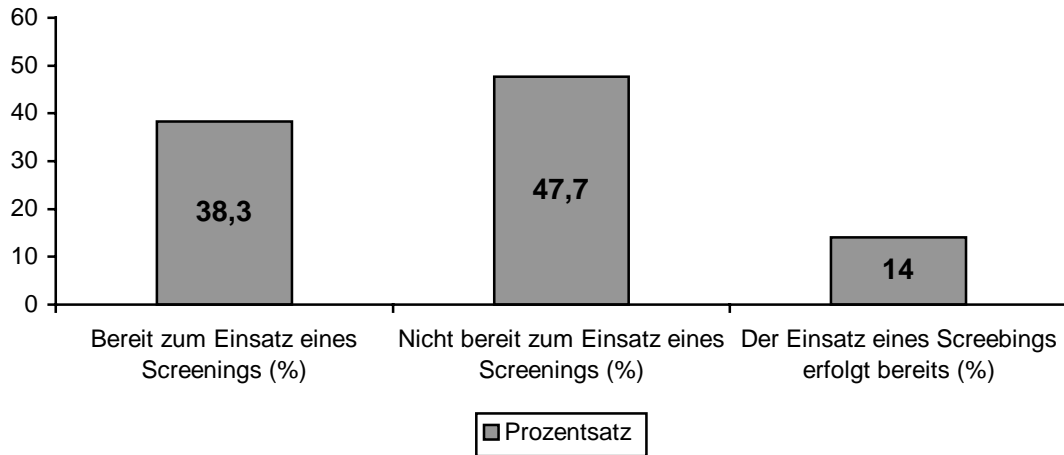
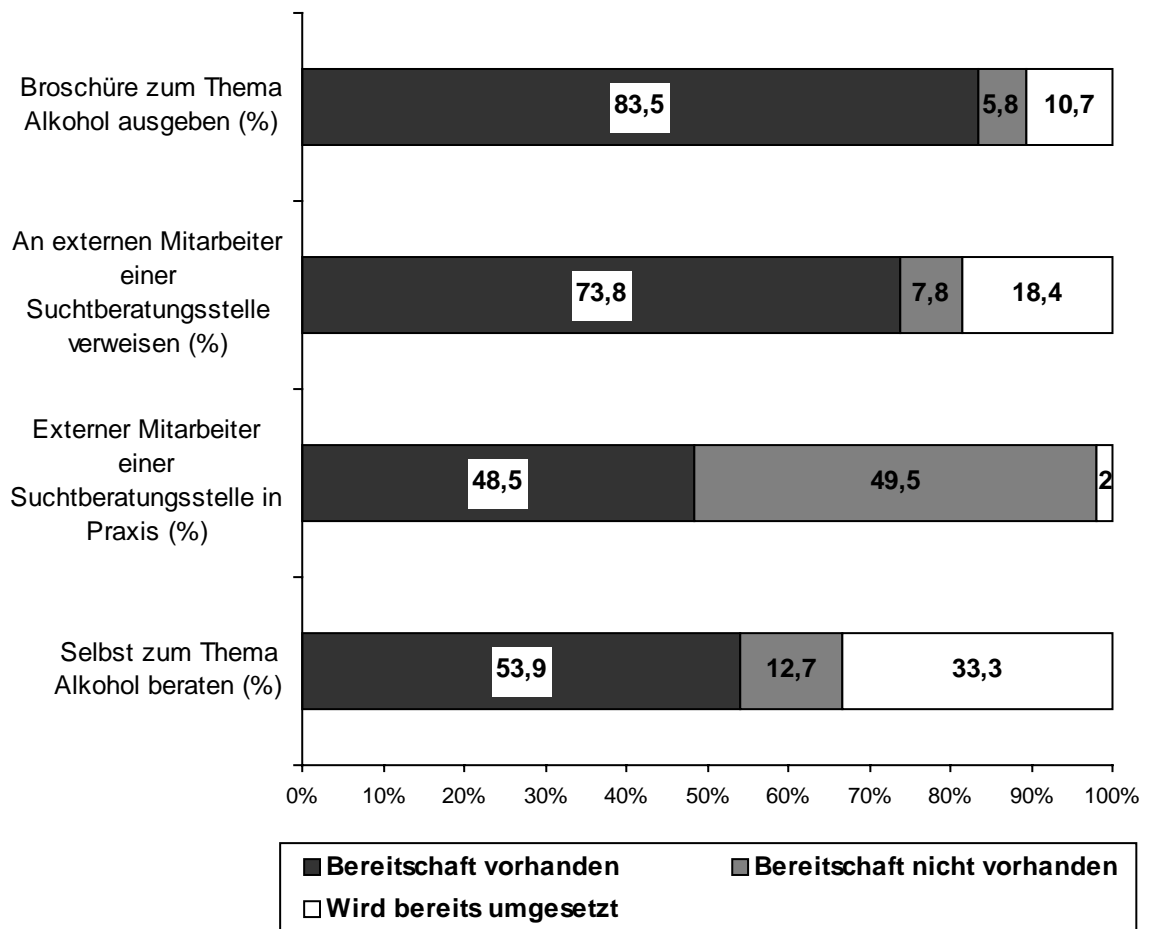


Abb. 11 Bereitschaft zum Einsatz oben genannter Maßnahmen bei im Screening auffälligen Patienten.



6.11 Unterschiede in den Einstellungen in Abhängigkeit vom Geschlecht

Signifikante Unterschiede bei Aussagen der Ärzte in Abhängigkeit vom Geschlecht sind in Abbildung 12 dargestellt. Im Allgemeinen lässt sich feststellen, dass zwischen Ärztinnen und Ärzten nur wenige der Aussagen signifikant sind. Der Aussage, dass Interventionen zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend sind, stimmten mehr Ärztinnen (63,7 %) als Ärzte (42,5 %) zu (Mann-Whitney U Test, $u = 660,00$, $p < 0,05$). Ablehnung erfuhr diese Aussage von keiner Frau, während 10,3 % der Männer diese These ablehnten. Einen ambulanten Alkoholentzug hielten die Frauen für weniger sinnvoll als die Männer (Mann-Whitney U Test, $u = 665,50$, $p < 0,05$). Hier ist zu erkennen, dass 22,7 % der Frauen einen ambulanten Alkoholentzug für sinnvoll hielten, im Gegensatz zu 36 % der Männer. Auch in der Frage der Anreize existierten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. 81,8 % der Ärztinnen meinten, dass es Anreiz bieten würde, wenn schnelle und einfache Beratungsmaterialien zur Verfügung stehen würden (Mann-Whitney U Test, $u = 609,00$, $p < 0,01$). Hingegen waren nur 55,8 % der Ärzte dieser Meinung. Auch die einfache und schnelle Verfügbarkeit von fachspezifischen Einrichtungen würde mehr Frauen (86,4 %) dazu motivieren, Frühinterventionen bezüglich riskanten Alkoholkonsums einzusetzen (Mann-Whitney U Test, $u = 692,5$, $p < 0,05$). Dieser Meinung waren 83,7 % der Männer. Wenn ein Patient im Screening auffällig ist, dann wären 50 % der Ärztinnen gewillt an einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zu verweisen, während 50 % dies bereits umsetzten. Dagegen war bei 79,5 % der Ärzte die Bereitschaft vorhanden und 10,8 % verwiesen bereits (Mann-Whitney U Test, $u = 545,00$, $p < 0,005$).

Abb. 12 Bereitschaft an einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zu verweisen in Abhängigkeit vom Geschlecht. Dargestellt sind die Mittelwerte einer 3 stufigen Skala (1=“ja“, 2=“nein“, 3=“mache ich bereits“).

