

Dipl.-Psych. **GEORG KREMER**
Waldquellenweg 55
33649 Bielefeld

Alkoholprobleme im Allgemeinkrankenhaus

Früherkennung und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der somatischen Medizin

Dissertation

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

Zweitgutachter:

Prof. Dr. Fred Rist, Psychologisches Institut d. Westf. Wilhelms-Universität Münster

Eingereicht im Februar 2001

Einführung	3
1. Alkoholprobleme und Versorgungsstrukturen	5
1.1 Alkohol, Individuum und Gesellschaft	5
1.2 Versorgungsstrukturen für Menschen mit Alkoholproblemen	18
1.3 Prävalenz von Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus	30
1.4 Möglichkeiten und Grenzen: Besonderheiten des Settings im Hinblick auf Früherkennung und Beratung	34
1.4.1 Struktur	34
1.4.2 Patient	35
1.4.3 Personal	36
1.5 Wesentliche Ziele der Untersuchung	48
2. Psychologische Beratungsansätze in der somatischen Medizin	41
2.1 Psychosomatisch begründete Beratungsansätze	45
2.1.1 Konzepte	45
2.1.2 Psychosomatische Beratung im Allgemeinkrankenhaus	54
2.2 Verhaltensmedizinisch begründete Beratungsansätze	66
2.2.1 Konzepte	66
2.2.2 Verhaltensmedizinische Beratung im Allgemeinkrankenhaus	72
3. Praktische Erprobung: Früherkennung und qualifizierte Beratung in zwei Bielefelder Allgemeinkrankenhäusern	76
3.1 Methodik	76
3.1.1 Zielgruppen	76
3.1.2 Kurzinterventionen: „Gezielte Motivierende Gesprächsführung“	77
3.1.3 Untersuchungsdesign: Screening - Diagnostik - Kurzintervention - Nachbefragung – Dokumentation/Auswertung	86
3.1.4 Exemplarisches Beratungsgespräch	93
3.2 Ergebnisse I: <i>Beratungszeitpunkt</i>	99
3.2.1 Daten zu Screening, Diagnostik und Kurzintervention	99
3.3 Ergebnisse II: <i>Nachbefragungszeitpunkt</i>	101
3.3.1 Daten zur Effektivität der Kurzinterventionen	101
3.3.2 Ausgewählte Fallbeispiele	104
3.3.3 Praktikabilität von Früherkennung und Kurzintervention	107
3.4 Diskussion	110

4.	Konzeptentwicklung: Früherkennung und qualifizierte Beratung	116
4.1	Auswertung: Psychologische Beratungsansätze in der somatischen Medizin	116
4.1.1	Psychosomatik	116
4.1.2	Verhaltensmedizin	118
4.2	Kritik und Neuformulierung relevanter theoretischer Konstrukte der traditionellen Suchtkrankenhilfe	121
4.2.1	Abstinenzdogma: Verabschieden!	121
4.2.2	Widerstand: Als interpersonelles Phänomen begreifen!	143
4.2.3	Motivation: zum <i>Ziel</i> der Beratung erheben!	161
4.3	Struktur, Prozeß und Ergebnis von Früherkennung und qualifizierter Beratung	175
4.3.1	Zur Struktur von Früherkennung und qualifizierter Beratung	175
4.3.2	Zum Prozeß von Früherkennung und qualifizierter Beratung	177
4.3.3	Zum Ergebnis von Früherkennung und qualifizierter Beratung	186
5.	Praktische Umsetzung	198
5.1	Früherkennung und qualifizierte Beratung im Allgemeinkrankenhaus	198
5.2	Versorgungspolitische Konsequenzen	202
6.	Zusammenfassung	207
	Literatur	209
	Anhang	224

Einführung

Auf inneren und chirurgischen Stationen des Allgemeinkrankenhauses werden viele Menschen mit Alkoholproblemen behandelt. Die Behandlung ist in der Regel somatisch ausgerichtet. Eine Problematisierung des Alkoholkonsums findet nur in Ausnahmefällen statt. Dies gilt sowohl für Menschen mit schwergradigen Alkoholproblemen (Alkoholabhängigkeit) als auch mit leicht- bis mittelgradigen Alkoholproblemen (Missbrauch, Riskanter Gebrauch). Insbesondere im Hinblick auf die letztgenannte Gruppe wird hier eine enorme (sekundär-)präventive Chance vertan: Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass gerade Patienten mit Missbrauch oder riskantem Gebrauch von kurzen Interventionen profitieren. Sie akzeptieren die Thematisierung des Alkoholkonsums (obwohl sie nicht deshalb ins Krankenhaus gekommen sind) und leiten in der Folge in hohem Maße Veränderungsschritte ein.

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Ergebnissen eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit, das in den Jahren 1994-1997 in Trägerschaft der Psychiatrischen Klinik Gilead in den von Bodelschwingschen Anstalten Bielefeld-Bethel durchgeführt wurde. Titel des Projekts: „Erkennung und Behandlung von PatientInnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke“. Die Projektleitung lag bei Dr. N. Pörksen, G. Wienberg, T. Wessel und Dr. E. Rüter. Hauptamtliche Mitarbeiter des Projekts waren neben dem Autor die Ärztinnen S. Dormann und C. Schülke. Das Projekt sollte dazu beitragen, die (Früh-)Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in niedergelassenen Arztpraxen und in Allgemeinkrankenhäusern zu verbessern. Im Rahmen des Projektes sollten verbindliche Formen der Kooperation und Vernetzung zwischen der medizinischen Basisversorgung und dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke (Fachberatungsstellen, Kliniken, Selbsthilfegruppen) aufgebaut werden, um Mediziner im Hinblick auf Diagnostik und Behandlung alkoholgefährdeter bzw. alkoholabhängiger Patienten zu qualifizieren und die Überleitung von Betroffenen in das fachspezifische Hilfesystem zu verbessern. Durch das Projekt sollte exemplarisch gezeigt werden, daß mehr Abhängigkeitskranke in einem früheren Stadium ihrer Erkrankung mit suchtspezifischen Hilfen erreicht werden können, wenn diese innerhalb der medizinischen Basisversorgung ansetzen. Das Projekt sollte Wege aufzeigen zur Vermeidung von Fehlbelegungen und iatrogenen Schädigungen durch unzureichend qualifizierte Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Basisversorgung. Schließlich sollte während der Projektphase die Finanzierungs-Grundlage für derartige Behandlungsangebote im Krankenhaus und in der Praxis des niedergelassenen Arztes geklärt werden. Die modellhafte Umsetzung und Erprobung erfolgte in 12 Arztpraxen (Allgemeinmediziner, Internisten und Nervenärzte) sowie vier internistischen und einer chirurgischen Station aus einem städtischen und einem freigemeinnützigem Allgemeinkrankenhaus. Inhaltlich wurde ein Konzept aus Früherkennung (Screening-

Fragebogen), vertiefender Diagnostik und Kurzintervention (Gezielte Motivierende Gesprächsführung) verwandt. Alle Erprobungsschritte erfolgten so weit wie möglich in enger Zusammenarbeit zwischen den Projektmitarbeitern und den behandelnden Ärzten im Sinne eines Konsiliar- oder Liaisondienstes. Die Patienten des Allgemeinkrankenhauses wurden ein Jahr nach der Kurzintervention zu ihren aktuellen Trinkgewohnheiten nachbefragt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung grundlegender Standards der Früherkennung und qualifizierten Beratung von Patientinnen und Patienten* mit Alkoholproblemen in internistischen und chirurgischen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses. Dazu werden zum einen die Ergebnisse der praktischen Projekterprobungen ausgewertet; zum anderen werden bestehende psychologische

Beratungskonzepte in der Somatik im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit für Fragen des problematischen Alkoholkonsums überprüft und zentrale Annahmen traditioneller Suchtberatung kritisch diskutiert und neu formuliert. Ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der praktischen Umsetzung der Ergebnisse und auf der Diskussion versorgungspolitischer Konsequenzen.

