
Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. F. Hohagen

**Geschlechtsunterschiede
in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen
bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen
in Praxen niedergelassener Ärzte**

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

vorgelegt von
Susanne Dorothea Reinhardt
aus Hoyerswerda

Lübeck 2008

-
1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. F. Hohagen
 2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Jörg Brand
- Tag der mündlichen Prüfung: 07.07.2008
Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 07.07.2008

gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach
- Dekan der Medizinischen Fakultät -

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Alkoholbezogene Störungen in der Bevölkerung stellen ein bedeutsames Problem dar und sind mit weitreichenden negativen Konsequenzen in Folge von Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch, Risikokonsum und Rauschtrinken verbunden. Proaktive Zugangswege können die Inanspruchnahme von Hilfen erhöhen und damit den Bevölkerungsimpact von niedrigschwelligen Therapieangeboten verbessern. Kurzinterventionen im Bereich der alkoholbezogenen Störungen haben sich als wirksam erwiesen; für den Aspekt der Geschlechtsunterschiede in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen gibt es keine homogenen Befunde. Stepped-Care-Ansätze stellen innerhalb von Kurzinterventionen eine erfolgversprechende, ressourcensparende Möglichkeit dar - auch hier ist über geschlechtsspezifische Unterschiede wenig bekannt.

Methode: In der Studie „Stepped Interventions for Problem Drinkers“ wurden 10.803 Patienten aus 85 allgemeinärztlichen und internistisch-hausärztlichen Praxen aus Lübeck und Kiel mit einem Screening-Fragebogen untersucht und bei Erreichung der cut-off-Werte für problematischen Alkoholkonsum um weitere Studienteilnahme gebeten. Eine weiterführende Diagnostik umfasste ein standardisiertes Interview (M-CIDI), Fragen zum Trinkverhalten und weitere Angaben erhoben mittels standardisierter Fragebogenverfahren. Die Einschlusskriterien orientierten sich an den alkoholbezogenen Störungs-Diagnosen des DSM-IV und den Grenzwerten für Risikokonsum und Rauschtrinken. Es wurden 124 Alkoholabhängige, 59 Alkoholmissbraucher, 112 Risikokonsumenten und 113 Rauschtrinker eingeschlossen; 32% der Studienteilnehmer waren weiblich. Die Studienteilnehmer wurden randomisiert drei Gruppen zugeteilt: Die Teilnehmer der Stepped-Care-Gruppe erhielten eine individualisierte Rückmeldung plus Manual und nach einem, drei und sechs Monaten wurde jeweils die Wirksamkeit der vorangehenden Intervention überprüft (bei erfolgreicher Intervention kam es zu einem Ausschluss von weiterführenden Interventionen, bei ausbleibendem Erfolg erfolgte eine telefonische Beratung); die Teilnehmer der Fixed-Care-Gruppe erhielten direkt nach Einschluss eine Beratung, die Rückmeldung und das Manual sowie jeweils nach einem, drei und sechs Monaten eine weitere Beratung; die Kontrollgruppe erhielt eine Gesundheitsbroschüre. Die Interventionen basierten hauptsächlich auf dem Motivational Interviewing. Die Katamnese nach 12 Monaten erreichte eine Ausschöpfung von 91,7%.

Ergebnisse: Regressions-Analysen nach log-Transformation der nicht-normalverteilten Daten ergaben, dass zunächst nur eine Wirksamkeit der Intervention in der Gruppe der weiblichen Studienteilnehmer nachgewiesen werden konnte. Wurden Alkoholabhängige und Rauschtrinker ausgeschlossen, die Stichprobe also homogenisiert, zeigte eine Regressions-Analyse eine annähernd gleiche Wirksamkeit der Intervention für Frauen und Männer. Die Untersuchung der Wirkung des Stepped-Care-Ansatzes zeigte folgendes Ergebnis: Allein von der computerisierten Rückmeldung und dem stadienbezogenen Manual profitierten Frauen in der Stepped-Care-Gruppe tendenziell eher als Männer, indem sie die als risikoarm definierten Trinkgrenzen erreichten und von weiterführenden, intensiveren Interventionen ausgeschlossen werden konnten. Frauen in der Stepped-Care-Gruppe erhielten als Folge insgesamt eine signifikant kürzere Beratungszeit. Auch die Trinkmengenreduzierung war bei den Frauen der Stepped-Care-Gruppe signifikant höher als bei den Männern.

Diskussion: Je homogener die Stichprobe in Bezug auf Diagnosekategorien (Ausschluss von Alkoholabhängigen und Rauschtrinkern), desto eher nähern sich die Wirksamkeiten von Kurzinterventionen bei Männern und Frauen an. Weibliche Studienteilnehmer reagieren eher auf das niedrigschwellige Therapieangebot dieser Studie (computerisiertes Feedback und Manual). Weitere Forschung im Bereich der geschlechtsabhängigen Reaktionen auf niedrigschwellige Therapieangebote ist notwendig.

1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	3
2.1. BEGRIFFE, THEORIEN UND MODELLE	3
2.1.1. <i>Alkoholbezogene Störungen und gesundheitsschädigende Trinkmuster</i>	3
2.1.1.1. Einleitung	3
2.1.1.2. Alkoholabhängigkeit	5
2.1.1.3. Alkoholmissbrauch/Schädlicher Gebrauch	6
2.1.1.4. Alkoholrisikokonsum	6
2.1.1.5. Rauschtrinken (Binge drinking)	7
2.1.2. <i>Kurzinterventionen</i>	8
2.1.2.1. Bedeutung von Kurzinterventionen	8
2.1.2.2. Begriffsdefinition und Inhalt von Kurzinterventionen.....	9
2.1.2.3. Einsatz von Feedbacksystemen im Rahmen von Kurzinterventionen	11
2.1.2.4. Einsatz von Selbsthilfe-Broschüren im Rahmen von Kurzinterventionen.....	12
2.1.2.5. Stepped-care-Ansätze im Rahmen von Kurzinterventionen	12
2.1.3. <i>Theoretische Modelle</i>	13
2.1.3.1. Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung	13
2.1.3.2. Motivational Interviewing	15
2.2. FORSCHUNGSSTAND ZU GESCHLECHTSUNTERSCHIEDEN	17
2.2.1. <i>Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden bei alkoholbezogenen Störungen</i> 17	
2.2.1.1. Epidemiologische Daten zu alkoholbezogenen Störungen	17
2.2.1.2. Entstehung und Verlauf alkoholbezogener Störungen.....	19
2.2.1.3. Inanspruchnahme von Hilfen und Teilnahme an Behandlung bei alkoholbezogenen Störungen	23
2.2.1.4. Geschlechtsunterschiede in den TTM-basierten Variablen	25
2.2.2. <i>Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden in alkoholbezogenen Kurzinterventionen</i>	26
2.2.3. <i>Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Patienten mit alkoholbezogenen Problemen</i>	33
3 FRAGESTELLUNGEN/HYPOTHESEN.....	36
3.1. BESTEHEN GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE IN DER WIRKUNG VON KURZINTERVENTIONEN?	36
3.2. BESTEHEN GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE IN DER WIRKSAMKEIT VON KURZINTERVENTIONEN BEIM VORGEHEN IM SINNE EINES STEPPED-CARE-ANSATZES?.....	36
4 METHODEN	37
4.1. STUDIENPLANUNG	37
4.1.1. <i>Einleitung</i>	37
4.1.2. <i>Projektmitarbeiter</i>	38
4.1.3. <i>Vorstudie</i>	38
4.2. DESIGN DER STUDIE	39
4.2.1. <i>Rekrutierung der Arztpraxen</i>	39
4.2.2. <i>Rekrutierung der Studienteilnehmer</i>	40
4.2.3. <i>Diagnostik der Studienteilnehmer</i>	41
4.2.4. <i>Randomisierung der Studienteilnehmer und weiterer Verlauf</i>	42
4.2.5. <i>Katamnese</i>	44

4.3. STICHPROBE	45
4.3.1. Rekrutierungsprozedere der Studienteilnehmer.....	45
4.3.2. Stichprobenbeschreibung der Gesamtgruppe	47
4.3.3. Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht getrennt	48
4.4. INTERVENTION	49
4.4.1. Interventionskonzept für die Beratungen	49
4.4.2. Feedback - Expertensystem.....	50
4.4.3. Selbsthilfemanual	52
4.5. EINGESetzte FRAGEBOGEN-INSTRUMENTE	54
4.5.1. Der Screening-Fragebogen.....	56
4.5.2. Schriftlicher Fragebogen und telefonische Befragung	59
4.5.3. Befragung zu den Interventionszeitpunkten und zur Katamnese	67
4.6. POWER-ANALYSE BEI STUDIENBEGINN	68
4.7. QUALITÄTSSICHERUNG.....	68
4.8. DATENAUSWERTUNG.....	69
5 ERGEBNISSE	70
5.1. DATEN DER BASELINEERHEBUNG.....	70
5.2. DATEN DER KATAMNESEERHEBUNG.....	75
5.3. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE UNTERSCHIEDE IN DER WIRKSAMKEIT DER INTERVENTION. 78	
5.4. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE WIRKUNG DES STEPPED-CARE-ANSATZES	82
6 DISKUSSION	85
7 LITERATURVERZEICHNIS	92
8 ANHANG	107
9 DANKSAGUNG	145
10 LEBENS LAUF	146

1 Einleitung

Substanzbezogene Störungen und deren negative Konsequenzen stellen in der Bevölkerung Deutschlands sowohl ein großes volkswirtschaftliches, als auch ein soziales Problem dar. Neben Tabak birgt Alkohol als psychotrope Substanz das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko (John et al., 2003b). Deutschland steht mit dem Pro-Kopf-Konsum von Alkohol weiterhin in der Spitzengruppe und der Verbrauch von ca. 10,8 Liter reinem Alkohol pro Einwohner hat sich in den letzten Jahren kaum verändert (Bühringer et al., 2000). Die Zahlen des Jahrbuchs Sucht 2006 (Hüllinghorst et al., 2006) weisen eine Hochrechnung von 10,4 Millionen Menschen mit generell riskantem Konsum an Alkohol in Deutschland aus; missbrauchende Personen werden mit 1,7 Millionen beziffert, abhängige Personen mit ebenfalls 1,7 Millionen; in Behandlung begaben sich ca. 163.000 Individuen. Die alkoholbezogene Mortalität wird auf 74.000 Personen pro Jahr geschätzt (John and Hanke, 2001). In den prägnanten Erwachsenenjahren zwischen 35 und 64 Jahren liegt der Anteil der alkoholbedingten Todesfälle an allen Todesfällen bei Männern bei ca. 25% und bei Frauen bei ca. 13% (John and Hanke, 2002). Da besonders Frauen in jüngeren Lebensjahren an alkoholbezogenen Erkrankungen versterben und sich daraus ein hoher Verlust an potenziellen Lebensjahren ergibt (John and Hanke, 2002), ist hier nach wie vor ein hoher Handlungsbedarf von klinisch-therapeutischer und wissenschaftlicher Seite gegeben.

Alkoholabhängigkeit stellt bei Frauen der westlichen Welt nach Angststörungen und Depressionen eine weitere häufige psychische Störung dar (Wittchen et al., 1992). Trotzdem wurde die Forschung der alkoholbezogenen Störungen gerade in bezug auf Ätiologie, Verlauf und assoziierte Merkmale (Hesselbrock and Hesselbrock, 1997) bei Frauen lange Zeit stark vernachlässigt (Wilsnack and Wilsnack, 1997a). Dies ist teilweise auf den Befund zurückzuführen, dass bei Männern alkoholbezogene Probleme deutlich häufiger vorkommen (Fillmore et al., 1997). Dabei werden für den Bereich der negativen gesundheitlichen Folgen die Risiken bei Frauen als deutlich höher eingeschätzt, dieser Effekt wird als Teleskop-Effekt bezeichnet (Cyr and McGarry, 2002). Für das Vorliegen eines problematischen Alkoholkonsums liegt das Geschlechterverhältnis Männer zu Frauen bei zwei zu eins. Obwohl nur insgesamt jeder zehnte Betroffene therapeutische Hilfe erhält, ist das Verhältnis von Männern zu Frauen in der Suchtkrankenhilfe vier zu eins (Cyr and McGarry, 2002).

Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist bereits in ein effizientes und qualitativ hoch entwickeltes Behandlungssystem eingebettet (Leune, 2003). Die Anzahl an niedrigschwelligem Angeboten, an Beratungsstellen oder an ambulanten Therapieeinrichtungen ist in

den letzten Jahren immer weiter angestiegen (Leune, 2003). In epidemiologischen Studien wurde aber nachgewiesen, dass nur ein geringer Prozentsatz der Patienten mit substanzbezogenen Störungen suchtspezifische Hilfe in Anspruch nimmt (Dawson, 1996; Rumpf et al., 2000). Maßnahmen zur Prävention alkoholbezogener Störungen sollten bevölkerungsorientiert ausgerichtet sein (Rumpf et al., 2001c; John et al., 2002), d.h. die Zugangswege für die Betroffenen zu erweitern, den Zugang zu erleichtern und die Kurzinterventionen zu verbessern. Das ist insbesondere durch proaktive Kontaktierung von Betroffenen in Einrichtungen der medizinischen Versorgung möglich. Kontakt zum Hausarzt besteht für 80% der Alkoholabhängigen zumindest einmal im Jahr (Rumpf et al., 2000), so dass hier Kurzinterventionen stattfinden könnten.

Die Effektivität von Kurzinterventionen ist in verschiedenen Studien nachgewiesen worden (z.B. Wilk et al., 1997; Moyer et al., 2002; Kaner et al., 2007). Widersprüchlich sind allerdings die Befunde zu geschlechtsspezifischen¹ Unterschieden in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen. Diese Thematik bildet den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit².

¹Im deutschen Sprachgebrauch gibt es im Gegensatz zum englischen keine klare begriffliche Unterscheidung zwischen dem Aspekt des biologischen „Geschlechts“ (im englischen: sex) und dem soziologischen „Geschlecht“ bzw. dem Rollenverständnis eines Menschen (im englischen: gender). Bei den meisten Menschen fallen biologisches und soziales Geschlecht zusammen, sie besitzen also die Merkmale eines bestimmten Geschlechts, verhalten sich kulturabhängig diesem Geschlecht entsprechend und fühlen sich diesem Geschlecht zugehörig. In dieser Arbeit wird der Begriff Geschlecht eher biologisch benutzt, da es aufgrund des Studienaufbaus nicht möglich war, die subjektiv empfundene Geschlechterrolle der Studienteilnehmer zu erheben.

² In der vorliegenden Arbeit wird der Einfachheit halber weitestgehend auf das Ausschreiben der weiblichen Form der Personenbezeichnungen verzichtet, wenn es sich inhaltlich nicht speziell um Studienteilnehmerinnen, Forscherinnen oder Mitarbeiterinnen handelt. Es soll aber ausdrücklich darauf hingewiesen sein, dass im Allgemeinen auch bei der männlichen Form immer Frauen und die weibliche Anrede in die Ausführungen eingeschlossen sind.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1. Begriffe, Theorien und Modelle

2.1.1. Alkoholbezogene Störungen und gesundheitsschädigende Trinkmuster

2.1.1.1. Einleitung

Das Wort Alkohol leitet sich ab von dem arabischen al-kuhl (feines Pulver zum Schwärzen der Augenlider) und wurde im Spanisch-Arabischen al-kuhul ausgesprochen. Der Begriff wurde allgemein für die Essenz eines Stoffes verwendet, später auf alcohol vini (Geist des Weines) eingegrenzt und dann auf alle berauschenden Getränke ausgedehnt (Kluge, 2002). Der vom Menschen konsumierte Alkohol ist Ethanol (Äthylalkohol, chemische Formel C_2H_5OH) und entsteht durch Gärung wässriger kohlehydrathaltiger Naturprodukte mit Hilfe von Hefen.

Alkohol mit seiner psychotropen Wirkung ist schon seit langer Zeit bekannt und wurde im Rahmen von Heilungs- und Beschwörungsriten oder als Sakralmittel lange vor Beginn der Zeitrechnung genutzt. Auch als Genuss-, Rausch- und Nahrungsmittel wird Alkohol seit frühester Menschheitsgeschichte genutzt (Feuerlein et al., 1998). In den meisten Zeiten und Kulturen waren und sind ausschweifende „Trinkgelage“ aber verpönt und soziale Unerwünschtheit von alkoholbezogenen Problemen spielen eine große Rolle in der gesellschaftlichen und naturwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Substanz (Valverde, 1998).

Die mögliche gesundheitsschädigende Wirkung einer größeren Menge Alkohols ist nicht unbekannt, konnte aber erst mit den Möglichkeiten der moderneren Medizin nachgewiesen und die substanzspezifische Wirkung detaillierter beschrieben werden (Heinz and Batra, 2002). Alkohol wirkt zunächst anregend, wozu die subjektiv oft als angenehm empfundene Erregung, Antriebssteigerung, Enthemmung, Anheiterung, Euphorie und Stärkung des Selbstbewusstseins zählt. Diese psychische Wirkung geht einher mit den somatischen Aspekten einer leichten Erregung des Atemzentrums, einer geringen Herzfrequenzsteigerung, einer Gefäßerweiterung der Haut sowie erhöhter Speichel- und Urinproduktion. Die längerfristige Wirkung ist dann eine narkotische, die durch Entspannung, Erleichterung, Gelöstheit und Wärme eingeleitet wird. Physiologische Begleiterscheinungen sind hier eine Minderung der muskulären Koordination, der Reaktionsschnelligkeit und der

Schmerzempfindlichkeit. Stärke und Dauer der beschriebenen Effekte hängen ab von der jeweils vorhandenen Blutalkoholkonzentration, die wiederum abhängig ist von Körpergewicht, Körperwassergehalt sowie Aufnahme- und Abbaugeschwindigkeit des Alkohols.

Die Substanz Alkohol besitzt ein hohes Suchtpotenzial. Häufiger, starker und/oder langanhaltender Alkoholkonsum können zu körperlichen und psychischen Veränderungen und im weiteren Verlauf zu einer Abhängigkeit von der Substanz führen. Langfristiger Alkoholkonsum in hohen Dosierungen kann einhergehen mit Appetitlosigkeit, Fehlernährung, Fettleber/Alkoholhepatitis/Leberzirrhose und Störungen in anderen Organen wie Gehirn (Korsakoff-Syndrom), Nervensystem (hervorgerufen durch Vitamin-B-Mangel), dem Herz-Kreislaufsystem und dem Verdauungstrakt sowie mit einem erhöhten Tumor-Risiko. Ab wann bei regelmäßigem Alkoholgenuss eine Gefährdung vorliegt, ist individuell verschieden und abhängig von Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, dem gesundheitlichen Zustand und der psychischen Verfassung (Heinz and Batra, 2002).

Der Begriff des Alkoholismus ist erstmals Mitte des 19. Jahrhunderts geprägt worden. Da man unterschiedliche Phänomene darunter verstand, wurde in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts die Unterscheidung in die Termini des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit eingeführt und floss in die Klassifikationssysteme psychischer Störungen ein. Zur gleichen Zeit (1968 z.B. durch das deutsche Bundessozialgericht) wurde die Einordnung der Alkoholabhängigkeit und des Alkoholmissbrauchs (bzw. des Alkoholismus) in die Kategorien einer krankhaften Störung vorgenommen und damit als Krankheit anerkannt und nicht nur deren Folgeerkrankungen (Feuerlein, 1989). Der Begriff „Sucht“ wird heute im Rahmen der Beschreibung alkoholbezogener Störungen weitgehend im Sinne der Alkoholabhängigkeit verwendet, sollte aber zugunsten der beiden obengenannten Begrifflichkeiten nicht zur Beschreibung herangezogen werden.

Heute geht man davon aus, dass riskanter, gefährlicher oder hoher Alkoholkonsum bei 10,9% der weiblichen und 21,5% der männlichen deutschen Bevölkerung auftritt (Kraus and Augustin, 2001). Eine Bevölkerungsstudie konnte zeigen, dass mit steigendem Alkoholkonsum auch das Risiko für Missbrauch und Abhängigkeit von der Substanz ansteigt: Auf die Lebenszeit bezogen gab es bei Menschen mit riskantem Alkoholkonsum ein Risiko von 9,8% für Abhängigkeit und 11,3% für Missbrauch; bei gefährlichem oder höherem Konsum zeigte sich ein Risiko von 36,6% für Abhängigkeit und 11,1% für Missbrauch (Meyer et al., 2000).

Im Folgenden soll eine Definition der Begriffe Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und Risikokonsum vorgenommen werden. Grundlage dabei sind die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, Kapitel V

(F), Dilling et al., 1991) und die diagnostischen Kriterien der American Psychiatric Association im Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1995; Saß et al., 1996).

2.1.1.2. Alkoholabhängigkeit

In der ICD-10 werden die alkoholbezogenen Störungen im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10) aufgeführt. Beim Abhängigkeitsyndrom handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum des Alkohols für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen, früher üblichen Verhaltensweisen. Entscheidend ist oft ein starker (übermächtiger) Wunsch, die psychotrope Substanz Alkohol zu konsumieren. Als diagnostische Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom werden Kriterien aufgeführt, von denen zur Diagnosestellung jeweils drei oder mehr irgendwann während des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden gewesen sein müssen.

Im DSM-IV werden ähnliche Kriterien zur Diagnosestellung herangezogen. Um die Diagnose einer Abhängigkeit zu stellen, müssen gleichzeitig mindestens drei der Kriterien zu irgendeinem Zeitpunkt in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein. Im Weiteren wird zusätzlich bestimmt, ob eine körperliche Abhängigkeit vorliegt, wenn Kriterium eins oder zwei erfüllt ist. Zur besseren Übersicht sind die Kriterien sowohl für die Alkoholabhängigkeit als auch für den Alkoholmissbrauch aus DSM-IV und ICD-10 zusammenfassend dargestellt (Tabelle 2.1.1.3., übernommen aus Bischof, 2004).

Laut der Forschungskriterien der ICD-10 muss ein deutlicher Nachweis vorliegen, dass der Substanzgebrauch für körperliche oder psychische Probleme verantwortlich ist, „einschliesslich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das eventuell zu Behinderungen oder negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat“ (Dilling et al., 1994, S. 75). Durch diesen Passus sind soziale Folgen des Substanzkonsums in der Diagnostik des schädlichen Gebrauchs im Gegensatz zu den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 zulässig. In jedem Fall sollte die Art der Schädigung klar benannt werden. Das Gebrauchsmuster soll mindestens seit einem Monat bestehen oder wiederholt in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein. Es darf ebenfalls kein Abhängigkeitssyndrom vorliegen, um einen schädlichen Gebrauch zu diagnostizieren.

2.1.1.3. Alkoholmissbrauch/Schädlicher Gebrauch

Der Begriff des schädlichen Gebrauchs von Alkohol bezieht sich auf die Kriterien der ICD-10, im Gegensatz zum Begriff des Alkoholmissbrauchs aus dem DSM-IV. Beide Begriffe sind unterschiedlich, da in der ICD-10 explizit eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten gefordert wird, während im DSM-IV etwaige negative soziale Folgen allein zur Diagnose eines Alkoholmissbrauchs ausreichend sind (Bühringer et al., 2000). Akute Intoxikation oder „Kater“ (hangover) allein rechtfertigen die Diagnosestellung nicht, die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms oder andere spezifische alkohol- oder substanzbedingte Störungen schließen die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs aus.

Tabelle 2.1.1.3.: Übersicht der Kriterien alkoholbezogener Störungen

Missbrauch DSM-IV	Schädlicher Gebrauch ICD-10	Abhängigkeit DSM-IV	Abhängigkeitssyndrom ICD-10
1. Zumindest eines der folgenden Symptome trifft zu: <ul style="list-style-type: none"> • Fortgesetzter Konsum, der zu Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt (z.B. in der Arbeit, Schule) • Fortgesetzter Konsum in gefährlichen Situationen (z.B. Straßenverkehr) • Juristische Probleme aufgrund fortgesetzten Konsums • Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der sozialen Probleme, die dadurch verursacht/verstärkt werden 	1. Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperliche und psychische Störungen)	1. Zumindest drei der folgenden Kriterien treffen zu: <ul style="list-style-type: none"> • Toleranz • Entzug; Einnahme der Substanz zur Bekämpfung von Entzugssymptomen • Konsum häufig in größeren Mengen als beabsichtigt • Wunsch/erfolglose Versuche zur Abstinenz/Kontrolle der Substanz • Hoher Zeitaufwand für die Beschaffung (z.B. Diebstahl) • Einschränkung sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Substanzmissbrauchs • Fortgesetzter Missbrauch trotz Kenntnis der Folgeprobleme 	1. Zumindest drei der folgenden Kriterien treffen zu: <ul style="list-style-type: none"> • Toleranz • Körperliches Entzugssyndrom • Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern • Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums • Starker Wunsch, bestimmte Substanzen zu konsumieren • Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychoaktiven Substanzen • Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen • Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger körperlicher und psychischer Folgen
2. Auftreten der Symptome innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten	2. Auftreten der Symptome seit einem Monat oder wiederholt in den letzten 12 Monaten	2. Auftreten der Symptome in den letzten 12 Monaten	2. Auftreten der Symptome in den letzten 12 Monaten
3. Keine Abhängigkeit	3. Kein Abhängigkeitssyndrom		

2.1.1.4. Alkoholrisikokonsum

Weder im DSM-IV noch in der ICD-10 ist die Kategorie des Risikokonsums ausgewiesen. Bereits der erhöhte Konsum ohne alkoholbezogene Störungen stellt aber ein deutliches Gesundheitsrisiko dar (John and Hanke, 2002). Es gibt empfohlene Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der British Medical Association, die einen

Konsum von durchschnittlich maximal 30 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer und 20 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen als risikoarm formulieren (zusammenfassend: Bühringer et al., 2002). Wichtig dabei zu betonen ist, dass in den letzten Jahren diese Zahlen immer weiter nach unten korrigiert worden sind und weiterhin werden (National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse, 1995). In Deutschland wird derzeit ein Grenzwert von 24 Gramm Reinalkohol für Männer und 12 Gramm für Frauen diskutiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Diese Grenzwerte sind nur als grobe Richtlinien zu betrachten und gelten nicht für Jugendliche, ältere Menschen oder spezifische Gruppen wie Schwangere oder chronisch Kranke.

2.1.1.5. Rauschtrinken (Binge drinking)

Im Zusammenhang mit riskanten Trinkmengen ist ein weiterer Begriff von Bedeutung: das Rauschtrinken oder „binge drinking“. Diese Begriffe bezeichnen ein Verhalten des exzessiven Konsums von Alkohol bei einer Gelegenheit. Im “WHO-Lexicon of Alcohol and Drug Terms” wird Rauschtrinken als Muster erhöhten Konsums in einem dafür bestimmten Zeitabschnitt definiert (WHO, 1994). Im Verlauf der letzten Jahre ist der Begriff immer wieder abgeändert worden (Gmel, 2003). Zurückgehend auf die Arbeiten von Cahalan und Kollegen, die den Konsum von fünf und mehr Getränken als „heavy intake“ definierten und damit noch eine Unterscheidung zum Begriff des „binge drinking“ als Muster des exzessiven Alkoholkonsums präferierten, wurde der Begriff von Wechsler und Kollegen wieder eingeführt (jeweils zitiert nach Gmel, 2003). In der Literatur gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Begriffen, die entweder im Sinne des „binge drinking“ verwendet werden (z.B. heavy episodic drinking, Schuckit, 1998) oder durch abweichende Bedeutungen zu einer Verwirrung der Begrifflichkeiten führen. Binge drinking wird beispielsweise als Kurzform der Beschreibung des Alkoholtrinkens bis zur Intoxikation (Perkins et al., 2001) verwendet; in diesem Zusammenhang erweisen sich aber die Kriterien des Binge drinking als nicht ausreichend, da sowohl Angaben zur Geschwindigkeit des Trinkens fehlen als auch nichts über die Konstitution des Trinkenden bekannt ist, um z.B. Aussagen zur Blutalkoholkonzentration machen zu können. Dass Rauschtrinken einen starken Prädiktor für negative gesundheitliche und soziale Konsequenzen darstellt, ist in Studien nachgewiesen (Kuntsche et al., 2004). In einer aktuellen Studie zum Rauschtrinken in Europa wurden Ergebnisse berichtet, dass Männer deutlich häufiger exzessiv Alkohol konsumieren als Frauen

und dass besonders unter Jugendlichen die Häufigkeiten an exzessivem Alkoholkonsum zunahmen (Gmel, 2003).

Heute wird der Begriff meist benutzt zur Beschreibung des Konsums von 60g reinen Alkohols und mehr pro Gelegenheit bei Frauen und 80g Alkohols für Männer (Babor et al., 1992). Im Folgenden wird der Begriff wie vorgeschlagen von der British Medical Association verwendet, die sich auf das Office for National Statistics beziehen: acht oder mehr „units“ für Männer (der Begriff „unit“ aus dem Englischen ist vergleichbar mit dem deutschen Begriff „Getränk“ und umfasst 10ml reinen Alkohols) und sechs oder mehr für Frauen an mindestens einem Tag der Woche (Alcohol Concern, 2003). Es wird mit hoher Wahrscheinlichkeit erwartet, dass diese Menge des Alkoholkonsums bei einer Gelegenheit zur Intoxikation und damit zu Risiken für das Individuum führt (Prime Minister's Strategy Unit, 2003). Die Schwierigkeiten mit der Definition bleiben aber bestehen, da es einen Unterschied macht, ob ein Mensch acht Getränke über einen Tag verteilt auf gefüllten Magen trinkt oder dieselbe Menge innerhalb einiger Stunden auf leeren Magen (Institute of Alcohol Studies, 2004).

2.1.2. Kurzinterventionen

2.1.2.1. Bedeutung von Kurzinterventionen

Alkoholbezogene Störungen sind weit verbreitet. Allerdings gibt nur ein geringer Anteil der suchtmittelabhängigen Patienten an, suchtspezifische fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen: Dies gilt für den Bereich der Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauchs in nationalen und internationalen Studien (Dawson, 1996; Rumpf et al., 2000). In einer repräsentativen Bevölkerungsstudie in Lübeck und Umgebung gaben 70,9% der Befragten mit Alkoholabhängigkeit an, bisher keine suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen zu haben (Rumpf et al., 2000). Der überwiegende Teil der Betroffenen wird also nicht durch das bestehende Suchthilfesystem erreicht. Es werden immer stärkere Anstrengungen unternommen, neue Wege in der Behandlung von alkoholbezogenen Störungen zu gehen, z.B. mit den Bestrebungen der Public-Health-Ansätze. Dabei geht es um die Bereitstellung niedrigschwelliger Therapieangebote, um einen möglichst hohen Bevölkerungsimpact zu erreichen (John et al., 2000). Gerade in diesem Bereich spielen Früh- bzw. Kurzinterventionen eine wichtige Rolle: Die erreichte Population ist groß und der Aufwand ist vergleichsweise gering. So können Patienten erreicht werden, die zwar medizinische Basisversorgung in Anspruch nehmen, aber keinen Wunsch nach spezieller Behandlung der alkoholbezogenen Störung

aufweisen. Zusätzlich gibt es auf dem Gebiet der Suchtbehandlung eine Verschiebung in Richtung einer Risikoreduktion anstelle einer geforderten Total-Abstinenz. Das dahinterliegende Paradigma geht davon aus, die Gefahren durch den Alkoholkonsum auf ein niedriges Level abzusenken (Fleming and Graham, 2001). Der Prozess der Entwicklung eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol wird als Kontinuum angesehen: Ein Individuum kann längere Zeit über den als riskant erachteten Trinkmengen Alkohol zu sich nehmen, ohne negative Konsequenzen des Konsums zu erleben. Um aber präventiv die Entwicklung alkoholbezogener Störungen zu vermeiden, hat es sich als sinnvoll erwiesen, bereits in frühen Stadien des Missbrauchs von Alkohol zu intervenieren.

Die Effektivität von Kurzinterventionen ist in verschiedenen Studien nachgewiesen worden (z.B. Wilk et al., 1997; Moyer et al., 2002; Bertholet et al., 2005; Kaner et al., 2007). Dies gilt für den gesamten Bereich der alkoholbezogenen Störungen, auch für riskanten Konsum, Alkoholabhängigkeit und -missbrauch (z.B. Bien et al., 1993): In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass durch Kurzinterventionen eine signifikante Trinkmengenreduktion erreicht wird (Bertholet et al., 2005).

Voraussetzung für die Implementierung von Kurzinterventionen in der medizinischen Basisversorgung sind die Durchführung von routinemäßigen Screening-Maßnahmen (siehe Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Rist et al., 2004).

2.1.2.2. Begriffsdefinition und Inhalt von Kurzinterventionen

Im wissenschaftlichen Kontext ist keine eindeutige Definition des Begriffs der Kurzintervention zu finden. In den meisten Fällen werden das Gespräch über die Alkoholmenge und das Trinkmuster, die Übermittlung von Informationen zu den gesundheitlichen Folgeerscheinungen und die Ausarbeitung von möglichen Schritten zu Trinkmengenreduzierung bzw. der Abstinenz im Mittelpunkt stehen (Fleming and Graham, 2001). Verschiedene Autoren bieten Definitionsmöglichkeiten an: So werden Kurzinterventionen beispielsweise als zeitbegrenzte, patienten-zentrierte Beratungsstrategien gesehen, die auf Veränderung von Verhalten und Erhöhung der Compliance fokussieren (Fleming and Graham, 2001). Es handelt sich um klinisch basierte Strategien, die Erhebung und Rückmeldungen, Vertragsaushandlungen bzw. Zielvereinbarungen und Verhaltensänderungstechniken sowie die Benutzung schriftlichen Begleitmaterials beinhaltet (Fleming et al.,

1997). Es besteht eine Variationsbreite von Informations- und Ratschlagsweitergabe in einem zeitlichen Rahmen von fünf bis zehn Minuten bis hin zu mehrmaligen Beratungen oder Gesprächen von 30 bis 60 Minuten.

Kurzinterventionen werden häufig in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung von Berufsgruppen durchgeführt, die nicht in Suchtbehandlung spezialisiert sind (Finfgeld-Connett, 2005). Zielgruppe von Kurzinterventionen sind oft Menschen ohne starke Alkoholabhängigkeitssymptome. Das Ziel ist häufig kontrolliertes Trinken statt Abstinenz (Fleming and Manwell, 1999). Die Intention liegt in der Bereitstellung von Hilfe, bevor sich intensivere alkoholbezogenen Probleme entwickeln (Babor and Higgins-Biddle, 2000).

Zusammenfassend kann man folgende Aspekte aufführen, die die Forschung zu Kurzinterventionen zu alkoholbezogenen Störungen bisher erbracht hat (Fleming and Graham, 2001):

1. Kurzinterventionen reduzieren den Alkoholkonsum von Risikokonsumenten (zwischen 10 bis 30% gegenüber einer Kontrollgruppe) über mindestens ein Jahr.
2. Die Effektstärken für Männer und Frauen sind ähnlich.
3. Die Effektstärken sind über die Altersgruppen ab 18 Jahre hinweg ähnlich.
4. Kurzinterventionen reduzieren die Inanspruchnahme anderer medizinischen Versorgungseinrichtungen.
5. Kurzinterventionen reduzieren das Risiko alkoholbezogener Gefahren, wie Krankheitstage und Autofahren unter Alkoholeinfluss.
6. Kurzinterventionen reduzieren wahrscheinlich die Sterblichkeitsrate.
7. Kurzinterventionen reduzieren medizinische und soziale Kosten.

Die sechs Elemente, die bei Kurzinterventionen im Allgemeinen bedeutsam sind, wurden zusammengefasst zum Akronym FRAMES (Bien et al., 1993): „Feedback“ (bestimmte Rückmeldungen der Erhebungsergebnisse, manchmal ausdrücklich Rückmeldung der Beeinträchtigungen, um zu Veränderung zu motivieren), „responsibility“ (Betonung der eigenen Verantwortung, um persönliche Kontrolle als Motivationsförderung zu nutzen), „advice“ (der ausdrückliche verbale oder schriftliche Ratschlag, das Risikoverhalten zu verändern), „menu“ (Erarbeitung und Bereitstellung verschiedener alternativer Strategien zur Überwindung des Problemverhaltens), „empathy“ (verständnisvoller und einführender Ansatz des Beratungsstils) und „self-efficacy“ (Ermutigung zu Optimismus und Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung). Die Besprechung der Inhalte sollte in einem wertfreien Rahmen erfolgen.

2.1.2.3. Einsatz von Feedbacksystemen im Rahmen von Kurzinterventionen

Bei den meisten Programmen zur Änderung von gesundheitsschädigendem Verhalten wird der Versuch unternommen, mit spezifischen Informationen zu einer Veränderung von riskanten Verhaltensweisen beizutragen. Dabei spielen individuelle Rückmeldungen als ein Element der Kurzintervention eine elementare Rolle (Bien et al., 1993; DiClemente et al., 2001). Feedback-Systeme dienen der Unterstützung der Fachexperten, im Sinne einer detaillierten und schriftlichen Rückmeldung von gegebenen Informationen.

Die Frage, ob Interventionen zur Verhaltensänderung mit Feedback-Systemen wirksamer sind als solche mit herkömmlichen Selbsthilfematerialien konnte in einer Studie im Tabakbereich bejaht werden (Prochaska et al., 1993). Der Einfluss einer begleitenden Beratung durch einen Fachmann und die Frage, ob ähnliche Ergebnisse auf dem Gebiet der alkoholbezogenen Störungen zu erwarten sind, kann noch nicht eindeutig beantwortet werden. Dass eine individualisierte Rückmeldung allein als Kurzintervention ausreicht, ist für den Bereich des Tabakkonsums gut belegt (Prochaska et al., 1991; Velicer et al., 1996). Es gibt aus einer Studie an College-Studenten Hinweise darauf, dass für Alkoholkonsumenten bereits das Zusenden eines Feedbacks zu einer deutlichen Reduktion der Trinkmenge führt (Agostinelli et al., 1995). Es bleibt jedoch zu untersuchen, ob von einer solchen Intervention auch Abhängige oder Missbraucher genügend profitieren (Sitharthan et al., 1996). In einer Studie von Cunningham et al. (2001a) erzielte ein normatives Feedback in einer Region in Toronto polarisierende Effekte: Individuen, die ein Risiko durch den Alkoholkonsum wahrnahmen, reduzierten ihre Alkoholmenge, diejenigen, die kein Risiko wahrnahmen, nahmen nach Erhalt des Feedbacks mehr Alkohol zu sich. Die Nachhaltigkeit der Ergebnisse bleibt zu überprüfen. Auch Sobell und Kollegen erreichten eine Trinkmengenreduzierung bei Personen mit alkoholbezogenen Problemen durch den Einsatz eines postalischen Rückmeldebogens, unabhängig davon, ob dieser individualisiert war oder nur normative Informationen enthielt (Sobell et al., 2002). Feedbacksysteme können auch das Medium Internet nutzen. Es existiert ein einfaches Internet-Programm für Menschen mit riskantem Trinkverhalten, dass nach einer kurzen Erhebung von Trinkmuster, Trinkverhalten und Trinkmenge während einer typischen Woche, Fragen nach negativen Konsequenzen des Trinkens und einigen soziodemographischen Fragen dem Nutzer eine normative Rückmeldung seines Trinkverhaltens im Vergleich zur Population gleichen Alters und Geschlechts gibt (Cunningham et al., 2000). Die Ergebnisse zur Nutzung sind vielversprechend (z.B. monatlich fast 500 „Besuche“ auf der Internetseite; ca. 56 % der Besucher, die bereit waren, ergänzende Angaben zum Nutzen der

Internetseite zu machen, schätzten das Feedback als sehr oder extrem nützlich ein). Für den deutschsprachigen Raum gibt es bereits Ansätze zur Entwicklung computerisierter Feedback-Systeme (Bischof et al., in press).

2.1.2.4. Einsatz von Selbsthilfe-Broschüren im Rahmen von Kurzinterventionen

Selbsthilfemanuale oder Broschüren zur Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenzerrlangung bieten bei geringem Einsatz von Ressourcen eine hohe Erreichbarkeit der Zielgruppe und bieten damit die Möglichkeit eines kosteneffizienten, proaktiven Vorgehens (Schmid et al., 1989). Gerade im Zusammenhang von Kurzinterventionen besteht mit dem Einsatz von Broschüren oder Manualen ein weiteres Hilfsmittel zur Unterstützung von erwünschten Verhaltensänderungen.

Der Einsatz von Selbsthilfemanualen im Bereich der Alkoholforschung ist international gut dokumentiert (Finfgeld, 2000; Cunningham et al., 2001b). Die Effektivität diesbezüglicher Schriften wird häufig im Zusammenhang mit der nicht-homogenen Änderungsbereitschaft der Zielgruppe diskutiert (Savage et al., 1990). Auch in Deutschland liegt derzeit zum Thema Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz eine übersichtliche Reihe von benutzerfreundlichen und informativen Selbsthilfemanualen vor (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BzgA; Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS). Diese Manuale sind jedoch nicht differenziert nach den Stadien der Änderungsbereitschaft aufgebaut. Hier hat sich das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM, s. 2.1.3.1., Prochaska and DiClemente, 1983; Prochaska and DiClemente, 1984; Prochaska et al., 1992) als geeignetes Konzept erwiesen, die gesamte zu erreichende Zielgruppe differenziert nach der individuellen Änderungsbereitschaft der Betroffenen betrachten zu können (John et al., 2002): Anhand eines einzigen gestuften Leitfadens kann der Zugang sowohl für wenig motivierte Personen als auch für änderungsbereite Menschen ermöglicht werden (Grothues et al., 2003). Befunde einer Meta-Analyse zeigen kleine bis mittlere Effekte für den Einsatz schriftlicher Informationen (Apodaca and Miller, 2003).

2.1.2.5. Stepped-care-Ansätze im Rahmen von Kurzinterventionen

Einen ressourcensparenden Einsatz von Kurzinterventionen bietet der Stepped-Care-Ansatz. Ein gestuftes Vorgehen beginnt mit dem Programmschritt der geringsten Intensität, Aufdringlichkeit und Kostspieligkeit und reserviert die aufwändigeren, teureren und „gefährlicheren“ Schritte für diejenigen, die bei den geringeren Programmschritten keinen Erfolg

zeigen (Brownell and Wadden, 1991). Die Proportionen der Individuen, die aufwändigere Behandlungen erhalten, wird dementsprechend immer kleiner. Für den Bereich der allgemeinen Psychotherapie gibt es entsprechende Ansätze (Bower and Gilbody, 2005), im Bereich der Forschung zur Reduktion riskanten Alkoholkonsum sind bisherige Veröffentlichungen eher gering (Breslin et al., 1998). Beispielsweise werden für das Erlernen des „kontrollierten Trinkens“ an Stepped-Care-Ansätze angelehnte Prozedere verfolgt: wenig restriktiv (z.B. kein totaler Alkoholverzicht), wenig eingreifend in das alltägliche Leben (z.B. ambulant), kostengünstig, effektiv und mit hoher Zufriedenheit der Patienten einhergehend (Sobell and Sobell, 1999). In einer Studie mit College-Studenten versprechen hohe Teilnehmerraten und eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer eine gute Anwendbarkeit dieses Ansatzes (Borsari et al., 2007). Über die Art der Reaktionen von Männern und Frauen auf unterschiedlich intensive Anstrengungen bei Kurzinterventionen liegen keine Ergebnisse vor.

2.1.3. Theoretische Modelle

2.1.3.1. Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Bei der Behandlung alkoholbezogener Störungen hat sich das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) als hilfreich und effektiv erwiesen (Prochaska and DiClemente, 1984; DiClemente, 1991; Prochaska et al., 1994). Es besitzt seit etwa 1985 vor allem in den USA, Australien und Großbritannien und zunehmend auch in Deutschland große Popularität und findet Anwendung in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge, in der Klinischen Psychologie, Gesundheitspsychologie und der primären, sekundären und tertiären Prävention. Zunächst entwickelt für den Bereich des Tabakkonsums, werden mit fortschreitenden Forschungsansätzen immer weitere Anwendungsbereiche erfasst, wie z.B. Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten, Kondombenutzung und körperliche Bewegung (Keller, 2002).

Das TTM ist geeignet zur Beschreibung und Erklärung einer Änderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen. Da sich hier Therapieelemente der verschiedenen Psychotherapie-Schulen wiederfinden, hat sich für das Modell der Begriff des Transtheoretischen Modells angeboten. Dabei bilden die Stadien der Verhaltensänderung (stages of change) den Kernpunkt, aber auch die Veränderungsstrategien (processes of change) sowie die Konstrukte der Entscheidungsbalance (decisional balance) und der Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy) spielen eine entscheidende Rolle (Keller, 2002).

Die Stadien beschreiben die Zeitdimension und den Prozesscharakter von Veränderungen und werden folgendermaßen voneinander unterschieden:

1. Stadium der Absichtslosigkeit (precontemplation): Hier besteht keine Intention, das problematische Verhalten in der nächsten Zeit (z.B. in den nächsten sechs Monaten) zu ändern.
2. Stadium der Absichtsbildung (contemplation): Es finden erste Auseinandersetzungen mit dem problematischen Verhalten statt und eine Änderung wird erwogen.
3. Stadium der Vorbereitung (preparation): Es werden erste Schritte zur Veränderung des gesundheitsriskanten Verhaltens geplant und das Zielverhalten wird innerhalb der nächsten 30 Tage in Angriff genommen.
4. Stadium der Handlung (action): Das Verhalten ist seit weniger als sechs Monaten erfolgreich verändert.
5. Stadium der Aufrechterhaltung (maintenance): Das veränderte Verhalten wird seit mehr als sechs Monaten aufrechterhalten.