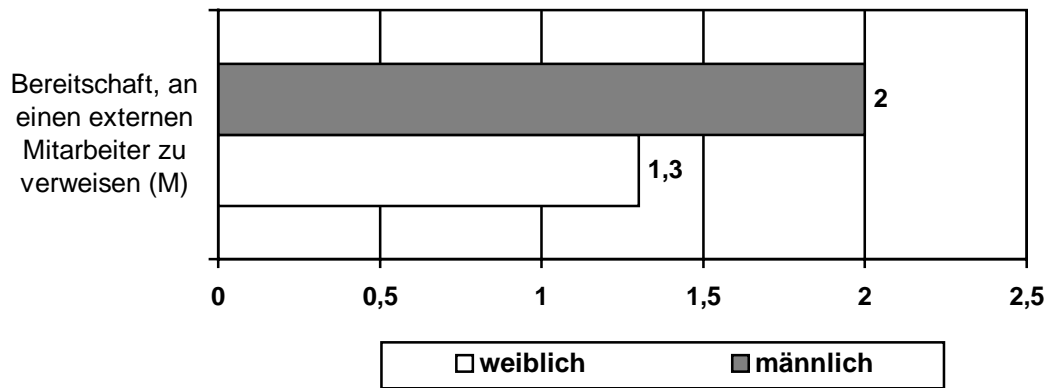
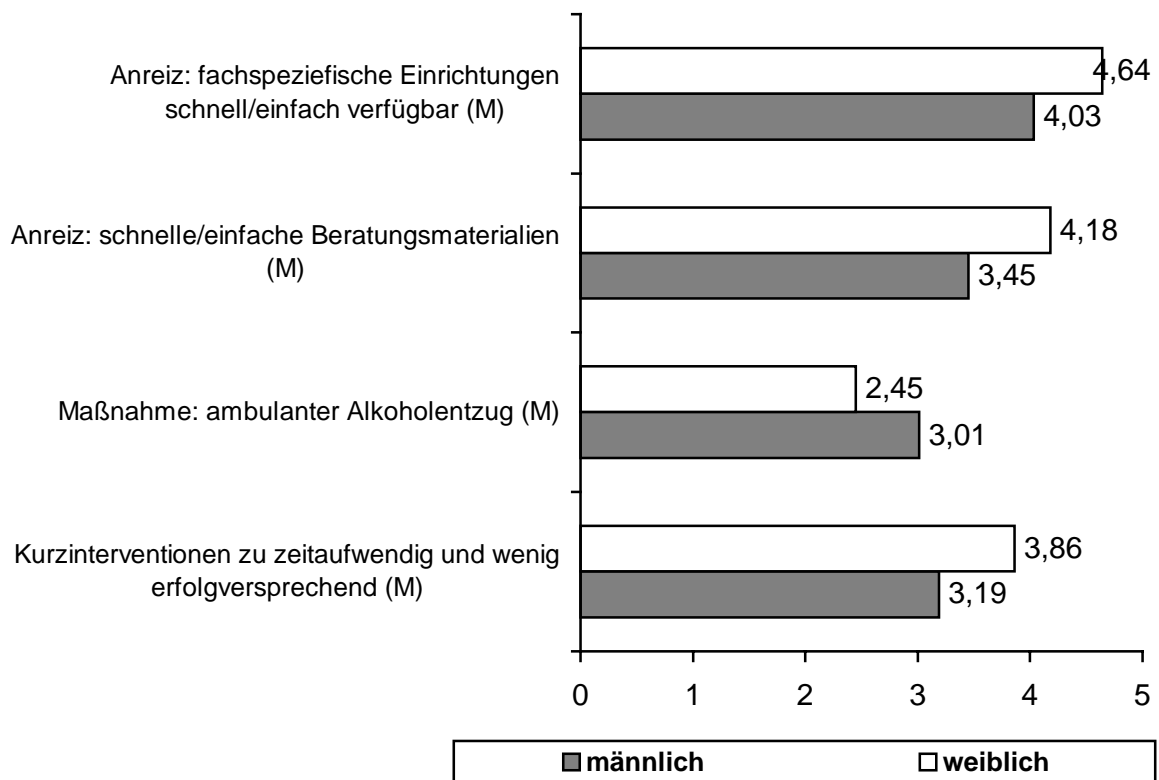


Abb.13 Aussagen in Abhängigkeit vom Geschlecht. Dargestellt sind die Mittelwerte einer 5 stufigen Skala (1=“Stimme gar nicht zu“, 2=“Stimme eher nicht zu“, 3=“Weder noch“, 4=“Stimme eher zu“, 5=“Stimme voll zu“).



6.12 Unterschiede in den Einstellungen in Abhängigkeit vom Alter

Die Aussagen, die mit dem Alter der Ärzte positiv korrelieren, sind in Tabelle 1 veranschaulicht. Ältere Ärzte waren eher der Meinung, genug über die Ursachen von Alkoholproblemen zu wissen, um sich ihrer Rolle im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen sicher zu fühlen. Des Weiteren korrelierte das Alter positiv mit den Aussagen, dass sie ihre Patienten angemessen zum Thema Alkoholkonsum und seine Folgen beraten können, dass sie im Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein können und dass Interventionen bei Alkoholproblemen zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend seien.

Tabelle 1 Aussagen, die eine positive Korrelation mit dem Alter der Ärzte aufwiesen.

Aussage	Korrelation (r)	Signifikanz (p)
Ich denke, dass ich genug über die Ursachen von Alkoholkonsum weiß, um mich meiner Rolle sicher zu fühlen, wenn ich mit Risikokonsumenten umgehe.	0,368	< 0,001*
Ich denke, dass ich meine Patienten angemessen zum Thema Alkohol und seine Folgen beraten kann.	0,263	< 0,01
Ich denke, dass ich in Bezug auf meinen Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein kann.	0,219	< 0,05
Interventionen bei Alkoholproblemen sind zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend.	0,314	< 0,01

* signifikant nach Bonferroni-Adjustierung

In Tabelle 2 finden sich die Aussagen, die negativ mit dem Alter korrelierten. Dass jüngere Ärzte aufgeschlossener sind, wird aus der Frage 13 zu ärztlichen Maßnahmen deutlich. Techniken zur Motivation der Patienten hinsichtlich Trinkmengenreduktion, Vermittlung von Strategien und Fertigkeiten zur Trinkmengenreduktion, Akupunktur als unterstützende Maßnahme, alternative Heilverfahren, Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten und die Vergabe von Selbsthilfebroschüren und -büchern zeigten eine negative Korrelation mit dem Alter der Ärzte. Ebenfalls eine negative Korrelation lag beim Hindernis mangelnde Erfolgsaussichten von Alkoholinterventionen vor. Auch die Ergebnisse hinsichtlich des Anreizes einer Verfügbarkeit von schnellen und einfachen Beratungsmaterialien, des Bedarfes an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen zu den Themen Diagnostik von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Risikokonsum, Techniken zur Motivierung des Patienten hinsichtlich Trinkmengenreduktion, Vermittlung von Strategien und Fertigkeiten zum Erreichen von Trinkmengenreduktion, Medikamente zur Rückfallprophylaxe und Akupunktur als unterstützende Maßnahme wiesen negative Korrelationen mit dem Alter der Ärzte auf.

Tabelle 2 Aussagen, die eine negative Korrelation mit dem Alter der Ärzte aufwiesen.

Aussage	Korrelation (r)	Signifikanz (p)
Maßnahme: Techniken zur Motivierung des Patienten hinsichtlich Trinkmengenreduktion und Abstinenz	- 0,211	< 0,05
Maßnahme: Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zur Trinkmengenreduktion und Abstinenz	- 0,214	< 0,05
Maßnahme: Akupunktur	- 0,348	< 0,001*
Maßnahme: Alternative Heilverfahren	- 0,197	< 0,05
Maßnahme: Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten	- 0,316	< 0,01
Maßnahme: Vergabe von Selbsthilfebüchern und Broschüren	- 0,215	< 0,05
Hindernis: Mangelhafte Erfolgsaussichten von Alkoholinterventionen im Allgemeinen	- 0,239	< 0,05
Anreiz: Wenn schnelle und einfache Beratungsmaterialien erhältlich wären.	- 0,207	< 0,05
Bedarf: Diagnostik und Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Risikokonsum	- 0,231	< 0,05
Bedarf: Techniken zur Motivierung des Patienten hinsichtlich Trinkmengenreduktion.	- 0,283	< 0,01
Bedarf: Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zur Trinkmengenreduktion oder Abstinenz.	- 0,269	< 0,01
Bedarf: Medikamente zur Rückfallprophylaxe	- 0,216	< 0,05
Bedarf: Akupunktur als unterstützende Maßnahme	- 0, 279	< 0,01

* signifikant nach Bonferroni-Adjustierung

6.13 Unterschiede in den Einstellungen in Abhängigkeit von der Anzahl der Patienten

Die Aussagen, die einen Zusammenhang zu der Anzahl der Patienten pro Quartal aufweisen, sind in Tabelle 3 dargestellt. Die Anzahl der behandelten Patienten korrelierte positiv mit den Aussagen, im Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein können, sich im Umgang mit Risikokonsumenten eher als Versager fühlen und weibliche Patienten sind schwieriger zu behandeln als männliche Patienten. Das Verschreiben von Medikamenten zur Rückfallprophylaxe zeigte ebenfalls eine positive Korrelation mit der Anzahl zu behandelnder Patienten pro Quartal. Eine negative Korrelation mit der Anzahl zu behandelnder Patienten pro Quartal wiesen folgende Aussagen auf: die Maßnahme des regelmäßigen Erfragens von Trinkgewohnheiten, die Einstellung, dass Alkoholberatungen mehr kosten als sie finanziell nützen, der Anreiz durch Verbesserung von Vergütung und Arbeitskonditionen und die Bereitschaft, an einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zu überweisen.

Tabelle 3 Aussagen, die positive oder negative Korrelation mit der Anzahl der pro Quartal zu behandelnden Patienten aufweisen.