* Die in dieser Arbeit verwandte Form der Personen- und Berufsbezeichnungen dient der Verkürzung bzw. der vereinfachten Lesart und meint – wo nicht ausdrücklich anders formuliert - beide Geschlechter.

1. Alkoholprobleme und Versorgungsstrukturen

1.1 Alkohol, Individuum und Gesellschaft

In Deutschland wird so viel Alkohol konsumiert wie in kaum einem anderen Land der Welt. Der Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol schwankt in den 90er Jahren um die 11 Liter-Marke. Umgerechnet auf die Bevölkerungsgruppen, die 15 Jahre und älter sind, errechnet sich daraus ein durchschnittlicher Alkoholkonsum von 13,4 Litern jährlich, auf den täglichen Konsum bezogen somit ein durchschnittlicher Konsum von 37 Gramm reinen Alkohols (Hüllinghorst 1996). Das sind z. B. 0,8-1 Liter Bier oder 0,4-0,5 Liter Wein oder 4-5 kleine Schnäpse. Berücksichtigt man nun noch, daß etwa 6% der erwachsenen Bevölkerung alkoholabstinent lebt und eine große Gruppe nur selten oder gelegentlich Alkohol trinkt (Weinbrenner 1991: 20%, Schmidt 1993: 9-16%), dann erhöht sich der auf den einzelnen entfallende Anteil deutlich. Am häufigsten wird in Deutschland Bier getrunken. Das Verhältnis von konsumiertem Bier, Wein und Schnaps beträgt - bezogen auf reinen Alkohol - etwa 2,5:1:1 (Hüllinghorst 1996).

Zur Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in der bundesrepublikanischen Gesellschaft existieren keine gesicherten Zahlen. Hüllinghorst & Lehner (1997) gingen für das Jahr 1990 von 2,5 Mio. Alkoholabhängigen aus (incl. neue Bundesländer). Diese Zahl hielt sich bis Ende der 90er Jahre. Seit Erscheinen der „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997“ von Kraus und Bauernfeind (1998) allerdings wurde diese Zahl auf 1,7 Mio. korrigiert. Man geht davon aus, daß 25% der Abhängigen Frauen sind, der Anteil der jungen Menschen bis 25 Jahre liegt bei etwa 10%.

Kraus (1996) berichtet auf der Basis einer 1995 durchgeführten „Repräsentativerhebung zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren“ des Bundesministeriums für Gesundheit eine Anzahl von 6,5 Mio. Personen, die aktuell einen schädlichen Alkoholgebrauch betreiben. „Schädlicher Gebrauch“ war in diesem Fall ausschließlich durch Überschreitung bestimmter Alkoholtrinkmengen definiert: > 20 Gramm täglich für Frauen, > 40 Gramm täglich für Männer.

Tab. 1 zeigt die Verteilung des schädlichen Alkoholkonsums in West- und Ostdeutschland sowie in verschiedenen Altersgruppen zwischen 18 und 60. Auffallend ist zum einen, daß die Rate schädlichen Konsums bei Männern in Westdeutschland mit ansteigendem Alter zunimmt, während dies bei allen übrigen Befragten nicht festzustellen ist. Zum anderen weisen die Männer in Ostdeutschland wesentlich höhere Raten schädlichen Gebrauchs auf als Männer im Westen. Hier ist auch die Rate der schädlich konsumierenden Männer doppelt so hoch wie die der Frauen, während im Westen ein Verhältnis von etwa 3 : 2 zugunsten der Männer besteht. Beide Raten

stehen in gewissem Widerspruch zum üblicherweise diskutierten Verhältnis von 3 : 1 (Männer : Frauen) bei *Alkoholabhängigkeit*. Dies soll allerdings hier nicht weiter diskutiert werden.

Tab. 1: „Schädlicher Alkoholkonsum“ West- u. Ostdeutschland (in %)							
West	Gesamt	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Männer	15,1	10,4	12,8	13,3	15,9	15,6	16,8
Frauen	10,0	9,0	5,6	10,1	9,4	12,6	9,9
Ost							
Männer	20,5	7,7	27,7	20,7	21,1	18,7	21,6
Frauen	10,5	1,8	8,3	11,8	12,1	12,2	9,1

Berücksichtigt man die jeweils zugrunde liegenden absoluten Bevölkerungszahlen, so kommt man auf eine Gesamtprävalenz des schädlichen Gebrauchs von 13%. Diese Rate wird in etwa bestätigt durch eine sekundäranalytische Auswertung des „Gesundheitssurveys Ost-West“ (Meyer/Rumpf/Hapke/ John 1998) im Hinblick auf den riskanten Konsum von Alkohol, hier definiert als Überschreiten der Grenzwerte 20g/tgl. f. Frauen und 30g/tgl. f. Männer. Meyer u. a. schätzten aufgrund ihrer Datenbasis eine Prävalenzrate des riskanten Konsums von 13,5% in der Altersgruppe 25-69. Eine neuere Studie von Kraus & Bauerfeind (1998) ermittelte für dieselbe Altersgruppe eine Prävalenzrate des riskanten Konsums (>20g täglich für Frauen, >30g täglich für Männer) von 16%, davon 5% Mißbraucher und 3% Abhängige. Übertragen auf die Altersgruppe 18 – 69 gehen wir danach heute von ca. 9,3 Mio. Menschen aus, die einen problematischen Konsum von Alkohol betreiben (vgl. Holz/Leune 1999), davon 1,7 Mio. Menschen mit einer manifesten Abhängigkeit.

Die genannten Untersuchungen bergen allerdings einige methodische Mängel: Die Befragungen von Kraus und Kollegen wurden auf der Basis der *Quantity-Frequency*-Methode durchgeführt (Fragetechnik: 1. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken? / 2. Wieviel Alkohol dabei jeweils im Durchschnitt? Berechnung: Häufigkeit x durchschnittliche Trinkmenge). Eine vergleichbare Methodik weist die Untersuchung von Meyer u. a. auf: hier wurde nach der durchschnittlichen Getränkemenge (differenziert nach Bier, Wein o. ä. und Hochprozentigem) an einem Tag gefragt. Nach Sobell/Cellucci/Nirenberg/Sobell (1982) sind nachträgliche Bestimmungen von Alkoholtrinkmengen durch gemittelte Menge-Frequenz-Indizes anderen Methoden signifikant unterlegen (z. B. der *Time-Line*-Technik: Alkoholtrinkmengen werden für jeden einzelnen Tag der letzten 30 Tage bestimmt). Die von Sobell und Kollegen verwandte *Time-Line*-Methode erbrachte im Vergleich zur *Quantity-Frequency*-Methode eine größere Anzahl an Trinktagen, eine größere Menge des jeweils getrunkenen Alkohols und eine größere Anzahl an Tagen, an denen sehr viel Alkohol getrunken wurde („excessive drinking days“). Dies deutet dar-

auf hin, daß die Daten der von Kraus und Meyer veröffentlichten Untersuchungen sicherlich nicht zu hoch angesetzt sind, sondern eher eine zu geringe Alkoholtrinkmenge zugrunde legen. Die Zahl der „problematisch konsumierenden“ Menschen in Deutschland dürfte somit noch um einiges höher liegen. Diese These wird auch durch die Tatsache gestützt, daß bei einer Rückrechnung von Konsummengen aus Bevölkerungsbefragungen regelmäßig nicht die Mengen errechnet werden, die in Deutschland *tatsächlich* umgesetzt werden (Hüllinghorst 1996).