Es hat sich gezeigt, dass die meisten betroffenen Individuen keinen linearen Durchlauf von einer Stufe zur nächsten aufweisen, wahrscheinlicher ist ein ständiger Prozess von Ein- und Ausstieg, Stehen-bleiben auf einer oder Überspringen einer anderen Stufe. Rückfälle werden anerkannt als Bestandteile der Veränderung, der konstruktive Umgang damit wird genutzt als Mittel zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung im nächsten Versuch. Daher bürgerte sich dafür auch der Begriff des revolving-door-Modells der Veränderungsstufen ein (Prochaska and DiClemente, 1986a). Für das Voranschreiten in den Stadien sind kognitiv/affektive und verhaltensbezogene Prozesse verantwortlich. Diese haben unterschiedliche Wirksamkeit in Abhängigkeit der jeweiligen Stadien (nach Perz et al., 1996):

A.) Auf subjektive Bewertungsprozesse und das emotionale Erleben bezogene Strategien sind bedeutsam bei frühen Stadien der Verhaltensänderung (Absichtslosigkeit und Absichtsbildung):

1. Steigern des Problembewusstseins
2. Emotionales Erleben
3. Neubewertung der persönlichen Umwelt
4. Selbstneubewertung
5. Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen

B.) Auf das Verhalten bezogene Strategien sind bedeutsam bei den späteren Stufen der Verhaltensänderung (Vorbereitung bis Aufrechterhaltung):

6. Selbstverpflichtung
7. Kontrolle der Umwelt
8. Gegenkonditionierung
9. Nutzen hilfreicher Beziehungen
10. Selbstverstärkung

Neben den Stufen und den Strategien der Verhaltensänderung gibt es zwei weitere bedeutsame Variablen. Das Konstrukt der Entscheidungsbalance/Entscheidungswaage stellt die wahrgenommenen subjektiven Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung in den Vordergrund. Bei der Progression über die verschiedenen Stufen ist eine Veränderung in der Gewichtung der Vor- und Nachteile systematisch und reproduzierbar: Je weiter fortgeschritten jemand auf der Stufenfolge ist, desto wichtiger werden die Vorteile der Verhaltensänderung. Ein zweites Konstrukt ist die Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenhang mit situativen Versuchungen. Im Kontext des TTM beschreibt es die Zuversicht eines Individuums, ein bestimmtes Zielverhalten auch in Situationen mit Verlockungen oder Anfechtungen zu zeigen, da dies ein Trennpunkt zwischen Wissen und Handeln darstellt. Die Selbstwirksamkeit steht in einem vermuteten Zusammenhang mit der Motivation, das Problemverhalten zu ändern und gilt als Prädiktor für Rückfälle: Die Werte der Selbstwirksamkeitserwartung sind über die Stufen der Verhaltensänderung monoton ansteigend, die Versuchung nimmt dabei gleichzeitig ab (Keller et al., 1999).

Das TTM ist empirisch hinreichend gestützt und konnte in verschiedenen Kontexten seine Wirksamkeit nachweisen (Prochaska et al., 1993; Prochaska et al., 1994; Velicer et al., 1999). Kritik am Modell bezieht sich vor allem auf seinen wissenschaftlichen Wert: In Frage gestellt werden die willkürliche Trennung zwischen den Stadien, die Instabilität von Intentionen zu Verhaltensänderungen, die Validität des Konstruktes Änderungsbereitschaft und die Vernachlässigung herkömmlicher, meist unbewusster Motivationsaspekte, wie z.B. Belohnung und Bestrafung (West, 2005).

2.1.3.2. Motivational Interviewing

Kurzinterventionen nutzen häufig die Methode des Motivational Interviewing (MI, Miller and Rollnick, 1991, 1999; Miller and Rollnick, 2002). Die Autoren definieren MI als direktives, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen bei

Verhaltensänderungen (Miller and Rollnick, 1999; Miller and Rollnick, 2002). Es verzichtet auf eine spezifische Krankheits- und Ursachentheorie und bietet statt dessen eine Anzahl von pragmatischen und problemorientierten Strategien, wie z.B. Hindernisse aus dem Weg räumen, Alternativen erarbeiten, Empathie zeigen, Rückmeldung geben, Ziele klären und aktiv helfen oder unterstützen. Mit einer empathischen Grundhaltung wird die Motivation des Klienten in zielorientierter Weise gefördert, ohne dem Klienten die Verantwortung für sein Handeln abzunehmen. Das TTM hat sich dabei als hilfreiches Modell erwiesen, den prozesshaften Charakter einer möglichen Motivationsveränderung abzubilden. Die Methoden werden auf Basis der folgenden vier Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung eingesetzt (entnommen aus Miller and Rollnick, 2002):

1. Empathie ausdrücken: Der Berater zeigt, u.a. durch aktives Zuhören, dass er die Gefühle und Vorstellungen des Klienten versteht, ohne sie zu bewerten. Er nimmt die Sichtweisen des Klienten ernst und betrachtet sie als nachvollziehbar und berechtigt.
2. Diskrepanzen entwickeln: Dem Klienten wird die Diskrepanz zwischen seinem aktuellen Verhalten und seinen grundsätzlichen Lebenszielen bewusst gemacht, ohne dass Druck oder Zwang ausgeübt wird. Veränderung wird wahrscheinlicher, wenn der Klient ein bestimmtes Verhalten als unvereinbar mit wichtigen persönlichen Zielen (z.B. Gesundheit, Erfolg, Familienglück oder einem positiven Selbstbild) erlebt und Nachteile des gegenwärtigen Verhaltens bewusster werden.
3. Umgang mit dem Widerstand: Widerstände und Ambivalenzen werden vom Berater als natürlich und verständlich angesehen.
4. Selbstwirksamkeit fördern: Das Vertrauen des Klienten in die eigenen Fähigkeit, eine spezifische Aufgabe erfolgreich lösen zu können, wird gefördert.

Diese vier Prinzipien werden in der Praxis durch spezifische Interventionen umgesetzt: 1. Offene Fragen stellen ist ein geeigneter Weg, um die Auseinandersetzungen mit dem Problemverhalten zu fördern; 2. Bestätigungen beinhalten Lob, Anerkennung und Verständnis; 3. Aktives Zuhören ermöglicht es, Besorgnis bezüglich des Substanzkonsums zu entdecken und zu fokussieren; 4. Zusammenfassen ist ein wirkungsvolles Vorgehen, bei dem die genannten Inhalte wiedergegeben werden: Es dient der Strukturierung des Gespräches und kann sowohl zwischen einzelnen Gesprächsblöcken vorgenommen werden, als auch am Ende der jeweiligen Beratung. Die Betonung der eigenen Entscheidungsfreiheit ist ein wichtiges Mittel, um die Entstehung von Widerstand auf Seiten des Klienten zu vermeiden. Neben den Prinzipien und Interventionen gibt es eine Reihe von strukturierten Vorgehensweisen, welche

die Motivation fördern. Dazu gehört beispielsweise die Entscheidungswaage, bei der Vor- und Nachteile der Verhaltens exploriert werden.

Innerhalb der Anwendung und Forschung zu Kurzinterventionen im Bereich der alkoholbezogenen Störungen spielen die Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung eine entscheidende Rolle, obwohl „reines“ MI viel Zeit und Training erfordert (Finfgeld-Connett, 2005). Eine aktuelle Meta-Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass für das in Studien als Intervention eingesetzte MI in ca. 3 von 4 Studien ein signifikanter und klinisch relevanter Effekt nachgewiesen werden konnte; mit einem vergleichbaren Effekt von 72% bei physiologischen und 75% bei psychologischen Krankheiten (Rubak et al., 2005). Auch bei der Nutzung des MI bei kurzen Beratungen von 15 Minuten Länge zeigten 64% der Studien einen Effekt - das häufigere Zusammentreffen mit dem Patienten erhöhte dabei die Sicherheit der Effektivität (Rubak et al., 2005). MI ist eine evidenzbasierte und gut untersuchte Interventionstechnik mit hohen Effektivitäten bei verschiedenen Anwendern, unterschiedlichen Populationen und Verhaltensproblemen und in verschiedenartigsten Settings: In einer Meta-Analyse von 72 MI-Studien zeigten sich durchschnittliche Effektstärken von 0,77, die bei der Katamnese nach einem Jahr auf 0,30 fielen (Hettinger et al., 2005).

2.2. Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden

2.2.1. Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden bei alkoholbezogenen Störungen

Grundlage der Literatursuche für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit sind Recherchen in der Datenbank PubMed mit den Stichworten "gender" und "early interventions"/"brief interventions" sowie durch den Befehl AND damit verknüpfte Stichworte: alcohol, alcohol abuse, alcohol dependence, hazardous drinking, at risk drinking, heavy drinking, binge drinking. Außerdem wurden alle Studien, die sich mit dem Thema der Kurzintervention in Arztpraxen beschäftigen zur weiteren Literaturliteraturbearbeitung herangezogen. Fokussiert wurde auf Arbeiten ab 1970 bis zum Frühjahr 2007.

2.2.1.1. Epidemiologische Daten zu alkoholbezogenen Störungen

Als in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts mit einer detaillierteren Forschung zu alkoholbezogenen Störungen begonnen wurde, waren Frauen zunächst nur unzureichend in wissenschaftliche Studien einbezogen (Wilnsack and Wilnsack, 1997a). Es kam auch bei ihnen zu negativen somatischen, psychischen und sozialen Konsequenzen als Folge des

Alkoholkonsums, Probleme oder Störungen passten aber noch weniger in das gesellschaftliche Rollenklischee und waren daher deutlich stärker tabuisiert. Ein Umschwung in der Ausrichtung der Forschung begann in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts. Wilsnack und Wilsnack (1997a) veröffentlichten mit „Gender and Alcohol“ eine Zusammenfassung der bisherigen Forschungsergebnisse zu diesem Schwerpunkt. Heute steht der Aspekt der Geschlechtsspezifität sowohl bei der Entstehung, beim Verlauf, als auch bei der Behandlung der Krankheit im Mittelpunkt wissenschaftlicher Auseinandersetzungen (Bischof, 2004). Viele Fragen hinsichtlich sowohl der Universalität als auch der Variabilität der Geschlechtsunterschiede bedürfen aber noch weiterer Klärung (Holmila and Raitasalo, 2005).

Unterschiede im Gebrauch von Alkohol treten kultur- und zeitunabhängig zwischen Männern und Frauen auf: Männer konsumieren mehr und häufiger und erfahren stärkere alkoholbezogene Probleme als Frauen (Wilsnack and Wilsnack, 1997b); die Konsummenge variiert aber länderabhängig. Der Effekt der Angleichung des Trinkverhaltens von Frauen und Männern in den letzten Jahren besonders in europäischen Ländern (Hammer and Vaglum, 1989) wird eher mit der Abnahme des Konsums bei Männern als mit der Zunahme bei Frauen erklärt (Fillmore et al., 1997). Diese Unterschiede scheinen sich im Allgemeinen und global betrachtet eher zu stabilisieren (Wilsnack and Wilsnack, 1997a).

Es bestehen Unterschiede darin, wie die Substanz Alkohol physiologisch bei Männer und Frauen absorbiert, im Körper verteilt und metabolisiert wird (Feuerlein et al., 1998). Darüber hinaus entscheidet aber nicht ausschließlich das biologische Geschlecht über die Trinkkonsequenzen, sondern zusätzlich die soziale Rolle des Individuums: Für Männer bedeutet Trinken meist eine Darstellung ihrer Stärke, bei Frauen wird ähnliches Verhalten in der Gesellschaft oft gleichgesetzt mit dem Verlust der Kontrolle über familiäre Bindung und der Angst vor sexueller Freizügigkeit der Frauen (Wilsnack and Wilsnack, 1997a).

Die Trinkgewohnheiten von Männern und Frauen variieren in vergleichbarer Weise über die Lebensspanne: Bis zum Alter von 30 Jahren nimmt die Trinkmenge pro Trinkgelegenheit bei einem Anstieg der Trinkfrequenz ab, nach dem Alter von 30 gibt es kaum noch Veränderungen in den Trinkgewohnheiten (Fillmore et al., 1997). Der Konsum von Alkohol ist aber in den mittleren Altersgruppen zwischen 30-49 am höchsten (Feuerlein, 1999). Als geschlechtsabhängige Variablen erweisen sich demgegenüber psychosoziale Faktoren: Für Frauen ist Depressivität ein Prädiktor für den Anstieg der Alkoholmenge pro Trinkgelegenheit (Scheidungen und Trennungen haben einen starken, wenn auch nicht homogenen Einfluss); bei Männern scheint Partnerlosigkeit ein Prädiktor für ansteigenden Alkoholkonsum zu sein (Fillmore et al., 1997).

Epidemiologische Studien zeigen, dass Lebenszeitabstinenzraten bei Frauen deutlich höher ausfallen als bei Männern (Fillmore et al., 1997). Auch für Deutschland wurden in einer Repräsentativerhebung ähnliche Daten festgestellt, nach denen die Abstinenzraten bei Männern zwischen 2-6% liegen im Gegensatz zu dem Anteil von 6-10% bei Frauen (Kraus and Bauernfeind, 1998). Bühringer et al. (2000) geben an, dass bundesweite Erhebungen Lebenszeit-Abstinenzraten zwischen 7,1% und 11,5% ergaben, wobei Frauen in den meisten Alterskategorien häufiger alkoholabstinent waren als Männer. Ein weiteres Ergebnis dieser Erhebungen ist, dass 10,3% der 18-59jährigen in die Kategorie „riskanter Konsum“ fallen (Bühringer et al., 2000). Der Anteil der Frauen mit einem riskanten Alkoholkonsum an der Gesamtbevölkerung liegt bei 10,9%, der Anteil der Männer bei 21,5% (Kraus and Augustin, 2001). In Deutschland geht man weiter von ca. 1,6 Millionen aktuell Alkoholabhängigen (2,4%) und 2,65 Millionen Personen mit einem aktuellen Alkoholmissbrauch (4,0%) aus (Bühringer et al., 2000). Kraus und Augustin (2001) geben die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Deutschland mit 3,1% für die 18 bis 59jährigen an. Männer sind dabei etwa viermal so häufig alkoholabhängig: 4,5% vs. 1,3% (Welsch and Sonntag, 2005).

Eine neue Studie hat ergeben, dass sich seit der Wiedervereinigung Deutschlands die Trinkmengen sowohl auf dem Gebiet der neuen, als auch der alten Bundesländer reduziert haben, die Reduktion in Ostdeutschland aber stärker war besonders in Bezug auf die Trinkhäufigkeit. Dabei trinken westdeutsche Frauen mehr als ostdeutsche Frauen und ostdeutsche Männer mehr als die männlichen Westdeutschen (Bloomfield et al., 2005).

2.2.1.2. Entstehung und Verlauf alkoholbezogener Störungen

Bei der Entstehung alkoholassoziierter Störungen spielen biologische Faktoren und soziokulturelle Unterschiede eine Rolle. **Biologische Geschlechtsunterschiede** in der Alkoholverträglichkeit betreffen maßgeblich die Metabolisierung der Substanz Alkohol. Eine Studie von Jones und Jones konnte zeigen, dass gesunde Frauen beim Konsum gleicher Alkoholmengen eine höhere Blutalkohol-Konzentration (BAK) erreichten als Männern (1976). Dieser Befund ist teilweise erklärbar durch den höheren Anteil von Körperfett im weiblichen Körper, aufgrund dessen die identische Alkoholdosis bei Frauen einem geringeren Verdünnungsgrad unterliegt und damit die BAK höher liegen lässt. Ein weiterer Befund dieser Studie bewies, dass Frauen eine größere intrapersonelle Variabilität hinsichtlich der erzielten BAK aufwiesen und es wird angenommen, dass sie in Abhängigkeit von der

Zyklusphase variiert (Blume, 1986). Als Konsequenz ergibt sich, dass Frauen größere Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Wirkung einer bestimmten Alkoholmenge haben. Ein weiterer Grund für die Erreichung höherer BAK ist die geringere gastrische Alkoholdehydrogenase-(ADH)-Aktivität bei Frauen. Obwohl Alkohol maßgeblich in der Leber metabolisiert wird, konnte im Tierversuch nachgewiesen werden, dass ein Teil des konsumierten Alkohols bereits im Magen abgebaut wird und nicht zur BAK beiträgt (besonders bei geringen bis mittleren Alkoholmengen). Dieser Abbau findet bei Frauen in geringerem Maße statt, wobei das Ausmaß der Differenz noch umstritten ist (Schenker, 1997). Bei alkoholabhängigen Probanden zeigte sich eine allgemeine Reduktion der gastrischen ADH-Aktivität, die aber bei alkoholabhängigen Frauen besonders stark vermindert war (Lieber, 1997). Die Geschlechtsdifferenzen bezüglich der BAK sind von unmittelbarer klinischer Relevanz, wie sich insbesondere für die Population alkoholabhängiger Frauen zeigt: Das Risiko einer Leberzirrhose ist bei Frauen bei einer niedrigeren Trinkmenge gegeben als bei Männern (Blume, 1986; Lieber, 1997; Schenker, 1997). Verschiedene Studien belegen, dass Frauen bei vergleichbarer Vorgeschichte eines Alkoholmissbrauchs eine höhere Inzidenz an fortgeschrittener Lebererkrankung aufweisen (Lieber, 1997). Bei Frauen steigt das Risiko einer Leberschädigung schon bei einer täglich konsumierten Menge von 20 Gramm Alkohol, demgegenüber bei Männern das Risiko erst bei täglichen 40 Gramm steigt (Lieber, 1997). Der Grund für die höhere Vulnerabilität von Frauen könnte auch hormonellen Ursprungs sein oder durch biochemische Unterschiede begründet sein (Lieber, 1997). Der Einfluss des hormonellen Zyklus der Frau und dessen Zusammenhang zur Wirkung des Alkoholkonsums im weiblichen Körper im Gegensatz zum männlichen wird untersucht (Devaud et al., 2003); klare Forschungsergebnisse liegen aufgrund der Komplexität der Vorgänge noch nicht vor.

Die biologischen Differenzen bieten sich als Erklärung für den vielfach replizierten Befund einer beschleunigten Abhängigkeitsentwicklung bei Frauen an, der als "telescoping effect" bezeichnet wird (Brienza and Stein, 2002). Frauen trinken im Allgemeinen nicht so viel wie Männer, aber diejenigen, die viel trinken, entwickeln schneller medizinische und soziale Probleme (Randall et al., 1999). Damit haben Frauen eine höhere Gesamtmortalität bei niedrigeren Levels des Alkoholkonsums als Männer (Brienza and Stein, 2002).

Ein weiterer Schwerpunkt in den Untersuchungen zu biologischen Unterschieden zwischen den Geschlechtern bezieht sich auf genetische Einflüsse. In verschiedenen Zwillingsstudien konnte ein stärkeres genetisches Risiko (definiert als Prozentsatz der absoluten Variation des Risikos für eine alkoholbezogene Störung, welches genetischen Einflüssen zugeschrieben werden kann) bei Männern gefunden werden (Heath et al., 1997).

Allerdings besteht aufgrund der niedrigen Prävalenz alkoholbezogener Störungen bei Frauen und der damit verbundenen niedrigeren Aussagekraft bei Bevölkerungsstudien sowie der Konfundierung der meisten Studien zu genetischen Einflussgrößen mit Aspekten der Inanspruchnahme von Hilfe oder sozialer Devianz die Möglichkeit einer Unterschätzung des genetischen Einflusses auf die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit bei Frauen.

Ein dritter Schwerpunkt zu Unterschieden zwischen den Geschlechtern ist die Forschung zum Gehirnaufbau bzw. -funktionsweise. So beeinflusst Alkohol die Aktivität von Neurotransmitter-Rezeptoren (GABA-A- und NMDA-Rezeptoren), die einen Effekt auf das Verhalten im Zusammenhang mit Sensibilität und Toleranz gegenüber Alkohol haben. Geschlechtsunterschiede im Niveau und der Aktivität von Neurosteroiden (Produktion der Glia-Zellen) könnten teilweise für Unterschiede in der Reaktion auf Alkohol verantwortlich sein (Lancaster, 1994). Umstritten ist, ob Frauen auch eine höhere Anfälligkeit für hirnatrophische Veränderungen aufweisen (Pfefferbaum et al., 2001; Hommer et al., 2001).

Laut der **soziokulturellen Erklärungsansätze** hat die Geschlechtsrollen-Identität Einfluss auf den Alkoholkonsum. Sie setzt sich zusammen aus den Geschlechtsrollen-Attributen (geschlechtsspezifische Persönlichkeitseigenschaften) und der Geschlechtsrollen-Ideologie als Einstellung zur angemessenen sozialen Rolle von Frauen und Männern. Geschlechtsrollen sind verantwortlich für konsistente Unterschiede im Verhältnis von Geschlecht und bestimmten Indikatoren des Alkoholkonsums (am stärksten für Trinkhäufigkeit und Trinken bis zur Intoxikation, am schwächsten für die konsumierte Menge). Frauen mit traditioneller Einstellung zu Geschlechtsrollen trinken weniger als ihre Geschlechtsgenossinnen mit eher untraditioneller Einstellung; Männer mit traditioneller Einstellung trinken dagegen mehr als „unkonventionelle“ Männer (Huselid and Cooper, 1992).

In einer Studie, welche den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und dem Vorliegen von Alkoholproblemen in der Herkunftsfamilie und Alkoholabhängigkeits-Symptomen untersuchte, zeigte sich lediglich bei den befragten Frauen ein Zusammenhang zwischen familiärem „Alkoholismus“ und gegenwärtigen Alkoholproblemen, während in der Gruppe der Männer besonders der sozioökonomische Status prädiktiv für Alkoholprobleme war (Curran et al., 1999). Die Ergebnisse der Studien weisen darauf hin, dass bei Frauen der familiäre Hintergrund ein Risikopotential darstellt, welches nicht auf hereditäre Faktoren zurückgeführt werden kann.

Ergebnisse von Beobachtungsstudien belegen, dass Mädchen und Frauen häufig von Jungen und Männern zum Konsum von Alkohol und illegalen Drogen angeregt werden (Vogt and Winkler, 1996). Eine Studie des „Forschungsverbundes der therapeutischen Gemein-

schaften“ kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen meist ein früheres Drogeneinstiegsalter aufweisen als Männer und früher Behandlung in Anspruch nehmen (Dobler-Mikola, 1996).

Ein weiterer Aspekt, der bei der Entwicklung alkoholbezogener Störungen eine Rolle spielt, sind Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen von Frauen. In der Lebensgeschichte vieler alkohol- oder drogenabhängiger Frauen lassen sich solche Erlebnisse finden (Ladwig and Andersen, 1989). Sexueller oder physischer Missbrauch (in der Vergangenheit oder noch andauernd) führt bei Frauen zu einem Anstieg des Risikos, eine alkoholbezogene Störung zu entwickeln sowie für Rückfälle (Brienza and Stein, 2002). Psychotrope Substanzen werden dann eingesetzt, um mit solchen Gewalterfahrungen besser umgehen zu können und beispielsweise traumatische Erfahrungen zu verarbeiten.

Frauen entwickeln ein spezifisches Konsummuster, oft mit episodischen Verläufen, begleitet von affektiven und anderen psychischen Störungen wie z.B. Essstörungen. Psychiatrische Komorbiditäten (besonders Depression) sind bei Frauen mit alkoholbezogenen Problemen häufiger als bei Männern und gehen wahrscheinlich dem Alkoholproblem eher voraus als bei Männern (Brienza and Stein, 2002). Alkoholabhängige Frauen berichten konsistent über ein Trinkmuster, welches verglichen mit Männern eher durch Trinken im privaten Kontext gekennzeichnet ist (Braiker, 1984). Das Konsummuster der Frauen wird in vielen Studien beschrieben durch ein geringeres Ausmaß täglichen Trinkens, geringere Trinkhäufigkeit, geringere Konsummengen pro Trinkgelegenheit, weniger Trinken während des gesamten Tages und weniger Alkoholexzesse (Braiker, 1984; Blankfield, 1990). Im Gegensatz zu oben berichteten Ergebnissen wird berichtet, dass bei vergleichbarem Alter bei Behandlungsbeginn alkoholabhängige Frauen meist durch einen späteren Beginn der Abhängigkeit charakterisiert sind, was auf eine schnellere Entwicklung der Krankheitsverlaufes schließen lässt (Blume, 1986). In der Öffentlichkeit werden Frauen, die viel oder zuviel trinken, oftmals schneller als Männer als sozial desintegriert stigmatisiert oder mit Krankheitszuschreibungen etikettiert. Diese stärkere soziale Stigmatisierung führt zu einer zeitlich späteren Offenbarung der Störung (Brienza and Stein, 2002). Außerdem hat die Stigmatisierung wiederum einen Einfluss auf den schnelleren Entwicklungsprozess der Sucht bei Frauen (Vogt and Winkler, 1996). Der bereits oben erwähnte „telescoping effect“ wird also auch durch die Reaktion der Umwelt auf das Verhalten der Frau mitbestimmt.

Die Forschung zeigt, dass Geschlechtsunterschiede im Alkoholkonsum weiterhin bestehen und über verschiedene Kulturen und gesellschaftliche Subgruppen hinweg nachweisbar sind (Holmila and Raitasalo, 2005). Die normativen Strukturen einer Gesellschaft erhalten häufig die traditionellen Unterschiede auf verschiedene Weisen

aufrecht. Aktuell werden in vielen Ländern die Unterschiede aufgrund der veränderten Rolle der Frau aber eher geringer. Verschiedene soziale Mechanismen vermitteln dabei zwischen dem veränderten Trink-Verhalten der Frauen und den generellen Veränderungen innerhalb der Gesellschaft: Stress durch häufige Doppelbelastung der Frauen, der Effekt der Anpassung der Geschlechter, wenn sie zusammen arbeiten, Veränderungen in gemischtgeschlechtlichen Trink-Gesellschaften und die Veränderung der Symbolkraft von Alkohol bei der Definition einer Geschlechterrolle (Holmila and Raitasalo, 2005). Dabei spielt auch das Gesundheitssystem des jeweiligen Landes eine Rolle: In Ländern mit einem guten Gesundheitssystem zeigte ein Vergleich für Frauen eine Tendenz des erhöhten Alkoholkonsums, wenn die Frauen Arbeit hatten, einer niedrigeren Bildungsschicht angehörten und nicht in einer Familie mit traditionellem Rollenverhalten aufgewachsen waren, in Ländern mit einem schlecht ausgebauten Gesundheitssystem war erhöhter Konsum bei Frauen mit hoher Bildung assoziiert, während Effekte der Familienrolle und des Arbeitsverhältnisses gering waren (Kuntsche et al., 2006).

2.2.1.3. Inanspruchnahme von Hilfen und Teilnahme an Behandlung bei alkoholbezogenen Störungen

Bei der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe gibt es für Betroffene eine Anzahl von Hürden zu überwinden und verschiedene Aspekte haben einen Einfluss auf Teilnahme an Behandlung oder eventuellen Abbruch. So tragen Motivationslage und der eventuell erlebte soziale Druck von nahestehenden Angehörigen, Ärzten oder Arbeitgebern dazu bei, ob Menschen das bestehende Angebot annehmen. Studien konnten zeigen, dass 29 bis 42% der in Frage kommenden Patienten nicht den Einstieg in die Behandlung finden (Weisner et al., 2001). Für Frauen mit alkoholbezogenen Störungen ist es beispielsweise zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Behandlung wahrscheinlicher, von ihrem Partner verlassen zu werden, als für Männer (Brienza and Stein, 2002).

Zur Analyse von Inanspruchnahmeverhalten bietet die NLAES-Studie aus den USA eine große Datengrundlage. Bezogen auf die Lebenszeit-Inanspruchnahme alkoholbezogener Hilfen ergab sich, dass von allen Personen, die zu einem Zeitpunkt die DSM-IV Kriterien für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit erfüllten, 23% der Männer und 15% der Frauen zu einem Zeitpunkt alkoholbezogene Hilfen in Anspruch genommen haben (Dawson, 1996). Neben Faktoren wie höherer sozialer Status, Alter unter 30 Jahren, höherem Einkommen und

stärkeren alkoholbezogenen Problemen spielt das Geschlecht eine entscheidende Rolle bei der Inanspruchnahme von Hilfe: Bei Frauen ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie auch tatsächlich ein Behandlungsprogramm anfangen, wenn sie sich einmal dafür entschieden haben. Auf der Grundlage von Patientenstichproben in unterschiedlichen Einrichtungen (Alkohol-/Drogenhilfssystem, Notfalldienste, primäre Gesundheitsversorgung, psychiatrische Hilfsangebote) und eines Haushaltssurveys in Kanada ergaben sich deutliche Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahmemodalität (Weisner and Schmidt, 1992): Die Ergebnisse belegen eine Überrepräsentation von Männern in den Alkohol- und Drogeneinrichtungen im Gegensatz zu Frauen in den Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung und den psychiatrischen Einrichtungen. Dies kann als Hinweis interpretiert werden, dass Frauen mit Alkoholproblemen eher alkoholunspezifische Hilfsangebote wahr- und annehmen.

In stationären Einrichtungen für Menschen mit alkoholbezogenen Problemen in Deutschland waren in den letzten Jahrzehnten etwa ein Viertel bis ein Drittel der aufgenommenen Patienten weiblichen Geschlechts (Feuerlein, 1999). Der Prozentsatz frauenspezifischer Behandlungseinrichtungen im gesamten Angebot der Bundesrepublik beträgt weniger als 1% (Vogt and Winkler, 1996). Größere epidemiologische Studien zur Analyse von Geschlechtsdifferenzen bezüglich der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfeangebote liegen aus Deutschland bislang nicht vor. Zur Abschätzung möglicher Geschlechtsdiskrepanzen müssen deshalb die Angaben der Suchthilfe in Beziehung zu den Prävalenzschätzungen gesetzt werden. Die einrichtungsbezogenen Dokumentationssysteme (z.B. Ebis, Horizont und Patfak für ambulante Sucht-Beratungsstellen und SEDOS für stationäre Einrichtungen) und die Daten der Rentenversicherungsträger als Kostenträger bei Rehabilitations-Maßnahmen, erlauben eine Abschätzung der Gesamtinanspruchnahme an Hilfeangeboten. Von den Rentenversicherungsträgern wurden im Jahr 1997 insgesamt 38.323 Anträge für Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit bewilligt (79,9% erhielten stationäre Maßnahmen): Der Frauenanteil betrug dabei 21,6%, ohne Unterschied des Geschlechter-Verhältnisses bei stationären oder ambulanten Maßnahmen (Holz, 1998). Bei Auswertung der EBIS-Daten zeigte sich in der ambulanten Behandlung von Abhängigkeitserkrankten gegenüber stationären Angeboten eine stärkere geschlechtsbezogene Diskrepanz: 88% der Klienten in ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sind männlichen Geschlechts (Simon, 1998). Nach den Daten des Behandlungsdokumentationssystems SEDOS beträgt der Anteil von Frauen in stationären Maßnahmen 19% (Simon, 1998). Im Jahr 2005 wurden in ambulanten Einrichtungen der deutschen Suchthilfe 54% der Patienten mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose (Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch) behandelt, der Anteil der

Frauen war mit 55,5% sogar etwas höher als der der Männer mit 53,2% (Sonntag et al., 2006a). In den stationären Angeboten wurden 2005 77% der Patienten mit einer alkoholbezogenen Störung behandelt, auch hier war der Anteil bei den Frauen mit 79,8% etwas höher als der der Männer (Sonntag et al., 2006b). Weitere epidemiologische Studien mit Berücksichtigung des geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmeverhaltens sind notwendig.

2.2.1.4. Geschlechtsunterschiede in den TTM-basierten Variablen

Das TTM ist angewendet worden auf eine Reihe verschiedener Gesundheitsverhaltensweisen, wie beispielsweise der Rauchentwöhnung, sportlicher Bewegung, Benutzung von Kondomen und anderen (DiClemente et al., 1991; Marcus et al., 1992; Keller, 1999). Studien konnten zeigen, dass sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören, regelmäßig Sport zu treiben oder der diätetisch-reduzierten Aufnahme von Fett in ihren Lebensmitteln unterscheiden (O'Hea et al., 2003). Für einzelne Variablen des TTM gibt es dabei widersprüchliche Ergebnisse (Laforge et al., 1994; Glanz et al., 1994; O'Connor et al., 1996). Frauen befinden sich beispielsweise häufiger in höheren Stadien bei diätetischen Verhaltensweisen und Männer haben bei der Rauchentwöhnung eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung (O'Hea et al., 2003). Für die Selbstwirksamkeitserwartung belegen Studien meist höhere Werte für Männer (Blanchard et al., 2002).

Für den Bereich der alkoholbezogenen Störungen gibt es bisher nur wenige Ergebnisse. So zeigen männliche und weibliche alkoholabhängige Patienten unterschiedliche Auslöser bei den „processes of change“ (Bischof et al., 2005b): Für männliche Patienten stellen arbeitsbezogene und juristische Probleme häufiger Auslöser für Veränderungen dar, bei Patientinnen stehen eher zwischenmenschliche und gesundheitliche Probleme im Vordergrund. Die prädiktive Validität von „temptation to drink“ und Selbstwirksamkeit für Situationen mit Rückfallrisiko ist in vielen Studien belegt (Connors et al., 1996): Hier scheint eine hohe Selbstwirksamkeit für beide Geschlechter die Rate an Rückfällen zu reduzieren. In anderen Studien zeigten sich bei der Selbstwirksamkeitserwartung Unterschiede: Männer zeigten ein höheres Rückfallrisiko in positiv erlebten zwischenmenschlichen Situationen mit positiver Stimmung (Skutle, 1999), Frauen dagegen erlebten Rückfälle eher in Situationen mit negativer Affektlage (Annis and Graham, 1995; Annis et al., 1998). Auch wenn die Schwere der Alkoholabhängigkeit kontrollierend einbezogen wurde, berichteten männliche Studienteilnehmer höhere Werte für „temptation to drink“ in positiv erlebten Situationen, während

Frauen eine stärkere Versuchung bei Konfrontation mit Entzugserscheinungen zeigten und sich stärker mit negativen Gedanken beschäftigten (Bischof et al., 2005b).

Einen möglichen Einflussfaktor auf die unterschiedlichen Studienergebnisse scheint das soziodemographische Niveau der untersuchten Stichprobe darzustellen (O'Hea et al., 2003). Mehr Forschung in diesem Bereich ist notwendig, um Ergebnisse verallgemeinern zu können. Eine differenzierte Analyse der Modellvariablen hinsichtlich möglicher systematischer Geschlechtsunterschiede steht für die meisten Verhaltensbereiche noch aus.

2.2.2. Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden in alkoholbezogenen Kurzinterventionen

Insgesamt konnte in einer Vielzahl von Meta-Analysen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen nachgewiesen werden (Bien et al., 1993; Poikolainen, 1999; Ballesteros et al., 2004; Bertholet et al., 2005; Kaner et al., 2007). Im Folgenden sollen kurz die wichtigsten einzelnen Studien zu Kurzinterventionen im Bereich der primären Versorgung dargestellt werden, aus Gründen der Übersichtlichkeit nur tabellarisch (Tabelle 2.2.2.1.).

Tabelle 2.2.2.1.: Übersicht zu Studien in der primären Gesundheitsversorgung

Studie (Hauptautor)	Setting	Anzahl, Geschlechterverhältnis, Altersrange, Katamnesezeitraum	Studienbedingungen	Ein – und Ausschlusskriterien	Hauptergebnisse
Kristenson (1983)	Arztpraxen= community health centers (Fragebogen-Studie über kardiovaskuläre Krankheiten, Diabetes und Alkoholkonsum)	Nur Männer zwischen 46-53 Jahren IG=317/261 KG=268/212 KZ: 2, 4 und 6 Jahre	- KG (Befragung und schriftliche Information zu Testergebnissen, Einladung zu erneutem Termin alle 2 Jahre) - IG mit Beratung durch einen Arzt und monatliche Check-ins bei einer Krankenschwester/Arzthelferin ergänzt durch einen Termin beim Arzt alle drei Monate	EK: oberes Dezil der GGT-Werte (>1.40Mikrokat/liter) AK: k.A.	Teilnehmer der IG zeigten stärkere Reduzierung der Gamma-GT-Werte (Reduzierung auch in KG), hatten sign. weniger Krankheitstage und erlitten nur die Hälfte an Krankheiten
Heather (1987)	16 Allgemeinärzte	Altersrange 18-65 n=104 Männer=78 Frauen=26 KZ: 6 Monate	- Keine Intervention (N=38) - Einfacher Ratschlag (N=32) - Ärztlicher Ratschlag und Rückmeldung (N=34)	EK: 35 Units/Woche für Männer, 21 U./Woche für Frauen (plus klinischer Eindruck des Arztes) AK: Abhängigkeit, somatische Krankheiten aufgrund von Alkohol, schwere psychiatrische Diagnosen, Intelligenzminderung, Drogenabhängigkeit, Schwangerschaft	Sign. Reduktion aller Studienteilnehmer (kein Unterschied zwischen den Gruppen)
Wallace (1988)	47 Allgemein- arztpraxen in ländlicher und kleinstädtischer Umgebung	IG=319 Männer und 131 Frauen KG=322 Männer und 137 Frauen KZ: 6 und 12 Monate	- KG (keine Intervention) - Ratschlag zur Reduzierung der Trinkmenge und Broschüre, Erhebung durch den Arzt	EK: 35 Units/Woche für Männer, 21 U./Woche für Frauen (in der Woche vor dem Interview) AK: Ärztlicher Ratschlag zur Reduktion innerhalb des letzten Jahres, schwere Krankheit	- Sign. Reduktion des Alkoholkonsums der IG - Auch Tln der KG reduzieren - Sign. Reduzierung der Gamma-GT-Werte und des Blutdrucks nur für männliche Tln nachgewiesen

Fortführung der Tabelle 2.2.2.1.

Studie	Setting	Anzahl, Geschlechterverhältnis, Altersrange, Katamnesezeitraum	Studienbedingungen	Ein – und Ausschlusskriterien	Hauptergebnisse
Anderson und Scott (Scott and Anderson, 1990; 1992)	8 Gemeinschafts-Praxen	I=80 Männer und 33 Frauen K=74 Männer und 39 Frauen Altersrange: 17-69 KZ: 12-Monate	- KG mit Broschüre - 10-minütige Intervention durch den Arzt (Empfehlung einer Reduktion,) und Rückmeldung sowie Selbsthilfe-Manual	EK: 35 Units/Woche für Männer, 21 U./Woche für Frauen AK: Erhaltener Ratschlag innerhalb des letzten Jahres oder mehr als 1050g Alkohol/Woche	- Männliche IG-TIn zeigten sign. Reduzierung ihres Konsums im Vgl. zur KG - Weibliche TIn zeigen allgemein sign. Reduzierung, (ohne Unterschied der Gruppenzugehörigkeit)
Nilssen	Beginn als Gesundheitsfragebogen (Tromsø Study)	Männer=290, Frauen=48; Altersrange: Männer 20-62 Jahre und Frauen 20-56 Jahre KZ: 12 Monate	- 1. KG (ohne Intervention); 2. „Minore“ Intervention (TIn wurden über erhöhte GGT-Werte informiert, Hinweis auf mögliche Zshg. zu erhöhtem Alkoholkonsum, Vorschlag einer Messwiederholung der Laborparameter nach einem Jahr); 3. „Majore“ Intervention (TIn erhielten spezifischere Rückmeldungen zu Wirkungen des Alkohols auf die GGT-Werte, wurden hinsichtl. ihrer Gewohnheiten beraten, erhielten Broschüre zur Reduktion des Konsum und Angebot monatlicher Wiederholungen der GGT-Messungen)	EK: erhöhte GGT-Werte: 50-200 U/L bei Männern 45-200 U/L bei Frauen AK: Alkoholabhängigkeit und bestimmte körperliche Erkrankungen	- Zwischen IG und KG zeigte sich sign. Unterschied in Reduktion des GGT-Werts; zw. IG kein Unterschied - Zur Katamnese zeigte sich in KG mehr als doppelt so starker durchschn. Konsum im Vgl. zu IG (in der KG keine Erhebung der Trinkmenge zur Baseline); IG unterschieden sich in Menge nicht sign. voneinander (Mittelwert der Majoren IG deutlich niedriger)
Babor (WHO) (1992)	8 unterschiedliche Settings (z.B. Allgemeinkrankenhaus, Arbeitsstätten, Allgemeinarzt-praxen)	Männer=1260 Frauen=299 KZ: Minimum 6 Monate (durchschnittlich 9 Monate) Altersrange: 18-70 Jahre	- Diagnostik-Interview - Gleiches Diagnostik-Interview und einfacher (5 min.) Ratschlag mit Rückmeldung zur Trinkmenge und Trinkgrenzen - Gleiches Diagnostik-Interview und gleiche Informationsweitergabe und zusätzlich 15 Minuten Beratung zum Trinkverhalten (Problem-Löse-Manual, Tagebuch, Empfehlung von weiteren Hilfsmöglichkeiten)	EK: Männer 350g Alkohol (29 SG)/Woche oder 100g (8 SG)/Gelegenheit mind. 2mal/Monat; Frauen 225g (19 SG) /Woche oder 65g (5 SG)/Gelegenheit mind. 2mal/Monat; bei TIn mit subjektiv erlebten Problemen niedrigere Grenzen; AK: psychiatr. Störung, Alkoholabhängigkeit, Behandlung oder schwere Entzugssymptome, zu alt, Schwangerschaft, Instabilität in Lebensumständen, ,	- KI reduzieren sign. durchschnittlich konsumierte Menge und Menge pro Gelegenheit (kein Unterschied zwischen Beratungsbedingungen) bei gleichzeitiger Reduzierung der Häufigkeit alkoholbezogener Probleme - Klarere Ergebnisse in der Gruppe der männlichen Teilnehmer (gleiche Tendenz bei weibl. TIn)
Richmond (1995)	119 Ärzte aus 40 Praxen aus der Region Sydney (fee-for-service basis)	378 Patienten (57% männliche Teilnehmer) Altersrange 18-70 KZ: 6 und 12 Monate	- Keine Befragung. - Nur Befragung und Diagnostik - KG: ein Treffen mit Ratschlägen des Arztes plus Selbsthilfemanual - Intervention mit dem “Alcoholscreen Programm”,	EK: 35 Units/Woche für Männer, 21 U./Woche für Frauen Bereitschaft, wohnhaft zu bleiben,	- Alcoholscreen Programm zeigte im Vgl. zu anderen Gruppen Reduktion der alkoholbezogenen Probleme, Konsum der viel-konsumierenden TIn unverändert (sign. nach 6 Monaten, Tendenz nach 12 Monaten) - Kein Effekt der KI in Gruppe Minimal-Intervention - Keine sign. Reduktion des Konsums in Erhebungs-Gruppe nach Kontrolle der Screening-Menge
Israel (1996)	42 Allgemeinärzte	N=105 Altersrange: 30-60 Jahre KZ: 12 Monate	- Patienten erhielten nach Erhebung eine Broschüre und Rückmeldung über ihre GGT-Werte und entweder eine Kurzintervention (30min) und angebotene Termine (20min) in 2monatigem Abstand über 1 Jahr, bei denen Laborparameter erhoben und ipsativ verglichen wurden oder einen Ratschlag	EK: Konsum von über 90 Getränken in den letzten 4 Wochen oder Konsum von mind. 5 Getränken pro Gelegenheit, mind. 8mal in den letzten 4 Wochen oder positive Beantwortung von mind. 2 CAGE-Fragen AK: schwere körperliche Abhängigkeitssymptome	70% der Gruppe KI und 46% der Gruppe Ratschlag zeigten sign. Reduktion des Konsums, Rückgang der psychosozialen Probleme bei 85% der Pat. der KI-Gruppe, keine sign. Veränderung in Gruppe Ratschlag, - GGT-Werte waren sign. reduziert für Pat., die eine KI erhielten, nicht für andere Gruppe. - Verbesserungen in der Gruppe KI sign. größer im Vgl. zur Gruppe Ratschlag.
Fleming TrEAT (1997)	64 Ärzte aus Kliniken der primären Versorgung	IG=392 KG=382 Altersrange 18-65 KZ: 6, 12, 24,36 und 48 Monate	- Befragung und Gesundheits-Broschüre (2 Nachbefragungen) - Befragung und Broschüre und zwei 15min. Beratungen durch Arzt plus Telefonanruf der Praxis-Schwester (2 Nachbefragungen)	EK: Männer mehr als 14 Getränke (168g Alkohol)/Woche und Frauen mehr als 11 Getränke, AK: Schwangerschaft, zu alt Alkohol-Behandlung im letzten Jahr, Ratschlag des Arztes in letzten 3 Monaten, Konsum über 50 Getränke in der letzten Woche	Sign. Unterschied zwischen Studienbedingungen hinsichtl. der wöchentlichen Trinkmenge, des Rauschtrinkens, der Häufigkeit des Rauschtrinkens und der Länge der Krankenhausaufenthalte, stärkere Reduzierung bei Frauen

Fortführung der Tabelle 2.2.2.1.