Aussage	Korrelation (r)	Signifikanz (p)
Ich denke, dass ich im Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein kann.	0,194	< 0,05
Alles in allem bin ich dazu geneigt, mich im Umgang mit Risikokonsumenten als Versager zu fühlen.	0,184	< 0,05
Weibliche Patienten mit Alkoholproblemen sind schwieriger zu behandeln als männliche.	0,186	< 0,05
Maßnahme: Regelmäßiges Erfragen der Trinkgewohnheiten.	- 0,227	< 0,05
Hindernis: Alkoholberatungen kosten mich mehr, als sie mir finanziell nützen.	- 0,310	< 0,001*
Anreiz: Wenn Vergütung und Arbeitskonditionen verbessert würden.	- 0,242	< 0,01
Verschreiben Sie Medikamente zur Rückfallprophylaxe?	0,221	< 0,05
Sind Sie bereit, bei den im Screening auffälligen Patienten an einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zu verweisen?	- 0,186	< 0,05

* signifikant nach Bonferroni-Adjustierung

6.14 Unterschiede der Einstellungen in Abhängigkeit von den Jahren niedergelassener Tätigkeit

Die Ergebnisse bezüglich der Anzahl der Jahre niedergelassener Tätigkeit sind in Tabelle 4 dargestellt. Die Anzahl der Jahre niedergelassener Tätigkeit wies positive Korrelationen mit folgenden Aussagen auf: genug über die Ursachen von Alkoholkonsum wissen, um mit Risikokonsumenten umgehen zu können, angemessen zum Alkoholkonsum und seinen Folgen beraten können, im Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf Vieles stolz

sein zu können, Interventionen bei Alkoholproblemen sind zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend und dem Hindernis mangelnde Erfolgsaussichten von Alkoholinterventionen im Allgemeinen. Eine negative Korrelation zeigten folgende Maßnahmen: Techniken zur Motivierung des Patienten zum Erreichen von Trinkmengenreduktion/Abstinenz, Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zur Trinkmengenreduktion/Abstinenz, Akupunktur als unterstützende Maßnahme, alternative Heilverfahren, Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten und die Vergabe von Selbsthilfebüchern und -broschüren. Der Anreiz schnelle und einfache Verfügbarkeit von Beratungsmaterialien zeigte ebenfalls eine negative Korrelation. Hinsichtlich des Bedarfs an Weiterbildungsveranstaltungen wiesen folgende Aussagen negative Korrelationen mit der Anzahl der Jahre niedergelassener Tätigkeit auf: Techniken zur Motivierung des Patienten, Strategien und Fertigkeiten zur Trinkmengenreduktion, Medikamente zur Rückfallprophylaxe, Akupunktur als unterstützende Maßnahme, alternative Heilverfahren, Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten und Informationen zu Selbsthilfebroschüren und -büchern. Auch die Anzahl der Patienten, bei denen Fragen zum Untersuchungsstandard gehören, bot eine negative Korrelation mit den Jahren niedergelassener Tätigkeit.

Tabelle 4 Aussagen, die eine positive oder negative Korrelation mit den Jahren niedergelassener Tätigkeit aufwiesen.

Aussage	Korrelation (r)	Signifikanz (p)
Ich denke, dass ich genug über die Ursachen von Alkohol weiß, um mich in meiner Rolle sicher zu fühlen, wenn ich mit Risikokonsumenten umgehe.	0,333	< 0,001*
Ich denke, dass ich meine Patienten angemessen zum Alkoholkonsum und seinen Folgen beraten kann.	0,258	< 0,01
Ich denke, dass ich in Bezug auf meinen Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein kann.	0,257	< 0,01
Interventionen bei Alkoholproblemen sind zeitaufwendig und wenig erfolgreich.	0,302	< 0,005
Maßnahme: Techniken zur Motivierung von Patienten zur Trinkmengenreduktion und Abstinenz.	- 0,228	< 0,05
Maßnahme: Vermittlung von Strategien und Fertigkeiten zur Trinkmengenreduktion und Abstinenz.	- 0,225	< 0,05
Maßnahme: Akupunktur als unterstützende Maßnahme bei Alkoholentzug und Rückfallprophylaxe.	- 0,370	< 0,001*
Maßnahme: Alternative Heilverfahren.	- 0,253	< 0,01
Maßnahme: Informationen über weiterführende Behandlungsangebote.	- 0,362	< 0,001*
Maßnahme: Vergabe von Selbsthilfebüchern und Broschüren.	- 0,275	< 0,005
Hindernis: Mangelnde Erfolgsaussichten von Frühinterventionen im Allgemeinen.	0,206	< 0,05
Anreiz: Wenn schnelle und einfache Beratungsmaterialien erhältlich wären.	- 0,243	< 0,05
Bedarf: Techniken zur Motivierung des Patienten zur Trinkmengenreduktion und Abstinenz.	- 0,236	< 0,05
Bedarf: Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien	- 0,209	< 0,05

zur Trinkmengenreduktion und Abstinenz.		
Bedarf: Medikamente zur Rückfallprophylaxe.	- 0,206	< 0,05
Bedarf: Akupunktur als unterstützende Maßnahme bei Alkoholentzug und Rückfallprophylaxe.	- 0,270	< 0,01
Bedarf: Alternative Heilverfahren.	- 0,193	< 0,05
Bedarf: Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten.	- 0,193	< 0,05
Bedarf: Informationen zu Selbsthilfebüchern und Broschüren.	- 0,204	< 0,05
Bei wie vielen Ihrer Patienten gehören Fragen zum Alkoholtrinkverhalten zu Ihrem Untersuchungsstandard?	- 0,195	< 0,05

*signifikant nach Bonferroni-Adjustierung

7. Diskussion

7.1 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse erlauben erstmals eine Einschätzung für Deutschland hinsichtlich der Bereitschaft und Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen. Es zeigte sich eine eher kritische Haltung gegenüber Patienten mit Alkoholproblemen, jedoch wurde der Einsatz von entsprechenden Interventionen als wichtig erachtet. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass die Ärzte im Hinblick auf ihre eigenen Patienten das Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen für signifikant weniger wichtig hielten als im Allgemeinen. Dies könnte mit der Scheu zusammenhängen, Patienten direkt nach Alkoholproblemen zu befragen, oder mit dem Mangel an Zeit. Dennoch waren die Ärzte der Meinung, dass es ihre Aufgabe sei, an der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen teilzuhaben, und immerhin 62,96 % der Ärzte waren bereit Frühinterventionen durchzuführen. Hiernach weisen die Ärzte eine hohe Bereitschaft auf, an der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen teilzunehmen. Einer Rolle in der Behandlung von Alkoholproblemen stimmten ebenfalls 60 % der Ärzte einer Studie von Kaner et al. 1999 zu. In einer Studie von Aalto et al. 2001 benannten 87 % der Ärzte positive Einstellungen mit Patienten über Alkohol zu sprechen. Aus einer Studie von Beich et al. 2002 geht hervor, dass Frühinterventionen nach Ansicht niedergelassener Hausärzte kein Teil ihrer Arbeit sei. Die Mehrzahl der bisher durchgeführten Studien zu diesem Thema zeigte, dass ausreichend Kompetenzgefühl und Rollensicherheit von befragten Ärzten angegeben wurde (Clement, 1986; Rush et al., 1995; Aalto et al., 2001; Anderson et al., 2003). Die vorliegenden Ergebnisse decken sich diesbezüglich weitestgehend mit internationalen Resultaten. Die meisten Ärzte fühlten sich berechtigt, ihre Patienten nach Alkoholproblemen zu befragen und meinten, dass ihre Patienten diese Berechtigung ebenso anerkennen. Das heißt, dass das Thema Alkohol legitim angesprochen werden darf. Des Weiteren hielten es mehr als zwei Drittel der Ärzte für lohnenswert, sich mit Patienten mit Alkoholproblemen zu befassen. Jedoch gaben die Ärzte an, nur bei ca. der Hälfte der Patienten eine Standarddiagnostik zum Alkoholkonsum durchzuführen. Das könnte ein Zeichen dafür sein, dass der Alkoholkonsum in der Realität doch noch ein Tabuthema für einige Ärzte darstellt. Des Weiteren meinten 92,6 % der Ärzte, dass Patienten mit einem Alkoholproblem nicht ohne fremde Hilfe mit dem Trinken aufhören