Zum Alkoholkonsum im höheren Alter (> 60) liegen nach Grohe (1996) nur wenige aussagekräftige Daten vor: nach einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) könne man allerdings davon ausgehen, daß in dieser Population mit zunehmendem Alter der Anteil abstinent lebender Menschen zunimmt, während der Anteil der „starken Trinker“ leicht abnimmt.

Der Alkoholkonsum im Jugendalter ist vergleichsweise besser untersucht. So führt z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung repräsentative Befragungen Jugendlicher zum Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogengebrauch durch (BZGA 1994). Danach hat in den vergangenen 20 Jahren der Anteil Jugendlicher, die wenigstens einmal pro Woche Alkohol trinken, stetig abgenommen. In der Altersgruppe der 14-17jährigen sank der Anteil der Biertrinker von 40 auf 19%, der Weintrinker von 17 auf 4% und der Schnapstrinker von 10 auf 5%. Was diese Zahlen allerdings vermuten lassen, daß nämlich die Gesamtmenge konsumierten Alkohols gesunken sei, ist nicht der Fall. Seit 1986 ist die Menge getrunkenen Alkohols in dieser Altersgruppe konstant. Das bedeutet, daß immer weniger Jugendliche immer mehr Alkohol trinken. Der Anteil von Jungen ist dabei wesentlich höher als der der Mädchen: in der Altersgruppe der 12-25jährigen trinken 50% der Jungen mindestens einmal wöchentlich Alkohol und 11% der Mädchen. Nichtgymnasiasten trinken mehr Bier als Gymnasiasten (Verhältnis in etwa 3 : 2), bei Wein und Spirituosen halten sich Gymnasiasten und Nichtgymnasiasten in etwa die Waage (Hurrelmann 1996).

Scherer/Mengistu/Meyer/Weitkunat (1996) befragten 423 Schüler der Klassen 6 - 9 aus zehn Münchener Hauptschulen zu ihrem Wissensstand, ihren Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Alkohol. Das „Einstiegsalter“ muß relativ früh angesetzt werden: $\frac{3}{4}$ der Schüler hatten bis zum Alter von 12 Jahren schon Erfahrungen mit Alkohol gemacht, über die Hälfte schon mit 10 Jahren. Supermärkte, Freunde und Elternhaus sind die wesentlichen Bezugsquellen. 35% hatten dabei die Wirkungen des Alkohols als angenehm erlebt. Jeder Dritte 11-17jährige (36%) gab an, schon einmal starke alkoholische Wirkungen wie Enthemmung, Rausch oder Betäubung verspürt zu haben.

Alkoholkonsum ist immer in einen kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund eingebettet. So unterscheidet man international vier „Kulturformen“ des Umgangs mit Alkohol (nach Hüllinghorst 1996):

1. *Abstinenzkulturen*: Der Genuß von Alkohol ist verboten.
2. *Ambivalenzkulturen*: Alkohol ist zwar erlaubt, aufgrund der puritanischen Grundeinstellung der Gesellschaft sind jedoch Vertrieb und Konsum Einschränkungen unterworfen.
3. *Permissivkulturen*: der Genuß alkoholischer Getränke ist zwar erlaubt, öffentliche Trunkenheit und andere pathologische Erscheinungen des Alkoholkonsums werden jedoch abgelehnt.
4. *Funktionsgestörte Kulturen*: Selbst häufiger und hoher Alkoholkonsum und in gewissem Umfang sogar der Exzeß werden toleriert.

Deutschland muß nach Ansicht des Autors als *funktionsgestörte Kultur* angesehen werden: häufiger und hoher Alkoholkonsum wird solange toleriert und respektiert, wie die Betroffenen ihren sozialen Verpflichtungen nachkommen. Es gibt keinerlei Einschränkungen des Vertriebs. Ganz im Gegenteil: flächendeckend ist es über 24 Stunden am Tag möglich, innerhalb kürzester Zeit alkoholische Getränke zu kaufen. Gelegentlich zu beobachtende Einschränkungen des Konsums (etwa in Fußballstadien) dienen ausschließlich der Wahrung der öffentlichen Sicherheit, nicht aber dem Schutz des einzelnen vor Intoxikation. Öffentliche Trunkenheit ist für sich allein gesellschaftlich akzeptiert, erst in Verbindung mit unangenehmen Begleiterscheinungen findet eine gesellschaftliche Ächtung statt.

Diese tolerante Einstellung gegenüber dem Alkoholkonsum findet sich darüber hinaus auch in der Preis- und Steuerpolitik wieder. Dem Jahrbuch Sucht '97 (Hüllinghorst 1996) kann entnommen werden, daß die Steigerung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nicht mit einer entsprechenden Steigerung der Kosten für Spirituosen einhergegangen ist: der durchschnittliche Preis für Weinbrand liegt um 15% unter dem aufgrund der Veränderungen des Lebenshaltungskostenindex zu erwartenden, der Preis für Korngetränke ist um 26% niedriger. Im EU-Vergleich hat Deutschland die geringsten Steuersätze für Bier und Wein, für Schaumwein und Spirituosen liegen sie unter dem Durchschnitt (Junge 1995).

Es kann davon ausgegangen werden, daß dieser kulturelle Hintergrund für die Effektivität von Behandlungs- und Beratungsangeboten, die letztlich *gegen* den Konsum von (zuviel) Alkohol gerichtet sind, eine Rolle spielt. Zwar liegen dazu keine wissenschaftlichen Vergleichs-Untersuchungen vor, es dürfte aber einleuchten, daß der subjektiv erlebte gesellschaftliche „Druck“, den Alkohol stärker zu kontrollieren oder darauf zu verzichten, den individuellen (Leidens-)Druck verstärkt.

Wissenschaft und Praxis haben sich lange Zeit ausschließlich mit dem Phänomen der Abhängigkeit befaßt. Das soziale und gesundheitliche Risiko des „nicht-pathologischen“ Trinkens wurde bis weit in die 90er Jahre hinein von der Fachöffentlichkeit vernachlässigt. Insbesondere am Beispiel der Krebserkrankungen wird deutlich, wie hartnäckig man lange Zeit an der traditionellen Ideologie und Nomenklatur festhielt (s. u.). Ritson (1997) führt dazu aus, daß sich im Hinblick auf die Ursachen alkoholbedingter Folgeprobleme nicht zuletzt aufgrund der Public-Health-Bewegung in den letzten Jahren ein Wandel vollzogen hat:

Die Forschung der letzten 20 Jahre hat ... zu einem Paradigmenwechsel geführt: im Vordergrund steht nicht mehr das Krankheitskonzept des Alkoholismus, sondern die Anerkennung der Tatsache, daß sich alkoholbezogene Probleme bei einem Großteil der mäßigen Trinkerinnen und Trinker einer Bevölkerung entwickeln können - und nicht nur bei einer kleinen Gruppe derjenigen Trinkerinnen und Trinker, die vom Alkohol abhängig sind.