Studie	Setting	Anzahl, Geschlechterverhältnis, Altersrange, Katamnesezeitraum	Studienbedingungen	Ein – und Ausschlusskriterien	Hauptergebnisse
Senft (1997)	3 Praxen der Basisversorgung	IG=260 KG=256 Altersrange 21 KZ: 6 und 12 Monate	- Kontrollgruppe (übliche Behandlung) - Interventionsgruppe: 30 Sekunden-Ratschlag des Arztes und 15 min. Beratung durch Mitarbeiter des Forschungsteams (nur 70% der Patienten erhielten beides), plus schriftliches Material.	EK: AUDIT von 8-21 Punkten, Summe der AUDIT Häufigkeit und Quantitäts-Fragen mehr als 5 oder 6 und mehr Getränke pro Gelegenheit mind. einmal pro Woche, AK: Alkoholabhängigkeit (AUDIT über 21 Punkte), Schwangerschaft und ausserhalb des Altersranges,	Nach 6 Monaten zeigte IG sign. Reduktion des Konsums im Vgl. zur KG, (keine Sign. mehr nach 12 Monaten), sign. Unterschied im Report von weniger Trinktagen nach 6 und 12 Monaten, Anzahl der Getränke pro Gelegenheit unterschied sich zu keinem Zeitpunkt sign. voneinander
Burge (1997)	42 Ärzte des „Downtown Family Health Center“ in San Antonio	n=242 (21% Frauen) Amerikaner mexikanischer Herkunft Alter: ab 18 Jahre KZ: 6, 12 und 18 Monate	1. nur Arzt-basierte Intervention, 2. nur Psychoedukation, 3. beide Interventionen und 4. keine Intervention – Kontrollgruppe -Intervention bestand aus einer kurzen (10-15 Minuten) Beratung des Patienten nach „WEEP-F“ - Psychoedukation bestand aus sechs 90minütigen Sitzungen	EK: - Mindestens 18 Jahre alt - Besuch des Health Care Centers - Bereitschaft zum Screening - Alkoholkonsum in den letzten 6 Monaten - Positiv in der DIS - Momentan nicht in Behandlung	Rückgang relevanter Variablen (Trinkmuster, psychosoziale Probleme, Laborparameter) in gesamter Stichprobe, Interventions-effekt nur für ASI family and medical score nachweisbar (mögliche Erklärung für geringen Effekt der KI: Verbesserung der KG durch Erhebung, Pat. mit speziellem ethn. Hintergrund etc.).
McIntosh (1997)	12 Ärzte eines Zentrums für Allgemeinärzte (family practice centre) einer kleinen kanadischen Stadt	n=159 Patienten (83 Männer und 76 Frauen) Alter: ab 15 Jahre KZ: 3, 6 und 12 Monate	1. ein 5minütiger Ratschlag (Gruppe fungierte als Kontrollgruppe) und schriftliches Material, 2. Kurzintervention durch den Arzt und schriftl. Material (2.Termin nach 2 Wochen) 3. Kurzintervention durch die gelernte Krankenschwester und schriftliches Material (2.Termin nach 2 Wochen)	EK: - Eine positive Antwort im CAGE und 4/5 oder mehr Standarddrinks an mind. einem der letzten 28 Tage	Rückgang des durchschnittl. monatl. Alkoholkonsums in gesamter Stichprobe (kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen), aber kein sign. Unterschied zw. den Interventionsgruppen. - Rückgang der körperlichen und Abhängigkeits-Symptomen wurde verzeichnet (Anstieg der „problemfreien“ Tln).
Cordoba (1998)	104 Allgemeinmediziner aus 33 Arztpraxen	nur Männer n=229 IG: n=104 KG: n=125 Alter: 14-50 Jahre KZ: 12 Monate	- Kurzintervention (ca. 15 Minuten): Quantifikation des Konsums, Fragebogen zum Lebensstil, Informationen über die Risiken, Broschüre, Vertrags-aushandlung über Höchstgrenze/-Muster des Konsums, Anbieten von Unterstützung, Vereinbarung des Nachbefragungstermins - „Einfacher Ratschlag“ (ca. 5 min): Erhebung der Alkoholmenge/ alkoholbezogener Aspekte	EK: _ Männer zw. 14-50 J. - Wöchentlich über 35 Units (1 U=8g Alkohol) oder mind. 10 Units einmal im Monat - Einverständnis AK: - CAGE-Score >1, seit 2 Jahren den Ratschlag erhalten, zu reduzieren, seit mind. 3 Monaten in Behandlung oder Verweigerung	Beide Gruppen reduzierten ihren Alkoholkonsum: 67% der Gruppe Kurzintervention und 44% der Gruppe mit einem einfachen Ratschlag unterhalb der Risikogrenze von 35 Units pro Woche – der Reduktions-Unterschied zwischen den Gruppen war signifikant.
Ockene (1999)	4 internistische Praxen	IG=274 KG=256 (Cluster-Randomisierung) Altersrange 21-70 KZ: 6 Monate	- Befragung und Broschüre - Befragung und 5-10 Minuten Beratung durch den Arzt oder Mitarbeiter/in der Praxis und Gesundheitsbroschüre	EK: Männer mehr als 12 SG/ Woche (13g Alkohol) oder 5 SG pro Gelegenheit mind. 1mal/Monat, Frauen mehr als 9 SG/Woche oder mind. 4 SG/Gelegenheit mind. 1mal pro Monat AK: Schwangerschaft, Umzugspläne, kein Telefon, Alkoholbehandlung, psychiatr. Diagnose,	Sign. Unterschied zwischen den Interventionsbedingungen hinsichtlich der wöchentlichen Trinkmenge und des Rauschtrinkens, bei Frauen stärkerer Effekt,
Aalto (2000)	4 Kliniken der primären Gesundheitsversorgung (1 Spezial-Praxis (41 Allgemeinmediziner und 15 Krankenschwestern)	n=118 (nur Frauen) Altersrange: 20-60 KZ: 36 Monate	- Gruppe A erhielt eine Intervention (durchgeführt vom Arzt oder der Schwester) zur Baseline und nach 2, 6, 12, 18, 24 und 30 Monaten sowie eine Broschüre, - Gruppe B erhielt zur Baseline, nach 12 und 24 Monaten eine Intervention sowie die Broschüre - Gruppe C erhielt keine Intervention :	EK: 190g Alkohol pro Woche und mind. 2 positive Antworten im CAGE AK: Alkoholabhängigkeit, schwere psychiatrische oder somatische Diagnosen, bereits in Entzugsbehandlung gewesen,	- Laborparameter MCV unterschied sich zwischen IG- (A und B) und KG (C) sign., andere zeigten keinen Unterschied - 27-75% der Tln zeigten klinisch-relevante Reduktion des Alkoholkonsums, aufgrund der geringen Stichprobe zeigte sich keine statistische Signifikanz.

KZ=Katamnesezeitraum; EK=Einschlusskriterien; AK=Ausschlusskriterien; IG=Interventionsgruppe; KG=Kontrollgruppe, Tln=Teilnehmer, SG=Standardgetränke, KI=Kurzintervention

Im Folgenden werden die mit diesen und teilweise anderen Studien durchgeführten Meta-Analysen dargestellt (Tabelle 2.2.2.2.). Diese wurden entsprechend den geläufigen und weit- hin akzeptierten Techniken für Meta-Analysen durchgeführt (Ausnahme: Meta-Analyse von Kahan et al.) und werden begrenzt durch die verfügbaren Studien (Finfgeld-Connett, 2005).

Die Zusammenfassung der Studien zu Kurzinterventionen in der medizinischen Basis- versorgung und der breiteren Forschung zu Kurzinterventionen mit den hier dargestellten Meta-Analysen gibt eine Reihe vielversprechender Ausblicke in bezug auf die Effektivität von Kurzinterventionen. Die meisten Studien zur Wirkung von Kurzinterventionen konnten einen positiven Effekt bei der Nachbefragung von typischerweise 12 Monaten nachweisen (Bien et al., 1993; Wilk et al., 1997; Poikolainen, 1999; Moyer et al., 2002). „Positiver Effekt“ bezieht sich dabei meist auf die Reduzierung der konsumierten Alkoholmenge. Weiterhin bewiesen Analysen, dass Ärzte bei 10 bis 30% ihrer Patienten einen Rückgang des Alkoholkonsums nach einer Kurzintervention erwarten können (Fleming and Manwell, 1999).

In verschiedenen Meta-Analysen haben sich Kurzinterventionen im Vergleich zu Kontrollbedingungen als wirksam herausgestellt. Heather äußert sich zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen folgendermaßen: „Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt“ (Heather, 2002, S. 293). Die U.S. Preventive Services Task Force kommt in einer Zusammenfassung ihrer Ergebnisse zu der Empfehlung, Screening und verhaltensbezogene Beratungsinterventionen bei Erwachsenen zur Reduzierung miss- bräuchlichen Alkoholkonsums in Einrichtungen der primären Versorgung durchzuführen (U.S. Preventive Services Task Force, 2004). Einige Meta-Analysen kommen zu dem Ergebnis, dass sehr kurze Interventionen keinen signifikanten Unterschied erbringen (z.B. Poikolainen, 1999). Eine Antwort auf die bisher offene Frage nach dem „dose effect“ von kurzen vs. erweiterten Kurzinterventionen versuchen Bertholet und Kollegen: In ihrer Über- sichtsarbeit stellen sie als Ergebnis dar, dass Kurzinterventionen zwischen 5-15 Minuten mit beigefügtem schriftlichem Material und der Möglichkeit, als Patient einen weiteren Termin wahrzunehmen, zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums führen im Vergleich zu „keiner Intervention“, „usual care“ oder weniger als 5 Minuten Beratung (Bertholet et al., 2005).

Tabelle 2.2.2.2.: Übersicht über Meta-Analysen

Hauptautor der Meta-Analyse und Anzahl der eingeschlossenen Studien	Hauptergebnisse
Bien (1993) n=12 (Kurzintervention vs. Kontrollgruppe) n=13 (Kurzintervention vs. erweiterte Intervention)	Sign. Effekte der Kurzinterventionsbedingung gegenüber einer Kontrollgruppe (Effektstärke von 0,38); Vorteil einer erweiterten Kurzintervention vernachlässigbar; Geschlechtsunterschiede noch nicht erklärbar, evtl. zurückzuführen auf Unterschiede in der Schwere der alkoholbezogenen Probleme;
Freemantle (1993) n=6	Relativ konsistenter Effekt von Kurzinterventionen wird auf eine 24%ige Reduktion des Alkoholkonsums geschätzt; Aussagen zu Geschlechtsunterschieden werden nicht gemacht;
Kahan (1995) n=11	Kurzinterventionen führen zu Reduzierung des Alkoholkonsums (geringer Effekt aber starker Impact); Kein Unterschied bei verschiedenen zeitlichen Intensitäten; Ergebnisse bei Frauen weniger stark und konsistent als bei Männern
Ashenden (1997) n=6	Noch kein endgültiger Beweis für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen, aber sign. Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsbedingung in der Hälfte der Studien (größter Effekt bei einer Studie mit erweiterter Kurzintervention)
Wilk (1997) n=12	Subgruppenanalysen zeigen, dass Tendenz stärker bei: 1. Intervention bestehend aus mehreren Sitzungen im Vergleich zu einmaliger Kurzintervention, 2. weiblichen vs. männlichen Teilnehmern und 3. bei stationärer vs. ambulanter Teilnahme
Poikolainen (1999) n=7	Sign. Trinkmengenreduzierung für ausführlichere Kurzinterventionen nur für Frauen nachweisbar (in anderen Gruppen keine Homogenität, aber Trinkmengen-Reduktion gleichen Ausmaßes); Kein Wirksamkeitsnachweis für sehr kurze Interventionen (fehlende Homogenität); Globale Effektivität von Kurzinterventionen nicht nachweisbar (keine sign. Reduktion bei sehr kurzen Interventionen);
Moyer (2002) n=34 (Kurzintervention vs. Kontrollgruppe in nicht-behandlungssuchenden Pat.)	Kleine bis mittlere Effektstärken für die Effektivität von Kurzinterventionen (Langzeitwirkung nicht erforscht); Kein Geschlechtsunterschied in der Wirksamkeit nachweisbar;
Chang (2002) n=1 (gleiche Effektivität für Frauen und Männer) n=2 (Frauen profitieren mehr) n=4 (Frauen in Interventions- und Kontrollgruppe profitieren)	Keine konsistent nachweisbare Wirkung von Kurzinterventionen bei Frauen;
Ballesteros (2004) n=7	Geschlechtsneutrale Effektivität von Kurzinterventionen (standardisierte Effektstärken) bei homogenen Studienbefunden;
Whitlock (2004) n=12	Kurzinterventionen mit mehrfachen Kontakten (erweiterte Kurzinterventionen) reduzieren den Alkoholkonsum; Sehr kurze Interventionen weniger bis gar nicht effektiv; Keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wirkung von Kurzinterventionen;
Bertholet (2005) n=19	Wirksamkeit von Kurzinterventionen nachgewiesen für die Reduzierung des Alkoholkonsums nach sechs und 12 Monaten; Effekt unabhängig vom Geschlecht; Studien ausreichend homogen und klarer Effekt in den qualitativ hochwertigen Studien;
Kaner (2007) n=21	Starke Heterogenität zwischen den Studien, trotzdem nachweisbare Effektivität von Kurzinterventionen; Analyse von Subgruppen (n=8) weisen Effektivität von Kurzinterventionen nur für Männer, nicht aber für Frauen nach;

n: Anzahl

Negative Berichte über die Wirkung von Kurzinterventionen sind selten (Ashenden et al., 1997) und sollten eher mit Vorsicht interpretiert werden: Beispielsweise berichtet Beich et al., dass nur zwei bis drei von 1000 gescreenten Teilnehmern von einer Kurzintervention profitieren (2003), der Fokus ihrer Forschung lag aber eher auf der Erhebung des Screening-Prozesses als auf der Wirkung der Kurzinterventionen (Bertholet et al., 2005).

Neben der Erhebung der Trinkmengenreduktion spielt als weiteres Outcome-Maße die Inanspruchnahme weiterer Hilfen sowohl für die alkoholbezogenen Probleme als auch für die im Zusammenhang stehenden medizinischen Aspekte eine Rolle. So fand die Studie von Kristenson et al. (1983) für die männlichen Studienteilnehmer der Experimentalgruppe eine Reduzierung der Krankenhausaufenthalts-Tage, der Krankschreibungs-Tage sowie der Sterblichkeit. Auch Cuijpers und Kollegen kommen zu dem Ergebnis eines signifikanten Rückgangs von Krankheits- und Krankenhausaufenthaltstagen sowie Todesfällen nach Kurzinterventionen (Cuijpers et al., 2004). Andere Studien konnten diesen Effekt nicht nachweisen (Whitlock et al., 2004). In der Studie TrEAT zeigte sich eine signifikante Reduktion der Mortalität in der Interventionsgruppe (Fleming et al., 2002). Für die allgemeine Wirksamkeit von Kurzinterventionen auf Morbidität, Mortalität und Lebensqualität ist die Datenlage allerdings eher karg (Bertholet et al., 2005), da die meisten Studien große Stichprobengrößen und längere Katamnesezeiträume nicht einhalten können. Hier ist bisher nur eine Vermutung angebracht, dass bei Reduzierung des Alkoholkonsums auch ein Rückgang der Morbidität und Mortalität anzunehmen ist. Andere Outcome-Maße sind von zunehmend geringerer Bedeutung, beispielsweise werden Labor-Marker des Alkoholkonsums (Gamma-GT-Werte) in aktuelleren Studien vermieden (Bertholet et al., 2005). Empfohlene biologische Marker zur Aufdeckung eines starken Alkoholkonsums (MCV, GGT, CDT) weisen oft keine ausreichende Sensitivität und Spezifität auf (Ballesteros et al., 2004) und zeigen zusätzlich eine große Geschlechtsabhängigkeit (Conigrave et al., 2002). Gerade der GGT-Marker wird beeinflusst von verschiedenen anderen Variablen wie u.a. Alter, Rauchverhalten, Kaffeekonsum, Übergewicht und Blutdruck (Poikolainen, 1999).

Ein weiterer Effekt, der im Zusammenhang von Kurzinterventionen untersucht wurde, ist ihre Wirkung auf die unterschiedlichen Arten von Alkoholkonsum bzw. unterschiedliche „Diagnosegruppen“ (Rauschtrinker, Risikokonsumenten, Alkoholmissbraucher, Alkoholabhängige). Viele Studien zu Kurzinterventionen fokussieren eher auf den Patienten mit weniger schwerem Alkoholkonsum und haben eher Mäßigung oder moderates Trinkverhalten als vollständige Abstinenz zum Ziel. Laut Senft und Kollegen scheint ein positives Ergebnis nach einer Kurzintervention sicherer für Patienten in „früheren“ Stadien (early problem

drinkers) als für „fortgeschrittenere“ Stadien (advanced alcoholics) zu sein (Senft et al., 1997). Für alkoholabhängige Patienten ist der Effekt einer Kurzintervention nicht eindeutig nachgewiesen, da in den meisten Studien Alkoholabhängigkeit ein deutliches Ausschlusskriterium für die Teilnahme darstellte. Zur Beantwortung der Fragestellungen des Aspekts der Abhängigkeit der Effektivität der Kurzintervention vom Grad der Einschränkung des Patienten durch die Art der alkoholbezogenen Störung bzw. des Alkoholkonsums stellt die bisherige Forschung noch nicht genügend Material zur Verfügung. Es scheint aber nachvollziehbar, dass schwer Abhängige von einer kurzen Intervention eher nicht profitieren.

Es wird immer wieder betont, dass besonders die Langzeitwirkung einer Kurzintervention weiterhin ein wichtiger Gegenstand der Forschung bleiben sollte (Senft et al., 1997). Dieser Aspekt ist in der jetzigen Forschung noch zu selten untersucht, um bereits eindeutige Ergebnisse präsentieren zu können. Einer Studie von Fleming und Kollegen (2002) zufolge, hielten die Effekte einer Kurzintervention auch bei der Nachbefragung nach vier Jahren noch an. In einer anderen Studie konnte die bestehende Signifikanz bei einer 10jährigen Katamnese nicht mehr nachgewiesen werden (Wutzke et al., 2002). Die Arztpraxis stellt ein gutes Setting dar, um eine langfristige Betreuung der Patienten zu ermöglichen

Eine weitere Fragestellung beinhaltet die Abhängigkeit der Wirkung der Kurzinterventionen von deren Inhalten. Vasilaki und Kollegen kommen in ihrer Übersichtsarbeit (Einschluss von 15 Kontrollgruppen-Studien) zu dem Ergebnis, dass Kurzinterventionen auf der Basis des Motivational Interviewing effektiv sind (Vasilaki et al., 2006). Drei Aspekte werden dabei differenziert: 1. Besonders zum ersten Katamnesezeitpunkt (nach 3-6 Monaten) waren Effektstärken stärker als zu späteren Zeitpunkten (nach beispielsweise 12 bis 24 Monaten), 2. Wenn MI mit anderen Behandlungsformen verglichen wird, scheint sie für hilfeschuchende Patienten besser geeignet, als für Patienten, die keine alkoholspezifische Hilfe suchen, 3. MI-basierte Interventionen scheinen bei gering abhängigen Patienten einen stärkeren Effekt zu haben.

Das Projekt TrEAT untersuchte die Wirksamkeit von Kurzinterventionen auf unterschiedliche Altersgruppen und fand keinen Unterschied zwischen ihnen (Fleming et al., 1997). In nur einer Untersuchung (Guiding Older Adult Lifestyles) wurden Kurzinterventionen speziell mit älteren Patienten durchgeführt und zeigten eine 20%ige Reduzierung des Alkoholkonsums bei 158 Erwachsenen zwischen 65 und 85 Jahren (Fleming et al., 1999).

Weiterhin scheint unumstritten, dass trainierte Mitarbeiter der Praxis, z.B. Krankenschwestern, zu ähnlichen Ergebnissen kommen bei der Durchführung von Kurzinterventionen wie die Ärzte selbst (Ockene et al., 1999). Die Ergebnisse sprechen dafür,

dass Kurzinterventionen von Praxenpersonal genauso effektiv ist, wie von Ärzten durchgeführte Kurzinterventionen (McIntosh et al., 1997). Krankenschwestern und Arzthelferinnen nehmen bereitwillig die Aufgaben und Herausforderungen von Durchführungen von Kurzinterventionen für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen an (Hyman, 2006).

2.2.3. Forschungsstand zu Geschlechtsunterschieden in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Patienten mit alkoholbezogenen Problemen

Die Einflussquelle auf die Effektivität von Kurzinterventionen, die in dieser Arbeit untersucht werden soll, stellt das Geschlecht dar. Verschiedene Meta-Analysen zu dieser Fragestellung kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen – immer wieder wurde und wird auf die Wichtigkeit dieser Variable hingewiesen (z.B. Ballesteros et al., 2004).

In der historisch wichtigen Meta-Analyse von Bien werden zu Geschlechtsunterschieden in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen zunächst nur Vermutungen geäußert, als Mediator wird die relative Schwere der Probleme vor Antritt der Behandlung genannt, die bei Männer und Frauen unterschiedlich ausfällt (Bien et al., 1993).

Aussagen zur geschlechtsspezifischen Wirksamkeit sind in den zeitlich folgenden Meta-Analysen differierend: Ergebnisse aus Studien mit hohen Validitäts-Maßen zeigen eine Reduzierung des wöchentlichen Alkoholkonsums bei Männern, die Ergebnisse für Frauen sind inkonsistent (Kahan et al., 1995); Analysen von Subgruppen zeigen eine Tendenz in Richtung der stärkeren Reduzierung des Alkoholkonsums bei weiblichen vs. männlichen Teilnehmern mit einem odds-ratio von 2,42 bei Frauen und 1,90 bei Männern (Wilk et al., 1997). Den Ergebnissen der Meta-Analyse von Poikolainen zufolge sind Kurzinterventionen nur für Frauen signifikant und effektiv. Für andere Subgruppen fehlt die statistische Homogenität und somit können keine allgemein-gültigen Aussagen über die Effektivität getroffen werden (Poikolainen, 1999).

In neueren Meta-Analysen werden keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden. Eine Schlussfolgerung der Meta-Analyse von Moyer et al. (2002) ist, dass kein Unterschied in der Effektivität von Kurzinterventionen zwischen den Geschlechtern gefunden werden konnte. Auch in den Untersuchungen von Whitlock et al. (2004) werden keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Wirkung von Kurzinterventionen festgestellt, besonders nicht bei Studien mit mehrfachen Kontakten.

Die Meta-Analyse, die sich ganz ausdrücklich mit den Geschlechtsunterschieden bei Kurzinterventionen beschäftigt, kommt zu der eindeutigen Aussage, dass von einer gleichen Wirksamkeit ausgegangen werden kann (Ballesteros et al., 2004). Es zeigt sich, dass die standardisierten Effektstärken für die Menge des Alkoholkonsums innerhalb der Studien zwischen den Geschlechtern nicht differieren. Ballesteros (2004) berichtet weiterhin eine nicht signifikante Heterogenitätsprüfung in diesem Bereich, sowohl allgemein, als auch für die Geschlechter getrennt voneinander. Für die Effektivität der Kurzinterventionen werden ebenfalls standardisierte Effektstärken angegeben, die, sowohl in beiden Gruppen zusammen als auch für Geschlechter getrennt, signifikante Werte annehmen. Ähnliche Ergebnisse zeigen die Analysen mit den Individuen, die unterhalb der riskanten Trinkmengen Alkohol konsumierten: nicht signifikante Heterogenität und signifikante odds-ratio-Angaben jeweils über 2.

Auch die darauffolgende Meta-Analyse von Bertholet und Kollegen (2005) mit 19 eingeschlossenen Studien schliesst sich diesem Urteil an: Kurzinterventionen beweisen bei Frauen und Männern Effektivität für die Reduzierung des Alkoholkonsums nach 6 und 12 Monaten. Diese These wird unterstützt von der Homogenität der Studien und dem klaren Effekt, der sich in den qualitativ hochwertigen Studien zeigt. In der Studie mit dem längsten Katamnesezeitraum zeigt sich bei einer kumulativen Analyse der Effekt auch nach 36 und 48 Monaten (Fleming et al., 2002).

In einer aktuellen Cochrane-Analyse hingegen erweisen sich Kurzinterventionen für Frauen als nicht wirksam (Kaner et al., 2007): In einer Analyse von Subgruppen (acht Studien) kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass der Benefit von Kurzinterventionen nur für Männer (Unterschied von -57 Gramm Alkohol pro Woche, 95% CI: -0,89 bis -0,25), nicht aber für Frauen (Unterschied von -10 Gramm/Woche, 95% CI: -0,48 bis 0,29) nachweisbar ist. Eine Erklärung zu Unterschieden in der Meta-Analyse von Ballesteros et al. (siehe oben) werden hauptsächlich in der Auswahl der Studien gesehen.

Auch der Aspekt der geschlechtsspezifischen Effektivität kurzer und längerer Interventionen wird in der Literatur nach wie vor kontrovers diskutiert. Die Ergebnisse der Studien von Anderson und Scott könnten darauf hindeuten, dass von einem einfachen Ratschlag zur Trinkmengenreduktion Männer eher profitieren als Frauen (Ashenden et al., 1997). Robertson und Kollegen beobachteten, dass Frauen von ausführlicheren Kurzinterventionen im Vergleich zu kurzen Interventionen in Relation zu den Männern mehr profitieren (Robertson et al., 1986). In früheren Studien und Reviews wurde diskutiert, ob Frauen bereits auf das Screening bzw. die Erhebung so stark reagieren, dass dann die

Durchführung einer Kurzintervention keinen zusätzlichen Effekt auf den Alkoholkonsum hat (Kahan et al., 1995). Babor und Kollegen formulieren aufgrund ihrer Ergebnisse die Vermutung, dass Frauen bereits auf Evaluation reagieren, unabhängig davon, ob ein zusätzlicher Ratschlag folgt oder nicht (Babor and Grant, 1992).

In der Literatur gibt es also keine homogenen Befunde zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen.

3 Fragestellungen/Hypothesen

3.1. Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirkung von Kurzinterventionen?

Aufgrund der inkonsistenten Literatur wird keine gerichtete Hypothese aufgestellt. Geprüft wird, ob die Heterogenität der Stichprobe einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Kurzintervention hat. Hypothese ist, dass sich in homogenen Stichproben nach Ausschluss Alkoholabhängiger und Rauschtrinker keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen finden.

3.2. Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirksamkeit von Kurzinterventionen beim Vorgehen im Sinne eines Stepped-Care-Ansatzes?

Aufgrund fehlender Vorbefunde wird keine gerichtete Hypothese aufgestellt. Als Hypothese wird geprüft, ob beim gestuften Ansatz eher Männer oder Frauen von weiteren, intensiveren Stufen der Intervention ausgeschlossen werden können aufgrund des Erfolgs einer niedrigschwelligeren Intervention.

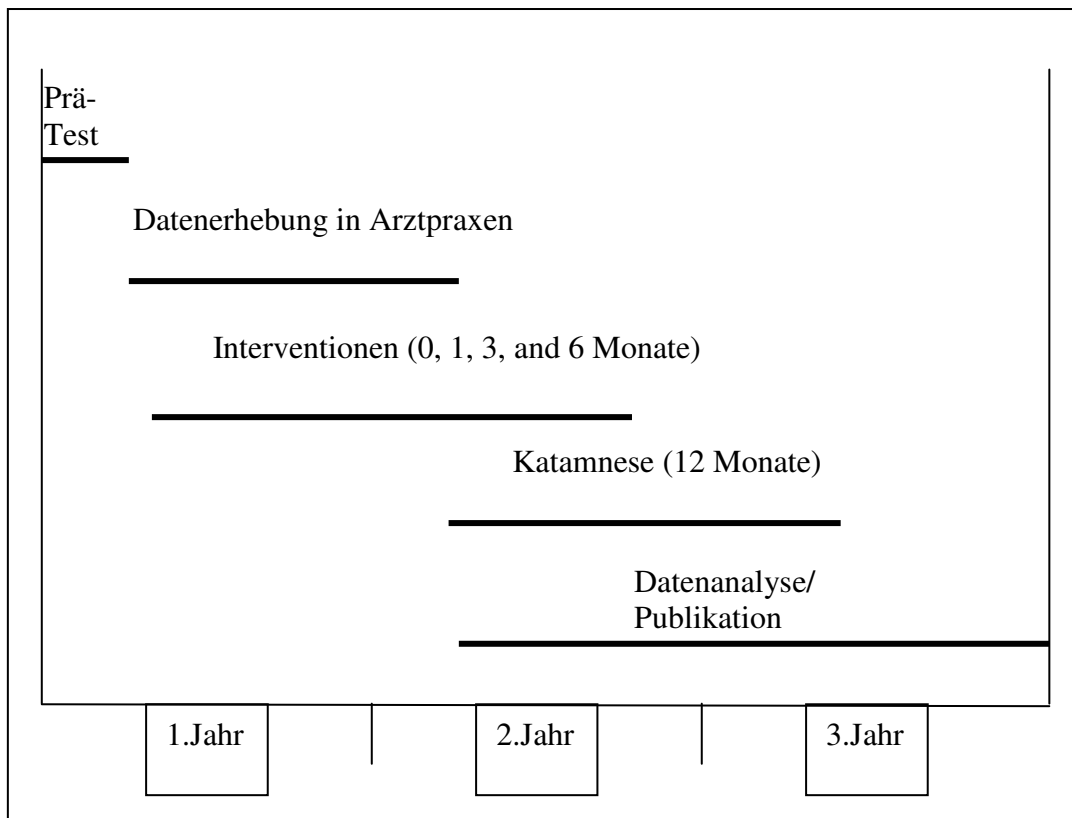
4 Methoden

4.1. Studienplanung

4.1.1. Einleitung

Daten zur Bearbeitung der Fragestellungen liefert die zu beschreibende Studie, die im Rahmen des Forschungsverbundes EARLINT (**E**arly substance use **I**ntervention) geplant und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen: 01EB0121) gefördert wurde. Sie ist eine Querschnitterhebung zur Effektivität von Kurzinterventionen zu alkoholbezogenen Störungen, die am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, von November 2001 bis September 2004 unter dem Projekttitel „Stepped Interventions for Problem Drinkers“ (SIP) durchgeführt wurde. Ziel der Studie war, herkömmliche Kurzinterventionen mit einem gestuften Vorgehen bei Hausarzt-Patienten mit riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit zu vergleichen (Rumpf et al., 2001a). Abbildung 4.1. stellt eine Übersicht über die gesamte Projektlaufzeit dar.

Abbildung 4.1.: Balkenplan Projekt SIP



4.1.2. Projektmitarbeiter

Die insgesamt 25 Mitarbeiter, die das Screening-Prozedere in den Arztpraxen durchführten, setzten sich aus verschiedenen Berufszweigen zusammen. Dabei waren zwei Arzhelferinnen und eine Fremdsprachenkorrespondentin mit Erfahrung im sozialen Bereich als feste Mitarbeiterinnen angestellt. Zusätzlich arbeiteten zeitweilig bis zu zehn wissenschaftliche Hilfskräfte und sechs medizinische Doktoranden an dem Projekt mit. Ihre Aufgabe bestand darin, die Öffnungszeiten der Arztpraxen so abzudecken, dass sie jeden geeigneten Patienten, der die Sprechstunde des Arztes besuchte, um Studienteilnahme bitten konnten. Alle Mitarbeiter erhielten zum jeweiligen Arbeitsbeginn sowohl eine ca. sechsstündige Einführung in das logistische und administrative Prozedere der Studiendurchführung, als auch eine Schulung zum Umgang mit den Patienten in der Praxis. Zusätzlich wurden die Mitarbeiter zu Beginn ihrer Tätigkeit von den wissenschaftlichen Projektmitarbeitern in den Arztpraxen in ihre Aufgaben eingearbeitet. Eine wissenschaftliche Hilfskraft war über das gesamte Projekt hinweg für die Dateneingabe und -kontrolle verantwortlich. Durch sukzessive Datenkontrollen während der Eingabephasen, konnte die Fehlerrate der Datensätze auf ein Minimum beschränkt werden.

Außerdem arbeiteten fünf Psychologen als wissenschaftliche Mitarbeiter über Zeiträume von einem und drei Jahren als wissenschaftliche Angestellte in dem Projekt, die für die Bearbeitung und Dokumentation der Studienteilnehmer, die Durchführung der Interventionen sowie die Organisation des Projektes verantwortlich waren. Alle wissenschaftlichen Angestellten besaßen Erfahrung im Suchtbereich und in der Führung von Beratungsgesprächen. Sie nahmen an einer Schulung zur Motivierenden Gesprächsführung (Miller and Rollnick, 2002) teil und erwarben Kenntnisse im Behaviour Change Counseling (Rollnick et al., 1999). Der Projektleiter Dr. Rumpf war Ansprechpartner bei allen projektbezogenen Fragen. Da das Projekt SIP Teil des Forschungsverbundes EARLINT war, konnte durch regelmäßige Kooperationstreffen eine weitere Qualitätssicherung ermöglicht und projektübergreifende Fragestellungen bearbeitet werden.

4.1.3. Vorstudie

Im Rahmen einer Vorstudie wurde das Studienprotokoll über fünf Werktage (03.12. – 07.12.2001) im vollen Umfang der Sprechstundenzeiten innerhalb einer Doppelarztpraxis realisiert. Der Fokus lag sowohl auf der Entwicklung einer Arbeitsroutine für das Screening und die Rekrutierung der Studienteilnehmer als auch auf der Prüfung der Akzeptanz des

einzusetzenden Screening-Fragebogens zur Baseline. Im Verlauf der abgedeckten Arztprechstunden wurden 94 Patienten aufgenommen. Davon wurden 27 als auffällig im AUDIT und/oder LAST identifiziert. Insgesamt hätten 48,1% (n=13) der screening-positiven Patienten für die Studie gewonnen werden können, 51,9% (n=14) verweigerten die Teilnahme oder konnten aufgrund eines fehlenden Telefonanschlusses nicht aufgenommen werden. Von den erreichten Patienten der Vorstudie wurde niemand in die Hauptstudie übernommen, um eine Gleichbehandlung der Studienteilnehmer zu gewährleisten.

4.2. Design der Studie

4.2.1. Rekrutierung der Arztpraxen

Aus dem zuständigen Register der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (2002) wurden die Adressen der in Frage kommenden internistischen und allgemeinärztlichen Praxen in Lübeck und 46 angrenzenden Gemeinden herausgesucht (eingeschlossen wurden Praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Internisten mit hausärztlicher Funktion). Die Region beschreibt das Einzugsgebiet der Stadt Lübeck aufgrund von Pendler-Strukturen. Die Einordnung ist an anderer Stelle nachzulesen (Meyer et al., 2000; Meyer et al., 2003).

Zunächst wurden 241 Praxen ermittelt. Von 18 Arztpraxen waren die Angaben veraltet bzw. die Praxis bereits geschlossen, so dass 223 ein Anschreiben erhielten, das auf die Durchführung der Studie aufmerksam machte, eine kurze Beschreibung des Projektes enthielt und eine finanzielle Entlohnung von 150 Euro in Aussicht stellte. Als Anlage war dem Schreiben ein Artikel beigelegt, der im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt erschienen war und über das gestufte Beratungskonzept des Projektes SIP informierte (Rumpf et al., 2001a).

Im weiteren Verlauf wurde jede einzelne Praxis oder Praxisgemeinschaft telefonisch kontaktiert. Hierbei wurde der Hintergrund und das Vorgehen der Studie detaillierter erläutert und die Bereitschaft zur Teilnahme erfragt. Es wurden 52 Arztpraxen ausgeschlossen, da die Ärzte keine Hausarztfunktionen übernahmen oder weniger als 5 Patienten in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre pro Tag zu erwarten waren. Von den eligiblen Arztpraxen nahmen 78 nicht an der Studie teil (Gründe: räumliche Enge, personelle Schwierigkeiten, Angst vor Patientenverlust). Zwölf Arztpraxen aus der Lübecker Region konnten im vorgegebenen Zeitrahmen nicht mehr telefonisch kontaktiert und damit nicht in die Studie einbezogen werden.

Für das Projekt konnten 81 Arztpraxen gewonnen werden. Wenn man bis auf die Verweigerungen alle anderen Ausfälle als neutral betrachtet, lag die Ausschöpfungsquote der Arztpraxen bei 50,9%. Zusätzlich wurden Daten in vier Kieler Arztpraxen erhoben. Hier

wurden 13 Ärzte kontaktiert, die Ausschöpfungsquote entsprach damit 31,8%. Drei der Arztpraxen, die bereits ein Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben hatten, zogen die Teilnahmebereitschaft nach Beginn der Screening-Erhebung in ihrer Arztpraxis nach zwei, drei bzw. fünf Tagen wieder zurück. Im weiteren Verlauf wurden 21 Arztpraxen aus Lübeck und Umgebung mit einer hohen Durchlaufzahl an Patienten ein zweites Mal um Teilnahme gebeten. Dies geschah nach einer Mindestzeit von zwei Monaten nach Ersterhebung, um die Zahl der wiederaufgenommenen Patienten in der Arztpraxis möglichst zu minimieren. Im Laufe des gesamten Erhebungszeitraumes des Projektes von Mitte Januar 2002 bis Mitte April 2003 konnten Daten in 106 Settings erhoben werden (81 Praxen in Lübeck, davon 21 Praxen mit zweitem Erhebungszeitraum und 4 Arztpraxen der Region Kiel). In den 81 Lübecker Praxen wurden durch teilweise vorhandene Praxisgemeinschaften 107 Ärzte erreicht, davon waren 63 Allgemeinmediziner, 23 praktische Ärzte und 21 Internisten mit hausärztlicher Funktion.

4.2.2. Rekrutierung der Studienteilnehmer

In den Arztpraxen wurden über zwei Wochen bzw. 10 Arbeitstage die jeweils angegebenen Öffnungszeiten von den Mitarbeitern abgedeckt. Innerhalb der Sprechstundenzeit sprach der Mitarbeiter konsekutiv jeden Patienten mit einer kurzen Vorstellung an und erfragte die Bereitschaft zum Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens (siehe Anhang). Im Fragebogen wurden problematischer Alkoholkonsum und ergänzende Items erfasst. Für die Teilnahme am Screening galten folgende Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 18 und 64 Jahren
- Konsultation des Arztes (keine Aufnahme von Patienten, die ausschließlich zur Blutentnahme kamen oder zur Abholung von Rezepten)
- Ausreichende Deutschkenntnisse
- Keine schwerwiegenden somatischen Erkrankungen

Bei Patienten, die nicht teilnahmebereit waren, wurden die Gründe dafür erfragt. War ein Patient nicht in der Lage, den Fragebogen selbständig auszufüllen, wurde Hilfe, z.B. durch Vorlesen der Fragen, angeboten. Bei Rückgabe des Fragebogens an den Mitarbeiter wurden die Vollständigkeit geprüft und die Punktwerte der beiden Screening-Tests errechnet. Erreichte ein Patient den erforderlichen cut-off-Wert, wurde er um weitere Teilnahme an der Studie gebeten. In den meisten Arztpraxen stand für dieses Gespräch ein separater Raum zur

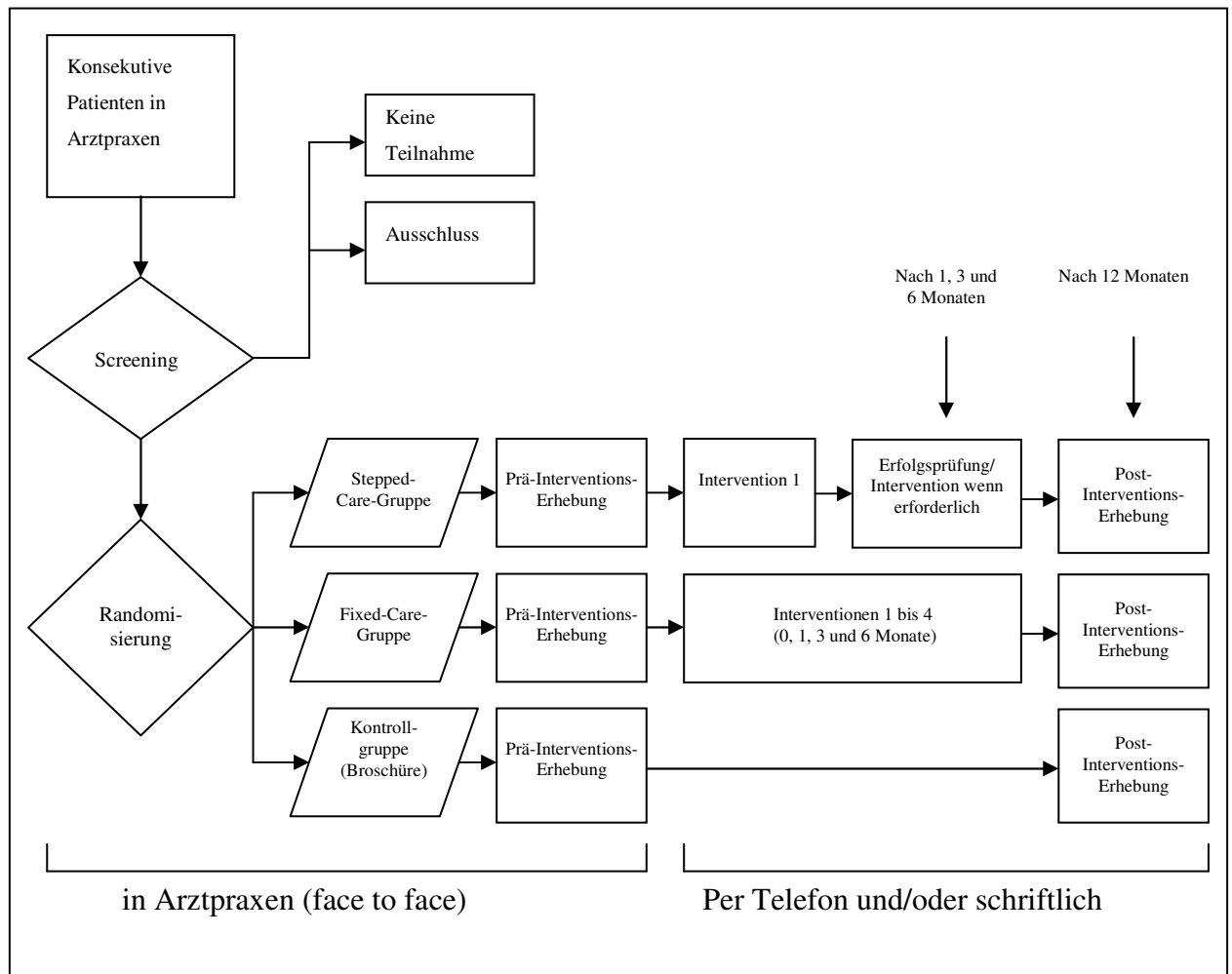
Verfügung. Hier wurden die Patienten über die Studie aufgeklärt und die schriftliche Einwilligung eingeholt. Auch das Einverständnis zum Mitschnitt der Beratungstelefonate wurde erbeten, die ausschließlich zur Qualitätssicherung der Beratungen innerhalb des Teams genutzt und anschliessend gelöscht wurden. Fehlten diese Einwilligungen, führte das nicht zum Ausschluss von der Studie.

4.2.3. Diagnostik der Studienteilnehmer

Abbildung 4.2.3. zeigt das Design der Studie und das Vorgehen im Überblick. Die teilnahmebereiten Patienten erhielten in den Folgetagen nach der Rekrutierung in den Arztpraxen von den wissenschaftlichen Mitarbeitern einen umfangreichen Fragebogen zugeschickt. Nach Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens wurden die telefonischen Kontaktversuche gestartet. Von jedem Mitarbeiter wurde ein Kontaktprotokoll mit Angaben zu den Kontaktversuchen geführt, auch um eventuelle Hinweise durch Familienangehörige etc. dokumentieren zu können. Bei Erreichen und Bereitschaft des Probandens wurde am Telefon daraufhin eine ausführliche Diagnostik durchgeführt. Entsprechend einer Person den Einschlusskriterien wurde sie als Studienteilnehmer aufgenommen. Nach der Diagnostik und Einschluss in die Studie wurden weitere Erhebungsinstrumente telefonisch erhoben.

Folgende Kriterien mussten erfüllt sein, damit ein Patient als Studienteilnehmer aufgenommen werden konnte:

- Telefonische **Erreichbarkeit**
- **Einschluss über die Alkoholtrinkmenge:** durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag von mehr als 30 Gramm Reinalkohol bei Männern und mehr als 20 Gramm für Frauen in den letzten 4 Wochen
- **Einschluss über das Kriterien des Rauschtrinkens:** Alkoholkonsum von mehr als 80 Gramm Alkohol bei Männern und mehr als 60 Gramm Alkohol bei Frauen mindestens zweimal im letzten Monat (eine Konsum-Veränderung durfte nicht länger als vier Wochen her sein)
- **Erfüllen der Kriterien für Alkoholabhängigkeit oder –missbrauch:** innerhalb der letzten vier Wochen
- **Ausschluss:** täglicher Drogengebrauch außer Cannabis; Schwangerschaft (erhoben während der Katamnese); bereits in ambulanter oder stationärer suchtspezifischer Behandlung (Ausnahmen waren Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Entgiftungen ohne therapeutische Begleitung).