können. Dieser Befund legt nahe, dass die Ärzte primär problematischen Konsum mit abhängigem Verhalten gleichsetzen. Mangelndes Vertrauen in den Erfolg von Frühinterventionen zeigte sich unter anderem darin, dass lediglich 35,2 % der Ärzte ein Screening bei allen Patienten zwischen 18 und 65 Jahren für sinnvoll erachteten. In diesem Punkt könnte es an Information der Ärzte mangeln. In der vorliegenden Studie wurde die Aussage, dass Pessimismus die realistischste Haltung im Umgang mit Alkoholpatienten sei, von 58,3 % der Ärzte voll oder eher abgelehnt. Aus der Literatur geht ebenfalls ein gewisser Pessimismus hervor (Rush et al., 1995). In einer von Anderson 1985 durchgeführten Studie erlangte die Mehrheit der Ärzte keine berufliche Zufriedenheit im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen. Zwei Drittel der Ärzte einer Befragung von Clement 1986 sahen die Arbeit mit Alkoholpatienten als wenig befriedigend an. In der vorliegenden Studie meinten lediglich 13,9 % der Ärzte, es sei nicht Ihre Aufgabe Patienten mit Alkoholproblemen zu behandeln, während 64,8 % es als Ihre Aufgabe ansahen. Auch in der Literatur zeigten sich diesbezüglich ähnliche Ergebnisse (Roche et al., 1995). Bezüglich möglicher Unterschiede in der Behandlung von weiblichen und männlichen Patienten, gaben 55,5 % der Ärzte, der vorliegenden Studie an, weibliche Patienten seien schwieriger zu diagnostizieren. In Bezug auf die Behandlung waren nur 33,6 % der Ärzte der Meinung Frauen seien schwieriger zu behandeln. Die Ärzte einer Studie aus Toronto meinten, dass männliche Problemtrinker weniger motiviert seien ihr Trinkverhalten zu ändern als weibliche (Wilson et al., 2002). Die vorliegenden Befunde decken sich mit bisherigen internationalen Untersuchungen insofern, als dass Zeitmangel ein Haupthindernis hinsichtlich des Einsatzes von Frühinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen darstellte (Bradley et al., 1995; Rush et al., 1995; Arborelius et al., 1995; Kaner et al., 1999; Spandorfer et al., 1999; Hansen et al., 1999; Beich et al., 2002). Auch bezüglich weiterer Hindernisse stimmen die vorliegenden Ergebnisse mit denen der bekannten Literatur überein, zum Beispiel der Mangel an Ausbildung (Kaner et al., 1999; Beich et al., 2002) und Mangel an Strategien und Materialien (Rush et al., 1995). Ebenfalls sehr wichtige Hindernisse stellten der zu hohe zeitliche Aufwand und die mangelnde Vergütung von Frühinterventionen für den Arzt dar. Hier könnten Lösungsansätze in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern gefunden werden. Als weitere Hindernisse wurden das mangelnde Interesse, die mangelnde Mitarbeit des Patienten und die geringen Erfolgsaussichten von Frühinterventionen genannt. Die Skepsis gegenüber einem Erfolg von Frühinterventionen

wird auch aus der Literatur deutlich (Rush et al., 1994; Beich et al., 2002). Aus der existierenden Literatur geht hervor, dass Frühinterventionen bei Alkoholproblemen sehr effektiv sind (Fleming et al., 1997 a; Wilk et al., 1997; Moyer et al., 2002). Insgesamt zeigten sich derzeit noch deutliche Defizite in der Implementierung von Frühinterventionen. 76,9 % der Ärzte gaben an, einen Anreiz darin zu sehen, mehr Interventionen einzusetzen, wenn Frühinterventionen bei riskantem Alkoholkonsum erwiesenermaßen erfolgreich wären. Diese Aussagen weisen darauf hin, dass Ärzte zum Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen zu wenig informiert sind. Wie bereits erwähnt weisen zahlreiche Studien Kurzinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen als wirksam aus (Bien et al., 1993; Fleming et al., 1997, Wilk et al., 1997, Moyer et al., 2002). Demzufolge würden einfache Informationen zu diesem Punkt Hindernisse beseitigen können. Weiterhin könnten durch Weiterbildungsveranstaltungen die Kompetenz der Ärzte gestärkt und mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten diesbezüglich vermittelt werden. Es wurden einige weitere Maßnahmen genannt, die Anreize für den Einsatz von Frühinterventionen bieten würden, wie zum Beispiel die einfache und schnelle Bereitstellung von Beratungsmaterialien und schnelle und einfache Verfügbarkeit von fachspezifischen Einrichtungen. Den größten Anreiz für den Einsatz von Frühinterventionen würde die Bitte des Patienten um eine Gesundheitsberatung darstellen. Viele Patienten sehen ihre Trinkgewohnheiten jedoch nicht als problematisch oder gesundheitsschädigend an. Gerade deshalb ist ein Screening sinnvoll, denn es könnten Patienten herausgefiltert werden, die ihre Probleme nicht sehen oder deren Alkoholprobleme sich noch im Anfangsstadium befinden. Auch die Verfügbarkeit von Trainingsprogrammen zu Frühinterventionen bei riskantem Alkoholkonsum wäre Anreiz für die Ärzte, Frühinterventionen einzusetzen. Vielfach besteht der Wunsch nach mehr Unterstützung durch öffentliche Kampagnen oder fachspezifische Einrichtungen. Damit decken sich die Ergebnisse weitestgehend mit denen internationaler Studien (Kaner et al., 1999; Rush et al., 1994; Rush et al., 1995; Bradley et al., 1995). Dass die Ärzte befürchten, Patienten durch Fragen zum Alkoholkonsum zu verlieren, ließ sich mit den vorliegenden Ergebnissen nicht bestätigen. Eine britische Studie belegt, dass lediglich 3 % der bei den Hausärzten zu screenenden Patienten ein Screening ablehnten (Kaner et al., 2001 b). Eine Öffentlichkeitskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die im Rahmen des Aktionsplans Alkohol in Schleswig-Holstein (Rumpf et al., 2003 a) durchgeführt wurde, zeigte jedoch nur geringen Einfluss auf die Einstellungen

sowie das ärztliche Handeln der Hausärzte (Krysiak et al., 2005). Auch die Verbesserung von Arbeitskonditionen und Bezahlung stellt sowohl in der vorliegenden Studie als auch in der Literatur einen wichtigen Punkt dar, der Anreiz wäre, mehr Frühinterventionen einzusetzen (Arborelius et al., 1999). Der Weiterbildungsbedarf bezüglich Patienten mit Alkoholproblemen ist als verhältnismäßig hoch anzusehen. Es existieren eine Reihe von Studien, die zeigen, dass zum Thema Alkoholmissbrauch zu wenig Ausbildung an den Universitäten angeboten wird. Es mangelt an Akzeptanz und Verständnis von Seiten der Ärzte bezüglich des Krankheitsmodells für Abhängigkeitserkrankungen (Miller et al., 2001). Wichtige Themen wären die weiterführende Behandlung, Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien, Techniken zur Motivierung und Diagnostik im Allgemeinen. Auch in der internationalen Literatur wird Bedarf an Weiterbildungsveranstaltungen zu diesen Themen konstatiert (Aalto et al., 2001). Aus der Literatur geht hervor, dass Ärzte, die mehr Training erhalten hatten, eher auf den Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen vorbereitet sind (Rush et al., 1994; Kaner et al., 2001 a).

Fragen zum Thema Alkoholtrinkverhalten gehören keinesfalls zur Routine eines jeden Arztes. Lediglich bei 49,6% der Patienten gehören Fragen zur Alkoholtrinkmenge zum Untersuchungsstandard der Ärzte. Nur 14 % der Ärzte führen bereits ein Screening auf Alkoholprobleme oder Trinkmengen routinemäßig durch, bei auffälligen Patienten beraten lediglich 33,4 % der Ärzte selbst zu diesem Thema und 18,4 % verweisen an einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle. Auch hier könnte man die oben bereits angeführten Hindernisse als mögliche Ursachen sehen und potentielle Lösungsansätze in Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen suchen. Die Hälfte der befragten Ärzte ist nicht bereit ein Screening bezüglich eines Alkoholproblems einzusetzen, was ebenfalls auf mangelndes Vertrauen in ein Screening oder mangelndes Bewusstsein für dessen Notwendigkeit zurückzuführen ist. Das Interesse der Ärzte an einem Screening könnte durch Gruppenfortbildungen und ein Feedback über ihre Arbeit gestärkt werden. Des Weiteren könnten finanzielle Anreize, zum Beispiel Bonussysteme, geschaffen werden, um Ärzte zu motivieren ein Screening auf Alkoholprobleme einzusetzen (Fleming, 1997 b). In internationalen Befragungen zeigte sich sowohl eine zum Teil höhere als auch niedrigere Bereitschaft der Ärzte, Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen einzusetzen, als in der vorliegenden Studie. In einer Studie aus Philadelphia gaben 64 % der befragten Ärzte an, 80–100 % ihrer Patienten auf Alkohol zu screenen, jedoch beraten nur 28 % der Ärzte selbst zum Thema Alkohol,

während 72 % lieber an geschultes Fachpersonal überweisen (Spandorfer et al., 1999). In einer finnischen Studie führten 53 % der Ärzte keine Frühinterventionen durch (Aalto et al., 2003). Bradley et al. 1995 fanden in einer Befragung von Internisten heraus, dass 64 % der Ärzte alle ihre neuen Patienten auf Alkoholprobleme screenen und 65 % auf Alkoholtrinkmengen. Die meisten Ärzte einer Befragung von Kaner et al. (2001 a) bestellen Patienten zu einem Gespräch wieder ein oder verweisen an geschultes Fachpersonal.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern könnten darin begründet liegen, dass Frauen ehrlicher sind oder Männer eher im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet haben. Des Weiteren ist die absolute Anzahl der an der Studie teilnehmenden Frauen verhältnismäßig gering. Es haben fast 4-mal mehr Männer an der Studie teilgenommen. Gründe könnten darin bestehen, dass es mehr niedergelassene Ärzte als Ärztinnen gibt. Insgesamt wurden 282 Ärzte angeschrieben unter diesen waren lediglich 67 Frauen. Vielleicht nehmen Frauen weniger gern an postalischen Studien teil. Es wäre ebenfalls denkbar, dass Ärztinnen mehr schlechte Erfahrungen mit Patienten mit Alkoholproblemen gemacht haben. Das Alter korrelierte positiv mit dem Grad der Erfahrung im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblemen, jedoch negativ mit Rollenzufriedenheit bezüglich Interventionen. Des Weiteren sind ältere Ärzte eher der Meinung, genug über Alkoholprobleme und ihre Ursachen zu wissen, um sich in ihrer Rolle sicher zu fühlen, und gaben weniger Weiterbildungsbedarf an. Diese Ergebnisse könnten auf eine größere Erfahrung der älteren Ärzte zurückzuführen sein. Demgegenüber stimmten Ärzte, die länger niedergelassen tätig sind, ebenfalls eher zu, in Hinsicht auf ihren Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein zu können. Länger niedergelassene Ärzte lehnten Frühinterventionen auf Grund von zu hohem Zeitaufwand und wenig Erfolgsaussichten ab. Diese Haltung könnte unter Umständen darin begründet liegen, dass länger niedergelassene und ältere Ärzte vermehrt schlechte Erfahrungen mit Patienten mit Alkoholproblemen gemacht haben oder jüngere Ärzte eher sozial erwünschte Antworten gaben. Jüngere Ärzte und weniger lange niedergelassene Ärzte gaben einen höheren Bedarf an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen an, was bedeuten könnte, dass ihnen die Erfahrung fehlt oder dass sie zu wenig Ausbildung auf diesem Gebiet erhielten. Vielleicht haben weniger lange niedergelassene und jüngere Ärzte mehr Interesse an diesem Thema. Hinsichtlich Behandlungsmöglichkeiten, wie Akupunktur und alternative Heilverfahren, sind die jüngeren und weniger lange niedergelassenen Ärzte