Edwards/Anderson/Babor et al. (1994) vertreten die Thesen, daß es 1. einen direkten Zusammenhang zwischen der individuellen Konsummene und dem Ausmaß negativer Folgen und 2. einen direkten Zusammenhang zwischen der gesamtgesellschaftlich konsumierten Alkoholmenge und dem Ausmaß negativer Folgen in dieser Gesellschaft gibt. Das Gesamtausmaß negativer Folgen für eine Gesellschaft wird u. a. an den ökonomischen Kosten festgemacht, die im Zusammenhang mit Alkoholproblemen und deren Bewältigung entstehen. Die Autoren nehmen Bezug auf ein international anerkanntes Berechnungsverfahren von R. D. Rice („cost-of-illness approach“) und beziffern die geschätzten ökonomischen Kosten aufgrund von Alkoholproblemen in den USA auf über 100 Milliarden Dollar jährlich (1990). Bühlinger (1999) schätzt die ökonomischen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland auf 40 Mrd. DM.

Eine aktuelle Studie von Single/Robson/Xie/Rehm (1998) hat auf der Basis der o. g. Berechnungsstandards die ökonomischen Kosten von Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum in Kanada für das Jahr 1992 berechnet. Die Berechnung setzt sich im wesentlichen aus den in Abb. 1 aufgeführten Faktoren zusammen. Zwei Ergebnisse dieser Studie sind übertragbar auf andere westliche Industriegesellschaften:

1. Der Anteil der alkoholbedingten ökonomischen Folgekosten an den Gesamtkosten beträgt 41% (Nikotin 52%, Illegale Drogen 7%).
2. Der Anteil der alkoholbedingten Folgekosten am Gesamtbruttosozialprodukt beträgt 1,1%.

Überträgt man dieses Ergebnis auf bundesrepublikanische Verhältnisse, so ergibt sich folgende Beispielrechnung für das Jahr 1996 (Angaben aus dem Statistischen Jahrbuch 1997; Statistisches Bundesamt):

Bruttosozialprodukt: 3506,8 Milliarden DM x 1,1% = 38,6 Mrd. DM.

Wenn es auch methodisch viele Probleme und Fragen aufwirft, die durch Alkoholkonsum verursachten Folgekosten differenziert zu ermitteln (Jones/Caswell/Zhang 1995) und somit eindeutige und verlässliche Zahlen zu nennen (man beachte allerdings die Übereinstimmung der hier ermittelten 38,6 Mrd. DM mit den von Bühlinger aufgrund eher unsicherer Daten geschätzten 40 Mrd. DM), so können zumindest die einzelnen Bereiche, in denen Folgekosten entstehen, identifiziert werden. Ritson (1997) und Edwards/Anderson/Babor et al. (1994) haben dazu auf der Basis ökonomischer

mischer Analysen detaillierte Aufstellungen vorgelegt, die sich in den wesentlichen Aspekten nicht unterscheiden (s. Abb. 1).

Abb. 1: Zielbereiche alkoholbedingter Folgekosten

(Quellen: Edwards/Anderson/Babor 1994, Ritson 1997)

- 1. Kosten für die Industrie**
Produktionsausfälle durch Abwesenheit wegen Krankheit
Vorzeitige Todesfälle
- 2. Kosten für das Gesundheitssystem**
Psychiatrische Krankenhäuser, stationäre Kosten
Nicht-psychiatrische Krankenhäuser, stationäre Kosten
Andere alkoholbedingte stationäre Kosten
Kosten in Arztpraxen
Andere ambulante Kosten für Gesundheitsversorgung
Kosten für frühkindliche Alkoholschäden
- 3. Gesellschaftliche Kosten im Zusammenhang mit alkoholbedingten Problemen**
Aufwendungen für Körperschaften (in Deutschland etwa DHS)
Prävention, Forschung
- 4. Kosten aufgrund materieller Schäden**
Schäden aus Verkehrsunfällen
- 5. Kosten aufgrund von Kriminalität**
Polizeieinsätze bei Verkehrsvergehen
Versicherungskosten
Alkoholbedingte Gerichts- und Justizkosten, Kosten für Opfer von Gewalttaten

Dichotome Modelle, die pathologisches Trinken (Abhängigkeit) von nicht pathologischem („Normaler“ Konsum) versuchen zu trennen, werden dem Problem Alkohol in der Gesellschaft nicht gerecht. Eher geeignet erscheinen da Modelle, die die qualitative Veränderung des Trinkverhaltens mit Hilfe eines Kontinuums abbilden. Weinbrenner (1991) beschreibt vier „Quantensprünge“ auf einer „gedachten Linie zwischen Abstinenz und Sucht“:

- von der völligen Abstinenz zum gelegentlichen und mäßigen Trinken von Alkohol;
- ♦ vom gelegentlichen und mäßigen Trinken von Alkohol zum Mißbrauch und dadurch zur Gefährdung durch den Alkohol;
- ♦ von der Gefährdung durch Alkohol zur (seelischen) Abhängigkeit von Alkohol;
- ♦ von der (seelischen) Abhängigkeit von Alkohol zur (körperlich-seelischen) Alkoholsucht.

Das Ausmaß der Gefährdung bemißt sich an der Trinkhäufigkeit, der Trinkmenge und den Trinkmotiven. Nach Weinbrenner (ebd.) trinken etwa 70% der Bevölkerung täglich oder fast täglich, viele von ihnen übermäßig, was hier im Hinblick auf die Leber-Verträglichkeit bedeutet: mehr als 40-50 Gramm reinen Alkohol am Tag bei Männern (2-3 Flaschen 0,5 l Bier oder 0,4-0,5 l Wein oder 4-5 kl. Schnäpse) bzw. mehr als 20 Gramm bei Frauen. Weinbrenner (ebd.) weiter:

Etwa 35% der Alkohol trinkenden Bevölkerung konsumieren täglich mindestens diese Mengen. Ein Drittel davon muß als akut alkoholgefährdet angesehen werden, da bei ihnen entweder die Bereitschaft zur Konsumintensivierung vorliegt oder sie bereits Probleme mit dem Alkohol haben bzw. am Rande des Alkoholismus stehen.

In den 80er und 90er Jahren wurden viele Untersuchungen veröffentlicht, die sich mit den protektiven und schädlichen Effekten des Alkoholkonsums befaßt haben. Studien, die v. a. den protektiven Effekt von Alkohol untersuchen sollten, konzentrierten sich auf kardiovaskuläre Erkrankungen. Studien, die insbesondere den schädlichen Effekt von Alkohol untersuchten, konzentrierten sich v. a. auf Karzinome und allgemeine bzw. spezifische Sterblichkeitsraten. Die Ergebnisse einiger Studien sollen im folgenden kurz vorgestellt werden.

Ausgewählte Studien zum schädlichen Effekt von Alkohol

In der medizinischen Fachliteratur wurde schon zu Anfang dieses Jahrhunderts der Einfluß von relativ geringen Mengen Alkohol auf Karzinome des oberen Aerodigestivtraktes diskutiert. International liegt mittlerweile eine kaum übersehbare Fülle von Veröffentlichungen zum Zusammenhang von Krebserkrankungen und Alkoholkonsum vor. Aktuelle Veröffentlichungen aus dem deutschsprachigen Raum zum Zusammenhang von Alkohol und Krebs gehen vor allem auf eine Arbeitsgruppe der Universität Heidelberg zurück (vgl. Homann & Seitz 1996). In einer Studie dieser Arbeitsgruppe konnte ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkoholkonsum und dem Auftreten von Mundhöhlen-, Rachen- und Kehlkopfkrebs nachgewiesen werden. Das *Erkrankungsrisiko* z. B. für Rachenkrebs stieg - nach statistischer Bereinigung anderer Einflußgrößen (v. a. Rauchen) - ab einer täglich konsumierten Menge von mehr als 25 Gramm Alkohol signifikant an (Maier & Tisch 1996).