Abbildung 4.2.3.: Ablaufplan Projekt SIP

4.2.4. Randomisierung der Studienteilnehmer und weiterer Verlauf

Die Zuteilung der Studienteilnehmer in die jeweilige Gruppe erfolgte nach Weitergabe der Daten aus der Praxis an die wissenschaftlichen Angestellten des Projektes. Jeder Mitarbeiter nahm eine randomisierte Zuteilung anhand von Karten in verschlossenen Umschlägen auf drei Gruppen vor:

1. Stepped-Care-Gruppe (SC) – Die Teilnehmer dieser Gruppe erhielten als erste, minimale Intervention eine computerisierte Rückmeldung über die Angaben während der Diagnostik und einen stadienbezogenen Leitfaden zum Umgang mit Alkohol. Einen Monat später wurde eine erneute Befragung durchgeführt, nach der das weitere Vorgehen abhängig vom Erfolg der Intervention war. Kriterien für den Erfolg der Intervention waren eine Trinkmenge unterhalb der Grenzen für riskanten Konsum (20g bei Frauen, 30g bei Männern) und eine

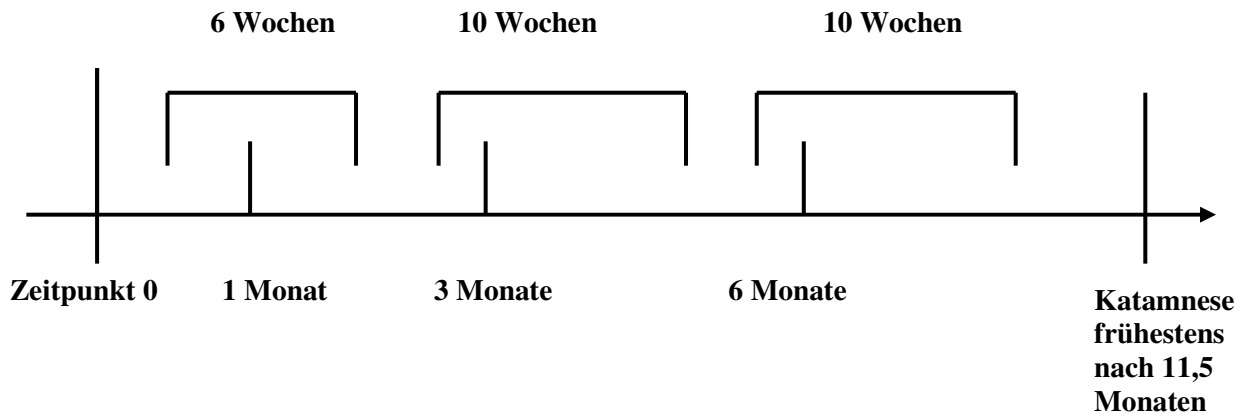
ausreichende Selbstwirksamkeitserwartung zur Aufrechterhaltung des reduzierten Konsums, operationalisiert durch > fünf Punkte auf einer zehnstufigen Skala. Bei Nichterreichen der Kriterien erfolgte eine telefonische Beratung mit einer Dauer von bis zu 45 Minuten. Das Vorgehen erfolgte analog zu den Interventionszeitpunkten 3 (nach 3 Monaten) und 4 (nach sechs Monaten). Der maximale Gesamtaufwand der Intervention entsprach dem der Fixed-Care-Gruppe.

2. Fixed-Care-Gruppe (FC) – Dieser Gruppe zugeordnete Studienteilnehmer erhielten direkt im Anschluss an die Diagnostik ein Beratungsgespräch. Daran anschließend bekamen sie die Rückmeldung ihrer Angaben und die stadienbezogene Broschüre postalisch zugeschickt. Es folgte eine festgesetzte Abfolge von Beratungsgesprächen nach jeweils einem, drei und sechs Monaten, unabhängig vom jeweiligen Erfolg der vorhergehenden Intervention. Auch hier wurde vor jedem Gespräch eine Kurzbefragung zum Konsum der letzten Zeit durchgeführt; die Ergebnisse spielten aber nur für den Inhalt der Beratung eine Rolle. In dieser Gruppe war die Beratungszeit auf 30 Minuten als Höchstgrenze festgelegt.

3. Kontrollgruppe (KG) – Personen dieser Gruppe erhielten eine Broschüre der Deutschen Krebsliga Deutschlands mit allgemeinen Angaben zu einem gesunden Lebensstil (Deutsche Krebshilfe e.V., 2001).

Die randomisierte Zuordnung der 408 Studienteilnehmer auf die Interventions- bzw. Kontrollgruppe ergab folgendes Ergebnis: 139 Studienteilnehmer wurden der Kontrollgruppe, 138 der Bedingung „Stepped-Care“ und 131 der Bedingung „Fixed-Care“ zugeordnet. Alle Studienteilnehmer erhielten nach der Diagnostik und der ersten Intervention einen Gutschein über 15 Euro als Incentive.

Als weitere Kriterien für den Studienablauf waren festgelegt, dass zwischen zwei Beratungen ein Mindestabstand von vier Wochen eingehalten werden und der gesamte Beratungszeitraum nach spätestens acht Monaten abgeschlossen sein musste. Der Zeitpunkt Null ergab sich für die Stepped-Care-Gruppe aus dem Termin der Zusendung des Feedbacks, für die Fixed-Care-Gruppe aus dem Termin der ersten durchgeführten Beratung. Jeweils zwei Wochen vor dem nächsten Stichtag wurde mit den neuen Kontaktversuchen begonnen. Daraus ergaben sich für die Beratung und die Katamnese unterschiedliche Zeitfenster, die in Abbildung 4.2.4. dargestellt sind. Die Versuche zur Durchführung der Katamnese wurden frühestens zwei Wochen vor Erreichen des Stichtages (Zeitpunkt Null plus 12 Monate) begonnen und hatten kein festgelegtes Ende.

Abbildung 4.2.4.: Zeitfenster für Beratungen und Katamnese

Im Folgenden ist die Ausschöpfungsrate der Beratungen zu den Erhebungszeitpunkten und zum Katamnesezeitpunkt dargestellt (Tabelle 4.2.4.1.).

Tabelle 4.2.4.1.: Ausschöpfung zu den Erhebungszeitpunkten T2-T5

	T2 ²	T3 ²	T4 ²	T5
Anzahl kontaktierter Probanden	269	230	199	408
Ausschlusskriterien				
Verstorben	0	0	0	3
Nicht erreicht (im Zeitfenster)	57	58	50	20
Unbekannt verzogen	0	0	0	7
Teilnahme verweigert	0	0	0	4
Durchgeführte Befragungen	212	172	159	374
Recruitment efficacy (Stang et al., 1999) ¹	78,8%	71,1%	71,4%	94,1%

¹Anzahl durchgeführter Befragungen geteilt durch die Summe der Anzahl durchgeführter Befragungen, Anzahl an Verweigerungen und Anzahl im Zeitfenster nicht erreichbarer Personen (Ausschluss von Personen, die verstorben oder unbekannt verzogen waren)

²Für Interventionszwecke, wurde nur in den beiden Versuchsgruppen durchgeführt

T2: 1 Monat nach Einschluss, T3: 3 Monate nach Einschluss, T4: 6 Monate nach Einschluss, T5: Katamnesezeitpunkt

4.2.5. Katamnese

Die Interviews zur Nachbefragung wurden zwischen Januar 2003 und März 2004 geführt. Das durchschnittliche Zeitintervall zwischen Baseline und Katamnese lag bei 401 Tagen (SD=56,7). Im Fall der Nicht-Erreichbarkeit übers Telefon wurden Teilnehmer persönlich zuhause aufgesucht. Von der ursprünglichen Stichprobe (n=408) waren drei Patienten (0,7%) verstorben. Von den damit erreichbaren 405 Teilnehmern konnten 27 (6,6%) nicht ausfindig gemacht werden, vier Personen (1,0%) zogen ihr Einverständnis zurück und 374 Studienteilnehmer (91,7%) konnten nachbefragt werden. Die Nachbefragungen wurden so aufgeteilt, dass ein Studienteilnehmer nicht von dem Mitarbeiter kontaktiert wurde, der die Baselineerhebung und die eventuellen Interventionen durchgeführt hatte.

4.3. Stichprobe

4.3.1. Rekrutierungsprozedere der Studienteilnehmer

Insgesamt wurden 16.557 Patienten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren in den Arztpraxen angesprochen, 10.803 Screenings konnten durchgeführt werden (Tabelle 4.3.1.1.). Die Gründe für Ausschlüsse setzten sich folgendermaßen zusammen: 21,5% hatten bereits bei einem früheren Besuch der Praxis einen Fragebogen ausgefüllt; 3,8% mussten wegen unzureichender Sprachkenntnisse ausgeschlossen werden; 2,3% der Praxisbesucher waren zu krank, 2,7% mussten aus anderen Gründen ausgeschlossen werden (z.B. geistiger Minderbegabung, Vormundschaft etc.) und 0,9% konnten vor dem Verlassen der Arztpraxis nicht mehr erreicht werden. Zur Teilnahme am Screening waren 4,1% der Patienten nicht bereit.

Tabelle 4.3.1.1.: Rekrutierung der Studienteilnehmer bis zum Screening

	n	%
Patienten in den Arztpraxis	16.557	100 ¹
Ausschlüsse	5.165	31,2
Nicht-teilnahmebereit	679	4,1
Screening durchgeführt	10.803	65,2

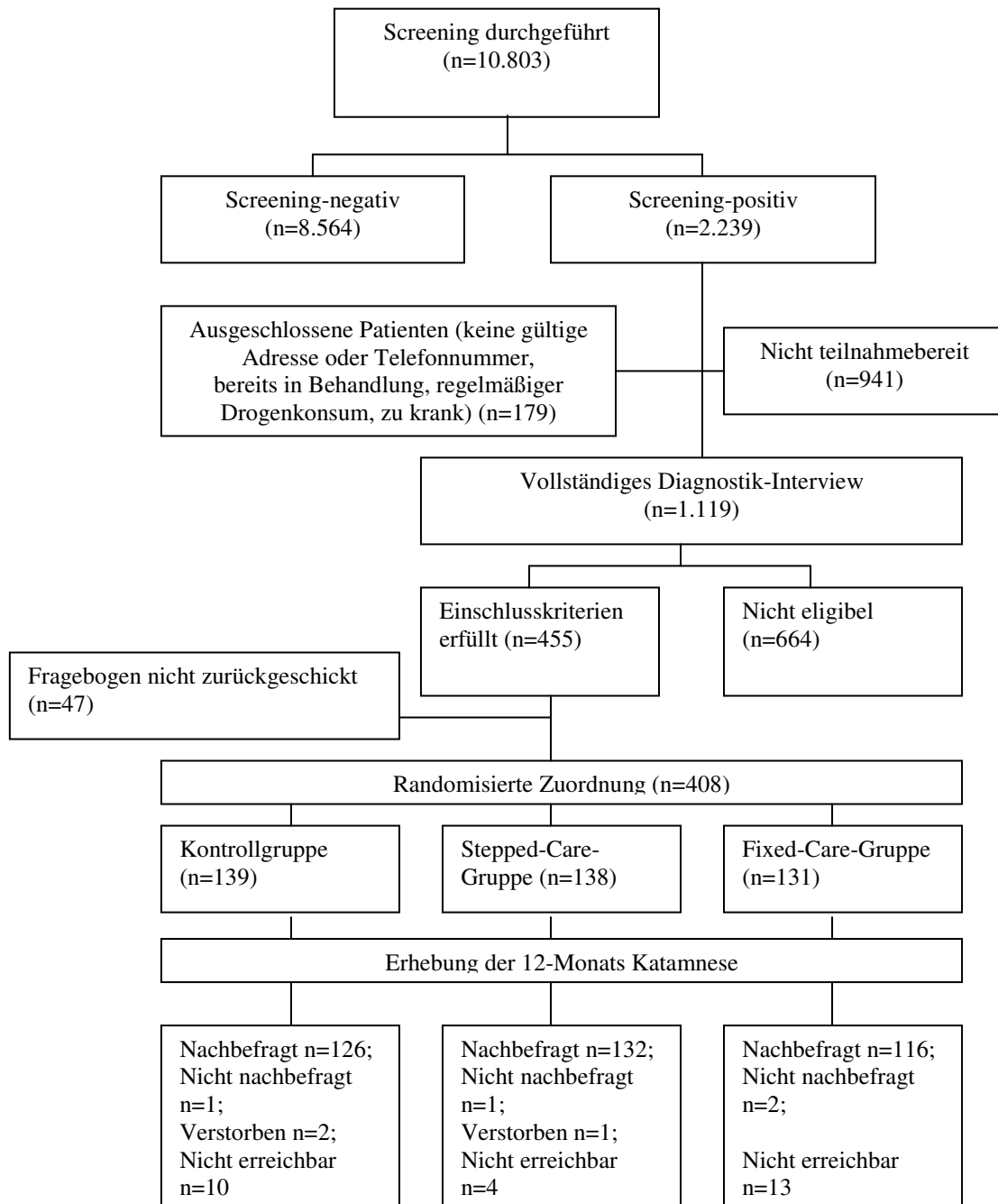
¹Prozentangaben gelten für jeweils vorhergehende fettgedruckte Zahl

Zur Verdeutlichung des Rekrutierungsprozedere ab dem Zeitpunkt des Screenings wird das Flow-Chart dargestellt (Abbildung 4.3.1.). Beim Screening gaben 2.475 Patienten an, überhaupt keinen Alkohol zu trinken, die anderen 8.328 Patienten waren im Screening unauffällig. Positiv im Screening waren 2.239 Individuen (26,9%). Von diesen positiv gescreenten Patienten erklärten 1.410 Personen (63,0%) ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Davon konnten bei 1.119 Personen vollständige Interviews anhand des M-CIDIs durchgeführt werden.

Ausschlüsse innerhalb der Gruppe potentieller Diagnostik-Teilnehmer ergaben sich durch folgende Aspekte: Personen nicht erreichbar (n=101), kein Telefon vorhanden (n=44) und Angabe falscher Adressen und Telefonnummern (n=36). Andere Ausschlussgründe waren bereits begonnene therapeutische Behandlung aufgrund des Alkoholkonsums (n=10), regelmäßiger Drogenkonsum außer Cannabis (n=3), schwerwiegende Krankheit nach Einschätzung des Bearbeiters (n=3) und sonstige Gründe (n=10). Bei den Gründen für Nicht-Teilnahme an der Studie wurden genannt: Zeitmangel (n=41), fehlendes Interesse an der Studie (n=40), Fragebogens zu umfangreich (n=21) und weitere Gründe, wie Proband erachtet

Teilnahme als nicht notwendig (n=11), schwerwiegende Krankheit nach Einschätzung des Probanden (n=5) und schriftliche Verweigerung ohne Angabe von Gründen (n=3). Schliesslich wurden 408 Studienteilnehmer den Interventions- und Kontrollgruppenbedingungen zugewiesen.

Abbildung 4.3.1.: Rekrutierung der Studienteilnehmer nach dem Screening



4.3.2. Stichprobenbeschreibung der Gesamtgruppe

Von den gescreenten 10.803 Personen waren 4.727 männlichen (43,8%) und 6.007 Teilnehmer weiblichen Geschlechts, der Mittelwert der Altersverteilung betrug 41,3 (SD=13,8). Im Folgenden werden weitere soziodemographische Variablen detailliert dargestellt (Tabelle 4.3.2.1.). Die hohe Anzahl an fehlenden Angaben ergab sich durch die Tatsache, dass die erste Version des Screenings nach ca. sechs Monaten des Gesamterhebungszeitraumes erweitert wurde.

Tabelle 4.3.2.1.: Relevante soziodemographische Variablen der Gesamtstichprobe der gescreenten Patienten

Variable	n	%
Familienstand	ledig: 1927	17,8
	in fester Partnerschaft lebend: 1683	15,6
	verheiratet: 4327	40,1
	geschieden/getrennt lebend: 707	6,5
	verwitwet: 242	2,2
	fehlende Angaben: 1917	17,7
Schulabschluß	keinen der genannten Abschlüsse, ich gehe noch zur Schule: 116	1,1
	keinen, und ich gehe auch nicht mehr zur Schule: 194	1,8
	Volks-/Hauptschule/8./9. Klasse: 3424	31,7
	Realschule/POS: 2901	26,9
	Fachhochschulreife: 789	7,3
	Abitur/EOS/Hochschulreife: 1297	12,0
	andere Schulabschlüsse: 42	0,4
	fehlende Angaben: 2040	18,9
Gesundheitszustand	ausgezeichnet: 363	3,4
	sehr gut: 1532	14,2
	gut: 5609	51,9
	weniger gut: 2645	24,5
	schlecht: 522	4,8
	fehlende Angaben: 132	1,2

n: Anzahl

Positiv im AUDIT (cut-off 5 Punkte) waren 2.096 Teilnehmer (19,4%); der LAST deckte 974 (9,0%) der positiv gescreenten Teilnehmer auf.

Bei einem Vergleich der Patienten ohne durchgeführte Diagnostik (also derjenigen, die in der Arztpraxis ihr Einverständnis nicht gaben, die später nicht mehr erreicht werden konnten und die zu weiterführender Diagnostik nicht bereit waren) mit den Teilnehmern mit Diagnostik, zeigten sich Unterschiede hinsichtlich des Alters (Teilnehmer mit Diagnostik waren signifikant jünger), hinsichtlich des Geschlechts (Teilnehmer mit Diagnostik waren häufiger weiblich) und hinsichtlich der Schulbildung (Teilnehmer mit Diagnostik wiesen höhere Schulbildung auf; Tabelle 4.3.2.2.).

Tabelle 4.3.2.2.: Screening Positive mit bzw. ohne Diagnostik

Variable	mit Diagnostik (n=1.070) M (SD)	ohne Diagnostik (n=1.159) M (SD)	Testwerte und p
Alter	36,9 (13,7)	38,5 (13,7)	T=2,7; df=2017; p=0,009
Summe AUDIT	8,9 (5,8)	9,1 (5,9)	0,493
Summe LAST	1,5 (1,6)	1,6 (1,7)	0,368
Weiblich (%)	31,8	28,2	0,037
Max. Hauptschulabschluss (%)	34,6	46,4	Chi ² =23,1; df=6; p<0,000

n: Anzahl, M: Mittelwert, SD: Standardabweichung

4.3.3. Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht getrennt

Beim Geschlechtsvergleich der Gesamtstichprobe (n=10.803) ergaben sich einige signifikante Unterschiede. Einen Überblick über relevante soziodemographische Merkmale, jeweils unterteilt nach dem Geschlecht in der Gesamtstichprobe, gibt die folgende Tabelle (Tabelle 4.3.3.1.). Demnach lebten Frauen signifikant eher in Partnerschaften, rauchten seltener, hatten geringere Summenwerte in den alkoholbezogenen Screening-Fragebögen und gaben in der Tendenz einen schlechteren Gesundheitszustand an.

Tabelle 4.3.3.1.: Relevante soziodemographische Variablen der Gesamtstichprobe (n=10.803) unterteilt nach dem Geschlecht

Variable		Männer	Frauen	Testwerte und p
Partnerschaft	M	2,37	2,62	Chi ² =163,69; df=4; p<0,000
	SD	0,97	1,02	
Rauchstatus	M	1,53	1,61	Chi ² =83,39; df=1; p<0,000
	SD	0,50	0,49	
Gesundheitszustand	M	3,12	3,51	Chi ² =13,49; df=4; p=0,009
	SD	0,85	0,83	
Summe AUDIT	M	4,39	2,24	Chi ² =1133,40; df=40; p<0,000
	SD	5,12	3,00	
Summe LAST	M	0,74	0,32	Chi ² =340,50; df=7; p<0,000
	SD	1,31	0,82	
Positiv im Screening (Angaben in Prozent)		69,7	29,8	Chi ² =696,65; df=1; p<0,000

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, df: Freiheitsgrade, p: Signifikanz

4.4. Intervention

4.4.1. Interventionskonzept für die Beratungen

Die Beratungen basierten auf den Prinzipien und Strategien des Motivational Interviewing (Miller and Rollnick, 2002, siehe Kapitel 2.1.3.2.). Für eine Standardisierung des Vorgehens wurden einzelne Module vorgegeben, die zum Teil ergänzend im Konzept des Behavior Change Counsellings (BCC, Rollnick et al., 1999) beschrieben sind. Diese Module können den Stadien der Änderungsbereitschaft zugeordnet werden (Tabelle 4.4.1.1.). Eine ausführliche Beschreibung findet sich in Rumpf et al. (2003).

Tabelle 4.4.1.1.: Algorithmus zum Einsatz der Interventions-Module

Module	Anwendung bei Stadien				
	Absichts- losigkeit	Absichts- bildung	Vorbe- reitung	Hand- lung	Aufrecht- erhaltung
Typischer Tag	X	X	(X)	-	-
Pros & Cons	X	X	(X)	-	-
Zukunft/Vergangenheit	X	X	(X)	-	-
Importance – Confidence – Ruler	X	X	X	-	-
Informationen geben	X	X	X	X	X
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	-	X	X	-	-
Selbstverpflichtung stärken	-	-	X	(X)	-
Strategien weiterer Begleitung	-	-	-	X	X

Die Module sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

1. Typischer Tag: Das Modul ermöglicht es, den Lebensalltag des Patienten kennen zu lernen und den Substanzkonsum zu thematisieren.
2. Pros & Cons: Ziel ist die systematische Exploration von Vorteilen des Konsums, die das Verhalten aufrecht erhalten und Nachteilen, die Beweggründe für eine Verhaltensänderung darstellen.
3. Zukunft/Vergangenheit: Hier ist das Ziel, durch einen Blick in Vergangenheit oder Zukunft Diskrepanzen zur jetzigen Situation und dem Alkoholkonsum zu erzeugen.
4. Importance-Confidence-Ruler: Ausgangspunkt für dieses Modul ist eine Rating-Skala von 1 bis 10. Die Patienten werden aufgefordert, ihre jeweilige Einschätzung zu begründen. Ziel ist, Beweggründe für eine Änderung sowie Ressourcen und

- Defizite aufzudecken und zu bearbeiten, die die Selbstwirksamkeitserwartungen stärken.
5. Informationen anbieten und geben: Ziel dieses Moduls ist das Aufzeigen mehrerer Verhaltens-Optionen und die Betonung der persönlichen Entscheidungsfreiheit des Patienten. Dabei wird das Interesse an weiterführenden Informationen und später die Bedeutung der Informationen für den Klienten erfragt.
 6. Hilfe bei der Entscheidungsfindung: Dieses Modul dient dazu, gemeinsam mit dem Patienten verschiedene Optionen einer eventuellen Verhaltensänderung zu erarbeiten. Der Patient wird nicht zur Entscheidung gedrängt.
 7. Selbstverpflichtung stärken: Ziel dieses Moduls ist das Erstellen eines möglichen Handlungsplans, die Stärkung der Selbstverpflichtung des Patienten durch Zusammenfassung seiner genannten Argumente für eine Verhaltensänderung und das Stellen einer Schlüsselfrage, welche in die Richtung einer möglichen Verhaltensänderung weist.
 8. Strategien weiterer Begleitung: Im weiteren Verlauf können gemeinsam mit dem Patienten zwischenzeitlich gemachte Fortschritte exploriert und besprochen, die Motivation erneuert und die Selbstverpflichtung verstärkt werden.

Die für die Beratungen innerhalb der Studie verantwortlichen Mitarbeiter erhielten eine Ausbildung im Motivational Interviewing. Hauptinhalte der Beratungen wurden auf einem dafür vorgesehenen Protokoll festgehalten, das zu den Supervisionen herangezogen wurde. Zusätzlich wurden die Beratungen auf Tonband aufgenommen. Zur Qualitätssicherung der Beratungen wurden über die gesamte Projektlaufzeit wöchentliche Supervisionen durch den Projektleiter durchgeführt. Dieser ist Mitglied des MI-Netzwerks. Die Qualität der Interventionen wurde geprüft, indem intern Ratings von verschiedenen Personen vorgenommen und während der Supervision miteinander verglichen und anschließend besprochen wurden.

4.4.2. Feedback - Expertensystem

Im Rahmen des Projektes wurde ein individuelles computerisiertes Feedback für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen oder riskantem Konsum entwickelt. Dieses wurde als Teil der Intervention an die Studienteilnehmer der Stepped-Care-Gruppe und der Fixed-Care-Gruppe postalisch versandt. Für die individuelle Rückmeldung wurden Elemente

benutzt, die auf dem oben beschriebenen TTM beruhen (siehe Kapitel 2.1.3.1.); ergänzend wurden in der Rückmeldung Konzepte normativer Rückmeldung von Trinkmengen (Cunningham et al., 2001a) und des Motivational Interviewing (Miller and Rollnick, 1999) genutzt. Als Basis zur Berechnung der Algorithmen standen die Daten, die durch den Fragebogen am Beginn der Studienteilnahme von jedem Probanden erhoben wurden und Angaben aus der Diagnostik zur Verfügung. Folgende Konstrukte und Variablen wurden erfasst und weiter genutzt: Stadien der Verhaltensänderung, Entscheidungsbalance zu den Vor- und Nachteilen des Alkoholkonsums, Strategien der Änderung, Selbstwirksamkeitserwartung und situative Versuchung, Angaben zu Trinkmenge, Trinkfrequenz und zum Rauschtrinken. Die schriftliche Rückmeldung enthielt bestimmte Elemente (für eine ausführliche Darstellung siehe Reinhardt et al., 2003), die im Folgenden kurz aufgezählt werden sollen. Erste Hinweise zur Wirksamkeit finden sich in Bischof et al. (2005a).

- Einleitungstext: Auskunft zum Feedback und einen Verweis auf das Selbsthilfemanual
- Änderungswunsch: Rückmeldung der Motivation, das Verhalten zu ändern nach dem Stadien-Konzept des TTM
- Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums: aufbauend auf dem Fragebogen zur Entscheidungsbalance und Beschreibung, wie diese Vor- und Nachteile im Hinblick auf eine Verhaltensänderung genutzt werden können
- Wöchentliche Trinkmenge: Vergleich der individuellen Trinkmenge mit der Allgemeinbevölkerung in Prozentangaben und Eingruppierung der Studienteilnehmer in einem Kreisdiagramm
- Hinweis auf riskante Trinkmengen
- Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen: Graphische Hervorhebung des jeweils passenden Balkens im Säulendiagramm mit prozentualen Angaben des Risikos ausgehend von den angegebenen Trinkmengen
- Hinweis auf das Risiko hoher Trinkmengen bei einer Gelegenheit (falls zutreffend)
- Prozesse im Umgang mit Alkohol: Rückmeldung verschiedener Prozesse, jeweils abhängig vom Stadium der Änderungsbereitschaft des Studienteilnehmers (bei frühen Stadien „Absichtslosigkeit“ und „Absichtsbildung“ auf das Erleben bezogene Prozesse, bei den Stadien „Vorbereitung“ und „Handlung“ die verhaltensbezogenen Prozesse)
- Selbstwirksamkeitserwartung: für Personen mindestens im Stadium „Absichtsbildung“ Rückmeldung zur Selbstwirksamkeit in spezifischen Situationen

- Situative Versuchung: für Personen in den Stadien „Vorbereitung“ und „Handlung“ und nur für diejenigen Studienteilnehmer, die niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen haben, Rückmeldung zu kritischen Situationen
- Abschlusstext: Verweis auf Nützlichkeit mehrfachen Lesens des Textes, um dadurch ein weiteres Voranschreiten im Hinblick auf eine eventuelle Verhaltensänderung zu ermöglichen.

4.4.3. Selbsthilfemanual

Ein weiteres Element der Intervention stellte der für die Studie entwickelte Leitfaden zum „Umgang mit Alkohol“ dar (Rumpf et al., 2004). Aufgebaut und gegliedert nach den oben umrissenen Stadien der Änderungsbereitschaft des TTM's ermöglichte der Leitfaden den Studienteilnehmern den gezielten Zugang zu den jeweils relevanten Textabschnitten für die entsprechende Phase der Verhaltensänderung und die Bewegung innerhalb der Stadien (für eine ausführliche Darstellung siehe Grothues et al., 2003). Einzelne Bausteine des Manuals wurden unter Berücksichtigung verhaltenstherapeutischer Modelle und Erkenntnisse erstellt, wobei besonders auch Bausteine des Motivational Interviewing genutzt wurden, z.B. Informationsvermittlung, Selbstbeobachtung, Vertragsmanagement, Analyse von Risikofaktoren und Situations-Reiz-Kontrolle, Selbstverstärkung, Nutzung sozialer Unterstützung und Rückfallprävention (Marlatt and Gordon, 1980, 1985; Marlatt, 1985).

Einleitend werden Informationen zu alkoholassoziierten Gesundheitsstörungen und risikoarmen Trinkmengen vermittelt, wobei Beispiele die Selbsteinschätzung des persönlichen Risikos verbunden mit dem eigenen Trinkverhalten erleichterten. Es folgt eine Übersicht zu den einzelnen Stadien der Änderung und deren Beschreibung, sowie ein Überblick zum Aufbau der Broschüre. Ein kurzer Selbsttest ermöglicht eine Einschätzung zum derzeitigen persönlichen Stadium der Änderung und verweist an die jeweils relevanten Textabschnitte des Manuals. Ein erneuter Selbsttest am Ende eines jeden stadienbezogenen Abschnittes ermöglichte dem Studienteilnehmer, über die vermittelten Informationen und Strategien zu reflektieren und bei eventueller Änderung auf motivationaler Ebene den jeweils angebrachten Abschnitt für das neue Stadium der Änderung zu nutzen. Durch schriftliche Anleitungen und Übungen in allen Stadien des Manuals werden die jeweiligen Änderungsprozesse unterstützt, die kognitive Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten gefördert sowie die Selbstverpflichtung gestärkt. Kognitiv-affektive und evaluative Prozesse sind Techniken, die entsprechend des TTM besonders in den frühen Phasen der Änderung von Bedeutung sind (Perz

et al., 1996; Keller et al., 1999): Informationen zu alkoholassozierten Gesundheitsrisiken sowie risikoarmen Trinkmengen finden sich daher verstärkt in den frühen Stadien. Das Empfinden von Ambivalenz in Bezug auf die eigene Änderungsbereitschaft sollen geweckt und das Problembewusstsein der Person gefördert werden. In den späteren Stadien sind besonders verhaltensbezogene Änderungsprozesse von Bedeutung (Prochaska et al., 1992): Zur Förderung finden bestimmte therapeutische Bausteine verstärkte Anwendung (Tabelle 4.4.3.1.). Im Anhang des Leitfadens fanden sich praxisorientierte Hilfen, wie z.B. eine Liste zu Adressen und Kontaktmöglichkeiten für weitere Beratungsangebote, ein Trinktagebuch zur selbständigen Analyse der Trinkgewohnheiten sowie eine Anleitung zum Erlernen einer Entspannungstechnik zum Umgang mit Anspannung.

Tabelle 4.4.3.1.: Inhaltliche Bausteine und ihre stadienbezogene Anwendung innerhalb des Manuals

Inhaltliche Bausteine	Beschreibung	Verstärkte Anwendung in den Änderungsstadien
Informationsvermittlung	Informationen zu alkoholassozierten Gesundheitsrisiken und –störungen sowie risikoarmen Trinkmengen	Absichtslosigkeit, Absichtsbildung
Förderung von Ambivalenz	Differenzierte Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen des persönlichen Trinkverhaltens	Absichtslosigkeit, Absichtsbildung
Resistenzreduktion	Betonung und Förderung von Entscheidungs-freiheit und Eigenverantwortlichkeit	Absichtslosigkeit, Absichtsbildung
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	Differenzierte Auseinandersetzung mit positiven und negativen Erwartungshaltungen zur Verhaltensänderung, Exploration von Handlungswichtigkeit und Erfolgsoversicht, Verstärkung handlungsorientierter Kognitionen, Generieren von realistischen Optionen	Absichtsbildung, Vorbereitung
Selbstbeobachtung	Analyse situationaler, personaler und emotionaler Bedingungen des Alkoholkonsums, Risikosituationen	Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung
Selbstverpflichtung, Handlungsplan und Vertragsmanagement	(Schriftliche) Erarbeitung der persönlichen Handlungszielsetzung und realistischer Handlungsstrategien und –hilfen	Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung
Situations-Reiz-Kontrolle	Einsatz alternativer Verhaltensweisen zur Veränderung von Verhaltensketten	Vorbereitung
Risikomanagement	Umgang mit situationalen, emotionalen und personalen Risikofaktoren	Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung

Fortführung der Tabelle 4.4.3.1.

Inhaltliche Bausteine	Beschreibung	Verstärkte Anwendung in den Änderungsstadien
Soziale Unterstützung	Nutzung von sozialer Unterstützung zur Verhaltensänderung	Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung
Selbstverstärkung	Belohnung änderungsrelevanter Handlungsschritte die zu Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz führen	Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung
Bilanzierung	Reflektion der Risiken des eigenen Trinkverhaltens, Zielsetzung, persönliche Gründe zur Verhaltensänderung und Handlungsplan, Bilanz bisheriger Erfolge	Handlung, Aufrechterhaltung
Rückfallprophylaxe	Strategien und Techniken zur Rückfallvermeidung und Sicherung langfristiger Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz	Handlung, Aufrechterhaltung

4.5. Eingesetzte Fragebogen-Instrumente

Im Folgenden werden die eingesetzten Instrumente der Studie dargestellt. Als Übersicht erfolgt zunächst eine Darstellung aller Fragebögen nach dem jeweiligen Einsatzzeitpunkt (Tabelle 4.5.1.1.). Dabei bezieht sich T0 auf den Einsatz in der Arztpraxis, T1 auf die nachgeschaltete, telefonische Diagnostik bzw. den zugesandte Fragebogen, T2-T4 auf die Interventionszeitpunkte und T5 auf den Zeitpunkt der Katamnese. Weitere Angaben können jeweils den Originalveröffentlichungen entnommen werden. Anschließend werden die für die Berechnungen genutzten Instrumente detaillierter dargestellt.

Tabelle 4.5.1.1.: Eingesetzte Instrumente zum jeweiligen Zeitpunkt

Fragebogen/Instrument	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Demographie (Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildung, Soziale Schicht, etc., siehe Anhang)	X	X				X
Subjektiver Gesundheitszustand	X					X
AUDIT (Babor et al., 2001)	X					
LAST (Rumpf et al., 2001b)	X					
Screening Fragen nach Cyr and Wartman (1988)	X					
Screening Frage nach Williams and Vinson (2001)	X					
Fragen zu Toleranz und Reduktionswünschen aus dem TWEAK (Chan et al., 1993)	X					
Rauchstatus	X					X
Rauchverhalten	X					
FTND (Heatherton et al., 1991)	X					X
Rauchstadien (Abstinenz bzw. Reduktion)	X					X

Fortführung der Tabelle 4.5.1.1.

Fragebogen/Instrument	T0	T1	T2	T3	T4	T5
MHI-5 (Berwick et al., 1991)	X					X
RCQ Alkohol (Hannöver et al., 2003)	X ¹	X	X	X	X	X
Screening Angst/Depression CIDI	X ¹					
EQ-5D (EuroQol-Group, 1990)		X				X
Stadien der Änderungsbereitschaft (Alkoholabstinenz) in Anlehnung an DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez and Rossi (1991)		X	X	X	X	X
Stadien der Änderungsbereitschaft (Reduktion des Alkoholkonsums) in Anlehnung an Meyer et al. (2004)		X	X	X	X	X
DRS (Curry et al., 1987)		X				
ADBS (King and DiClemente, 1993; Hannover et al., 2001)		X				X
ACD (Moos et al., 1985)		X				X
SP (Hasin, 1987)		X				
BASOC-3 (Schumann et al., 2003)		X				X
AASE (DiClemente et al., 1994; Bott et al., 2003)		X				
Selbstwirksamkeitsbeurteilung			X	X	X	
POC Alkohol (Freyer et al., 2003)		X				
PRISM-A (Reinhardt et al., 2006)		X				
SESA (John et al., 2003a)		X				X
SWLS (Diener et al., 1985)		X				X
CIDI Alkohol (Wittchen et al., 1995b)		X				X
CIDI Angst (Wittchen et al., 1995b)		X				
CIDI Depression (Wittchen et al., 1995b)		X				
Rauschtrinken, Eigenkonstruktion in Anlehnung an die QF-Frage des M-CIDI (Münchener Composite International Diagnostic Interview, (Wittchen et al., 1995b)		X	X	X	X	X
Drogenkonsum, Eigenkonstruktion		X				
TLFB (7-Tage)		X	X	X	X	X
Level of Response Questionnaire (Lucht)		X				
Inanspruchnahme formeller Hilfen		X	X	X	X	X
Treatment Readiness (Freyer)		X	X	X	X	X
FTQ (Mann et al., 1985)		X				
Bewertung des feedbacks			X	X ²	X ²	
Bewertung der Interventionsmaterialien						X
TLFB (12-Monate)						X
Inanspruchnahme medizinischer Versorgung						X
Schwangerschaft						X

¹Nur Screening-Auffällige²Nur Personen, die vor diesem Zeitpunkt zur Bewertung nicht befragt werden konnten

4.5.1. Der Screening-Fragebogen

Soziodemographische Angaben wurden zu den drei Erhebungszeitpunkten Screening, telefonische Diagnostik und Katamnese erhoben. Im Screening-Fragebogen wurden Geschlecht und Alter, allgemeiner Gesundheitszustand, Familienstand und erreichter Schulabschluss erfragt. Das genaue Geburtsdatum wurde im Screening-Bogen nicht erfragt, um eine höhere subjektive Anonymität herzustellen. Dies wurde dann bei der telefonischen Diagnostik (also nach schriftlichem Einverständnis zur Studienteilnahme) erfragt. Auch zum Zeitpunkt der telefonischen Katamnese wurden diese Daten aus Gründen der statistischen Zuordnung und Datenkontrolle erhoben. Der subjektive Gesundheitszustand wurde auf einer 5stufigen Likertskala von 1=Ausgezeichnet bis 5=Schlecht erhoben („Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“).

Der **Alcohol Use Disorder Identification Test** (AUDIT) wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO entwickelt, um die Identifizierung von Personen mit einem gesundheitsschädigenden Trinkverhalten zu erfassen. Zur Initialerhebung von alkoholbezogenen Störungen wurde der AUDIT im Rahmen der vorliegenden Studie in seiner vollständigen 10-Item Fassung verwandt, um Alkoholkonsum, Abhängigkeitssymptomatik, sowie soziale Folgen des Alkoholkonsums innerhalb der letzten 12 Monate zu erfassen. Im Gegensatz zu anderen Screening Verfahren (wie z.B. dem MAST oder dem CAGE) eignet sich der AUDIT sowohl zur Erkennung einer Alkoholabhängigkeit als auch einer Risikosymptomatik (Allen et al., 1997). Aufgrund seines geringen zeitlichen und materiellen Aufwands - zum Ausfüllen des Fragebogens werden typischerweise etwa zwei Minuten benötigt und die Auswertung erfolgt durch einfache Addition der mit den Antwortmöglichkeiten assoziierten Punktwerten - (Allen and Columbus, 1995) und einer guten Validität des Instruments in einer extensiven internationalen Vergleichsstudie eignet sich der AUDIT gut für den Einsatz in der medizinischen Basisversorgung (Saunders et al., 1993; Allen et al., 1997). Die zu erreichende Gesamtpunktzahl reicht von 0 und 40 Punkte; der im Allgemeinen verwandte cut-off-Wert der Skala zur Identifikation einer potentiellen Alkoholproblematik liegt bei acht Punkten (Reinert and Allen, 2002). Im Vergleich zu anderen Eigenbeurteilungs-Instrumenten demonstriert der AUDIT eine hohe Sensitivität, üblicherweise in den .90ern und niemals unter .80 bei einem Trennwert (Cut-Off) von acht sowie gute Spezifität (Cherpitel and Clark, 1995; Allen et al., 2001; Reinert and Allen, 2002). Nach Daten von Rumpf und Kollegen (2001d) ist die Sensitivität bei Anwendung des

ursprünglich empfohlenen cut-off-Wertes von acht Punkten jedoch als zu gering zu betrachten. Dies gilt besonders für Alkoholmissbrauch und Risikokonsum. Die Autoren legen daher stattdessen einen Schwellenwert von fünf Punkten nahe. Für diese Studie wurde der Standard cut-off-Wert auf fünf Punkte gesenkt, um eine höhere Sensitivität für die Erkennung von Risikokonsumenten zu gewährleisten. Weiterhin relevant für die Wahl eines niedrigeren cut-off-Wertes waren Befunde, die eine leicht verringerte Sensitivität bei der Erfassung von weiblichen Risikokonsumenten dokumentieren (Steinbauer et al., 1998). Aus diesem Grunde wurde bereits an anderer Stelle eine Absenkung des cut-off-Wertes für weibliche Patienten empfohlen (Reinert and Allen, 2002). Eine höhere Sensitivität des AUDIT cut-off-Wertes fünf bei nur geringfügig verringerter Spezifität wurde bereits dokumentiert (Cherpitel, 1995; Reinert and Allen, 2007). Es liegt eine Reihe von Studien zur Validität des AUDIT in verschiedenen Untersuchungssituationen vor. Einen Überblick geben Reinert & Allen (2002; 2007). Cronbachs Alpha beträgt .75. Die interne Konsistenz ist somit als moderat zu bezeichnen, liegt jedoch oberhalb der geforderten Grenze (Nunally, 1978). In einem systematischen Review von Screening-Verfahren in Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung erwies sich der AUDIT als effektivstes Verfahren zur Identifizierung von Risikokonsumenten und gefährlichen Trinkmustern (Fiellin et al., 2000).

Da Steinweg und Kollegen fanden, dass direkte Fragen nach Menge und Frequenz des Konsums von Alkohol vor der Administration eines Screening-Instruments die Sensitivität desselben senkten (Steinweg and Worth, 1993), ergab sich für die Studie die Überlegung, ob eine Umstellung der Items einen Effekt in Bezug auf Genauigkeit ergeben könnten (Allen et al., 1997). Daher wurden in der Studie zwei verschiedene Screening-Fragebögen genutzt, die sich allein in der Positionierung der Fragen zu Menge und Frequenz des Alkoholkonsums innerhalb des AUDIT unterschieden (zu Beginn oder am Ende).

Der **Lübecker Alkoholabhängigkeits- und missbrauchs-Screening-Test (LAST)** ist ein aus sieben Items bestehendes einfaches und ökonomisches Screening-Verfahren für die Entdeckung von Personen mit Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch (Rumpf et al., 2001b). Er wurde entwickelt aus dem Itempool der deutschen Versionen des CAGE-G und MAST-G, deren Items an drei Stichproben von Patienten des Allgemeinkrankenhauses und aus Arztpraxen mit Hilfe statistischer Verfahren zum LAST reduziert wurden (Rumpf et al., 1997). Der Test ist einfach anzuwenden und auszuwerten und kann sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form durchgeführt werden. Die Items (z.B. Item 3: „Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig

gefühlt?“) können mit Ja oder Nein beantwortet werden. Die Items 2-7 werden bei einer Ja-Antwort mit einem Punkt bewertet, nur bei Item 1 wird die Nein-Antwort mit einem Punkt gezählt. Bei einem Summenwert von 2 oder mehr gilt das Ergebnis als positiver Hinweis auf eine alkoholbezogene Störung – es sollte dann eine weiterführende Diagnostik oder Exploration angeschlossen werden.

Sowohl die Werte für die Trennschärfe der Items als auch für die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha von .69 bis .81) können als zufriedenstellend beurteilt werden. Die Sensitivität (Rate der richtig identifizierten Patienten mit einem Alkoholproblem) mit Angaben zwischen .63 und .87 und die Spezifität (Rate der richtig identifizierten Patienten ohne ein Alkoholproblem) mit Angaben zwischen .88 und .93 sind bei allen drei Stichproben mit kleineren Ausnahmen den Werten des CAGE-G und des MAST-G als gleichwertig oder höher einzustufen (Rumpf et al., 2001b).

Fragebogen zur seelischen Gesundheit: Der Fragebogen **MHI-5** (Berwick et al., 1991) zur Erfassung psychischer Störungen in der medizinischen Basisversorgung ist eine aus fünf Items bestehende Kurzform des 38-Item Mental Health Inventory (Veith and Ware, 1983; Davies-Avery et al., 1988). Der MHI-5 ist in beiden Versionen der Medical Outcome Study (MOS), MOS Short Form 20 (SF-20; Stewart et al., 1988) und MOS Short Form 36 (SF-36; Ware and Sherbourne, 1992) enthalten. Der MHI-5 erwies sich als geeignet zur Erfassung von Angststörungen und Depressiven Störungen vor allem bei komorbiden substanzbezogenen Störungen, wobei das Instrument vorwiegend zur Erfassung von akuten Störungen (innerhalb des letzten Monats) eingesetzt werden sollte (Rumpf et al., 2001e). Die fünf verwendeten Items fragen jeweils nach einer bestimmten Stimmung während des letzten Monats, eingeleitet durch die folgende Aufforderung: „Bitte geben Sie anhand der Skala an, wie häufig Sie im letzten Monat die folgenden Stimmungen hatten“. Die Items sind bidirektional, d.h. abwechselnd wird nach positiven und negativen Gefühlszuständen gefragt: „Wie häufig im letzten Monat (1) waren Sie sehr nervös?; (2) haben Sie sich ruhig und gelassen gefühlt?; (3) haben Sie sich niedergeschlagen und traurig gefühlt?; (4) waren Sie sehr glücklich?; (5) haben Sie sich so niedergeschlagen gefühlt, dass Sie nichts aufheitern konnte?“. Die Antwortoptionen anhand einer fünfstufigen Likertskala mit den Werten null bis vier und den beiden Ankern „nie“ (0) und „immer“ (4) geben die Zeitdauer der jeweiligen Stimmungen innerhalb des letzten Monats wieder. Für die Items zwei und vier werden die Punktwerte der Antwortvorgaben umkodiert. Hohe Summenwerte der Skala ergeben eine hohe psychische Belastung. Im Gegensatz zur Originalskala, die eine sechsstufige Likertskala

verwendet, wurde für die deutsche Übersetzung des MHI-5 (Rumpf et al., 2001e) aus Gründen der Kompatibilität mit anderen in der Studie verwandten Erhebungsinstrumenten eine fünfstufige Likertskala verwandt. Die interne Konsistenz der Skala liegt mit Cronbach's Alpha von .74 unter Anwendung einer fünfstufigen Skala (Rumpf et al., 2001e) ist zufriedenstellend, wenn jedoch niedriger als bei Vergleichsstudien mit einer sechsstufigen Skala von .89 (McHorney and Ware, 1995) und .88 (McCabe et al., 1996). Insgesamt ergab sich jedoch eine gute Vergleichbarkeit beider Formate in Hinsicht auf die Summenwerte (Rumpf et al., 2001e). Receiving Operator Characteristic (ROC)-Kurven suggerieren unterschiedliche Trennwerte in Abhängigkeit von der diagnostischen Gruppe und befinden sich zwischen 60 (stimmungsbezogene Störungen) und 70 (Angststörungen) (Rumpf et al., 2001e). Ein Wert von 65 bietet sich als singulärer Wert für alle Gruppen an. Bei einer Nutzung von Rohwerten (bei einer sechsstufigen Skala mit erreichbaren Rohwerten zwischen 5 und 30) als vereinfachende Methode in der Basisversorgung liegt der cut-off-Wert bei 18 oder 21. Basierend auf einem cut-off-Wert von 60 findet sich eine Sensitivität (Rate der korrekt identifizierten Personen mit einer Störung) des MHI-5 zur Erfassung von affektiven Störungen von .83 mit einer Spezifität (Rate der korrekt identifizierten Personen ohne Störung) von .78 (Rumpf et al., 2001e). Die von (Rumpf et al., 2001e) dokumentierten statistischen Befunde des MHI-5 stammen aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe; Daten zur Validität in der medizinischen Basisversorgung liegen derzeit nicht vor.