aufgeschlossener. Das könnte darauf hinweisen, dass diese Themen zunehmend im Rahmen des Medizinstudiums vermittelt werden. Rush et al. (1994) beschreiben mehrere Studien, bei denen jüngere Ärzte mehr über Alkoholprobleme wissen, mehr positive Meinungen haben, eher gewillt sind zu intervenieren und mehr Vertrauen in ihre Fähigkeiten zeigten (Rush et al., 1994). Es existieren noch eine Reihe von Faktoren, die Einfluss auf die Meinungen der Ärzte ausüben könnten, u. a. ob ein Arzt selber raucht oder trinkt. Fragen diesbezüglich sind nicht in die vorliegende Studie aufgenommen worden, um einen eventuell negativen Effekt auf die Rücklaufquote zu vermeiden. Allerdings zeigen neue Befunde, dass das eigene Trinkverhalten von Ärzten (AUDIT Score) in einer finnischen Stichprobe keinen Effekt auf die Häufigkeit des Einsatzes von Kurzinterventionen hatte (Aalto, Hyvonen & Seppä, 2005).

Die Ergebnisse zeigen klar, dass derzeit noch nicht umfassend Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen durchgeführt werden. Die Etablierung von Frühinterventionen bezüglich Patienten mit Alkoholproblemen in die Allgemeinarztpraxis stellt eine viel versprechende Chance dar, die betreffende Zielgruppe zu erreichen und gegebenenfalls zu intervenieren. Wie eine Studie in Lübeck zeigte, konsultieren 80 % der Patienten mit Alkoholproblemen einmal im Jahr einem Hausarzt (Rumpf et al., 2000). Von 40,2 % der Ärzte wurde eine fehlende spezielle Ausbildung als Hindernis für den Einsatz von Frühinterventionen angegeben, so dass die Funktion des Hausarztes in diesem Bereich unter anderem durch Fortbildungsmaßnahmen gestärkt werden könnte. Durch finanzielle Ausgleichs könnten Anreize geschaffen werden, mehr Frühinterventionen einzusetzen.

7.2 Kritische Beurteilung der Ergebnisse

Die Fragen des von der WHO in 14 Ländern eingesetzten Fragebogens (Anderson & Clement, 1987; Kaner et al., 2001b; Anderson et al., 2003) konnten im Englischen in die Faktoren Rollensicherheit und therapeutische Verpflichtung hinsichtlich der Frühinterventionen bei Alkoholproblemen eingeteilt werden. Diese Subskalen ließen sich in der vorliegenden Stichprobe durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse nicht replizieren. Die Analyse erfolgte deshalb auf Einzelitembasis. Einige dieser Fragen sind missverständlich formuliert, so dass die Ergebnisse bei klarerer Fragestellung

wahrscheinlich anders ausgefallen wären. Der Wortlaut der beiden oben genannten Fragen des von der WHO verwendeten Fragebogens ist nahezu identisch. Frage zehn sollte sich auf Risikokonsumenten beziehen und Frage elf auf Patienten mit Alkoholabhängigkeit. Die einzelnen Items sprechen jedoch jeweils von Risikokonsumenten, so dass einige Ärzte die Frage als doppelt ansahen und nicht beantworteten. Auch in der englischen Version des Fragebogens lauten beide Fragen gleich. Die Frage elf konnte aus diesem Grund nicht zur Auswertung herangezogen werden. Des Weiteren sind einige der Items der Fragen zehn und elf missverständlich ausgedrückt und einzelne Ärzte könnten die Fragen für zu persönlich gehalten haben, z. B. „Ich denke, dass ich im Umgang mit Risikokonsumenten nicht auf vieles stolz sein kann“, „Im Allgemeinen mag ich Menschen, die einen riskanten Alkoholkonsum haben.“ Eine freiere Übersetzung des englischen Items („In general I like patients with alcohol problems“) wäre sinnvoll gewesen. Lediglich 67 der 282 angeschriebenen Ärzte waren Frauen. Wie oben schon beschrieben nahmen 86 Männer, aber nur 22 Frauen an der Studie teil. Diese Tatsache könnte einen Effekt auf die Ergebnisse der Befragung gehabt haben. Vielleicht gaben Männer sozial erwünschte Antworten oder Frauen hatten mehr schlechte Erfahrungen mit Patienten mit Alkoholproblemen gesammelt. Wobei aufgrund der geringen Teilnahme von Ärztinnen die Ergebnisse zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern eher kritisch beurteilt werden müssen. Zur statistischen Auswertung der Ergebnisse wurden verschiedene Tests herangezogen. Aus explorativen Gründen wurden keine Korrekturen nach Bonferroni vorgenommen. Lediglich die tabellarisch dargestellten Ergebnisse wurden nach Bonferroni korrigiert. Lag eine Signifikanz vor, wurden diese mittels Stern gekennzeichnet.

7.3 Hindernisse und Schwachpunkte der eigenen Studie

Die Studie weist einige Limitationen auf. Die Ausschöpfungsquote von 51,67 % liegt im unteren Bereich. Vergleichbare internationale Studien zu diesem Thema verzeichnen zwischen 50 % und 70 %. Ausschöpfungsraten in deutschen Befragungen von Hausärzten zu nicht alkoholbezogenen Fragestellungen liegen häufig darunter (ca. 20–75 %; Studien in Pubmed 2000–2006). Eine in 6 europäischen Ländern durchgeführte Erhebung zeigt deutliche Unterschiede in den Ausschöpfungsraten (Auschöpfungsraten: Großbritannien

50 %, Deutschland 25 %) (Hobbs, Jones, Allan, Wilson & Tobias, 2000). Insgesamt kann die in der vorliegenden Studie erzielte Erreichungsquote als zufriedenstellend erachtet werden. Dennoch fehlen von fast der Hälfte der Ärzte Angaben, so dass die hier genannten Resultate kein repräsentatives Abbild erlauben. Darüber hinaus fand die Studie in direktem Anschluss an die Lübecker Studie SIP (Stepped Interventions for Problem drinkers) zu Frühinterventionen in Arztpraxen (Rumpf et al., 2001 b) statt. Dieses Projekt hatte das Ziel, herkömmliche Kurzinterventionen mit einem gestuften Vorgehen bei Hausarztpatienten mit Alkoholproblemen zu prüfen. In zufällig ausgewählten Arztpraxen führten Mitarbeiter des Projektes eine Screeningdiagnostik durch. Patienten mit auffälligen Testwerten wurden um Teilnahme an der Studie gebeten. Es ist möglich, dass dadurch die Teilnahmebereitschaft oder die Einstellungen beeinflusst waren. Des Weiteren stand die Gesundheitsreform kurz vor ihrer Durchführung, was für die Ärzte sicher eine enorme Mehrbelastung darstellte. Die Ärzte wurden zur Durchführungszeit der Studie von vielen Instituten angeschrieben, um an Studien teilzunehmen, somit hätte der Fragebogen unter der Masse an Studien kürzer sein müssen. Weitere Gründe, nicht an einer Studie teilzunehmen, sind Zeitmangel oder Vorbehalte der Ärzte gegen das Thema der Befragung. Außerdem erhielten die Ärzte keinen finanziellen Ausgleich für ihre Mühe und Zeit (Edwards et al., 2002). Ärzte nehmen eher an Studien teil, über die man sie vorher informiert hat, und Ärzte beklagten sich außerdem, dass sie nicht genügend Informationen über die Studienergebnisse bekommen. Der Fragebogen ist mit seinen 10 Seiten verhältnismäßig lang. Mit zunehmender Länge des Fragebogens nimmt die Rücksendequote ab (Edwards et al., 2002). Man fand heraus, dass im Allgemeinen nicht teilnehmende Ärzte älter, erfahrener, weniger gut qualifiziert, allein arbeitend und gestresster sind (Mc Avoy et al., 1996). Die Angaben zur Bereitschaft und zur derzeitigen Durchführung von Interventionen sind eher eine Überschätzung, da ein Teil der Ärzte im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet haben mag. Weiterhin ist davon auszugehen, dass eher die motivierten Ärzte geantwortet haben.