Cheng/Duffy/Day et al. (1995) befragten 400 Patienten, die zwischen 1989 und 1990 zur Operation eines histologisch gesicherten Ösophaguskarzinoms in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, detailliert zu ihren Alkohol-Trinkgewohnheiten (Beginn und evtl. Ende des Konsums, täglich/wöchentlich konsumierte Menge etc.). Die Angaben der Studienpatienten wurden mit denen von Kontrollpatienten verglichen. Die Auswertung zeigte, daß steigender Alkoholkonsum, mit einem zunehmenden Risiko für das Ösophaguskarzinom verbunden war. Während ein wöchentlicher Alkoholkonsum von weniger als 200 g Alkohol (25 Standardgetränke) - verglichen mit Nicht-Trinkern - ein vergleichbares Erkrankungsrisiko bedeutete, ging ein wöchentlicher Konsum von mehr als 600 g Alkohol (75 Standardgetränke) mit einem über neunfach erhöhten Erkrankungsrisiko einher.

Eine prospektive Studie von Garfinkel/Boffetta/Stellmann (1988) mit 581.321 Frauen aus 25 nordamerikanischen Staaten ermittelte für Frauen, die zwischen einem und vier Standardgetränken täglich konsumierten, ein gegenüber Nicht-Trinkerinnen leicht erhöhtes Risiko, an Brustkrebs zu sterben (1,26 : 1), ein vergleichsweise deut-

lich erhöhtes Risiko für Frauen, die mehr als vier Standardgetränke täglich konsumierten (1,89 : 1). In derselben Studie bestätigte sich der - wesentlich deutlicher ausfallende - häufig festgestellte Befund, daß ansteigender Alkoholkonsum direkt proportional mit einem Anstieg der Sterblichkeitsraten aufgrund von Leberzirrhosen (z. B. bei 3 Standardgetränken täglich 11,5 : 1) und Karzinomen des oberen Verdauungstrakts (z. B. bei 3 Standardgetränken täglich 6 : 1) verbunden ist.

Edwards/Anderson/Babor et al. (1994) haben eine ausführliche Übersicht wissenschaftlicher Untersuchungen zum Verhältnis von individuellen Trinkgewohnheiten und positiven/negativen körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen vorgelegt. Ein mit steigendem Alkoholkonsum signifikant erhöhtes Erkrankungsrisiko wurde z. B. für den Brustkrebs bei Frauen, für Bluthochdruck und Schlaganfall bei Männern, für Leberzirrhose, für Verkehrsunfälle, für negative soziale Konsequenzen und die allgemeine Sterblichkeitsrate festgestellt. Besonders betonen die Autoren, daß derartige negative Effekte selbst schon bei relativ geringen Mengen Alkohol (und ausdrücklich nicht erst im Falle einer Alkoholabhängigkeit) eintreten können.

Abb. 2: Probleme in Zusammenhang mit Rausch

(Quelle: Ritson 1997)

Soziale Probleme

Häusliche Gewalttätigkeit, Kindervernachlässigung/Kindesmißbrauch, Häusliche Unfälle, Nichterscheinen am Arbeitsplatz, Arbeitsunfälle, Öffentliche Trunkenheit, Fussballrowdytum, Diebstahl, Totschlag, Fahren unter Alkoholeinfluß, Verkehrsunfälle, Unerwünschte Schwangerschaft

Psychologische Probleme

Schlaflosigkeit, Depression, Angstneurose, Amnesie, Selbstmordversuch, Selbstmord

Körperliche Probleme

Hepatitis, Magenschleimhautentzündung, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gicht, Trauma, Schlaganfälle, Akute Alkoholvergiftung, Impotenz, Fötalschaden

Abb. 3: Probleme in Zusammenhang mit ständigem starkem Trinken

(Quelle: Ritson 1997)

Soziale Probleme

Familienprobleme, Scheidung, Obdachlosigkeit, Arbeitsschwierigkeiten, Arbeitslosigkeit, Schulden, Häufige Verurteilungen wegen Trunkenheit, Betrug, Landstreicherei

Psychologische Probleme

Schlaflosigkeit, Depression, Angstneurose, Selbstmordversuch, Demenz, Amnesie, Selbstmord, Persönlichkeitsveränderungen, Delirium tremens, Mißbrauch von anderen Drogen

Körperliche Probleme

Zirrhose, Leberkrebs, Magenschleimhautentzündung, Hoher Blutdruck, Fettleibigkeit, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Nervenerkrankungen, Mund-, Larynx-, Speiseröhrenkrebs, Brustkrebs, Ernährungsmangel, Schlaganfälle, Unfruchtbarkeit, Fötalschaden

Als beispielhafte aktuelle Studie sei hier eine prospektive Längsschnittuntersuchung von Romelsjö & Leifman (1999) angeführt: 49618 schwedische Wehrpflichtige wur-

den zum Zeitpunkt des Wehrdienstes und nach 25 Jahren zu ihren Alkoholtrinkgewohnheiten befragt. Kontrolliert wurden die Sterblichkeitsrate, Herzinfarkte und Schlaganfälle. Es fand sich u. a. eine signifikante Beziehung zwischen der angegebenen Alkohol-Trinkmenge zum Ersterhebungszeitpunkt und dem Sterblichkeits-Risiko (relatives Risiko von 1.37 für Männer, die täglich mehr als 2 Standardgetränke [> 15 Gramm] konsumierten) sowie einer späteren Krankenhausbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit, Alkoholpsychose oder Alkoholintoxikation (relatives Risiko von 5.71). In der Diskussion der Ergebnisse schreiben die Autoren dem Alkohol keine alleinverursachende Funktion zu, sondern gehen von einem „Netz-Effekt“ insbesondere in Verbindung mit Nikotinkonsum aus.

Ritson (1997) differenziert zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Problemen und unterscheidet dabei solche, die im Zusammenhang mit starkem Rausch entstehen können (Abb. 2), von solchen, die im Zusammenhang mit ständigem starkem Trinken entstehen können (Abb. 3).

Ein sehr oberflächlicher Vergleich der beiden Abbildungen verdeutlicht, wie sich die Gewichtung der Probleme mit zunehmender Chronifizierung von sozialen auf körperliche Probleme verschiebt. Anders ausgedrückt: stehen bei einmaligen Rauschzuständen die sozialen Folgeprobleme im Vordergrund, so entwickeln sich mit zunehmender Gewöhnung mehr und mehr schwerwiegende körperliche Störungen.

Ausgewählte Studien zum protektiven Effekt von Alkohol

Doll/Petro/Hall et al. (1994) untersuchten in einer prospektiven Studie (1951-1978) über 12.000 männliche britische Ärzte im Hinblick auf einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Sterblichkeitsrate. Bezogen auf alle Todesursachen ergab sich ein U-förmiger Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Sterblichkeitsrisiko: das geringste Sterblichkeitsrisiko wiesen diejenigen auf, die zwischen 8 und 14 Standardgetränken wöchentlich konsumierten (entspricht einem bis zwei Standardgetränken pro Tag). Im Falle von ischämischen Herzerkrankungen verschob sich dieser positive Effekt bis hin zu etwa 21 Standardgetränken wöchentlich. Ein deutlicher Anstieg des Sterblichkeitsrisikos für alle Todesursachen wurde ab 21 Standardgetränken wöchentlich festgestellt. Die Autoren fassen die wesentlichen Schlußfolgerungen ihrer bedeutenden Untersuchung folgendermaßen zusammen:

Der Konsum von Alkohol scheint das Risiko einer ischämischen Herzerkrankung zu senken, weitgehend ungeachtet der konsumierten Menge. Unter denen, die regelmäßig Alkohol trinken, steigt die allgemeine Sterblichkeitsrate ab einer wöchentlich konsumierten Menge von 21 Standardgetränken in progressiver Form an. Bei Männern im mittleren oder höheren Alter ist der Konsum von einem oder zwei Standardgetränken täglich verbunden mit einer im Vergleich zu Nicht-Trinkern oder Viel-Trinkern signifikant niedrigeren Sterblichkeitsrate. Bei mehr als drei Standardgetränken täglich steigt die allgemeine Sterblichkeitsrate entsprechend dem ansteigenden Konsumniveau an.