4.5.2. Schriftlicher Fragebogen und telefonische Befragung

Der „**Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum**“ (RCQ-D) ist eine deutsche Übersetzung des „Readiness to Change Questionnaire“ (RCQ, Rollnick et al., 1992), der zur Erfassung der Änderungsbereitschaft von Personen mit schwerem Alkoholkonsum entwickelt wurde (in Allgemeinkrankenhäusern: 68,5 g/Tag für Männer und 24,2 g/Tag für Frauen, in Allgemeinarztpraxen: 85 g/Tag für Männer und 51,4 g/Tag für Frauen (Rollnick et al., 1992). Der theoretische Hintergrund des RCQ-G findet sich im TTM (Prochaska and DiClemente, 1986b; Keller et al., 1999). Die Hauptinformation des 12-Items umfassenden RCQ-G liegt in der Zuordnung zu einer der folgenden Stadien der Änderungsbereitschaft: Absichtslosigkeit (Items 1,5,10 und 12), Absichtsbildung (Items 3,4,8 und 9), und Handlung (Items 2,6,7 und 11). Antworten erfolgen anhand fünfstufiger Ratingskalen mit den Werten eins bis fünf und den beiden Ankern „stimme überhaupt nicht zu“ (1) und „stimme sehr zu“ (5). Eine Zuordnung zu den Stadien der Änderungsmotivation

erfolgt durch Summierung der entsprechenden Items, wobei die Skala mit dem höchsten Gesamtwert das entsprechende Stadium der Änderungsbereitschaft repräsentiert (bei gleichen Werten gilt das höhere Stadium). Die Beurteilung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) ergab für die Skala „Absichtslosigkeit“ .67, für die Skala „Absichtsbildung“ .80 und für die Skala „Handlung“ .83. Cronbachs Alpha für die Subgruppen unterscheiden sich kaum. Die Konstruktvalidität wurde durch die Beziehungen des RCQ-G mit den Ausprägungen des ADBS-G (Hannöver et al., 2003) geprüft. Wie durch die Annahmen des Transtheoretischen Modells vorhergesagt, waren die Ausprägungen der ADBS-Skalen bei Probanden, die der Stufe der „Absichtslosigkeit“ zugeordnet waren, höher als in den anderen Stadien der Änderungsbereitschaft. Hinweise zur prädiktiven Validität des Instruments finden sich bei Heather et al. (1993).

Die **“Skala zur Entscheidungsbalance bei Alkoholkonsum”** (ADBS-G, Hannover et al., 2001) ist eine deutsche Übersetzung der **“Alcohol Decisional Balance Scale”** (ADBS, King and DiClemente, 1993). Das Konstrukt der „Entscheidungswaage“ umfasst kognitive und motivationale Aspekte bei Entscheidungen (Janis and Mann, 1977). Anreize für oder gegen eine bestimmte Entscheidung gegeneinander abgewogen. Das Konstrukt der Entscheidungswaage nimmt im TTM (Prochaska and DiClemente, 1986b) neben den zentralen Konstrukten die Rolle einer von drei abhängigen Variablen (Entscheidungswaage, Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsmotivation) ein. Die Erfassung der abhängigen Variable Entscheidungswaage ermöglicht es, den Prozess der Verhaltensänderung differenzierter abzubilden und die Motivation zur Änderung innerhalb der Stadien zu erfassen. Die Entscheidungswaage und die Stadien der Verhaltensänderung stehen über eine Bandbreite von Verhaltensweisen hinweg in einem regelhaften Zusammenhang (Prochaska et al., 1994). So werden z.B. die Nachteile, das Problemverhalten zu ändern, von Personen im Stadium der „Absichtslosigkeit“ höher eingeschätzt als die Vorteile einer Verhaltensänderung. Für Personen in der Handlungsphase erscheinen die Vorteile einer Änderung wichtiger als die Nachteile.

Die ADBS-G Skala setzt sich aus den beiden Skalen „Pro“ und „Contra“ zusammen. Antwortvorgaben werden anhand fünfstufiger Ratingskalen mit den Werten 1 bis 5 und den beiden Ankern „überhaupt nicht wichtig“ und „sehr wichtig“ gegeben. Jede Skala wird durch Summierung der Antwortwerte der zugehörigen Items gebildet. Die Ausprägung der beiden Skalen und deren Relation zueinander zeigt an, ob die Vor- oder die Nachteile einer Entscheidung, Alkohol zu trinken als gewichtiger eingeschätzt werden. Hohe Punktwerte

indizieren dabei eine hohe Wichtigkeit. Zur Beurteilung der Reliabilität der deutschen Skala wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts (Hapke et al., 1998) die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) bestimmt. Sie beträgt für die Skala Pro .89, und für die Skala Contra .92. Die Alpha-Werte für die Subgruppen unterscheiden sich kaum. Die Konstruktvalidität wurde durch die Beziehungen der ADBS-G mit den Ausprägungen der RCQ-G überprüft (Hannöver et al., 2002). Wie durch die Annahmen des TTM vorausgesagt, waren die Ausprägungen der ADBS-G Skalen bei Probanden, die der Stufe der „Absichtsbildung“ zugeordnet werden höher als in den anderen Stadien der Änderungsbereitschaft.

Der Fragebogen **„Adverse consequences from drinking“** (ACD, Finney and Moos, 1995) ist ein Instrument zur Erfassung von Schwierigkeiten und Problemen, die mit erhöhtem Alkoholkonsum in Zusammenhang stehen können. Entwickelt wurde er im Zusammenhang mit der Health and Daily Living Form (Moos et al., 1985). Er besteht aus 9 Items (z.B. „Auseinandersetzungen in der Familie“, „Schwierigkeiten mit der Polizei“) und kann mit den Möglichkeiten „nie“ (0), „ein- oder zweimal“ (1), „gelegentlich“ (2), „ziemlich oft“ (3) oder „oft“ (4) beantwortet werden. Die Zeitspanne des Auftretens solcher Probleme wird in einem Einleitungssatz auf die letzten 6 Monate spezifiziert.

Ergänzt wurde die Frage, ob der Studienteilnehmer schon einmal von jemandem geschlagen worden ist. Für den Originaltest wird Cronbach's Alpha mit .80 als gut angegeben (Finney and Moos, 1995).

Die **„Skala zur Erfassung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit“** (SESA) ist ein zuverlässiges und valides Instrument, dessen Hintergrund das Alkoholabhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross (1976) bildet. Die Definition dieser Autoren ermöglicht die Messung von Abhängigkeit ohne eventuelle Sekundärmerkmale (z.B. somatischen Erkrankungen), die eine individuelle Ausgestaltung der Abhängigkeit darstellen: die Messung ist „sozial-“ und „kultur-fair“. Schwere, als quantitative Ausprägung von Abhängigkeit, wird aufgrund von Selbstaussagen von Probanden über Symptomhäufigkeiten dargestellt (John et al., 2001). Der Fragebogen besteht aus 28 Items, die auf sieben Subskalen die Kernsymptome der Alkoholabhängigkeit erfragen. Die Items 1-18 können mit den folgenden Zeitangaben beantwortet werden: „nie“ (0), „seltener als einmal im Monat“ (1), „einmal pro Monat oder öfter“ (2), „einmal pro Woche oder öfter“ (3), „täglich“ (4). Für die Items 19-28 liegen Ja (1)/Nein (0)-Antwortmöglichkeiten vor. Der Einsatz einer achten Subskala (Wiederauftreten

des Syndroms nach Abstinenz) mit den Items 29-33 ist möglich und wurde in der vorliegenden Studie in der Katamnese genutzt. Zu dieser Subskala liegen aber keine test-spezifischen Kennwerte vor. Die folgenden Subskalen werden durch Aufsummierung der angegebenen Items errechnet: Einengung des Trinkverhaltens (Items 1-4), körperliche Entzugssymptome (Items 5-7), Alkoholkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen (Items 8-10), psychische Entzugssymptome (Items 11-18), Toleranzsteigerung (Items 19-22), extreme Toleranzsteigerung (Items 23-24) und Toleranzumkehr (Items 25-28). Die so erhaltenen Rohwerte müssen gewichtet werden (John et al., 2001) und können dann zur Interpretation genutzt werden (Umwandlung in Prozenträge und T-Werte möglich). Ein Gesamtwert wird durch die Addierung der sieben Untertests und dessen Division durch 7 ermittelt.

Zur Überprüfung der Testgütekriterien wurde eine Stichprobe von alkoholabhängigen Personen (N=603) herangezogen, die sich aus 3 unterschiedlichen Studien zusammengesetzt wurde. Sowohl Durchführungs-, Auswertungs- als auch Interpretationsobjektivität sind hoch. Interne Konsistenz ist mit Cronbach's Alpha von .95 gut, der Split-Half-Reliabilitätskoeffizient nach Flanagan beträgt .73. Die Validierung wurde mit bewährten Erhebungsinstrumenten vorgenommen (z.B. MALT, M-CIDI, AUDIT) und kann als zufriedenstellend betrachtet werden.

Der „**Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen**“ (AASE-G, DiClemente et al., 1994; Bott et al., 2003) dient der Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf Alkoholabstinenz. Das Konstrukt der „Selbstwirksamkeitserwartung“ bezeichnet die subjektive Beurteilung einer Person, angestrebte Ergebnisse mittels eigener Handlungen erzielen zu können (Bandura, 1982, 1986). Selbstwirksamkeitserwartungen sind ein dynamisches Konstrukt, das sich durch permanente aktuelle Informationsverarbeitungen über Wirksamkeitserfahrungen wie vorhergehende Erfolgserlebnisse, indirekte Beobachtungen von Erfahrungen Anderer, und soziale Einflüsse verändert und sich dem jeweiligen situativen Kontext angleicht. In der Suchtforschung gelten Selbstwirksamkeitserwartungen als wesentliche Wirkfaktoren in der Behandlung und Genesung. Sie betreffen in diesem Kontext die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten, eine konstruktive Änderung des Konsums herbeizuführen. Nach Marlatt und Gordon (Marlatt, 1985) sind Alkoholabhängige mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen weniger rückfallgefährdet und setzen mehr Bewältigungsstrategien ein als jene mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen. In ihrem Rückfallmodell postulieren die Autoren, dass mit zunehmender Fähigkeit, mit Risikosituationen umzugehen, auch Selbstwirksamkeitserwartungen stärker werden.

Die deutsche Skala besteht wie die englische Originalversion (DiClemente et al., 1994) aus zwanzig Items, denen jeweils getrennt die beiden Skalen Versuchung und Zuversicht zugeordnet sind. Auf einer fünfstufigen Likertskala mit den beiden Ankern 1 („sehr gering“) und 5 („sehr groß“) wird zunächst die Versuchung erfasst, in einer Situation Alkohol zu trinken, und danach die Zuversicht, in dieser Situation nicht zu trinken. Das Instrument misst also sowohl die eingeschätzte Versuchung, Alkohol zu konsumieren, als auch die Selbstwirksamkeitserwartung, der Versuchung in der jeweiligen Situation widerstehen zu können. Aufgrund der breiten Stichprobe (Risikokonsumenten, Missbraucher, Abhängige) wurde Item 1 („Wenn es mich quält, dass ich mit dem Trinken aufgehört habe oder Entzugserscheinungen habe“) für die vorliegende Befragung durch das Item „Wenn ich eine gute Mahlzeit zu mir nehme“ ausgetauscht, um Widerstand bei Patienten in den Stadien Absichtslosigkeit und Absichtsbildung zu vermeiden und mit einem positiv formulierten Item anzufangen. Hohe Werte bedeuten starke Zuversicht beziehungsweise starke Versuchung. Ein Differenzwert kann errechnet werden, indem der Summenwert der Skalen „Zuversicht“ vom Summenwert der Skala „Versuchung“ subtrahiert wird (DiClemente et al., 1995). Die interne Konsistenz der Skalen „Zuversicht“ und „Versuchung“ ist nach Cronbachs Alpha von .95 bis .97 als gut zu bezeichnen. Die Antworten zu den Skalen „Zuversicht“ und „Versuchung“ korrelieren für die Gesamtstichprobe der englischen Originalskala -.83, für die remittierten Probanden -.79 und für die Patienten in Motivationsbehandlung -.64 (DiClemente et al., 1994).

Hervorgegangen aus dem Fragebogen „Processes of Change“ für Raucher (Prochaska et al., 1988) ist ein Fragebogen im Bereich Alkohol „**Processes of Change – Alcohol**“ zunächst englisch-sprachig adaptiert worden (DiClemente et al., 1996). Er bezieht sich ebenfalls auf das TTM und postuliert zehn grundlegende Prozesse der Verhaltensänderung (jeweils fünf kognitiv-affektive und fünf verhaltensorientierte Veränderungsprozesse, siehe 2.1.3.1.). Die in der Originalversion nachgewiesene Faktorenstruktur von zehn Faktoren erster Ordnung (zehn Veränderungsprozesse in Form von Subskalen) und die zwei Faktoren zweiter Ordnung (kognitiv-affektiv vs. verhaltensorientiert) konnten in der deutschen Stichprobe, wahrscheinlich aufgrund anderer Subgruppen (Alkoholabhängige vs. Risikokonsumenten) nicht nachgewiesen werden (Freyer et al., 2003). Die meisten der Items weisen Trennschärfen von $>.40$ auf. Die interne Konsistenz ist mit Cronbachs Alpha von .96 als sehr gut zu bezeichnen. Zur Prüfung der Validität wurde der RCQ herangezogen, mit dem ein TTM-

konformer Wechsel der Prozesse abhängig von dem jeweiligen Stadium nachgewiesen werden konnte. Die Konstruktvalidität ist gut.

Der Fragebogen besteht in der deutschen Version aus 40 Items, die auf einer fünfstufigen Ratingskala mit den Optionen „Das kommt nie vor“ (1), „Das kommt selten vor“ (2), „Das kommt gelegentlich vor“ (3), „Das kommt häufig vor“ (4) und „Das kommt sehr häufig vor“ (5) beantwortet werden können. Ein Itembeispiel lautet: „Ich belohne mich, wenn ich dem Wunsch, etwas Alkoholisches zu trinken, nicht nachgebe“ (Item 9). Aufgrund der Schwierigkeiten beim Nachweis der Faktoren sollte für die Auswertung nur der Gesamtscore herangezogen werden.

Das **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)** wurde im Rahmen eines Projekts der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der US Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (WHO/ADAMHA Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol- and Drug-Related Problems) entwickelt (Robins et al., 1988). In Form eines umfassenden, standardisierten und computergestützten Interviewprogramms zur Erfassung psychischer Störungen ermöglicht es die Diagnosestellung entsprechend den Definitionen und Kriterien der 10. Revision der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (Dilling et al., 1991) und des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV) der American Psychiatric Association (1995). Das Münchner CIDI (M-CIDI), die computerisierte deutsche Übersetzung des CIDs (Wittchen et al., 1995b), ist zur Befragung Jugendlicher und Erwachsener im Alter von 14 bis 65 Jahren konzipiert, wurde in 16 Sprachen übersetzt und bietet vielfältige Einsatzmöglichkeiten in unterschiedlichen Kulturen. Die Fragen sind so konzipiert, dass damit Probanden unabhängig von Bildungsstand und Intelligenz befragt werden können. Über seine ursprüngliche Entwicklung für den epidemiologischen Forschungsbereich hinaus kann es auch zu anderen klinischen- und Forschungszwecken verwendet werden (Wittchen et al., 1991; Wittchen et al., 1995a) und ist von klinisch erfahrenen sowie klinisch unerfahrenen Untersuchern nach einwöchigem Training anwendbar.

Das M-CIDI ist insgesamt in die Sektionen A-X untergliedert, die jeweils diejenigen Fragen enthalten, welche zur Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10 dienen. Durchgeführt wurden im Rahmen dieser Studie die Sektionen Alkohol, Angst und Depression, wobei in der vorliegenden Arbeit die Alkoholsekion von Bedeutung ist. Das M-CIDI enthält in jeder Sektion Fragen zur Ermittlung des ersten Auftretens von Symptomen bzw. Syndromen, ihrer Dauer, Häufigkeit sowie ihrer Beziehung zueinander. Es ermöglicht neben einer

Charakterisierung von Störungen im Verlaufe des gesamten Lebens (lifetime) auch verschiedene Möglichkeiten einer Querschnittsdiagnostik (2 Wochen, 1 Monat, 6 Monate, 1 Jahr). Die klinische Relevanz eines Symptoms wird durch eine standardisierte Prüffragen-Prozedur ermittelt. Erst nachdem der Proband auf die jeweiligen Prüffragen geantwortet hat, ist eine Kodierung zwischen 1 (nein, nicht vorhanden) und 5 (ja, vorhanden und relevant für die Diagnose einer psychischen Störung) vorzunehmen. Für die algorithmische computerisierte Weiterverarbeitung zur Diagnose werden nur die mit „5“ kodierten Items, d.h. die mit großer Wahrscheinlichkeit als klinisch-psychiatrisch relevant beantworteten Fragen, herangezogen. Bezugnehmend auf die entsprechende Operationalisierung im logischen Entscheidungsbaum der Prüffragen bedeutet dabei die Kodierung „5“, dass das entsprechende Symptom schwer genug war, um entweder ein professionelles Hilfesuchverhalten auszulösen, bzw. Medikamente einzunehmen oder wesentlich ins Leben des Probanden einzugreifen. Außerdem kann die Symptomatik nicht vollständig, oder nicht immer durch Einnahme von Alkohol, Drogen oder Medikamenten erklärt werden und die Symptome können nicht durch körperlichen Erkrankungen, Verletzungen oder Unfälle erklärt werden.

Eine Reihe von Validitäts- und Reliabilitätsstudien fanden gute bis exzellente psychometrische Eigenschaften des M-CIDI (Wittchen et al., 1985; Burke and Regier, 1986; Wittchen, 1994; Andrews and Peters, 1998; Wittchen et al., 1998). Es weist eine hohe Interrater-Reliabilität, und für die meisten der berücksichtigten diagnostischen Kategorien auch eine befriedigende Test-Retest-Reliabilität auf (Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1998). Die prozentuale Übereinstimmung bei Test-Retestuntersuchungen mit 1 bis 3 Tagen Abstand liegt zumeist bei über 90%, die Kappa-Koeffizienten als Maß für die zufallskorrigierte Übereinstimmung liegen je nach diagnostischer Gruppierung zwischen .60 und .90 und sind somit als zufriedenstellend bis gut zu bewerten. Die Validität, beurteilt über die Übereinstimmung der Diagnosen mit Klinikurteilen nach Anwendung entsprechender Checklisten ist ebenfalls zufriedenstellend (vgl. zusammenfassend Wittchen et al., 1985; Helzer et al., 1985), erscheint jedoch für schwere affektive Störungen im akuten Stadium leicht, bei Patienten mit floriden psychotischen Symptomen sowie solchen mit ausgeprägter Residualsymptomatik deutlicher eingeschränkt (Sprengler and Wittchen, 1988; Wittchen et al., 1995a).

Screening zu komorbiden Erkrankungen Angststörung und/oder Depression: Zur vorläufigen Erfassung einer komorbiden Angststörung und/oder Depressiven Störung in Form einer Kurzdiagnostik dienten insgesamt sechs Fragen, welche den Eingangsfragen zu den

einzelnen Sektionen des Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI; (Robins et al., 1988) entnommen wurden. Vier Fragen bezogen sich auf das mögliche Vorliegen einer Angststörung, zwei Fragen auf das mögliche Vorliegen einer Depressiven Störung. Bei Bejahen einer oder mehrerer dieser Items in der Kurzdiagnostik wurde eine komorbide Störung in Erwägung gezogen und die jeweilige Sektion im darauffolgenden M-CIDI vertiefend erfragt.

Erhebung der Trinkmenge zur Erfassung von „Rauschtrinken“: Zusätzlich zu den Menge-Frequenz-Fragen zum Alkoholkonsum des M-CIDIs wurde folgende Frage eingefügt: „Kommt es vor, dass Sie mehr trinken, als Sie angegeben haben?“. Wurde diese Frage vom Studienteilnehmer bejaht, wurde anschließend der Index der Menge und die Häufigkeit (aufgeschlüsselt nach „fast täglich“, „3 oder 4 mal in der Woche“, „1 oder 2 mal in der Woche“, „2 bis 3 mal im Monat“, „1 mal im Monat“ oder „seltener als 1 mal im Monat“) erhoben.

Inanspruchnahme von Hilfe: Innerhalb der Studie gab es zu verschiedenen Zeitpunkten eine Befragung der Studienteilnehmer zu der Inanspruchnahme fachlicher (sucht- und nichtsuchtspezifischer) Hilfen. Alle folgenden Fragen sind selbstentwickelte, standardisierte Items, angelehnt an frühere Arbeiten der Forschungsgruppe (Rumpf et al., 2000). In der Eingangsdiagnostik wurden folgende Möglichkeiten der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe formuliert:

- Besuch von Selbsthilfegruppen (Unterscheidung nach regelmäßige und/oder unregelmäßiger Teilnahme)
- Aufsuchen einer Beratungsstelle
- Inanspruchnahme einer Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik
- Inanspruchnahme einer weiterführenden Behandlung, über den körperlichen Entzug hinaus
- Inanspruchnahme einer körperlichen Entzugsbehandlung in einem Krankenhaus
- Teilnahme an einer ambulanten Therapiegruppe (regelmäßig vs. unregelmäßig)
- Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung
- Inanspruchnahme einer Beratung durch den Arzt
- Inanspruchnahme einer Beratung durch eine andere Fachkraft (Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter, Pastor, etc.)

Auch in der Katamnese wurde in erweiterter Form die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe in den vergangenen 12 Monaten erfragt. Dazu gehörten:

- der Aufenthalt in einem Krankenhaus, Dauer des Aufenthaltes und Station
- die Inanspruchnahme einer Kur oder Rehabilitation,
- die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlung,
- der Kontakt zum Hausarzt (hier wurde auch erhoben, ob eine Teilnahme an der Studie einen Einfluss auf einen eventuellen Hausarzt-Wechsel hatte)
- der Kontakt zu Fachärzten/Spezialisten
- die Anzahl an Krankschreibungen
- die Frage nach Pflegebedürftigkeit
- die Einnahme des Medikamentes Campral zur Verringerung des Verlangens nach Alkohol

Auch hier wurde wieder nach der derzeitigen bzw. zukünftigen Bereitschaft gefragt, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

4.5.3. Befragung zu den Interventionszeitpunkten und zur Katamnese

Die meisten hier verwendeten Fragebögen sind bereits oben beschrieben. Die **subjektive Einschätzung** der Studienteilnehmer der beiden Interventionsgruppen zur individualisierten Rückmeldung erfolgte einen Monat nach Versand des persönlichen Feedbacks. Die zwei Items (1. „Wie zutreffend für Sie persönlich fanden Sie die Rückmeldung?“ und 2. „Wie hilfreich für Sie persönlich fanden Sie die Rückmeldung?“) konnten die Studienteilnehmer auf einer zehnstufigen Likertskala (Endpole: 1=gar nicht zutreffend/hilfreich und 10=sehr zutreffend/hilfreich) ihre Einschätzungen abgeben. Anschließend folgte eine Frage zur Zuversicht der Aufrechterhaltung des derzeitigen Alkoholkonsums ebenfalls auf einer zehnstufigen Antwortskala (als Kriterium für Erfolg in der Stepped-Care-Gruppe galt die Beantwortung dieser Frage mit einem Punktwert von sechs oder höher, wenn gleichzeitig die risikoarme Trinkgrenze erreicht war).

Ergänzend wurde von den Studienteilnehmern eine Evaluation des Studienmanuals zur Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz erhoben. Die folgenden Aspekte konnten auf einer fünfstufigen Likert-Skala (von 1=stimme überhaupt nicht zu bis 5=stimme sehr zu) beantwortet werden: „Die Broschüre war hilfreich“, „Die Informationen in der Broschüre waren auf meine persönliche Situation abgestimmt“, „Viele Informationen in der Broschüre

waren neu für mich“, „Die Broschüre hat mich dazu angeregt, über meinen Alkoholkonsum nachzudenken“, „Die Gestaltung der Broschüre war ansprechend“.

4.6. Power-Analyse bei Studienbeginn

Entsprechend einer Power-Analyse wurde eine Gesamt-Stichprobe von 114 Teilnehmern pro Gruppe errechnet, um die Hypothesen der gesamten Studie hinlänglich testen zu können (Power von 80% und einem 5%igen Typ-1-Fehler, „attrition rate“ von 25%). Basierend auf Daten von Fleming et. al (1997) wurde ein 48%iger Unterschied der konsumierten Alkoholmenge zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe veranschlagt, was einer mittleren Effektstärke entsprechen würde.

4.7. Qualitätssicherung

Datenerfassung und Datenbereinigung: Für eine standardisierte Datenerfassung wurden auf die speziellen Studienbedürfnisse zugeschnittene MS-ACCESS-basierte Datenbanken programmiert. Diese enthielten Konsistenzprüfungen direkt bei der Eingabe der Daten, wie die Vorgabe gültiger Werte und die Automatisierung von Sprüngen im Fragebogenverlauf.

Bei sämtlichen Fragebögen erfolgte eine Doppeleingabe bei mindestens 10% der Fälle. Die entsprechenden Fälle wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, um systematische Effekte zu vermeiden. Nichtübereinstimmende Daten wurden geprüft und korrigiert. Die mittlere Fehlerrate bei sämtlichen Dateneingaben betrug 0,26% (Range bei den unterschiedlichen Fragebögen: 0,00% bis 0,33%).

In der weiteren Datenbereinigung wurde eine Vielzahl von Maßnahmen eingesetzt, um die Qualität der Daten sicherzustellen: a) Abgleich redundanter Daten und Plausibilitätskontrollen, b) Prüfung der Kodierungen aller Variablen auf Einhaltung des gültigen Wertebereichs, c) Prüfung von Filtersprüngen d) Analyse von Missingwerten bezüglich item- oder individuumsspezifischen Häufungen. Ließen sich bei Fehlkodierungen die korrekten Werte nicht anderweitig ermitteln oder eindeutig erschließen, erhielten die betreffenden Variablen eine speziell für diesen Fall vorgesehene Kodierung.

Durch sukzessive Datenkontrollen während der Eingabephasen, welche in Einzelfällen zu Nachschulungen oder auch zur Herausnahme einzelner Hilfskräfte aus der Dateneingabe führten, konnte die Fehlerrate der Datensätze auf ein Minimum beschränkt werden.

Dokumentation: Für die Dokumentation wurden im EARLINT-Verbund einheitliche Konventionen festgelegt. Diese verfolgen das Ziel, auch mit der Projektdurchführung nicht befassten Wissenschaftlern eine Datennutzung zu ermöglichen. So wurden die Benennungen von Variablen und Dateien sowie die Kodierung verschiedener Typen von fehlenden Variablen studienübergreifend festgelegt. Neben dem vorliegenden Bericht wurde ein kommentiertes Verzeichnis aller zur Studie gehörenden Datenbanken (Data-dictionary) und für jede Datenbank ein Kodierplan erstellt. Neben den Befragungsdaten wurden auch die Daten zur Dokumentation des Studienverlaufes für weitere Analysen aufbereitet. Die Rohdaten sowie alle Schritte der Datenbereinigung wurden in Form von Programmanweisungen archiviert.

4.8. Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mittels des statistischen Auswertungsprogramms SPSS 14.0 für Windows. Die Hypothesen wurden getrennt nach Geschlechtern analysiert, um die Konsistenz von Differenzen über die unterschiedlichen Maße hinweg zu ermitteln. Für diese Prüfung wurden non-parametrische Testverfahren genutzt, da sich die Stichprobe als nicht-normalverteilt herausstellte. Zum Einsatz kamen der Mann-Whitney-U-Test bzw. Kruskal-Wallis-H-Test (KWHT) bei ordinalen und der Chi-Quadrat-Test bei kategorialen Daten.

Für die Regressionsberechnung wurden die Daten einer Logarithmierung unterzogen, da die Voraussetzungen (Normalverteilung und Varianzhomogenität) nicht erfüllt waren.

Die Berechnungen mit Daten der Katamnese fanden nach dem „intention-to-treat-analysis“-Ansatz statt, bei dem davon ausgegangen wird, dass zur Nachbefragung nicht erreichte Studienteilnehmer als unverändert in ihrem Alkoholkonsum angenommen werden. Besonders bei den männlichen Teilnehmer traten Extremwerte (Ausreißer) auf. Übliche Kontrollmethoden der explorativen Datenanalyse (z.B. Logarithmierung) wurden eingesetzt; ausserdem begründet sich darauf teilweise die Verwendung der nicht-parametrischen Testverfahren.

5 Ergebnisse

5.1. Daten der Baselineerhebung

Im ersten Schritt soll eine Beschreibung der Stichprobe der Studienteilnehmer (n=408) erfolgen (Beschreibung der Gesamtstichprobe der Studie siehe Methodenteil), dabei werden die Daten der Baselineerhebung zwischen den Geschlechtern miteinander verglichen.

Stichprobenbeschreibung der Studienteilnehmer: Die Stichprobe der Studienteilnehmer bestand aus 278 Männer (68,1%) und 130 Frauen. Der Geschlechtsvergleich hinsichtlich der soziodemographischen Daten zeigte folgende signifikante Unterschiede (Tabelle 5.1.1.): Weibliche Studienteilnehmer waren etwas jünger, zeigten einen niedrigeren Summenwert im AUDIT und gaben ein schlechteres seelisches Befinden an. Frauen hatten in der Tendenz einen höheren Schulabschluss. Hinsichtlich komorbider Störungen zeigte sich eine stärkere Belastung der Frauen. Für die Schwere der Alkoholabhängigkeit und die negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (männliche Patienten wiesen in der Tendenz eine schwerere Alkoholabhängigkeit auf).

Tabelle 5.1.1.: Basischarakteristika der Studienteilnehmer im Geschlechtsvergleich

Variable	Gesamt	Männer	Frauen	Testwerte und p
Alter M (SD)	36,5 (13,4)	37,6 (13,7)	34,1 (12,4)	T=2,481; df=402; p=0,014
Rauchverhalten (4 Wochen) n (%)	262 (64,2%)	177 (63,7%)	85 (65,4%)	Chi ² =0,113; df=1; p=0,736
AUDIT Summe M (SD)	11,66 (7,05)	12,04 (7,00)	10,85 (7,11)	U=15398,50; p=0,016
LAST Summe M (SD)	1,97 (1,76)	1,98 (1,80)	1,93 (1,68)	U=17971,00; p=0,975
MHI-5 Summe M (SD)	60,62 (23,14)	13,45 (2,50)	14,08 (2,45)	U=14113,50; p=0,007
Familienstand n (%)	Ledig: 123 (38,3%) Feste Partnerschaft: 65 (20,2%) Verheiratet: 97 (30,2%) Geschieden/getrennt: 32 (10,0%) Verwitwet: 4 (1,2%)	88 (31,7%) 43 (15,5%) 71 (25,5%) 22 (7,9%) 0	35 (26,9%) 22 (16,9%) 26 (20,0%) 10 (7,7%) 4 (3,1%)	U=10424,00; p=0,545
Gesundheitszustand n (%)	Ausgezeichnet: 8 (2,0%) Sehr gut: 65 (16,2%) Gut: 208 (51,9%) Weniger gut: 93 (23,2%) Schlecht: 27 (6,7%)	7 (2,5%) 45 (16,3%) 142 (51,1%) 64 (23,0%) 15 (5,4%)	1 (0,8%) 20 (15,4%) 66 (50,8%) 29 (22,3%) 12 (9,2%)	U=16492,50; p=0,324

Fortführung der Tabelle 5.1.1.

Variable	Gesamt	Männer	Frauen	Testwerte und p
Schulabschluss n (%)	Schule noch nicht abgeschlossen: 6 (1,9%)	5 (1,8%)	1 (0,8%)	U=9274,00; p=0,061
	kein Abschluss: 4 (1,3%)	2 (0,7%)	2 (1,5%)	
	Volks-/Hauptschule: 104 (32,9%)			
	Realschule/POS: 100 (31,6%)	82 (29,5%)	22 (16,9%)	
	Fachhochschulreife: 34 (10,8%)	61 (21,9%)	39 (30,0%)	
	Abitur/EOS/Hochschulreife: 65 (20,6%)	26 (9,4%)	8 (6,2%)	
	andere Schulabschlüsse: 3 (0,9%)	41 (14,7%)	24 (18,5%)	
komorbide Angststörung oder Depression n (%)	88 (21,6%)	44 (15,8%)	44 (33,8%)	Chi ² =17,00; df=1; p<0,001;
		26 (9,4%)	32 (24,6%)	
		25 (9,0%)	28 (21,5%)	
SESA M (SD)	Entzugssymptome	10,9 (21,9)	10,3 (21,6)	U=17933,00; p=0,886
	Vermeidung von Entzugssymptomen	7,2 (21,0)	4,9 (20,0)	U=16663,00; p=0,034
	Starkes Verlangen	14,7 (24,0)	18,2 (25,1)	U=16494,00; p=0,139
	Einengung	18,5 (23,8)	21,0 (27,0)	U=17945,50; p=0,909
	Toleranz	28,3 (27,3)	28,2 (31,2)	U=16895,00; p=0,756
	Umkehr der Toleranz	29,1 (33,5)	25,8 (33,4)	U=15080,50; p=0,221
	Summenwert	18,1 (17,8)	18,1 (18,1)	U=15729,50; p=0,988
ACD M (SD)		3,3 (4,7)	3,6 (5,2)	U=17536,50; p=0,714

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, n: Anzahl, p: Signifikanz

Alkoholbezogene Diagnosen: Die Daten der Diagnostik durch das M-CIDI ergab folgendes Ergebnis: Bei 59 der Teilnehmer lag ein Alkoholmissbrauch (14,5%) und bei 124 (30,4%) eine Alkoholabhängigkeit in den letzten 12 Monaten vor. Die Kriterien des Risikokonsums erfüllten 112 Teilnehmer (27,5%) und 113 Personen (27,7%) erfüllten die Kriterien des Rauschtrinkens. Die Diagnoseverteilung zwischen den Geschlechtern unterschied sich nicht signifikant voneinander (Chi²=5,37; df=3; p=0,147).

Trinkmenge zur Baseline: Es zeigte sich ein erwartungsgemäß höherer Konsum an Alkohol für männliche Studienteilnehmer (M=51,3) bei gleichzeitiger höherer Standardabweichung (SD=67,8) im Gegensatz zu den Frauen (M=40,9; SD=55,8): Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist signifikant (U=15639,50; p=0,028).

Es bestand ein signifikanter Unterschied in der **Trinkmenge zwischen den Diagnosegruppen**, auch wenn die Stichprobe nach den Geschlechtern aufgeteilt wurde (Tabelle 5.1.2.: männlich: Chi²=127,89; df=3; p<0,001; weiblich: Chi²=68,20; df=3; p<0,001).

Tabelle 5.1.2.: Trinkmengen (in Gramm Alkohol) zur Baselineerhebung gesamt, nach Geschlechtern getrennt aufgeteilt nach Diagnosegruppen

		Männer	Frauen	Gesamt
Rauschtrinken	M	14,78	11,72	13,84
	SD	7,59	4,95	7,01
	Md	13,50	13,50	13,50
	n	78	35	113
Risikokonsum	M	60,09	33,34	50,06
	SD	31,07	12,46	28,76
	Md	45,00	27,00	45,00
	n	70	42	112
Missbrauch	M	32,32	18,59	29,53
	SD	22,22	11,89	21,10
	Md	27,00	15,43	23,14
	n	47	12	59
Abhängigkeit	M	88,99	80,28	86,11
	SD	106,86	85,38	100,00
	Md	45,00	50,14 ()	45,00
	n	83	41	124

M: Mittelwert, Md: Median, SD: Standardabweichung, n: Anzahl

Hinsichtlich der Gruppenzuordnung (SC, FC oder KG) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Tabelle 5.1.3.). Ein Vergleich der drei Studienbedingungen zeigte keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf soziodemographische Variablen und Charakteristiken des Substanzkonsums (Tabelle 5.1.3.).

Tabelle 5.1.3.: Soziodemographie und Charakteristiken des Substanzkonsums für die drei Studienbedingungen

Variable	Kontroll- gruppe (n=139)	Stepped-Care- Gruppe (n=138)	Fixed-Care- Gruppe (n=131)	p
Weibliches Geschlecht (n/%)	44/31,7	44/31,9	42/32,1	Chi ² =0,005; df=2; p=0,997*
Alter (M, SD)	35,9 (13,7)	36,8 (13,2)	36,8 (13,5)	Chi ² =,465; df=2; p=0,793*
Raucher bei Baseline (n/%)	91/65,5	89/64,5	82/62,6	Chi ² =,249; df=2; p=0,883*
Schulabschluss (n/%):				Chi ² =12,11; df=12; p=0,437*
kein Abschluss	0/0	1/0,9	3/2,9	
Schule noch nicht abgeschlossen	3/2,8	2/1,9	1/1,0	
Volks-/Hauptschule	27/25,5	42/39,6	35/33,7	
Realschule/POS	33/31,1	33/31,1	34/32,7	
Fachhochschulreife	16/15,1	8/7,5	10/9,6	
Abitur/EOS/Hochschulreife	26/24,5	19/17,9	20/19,2	
Andere Schulabschlüsse	1/0,9	1/0,9	1/1,0	
Familienstand (n/%):				Chi ² =8,41; df=8; p=0,394*
Ledig	45/40,9	35/32,7	43/41,3	
Feste Partnerschaft	17/15,5	25/23,4	23/22,1	
Verheiratet	36/32,7	34/31,8	27/26,0	
Geschieden/getrennt	9/8,2	13/12,1	10/9,6	
Verwitwet	3/2,7	0/0	1/1,0	

Fortführung der Tabelle 5.1.3.

Variable	Kontroll- gruppe (n=139)	Stepped-Care- Gruppe (n=138)	Fixed-Care- Gruppe (n=131)	p
Alkoholbezogene Diagnosen:				Chi ² =9,29; df=6;
Rauschtrinken (n/%)	40/28,8	41/29,7	32/24,4	p=0,158*
Risikokonsum(n/%)	42/30,2	43/31,2	27/20,6	
Alkoholmissbrauch (n/%)	21/15,1	16/11,6	22/16,8	
Alkoholabhängigkeit (n/%)	36/25,9	38/27,5	50/38,2	

*Kruskal-Wallis-H-Test, n: Anzahl, p:Signifikanz

Der Vergleich der **Trinkmenge zwischen Kontroll- und den beiden Interventionsgruppen** zeigte eine Tendenz (Kruskal-Wallis-H-Test Chi²=5,53; df=2; p=0,063), wobei in der Fixed-Care-Gruppe der höhere Alkoholkonsum vorlag (Tabelle 5.1.4.). Wurde die Stichprobe nach dem Geschlecht aufgeteilt, zeigte sich diese Signifikanz nicht (Männer: Chi²=4,06; df=2; p=0,132; Frauen: Chi²=4,257; df=2; p=0,119).

Tabelle 5.1.4.: Trinkmengen (in Gramm Alkohol) zur Baselineerhebung nach Geschlechtern getrennt und in der gesamten Stichprobe aufgeteilt nach jeweiligem Gruppenstatus

		Männer	Frauen	Gesamt
Kontrollgruppe	M	48,55	37,02	44,90
	SD	80,97	59,25	74,75
	Md	27,00	24,11	25,07
	n	95	44	139
Stepped-Care-Gruppe	M	51,98	36,92	47,18
	SD	51,06	48,18	50,48
	Md	36,32	19,29	27,00
	n	94	44	138
Fixed-Care-Gruppe	M	53,56	49,31	52,20
	SD	68,62	59,88	65,75
	Md	31,50	33,75	31,50
	n	89	42	131
Interventionsgruppe (=Fixed-Care-Gruppe und Stepped-Care-Gruppe zusammen)	M	52,74	42,97	49,62
	SD	60,08	54,25	58,36
	Md	31,50	27,00	28,93
	n	183	86	269

M: Mittelwert, Md: Median, SD: Standardabweichung, n: Anzahl

Bei der **Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen** (Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle, Entzugsbehandlung, ambulante Therapiegruppe, Entwöhnungsbehandlung) zeigte sich, dass Männer häufiger eine Beratungsstelle für Menschen mit Alkoholproblemen aufsuchten und häufiger eine Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik bzw. eine körperliche Entzugsbehandlung machten (Tabelle 5.1.5.); Frauen hatten hingegen deutlich häufiger die

Hilfe anderer Fachkräften (z.B. Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter, Pastor) in Anspruch genommen. Bei der Inanspruchnahme nicht-suchtspezifischer Hilfen wurden Männer häufiger vom Arzt beraten (Tabelle 5.1.5.).

Tabelle 5.1.5.: Geschlechtsvergleich im Inanspruchnahmeverhalten

Variable	Testwert	Freiheitsgrade	Signifikanz
Suchtspezifische Hilfe gesamt	Chi ² =0,068	df=1	p=0,795
Beratungsstelle	Chi ² =6,574	df=2	p=0,037
Entzugsbehandlung	Chi ² =8,434	df=3	p=0,038
körperliche Entzugsbehandlung	Chi ² =10,998	df=4	p=0,027
Hilfe anderer Fachkräfte	Chi ² =4,974	df=1	p=0,026
Arztberatungen	Chi ² =9,16	df=3	p=0,027

Wurde die Stichprobe in die unterschiedlichen Diagnosegruppen aufgeteilt, zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Gruppe der Missbraucher bei der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe (Chi²=4,26; df=1; p=0,039; 0% der 12 Frauen und 27% der 47 Männer) und eine Tendenz für diese Variable in der Gruppe der Risikokonsumenten (Chi²=3,51; df=1; p=0,061; 16,7% der 42 Frauen und 32,9% der 70 Männer).

Das Inanspruchnahmeverhalten der männlichen Kontrollgruppenteilnehmer unterschied sich nicht signifikant von dem der männlichen Interventionsteilnehmer (suchtspezifisch: Chi²=0,032; df=1; p=0,857; Arztberatung/Beratung anderer Fachkräfte: Chi²=0,914; df=1; p=0,339). Auch die weiblichen Kontrollgruppen-Teilnehmer unterschieden sich nicht signifikant von den weiblichen Interventionsteilnehmern.

Die Stadienverteilung und weitere Kernvariablen im TTM zeigten keine Geschlechtsunterschiede (Tendenz in der Unterskala Versuchung des AASE bei Frauen höher, Tabelle 5.1.6.).

Tabelle 5.1.6.: Merkmale der Änderungsmotivation im Geschlechtsvergleich

Variable	Männer M (SD)/ n (%)	Frauen M (SD)/ n (%)	Testwerte und p	
TTM-Stadien:				
Absichtslosigkeit: n=206 (50,5%)	144 (51,8%)	62 (47,7%)	Chi ² =,579; df=2; p=0,749	
Absichtsbildung: n=122 (29,9%)	81 (29,1%)	41 (31,5%)		
Handlung: n=59 (14,5%)	39 (14,0%)	20 (15,4%)		
ADBS	Vorteile	19,9 (9,0)	20,5 (8,8)	U=17271,00; p=0,471
	Nachteile	24,1 (11,5)	23,4 (12,7)	U=17137,00; p=0,399
POC-A	81,5 (30,9)	82,2 (34,1)	U=18057,00; p=0,991	
AASE	temptation	47,1 (16,4)	50,0 (16,4)	U=16107,50; p=0,077
	self-efficacy	71,6 (19,9)	70,8 (19,3)	U=17363,00; p=0,641

M: Mittelwert, Md: Median, SD: Standardabweichung, n: Anzahl, p: Signifikanz

5.2. Daten der Katamneseerhebung

Vergleich der zur Katamnese Erreichten und der Nicht-Erreichten: Beim Vergleich der nachbefragten Teilnehmer mit denen, die nicht zur Nachbefragung erreicht werden konnten, zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Schulbildung (signifikant höhere Schulbildung bei den Nachbefragten: $\text{Chi}^2=29,06$; $\text{df}=6$; $p=0,001$). Bei anderen Variablen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

In der **Trinkmenge zur Katamnese** (Tabelle 5.2.1.) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll-, Stepped-Care- und Fixed-Care-Gruppe (Kruskal-Wallis-H-Test $\text{Chi}^2=4,6$; $p=0,100$; bzw. bei Kontrollgruppe vs. Interventionsgruppen: $U=15461,00$; $p=0,869$). Wurde für diese Fragestellung nach den Geschlechtern aufgeteilt, erhielt man für die Frauen einen signifikanten Unterschied zwischen Kontroll-, Stepped-Care- und Fixed-Care-Gruppe (Kruskal-Wallis-H-Test $\text{Chi}^2=10,06$; $p=0,007$; bei Männern: Kruskal-Wallis-H-Test $\text{Chi}^2=1,58$; $p=0,455$). Beim Vergleich von Kontrollgruppe vs. Interventionsgruppe erhielt man einen tendenziellen Unterschied für Frauen ($U=1253,50$; $p=0,099$; bei Männern: $U=6836,50$; $p=0,358$).