8. **Ausblick**

Kurzinterventionen im Hinblick auf Alkoholprobleme in der Allgemeinarztpraxis sind derzeit noch unzureichend etabliert. Ärzte müssten im Rahmen ihrer Ausbildung viel früher an das Thema Alkoholprobleme, deren Folgen und die Möglichkeit der Interventionen herangeführt werden. Informationen zu diesen Themen könnten bereits die Universitäten vermitteln. Obwohl es Belege für die Wirksamkeit von Frühinterventionen gibt und fachspezifische Einrichtungen vorhanden sind, weisen die Suche nach Unterstützung, die bestehende Skepsis gegenüber dem Erfolg von Frühinterventionen und der hohe Bedarf an Weiterbildungsveranstaltungen auf ein diesbezügliches Informationsdefizit hin, welches in zukünftigen Fortbildungsmaßnahmen mit entsprechenden Inhalten berücksichtigt werden muss. Im heutigen Gesundheitssystem werden viele ärztliche Leistungen unzureichend vergütet. Finanzielle Ausgleiche und die Etablierung eines Screenings im Hinblick auf Alkoholprobleme als absetzbare Leistung würden Anreiz schaffen, mehr Interventionen einzusetzen. In einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erbrachte die Versendung eines Leitfadens nur wenig Erfolg. Hier würden kurze handliche Leitfäden und ein Einsatz während der Ausbildung eine bessere Annahme bringen können (Krysiak et al., 2005). Hinsichtlich der Patienten könnten Öffentlichkeitskampagnen das Problembewusstsein der Bevölkerung stärken und somit die Bereitschaft der Betroffenen fördern, den Arzt um eine Beratung zu bitten.

I Literaturverzeichnis

- Aalto M, Pekuri P & Seppä K: Primary health care nurses` and physicians` attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 96, 305–31 (2001)
- Aalto M, Värre T, Pekuri P & Seppä K: The role of general practitioners` working style and brief intervention activity. *Addiction*, 98, 1447–1451 (2003)
- Aalto M, Hyvonen S & Seppä K: Do primary care physicians` own AUDIT scores predict their use of brief alcohol intervention? A cross-sectional survey. *Drug Alcohol Depend* 83, 169-73 (2005)
- Adams P J, Powell A, McCormick R & Paton-Simpson G: Incentives for general practitioners to provide brief interventions for alcohol problems. *N Z Med J* 110, 291–294 (1997)
- Andréasson S, Hjalmarsson K & Rehnman C : Implementation and dissemination of methodes for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study. *Alcohol Alcohol* 35, 525–530 (2000)
- Anderson P: Managing alcohol problems in general practice. *B M J* 290, 1873–1875 (1985)
- Anderson P & Clement S: The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners` attitudes to alcohol problems. *Br J Addict*, 82; 753–759 (1987)
- Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Heather N & Saunders J: Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a world health organization international collaborative survey. *Alcohol Alcohol* 38, 597–601 (2003)
- Apodaca T R & Miller W R: A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *J Clin Psychol*, 59, 289–304 (2003)
- Arborelius E & Damström Thakker K : Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family pract* 12, 419–422 (1995)
- Augustin R & Kraus L: Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003*. *Sucht*, 51, 29–39 (2005)
- Barbor T F, de la Fuente J R, Saunders J & Grant M : The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. *World Health Organization: Division of Mental Health* (1989)

-
- Beich A, Gannik D & Malterud K: Screening and brief interventions for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *B M J* 325, 870–872 (2002)
- Beich A, Thorson T & Rollnick S: Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systemic review and meta-analysis. *B M J* 327, 536–540 (2003)
- Bendtsen P & Akerlind I: Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 34, 795–800 (1999)
- Bergmann E & Horch K: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut (2003)
- Bien T H, Miller W R & Tonigan J S : Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 88, 315–336 (1993)
- Bradley K A, Curry S J, Koepsell T D & Larson E B: Primary and secondary prevention of alcohol problems: U. S. Internist Attitudes and Practices. *J Gen Intern Med*, 10, 67–72 (1995)
- Buchsbaum D G, Buchanan R G, Lawton M J, Elswick R K & Schnoll S H: A program of screening and prompting improves short-term physician counseling of dependent and nondependent harmful drinkers. *Arch Intern Med* 153, 1573–1577 (1993)
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, Kraus L, Merfert-Diete C, Rumpf H-J, Simon R & Töppich J: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Band 128 Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (2000)
- Casswell S & Mcpherson M: Attitudes of New Zealand General Practitioners to alcohol-related Problems. *J Stud Alcohol* 44, 342–351 (1982)
- Clement S: The identification of alcohol-related problems by general practitioners. *Br J Addict* 81, 257–261 (1986)
- Dilling H, Mombour W & Schmidt M: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10, Kapitel V (F), klinische diagnostische Leitlinien, 2. Aufl., 89–95, Verlag Hans Huber, Bern, 1993

-
- Dumitreseu R G & Cotarla I: Understanding breast cancer risk – where do we stand in 2005? *J Cell Mol Med* 9, 208–211 (2005)
- Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGiuseppi C, Pratap S, Wentz R & Kwan I: Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *B M J*, 321: 1–9 (2002)
- Ezzati M, Lopez A D, Rodgers A, Vander Horn S, & Murray C J: Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360, 1342–1343 (2002)
- Feuerlein W, Kufner H & Soyka M: Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 5. Aufl, Kapitel 4 und 5, Thieme, Stuttgart, 1998
- Fleming M F, Lawton Barry K, Baier Manwell L, Johnson K & London R: Brief physician advice for problem alcohol drinkers randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 277, 1039–1045 (1997 a)
- Fleming M F: Strategies to increase alcohol screening in health care settings. *Alcohol Health Res World*, 21, 340–347 (1997 b)
- Fleming M F, Baier Manwell L, Lawton Barry K, Adams W & Stauffacher E: Brief physician advice for alcohol problems in older adults a randomized community-based trial. *J Fam Pract* 48, 378–384 (1999)
- Geller A: The general medical evaluation of the alcoholic. *Occup Med: State of the Art Review* 4, 245–261 (1989)
- Hansen L J, de Fine Olivarius N, Beich A & Barfod S: Encouraging GPs to undertake screening and brief intervention in order to reduce problem drinking: a randomized controlled trial. *Fam Pract* 16, 551–557 (1999)
- Hill A, Rumpf H-J, Hapke U, Driessen M & John U: Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice in Germany – a representative study. *Alcohol Clin Exp Res*, 22, 935–940 (1998)
- Hobbs F D R, Jones M I, Allan T F, Wilson S & Tobias R: European survey of primary care physician perceptions on heart failure diagnosis and management (Euro-HF). *Eur Heart J* 21, 1877–1887 (2000)
- John U, Hapke U, Rumpf H-J, Hill A & Dilling H: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 71 (1996)
- John U, Hapke U & Rumpf H-J: Mißbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol. *Deutsches Ärzteblatt* 98, 3–6 (2001)

-
- John U & Hanke M: Alcohol-attributable mortality in high per capita consumption country – Germany. *Alcohol Alcohol* 37, 581–585 (2002)
- Kaner E F S, Heather N, McAvoy B, Lock C A & Gilvarry E: Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of english general practitioners. *Alcohol Alcohol* 34: 559–566 (1999)
- Kaner E F S, Wutzke S, Saunders J B, Powell A, Morawski J & Bouix J-C: Impact of alcohol education and training on general practitioners`diagnostic and management skills: finding from a world health organisation collaborative study. *J Stud Alcohol* 62: 621–627 (2001 a)
- Kaner E, Heather N, Brodie J, Lock C A & McAvoy B: Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *Br J Gen Pract*, 51, 822-7 (2001 b)
- Krysiak S, Schimanke K, Grothues J & Rumpf H-J: Evaluation eines Leitfadens zu Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen für die ärztliche Praxis im Rahmen einer öffentlichen Kampagne. Abschlussbericht an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2005)
- Lucas D L, Brown R A, Wassef M & Giles T D: Alcohol and the cardiovascular system research challenges an opportunities. *J Am Coll Cardiol*. 45, 1916-24 (2005)
- Mänz C, Berner M, Lorenz G, Härter M, Bermejo I, Berger M, Buchkremer G & Mundle G Projekt AQAH: Ambulantes Qualitätsmanagement alkoholbezogener Störungen beim Hausarzt. *Suchtmedizin* 5, 41–44 (2003)
- Mayfield D, McLeod G & Hall P The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. *Am J Psychiatry* 131, 1121–1123 (1974)
- McAvoy B, & Kaner E F S: General practice postal surveys: a questionnaire too far? *BMJ* 313: 733–734 (1996)
- Miller N S, Sheppard L M, Colenda C C & Magen J: Why are physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug- related disorders. *Acad Med*, 76, 410-417 (2001)
- Moyer A & Finney J W: Outcomes for untreated individuals involved in randomized trials of alcohol treatment. *J Subst Abuse Treat*. 23, 247–252 (2002)
- Möller H-J, Laux G & Deister A: *Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl., 307-309, Thieme, Stuttgart, 2001