Eine prospektive Studie an 6051 Männern und 7234 Frauen in Dänemark (Groenbaek/Deis/Sorensen et al. 1995) kommt zu dem Ergebnis, daß leichter bis moderater Alkoholkonsum (Wein und Bier) assoziiert ist mit einem gegenüber Nicht-Trinkern geringeren Risiko, an Herzerkrankungen zu sterben. Leichter bis moderater Konsum ist hier definiert als „drei bis fünf drinks“, was in dieser Untersuchung 36-60 Gramm Alkohol entspricht. Weinkonsum allein würde darüber hinaus im Vergleich mit Nicht-Trinkern bzw. Nicht-Weintrinkern das allgemeine Sterblichkeitsrisiko senken.

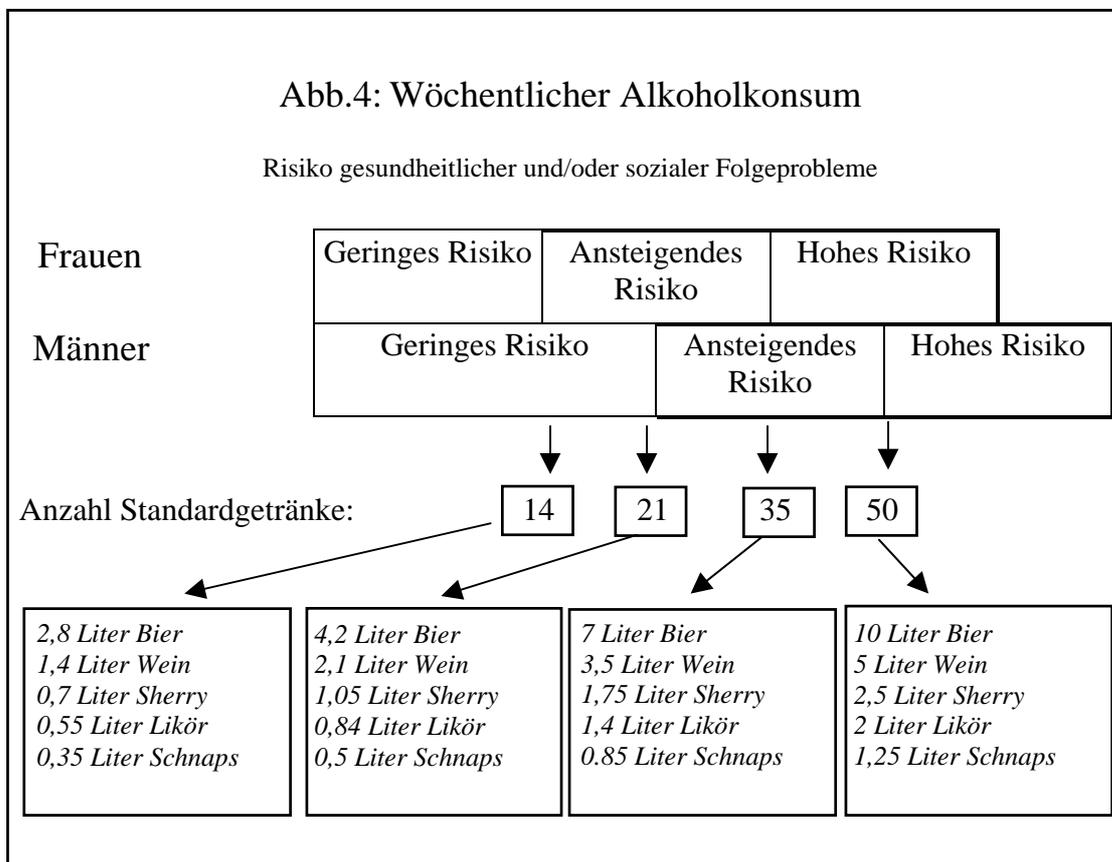
Die oben beschriebene Studie von Romelsjö & Leifman (1999) ermittelte für Männer, die täglich mehr als zwei Standardgetränke (> 15 Gramm) konsumierten, ein im Vergleich zu Nicht-Trinkern geringeres relatives Risiko eines Herzinfarktes (RR = 0.73).

Rimm/Klatsky/Grobbee/Stampfer (1996) haben 25 Studien mit gesamtgesellschaftlicher (12), Kohorten- (10) und Einzelfall-Perspektive (3) auf den Zusammenhang von Alkoholkonsum und Risiko einer koronaren Herzerkrankung bzw. Sterblichkeit hin analysiert. Dabei haben sie ausschließlich solche Studien berücksichtigt, die Aussagen zum Vergleich verschiedener alkoholischer Getränke machten. Die Studien, die den gesamtgesellschaftlichen Alkoholkonsum als Bezugsgröße verwandten, kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß *Wein* das koronare Sterblichkeitsrisiko am effektivsten senkt. Die Einzelfallstudien hingegen fanden kein so eindeutiges Ergebnis. Die Kohorten-Studien schließlich brachten unterschiedliche Ergebnisse hervor: Effekte - z. T. auch umgekehrte - wurden für alle Getränke gefunden. Die Autoren schlußfolgern, daß alle alkoholischen Getränke mit einem geringeren Risiko verbunden sein können, daß somit der kardioprotektive Nutzen eher vom *Alkohol* selbst als von anderen Ingredienzien der Getränke herrührt.

Die oben erwähnte prospektive Studie von Garfinkel/Boffetta/Stellman (1988) zeigte zwar keinen protektiven Effekt des Alkoholkonsums auf koronare Herzerkrankungen (gleichbleibendes Sterblichkeitsrisiko auch bei ansteigendem Konsum), die Daten belegen allerdings, daß Alkoholkonsum auch in größeren Mengen (mehr als 6 Standardgetränke täglich) offenbar keinen negativen Effekt auf die Sterblichkeitsrate aufgrund von Herzerkrankungen hat.

Empfehlungen / Grenzwerte

Die alkoholproduzierende Industrie hat die Untersuchungen zum kardioprotektiven Effekt von Alkohol begeistert aufgenommen. So empfiehlt ein der Deutschen Weinakademie nahestehender populärer Ernährungswissenschaftler (Worm 1997) nach Durchsicht der ihm zugänglichen Untersuchungen eine (bezogen auf Weißwein oder Rotwein) „sichere“ Menge von 24g Alkohol für die Frau (= 3 Standardgetränken) und 32 g Alkohol für den Mann (= 4 Standardgetränken). Er betont darüber hinaus, daß die „optimale Dosis, speziell bei Wein, *wahrscheinlich* etwas höher“ liegt.



Eine vereinfachende - weil weder nach Geschlecht noch Alter differenzierende - Empfehlung sprach das Bundesgesundheitsamt aus: „Nicht mehr als zwei ‘drinks’ pro Tag!“ (1994). Bemerkenswert an dieser Empfehlung ist, daß hier unabhängig von diagnostischen Klassifikationen die Alkoholtrinkmengen als bestimmende Größe eines *Risikoprofils* herangezogen wurden. Im einzelnen wird auf akute Folgen wie z. B. Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle, Haushaltsunfälle oder Gewalttaten hingewiesen, sowie auf das Risiko, selbst bei moderatem Alkoholkonsum an bestimmten Krebsarten zu erkranken.