Tabelle 5.2.1.: Trinkmengen (in Gramm Alkohol) zur Katamnese Gesamt und nach Geschlechtern getrennt aufgeteilt nach dem Gruppenstatus

Werte	Geschlecht	Kontroll- gruppe	Stepped- Care-Gruppe	Fixed-Care- Gruppe	Interventions- gruppe (Stepped- Care und Fixed- Care)
M	Männer	38,09	41,08	40,76	40,93
	Frauen	37,65	19,97	25,82	22,63
	Gesamt	37,95	34,36	36,26	35,25
SD	Männer	76,54	83,79	53,09	70,73
	Frauen	59,52	32,08	23,85	28,61
	Gesamt	71,34	72,04	46,65	61,37
Md	Männer	19,29	22,50	25,07	22,50
	Frauen	18,00	5,78	21,21	12,85
	Gesamt	18,00	15,43	25,07	19,29
n	Männer	86	90	81	171
	Frauen	40	42	35	77
	Gesamt	126	132	116	248

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Md: Median, n: Anzahl

Bei der Unterteilung in die Diagnosegruppen fand sich ein signifikanter Unterschied bei der Trinkmenge bei beiden Geschlechtern (männlich: Kruskal-Wallis-H-Test $\text{Chi}^2=28,58$; $p<0,000$; weiblich: Kruskal-Wallis-H-Test $\text{Chi}^2=25,79$; $p<0,000$, Tabelle 5.2.2.).

Tabelle 5.2.2.: Trinkmengen (in Gramm Alkohol) zur Katamnese nach Geschlechtern getrennt und Gesamt aufgeteilt nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen		Männer	Frauen	Gesamt
Rauschtrinken	M	16,78	8,39	14,13
	SD	16,82	7,38	14,99
	Md	11,57	4,82	9,64
	n	69	32	101
Risikokonsum	M	35,84	29,07	33,37
	SD	25,56	24,01	25,11
	Md	27,00	27,00	27,00
	n	68	39	107
Missbrauch	M	26,40	13,29	23,49
	SD	27,14	11,73	25,08
	Md	18,64	7,71	16,39
	n	42	12	54
Abhängigkeit	M	71,14	49,61	64,79
	SD	121,28	67,51	107,98
	Md	34,71	27,00	28,93
	n	78	34	112

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Md: Median, n: Anzahl

Für die nominale Trinkmengenreduktion, verglichen nach Interventions- und Kontrollgruppe und aufgeteilt nach dem Geschlecht (Tabelle 5.2.3.), waren keine Unterschiede nachweisbar (Kontrollgruppe: $U=1860,00$; $p=0,295$; Stepped-Care-Gruppe: $U=1996,50$; $p=0,743$; Fixed-Care-Gruppe: $U=1856,50$; $p=0,951$). Zusätzlich zur nominalen Trinkmengenreduktion wurde unter Einbeziehung der Baseline-Trinkmenge eine prozentuale Trinkmengenreduktion berechnet, um zu berücksichtigen, dass Frauen einen insgesamt geringeren Konsum aufweisen. Bezogen auf die prozentuale Trinkmengenreduktion zeigte sich in der Stepped-Care-Gruppe, dass Frauen grenzwertig signifikant mehr reduzieren ($U=1641,00$; $p=0,050$), für Kontrollgruppe und Fixed-Care-Gruppe finden sich hinsichtlich des Geschlechts keine Unterschiede (Kontrollgruppe: $U=2037,00$; $p=0,809$; Fixed-Care-Gruppe: $U=1843,00$; $p=0,897$).

Die Berechnung weiterer relevanter Variablen und Kernvariablen des TTM ergab einen tendenziellen Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der Summe der Nachteile im ADBS (Frauen gaben mehr Nachteile an: $U=13213,00$; $p=0,079$) und beim ACD eine Tendenz, dass Frauen weniger negative Konsequenzen angaben ($U=13433,50$; $p=0,059$). Für die Diagnoseveränderung ($U=17981,00$; $p=0,923$) und den Stadienprogress zur Katamnese ($U=13098,50$; $p=0,735$) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Zwischen den Gruppen (Kontrolle und Intervention) bestand in der Variable der **Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe bei der 12-Monatskatamnese** eine Tendenz ($\text{Chi}^2=2,72$; $\text{df}=1$; $p=0,099$): 3,6% der Kontrollgruppe und 7,8% der Interventionsgruppe

nahmen innerhalb des Interventionszeitraumes Hilfe in Anspruch. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von nicht-suchtspezifischer Hilfen konnte für den 12monatigen Interventionszeitraum kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Tabelle 5.2.3.: Nominale Trinkmengenreduktion (in Gramm Alkohol) bzw. prozentuale Trinkmengenreduktion gesamt und nach Geschlechtern getrennt, aufgeteilt nach Gruppenstatus

			Kontroll gruppe	Stepped care	Fixed care	Intervention (Stepped Care und Fixed Care)
Trinkmengen- reduktion	Männer	M	-9,05	-9,31	-14,14	-11,66
		SD	37,64	57,99	44,83	51,92
		Md	-1,93	-5,14	-1,93	-3,21
		n	94	94	89	183
	Frauen	M	-1,59	-11,93	-10,76	-11,36
		SD	34,37	37,50	25,46	32,01
		Md	0	-9,32	-4,18	-5,79
		n	44	44	42	86
	Gesamt	M	-6,69	-10,15	-13,05	-11,56
		SD	36,69	52,21	39,59	46,43
		Md	0	-7,07	-1,93	-4,50
		n	139	138	131	269
Prozentuale Trinkmengen- reduktion	Männer	M	18,48	-14,72	3,66	-5,78
		SD	208,76	75,03	114,99	96,72
		Md	-12,28	-25,96	-11,11	-20,00
		n	95	94	89	183
	Frauen	M	-4,98	-26,07	-14,36	-20,35
		SD	66,03	105,31	54,04	83,99
		Md	0	-57,14	-9,07	-33,33
		n	44	44	42	86
	Gesamt	M	11,00	-18,34	-2,12	-10,44
		SD	176,28	85,62	99,71	92,93
		Md	0	-33,33	-11,11	-25,00
		n	139	138	131	269

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Md: Median, n: Anzahl

Hinsichtlich des **Inanspruchnahmeverhaltens über den Katamnesezeitraum** gab es signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe weder bei den Männern (suchtspezifisch: $\chi^2=2,101$; $df=1$; $p=0,147$; Arztberatung/Beratung durch andere Fachkräfte: $\chi^2=0,003$; $df=1$; $p=0,954$) noch bei den Frauen (suchtspezifisch: $\chi^2=0,624$; $df=1$; $p=0,430$; Arztberatung/Beratung durch andere Fachkräfte: $\chi^2=0,204$; $df=1$; $p=0,651$).

Auf das Maß der nominalen Trinkmengenreduktion hat die Inanspruchnahme in der Tendenz einen Einfluss ($U=15169,00$; $p=0,060$); keinen Einfluss hat sie auf die prozentuale Trinkmengenreduktion ($U=16869,50$; $p=0,762$). Unterteilt man die Studienstichprobe nach den Geschlechtern, zeigte sich der Einfluss des Inanspruchnahmeverhaltens auf die nominale Trinkmengenreduktion in der Tendenz nur bei den Männern ($U=7131,00$; $p=0,057$), hingegen

nicht bei den Frauen ($U=7964,50$; $p=0,578$). Untersucht man den Einfluss der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen innerhalb des Katamnesezeitraums auf die Trinkmengenreduktion, zeigte sich ein signifikantes Ergebnis sowohl in der nominalen ($U=7451,50$; $p<0,001$) als auch der prozentualen Trinkmengenreduktion ($U=8912,50$; $p=0,033$). Unterteilt man die Stichprobe nach den Geschlechtern, war dieser Effekt nur noch für die Männer signifikant (nominale Trinkmengenreduktion: $U=3470,50$; $p<0,001$ bzw. prozentuale Trinkmengenreduktion: $U=4269,00$; $p=0,048$). Für die Frauen ergibt sich kein signifikanter Unterschied (nominale Trinkmengenreduktion: $U=767,00$; $p=0,179$ bzw. prozentuale Trinkmengenreduktion: $U=814,00$; $p=0,309$).

5.3. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wirksamkeit der Intervention

In der Gesamtgruppe (Kontroll- und Interventionsgruppen) liess sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern in der nominalen oder der prozentualen Trinkmengenreduktion nachweisen (Tabelle 5.3.1.).

Tabelle 5.3.1.: Trinkmengenreduktion (in Gramm Alkohol) bzw. prozentuale Trinkmengenreduktion Gesamt und nach Geschlechtern getrennt

		Männer	Frauen	Gesamt	p
Nominale Trinkmengen- reduktion	M	-10,77	-8,05	-9,90	$U=17555,50$; $p=0,641$
	SD	47,47	33,02	43,37	
	Md	-2,89	-4,50	-3,86	
	n	278	130	408	
Prozentuale Trinkmengen- reduktion	M	2,45	-15,15	-3,17	$U=17070,00$; $p=0,365$
	SD	144,87	78,45	127,63	
	Md	-18,84	-25,00	-20,00	
	n	277	130	407	

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Md: Median, n: Anzahl, p: Signifikanz

Wenn die Gesamtstichprobe auf die vier Diagnosegruppen (Tabelle 5.3.2.) aufgeteilt wurde, zeigte sich beim Rauschtrinken eine Tendenz zu einer stärkeren Reduktion bei Frauen, bei den Risikokonsumenten reduzieren männliche Patienten signifikant mehr als weibliche. Keine Unterschiede zeigten sich bei Patienten mit missbräuchlichem Alkoholkonsum sowie bei Alkoholabhängigkeit. Bei Betrachtung der prozentualen Trinkmengenreduktion zeigten sich ähnliche Ergebnisse: ein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Studienteilnehmern mit Rauschtrinken und ein tendenzieller Unterschied für die männlichen und weiblichen Risikokonsumenten. Für die Alkoholmissbraucher und die Alkoholabhängigen war kein Unterschied nachweisbar.

Tabelle 5.3.2.: Nominale (in Gramm Alkohol) bzw. prozentuale Trinkmengenreduktion Gesamt und nach Geschlechtern getrennt aufgeteilt nach Diagnosegruppen

			Männer	Frauen	Gesamt	Testwert und p
Nominale Trinkmengenreduktion	Rauschtrinken	M	2,11 (-3,31	0,43	U=1062,00; p=0,058
		SD	14,91	6,94	13,19	
		Md	0	-3,86 (0	
		n	78	35	113	
	Risiko-konsum	M	-23,99	-4,42	-16,64	U=948,50; p=0,002
		SD	30,93	21,52	29,26	
		Md	-18,00	-2,89	-17,38	
		n	70	42	112	
	Missbrauch	M	-5,07	-5,30	-5,12	U=241,00; p=0,439
		SD	27,82	9,28	25,11	
		Md	-1,93	-7,71	-3,85	
		n	47	12	59	
	Abhängigkeit	M	-14,94	-16,64	-15,50	U=1671,00; p=0,871
		SD	76,29	53,54	69,38	
		Md	-5,79	-4,50	-4,500	
		n	83	41	124	
Prozentuale Trinkmengenreduktion	Rauschtrinken	M	28,51	-26,82	11,22	U=1015,50; p=0,029
		SD	140,46	57,9)	123,29	
		Md	0	-28,57	0	
		n	77	35	112	
	Risiko-konsum	M	-35,43	-10,39	-26,04	U=1185,50; p=0,085
		SD	38,95	68,81	53,29	
		Md	-40,00	-7,14	-34,17	
		n	70	42	112	
	Missbrauch	M	27,88	-27,96	16,52	U=226,00; p=0,290
		SD	271,19	52,38	243,64	
		Md	-11,11	-38,10	-20,00	
		n	47	12	59	
	Abhängigkeit	M	-4,17	-6,30	-4,87	U=1648,00; p=0,776
		SD	86,82	105,43	92,96	
		Md	-18,84	-14,29	-17,75	
		n	83	41	124	

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Md: Median, n: Anzahl, p: Signifikanz

Insgesamt unterschieden sich Kontroll- und Interventionsgruppe auf dem 5%-Niveau signifikant voneinander hinsichtlich der Trinkmengenreduzierung (U=16471; p=0,048). Für die prozentuale Trinkmengenreduktion war dieser Unterschied nicht nachweisbar (U=17004,00; p=0,132). Teilte man die Gesamtgruppe nach dem Geschlecht auf, liess sich der Effekt der nominalen Trinkmengenreduktion durch die Intervention nur bei den Frauen nachweisen (U=1467,50; p=0,036), nicht aber bei den männlichen Studienteilnehmern (U=8025,50; p=0,292). Die Überprüfung der prozentualen Trinkmengenreduktion ergab eine Tendenz bei den Frauen (U=1506,00; p=0,056) und keinen Unterschied bei den Männern (U=8346,00; p=0,584).

Teilte man die Gesamtgruppe nach Kontroll- vs. Interventionsgruppe auf, liess sich zwischen den Geschlechtern kein Effekt nachweisen für die nominale Trinkmengenreduktion

bzw. die prozentuale Trinkmengenreduktion (Kontrollgruppe Nominale Trinkmengenreduktion: $U=1860,00$; $p=0,295$; prozentuale Trinkmengenreduktion: $U=2037,00$; $p=0,809$; Interventionsgruppe Nominale Trinkmengenreduktion: $U=7767,00$; $p=0,863$; prozentuale Trinkmengenreduktion: $U=7065,00$; $p=0,175$). Der nächste Schritt bestand darin, den Effekt der Intervention mit in die Berechnung einzufügen und einen Vergleich zwischen den Diagnosegruppen darzustellen (Tabelle 5.3.3.).

Tabelle 5.3.3.: Geschlechtsvergleich der nominalen und prozentualen Trinkmengenreduktion aufgeteilt nach Diagnosegruppen und Gruppenstatus

		Nominale Trinkmengenreduktion			Prozentuale Trinkmengenreduktion		
Diagnosegrupp		Männer	Frauen	p	Männer	Frauen	p
		M, Md, SD, n	M, Md, SD, n		M, Md, SD, n	M, Md, SD, n	
Kontroll- gruppe	Rauschtrinken	2,31	-4,85	0,207	22,33	-40,42	0,218
		0	-4,50		0	-58,33	
		18,11	3,94		144,37	30,43	
		29	11		29	11	
	Risikokonsum	-16,21	3,46	0,004	-28,79	16,16	0,023
		-18,00	0		-41,07	0	
		21,96	18,91		39,37	72,31	
		23	19		23	19	
	Missbrauch	3,52	4,18	0,952	94,47	18,75	0,952
		0	4,18		0	18,75	
		27,44	19,55		417,89	114,90	
		19	2		19	2	
Abhängigkeit	-25,93	-7,61	0,476	-5,97	24,-9,90	0,987	
	-10,93	-5,14		-3,95	-21,43		
	60,81	62,32		75,24	65,50		
	24	12		12	12		
Interventions- gruppe	Rauschtrinken	1,95	-2,60	0,193	29,54	-20,59	0,097
		0	-1,93		0	-25,00	
		12,87	7,92		129,28	66,56	
		49	24		49	24	
	Risikokonsum	-27,79	-10,94	0,127	-38,68	-32,33	0,975
		-18,00	-18,00		-40,00	-50,00	
		34,05	21,73		38,76	58,61	
		47	23		47	23	
	Missbrauch	-10,91	-7,20	0,832	-17,31	-37,31	0,404
		-4,18	-7,71		-13,89	-38,10	
		27,02	6,22		60,35	36,12	
		28	10		28	10	
Abhängigkeit	-10,47	-20,37	0,872	-3,44	-4,81	0,758	
	-5,78	-4,50		-20,00	-14,30		
	81,81	50,19		91,71	119,11		
	59	29		59	29		

M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, Md: Median, n: Anzahl, p: Signifikanz

Es zeigte sich, dass es einen Geschlechtsunterschied hinsichtlich der nominalen und prozentualen Trinkmengenreduktion innerhalb der Risikokonsumenten gab: Hier reduzierten männliche Kontrollgruppenteilnehmer signifikant mehr als die weiblichen Kontrollgruppenteilnehmer. Der prozentuale Anteil von Frauen in der Gruppe der Risikokonsumenten im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen war nicht signifikant ($\chi^2=2,26$; $df=32$; $p=0,133$). Das Ergebnis verstärkte sich, als der Effekt der Intervention zwischen den Geschlechtern verglichen wurde. Es zeigte sich, dass sich nur bei den weiblichen Risikokonsumentinnen die nominale (Kontrollgruppe $M=3,48$ vs. Interventionsgruppe $M=-10,94$, $U=685,00$; $p=0,007$) und prozentuale Trinkmengenreduktion (Kontrollgruppe $M=16,18$ vs. Interventionsgruppe $M=-32,33$, $U=560,00$; $p=0,013$) signifikant zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe unterschied. Bei den männlichen Risikokonsumenten zeigte sich keine Signifikanz zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe (nominale Trinkmenge: $U=460,50$, $p=0,314$; prozentuale Trinkmengenreduktion: $U=492,00$, $p=0,542$), obwohl die männlichen Risikokonsumenten der Interventionsgruppe mehr als die der Kontrollgruppe reduzierten; der Unterschied wurde aber nicht signifikant, da die männlichen Kontrollgruppenteilnehmer ebenfalls ihren Alkoholkonsum deutlich reduzierten.

Um den Effekt der Intervention in einer Regressionsanalyse darzustellen, wurde die Trinkmenge zum Katamnesezeitpunkt als abhängige Variable in das Regressions-Modell eingefügt. Für die unabhängige Variable wurde im ersten Schritt die Trinkmenge zur Baseline-Erhebung und im zweiten Schritt eine dummy-codierte Interventionsvariable eingeführt (0=Kontrollgruppe, 1=Interventionsgruppe). Richtet man sich nach den Konventionen für die Effektstärken von Cohen (Cohen, 1988), zeigten sich schwache bis mittlere Effektstärken bei den Frauen, nicht jedoch bei den Männern (Tabelle 5.3.4.). Bei Einfügen von dummy-codierten Variablen für die Diagnosegruppen wurden die Stichprobengrößen in den Zellen zu gering, es zeigten sich aber auch dann noch kleine Effektstärken bei den Frauen, aber nicht bei den männlichen Studienteilnehmern.

Tabelle 5.3.4.: Vorhersage der Trinkmenge zum Katamnesezeitpunkt; Interventionsstatus (0=KG; 1=IG) eingefügt in Schritt 2

Prädiktor	R ²	df	F	R ² - Veränderung	T	p
Gesamt, Baseline Konsum	0,055	1/406	23,69			
Intervention	0,061	2/405	13,07	0,006	-1,54	0,124
Männer	0,039	1/276	11,20			
Intervention	0,040	2/275	5,76	0,001	-0,58	0,564
Frauen	0,112	1/128	16,17			
Intervention	0,142	2/127	10,48	0,029	-2,09	0,039

R²: Vorhersagewert, df: Freiheitsgrade, F/T: Testwerte, R²-Veränderung: Effektstärke, p: Signifikanz

Darauf basierend war die prozentuale Veränderung für Männer eine Reduzierung von 9,61%, für Frauen ergab sich eine Reduzierung von 35,53%. Um die Interaktion zwischen Geschlecht und Intervention zu kontrollieren, wurde ein Interaktionsterm berechnet, der kein signifikantes Ergebnis erbrachte.

Schloss man die alkoholabhängigen Patienten sowie die Rauschtrinker aus, wurde eine andere Verteilung deutlich: Für Männer ergab sich eine Änderung von R^2 von 0,031 ($p=0,057$), für Frauen ergab sich eine R^2 -Änderung von 0,069 ($p=0,050$). Damit reduzierten die männlichen Risikokonsumenten und Missbraucher prozentual 39,29%, die Frauen der gleichen Gruppen 36,05%. Entsprechend der Konventionen nach Cohen (Cohen, 1988) handelte es sich damit in beiden Geschlechtergruppen um kleine bis mittlere Effekte der Intervention (0,01-0,09). Auch innerhalb dieser Subgruppe wurde ein Interaktionsterm berechnet, der wiederum kein signifikantes Ergebnis zum Regressionsmodell zeigte.

5.4. Geschlechtsspezifische Wirkung des Stepped-Care-Ansatzes

Eine weitere Analyse bestand darin, in der Stepped-Care-Gruppe die durch Erreichen der risikoarmen Trinkmengen „ausgeschlossenen“ Studienteilnehmer zu untersuchen. Unterteilt nach den Geschlechtern fand man beim Zeitpunkt T2 (erste Intervention nach Zusendung der Rückmeldung und des Manuals) einen tendenziellen Unterschied: Frauen haben häufiger die risikoarmen Trinkmengen erreicht als Männer und konnten daher von weiterführenden und aufwendigeren Interventionsmaßnahmen ausgeschlossen werden (Tabelle 5.4.1.). Um zu kontrollieren, ob Unterschiede in der Eingruppierung in Diagnosekategorien, d.h. im Trinkverhalten, dieses Ergebnis erklären, wurde eine Analyse der Beeinflussung der Diagnosekategorie zur Baseline auf die Trinkmengenreduzierung durchgeführt. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($U=1151,00$; $p=0,118$). Die mittleren Ränge wiesen aber darauf hin, dass sich mit zunehmender Schwere der Diagnosekategorie die Chance auf Erreichung der risikoarmen Trinkgrenzen verringerte.

Es wurde untersucht, ob die Beratungszeiten in der Stepped-Care-Gruppe und der Fixed-Care-Gruppe sich signifikant voneinander unterschieden (Tabelle 5.4.4.). Dabei zeigte sich, dass die Stepped-Care-Gruppe der Hypothese entsprechend signifikant weniger Beratungszeit in Anspruch genommen hatte in allen Diagnosekategorien.

Tabelle 5.4.1: Durch Erreichen der Einschlusskriterien/-grenzwerte „ausgeschlossene“ Teilnehmer der SC-Gruppe

T2 ¹ n=34			T3 ¹ n=17			T4 ¹ n=15			T5 ² n=34		
Männer	Frauen	p	Männer	Frauen	p	Männer	Frauen	p	Männer	Frauen	p
20 (24,4%)	14 (40,0%)	0,089	13 (21,3%)	4 (22,2%)	0,934	11 (25,0%)	4 (26,7%)	0,898	21 (7,6%)	13 (10,0%)	0,319

¹Für Interventionszwecke, wurde nur in den beiden Versuchsgruppen durchgeführt

²Nicht-Erreichte bei der Katamnese, T2: 1 Monat nach Einschluss, T3: 3 Monate nach Einschluss, T4: 6 Monate nach Einschluss, T5: Katamnese, p: Signifikanz, n: Anzahl

Tabelle 5.4.4.: Durchschnittliche Länge der Beratungszeiten für Studienteilnehmer der Fixed-Care-Gruppe und der Stepped-Care-Gruppe

	Stepped-Care M (SD)	Fixed-Care M (SD)	p
Gesamt (n=138/131)	40,01 (41,24)	80,31 (40,30)	<0,001
Alkoholabhängigkeit (n=38/50)	48,95 (40,69)	98,30 (38,28)	<0,001
Alkoholmissbrauch (n=16/22)	51,06 (38,8)	75,82 (41,7)	0,064
Risikokonsum (n=43/27)	36,77 (41,7)	74,0 (34,2)	<0,001
Binge-Drinking (n=41/32)	30,83 (29,6)	60,66 (37,0)	0,001

Unterteilt man die Stichprobe nach dem Geschlecht, ergab sich in der Stepped-Care-Gruppe ein signifikanter Unterschied der Beratungszeit zwischen Männern und Frauen ($U=592,50$; $p=0,026$): Die weiblichen Teilnehmer in der Stepped-Care-Gruppe nahmen deutlich weniger Beratungszeit in Anspruch als die Männer der Stepped-Care-Gruppe. In der Fixed-Care-Gruppe konnte dieser Geschlechtsunterschied nicht nachgewiesen werden ($U=1664,50$; $p=0,313$). Bedenkt man, dass sich die Beratungszeiten kumulativ errechnen, d.h. wer beispielsweise zum ersten Zeitpunkt (T2) den risikoarmen Grenzwert erreicht hatte und ausgeschlossen werden durfte, wurde zum zweiten (T3) und dritten Mal (T4) gar nicht mehr kontaktiert. Insofern war der signifikante Unterschied hinsichtlich der Beratungszeit erklärbar.

Um zu überprüfen, ob Frauen mehr von der computerisierten Rückmeldung profitierten, wurden Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Beurteilung der Studienteilnehmer zum computerisierten Feedback untersucht. Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung, wie zutreffend die Rückmeldung empfunden wurde ($\text{Chi}^2=7,087$, $\text{df}=9$, $p=0,629$), als auch nicht hinsichtlich der Einschätzung, wie hilfreich sie war ($\text{Chi}^2=7,858$, $\text{df}=9$, $p=0,549$). Wenn zur Berechnung nur die Stepped-Care-Gruppe ausgewählt wurde, zeigten sich ähnliche Ergebnisse (wie zutreffend?: $\text{Chi}^2=5,036$, $\text{df}=9$, $p=0,831$; wie hilfreich?: $\text{Chi}^2=7,873$, $\text{df}=9$, $p=0,547$). Wurden zusätzlich nur die Risiko-

konsumenten und Missbraucher ausgewählt, zeigten sich ähnliche Ergebnisse (wie zutreffend?: $\text{Chi}^2=6,962$, $\text{df}=9$, $p=0,641$; wie hilfreich?: $\text{Chi}^2=6,177$, $\text{df}=9$, $p=0,722$).

6 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war, die Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Patienten mit problematischem Alkoholkonsum auf Geschlechtsunterschiede zu prüfen. Die zugrundeliegende Studie enthält einen Zuwachs an relevanten Informationen für die Forschung auf diesem Gebiet.

Bisherige Studien zeigen, dass das bestehende Suchthilfesystem nur einen geringen Teil der Personen mit alkoholbezogenen Störungen erreicht (Rumpf et al., 2000). Aufgrund der häufig mangelnden Einsicht und geringen Änderungsbereitschaft eines großen Teils dieser Patienten mit problematischem Alkoholkonsum ergibt sich oft eine Unterversorgung durch das Hilfesystem. Um eine problem- und bevölkerungsorientierte Versorgung gewährleisten zu können, empfiehlt sich daher ein proaktiver und spektrumserweiterter Ansatz. Hausärztliche Praxen haben sich als günstiger Zugangsweg erwiesen, da hier ein Grossteil der medizinischen Basisversorgung für Patienten mit problematischem Alkoholkonsum stattfindet (Rumpf et al., 2000). Das TTM (Prochaska et al., 1992) als Modell für Verhaltensänderung bietet eine fundierte und effektive Grundlage, um sowohl das breite Spektrum problematischen Alkoholkonsums, als auch die unterschiedliche Bereitschaft zur Änderung gesundheitsgefährdenden Verhaltens einzuschließen. Kurzinterventionen, die auf dem Hintergrund des TTMs und basierend auf der Motivierenden Gesprächsführung (Miller and Rollnick, 2004) durchgeführt werden, haben für den Bereich der alkoholbezogenen Störungen im Setting von Hausarztpraxen ihre Effektivität nachgewiesen (Bien, 1992; Moyer et al., 2002; Bertholet et al., 2005). Für die vorliegende Studie konnten durch die Planung einer proaktiven Vorgehensweise in den Arztpraxen Patienten in allen Stadien des TTM angesprochen werden. Als Interventionen wurden die telefonischen Beratungen auf Grundlage des Motivational Interviewing durchgeführt.

Über Unterschiede in der Wirksamkeit der alkoholbezogenen Kurzinterventionen zwischen den Geschlechtern stellt die Literatur bisher heterogene Ergebnisse bereit (Poikolainen, 1999; Ballesteros et al., 2004; Kaner et al., 2007). Meta-Analysen und Reviews zeigten differentielle Wirksamkeiten: Teilweise konnten Frauen Kurzinterventionen effektiver nutzen (Wilk et al., 1997; Poikolainen, 1999), in anderen Studien profitierten eher männliche Studienteilnehmer (Kahan et al., 1995). Aktuellere Meta-Analysen kommen zu dem Ergebnis einer gleichen Wirksamkeit bei Männern und Frauen (Whitlock et al., 2004; Bertholet et al., 2005). Eine der aktuellsten Meta-Analysen, die sich dem Thema Geschlechtsunterschiede in

der Wirksamkeit von Kurzinterventionen widmet, geht von einer gleichen Wirksamkeit zwischen den Geschlechtern aus (Ballesteros et al., 2004). In der Übersichtsarbeit von Kaner wird der statistische Nachweis der Wirksamkeit bei Frauen allerdings wieder in Frage gestellt (2007).

Die Daten der vorliegenden Studie wiesen zunächst auf eine differentielle Wirksamkeit von Kurzinterventionen in Abhängigkeit vom Geschlecht hin. Für die allgemeine Wirksamkeit der in dieser Studie durchgeführten Interventionen, ergaben Analysen einen Unterschied in der nominalen Trinkmengenreduktion zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe mit einer Signifikanz von $p=0,048$. Trennt man die Studienstichprobe nach dem Geschlecht, zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Trinkmengenreduktion zwischen den beiden Gruppen nur noch bei den weiblichen Teilnehmern. Demnach profitierten Frauen eher von der hier durchgeführten Kurzintervention, da nur für sie der Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe signifikant wurde (Frauen: $p=0,036$; Männer: $p=0,292$). Die Überprüfung der prozentualen Trinkmengenreduktion ergab bei den weiblichen Teilnehmerinnen eine Tendenz ($p=0,056$) und keinen Unterschied bei den Männern ($p=0,584$).

Um das Ergebnis erklären und in die bestehende Literatur einordnen zu können, wurden Subgruppenanalysen durchgeführt. Dabei wurde deutlich, dass sich die Signifikanz zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe bei den weiblichen Teilnehmern nur für risikokonsumierende Frauen zeigte (nominale Trinkmengenreduktion: $p=0,007$; prozentuale Trinkmengenreduktion: $p=0,013$). Männliche Risikokonsumenten in der Interventionsgruppe reduzierten zwar ihre Trinkmenge auch, der Unterschied zu den männlichen Risikokonsumenten der Kontrollgruppe wurde aber nicht signifikant. Bei den anderen Diagnosegruppen gab es keinen Unterschied. Die Analysen zeigten, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Kontrollgruppe gab: Männliche Kontrollgruppenteilnehmer reduzierten ihren Alkoholkonsum stark und damit in Differenz zu den weiblichen Kontrollgruppenteilnehmern signifikant (nominale Trinkmengenreduktion: $p=0,004$, prozentuale Trinkmengenreduktion: $p=0,023$). Weitere Gruppenvergleiche in anderen Diagnosegruppen wurden nicht signifikant. Hinsichtlich der Reduktion der erhobenen Alkoholmenge unterschieden sich männliche und weibliche Gruppenteilnehmer der Interventionsgruppe nicht: Beide Geschlechter reduzierten um ca. 11 Gramm Alkohol. Es fehlen derzeit gute Erklärungsansätze, um die Frage zu beantworten, warum die männlichen Risikokonsumenten der Kontrollgruppe ihren Alkoholkonsum so deutlich reduzierten.

Mögliche Ansatzpunkte dazu wären eine Regression zur Mitte oder eine stärkere Tendenz zu Falschangaben bei den männlichen Kontrollgruppenteilnehmern.

Nach Log-Transformation der nicht-normalverteilten Daten zeigte sich bei Regressionsanalysen ebenfalls eine signifikante Wirkung der Kurzintervention nur bei den weiblichen Studienteilnehmerinnen ($p=0,039$); bei den männlichen Teilnehmern wurde der Unterschied zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe nicht signifikant ($p=0,564$). Bei den Frauen ergab sich eine kleine bis mittlere Effektstärke von 0,039 (Männer: 0,001). Der deutlichste Unterschied zwischen dieser und früheren Studien zur Reduzierung des Alkoholkonsums durch Kurzinterventionen bestand im Einschluss der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit bzw. der Patienten mit Rauschtrinken. Daher wurden in einer weiteren Analyse diese beiden Diagnose-Gruppen ausgeschlossen und es zeigte sich, dass der Unterschied in der Wirksamkeit der Kurzintervention zwischen Männern und Frauen nur noch geringfügig war. Der Effekt der Intervention ergab eine Tendenz bei Frauen ($p=0,050$) und Männern ($p=0,057$). Es zeigten sich kleine bis mittlere Effektstärken bei Frauen von 0,069 und bei Männern von 0,031. Ein Geschlechts-Interventions-Interaktionsterm zeigte keine zusätzliche Erklärung für das Regressionsmodell, sowohl für die gesamte Stichprobe als auch innerhalb der Subgruppe (Risikokonsumenten und Missbraucher). Insgesamt kann von kleinen bis mittleren Effekten ausgegangen werden, bei den Frauen sind diese Effekte aber stabiler. In unserer heterogenen Stichprobe ist die Wirksamkeit einer Kurzintervention für Frauen höher als für Männer. Je homogener die Stichprobe wird, desto weniger Unterschiede in der Wirksamkeit treten zwischen den Geschlechtern auf. Möglicherweise stellt dieses Ergebnis einen ersten Erklärungsansatz für die große Homogenität zwischen anderen Studien zu Kurzinterventionen und die damit verbundenen Ergebnisse der Meta-Analysen dar.

Eine weitere Analyse betraf den Effekt des Stepped-Care-Ansatzes. Ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen der Stepped-Care-Gruppe konnte bei der Rate der erfolgreichen Trinkmengenreduktion zum Zeitpunkt des zweiten Kontaktes gezeigt werden. Von der ersten, wenig intensiven Intervention des stadienbasierten Manuals und der stadienzugeordneten Rückmeldung profitierten weibliche Studienteilnehmer eher als die männlichen. Die risikoarmen Trinkmengen erreichten, parallel zu einer hohen Einschätzung der Selbst-Wirksamkeit, 40,0% der weiblichen Studienteilnehmer im Vergleich zu 24,4% der männlichen Teilnehmer; dies ergab einen tendenziellen Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,089$). Zu den anderen Zeitpunkten ergaben sich keine entsprechenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Eventuell führte die kleine Stichprobengröße dazu, dass Ergebnisse keine Signifikanz erreichten.

Es war zu vermuten, dass diejenigen, die „näher“ an den Trinkgrenzen für Risikokonsum lagen, eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, nach der ersten Intervention diese auch zu erreichen. Für diese Patientengruppe wäre die notwendige Verhaltensänderung geringfügiger, als für diejenigen mit „ernsteren“ Trinkmustern und schwereren Problemen. Analysen zeigten, dass Studienteilnehmer, die nach der ersten Intervention risikoarme Trinkgrenzen erreichten, sich hinsichtlich der Diagnosekategorie nicht von den Studienteilnehmern unterschieden, die von der ersten Intervention nicht profitierten. Mittlere Ränge zeigten die zu erwartenden Richtung. Auch hier stellt die kleine Stichprobengröße eventuell ein Hindernis dar, signifikante Ergebnisse zu zeigen. Mittlere Ränge zeigten die zu erwartende Richtung.

Weiterhin ergab sich in der Dauer der Beratungszeiten ein Geschlechtsunterschied: Innerhalb der Stepped-Care-Gruppe nahmen weibliche Studienteilnehmer signifikant weniger Beratungszeit in Anspruch als die Männer der Stepped-Care-Gruppe ($p=0,026$). Dabei war die Reduktion der prozentualen Trinkmenge bei Frauen in der Stepped-Care-Gruppe in der Tendenz höher, als bei den Männern ($p=0,050$). In Kontroll- und Fixed-Care-Gruppe ergab sich zwischen den Geschlechtern kein Unterschied in der Trinkmengenreduktion.

Zusätzlich zu dem bisherigen Angebot einer festgelegten Intervention, konnte mit dieser Studie fast erstmalig ein gestuftes Vorgehen getestet werden: Zum Zeitpunkt der Planung dieser Studie gab es nur eine weitere Studie mit einem Stepped-Care-Ansatz (Breslin et al., 1998). Das Ergebnis dieser Studie, dass weibliche Studienteilnehmerinnen von der wenig intensiven Intervention (Rückmeldung und Manual) stärker profitierten, könnte einen weiteren Erklärungsansatz für die heterogenen Ergebnisse in der bisherigen Literatur darstellen. Es ist zu prüfen, ob die Wirksamkeit einer Intervention im Sinne des Stepped-Care-Ansatzes auch in anderen Studien für Personen mit Risikokonsum und Alkoholmissbrauch nachgewiesen werden kann.

Besonderes Augenmerk sollte insgesamt auf der Frage des Gender-Aspektes liegen: Reagieren weibliche Studienteilnehmer eventuell auf angebotenes schriftliches Material in anderer Art und Weise als Männer und wodurch ist die andere Reaktionsweise eventuell bedingt? Könnten Ergebnisse der Forschung auf dem Gebiet der geschlechtsspezifischen Informationsverarbeitung (z.B. zu Sprachverarbeitung und Gehirnaktivität) Erklärungen für eher unterschiedliche Reaktionsweisen zwischen Männern und Frauen liefern?

Einschränkungen der Arbeit: Als kritische Punkte in dieser Arbeit sind mehrere Aspekte zu nennen. Zunächst einmal war es aufgrund der Fülle an notwendigen Fragebögen nicht mehr möglich, noch weitere Instrumente einzusetzen zur Unterscheidung zwischen dem biologischen Geschlecht und der subjektiv empfundenen Geschlechtsrollenidentität (Butler, 1991). Eventuell wäre es aufschlussreich gewesen, hier mit Subgruppen zu arbeiten, die sich durch subjektive Zuordnung zu einem Geschlecht ergeben (siehe Fußnote, S.2).

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der Ausführlichkeit der Befragungserhebung. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass bereits ein ausführliches Assessment zu einer Verringerung des Alkoholkonsums führte (Kaufman, 1996), in einigen Studien sogar eine kurze Erhebung (Kypri et al., 2006). Andere Autoren legen nahe, dass es sich dabei nur um den Effekt der Regression zur Mitte handeln könnte (Richmond et al., 1995). Der Aspekt, dass die männlichen risikokonsumierenden Kontrollgruppenteilnehmer in unserer Studie deutlich ihren Konsum reduzierten, könnte zum Teil auf diesen Fakt zurückzuführen sein. Auch in anderen Studien gab es starke Reduktionen innerhalb der Kontrollgruppe, die ungeklärt blieben (Burge et al., 1997).

Eventuell gab es in dieser Studie einen Bias durch die hohe Dropout-Rate nach dem Screening-Prozedere in den Arztpraxen. Autoren warnen davor, Ergebnisse aus Interventionsstudien zu verallgemeinern, wenn nicht explizit Charakteristiken der Subgruppen miteinander verglichen und für gleich befunden werden (Edwards and Rollnick, 1997). Analysen zeigten, dass sich in dieser Studie die Nicht-Teilnehmer von den Teilnehmern unterschieden: Die Teilnehmer waren signifikant jünger und wiesen eine signifikant höhere Schulbildung auf. Die Repräsentativität der Studie muss also als eingeschränkt betrachtet werden, da jüngere Personen und Personen mit einem hohen Niveau der Schulbildung überrepräsentiert waren.

Die Anzahl derjenigen, die in der Arztpraxis zunächst ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gaben, an der telefonischen Diagnostik dann aber nicht teilnahmen, war hoch: Eventuell hat die angebotene Aufwandsentschädigung für die Studienteilnahme bei einigen Personen dazu geführt, sich zunächst für die Studie zu entscheiden, beim persönlichen Kontakt am Telefon dann aber doch die Studienteilnahme abzulehnen. Auch dadurch könnte die Repräsentativität der Studie eingeschränkt sein (Goyder, 1987).

Ein niedriger cut-off-Wert im AUDIT (fünf Punkte) für ein positives Screening führte zu ausserordentlich hohen Raten von nicht geeigneten (sogenannten falsch-positiven) Patienten nach der Diagnostik. Dies mag die Repräsentativität der Arbeit schmälern, verstärkt

aber die Sensitivität des Screening-Instruments und unterstützt damit eine hohe Erreichbarkeit von auffälligen Patienten.

Ein weiterer Schwachpunkt der Arbeit könnte darin liegen, dass die Erhebung der Trinkmenge der Patienten auf Selbstaussagen beruhte. Aufgrund der finanziellen und zeitlichen Begrenztheit war es nicht möglich, Laborparameter der Patienten zu erheben, die auf Alkoholkonsum bzw. Blutalkoholkonzentration schließen lassen könnten oder Angehörige über den Konsum des Betroffenen zu befragen. Durch die Beschränkung auf subjektive Äußerungen der Patienten kann es zu einer Verfälschung der tatsächlichen Trinkmenge gekommen sein. Der Einfluss auf das Verhältnis zwischen Baseline-Menge und Katamnese-Menge des Alkoholkonsums nach den Interventionen kann aber als gering betrachtet werden und sollte zwischen den Gruppen vergleichbar sein. In anderen Studien konnte gezeigt werden, dass ein anderes Studiendesign (z.B. biochemische Tests oder Angehörigen-Befragungen) nur geringe Zusatzinformationen bereitstellen (Babor et al., 2000).

Das Hauptproblem der vorliegenden Arbeit und bei der Interpretation der Ergebnisse sind die geringen Stichprobengrößen. Da die Poweranalyse nicht kalkuliert war für die Analyse der Subgruppen, erreichen viele Berechnungen keine signifikanten Grenzen. So könnten fehlende Unterschiede in den Ergebnissen auch auf Beta-Fehler zurückzuführen sein.

Es ist möglich, dass andere Variablen für die Effektivität von Kurzinterventionen von größerer Bedeutung sein könnten, als das Geschlecht. Die übliche Erklärung dafür, dass Männer eher von Kurzinterventionen profitieren (Kaner et al., 2007) ist, dass Frauen eine stärkere Reaktion auf das Erhebungsprozedere zeigen und damit Frauen in der Kontrollgruppe Verbesserungen zeigen, die die Effekte der Kurzintervention verdecken (Fleming et al., 1997). In der vorliegenden Studie scheint Geschlecht nicht der Hauptfaktor zu sein. Effektivität in Kurzinterventionen ist eventuell eher eine Frage der Schwere der alkoholbezogenen Probleme oder beeinflusst von anderen Faktoren, die noch zu erforschen sind.

Ausblick: Es bleibt zu untersuchen, wie Kurzinterventionen zur Konsumreduzierung von Alkohol sinnvoll umgesetzt und implementiert werden können (z.B. in Allgemeinarztpraxen). Nilsen und Kollegen stellten in einem systematischen Review zu Implementationsstudien fest, dass die Effektivität der Implementation (z.B. das Nutzen der angebotenen Materialien) stark mit der Intensität des Aufwandes (also beispielsweise der Ausdehnung des Trainings und/oder der Unterstützung) zusammenhängt – insgesamt scheint die allgemeine Effektivität aber eher gering (Nilsen et al., 2006). Weiterführende Forschung ist hier nötig.

Obwohl es bereits eine Vielzahl erfolgversprechender Behandlungsmöglichkeiten und hilfreicher Forschungsansätze gibt, muss gerade in Deutschland noch weitere Anstrengung in die Klärung der offenen Fragen investiert werden, um zu einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Hier wird auch in Zukunft noch ein großer Forschungsbedarf bestehen. Die detaillierte Beschreibung und Erklärung des Inhalts von Kurzinterventionen ist nötig, um geschlechtsspezifische Reaktionen zu analysieren. Da Ressourcen begrenzt sind, muss zukünftige Forschung geeignete und kostengünstige Wege für die Bereitstellung von Kurzinterventionen suchen, um Männern und Frauen mit problematischem Alkoholkonsum zu helfen. Zukünftige Studien sollten sowohl einen Fokus auf die Effektivität von Kurzinterventionen in unterschiedlichen Diagnosekategorien legen (Effektivität als eine Funktion der Schwere) als auch auf die Prozesse innerhalb der Kurzintervention, die zu Veränderungen führen und wie sich Männer und Frauen in diesen Prozessen unterscheiden.

7 Literaturverzeichnis

- (2002) Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein. Vol. 49. Jahrgang. Verlag Hallenbetriebe, Neumünster.
- Aalto, M., Saksanen, R., Laine, P., Forrstrom, R., Raikaa, M., Kiviluoto, M., Seppa, K. and Sillanaukee, P. (2000) Brief interventions for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **24**, 1680-1686.
- Agostinelli, G., Brown, J. M. and Miller, W. R. (1995) Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education* **25**, 31-40.
- Alcohol Concern (2003) *Factsheet 20: Binge drinking*. Alcohol Concern, London.
- Allen, J. P. and Columbus, M. (1995) *Assessing alcohol problems. A guide for clinicians and researchers*. National Institute of Health and Human Services, Bethesda.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. and Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* **21**, 613-619.
- Allen, J. P., Reinert, D. F. and Volk, R. J. (2001) The Alcohol Use Disorders Identification Test: an aid to recognition of alcohol problems in primary care patients. *Preventive Medicine* **33**, 428-433.
- American Psychiatric Association ed (1995) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, international version*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Anderson, P. and Scott, E. (1992) The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction* **87**, 891-900.
- Andrews, G. and Peters, L. (1998) The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **33**, 80-88.
- Annis, H. M. and Graham, G. M. (1995) Profile types on the inventory of drinking situations: implications for relapse prevention counselling. *Psychology of Addictive Behaviours* **9**, 176-182.
- Annis, H. M., Sklar, S. M. and Moser, A. E. (1998) Gender in relation to relapse crisis situations, coping, and outcome among treated alcoholics. *Addictive Behaviors* **23**, 127-131.
- Apodaca, T. R. and Miller, W. R. (2003) A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology* **59**, 289-304.
- Ashenden, R., Silagy, C. and Weller, D. (1997) A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice* **14**, 160-176.
- Babor, T. F. and Grant, M. (1992) *Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: a Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care*. World Health Organization, Geneva.
- Babor, T. F. and Higgins-Biddle, J. C. (2000) Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* **95**, 677-686.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. and Monteiro, M. G. (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care.*, Geneva.
- Babor, T. F., Hodgson, B., Ritson, B., McRee, G., Ernberg, K., Connor, K. and Grant, M. (1992) Experimental design and project administration. In *Programm on substance abuse. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*, Babor, T. F. and Grant, M. eds, pp. 15-56. World Health Organization, Geneva.