-
- Mukamal K J, Aschario A, Mittleman M A, Conigrave K M, Camargo C A Jr, Kawachi I, Stampfer M J, Willet W C & Rimm E B: Alcohol and risk for ischemic stroke in men: the role of drinking patterns and usual beverage. *Ann Intern Med.* 142, 11-9 (2005)
- Rehm J, Room R, Graham K & Frick U: Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität. *Sucht* 49, 87–94 (2003)
- Reimer C & Freisfeld A: Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. *Therapiewoche* 34, 3514–3520 (1984)
- Richmond R L & Anderson P: Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. III. Dissemination of intervention. *Addiction* 89, 49–62 (1994)
- Riley E P & Mc Gee C L: Fetal alcohol spectrum disorders: an overview with emphasis on changes in brain and behavior. *Exp Biol Med (Maywood)*. 230, 357–65 (2005)
- Roche A M & Richard G P: Doctors` willingness to intervene in patients` drug and alcohol problems. *Soc Sci Med* 33, 1053–1061 (1991)
- Roche A M, Parle M D, Stubbs J M, Hall W & Saunders J B: Management and treatment efficacy of drug and alcohol problems: what do doctors believe? *Addiction* 90, 1357–1366 (1995)
- Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, Bischof G & John U: Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und –mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *SUCHT* 46, 9–17 (2000)
- Rumpf H-J, Hapke U & John U: LAST Lübecker –Alkoholabhängigkeits- und missbrauchs-Screening-Test. Testmanual, Hogrefe Verlag, Göttingen (2001 a)
- Rumpf H-J, Bischof G, Hapke U, Meyer C, Brooks A, Junghanns K, Hohagen F & John U: Ein gestuftes Beratungskonzept für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in der allgemeinmedizinischen Praxis. Das Lübecker Projekt SIP. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 12, 42–45 (2001 b)
- Rumpf H-J, Bischof G, Fritze M, Grothues J, Löhrmann I & Reinhardt S: Frühintervention bei riskantem Alkoholkonsum in der ärztlichen Praxis. *Nordlicht Aktuell* 6, 14–16 (2003 a)

-
- Rumpf H-J, Bischof G, Grothues J, Reinhardt S, Hapke U, John U, Brooks A, Junghans K, & Hohagen F: Frühinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen in der Allgemeinarztpraxis: Ein Stepped-Care Ansatz. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 37–40 (2003 b)
- Rumpf, H-J, Bischof G, Fritze M, Grothues J, Löhrmann I & Reinhardt S: Aktionsplan Alkohol: Frühentdeckung und Kurzinterventionen bei riskantem Alkoholkonsum in der medizinischen Versorgung. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 56, 67–73 (2003 c)
- Rush B, Ellis K, Crowe T & Powell L: How general practitioners view alcohol use. Clearing up the confusion. *Can Fam Physician* 40,1570-9 (1994)
- Rush B, Powell L Y, Crowe T G & Ellis K: Early intervention for alcohol use: family physicians`motivations and perceived barriers. *Can Med Assoc J* 152, 863–869 (1995)
- Saß H, Wittchen H-U & Zandig M: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV, Deutsche Bearbeitung, 2. Auflage, 223-252, Hogrefe, Göttingen, 1996
- Saitz R, Horton N J, Sullivan L M, Moskowitz M A & Samet J H: Addressing alcohol problems in primary care: a cluster randomized, controlled trial of a systems intervention The screening and intervention in primary care (SIP) study. *Ann Intern Med* 138, 372–382 (2003)
- Schott H: Das Alkoholproblem in der Medizingeschichte. *Deutsches Ärzteblatt* 98, 1958–1962 (2001)
- Singer M V & Teysen S: Alkoholassoziierte Organschäden. Befunde der Inneren Medizin, Neurologie und Geburtshilfe/Neonatologie. *Deutsches Ärzteblatt* 98, A2109–A2120 (2001)
- Spandorfer J M, Israel Y & Turner B: Primary care physicians`view on screening and management of alcohol abuse. Inconsistencies with national guidelines. *J Fam Pract* 48, 899–902 (1999)
- Soyka M: Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholkonsums. *Deutsches Ärzteblatt* 8, 2732-6 (2001)
- Valente C M, Sobal J, Muncie H L, Levine D M & Antlitz A M: Health promotion: physician`s beliefs attitudes and practices. *Am J Prev Med* 2, 82–8 (1986)

- Wallace P G, Brennan P J & Haines A P: Are general practitioners doing enough to promote healthy lifestyle? Findings of the medical research council's general practice research framework study on lifestyle and health. *B M J* 294, 940–942 (1987)
- Wechsler H, Levine S, Idelson R, Rohman M & Taylor J O: The physician's role in health promotion-survey of primary care practitioners. *N Engl J Med* 308, 97–100 (1983)
- Wilk A I, Jensen N M & Havighurst T C: Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 12, 274–83 (1997)
- Wilson L, Kahan M, Liu E, Brewster J M, Sobell M B & Sobell L C: Physicians behavior towards male and female problem drinkers: A controlled study using simulated patients. *Journal of Addictive Diseases* 21, 87–99 (2002)

Ethikantrag

Ein Ethikantrag wurde von den Leitern der Studie gestellt. Dieser wurde am 15. Juli 2003 mit dem Aktenzeichen 03-071 unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft. Aufgrund von notwendigen Nachbesserungen wurde der Antrag auf die nächste Sitzung der Ethikkommission am 01.09.2003 vertagt und am 01.09.2003 unter oben genanntem Aktenzeichen genehmigt.

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Campus Lübeck

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Dr. med. Fritz Hohagen

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein
Ratzeburger Allee 160 · D-23538
Lübeck

Auskunft erteilt: Danuta Krannich, Doktorandin Telefon: 0171 6922127 Telefax: 0451 5003480

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Im Rahmen meiner Doktorarbeit möchte ich eine Befragung aller Allgemeinärzte, Praktischen Ärzte und Internisten im Raum Lübeck zum Thema „Frühintervention von Alkoholproblemen in Arztpraxen“ durchführen.

Ziel dieser Studie ist es, die Bereitschaft der Ärzte zur Frühintervention von Alkoholproblemen sowie mögliche Hindernisse zu erfragen.

Die Arbeit ist eingebunden in ein vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördertes Projekt.

Ihre Daten werden in diesem Zusammenhang anonym erfasst und ausgewertet. Die Daten werden keinem Dritten zugänglich gemacht. Alle Bestimmungen des Datenschutzes werden eingehalten. Ihre Unterschrift, die wir als Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme benötigen, wird zwecks Anonymisierung vom Datensatz getrennt.

Im Falle einer Schädigung haftet das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) nach den allgemeinen Haftungsgrundsätzen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH).

Sollten Sie zu dieser Studie noch Fragen haben, können Sie sich gerne mit mir, Ihrer persönlichen Ansprechpartnerin unter 0171/ 6922127, oder mit dem Projektleiter Dr. H.-J. Rumpf unter 0451/5002871 in Verbindung setzen.

Wir bitten Sie herzlich um ihre Teilnahme! Diese ist uns sehr wichtig, da wir nur bei einer hohen Teilnehmerate zu aussagekräftigen Ergebnissen kommen. Über eine Rücksendung des Fragebogens in dem beiliegenden frankierten Rückumschlag innerhalb der nächsten zwei Wochen würden wir uns freuen.

Wir danken Ihnen recht herzlich für Ihre Mitarbeit und freuen uns auf eine erfolgreiche, gemeinsame Studie.

Danuta Krannich
Doktorandin

Dr.H.-J.Rumpf
Projektleiter

Prof.Dr.F.Hohagen
Direktor der Klinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Campus Lübeck

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Dr. med. Fritz Hohagen

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein
Ratzeburger Allee 160 · D-23538
Lübeck

Auskunft erteilt:
Danuta Krannich, Doktorandin
Telefon: 0171 6922127
Telefax: 0451 5003480

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zur Durchführung wissenschaftlicher Studien ist es notwendig, ein Einverständnis der Teilnehmer einzuholen. Aus formellen Gründen muss dieses schriftlich erfolgen. Dieses Einverständnis ist nicht verpflichtend und kann jederzeit zurückgenommen werden.

Einverständniserklärung zur Studienteilnahme

Ich bin ausführlich und in schriftlicher Form über Ziele, Inhalt und Ablauf der Studie „Einstellungen von niedergelassen Allgemeinärzten, Internisten und Praktischen Ärzten zu Frühintervention von Alkoholproblemen“ informiert worden und bin einverstanden, dass meine Angaben unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Rahmen einer Doktorarbeit ausgewertet werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit ohne Angaben von Gründen zurückziehen kann.

Lübeck, _____

Unterschrift



Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur verschlüsselt und anonymisiert ausgewertet. Die Daten sind keinem Dritten zugänglich.