Die British Medical Association BMA (1995) legte die Grenzwerte eines *wenig risikanten Alkoholkonsums* insbesondere aufgrund der Untersuchung von Doll/Petro/Hall et al. (1994) auf wöchentlich ca. 110 Gr. Alkohol/Woche bei Frauen (14 Standardgetränke) und ca. 170 Gr. Alkohol/Woche bei Männern (21 Standardgetränke) fest (s. Abb. 4).

Doll (1995) selbst weist darauf hin, daß der gesundheitliche Nutzen von Alkohol im Hinblick auf ischämische Herzerkrankungen vermutlich in einem höheren Bereich als dem von der BMA empfohlenen liege. Dies begründet er damit, daß die auf Selbstaussagen basierenden Alkoholkonsummengen aus Bevölkerungsstudien in der Regel zu niedrig angegeben seien. Bekanntermaßen würden die tatsächlich verkauften Alkoholmengen wesentlich höher liegen als die hochgerechneten Alkoholmengen aufgrund von Selbstaussagen. Dieses Phänomen wird im übrigen auch von Hüllinghorst (1996) für den deutschsprachigen Raum beschrieben.

Aufgrund einiger kritischer Kommentare zur Methodik der Untersuchung von Doll/Petro/Hall et al. sowie der vereinfachenden und undifferenzierten Grenzsetzung der BMA (Shaper 1995, Jackson & Beaglehole 1995, Rehm/Bondy/Room 1995) verlagerte sich in den letzten Jahren die Richtgröße der Empfehlungen vom wöchentlichen auf den täglichen Alkoholkonsum. Das britische Gesundheitsministerium veröffentlichte deshalb 1995 neue Leitlinien zum „Maßvollen Trinken“ (zit. nach Ritson 1997):

„Männer: Der gesundheitliche Nutzen des Alkoholtrinkens bezieht sich auf Männer, die älter als 40 Jahre sind, und liegt im allgemeinen bei etwa einem Standardgetränk (ca. 8 g Alkohol) pro Tag, der maximale gesundheitliche Nutzen liegt zwischen einem und zwei Standardgetränken pro Tag. Der regelmäßige Konsum von drei bis vier Standardgetränken bei Männern jeden Alters birgt keine signifikanten gesundheitlichen Risiken. Der andauernde Konsum von vier oder mehr Standardgetränken kann wegen der ansteigenden gesundheitlichen Risiken nicht als maßvolles Trinken empfohlen werden.

Frauen: Der gesundheitliche Nutzen des Alkoholtrinkens bezieht sich auf Frauen nach der Menopause und liegt im allgemeinen bei etwa einem Standardgetränk (ca. 8 g Alkohol) pro Tag, der maximale gesundheitliche Nutzen liegt zwischen einem und zwei Standardgetränken pro Tag. Der regelmäßige Konsum von zwei bis drei Standardgetränken bei Frauen jeden Alters birgt keine signifikanten gesundheitlichen Risiken. Der andauernde Konsum von drei oder mehr Standardgetränken kann wegen der ansteigenden gesundheitlichen Risiken nicht als maßvolles Trinken empfohlen werden.“

Aasland (1997) kritisiert an den Schlußfolgerungen, die aus den Untersuchungen zur kardioprotektiven Wirkung des Alkohols gezogen werden, daß sie undifferenziert verallgemeinern: der positive Effekt sei nämlich insbesondere in der Gruppe der „Männer im mittleren Alter in westlichen Industriegesellschaften“ ausgeprägt, einer Gruppe, die traditionell eine hohe kardiovaskuläre Mortalitätsrate aufweist. Diese Kritik von Aasland wird durch die Ergebnisse einer

prospektiven Untersuchung an 85.000 Frauen von Fuchs/Stampfer/Colditz et al. (1995) gestützt: der kardioprotektive Nutzen eines leichten bis moderaten Alkoholkonsums (hier: 1,5 g bis 29,9 g Alkohol pro Tag; entspricht 0,2 bis etwa 4 Standardgetränke) ist einzugrenzen auf die Gruppe derjenigen Frauen, die ein größeres Risiko für koronare Herzerkrankungen aufweisen, d. h. ältere Frauen (> 50) und Frauen mit einem oder mehreren koronaren Risikofaktoren.

Anderson (1995) weist in seiner Kritik der „Empfehlungen“ auf eine kanadische Untersuchung hin, derzufolge ab einer täglich konsumierten Menge von 2,5 Standardgetränken ein signifikant erhöhtes Risiko bestünde, daß zwei oder mehr nachteilige soziale Folgen in den Bereichen Familie, Freunde, Arbeit, Geld oder Justiz/ Kriminalität aufträten.

Aasland (1997) warnt die Gesundheitspolitik davor, aufgrund der kardioprotektiven Effekte des Alkohols konkrete Empfehlungen zum gesamtgesellschaftlichen Alkoholkonsum auszusprechen: eine Steigerung des Alkoholkonsums bei denjenigen, die

bislang weniger als die empfohlenen Mengen Alkohol trinken, würde zu einer gesamtgesellschaftlichen Steigerung des Alkoholkonsums und somit zu einem Anstieg alkoholbedingter Folgeprobleme führen.

Zu einer ähnlichen Schlußfolgerung gelangen Criqui & Ringel (1994), die Daten zum Alkoholkonsum, zur Ernährung und zur Mortalität aus 21 industrialisierten, relativ wohlhabenden Ländern aus den Jahren 1965, 1970, 1980 und 1988 untersucht haben. Die Autoren betonen in ihren Schlußfolgerungen, daß die protektive Wirkung des Weins im Hinblick auf koronare Herzerkrankungen innerhalb einer Population letztendlich durch Anstiege bei anderen Todesursachen aufgehoben wird. Der Alkoholkonsum solle somit zum Zwecke der Kardioprotektion als Maßnahme der öffentlichen Gesundheit nicht propagiert werden.

Am Beispiel Norwegens verdeutlicht Aasland (ebd.) die Konsequenzen eines gesamtgesellschaftlichen Anstiegs des Alkoholkonsums: derzeit liegt der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol in Norwegen bei ca. 4,7 Liter. Umgerechnet bedeutet dies einen durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum von 12,9 Gramm = 1,5 Standardgetränken, für die *erwachsene* Bevölkerung ca. 5,8 Liter, somit durchschnittlich 15,9 Gramm = 2 Standardgetränke. Der durchschnittliche Norweger trinkt somit nach den Grenzwerten der Britischen Ärztevereinigung (s. Abb. ?) in einem Bereich *geringen Risikos*. Aasland bezieht sich auf eine Untersuchung von Holder/Giesbrecht/Horverak et al. (1995), nach der sich die Mortalitätsrate in Norwegen bei einem *Anstieg* des Pro-Kopf-Verbrauchs an reinem Alkohol um 1 Liter (20%) um 10% erhöhen würde (von derzeit 3.300 auf 3.620), bei einem Anstieg um 2,5 Liter (50%) um 20% (auf 4.150), bei einer Verdoppelung des Konsums - auf etwa deutsches Niveau - um 60% (auf 5.280).