- Babor, T. F., Steinberg, K., Anton, R. and Del Boca, F. (2000) Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *Journal of Studies on Alcohol* **61**, 55-63.
- Ballesteros, J., González-Pinto, A., Querejeta, I. and Arino, J. (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *ADDICTION* **99**, 103-108.
- Bandura, A. (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* **37**, 122-147.
- Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, New Jersey.
- Beich, A., Thorsen, T. and Rollnick, S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* **327**, 536-542.
- Bertholet, N., Daeppen, J., Wietlisbach, V., Fleming, M. and Burnand, B. (2005) Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. *Archives of Internal Medicine* **165**, 986-995.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J. and Weinstein, M. C. (1991) Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care* **29**, 169-176.
- Bien, T. H. (1992) Motivational intervention with alcohol outpatients. University of New Mexico.
- Bien, T. H., Miller, W. R. and Tonigan, J. S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* **88**, 315-336.
- Bischof, G. (2004) *Ausstiegprozesse aus der Alkoholabhängigkeit mit und ohne formelle Hilfe - Ein Geschlechtervergleich*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Bischof, G., Reinhardt, S., Grothues, J., Dybek, I., Meyer, C., Hapke, U., John, U. and Rumpf, H.-J. (2005a) Effects of item sequence on the performance of the AUDIT in general practices. *Drug and Alcohol Dependence* **79**, 373-377.
- Bischof, G., Reinhardt, S., Grothues, J., John, U. and Rumpf, H.-J. (in press) The Expert Test and Report on Alcohol (ExTRA): Development and evaluation of a computerized software program for problem drinkers. In *New Research in Alcohol Abuse and Alcoholism*, Columbus, F. ed. Nova Publishers, New York.
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. and John, U. (2005b) Gender differences in temptation to drink, self-efficacy to abstain and coping behavior in treated alcohol-dependent individuals: Controlling for severity of dependence. *Addiction Research and Theory* **13**, 129-136.
- Blanchard, C. M., Rodgers, W. M., Courneya, K. S., Daub, B. and Black, B. (2002) Self-efficacy and mood in cardiac rehabilitation: should gender be considered? *Behavioral Medicine Winter*; **27**, 149-160.
- Blankfield, A. (1990) Female alcoholics. II. The expression of alcoholism in relation to gender and age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **81**, 448-452.
- Bloomfield, K., Grittner, U. and Kramer, S. (2005) Developments in alcohol consumption in reunited Germany. *Addiction* **100**, 1770-1778.
- Blume, A. (1986) Women and alcohol. *JAMA* **256**, 1467-1470.
- Borsari, B., Tevyaw, T. O., Barnett, N. P., Kahler, C. W. and Monti, P. M. (2007) Stepped care for mandated college students: a pilot study. *American Journal of Addiction* **16**, 131-137.
- Bott, K. E., Rumpf, H. J., Bischof, G., Meyer, C., Hannover, W., Hapke, U. and John, U. (2003) Der Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen: deutsche Version (AASE-G) [Alcohol Abstinence Self-Efficacy-Scale, German Version]. In *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) [Electronic Handbook on Assessment Instruments in the Addiction Field] Version:*

- 3:00, Glöckner-Rist, A., Rist, F. and Kufner, H. eds. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen [Available on line: www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes/startseite.htm.], Mannheim.
- Bower, P. and Gilbody, S. (2005) Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency - Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry* **186**, 11-17.
- Braiker, H. B. (1984) Therapeutic issues in the treatment of alcoholic women. In *Alcohol problems in women: antecedents, consequences, and intervention*, Wilsnack, S. C. and Beckman, L. J. eds, pp. 349-369. The Guilford Press, New York - London.
- Breslin, F. C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Cunningham, J. A., Sdao-Jarvie, K. and Borsoi, D. (1998) Problem drinkers: evaluation of a stepped-care approach. *Journal of Substance Abuse* **10**, 217-232.
- Brienza, R. S. and Stein, M. D. (2002) Alcohol Use Disorders in Primary Care - Do Gender-specific Differences Exist? *Journal of general internal medicine* **17**, 387-397.
- Brownell, K. D. and Wadden, T. A. (1991) The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy* **22**, 153-177.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. and Töppich, J. (2000) *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R. and Töppich, J. (2002) *Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany*. Hogrefe and Huber Publishers, Seattle, WA.
- Bundesministerium für Gesundheit (2000) *Alkoholkonsum und Krankheiten - Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung*. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Burge, S. K., Amodei, N., Elkin, B., Catala, S., Andrew, S. R., Lane, P. A. and Seale, J. P. (1997) An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients. *Addiction* **92**, 1705-1716.
- Burke, J. D. and Regier, D. A. (1986) Diagnostic categorization by the Diagnostic Interview Schedule (DIS): a comparison with other methods of assessment. In *Mental disorder in the community: progress and challenge*, Rose, R. M. ed. Guilford Press, New York.
- Butler, J. (1991) *Das Unbehagen der Geschlechter*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Chan, A. W. K., Pristach, E. A., Welte, J. W. and Russel, M. (1993) Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **17**, 1188-1192.
- Chang, G. (2002) Brief interventions for problem drinking and women. *Journal of Substance Abuse Treatment* **23**, 1-7.
- Cherpitel, C. J. (1995) Analysis of cut points for screening instruments for alcohol problems in the emergency room. *Journal of Studies on Alcohol* **56**, 695-700.
- Cherpitel, C. J. and Clark, W. B. (1995) Ethnic Differences in Performance of Screening Instruments for Identifying Harmful Drinking and Alcohol Dependence in the Emergency Room. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **19**, 628-634.
- Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Lawrence Earlbaum, New Jersey.
- Conigrave, K. M., Degenhardt, L. J., Whitfield, J. B., Saunders, J. B., Helander, A. and Tabakoff, B. (2002) CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **26**, 332-9.

- Connors, G. J., Longabaugh, R. and Miller, W. R. (1996) Looking forward and back to relapse: Implications for Research and practice. *Addiction* **91**, 191-196.
- Cordoba, R., Delgado, M. T., Pico, V., Altisent, R., Fores, D., Monreal, A., Frisas, O. and Lopez del Val, A. (1998) Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice* **15**, 562-568.
- Cuijpers, P., Riper, H. and Lemmers, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction* **99**, 839-845.
- Cunningham, J. A., Humphreys, K. and Koski-Jännes, A. (2000) Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: a pilot project. *Journal of Studies on Alcohol* **61**, 794-798.
- Cunningham, J. A., Wild, T. C., Bondy, S. J. and Lin, E. (2001a) Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study. *Journal of Studies on Alcohol* **62**, 228-233.
- Cunningham, R., Sdao-Jarvie, K., Koski-Jannes, A. and Breslin, F. C. (2001b) Using self-help materials to motivate change at assessment for alcohol treatment. *Journal of substance abuse* **20**, 301-4.
- Curran, G. M., Stoltenberg, S. F., Hill, E. M., Mudd, S. A., Blow, F. C. and Zucker, R. A. (1999) Gender differences in the relationship among SES, family history of alcohol disorders and alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol* **60**, 825-832.
- Curry, S. J., Southwick, I. and Steele, C. (1987) Restrained drinking: risk factor for problems with alcohol? *Addictive Behaviors* **12**, 73-77.
- Cyr, M. G. and McGarry, K. A. (2002) Alcohol use disorders in women - Screening methods and approaches to treatment. *Postgraduate Medicine* **112**, 31-47.
- Cyr, M. G. and Wartman, S. A. (1988) The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism. *Journal of the American Medical Association* **259**, 51-54.
- Davies-Avery, A., Sherbourne, C. D., Peterson, J. R. and Ware, J. E. (1988) *Scoring manual: adult health status and patient satisfaction measures used in RAND's Health Insurance Experiment*. The RAND Corporation, Santa Monica, CA.
- Dawson, D. A. (1996) Gender differences in the probability of alcohol treatment. *Journal of Substance Abuse* **8**, 211-225.
- Deutsche Krebshilfe e.V. (2001) *Gesund bleiben - gesünder leben: Krebsprävention durch gesunde Lebensweise*. Deutsche Krebshilfe e.V.
- Devaud, L. L., Alele, P. and Ritu, C. (2003) Sex differences in the central nervous system actions of ethanol. *Critical reviews in neurobiology* **15**, 41-59.
- DiClemente, C. C. (1991) Motivational Interviewing and Stages of Change. In *Motivational Interviewing*, Miller, W. R., Rollnick, S. ed, pp. 191-203. The Guilford Press, New York.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Addy, R. C. and Velasquez, M. M. (1996) Alternate short forms of a Processes of Change Scale for alcoholism treatment. Paper presented at the Fourth International Congress on Behavioral Medicine, 1996.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G. and Hughes, S. O. (1994) The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol* **55**, 141-148.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Rothfleisch, J., Donovan, D., Rychtarik, R. and Longabaugh, R. (1995) Alcohol abstinence, self-efficacy and its relationship to the stages of change in inpatient and outpatient alcoholism treatment. Paper presented at the Seventh International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors, Leeuwenhorst/Netherlands, 1995.
- DiClemente, C. C., Marinilli, A. S., Singh, M. and Bellino, L. E. (2001) The role of feedback in the process of health behavior change. *AMERICAN JOURNAL OF HEALTH BEHAVIOR* **25**, 217-227.

- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. and Rossi, J. S. (1991) The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **59**, 295-304.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. and Griffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* **49**, 71-75.
- Dilling, H., Mombour, W. and Schmidt, M. H. (1991) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Huber, Bern.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. and Schulte-Markwort, E. eds (1994) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien*. Huber, Bern.
- Dobler-Mikola, A. (1996) Wie groß ist "der kleine Unterschied" in der Therapie? Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Eintritt in eine therapeutische Gemeinschaft und ein Jahr nach dem Austritt. In *Beratung süchtiger Frauen: Konzepte und Methoden*, Vogt, I. and Winkler, K. eds. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Edwards, A. G. and Rollnick, S. (1997) Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects. *Addiction* **92**, 1699-1704.
- Edwards, G. and Gross, M. M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* **1**, 1058.
- EuroQol-Group (1990) EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* **16**, 199-208.
- Feuerlein, W. (1989) *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit*, Vol. 4. Aufl. Thieme-Verlag, Stuttgart.
- Feuerlein, W. (1999) *Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. C.H. Beck Wissen, München.
- Feuerlein, W., Küfner, H. and Soyka, M. (1998) *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie*. Thieme, Stuttgart.
- Fiellin, D. A., Reid, M. C. and O'Connor, P. G. (2000) Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine* **160**, 1977-1989.
- Fillmore, K. M., Golding, J. M., Leino, E. V., Motoyoshi, M., Shoemaker, C., Terry, H., Ager, C. R. and Ferrer, H. P. (1997) Patterns and trends in women's and men's drinking. In *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*, Wilsnack, R. W. and Wilsnack, S. C. eds, pp. 21-48. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey USA.
- Finfgeld, D. L. (2000) Use of self-help manuals to treat problem drinkers. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* **38**, 20-7.
- Finfgeld-Connett, D. (2005) Alcohol brief interventions. *Annual Review of Nursing Research* **23**, 363-387.
- Finney, W. and Moos, R. (1995) Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction* **90**, 1223-1240.
- Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., Johnson, K. and London, R. (1997) Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* **277**, 1039-1045.
- Fleming, M. F. and Graham, A. W. (2001) Screening and brief interventions for alcohol use disorders in managed care settings: In *Recent developments in alcoholism: Services research in the era of managed care*, Vol. 15, Galanter ed, pp. 393-416. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Fleming, M. F. and Manwell, L. B. (1999) Brief interventions in primary care settings. *Alcohol Research and Health* **23**, 128-137.

- Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L., Adams, W. and Stauffacher, E. A. (1999) Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *Journal of Family Practice* **48**, 378-384.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A. and Barry, K. L. (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* **26**, 36-43.
- Freemantle, N., Gill, P., Godfrey, C., Long, A., Richards, C., Sheldon, T., Song, F. and Webb, J. (1993) *Brief interventions and alcohol use*, Vol. 7. Nuffield Institute for Health, Leeds.
- Freyer, J., Schumann, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. and John, U. (2003) Deutsche Version der Processes of Change Scale für Alkoholkonsum (POCA-G). [German version of the processes of change scale for alcohol consumption]. In *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00, Kufner, H. ed. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. [Available on line: www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes/startseite.htm, Mannheim.
- Glanz, K., Patterson, R. E., Kristal, A. R., DiClemente, C. C., Heimendinger, J., Linnan, L. and McLerran, D. F. (1994) Stages of change in adopting healthy diets: Fat, fiber, and correlates of nutrient intake. *Health Education Quarterly* **21**, 499-519.
- Gmel, G. (2003) Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology and consequences. *Sucht* **49**, 105-116.
- Goyder, J. (1987) *The silent minority: nonrespondents on sample surveys*. Polity Press, Cambridge.
- Grothues, J., Bischof, G., Reinhardt, S., Hapke, U., John, U., Meyer, C. and Rumpf, H.-J. (2003) Ein stadienbezogenes Selbsthilfemanual zur Trinkmengenreduktion auf den Grundlagen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. In *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*, Rumpf, H.-J. and Hüllinghorst, R. eds. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Hammer, T. and Vaglum, P. (1989) The increase in alcohol consumption among women: A phenomenon related to accessibility or stress? A general population study. *British Journal of Addiction* **84**, 767-775.
- Hannöver, W., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. and John, U. (2001) Die Skala zur Entscheidungsbalance bei Alkoholkonsum (ADBS-D). In *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) [Electronic Handbook on Assessment Instruments in the Addiction Field] Version: 1;00*, Glöckner-Rist, A., Rist, F. and Kufner, H. eds. entrum für Umfragen, Methoden und Analysen [Available on line: www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes/startseite.htm.], Mannheim.
- Hannöver, W., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. and John, U. (2003) Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum: deutsche Version (RCQ-D) [Questionnaire for motivation to change alcohol consumption: German version]. In *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) [Electronic Handbook on Assessment Instruments in the Addiction Field] Version: 3;00*, Glöckner-Rist, A., Rist, F. and Kufner, H. eds. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen [Available on line: www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes/startseite.htm.], Mannheim.
- Hannöver, W., Thyrian, J. R., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C. and John, U. (2002) The Readiness to Change Questionnaire (RCQ) in subjects with hazardous alcohol consumption, alcohol misuse and dependence in a general population survey. *Alcohol and Alcoholism* **37**, 362-369.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Dilling, H. and John, U. (1998) Substance use, abuse and dependence among the adult population in a rural and urban region of Northern Germany. *European Addiction Research* **4**, 208-209.

- Hasin, D. S. (1987) Treatment/self-help for alcohol-related problems: relationship to social pressure and alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol* **55**, 660-666.
- Heath, A. C., Slutske, W. S. and Madden, P. A. F. (1997) Gender differences in the genetic contribution to alcoholism risk and to alcohol consumption patterns. In *Gender and alcohol: individual and social perspectives*, Wilsnack, R. W. and Wilsnack, S. C. eds, pp. 114-149. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey USA.
- Heather, N. (2002) Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addiction* **97**, 293-299.
- Heather, N., Campion, P., Neville, R. and MacCabe, D. (1987) Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *Journal of the Royal College of General Practitioners* **37**, 358-363.
- Heather, N., Rollnick, S. and Bell, A. (1993) Predictive validity of the readiness to change questionnaire. *Addiction* **88**, 1667-1677.
- Heather, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. and Fagerström, K.-O. (1991) The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. In *British Journal of Addiction*, Vol. 86, pp. 1119-1127.
- Heinz, A. and Batra, A. (2002) *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. T., Spitznagel, E. L., Stoltzman, R. K., Farmer, A. and Brockington, I. F. (1985) A comparison of clinical and diagnostic interview schedules diagnoses. *Archives of General Psychiatry* **42**, 657-666.
- Hesselbrock, M. N. and Hesselbrock, V. M. (1997) Gender, alcoholism, and psychiatric comorbidity. In *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*, Wilsnack, R. W. and Wilsnack, S. C. eds, pp. 49-74. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey USA.
- Hettema, J., Steele, J. and Miller, W. R. (2005) Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* **1**, 91-111.
- Holmila, M. and Raitasalo, K. (2005) Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* **100**, 1763-1769.
- Holz, A., Leune, J. (1998) Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In *Jahrbuch Sucht 1999*, DHS ed, pp. 154-174. Neuland, Geesthacht.
- Hommer, D., Momenan, R., Kaiser, E. and Rawlings, R. (2001) Evidence for a gender-related effect of alcohol on brain volumes. *American Journal of Psychiatry* **158**, 198-204.
- Hüllinghorst, R., Kaldewei, D., Lindemann, F. and Merfert-Diete, C. eds (2006) *Jahrbuch Sucht 2006*. Neuland, Geesthacht.
- Huselid, R. F. and Cooper, M. L. (1992) Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health and Social Behavior* **33**, 348-362.
- Hyman, Z. (2006) Brief interventions for high-risk drinkers. *Journal of Clinical Nursing* **15**, 1383-1396.
- Institute of Alcohol Studies (2004) *Binge drinking: Nature, prevalence and causes*. Institute of Alcohol Studies, St Ives.
- Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M., Booker, S., Miller, V., Gingrich, R. and Rankin, J. G. (1996) Screening for problem drinking and counseling by the Primary Care Physician-Nurse Team. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **20**, 1443-1450.
- Janis, I. and Mann, L. (1977) *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Free Press, New York.
- John, U. and Hanke, M. (2001) Tobacco smoking- and alcohol drinking-attributable cancer mortality in Germany. *European Journal of Cancer Prevention* **11**.
- John, U. and Hanke, M. (2002) Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. *ALCOHOL AND ALCOHOLISM* **37**, 581-585.

- John, U., Hapke, U. and Rumpf, H.-J. (2001) *Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA). Testmanual*. Hogrefe, Göttingen.
- John, U., Hapke, U. and Rumpf, H.-J. (2003a) A new measure of the Alcohol Dependence Syndrom: The Severity Scale of Alcohol dependence. *European Addiction Research* **9**, 87-93.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Bischof, G., Hanke, M., Schumann, A., Riedel, J., Hannover, W., Thyrian, J.-R., Bott, K. and Michael, A. (2002) Prävention von Gesundheitsstörungen aufgrund von Tabakrauchen und Alkoholkonsum - der Beitrag zur Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensstörung. *Sucht* **48**, 284-295.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Schumann, A., Hanke, M., Hannover, W. and Thyrian, R. (2003b) Tabakrauchen und riskanter Alkoholkonsum: die größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken. In *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*, Rumpf, H.-J. and Hüllinghorst, R. eds. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- John, U., Rumpf, H.-J. and Hapke, U. (2000) Bevölkerungsorientierte Suchtkrankenversorgung. In *Individuelle Hilfen für Suchtkranke - Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren*, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ed, pp. 71-82. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Jones, B. M. and Jones, M. K. (1976) Male and female intoxication levels for three alcohol doses or do women really get higher than men ? *Alcohol Technical Report* **5**, 11-14.
- Kahan, M., Wilson, L. and Becker, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Canadian Medical Association Journal* **152**, 851-859.
- Kaner, E. F., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. B. and Burnand, B. (2007) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews 2007* **18**, Art.No.: CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- Kaufman, E. (1996) Diagnosis and treatment of drug abuse in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **174**, 21-27.
- Keller, S. (1999) *Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus (Lambertus Forschung), Freiburg im Breisgau.
- Keller, S. (2002) Transtheoretisches Modell. In *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*, Schwarzer, R., Jerusalem, M. and Weber, H. eds, pp. 604-608. Hogrefe, Göttingen - Bern - Toronto - Seattle.
- Keller, S., Velicer, W. F. and Prochaska, J. O. (1999) Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In *Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, Keller, S. ed, pp. 17-44. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- King, T. K. and DiClemente, C. C. (1993) A decisional balance measure for assessing and predicting drinking behavior. Paper presented at the Advances in Addictive Behaviors Therapy, 1993.
- Kluge, F. (2002) *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. Walter de Gruyter, Berlin.
- Kraus, L. and Augustin, R. (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000 [Population survey on the consumption of psychoactive substances in the german adult population 2000]. *Sucht* **47**, 7-86.
- Kraus, L. and Bauernfeind, R. (1998) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht* **44**, Sonderheft 1.
- Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten-Nosslin, M. B., Trell, E. and Hood, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60

- month of long-term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **7**, 203-209.
- Kuntsche, E., Rehm, J. and Gmel, G. (2004) Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine* **59**, 113-127.
- Kuntsche, S., Gmel, G., Knibbe, R. A., Kuendig, H., Bloomfield, K., Kramer, S. and Grittner, U. (2006) Gender and cultural differences in the association between family roles, social stratification, and alcohol use: a European cross-cultural analysis. *Alcohol and Alcoholism Supplement* **41**, 37-46.
- Kypri, K., Langley, J. D., Saunders, J. B. and Cashell-Smith, M. L. (2006) Assessment may conceal therapeutic benefit: findings from a randomized controlled trial for hazardous drinking. *Addiction* **102**, 62-70.
- Ladwig, G. B. and Andersen, M. D. (1989) Substance Abuse in Women: Relationship Between Chemical Dependency of Women and Past Reports of Physical and/or Sexual Abuse. *International Journal of the Addictions* **24**, 739-754.
- Laforge, R., Greene, G. and Prochaska, J. (1994) Psychosocial factors influencing low fruit and vegetable consumption. *Journal of Behavior Medicine* **17**, 361-374.
- Lancaster, F. E. (1994) Gender Differences in the Brain: Implications for the Study of Human Alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **18**, 740-746.
- Leune, J. (2003) Versorgung Suchtkranker in Deutschland - Daten, Fakten, allgemeine Behandlungszahlen. In *Jahrbuch Sucht 2003*, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen ed. Neuland, Geesthacht.
- Lieber, C. S. (1997) Gender differences in alcohol metabolism and susceptibility. In *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*, Wilsnack, R. W. and Wilsnack, S. C. eds, pp. 77-89. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey USA.
- Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. and Sobell, D. P. (1985) Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence* **15**, 61-67.
- Marcus, B. H., Banspach, S. W., Lefebvre, R. C., Rossi, J. S., Carleton, R. A. and Abrams, D. B. (1992) Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion*. **6**, 424-429.
- Marlatt, G. (1985) Cognitive factors in the relapse process. In *Relapse prevention*, Marlatt, G. and Gordon, R. J. eds, pp. 128-200. Guilford, New York.
- Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. (1980) Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*, Davidson, P. O. and Davidson, S. M. eds, pp. 410-452. Bruner & Mazel, New York.
- Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. eds (1985) *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press, New York.
- McCabe, C. J., Thomas, K. J., Brazier, J. E. and Coleman, P. (1996) Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *British Journal of Psychiatry* **169**, 517-521.
- McHorney, C. A. and Ware, J. E. (1995) Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical Care* **33**, 15-28.
- McIntosh, M. C., Leigh, G., Baldwin, N. J. and Marmulak, J. (1997) Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Canadian Family Physician* **43**, 1965-1967.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. and John, U. (2000) Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: Findings from the German TACOS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **35**, 539-547.

- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Schumann, A., Hapke, U. and John, U. (2003) Intentionally reduced smoking in untreated general population smokers: prevalence, stability, relation to future behavior change and differences in subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction* **98**, 1101-1110.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Schumann, A., Hapke, U. and John, U. (2004) Subtyping general population smokers not intending to quit by stages to reduce smoking. *Nicotine & Tobacco Research* **6**, 1043-1050.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. eds (1991) *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press, New York.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. eds (1999) *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Lambertus, Freiburg.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing. Preparing people for change*. Guilford, New York.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (2004) *Motivierende Gesprächsführung*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G. and Finney, J. W. (1985) Health and daily living form manual. Stanford University Medical Centers.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. and Vergun, P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *ADDICTION* **97**, 279-292.
- National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (1995) *The physicians guide to helping patients with alcohol problems*. NIH Publications No. 95-3769.
- Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P. and Seppä, K. (2006) Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare - A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* **24**, 5-15.
- Nunally, J. (1978) *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, New-York.
- Ockene, J. K., Adams, A., Hurley, T. G., Wheeler, E. V. and Hebert, J. R. (1999) Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Archives of Internal Medicine* **159**, 2198-2205.
- O'Connor, E. A., Carbonari, J. P. and DiClemente, C. C. (1996) Gender and smoking cessation: A factor structure comparison of process of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **64**, 130-138.
- O'Hea, E., L., Wood, K. B. and Brantley, P. J. (2003) The transtheoretical model: gender differences across 3 health behaviors. *American Journal of Health Behavior* **27**, 645-56.
- Perkins, H. W., Linkenback, J. and DeJong, W. (2001) Estimated blood alcohol levels reached by "binge" and "nonbinge" drinkers: a survey of young adults in Montana. *Psychology of Addictive Behaviors* **15**, 317-320.
- Perz, C. A., DiClemente, C. C. and Carbonari, J. P. (1996) Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology* **15**, 462-468.
- Pfefferbaum, A., Rosenbloom, M., Deshmukh, A. and Sullivan, E. (2001) Sex differences in the effects of alcohol on brain structure. *American Journal of Psychiatry* **158**, 188-197.
- Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine* **28**, 503-509.
- Prime Minister's Strategy Unit (2003) *Strategy Unit Alcohol Harm Reduction Project: Interim Analytical Report*. Strategy Unit, London.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1983) Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. In *Advances in cancer*

- control*, Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. eds, pp. 131-140. Alan R. Liss, Inc., New York.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1984) *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Dow Jones Irwin, Homewood, IL.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1986a) Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Miller, W. R. and Heather, N. eds, pp. 3-27. Plenum Press, New York.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1986b) The transtheoretical approach. In *Handbook of eclectic psychotherapy*, Norcross, J. C. ed, pp. 163-200. Brunner & Mazel, New York.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. and Norcross, J. C. (1992) In search of how people change. *American Psychologist* **47**, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F. and Rossi, J. S. (1993) Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology* **12**, 399-405.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E. and Rossi, J. S. (1991) Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research* **26**, 83-107.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D. and Rossi, S. R. (1994) Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* **13**, 39-46.
- Prochaska, J. O., Wayne, F. V., DiClemente, C. C. and Fava, J. (1988) Measuring Process of Change: Applications to the Cessation of Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **56**, 520-528.
- Randall, C. L., Roberts, J. S., Del Boca, F. K., Carroll, K. M., Connors, G. J. and Mattson, M. E. (1999) Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol* **60**, 252-260.
- Reinert, D. F. and Allen, J. P. (2002) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **26**, 272-279.
- Reinert, D. F. and Allen, J. P. (2007) The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **31**, 185-199.
- Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J., John, U. and Rumpf, H.-J. (2006) Performance of the pictorial representation of illness and self measure in individuals with alcohol dependence, alcohol abuse or at-risk drinking. *Psychotherapy and Psychosomatic* **75**, 249-256.
- Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J. and Rumpf, H. J. (2003) Die Entwicklung eines individualisierten computerisierten Feedbacks für Personen mit alkoholbezogenen Störungen. In *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*, Rumpf, H. J. and Hüllinghorst, R. eds. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Richmond, R., Heather, N., Wodak, A., Kehoe, L. and Webster, I. (1995) Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* **90**, 119-132.
- Rist, F., Demmel, R., Hapke, U., Kremer, G. and Rumpf, H.-J. (2004) Riskanter und schädlicher Alkoholkonsum, Alkoholabhängigkeit und -missbrauch: Screening und Kurzintervention im Rahmen der medizinischen Basisversorgung. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. *Sucht* **50**, 102-112.

- Robertson, I., Heather, N., Dzialdowski, A., Crawford, J. and Winton, M. (1986) A comparison of minimal versus intensive controlled drinking treatment interventions for problem drinkers. *British Journal of Clinical Psychology* **25**, 185-194.
- Robins, L. N., Wing, J. and Wittchen, H. U. (1988) The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* **45**, 1069-1077.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. and Hall, W. (1992) Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* **87**, 743-754.
- Rollnick, S., Mason, P. and Butler, C. (1999) *Health Behaviour Change*. Churchill Livingstone, Kent.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. and Christensen, B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* **55**.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Hapke, U., Meyer, C. and John, U. (2004) *Umgang mit Alkohol*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., Broocks, A., Junghanns, K. and Hohagen, F. (2001a) Ein gestuftes Beratungskonzept für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in der allgemeinmedizinischen Praxis. Das Lübecker Projekt SIP. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* **54**, 42-49.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A. and John, U. (1997) Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcohol Clin Exp Res* **21**, 894-898.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U. and John, U. (2001b) *Der Lübecker Alkoholabhängigkeits und -missbrauchs-Screening-Test (LAST). Testmanual*. Hogrefe, Göttingen.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., Bischof, G. and John, U. (2001c) Die Rolle von Motivation und neuen Formen der Kurzintervention in der betrieblichen Suchthilfe. In *Sucht und Arbeit - Prävention und Therapie substanzbezogener Störungen in der Arbeitswelt*, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ed, pp. 189-201. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. and John, U. (2001d) Screening for alcohol use disorders and hazardous drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol and Alcoholism* **37**, 261-268.
- Rumpf, H.-J., Kremer, G., Hapke, U., John, U., Bischof, G., Meyer, C., Grothues, J. and Reinhardt, S. (2003) Kurzintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der Arztpraxis: ein Leitfaden der DHS. In *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*, Rumpf, H.-J. and Hüllinghorst, R. eds. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. and John, U. (2000) Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie [Utilization of professional help of individuals with alcohol dependence or abuse: findings from the TACOS population study]. *Sucht* **46**, 9-17.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U. and John, U. (2001e) Screening for mental health: Validity of MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research* **105**, 243-253.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. and Zaudig, M. (1996) *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Hogrefe, Göttingen.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., DeLaFuente, J. R. and Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO

- collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* **88**, 617-629.
- Savage, S. A., Hollin, C. R. and Hayward, A. J. (1990) Self-help manuals for problem drinking: the relative effects of their educational and therapeutic components. *British Journal of Clinical Psychology* **29** (Pt 4), 373-82.
- Schenker, S. (1997) Medical consequences of alcohol abuse: Is gender a factor ? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **21**, 179-181.
- Schmid, T. L., Jeffrey, R. W. and Hellerstedt, W. L. (1989) Direct mail recruitment to house-based smoking and weight control programs: A comparison of strengths. *Preventive Medicine* **18**, 503-517.
- Schuckit, M. A. (1998) Editorial response. *Journal of Studies on Alcohol* **59**, 123-124.
- Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J. and John, U. (2003) Measuring sense of coherence with only three items: a useful tool for population surveys. *British Journal of Health Psychology* **8**, 409-421.
- Scott, E. and Anderson, P. (1990) Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review* **10**, 313-321.
- Senft, R. A., Polen, M. R., Freeborn, D. K. and Hollis, J. F. (1997) Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine* **13**, 464-470.
- Simon, R. (1998) Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In *Jahrbuch Sucht 1999*, DHS ed, pp. 175-190. Neuland, Geesthacht.
- Sitharthan, T., Kavanagh, D. J. and Sayer, G. (1996) Moderating drinking by correspondence: an evaluation of a new method of intervention. *Addiction* **91**, 345-355.
- Skutle, A. (1999) Association between gender and marital status and confidence in remaining abstinent among alcohol abusers in treatment. *Addiction* **94**, 1219-1225.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L. and Cunningham, J. A. (2002) Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **26**, 936-948.
- Sobell, M. B. and Sobell, L. C. (1999) Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. In *Changing addictive behavior. Bridging clinical and public health strategies*, Tucker, J. A., Donovan, D. M. and Marlatt, G. A. eds, pp. pp. 331-343. Guilford, New York.
- Sonntag, D., Bauer, C. and Hellwich, A. K. (2006a) Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen. *Sucht* **52**, S7-S43.
- Sonntag, D., Hellwich, A. K. and Bauer, C. (2006b) Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für stationäre Einrichtungen. *Sucht* **52**, S44-S66.
- Sprengler, P. and Wittchen, H.-U. (1988) Procedural validity of standardized symptom questions for the assessment of psychotic symptoms: A comparison of the DIS with two clinical methods. *Comprehensive Psychiatry* **29**, 309-322.
- Stang, A., Ahrens, W. and Jockel, K.-H. (1999) Control response proportions in population-based case-control studies in Germany. *Epidemiology* **10**, 181-183.
- Steinbauer, J. R., Cantor, S. B., Holzer, C. E. r. and Volk, R. J. (1998) Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders. *Annals of Internal Medicine* **129**, 353-362.
- Steinweg, D. L. and Worth, H. (1993) Alcoholism: The keys to the CAGE. *The American Journal of Medicine* **94**, 520-523.
- Stewart, A. L., Hays, R. D. and Ware, J. E. (1988) The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Medical Care* **26**, 724-735.

- U.S. Preventive Services Task Force (2004) Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. *Annals of internal medicine* **140**, 554-556.
- Valverde, M. (1998) *Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G. and Miles Cox, W. (2006) The Efficacy of Motivational Interviewing as a Brief Intervention for Excessive Drinking: A Meta-analytic Review. *Alcohol & Alcoholism* **41**, 328-335.
- Veith, C. T. and Ware, J. E. j. (1983) The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **51**, 730.
- Velicer, W. F., Norman, G. J., Fava, J. L. and Prochaska, J. O. (1999) Testing 40 predictions from the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors* **24**, 455-469.
- Velicer, W. F., Rossi, J. S. and Prochaska, J. O. (1996) A criterion measurement model for health behavior change. *Addictive Behaviors* **21**, 555-584.
- Vogt, I. and Winkler, K. (1996) Rahmenbedingungen der Beratung und Therapie von Frauen in der Suchtkrankenhilfe. In *Beratung süchtiger Frauen: Konzepte und Methoden*, Vogt, I. and Winkler, K. eds. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Wallace, P., Cutler, S. and Haines, A. (1988) Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal* **297**, 663-668.
- Ware, J. E. and Sherbourne, C. D. (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* **30**, 473-483.
- Weisner, C., Mertens, J., Tam, T. and Moore, C. (2001) Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction* **96**, 705-16.
- Weisner, C. and Schmidt, L. (1992) Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA* **268**, 1872-1876.
- Welsch, K. and Sonntag, D. (2005) Frauen und Männer mit substanzbezogenen Problemen in deutschen Suchthilfeeinrichtungen. In *Jahrbuch Sucht 2005*, DHS ed. Neuland, Geesthacht.
- West, R. (2005) Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction* **100**, 1036-1039.
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. and Klein, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Prevention Task Force. *Annals of internal medicine* **140**, 557-568.
- WHO (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. World Health Organization Office of Publications, Geneva, Switzerland.
- Wilk, A. I., Jensen, N. M. and Havighurst, T. C. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* **12**, 274-283.
- Williams, R. and Vinson, D. C. (2001) Validation of a single screening question for problem drinking. *Journal of Family Practice* **50**, 307-312.
- Wilsnack, R. W. and Wilsnack, S. C. (1997a) *Gender and alcohol: individual and social perspectives*. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey USA.
- Wilsnack, R. W. and Wilsnack, S. C. (1997b) Introduction. In *Gender and alcohol: individual and social perspectives*, Wilsnack, R. W. and Wilsnack, S. C. eds, pp. 1-16. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey USA.
- Wittchen, H.-U. (1994) Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research* **28**, 57-84.

-
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Pfütze, E.-M., Schuster, P., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. and Ziegglängsberger, S. (1995a) *Manual zum Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, Paper-Pencil 2.0 1/95)*. Max Planck Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie (Eigendruck).
- Wittchen, H.-U., Beloch, E., Garczynski, E., Holly, A., Lachner, G., Perkonigg, A., Vodermaier, A., Vossen, A., Wunderlich, U. and Ziegglängsberger, S. (1995b) *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), Version 2.2*. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München.
- Wittchen, H.-U., Essau, C. A., Zerssen, D. v., Krieg, J.-C. and Zaudig, M. (1992) Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* **241**, 247-258.
- Wittchen, H.-U., Lachner, G., Wunderlich, U. and Pfister, H. (1998) Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **33**, 568-578.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. and Koehler, K. eds (1991) *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R*. Beltz Verlag, Weinheim & Basel.
- Wittchen, H.-U., Semler, G. and Zerssen, D. (1985) A comparison of two diagnostic methods - clinical ICD diagnoses vs DSM-III and Research Diagnostic Criteria using the Diagnostic Interview Schedule (Version 2). *Archives of General Psychiatry* **42**, 677-684.
- Wutzke, S. E., Conigrave, K. M., Saunders, B. and Hall, W. D. (2002) The long-term effectiveness of brief intervention for unsafe alcohol consumption: A 10 year follow-up. *Addiction* **97**, 665-675.

8 Anhang

	Seite
1. Screening	I
2. Probandeninformation	VIII
3. Einverständniserklärungen	IX
4. Fragebogen Diagnostik	XI
5. Telefondiagnostik (auszugsweise)	XXXII
6. Ablauf der Interventionsbefragung	XXXVI



Laufnummer: _____ / _____ / _____
_____ **Nr. der Arztpraxis, Nr. des Mitarbeiters, Nr. des Patienten, Datum**

Fragebogen zum Gesundheitsverhalten – Kurzfragebogen – I

Im Rahmen eines Forschungsprojektes der Medizinischen Universität zu Lübeck bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem Gesundheitsverhalten.

Falls Sie in dieser oder einer anderen Arztpraxis bereits gebeten wurden, diesen Fragebogen auszufüllen, sagen Sie bitte dem Mitarbeiter des Projektes dementsprechend Bescheid.

**Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.
Ihr Arzt ist mit dieser Befragung einverstanden. Die Ergebnisse werden aber nicht an ihn weitergegeben und die Beantwortung hat keinerlei Einfluss auf Ihre Behandlung.**

Es werden im Folgenden Fragen auftauchen, die Ihnen sehr ähnlich erscheinen. Bitte geben Sie trotzdem jeweils eine Antwort. Wir wollen prüfen, welche der Fragen geeigneter erscheinen und ob eine kürzere Befragung in späteren Untersuchungen möglich ist. Wenn es nicht ausdrücklich anders angegeben ist, kreuzen Sie bitte immer nur ein Kästchen an!

Wenn Sie fertig sind, überprüfen Sie bitte, ob Sie wirklich alle Fragen beantwortet haben und geben Sie den Fragebogen dann an den Mitarbeiter des Projektes zurück, der mit Ihnen noch einmal sprechen wird.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Zunächst einige kurze Fragen zu Ihrer Person:

Ihr Geschlecht: männlich weiblich

Ihr Alter: _____ Jahre

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

Sind Sie zur Zeit:

- ledig
- in fester Partnerschaft lebend
- verheiratet
- geschieden/getrennt lebend
- verwitwet

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?

- keinen der genannten Abschlüsse, ich gehe noch zur Schule
- Keinen, und ich gehe auch nicht mehr zur Schule
- Volks-/Hauptschule/POS 8./9. Klasse
- Realschule/POS
- Fachhochschulreife
- Abitur/EOS, Hochschulreife
- einen anderen Schulabschluss, und zwar

1. Haben Sie in den letzten vier Wochen mindestens eine Zigarette am Tag geraucht? Ja wenn Nein , dann bitte weiter mit Frage 12

2. Wieviele Zigaretten haben Sie in den letzten 4 Wochen üblicherweise pro Tag geraucht? Anzahl: Zigaretten

3. Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja, vor mehr als 12 Monaten

Ja, innerhalb der letzten 12 Monate

Nein

4. Haben Sie vor, mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen

Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate

Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre

Nein

5. Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Innerhalb von 5 Minuten

Innerhalb einer halben Stunde

Innerhalb einer Stunde

Nach einer Stunde

6. Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino)? Ja Nein

7. Bei welcher Zigarette im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, sie aufzugeben? bei der ersten morgens bei anderen

8. Rauchen Sie morgens mehr als am Rest des Tages?

Ja Nein

9. Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, daß Sie den größten Teil des Tages im Bett verbringen? Ja Nein

10. Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht, Ihren Zigarettenkonsum deutlich zu verringern?

Ja, vor mehr als 12 Monaten

Ja, innerhalb der letzten 12 Monate

Nein

11. Haben Sie vor, Ihren Zigarettenkonsum deutlich zu verringern?

- Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen
- Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
- Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre
- Nein

12. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?Niemals..... 0

↳ Bei Niemals, bitte weiter mit Frage 36

1 mal im Monat oder seltener..... 12 bis 4 mal im Monat..... 22 bis 3 mal pro Woche..... 34 mal oder mehrmals in der Woche 4

13. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.

1 –2..... 03 –4..... 15 –6..... 27 –9..... 310 oder mehr..... 4**14. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?**Niemals..... 0Seltener als 1 mal im Monat 11 mal im Monat..... 21 mal pro Woche..... 3Täglich oder fast täglich..... 4

15. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?

Niemals..... 0Seltener als 1 mal im Monat 11 mal im Monat..... 21 mal pro Woche..... 3Täglich oder fast täglich..... 4

16. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?

Niemals..... 0Seltener als 1 mal im Monat 11 mal im Monat..... 21 mal pro Woche..... 3Täglich oder fast täglich..... 4

- 17. Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?**
- Niemals..... 0
Seltener als 1 mal im Monat 1
1 mal im Monat..... 2
1 mal pro Woche..... 3
Täglich oder fast täglich..... 4
- 18. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?**
- Niemals..... 0
Seltener als 1 mal im Monat 1
1 mal im Monat..... 2
1 mal pro Woche..... 3
Täglich oder fast täglich..... 4
- 19. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?**
- Niemals..... 0
Seltener als 1 mal im Monat 1
1 mal im Monat..... 2
1 mal pro Woche..... 3
Täglich oder fast täglich..... 4
- 20. Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?**
- Nein..... 0
Ja, aber nicht im letzten Jahr.. 2
Ja, im letzten Jahr 4
- 21. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?**
- Nein..... 0
Ja, aber nicht im letzten Jahr.. 2
Ja, im letzten Jahr 4
- 22. Wann haben Sie zum letzten Mal Alkohol getrunken?**
- In den letzten 24 Stunden.....
Vor 2 bis 3 Tagen.....
Vor mehr als 4 Tagen.....
- 23. Wann haben Sie zum letzten Mal mehr als 4 (bei Frauen) bzw. 5 (bei Männern) alkoholische Getränke an einem Tag getrunken?**
- Nie.....
Vor mehr als 12 Monaten.....
Vor 3 bis 12 Monaten.....
Innerhalb der letzten 3 Monate.....

	JA	NEIN
24 Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
25 Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
26 Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
27 Haben Ihre (Ehe-)Partner oder Ihre Eltern oder andere nahe Verwandte sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
28 Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
29 Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z.B. Fettleber oder Leberzirrhose)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
30 Waren Sie einmal in einem Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
31 Haben Sie schon einmal ein Alkoholproblem gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Haben Sie im letzten Jahr einmal mehr Alkohol getrunken, als Sie vorgehabt hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Haben Sie im letzten Jahr einmal das Gefühl gehabt, daß Sie weniger Alkohol trinken möchten oder sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Nach wie vielen alkoholischen Getränken spüren Sie die ersten Wirkungen des Alkohols?	ca. _____	Getränke
35 Nach wie vielen alkoholischen Getränken schlafen Sie ein oder kippen Sie um? Wenn Sie niemals so viel Alkohol trinken, dass Sie einschlafen oder umkippen, dann geben Sie bitte die höchste Anzahl an Getränken an, die Sie trinken.	ca. _____	Getränke

Geben Sie bitte anhand der Skala an, wie häufig Sie im letzten Monat die folgenden Stimmungen hatten.

	Nie 0	1	2	3	Immer 4
36. Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr nervös?	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
37. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich ruhig und gelassen gefühlt?	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
38. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich niedergeschlagen und traurig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
39. Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr glücklich?	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
40. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich so niedergeschlagen gefühlt, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>



Information für Studienteilnehmer —

Ziel dieser Studie ist es, Möglichkeiten der Beratung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu überprüfen und zu optimieren. Die Ergebnisse dienen somit einer zukünftigen Verbesserung der Versorgung für Patienten und der Erleichterung der Arbeit der Ärzte. Dafür ist Ihre Teilnahme sehr wichtig, da nur allgemeingültige Aussagen gemacht werden können, wenn möglichst viele teilnehmen. Der gesamte Forschungsverbund, der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird, befasst sich besonders mit den Themen Rauchen und Alkoholkonsum. In diesem Teilprojekt liegt der Schwerpunkt auf Alkohol. Vielleicht wundern Sie sich, dass Sie ausgewählt wurden. Wir richten uns nicht nur an Menschen mit aktuellen Alkoholproblemen, sondern auch an jene, die vergleichsweise wenig trinken und mit dem Alkohol derzeit keine Probleme haben. Es hat sich in vielen Untersuchungen bewährt, solche Informationen und Beratungen zum Thema Alkohol in Arztpraxen anzubieten.