1. Ihre Fachrichtung ist:
- Praktischer Arzt
 - Allgemeinarzt
 - Internist mit Hausarztfunktion
 - Internist ohne Hausarztfunktion

2. Ihr Geschlecht ist: weiblich männlich

3. Ihr Alter in Jahren: _____

4. Ihre Praxis wird geführt als: Einzelpraxis
Praxisgemeinschaft

5. Wie viele Patienten sehen Sie pro Quartal in Ihrer Praxis?
(bei Praxisgemeinschaften bitte nur Ihre Patienten angeben)

Anzahl insgesamt: _____ Patienten pro Quartal

6. Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt niedergelassen tätig? Seit _____ Jahren

7. Sind Sie zusätzlich auf bestimmte Alters-, Erkrankungs- oder Patientengruppen spezialisiert?

nein ja wenn ja, auf welche? _____

8. Für wie wichtig halten Sie das Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen im allgemeinen?

Gar nicht wichtig					Sehr wichtig
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.
a) Wie stark ist Ihre Bereitschaft ausgeprägt, in Ihrer Praxis Frühinterventionen bei Alkoholproblemen durchzuführen?

Gar nicht ausgeprägt					Sehr ausgeprägt
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- b) Für wie wichtig halten Sie das Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen bei Ihren Patienten?

Gar nicht wichtig					Sehr wichtig
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bitte geben Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie dieser in Bezug auf den Umgang mit Alkohol-Risikokonsumenten zustimmen oder nicht zustimmen. Der Begriff „Risikokonsumenten“ bezieht sich hierbei auf Menschen mit einem gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsum, schließt jedoch Menschen mit einer Abhängigkeit aus.

	Stimme gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	Stimme voll zu
Ich denke, dass ich genug über die Ursachen von Alkoholproblemen weiß, um mich in meiner Rolle sicher zu fühlen, wenn ich mit Risikokonsumenten umgehe.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass ich meine Patienten angemessen zum Alkoholkonsum und seinen Folgen beraten kann.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass ich in Bezug auf meinen Umgang mit Risikopatienten nicht auf Vieles stolz sein kann.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Alles in allem bin ich dazu geneigt mich im Umgang mit Risikokonsumenten als Versager zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Ich möchte mich im Rahmen meiner Arbeit mit Risikokonsumenten befassen.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Pessimismus ist die realistischste Haltung gegenüber Risikokonsumenten.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass ich berechtigt bin Patienten nach ihrem Alkoholkonsum zu befragen, sofern es notwendig ist.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass meine Patienten der Auffassung sind, dass ich berechtigt bin, ihnen Fragen nach ihrem Alkoholkonsum zu stellen, sofern es notwendig ist.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen ist es lohnenswert, sich mit Risikokonsumenten zu befassen.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen mag ich Menschen, die einen riskanten Alkoholkonsum haben.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>

16. Wie hoch ist Ihr Bedarf an folgenden Informations- und Weiterbildungsangeboten zur Behandlung von Alkoholproblemen?

	Gar kein Bedarf		3	Sehr hoher Bedarf	
	1	2		4	5
Diagnostik von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und Risikokonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfragen der Trinkgewohnheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techniken zur Motivierung des Patienten hinsichtlich Trinkmengenreduktion/Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Fertigkeiten und Strategien zum Erreichen von Trinkmengenreduktion/Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanter Alkoholentzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente zur Rückfallprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur als unterstützende Maßnahme bei Alkoholentzug und Rückfallprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternative Heilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu weiterführenden Behandlungsangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen zu Selbsthilfebüchern und Broschüren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Bei wie vielen Ihrer Patienten...

- a) ... gehören Fragen zum Alkoholtrinkverhalten zu Ihrem Untersuchungsstandard?
(Bitte machen Sie ein Kreuz auf der Linie zwischen 0 und 100.)

0% 25% 50% 75% 100%

- b) ... mit Alkoholproblemen führen Sie eine Beratung zu Trinkmengenreduktion oder Abstinenz durch?(Bitte machen Sie ein Kreuz in ein Kästchen zwischen 0 und 100.)

0% 25% 50% 75% 100%

- 18. Überweisen Sie Patienten, bei denen sich der Missbrauch von Alkohol bestätigt, zu speziell geschultem Fachpersonal?**

nein ja

- 19. Verschreiben Sie Medikamente zur Verringerung des Verlangens nach Alkohol?**

nein
 Campral (Acamprosat)
 Antabus (Disulfiram)

- 20. Führen Sie ambulante Entgiftung bei Alkoholabhängigkeit durch?**

nein

ja

- 21. Sind Sie bereit, bei allen neuen Patienten routinemäßig ein Screening auf Alkoholtrinkmengen und –Probleme durchzuführen?**

ja nein mache ich bereits

22. Sind Sie bereit, bei den im Screening auffälligen Patienten...

a) ... selbst eine Beratung zum Thema Alkohol durchzuführen?

ja nein mache ich bereits

b) ... einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zur Beratung in Ihre Praxis kommen zu lassen?

ja nein mache ich bereits

c) ... an einen externen Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle zu verweisen?

ja nein mache ich bereits

d) ... eine Broschüre zum Thema Alkohol auszugeben?

ja nein mache ich bereits

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mühe!

Bitte senden Sie den Fragebogen in dem vorfrankierten Briefumschlag an uns zurück.

Danksagung

Ich danke Prof. Dr. med. Hohagen, dem Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für den Arbeitsplatz und das Überlassen des Materials.

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Dr. Rumpf für die Vergabe dieses Themas, seine Ratschläge, Anregungen, konstruktiven Korrekturen als auch seine Geduld.

Ich danke der Betreuerin der Studie Frau Dipl. psych. Grothues für die Ratschläge, Anregungen, ihre Unterstützung, ihre Geduld und Aufmunterungen.

Mein Dank gilt weiterhin dem Team der Forschungsgruppe STEP der Universität Lübeck für die Unterstützung.

Außerdem möchte ich meinem Lebensgefährten Rolf Stephan und meiner Familie für die Unterstützung und Geduld danken.

Lebenslauf

Angaben zur Person

Vorname: Danuta
 Name: Krannich
 Anschrift: Josefsstraße 55
 55118 Mainz
 Geburtsdatum: 13.01.1980
 Geburtsort: Friedrichroda (Thür)
 Familienstand: ledig
 Staatsangehörigkeit: deutsch



Schulbildung

09/1986 – 07/1996: Realschule in Dresden, Abschluss: Mittlere Reife
 09/1996 – 07/1999: Gymnasium in Dresden, Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Ausbildung:

WS 1999 – SS 2001 Vorklinisches Hochschulstudium Medizin, Medizinische Fakultät
 Carl Gustav Carus der TU Dresden
 Herbst 2001 Ärztliche Vorprüfung an TU Dresden

WS 2001 – SS 2002 Klinisches Studium, TU Dresden
 Herbst 2002 1.Staatsexamen an TU Dresden

WS 2002 Hochschulwechsel an Medizinische Universität Lübeck

WS 2002 – SS 2006 Klinisches Studium, Medizinische Uni Lübeck
 Frühjahr 2005 2.Staatsexamen an Uni Lübeck

04/2005 – 08/2005 Praktisches Jahr, Teilgebiet Chirurgie, Sana Klinik Ostholstein,
 Akademisches Lehrkrankenhaus, Chefarzt: PD Dr. Maghsudi
 Hospitalstraße 22, 23701 Eutin

08/2005 – 11/2005 Praktisches Jahr, Teilgebiet Psychiatrie, Universität Lübeck
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Chefarzt: Prof. Dr. F. Hohagen

11/2005 – 03/2006 Praktisches Jahr, Teilgebiet Innere Medizin, Universität Lübeck,
 Chefarzt: Prof. Dr. Fehm
 Frühjahr 2006 3.Staatsexamen an Uni Lübeck

Seit 01.06.2006 Tätigkeit als Assistenzärztin in der Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie in der Rheinessen Fachklinik Alzey, Dautenheimer Landstraße 66, 55323 Alzey

Famulaturen:

25.02.02 – 27.03.02: Praxis für Allgemeinmedizin Dipl. med. Helmut Schubarth
Dippelsdorfer Str.1, 01129 Dresden

01.03.03 – 31.03.03: Fachklinik Holstein Stationäre Entgiftung von illegalen Drogen,
Weidenweg 9-15, 23562 Lübeck

28.07.03 – 26.09.03: Westpfalz-Klinikum Medizinische Klinik I, Hämatologie
Onkologie, Kaiserslautern

Promotion

Prof. Dr. med. F. Hohagen, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck,
Forschungsgruppe S:TEP, Leiter: Dr. phil. H.-J. Rumpf
Thema: Einstellungen von niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und praktischen Ärzten zum Thema Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen.

11/2003 – 06/2004 Erstellung des Fragebogens

07/2004 – 12/2004 Erhebung der Daten

01/2005 – 08/2005 Statistische Auswertung der Daten

08/2005 – 04/2006 Publikation der Studie in der Zeitschrift SUCHT 52 (2), 133 – 9,
April 2006

04/2005 – 03/2007 Fertigstellung der Dissertation

Publikation

SUCHT Danuta Krannich, Janina Grothues & Hans-Jürgen Rumpf:
Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen, SUCHT 52 (2), 133-9 (2006)

Mainz, 28.02.2007