Vorgehen: Es werden die in Frage kommenden Teilnehmer per Zufall drei Gruppen zugewiesen: Gruppe 1 erhält insgesamt vier telefonische Beratungen über einen Zeitraum von sechs Monaten. Gruppe 2 erhält zunächst nur eine schriftliche Information über das Alkoholtrinken, sollte diese nicht erfolgreich sein, erfolgen maximal drei telefonische Beratungen, jeweils in Abhängigkeit vom Erfolg des vorhergehenden Kontaktes. Gruppe 3 erhält einmalig eine Informationsschrift zum Gesundheitsverhalten. Es erfolgt ein Jahr nach dem ersten Kontakt mit Ihnen eine weitere Befragung zum Alkoholkonsum. Mit den Ergebnissen soll ermittelt werden, welche der Vorgehensweisen besonders erfolgversprechend und gleichzeitig wenig aufwendig sind. Im Rahmen dieser Studie werden bei Ihnen keine Medikamente eingesetzt und keine körperlichen Untersuchungen durchgeführt. Es erfolgen lediglich Befragungen und gegebenenfalls Beratungen.

Die Durchführung der Studie geschieht in Abstimmung mit Ihrem Arzt der von Ihnen aufgesuchten Praxis. Ihre Teilnahme ist freiwillig und hat keinerlei Einfluss auf die Behandlung durch Ihren Arzt. Ihre Daten werden nicht an den Arzt weitergegeben. Die Daten unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Das bedeutet u.a., dass Ihre Daten nicht personenbezogen ausgewertet werden und jegliche Weitergabe ausgeschlossen ist. Bei einem Teil der Teilnehmer wird lediglich mittels einer automatischen Auswertung der Angaben ein Text für eine persönliche Rückmeldung erstellt. Die Mitarbeiter der Studie unterliegen der Schweigepflicht. Personen, die für die Teilnahme an der gesamten Studie geeignet sind, erhalten eine Aufwandsentschädigung in Form eines Einkaufsgutscheines. Auch nehmen diese an einer Verlosung teil.

Sie haben das Recht, jederzeit Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie ohne Nennung von Gründen zurückzuziehen; Ihre Daten werden dann gelöscht.

Dr. H.-J. Rumpf
Projektleiter

Zur Durchführung von wissenschaftlichen Studien ist es notwendig, ein Einverständnis der Teilnehmer einzuholen. Aus formellen Gründen muss das schriftlich erfolgen. Wir möchten Sie daher herzlich bitten, nachfolgende Erklärung zu unterschreiben. Anderweitig ist es uns nicht möglich, Sie weiter zu kontaktieren. Das Einverständnis ist nicht verpflichtend für Sie und kann von Ihnen jederzeit zurück genommen werden.

Einverständniserklärung zur Studienteilnahme

Ich bin ausführlich und in schriftlicher Form über Ziele, Inhalt und Ablauf der Studie „Ein gestufter Beratungsansatz zum Alkoholkonsum für Patienten in Allgemeinarztpraxen“. aufgeklärt worden. Ich hatte genügend Gelegenheit, hierzu Fragen zu stellen. Ich erkläre mich bereit, an der Studie teilzunehmen und bin einverstanden, zu den weiteren Beratungen und der Befragung nach 12 Monaten unter meiner Telefonnummer von einem Mitarbeiter der Studie angerufen zu werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann.

Lübeck, _____

Unterschrift

Bitte geben Sie Ihre Anschrift an, damit wir Ihnen einen Fragebogen zusenden können, und nennen Sie uns Ihre Telefonnummer für das angekündigte Telefongespräch:

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ (Vorwahl) _____

Bitte auch Handy-Nummer angeben, falls vorhanden: _____

Am besten bin ich zu folgenden Zeiten telefonisch erreichbar:

morgens von _____ bis _____ Uhr

vormittags von _____ bis _____ Uhr

nachmittags von _____ bis _____ Uhr

abends von _____ bis _____ Uhr

Falls Sie eine E-Mail-Adresse haben, geben Sie diese bitte auch an, damit wir Sie eventuell leichter erreichen können.

Wir versichern Ihnen nochmals, dass Ihre Daten nur für die Zwecke der Studie verwendet und unter keinen Umständen weitergegeben werden.

Wir sind aus wissenschaftlichen Gründen sehr daran interessiert, die Telefongespräche einheitlich und optimal durchzuführen. Um dieses zu gewährleisten, möchten wir gerne die Telefonate aufzeichnen, um dann bei einem zufälligen Teil davon die Qualität zu prüfen. Dazu möchten wir Sie um Ihr schriftliches Einverständnis bitten. Dieses Einverständnis kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen zurück genommen werden. Sie können auch an der Studie teilnehmen, ohne dass Sie uns die Aufzeichnung der Gespräche erlauben. Nur die unmittelbaren Mitarbeiter des Projektes, welche der Schweigepflicht unterliegen, haben Zugang zu den Aufzeichnungen. Die Telefongespräche dienen ausschließlich der Qualitätskontrolle und werden nach der Auswertung gelöscht.

Einverständniserklärung zur Aufzeichnung von Telefonaten

Ich bin einverstanden, das im Rahmen der Studie „Ein gestufter Beratungsansatz zum Alkoholkonsum für Patienten in Allgemeinarztpraxen“ Aufzeichnungen der Telefongespräche mit mir gemacht werden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass dieses ausschließlich der Qualitätskontrolle dient und nach kurzer Zeit eine Löschung der Aufzeichnungen erfolgt. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit ohne Angabe von Gründen zurück ziehen kann.

Lübeck, _____

Unterschrift

Laufnummer: _____ / _____ / _____

Nr. der Arztpraxis, Nr. des Mitarbeiters, Nr. des Patienten, Datum

EQ-5D: Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie **ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe** machen.

Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen.
- Ich habe einige Probleme herumzugehen.
- Ich bin ans Bett gebunden.

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.

Allgemeine Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate ist mein heutiger Gesundheitszustand

- besser
- im großen und ganzen etwa gleich
- schlechter

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“. Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte kreuzen Sie dazu in der untenstehenden Skala an, was Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

100	
	95
90	
	85
80	
	75
70	
	65
60	
	55
50	
	45
40	
	35
30	
	25
20	
	15
10	
	5
0	

DRS

	Überhaupt nicht zufrieden						Sehr zufrieden		
	1	2	3	4	5	6	7		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem derzeitigen Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>

	Idealerweise würde ich viel weniger trinken						Idealerweise würde ich viel mehr trinken		
	1	2	3	4	5	6	7		
Wie sehen Sie Ihren derzeitigen Alkoholkonsum im Vergleich zu einem für Sie idealen Alkoholkonsum?.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht wahrscheinlich						Sehr wahr- scheinlich		
	1	2	3	4	5	6	7		
Wenn Sie überhaupt nicht versuchen würden, Ihren Alkoholkonsum zu kontrollieren und Sie tranken, was Sie wollten, wie wahrscheinlich wäre es dann, dass Sie ein Alkoholproblem entwickeln würden?.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>

	Nie 1	Selten 2	Oftmals 3	Immer 4			
Trinken Sie weniger Alkohol in Gesellschaft anderer, aber mehr, wenn Sie alleine sind?	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Finden Sie, dass Alkoholtrinken Ihre Zeit und Gedanken zu sehr in Anspruch nimmt?	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie Schuldgefühle, nachdem Sie zuviel getrunken haben?	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Wie häufig machen Sie sich Sorgen über Dinge, die mit dem Alkoholtrinken zusammenhängen (wie z.B. das Bedürfnis Ihren Alkoholkonsum zu verringern, Bedenken darüber ein Alkoholproblem zu entwickeln o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>

RCQ

Es folgen jetzt Aussagen, die sich auf Ihre Einstellung zum Alkoholtrinken beziehen.

Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen.

1 bedeutet: „stimme überhaupt nicht zu“, 5 bedeutet: „stimme sehr zu“.

Mit den Werten dazwischen können Sie ihre Meinung abstufen.

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme sehr zu					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Ich glaube, dass ich zuviel trinke.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, weniger zu trinken als früher oder gar nicht mehr zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Ich trinke gern, aber manchmal trinke ich zuviel....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar nicht mehr trinken sollte.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Über mein Alkoholtrinken nachzudenken ist reine Zeitverschwendung.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Ich habe erst vor kurzem meine Trinkgewohnheiten geändert.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Jeder kann darüber reden , dass er wegen des Alkoholtrinkens etwas tun will, aber ich tue tatsächlich etwas.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar keinen Alkohol mehr zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Mein Alkoholtrinken ist manchmal ein Problem.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Alkoholtrinkens nachzudenken.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Ich ändere meine Trinkgewohnheiten genau jetzt im Moment.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Weniger Alkohol zu trinken ergibt für mich einen Sinn.....	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>

Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören?

Ja, vor mehr als 12 Monaten

Ja, innerhalb der letzten 12 Monate

Nein

Haben Sie vor, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören?

Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen

Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate

Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre

Nein

Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen ernsthaften Versuch gemacht, Ihren Alkoholkonsum deutlich zu verringern?

Ja, vor mehr als 12 Monaten

Ja, innerhalb der letzten 12 Monate

Nein

Haben Sie vor, Ihren Alkoholkonsum deutlich zu verringern?

Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen

Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate

Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre

Nein

Wieviel alkoholische Getränke darf man nach Ihrer Einschätzung ohne gesundheitlich schädliche Folgen durchschnittlich an einem Tag trinken?

Ein alkoholisches Getränk ist zum Beispiel: 1 Bier (0,25 Liter), 1 Glas Wein (0,1 Liter) oder 1 Glas hochprozentiger Alkohol (0,02 Liter, z.B. Korn oder Weinbrand)

Kein Getränk

1 Getränk

2 Getränke

3 Getränke

4 Getränke

5 Getränke

6 Getränke

mehr als 6 Getränke

ADBS: Wie wichtig sind für Sie zum jetzigen Zeitpunkt die folgenden Aussagen? Bitte schätzen Sie die Wichtigkeit auf der folgenden 5stufigen Einteilung von 1 = „überhaupt nicht wichtig“ bis 5 = „sehr wichtig“ ein.
Ihre Einschätzung sollte widerspiegeln, wie wichtig Ihnen jede Aussage hinsichtlich Ihrer Entscheidung Alkohol zu trinken oder keinen Alkohol zu trinken ist.

<p>Alkoholkonsum hilft mir locker zu sein und mich zu äußern.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Ich mag mich selber mehr, wenn ich Alkohol trinke.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Weil ich mit dem Alkoholkonsum weitermache, könnten einige Menschen denken, dass es mir an Charakterstärke fehlt, damit aufzuhören.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Alkoholtrinken hilft mir, mit Problemen umzugehen.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Dass ich andere wegen meines Alkoholkonsums anlügen muss , stört mich.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Einige Menschen versuchen mich zu meiden, wenn ich Alkohol trinke.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Alkoholtrinken hilft mir dabei, Spaß und Kontakt mit anderen zu haben.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Alkoholkonsum beeinträchtigt mich beim Erfüllen von Aufgaben zu Hause und/oder in der Arbeit.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>

<p>Alkoholtrinken macht mich mehr zu einem lustigen Menschen.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Einige Menschen in meiner näheren Umgebung sind wegen des Alkoholkonsums enttäuscht von mir.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Mein Alkoholkonsum verursacht Probleme mit anderen.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Ich scheine mich in Schwierigkeiten zu bringen, wenn ich Alkohol trinke.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Ich könnte jemanden versehentlich wegen meines Alkoholtrinkens verletzen.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ich bei einem geselligen Beisammensein nicht trinke, würde ich mich ausgeschlossen fühlen.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Ich verliere das Vertrauen und den Respekt meiner Kollegen und/oder meines Partners wegen des Alkoholkonsums.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Alkohol zu trinken hilft mir dabei, Kraft zu schöpfen und weiterzumachen.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Ich habe mehr Selbstvertrauen, wenn ich Alkohol trinke.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>

<p>Ich habe den Eindruck, ich gebe ein schlechtes Beispiel für andere ab, wenn ich Alkohol trinke.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Ohne Alkohol wäre mein Leben stumpfsinnig und langweilig.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Es scheint, dass Menschen mich mehr mögen, wenn ich Alkohol trinke.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Mein Alkoholkonsum führt zu einer Zunahme meines Körpergewichtes.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Alkoholtrinken hilft mir, mich zu entspannen.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Alkoholische Getränke schmecken mir gut.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Alkoholtrinken ist schädlich für meine Gesundheit.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Wenn ich Alkohol trinke, bin ich körperlich weniger leistungsfähig.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>
<p>Ein gewisses Maß an Alkohol ist gut für meine Gesundheit.</p> <p>Dies ist für meine Entscheidung, zu trinken oder nicht zu trinken</p>	<p>überhaupt nicht wichtig sehr wichtig</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/></p>

ACD: Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten aufgrund Ihres Alkoholtrinkens die folgenden Probleme gehabt?

	Nie	Ein-oder zweimal	Gelegent- lich	Ziemlich oft	Oft
	1	2	3	4	5
Probleme mit Ihrer Gesundheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Ihrer Arbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldprobleme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auseinandersetzung in der Familie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von jemandem geschlagen worden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemanden geschlagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten in der Nachbarschaft...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten mit der Polizei.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten mit Freunden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trunkenheit am Steuer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP: Es kommt vor, dass Menschen von ihrer Umwelt auf das Alkoholtrinken angesprochen werden oder dass der Alkoholkonsum bestimmte Situationen auslösen kann.

Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf solche Ereignisse oder Situationen.

	Ja 1	Nein 2
Hat Ihr <u>Lebenspartner</u> oder <u>Ehepartner</u> Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben? Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihre <u>Mutter</u> Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben?..... Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr <u>Vater</u> Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben?..... Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben <u>andere Verwandte</u> Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben?..... Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja 1	Nein 2
Hat ein <u>enger Freund</u> Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben?..... Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ein <u>anderer Freund oder Bekannter</u> Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben?..... Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat <u>jemand anderes, mit dem Sie zusammenleben</u> Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben?..... Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat <u>irgendjemand sonst, der bisher noch nicht genannt wurde</u> , Sie gebeten, weniger Alkohol zu trinken oder sich anders zu verhalten, wenn Sie Alkohol getrunken haben?..... Wenn Ja: Hat das zu einer Gefährdung Ihrer Beziehung geführt oder dazu, dass der Kontakt abgebrochen wurde?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja 1	Nein 2
Haben Sie, ohne direkt darauf angesprochen zu werden, einen allgemeinen Druck verspürt, etwas an Ihrem Alkoholtrinken zu ändern?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie von der Polizei wegen Alkoholtrinkens verwarnt worden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie wegen Alkoholtrinkens mit dem Gesetz in Konflikt gekommen bzw. in Haft genommen worden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat auf Ihrer Arbeitsstelle jemand Ihnen geraten, den Alkoholkonsum zu reduzieren?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie fast oder tatsächlich durch Alkoholtrinken den Arbeitsplatz verloren?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ein Arzt Ihnen angeraten, den Alkoholkonsum zu reduzieren?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOC

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?	Sehr selten oder nie 1 2 3 4 5 Sehr oft <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass...	Sie spüren, wie schön es ist, zu leben 1 2 3 4 5 Sie sich fragen, wieso Sie über haupt leben <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
Wie oft sind Ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?	Sehr selten oder nie 1 2 3 4 5 Sehr oft <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>

AASE: Sie finden im folgenden eine Reihe von Situationen, die einige Menschen zum Alkoholtrinken verleiten können. Wir möchten von Ihnen wissen: **Wie sehr sind Sie versucht, in den einzelnen Situationen zu trinken und wie sicher sind Sie sich, dass Sie in dieser Situation nicht trinken.** Bitte kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die am besten beschreibt, wie sehr Sie zum jetzigen Zeitpunkt durch die Situationen in Versuchung geraten bzw. wie sicher Sie sich in der jeweiligen Situation sind.

Wenn ich eine gute Mahlzeit zu mir nehme . . .	gering 1 2 3 4 5 sehr groß
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
Wenn ich Kopfschmerzen habe . . .	gering 1 2 3 4 5 sehr groß
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
Wenn ich mich traurig fühle . . .	gering 1 2 3 4 5 sehr groß
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
Wenn ich im Urlaub bin und mich entspannen möchte . . .	gering 1 2 3 4 5 sehr groß
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
Wenn ich um jemanden besorgt bin . . .	gering 1 2 3 4 5 sehr groß
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/> --- <input type="checkbox"/>

Wenn ich sehr beunruhigt bin und mir Sorgen mache. . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich den Drang verspüre, nur ein einziges alkoholisches Getränk zu probieren, um zu sehen, was dann passiert . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich in einer sozialen Situation ein alkoholisches Getränk angeboten bekomme . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich davon träume, ein alkoholisches Getränk zu mir zu nehmen . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich meine Willenskraft über das Alkoholtrinken testen möchte . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich ein körperliches Bedürfnis oder ein starkes Verlangen nach Alkohol verspüre . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich körperlich erschöpft bin . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich körperliche Verletzungen oder Schmerzen habe . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
Wenn ich so frustriert bin, dass ich in die Luft gehen könnte . . .	gering					sehr groß
	1	2	3	4	5	
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---

Wenn ich andere in einer Gaststätte oder bei einer Feier trinken sehe . . .	gering 1	2	3	4	sehr groß 5
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Wenn ich das Gefühl habe, dass bei mir alles schief läuft . . .	gering 1	2	3	4	sehr groß 5
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Wenn Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, mich zum Alkoholtrinken auffordern . . .	gering 1	2	3	4	sehr groß 5
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Wenn ich ärgerlich bin . . .	gering 1	2	3	4	sehr groß 5
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Wenn mich ganz unerwartet das Verlangen oder der Drang trifft, etwas Alkoholisches zu trinken. . .	gering 1	2	3	4	sehr groß 5
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
Wenn ich voller Freude bin oder mit anderen feiere . . .	gering 1	2	3	4	sehr groß 5
ist meine Versuchung Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>
ist meine Sicherheit, dass ich auf das Alkoholtrinken verzichten kann	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>	---	<input type="checkbox"/>

POC-A: Die folgenden Aussagen beschreiben Gedanken, Situationen und Verhaltensweisen, die dabei helfen können, den Alkoholkonsum oder Trinkgewohnheiten zu ändern. Bitte geben Sie jeweils an, wie häufig Sie die beschriebenen Hilfen nutzen, um Ihre Trinkgewohnheiten zu beeinflussen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage die Antwort an, die am besten beschreibt, wie oft die jeweiligen Gedanken, Situationen und Verhaltensweisen vorkommen.

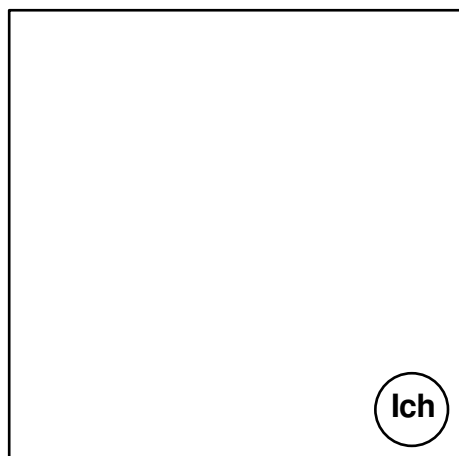
	Das kommt:				
	nie vor	selten vor	gelegentlich vor	häufig vor	sehr häufig vor
	1	2	3	4	5
Für die Anstrengung, die ich unternehme, um meinen Alkoholkonsum zu ändern, gönne ich mir etwas Schönes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mit mindestens einer vertrauensvollen Person über Erfahrungen mit meinem Alkoholkonsum sprechen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es beunruhigt mich, wenn ich an Krankheiten denke, die durch meinen Alkoholkonsum hervorgerufen werden können.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bemerke Hinweise in der Öffentlichkeit, die auf die Gefahren des Alkoholtrinkens hinweisen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte inne und denke darüber nach, wie mein Alkoholkonsum andere Menschen um mich herum beeinträchtigt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke darüber nach, dass es dazu gehört, meinen Alkoholkonsum zu ändern, um zufrieden mit mir selbst zu sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich entferne Dinge zu Hause oder auf der Arbeit, die mich an das Alkoholtrinken erinnern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich beruhige mich selbst, wenn ich den Wunsch nach einem alkoholischen Getränk verspüre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich belohne mich, wenn ich dem Wunsch, etwas Alkoholisches zu trinken, nicht nachgebe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemanden, mit dem ich reden kann, und der meine Probleme mit dem Alkoholkonsum versteht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warnungen über Gesundheitsgefahren des Alkoholtrinkens nehme ich ernst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Das kommt:				
	nie vor	selten vor	gelegentlich vor	häufig vor	sehr häufig vor
	1	2	3	4	5
Ich benutze meine Willenskraft, um keinen oder wenig Alkohol zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme wahr, dass manche Menschen ihren Wunsch deutlich machen, nicht zum Alkoholtrinken gedrängt zu werden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke darüber nach, dass es ohne meinen Alkoholkonsum den Menschen um mich herum besser geht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese Artikel in Zeitungen und Zeitschriften, die mir dabei helfen können, meine Trinkgewohnheiten zu ändern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide Situationen, die mich ermutigen, Alkohol zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche an andere Dinge zu denken, wenn ich anfangs, an alkoholische Getränke zu denken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemanden, der mir zuhört, wenn ich über meinen Alkoholkonsum reden möchte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichte über Alkohol und dessen Wirkung beunruhigen mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir klar, dass ich, wenn ich es will, mich dafür entscheiden kann, meine Trinkgewohnheiten zu ändern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stelle fest, dass die Gesellschaft sich in einer Weise ändert, die es mir erleichtert, meine Trinkgewohnheiten zu ändern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke darüber nach, dass Menschen, die mir nahe stehen, unter meinem Alkoholkonsum leiden können.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin von mir enttäuscht, wenn ich merke, dass ich meinen Alkoholkonsum nicht im Griff habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Das kommt:				
	nie vor	selten vor	gelegentlich vor	häufig vor	sehr häufig vor
	1	2	3	4	5
Ich suche nach Informationen zu schädlichem Alkoholtrinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze Erinnerungshilfen, die mich darin unterstützen, meine Trinkgewohnheiten zu ändern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache etwas anderes, anstatt Alkohol zu trinken, wenn ich mit einer Anspannung fertig werden muss.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gönne es mir nicht, Spaß dabei zu empfinden, wenn ich Alkohol trinke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe jemanden, auf dessen Hilfe ich zählen kann, wenn ich Probleme mit meinem Alkoholkonsum habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese Berichte in Zeitungen und Zeitschriften, die ich in Bezug auf meinen Alkoholkonsum ernstnehme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sage mir, dass ich meinen Alkoholkonsum ändern kann, wenn ich mir genug Mühe gebe...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte inne und denke daran, dass mein Alkoholkonsum anderen Menschen Probleme bereiten könnte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich handlungsfähiger, wenn ich mich entscheide, meine Trinkgewohnheiten zu ändern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche Kontakt zu Menschen, in deren Gesellschaft mir die Konsequenzen des Alkoholkonsums bewußter werden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich von Orten fern, die für mich gewöhnlich etwas mit Alkoholtrinken zu tun haben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stelle fest, dass ich meine Trinkgewohnheiten besser ändern kann, wenn ich mich mit etwas beschäftige.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Das kommt:				
	nie vor	selten vor	gelegentlich vor	häufig vor	sehr häufig vor
	1	2	3	4	5
Ich verbringe Zeit mit Menschen, die mir zeigen, dass sie es gut finden, wenn ich meine Trinkgewohnheiten ändere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verspreche mir, meine Trinkgewohnheiten zu ändern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich suche mir soziale Situationen aus, wo Menschen das Recht der anderen, nichts Alkoholisches zu trinken, respektieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke daran, was für ein Mensch ich sein werde, wenn ich meine Trinkgewohnheiten geändert habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke an das, was mir andere Menschen persönlich über die Vorteile, die Trinkgewohnheiten zu ändern, mitgeteilt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte stellen Sie sich vor, dass das Quadrat Ihr Leben darstellt, wie es im Moment ist. Der Kreis unten rechts stellt Ihre eigene Person dar. Bitte zeichnen Sie durch ein Kreuz ein, wo sich in dem Quadrat der Alkoholkonsum in Ihrem Leben befindet. Wenn der Alkohol in Ihrem Leben sehr wichtig ist, so könnte das Kreuz z.B. näher am Kreis sein, als wenn der Alkohol eher wenig Bedeutung für Ihre Person hat.



SESA: Die folgenden Fragen umfassen einen weiten Bereich von Dingen, die im Zusammenhang mit Alkoholtrinken auftreten können. Denken Sie bitte an Ihre letzten Trinkgewohnheiten. Geben Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am meisten zutrifft.

	Nie 1	Seltener als einmal im Monat 2	Einmal pro Monat oder seltener 3	Einmal pro Woche oder öfter 4	Täglich 5
Betrunken werden war wichtiger als meine nächste Mahlzeit.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich trank soviel wie ich wollte, egal, was ich am nächsten Tag zu tun hatte.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich wusste, dass ich unfähig war, mein Alkoholtrinken zu beenden, wenn ich einmal damit begonnen hatte.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Es war schwierig für mich, Gedanken an Alkohol loszuwerden.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich zitterte morgens stark am ganzen Körper, wenn ich nichts Alkoholisches zu trinken hatte.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Morgens zitterten meine Hände....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich wachte verschwitzt auf.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich kippte morgens erst einmal so schnell wie möglich etwas Alkoholisches hinunter.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich trank morgens Alkohol, um das Zittern loszuwerden.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich brauchte morgens Alkohol, um in Gang zu kommen.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich hatte einen starken "Jieper" ("Janker", "Schmacher", starken Drang) auf Alkohol, wenn ich aufwachte.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>

	Nie 1	Seltener als einmal im Monat 2	Einmal pro Monat oder seltener 3	Einmal pro Woche oder öfter 4	Täglich 5
Ich kam in Panik, wenn ich fürchtete, ich könnte nichts mehr zu trinken haben, wenn ich es brauchte.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Mein Drang, Alkohol zu trinken, war sehr stark.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Alkohol zog mich wie magisch an	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Mein Drang zum Alkoholtrinken war stärker als bei den meisten Menschen.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich hatte den ganzen Tag und Abend einen "Jieper" ("Janker", "Schmacher", starken Drang) auf Alkohol.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Es war wie ein innerer Trieb, dass ich immer wieder trinken musste..	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, ohne Alkohol könnte ich nicht leben.....	<input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>

Jetzt denken Sie bitte an Ihre gesamte Trinkentwicklung, d.h. von der Zeit an, als Sie die ersten Male Alkohol tranken, bis zur letzten Zeit, in der Sie Alkohol getrunken haben. Wenn Sie schon längere Zeit keinen Alkohol mehr getrunken haben, beziehen Sie Ihre Antworten bitte auf den Zeitraum Ihres letzten regelmäßigen Alkoholkonsums.

	Ja 1	Nein 2
Ich trank in letzter Zeit mehr als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertrug im Laufe der Jahre immer mehr Alkohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertrug in letzter Zeit mehr Alkohol als vor fünf Jahren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja 1	Nein 2
Ich vertrug mindestens die dreifache Trinkmenge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertrug mindestens die fünffache Trinkmenge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertrug mindestens die zehnfache Trinkmenge gegenüber der Zeit, als ich begann, Alkohol zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertrug erst mehr Alkohol als früher und zuletzt weniger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trank in letzter Zeit weniger Alkohol als früher, hatte aber die gleiche Wirkung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauchte in letzter Zeit immer weniger Alkohol, um ruhiger zu werden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trank in letzter Zeit höchstens ein Viertel meiner früher üblichen Tagesmenge, hatte aber die gleiche Wirkung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie schon einmal versucht, über längere Zeit Ihren Alkoholkonsum erheblich einzuschränken oder gar nicht mehr zu trinken?

Ja Nein

In den Jahren, in denen Sie regelmäßig Alkohol getrunken haben, haben Sie da einmal länger als einen Monat keinen Alkohol getrunken?

Ja Nein , wenn Nein, dann bitte weiter beim Pfeil auf Seite 23

Wann war Ihre letzte Abstinenzzeit?

vor Monaten oder Jahren

Wie lange dauerte diese Abstinenzzeit an?

Monate oder Jahre

Haben Sie in dieser letzten Abstinenzzeit durchgehend ein Entzugs- oder Beruhigungsmittel genommen?

Ja Nein

Auf den vorangegangenen Seiten wurden Sie nach verschiedenen Dingen gefragt, die im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum stehen. Wir würden nun gern wissen, ob und wie schnell die folgenden fünf Ereignisse **nach Beendigung Ihrer Abstinenzzeit** wieder auftraten.

	In den ersten beiden Tagen 1	In den ersten Wochen 2	Im ersten Monat 3	Später oder nie 4
Betrunken werden war wichtiger als meine nächste Mahlzeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zitterte morgens stark am ganzen Körper, wenn ich nichts Alkoholisches zu trinken hatte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kippte morgens erst einmal so schnell wie möglich etwas Alkoholisches hinunter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen starken "Jieper" ("Janker", "Schmacher", starken Drang) auf Alkohol, wenn ich aufwachte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Hände zitterten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SWLS: Die folgenden Fragen beziehen sich auf Einstellungen zu einzelnen Bereichen Ihres Lebens. Bitte schätzen Sie ein, wie sehr die jeweiligen Aussagen auf Sie zutreffen.

	Trifft überhaupt nicht zu					Trifft sehr zu
	1	2	3	4	5	
In den meisten Dingen ist mein Leben nahezu ideal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Lebensbedingungen sind hervorragend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich bin zufrieden mit meinem Leben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die wichtigen Dinge, die ich im Leben will, habe ich weitgehend erreicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas anders machen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der Fragebogen ist hiermit beendet.

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Schicken Sie diesen Fragebogen jetzt bitte mit dem mitgesandten Briefumschlag an uns zurück. Danke!

Telefondiagnostik

Haben Sie zusammengerechnet in den letzten 12 Monaten irgendwelche der folgenden Drogen konsumiert?

Cannabis

Amphetamine

LSD

Ecstasy (MDMA)

Kokain, Crack

Opiate (Heroin, Morphinum, Methadon, DF's)

Benzodiazepine (Valium etc.?)

Andere, nämlich _____

keine Drogen

Wenn ja:

Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten die eben genannten Drogen konsumiert?

	fast jeden Tag	3 oder 4 mal pro Woche	1 bis 2 mal pro Woche	1 bis 3 mal pro Monat	weniger als 1 mal pro Monat
Droge 1:					
Droge 2:					
Droge 3:					
Droge 4:					
Droge 5:					

Zum Abschluss möchten wir Sie noch um einige allgemeine Angaben bitten:

1.) **Geburtsdatum:** _____ / _____ / 19 _____
Tag Monat Jahr

2.) **Ist Deutsch Ihre Muttersprache?**

Ja Nein, meine Muttersprache ist: _____

3.) **Haben Sie Kinder?** Ja, wenn ja wie viele? _____ Anzahl Nein

4.) **Wie viele Jahre sind Sie zur Schule gegangen?** (Berufsschule, Fach- bzw.

Fachhochschule und Hochschule nicht mitgerechnet): _____ Jahre

5.) **Welche berufliche(n) Ausbildung/en haben Sie absolviert?** (Bitte kreuzen Sie alle auf Sie zutreffenden Antworten an!)

- noch in beruflicher Ausbildung, Schüler, Student
- keinen Abschluss/Teilfacharbeiter
- Facharbeiter
- Meister-/Techniker
- Berufsfachschule/Handelsschule
- Fachschul-, Fachhochschule
- Hochschulabschluss

6.) **Sind Sie derzeit erwerbstätig?**

- Ich bin vollzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr
- Ich bin teilzeit-erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15-34 Stunden.
- Ich bin teilzeit-/stundenweise erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 15 Stunden.
- Ich bin nicht erwerbstätig, sondern:
 - in Ausbildung/Studium/Umschulung
 - arbeitslos, wenn ja, seit
 - weniger als einem halbem Jahr
 - mehr als einem halben, aber weniger als 2 Jahren
 - mehr als 2 Jahren
 - Hausfrau/Hausmann
 - Wehr-/Zivildienstleistender/Freiwilliges Soziales Jahr
 - in Mutterschutz/Erziehungsurlaub
 - in Vorruhestand/Rente/Pension

7.) **Und in welcher beruflichen Stellung arbeiten Sie und falls zutreffend Ihr Lebenspartner bzw. Ihre Lebenspartnerin? Sollten Sie derzeit nicht berufstätig ein, so beantworten Sie die Frage bitte auf Basis der zuletzt von Ihnen ausgeübten Tätigkeit!**

- Ich war noch nie berufstätig
- Mein Lebenspartner/meine Lebenspartnerin war noch nie berufstätig

	Ich bin/war	Mein/e Lebenspartner/in ist/war
Selbständiger Landwirt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akademiker/in in freiem Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/in ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderweitig selbständig (z.B. als Handwerker, Einzelhändler usw.)		
mit bis zu 9 Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr als 9 Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter/in, Richter/in, Berufssoldat/in im		
einfachen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mittleren Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehobenen Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
höheren Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/r mit		
einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer/in, Reinigungskraft, Bürohelfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qualifizierter Tätigkeit (z.B. Fachverkäufer, Sekretärin, Verwaltungsgehilfe, Krankenschwester)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selbständiger Aufgabenerledigung/ verantwortlicher Position (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter/in, Abteilungsleiter, Arzt, Lehrer, Meister)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
umfassenden Führungsaufgaben/Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Betriebsleiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/in und zwar:		
ungelernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angelernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharbeiter/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meister/in, Polier/in, Brigadier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.) Wie viele Personen, außer Ihnen, leben zur Zeit noch in Ihrem Haushalt?

- Ich lebe allein. Ich lebe nicht allein, außer mir leben noch
 _____ Personen im Haushalt, davon im Alter:
- 0-3 Jahre: _____ Personen
 4-7 Jahre: _____ Personen
 8-14 Jahre: _____ Personen
 15-18 Jahre: _____ Personen
 älter als 18 Jahre: _____ Personen

9.) Woher beziehen Sie das Einkommen, das Ihrem Haushalt zur Verfügung steht?

(Bitte bedenken Sie sämtliche Einkommensquellen aller Haushaltsmitglieder!)

- eigene Erwerbstätigkeit
 Einkommen des Partners/der Partnerin oder einer anderen Person
 Rente/Pension aus früherer Erwerbstätigkeit
 Rente/Pension des Partners/der Partnerin oder einer anderen Person
 Vermögenswerte oder Mieteinnahmen aus Hausbesitz
 Arbeitslosengeld/-hilfe
 Sozialhilfe
 Krankengeld/Übergangsgeld
 Ausbildungsbeihilfe
 Sonstige Quellen, und zwar: _____

10.) Bitte rechnen Sie einmal zusammen, wie viel Geld Ihrem Haushalt im Monat zur Verfügung steht.

Berücksichtigen Sie bitte alle Einnahmen, auch die von Partnerinnen und/oder Kindern! Nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben bleiben Ihnen dann: Das monatliche Netto-Einkommen schließt auch Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Wohngeld, Erziehungsgeld und Kindergeld sowie Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung ein!

- unter 500 Euro
 500 – 900 Euro
 900 – 1300 Euro
 1300 – 1700 Euro
 1700 – 2300 Euro
 2300 – 2800 Euro
 2800 – 3300 Euro
 3300 – 3800 Euro
 über 3800 Euro

11.) Wie bewerten Sie insgesamt Ihre finanzielle Lage im Vergleich zu anderen Personen Ihrer Altersgruppe. Entscheiden Sie sich bitte auf der folgenden Skala für ein Kästchen.

-
- sehr gut-----gut-----mittel-----schlecht-----sehr schlecht

Sie haben es geschafft! - Vielen Dank für Ihre Mühe!!

Ablauf der Intervention zum zweiten Kontakt

1. Konsum: Tranken Sie in den letzten 4 Wochen zumindest ein Glas Alkohol

- fast jeden Tag
- 3-4 mal pro Woche
- 1-2 mal pro Woche
- 1-3 mal pro Monat

Können Sie mir bitte angeben, was und wie viel Sie üblicherweise in den letzten 4 Wochen bei einer Gelegenheit an alkoholischen Getränken zu sich nahmen:

Index:

2. Rauschtrinken: Ist es in den letzten 4 Wochen vorgekommen, dass Sie mehr getrunken haben, als das, was Sie jetzt eben angegeben haben? Ja Nein

Können Sie mir bitte angeben, was und wie viel Sie dann getrunken haben?

Index:

- Wie häufig ist das vorgekommen? fast täglich
- 3 oder 4 mal in der Woche
- 1 oder 2 mal in der Woche
- 2-3 mal im Monat
- 1 mal im Monat

3. Timeline Followback:

Ich möchte, dass sie sich Ihren Alkoholkonsum der letzten 7 Tage einmal ganz genau in Erinnerung rufen. Ich würde gern erfahren, wie viel Alkohol Sie zu sich genommen haben an jedem Tag während dieser letzten Woche. Wenn es mal einen besonderen Anlass, also z.B. Geburtstage, Feiern, Hochzeiten gegeben hat, sollten Sie das bitte auch angeben. Seien Sie bitte so genau wie möglich. Lassen Sie uns mit gestern anfangen: welche und wie viele alkoholische Getränke nahmen Sie gestern zu sich?

- Würden Sie sagen, dass diese letzte Woche eine typische Woche innerhalb der letzten 4 Wochen gewesen ist? JA NEIN
- Oder trinken Sie normalerweise mehr? JA NEIN
- Oder gibt es auch Wochen, in denen Sie weniger trinken? JA NEIN

Timeline followback –Kalender des Alkoholkonsums der letzten sieben Tage!

Tag	Angaben des Patienten	Index
gestern	Besonderheiten?:	
vorgestern	Besonderheiten?:	
der Tag davor	Besonderheiten?:	
der Tag davor	Besonderheiten?:	
der Tag davor	Besonderheiten?:	
der Tag davor	Besonderheiten?:	
der Tag davor	Besonderheiten?:	

4. Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe und Motivationsklärung

Haben Sie in den letzten 4 Wochen irgendeine Art von fachlicher oder therapeutischer Hilfe in Anspruch genommen?

- Selbsthilfegruppe
- Beratungsstelle für Menschen mit Alkoholproblemen
- Entzugsbehandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung
- Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung, die über Entzug hinaus ging
- körperliche Entzugsbehandlung in einem anderen Krankenhaus
- ambulante Therapiegruppe
- Entwöhnungsbehandlung
- Beratung durch den Arzt
- Hilfe von anderen Fachkräften (z.B. Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter, Pastor...)

Wie denken Sie derzeit über die Inanspruchnahme fachlicher Hilfe bezüglich Ihres derzeitigen Alkoholkonsums? Haben Sie vor, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen?

- Nein
- Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen
- Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
- Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre

Wie würden Sie auf einer Skala von 1 = „überhaupt nicht bereit“ bis 5 = „sehr bereit“ Ihre Bereitschaft einschätzen, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen?

überhaupt nicht bereit sehr bereit
 1-----2-----3-----4-----5

5. Stadien

Haben Sie in den letzten 4 Wochen einen ernsthaften Versuch gemacht, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören?

- Ja, wie lange in Tagen: _____ Hat der Versuch angehalten bis heute?: Ja Nein
- Nein

Haben Sie vor, mit dem Alkoholtrinken aufzuhören?

- Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen
- Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
- Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre
- Nein

Haben Sie in den letzten 4 Wochen einen ernsthaften Versuch gemacht, Ihren Alkoholkonsum deutlich zu verringern?

- Ja, wenn ja, wie lange in Tagen: _____ Hat der Versuch angehalten bis heute?: Ja Nein
- Nein

Haben Sie vor, Ihren Alkoholkonsum deutlich zu verringern?

- Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen
- Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
- Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre
- Nein

6. RCQ

Es folgen jetzt Aussagen, die sich auf Ihre Einstellung zum Alkoholtrinken beziehen. Geben Sie bitte zu jeder Aussage an, wie sehr Sie ihr zustimmen. 1 bedeutet: "stimme überhaupt nicht zu", 5 bedeutet: "stimme sehr zu". Mit den Werten dazwischen können Sie ihre Meinung abstimmen.

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme sehr zu				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Ich glaube, dass ich zuviel trinke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, weniger zu trinken als früher oder gar nicht mehr zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke gern, aber manchmal trinke ich zuviel....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar nicht mehr trinken sollte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über mein Alkoholtrinken nachzudenken ist reine Zeitverschwendung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe erst vor kurzem meine Trinkgewohnheiten geändert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeder kann darüber reden , dass er wegen des Alkoholtrinkens etwas tun will, aber ich tue tatsächlich etwas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar keinen Alkohol mehr zu trinken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Alkoholtrinken ist manchmal ein Problem....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Alkoholtrinkens nachzudenken..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ändere meine Trinkgewohnheiten genau jetzt im Moment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger Alkohol zu trinken ergibt für mich einen Sinn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.: Fragen zur Rückmeldung

Ich möchte Sie jetzt bitten, einmal die Rückmeldung, die wir Ihnen zugeschickt haben, hinsichtlich der folgenden zwei Aspekte jeweils auf einer Skala von 1 bis 10 einzuschätzen.

Wie zutreffend für Sie persönlich fanden Sie die Rückmeldung?

gar nicht zutreffend sehr zutreffend
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Wie hilfreich für Sie persönlich fanden Sie die Rückmeldung?

gar nicht hilfreich sehr hilfreich
 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

8. Self-efficacy-Ruler– Nur wenn Alkoholkonsum deutlich verringert hat oder Abstinenz:

Auf einer Skala von 1 bis 10, auf der 1 bedeutet „Ich bin absolut unzuversichtlich“ und 10 bedeutet „Ich bin gar nicht zuversichtlich“: **Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie Ihren derzeitigen verminderten/abstinenten Alkoholkonsum aufrechterhalten können?**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

9 Danksagung

Mein Dank gilt Prof. Dr. F. Hohagen aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, für die Möglichkeit einer Dissertation an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und die wissenschaftliche Unterstützung der vorliegenden Arbeit.

Weiterhin danke ich Dr. Hans-Jürgen Rumpf aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, der diese Arbeit im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektes ermöglichte und durch wissenschaftlichen Austausch und produktive Rückmeldungen die Entwicklung und den Fortgang der Arbeit förderte.

Ganz besonders danken möchte ich auch Dr. Gallus Bischof aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lübeck für seine ausgleichende Geduld, seine statistischen Anregungen und Hilfestellungen und die ständige kollegiale Unterstützung. Ohne ihn wäre die vorliegende Dissertation nicht zustande gekommen.

Mein Dank gilt weiterhin den wissenschaftlichen (besonders Ira Löhrmann) und nicht-wissenschaftlichen Mitarbeitern (besonders Britt-Ira Bluhm) und den wissenschaftlichen Hilfskräften (besonders Anja Kreuzer), ohne deren gewissenhafte Arbeit das Projekt SIP nicht hätte durchgeführt werden können und natürlich dem gesamten Team „Stepped Interventions for Problem Drinkers“ für die Mitarbeit.

Auch bedanke ich mich bei den Studienteilnehmern, die bereit waren, sich auf lange Befragungen einzulassen und einen Einblick in ihr Leben zu gewähren.

Zuletzt möchte ich auch Freunden und Verwandten danken, die Zeiten von Stress und Krisen beim Erstellen der Dissertation gemeinsam mit mir überstanden haben.

10 Lebenslauf

Susa D. Reinhardt
geboren: 30.10.1973
in: Hoyerswerda
ledig, keine Kinder

Berufliche Tätigkeiten:

- 10/04 – 09/07 Wissenschaftliche Angestellte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck; Forschungsprojekt ExtraA (Evaluation einer Expertensystem-basierten Intervention bei Patienten mit problematischem Alkoholkonsum)
- 11/01 – 09/04 Promotionsstelle als Wissenschaftliche Angestellte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Forschungsprojekt SIP (Stepped Interventions for Problem Drinkers),
seit 11/01 Teilnahme an forschungsorientierten Kongressen (Vorträge und Postervorstellungen) und Kooperationstreffen im Earlint-Forschungsverbund

Berufliche Weiterbildungen:

- seit 10/02 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/Verhaltenstherapie im DGVT-Institut Hamburg

Studium:

- 10/01 Diplom Psychologie an der Universität Hamburg (Diplomarbeit mit dem Thema „Kurzzeitgruppentherapie gegen Einsamkeit: Empirische Überprüfung eines integrativen Konzepts“)
- 04/97 Studienortwechsel an die Universität Hamburg;
- 10/95 – 03/96 Studium an der Paris-Lodron-Universität Salzburg (Österreich): Teilnahme am Erasmus-Studienaustausch-Programm
- 10/94 - 09/96 Vordiplom Psychologie an der Universität des Saarlandes in Saarbrücken

Nebentätigkeiten:

- 02/05 – 03/05 Co-Trainerin einer Fortbildung zur Motivierenden Gesprächsführung MOVE im Lidice Haus Bremen
- 10/03 – 11/03 Co-Trainerin einer Fortbildung zur Motivierenden Gesprächsführung für das Diakonische Werk Niedersachsen (ELAS) Hannover
- 02/98 – 07/01 Tätigkeit im integrativen Kindergarten „Kinderhaus Knickweg e.V. Hamburg“

Au Pair:

- 12/92 – 09/94 Aufenthalt/Arbeit als Au Pair in Bethesda, Maryland (USA)

Schulbildung:

- 09/90 – 07/92 Gymnasium „Große Stadtschule Geschwister Scholl“ in Wismar, Abitur 1992
- 09/80 – 07/90 Allgemeinbildende Oberschulen Bobitz und Proseken

Weiterbildungen:

- 08/05 Erlangung des Zertifikates zur Ausbilderin in Motivierender Gesprächsführung MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers), Amsterdam/Niederlande
- 08/04 - 09/04 Teilnahme am Forschungskurs „Cure and care of alcohol and drug problems – studying systems of social handling treatment“ (Gothenburg/Schweden, Nordic Council for Alcohol and Drug research)

Lübeck, den 11.01.2008