Der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol liegt im Jahr 1996 in Deutschland bei 10,9 Liter (DHS 1997). Berücksichtigt man die Altersgliederung der Bundesrepublik Deutschland (Statistisches Bundesamt 1997) und bezieht auch hier ausschließlich die *erwachsene* Bevölkerung ab 18 Jahren ein, dann ergibt sich eine Population von ca. 65.000.000 potentiell alkoholtrinkenden Menschen. Der tatsächliche Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol läge unter dieser Voraussetzung bei etwa 12,2 Litern im Jahr. Dies wiederum bedeutet durchschnittlich 33,4 Gramm reinen Alkohols täglich für jeden potentiell alkoholtrinkenden Bundesbürger. 33,4 Gramm Alkohol entsprechen etwa 4 Standardgetränken. Der durchschnittliche Bundesbürger trinkt somit in einem Bereich *ansteigenden Risikos*.

Es verwundert somit nicht, daß ...

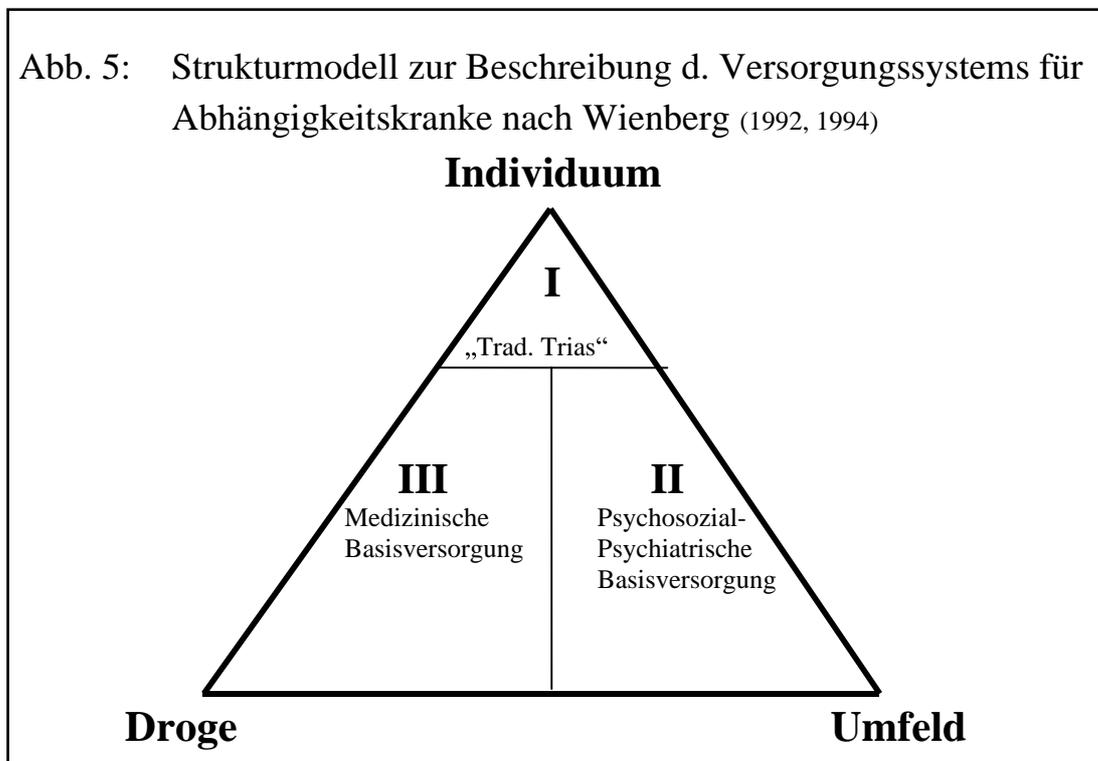
- ♦ ... nach einer konservativen Schätzung etwa 30.000 bis 40.000 Menschen jährlich an den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums sterben (Brockhoff 1994; auf Grundlage der Berechnungsformel von Holder/Giesbrecht/Horverak et al. muß man von einer tatsächlichen Mortalitätsrate von ca. 60.000 Men-

- schen ausgehen),
- ♦ ... mehr als 2000 Kinder pro Jahr mit schwersten körperlichen und seelischen Schäden aufgrund eines übermäßigen Alkoholkonsums der Mütter in der Schwangerschaft zur Welt kommen (Junge 1994).

Bedenkt man das vielfache individuelle Leid, das mit diesen und allen anderen o. g. alkoholbedingten bzw. alkoholassozierten Konsequenzen verbunden ist, dann wird deutlich, ein wie großes Problem der Alkoholkonsum in der Gesellschaft darstellt.

1.2 Versorgungsstrukturen für Menschen mit Alkoholproblemen

Im Hinblick auf die Versorgung alkoholabhängiger Menschen hat Wienberg (1992, 1994) ein Strukturmodell vorgeschlagen, das den Anspruch erhebt, den Gesamtkomplex professioneller psychosozialer sowie medizinisch-psychiatrischer Hilfen annäherungsweise vollständig zu beschreiben (s. Abb. 5).



Das Modell knüpft daran an, daß es sich bei der Alkoholabhängigkeit um ein *bio-psycho-soziales* Phänomen handelt. Dies gilt für seine Entstehungsbedingungen, bei denen biologische, psychische und soziale Einflüsse eine nachweisbare Rolle spielen; es gilt ebenso für die Folgen, bei denen sich ebenfalls körperliche, psychische und soziale Aspekte unterscheiden lassen und es hat schließlich für die Behandlung zu gelten, die alle drei Aspekte qualifiziert integrieren muß.

Auch in der Struktur der Versorgung alkoholabhängiger Menschen lassen sich die drei genannten Aspekte aufzeigen. Sie ist in der Bundesrepublik zum einen geprägt

durch das gegliederte System des Sozial- und Gesundheitswesens und zum anderen von der besonderen historischen Entwicklung, die die Suchtkrankenhilfe weitgehend unabhängig von der Medizin im allgemeinen und der Psychiatrie im besonderen genommen hat.

Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Problemverständnisses lassen sich die Hilfen nach ihrem primären Ansatzpunkt typisieren und innerhalb eines Dreiecks anordnen (vgl. Kremer/Wienberg/Dormann u. a. 1997):

- Den ersten Eckpunkt markieren diejenigen Hilfen, die ihren Schwerpunkt auf die *Person* des Abhängigkeitskranken legen, d.h. die auf eine Modifikation von Verhalten, Einstellungen, Affekten und Interaktionen des Kranken abzielen. Es sind im wesentlichen die Institutionen der „traditionellen Trias“ Fachberatungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen, die diesen Teil des Hilfesystems ausmachen. Obwohl vertreten, dominieren nicht Mediziner, sondern nichtärztliche Berufsgruppen diesen Bereich. Die zur Verfügung stehenden Hilfen haben *Angebotscharakter*, d.h. die Betroffenen müssen von sich aus aktiv werden. Dies setzt ein Mindestmaß an Leidensdruck, Problembewußtsein und Eigenmotivation zur Veränderung der Situation bereits voraus.
- In Richtung auf den zweiten Eckpunkt sind diejenigen Hilfen angeordnet, die stärker auf die *soziale Situation* des Erkrankten bezogen sind. Die Interventionen zielen primär darauf ab, soziale Folge- und Begleitprobleme der Abhängigkeit zu mildern. Neben den klassischen Diensten der öffentlichen Sozial- und Gesundheitsfürsorge sind hier die Träger der freien Wohlfahrtsverbände mit komplementären Angeboten vertreten. Aber auch die Behandlung in psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern kann diesem Bereich zugerechnet werden, denn in der Psychiatrie werden besonders jene Abhängigkeitskranken behandelt, die bereits ausgeprägte soziale Beeinträchtigungen aufweisen und stark von Desintegration bedroht sind (Wienberg/Pörksen/Wessel/Zechert 1993). Schließlich sind auch Justizvollzug und Forensik in starkem Umfang mit der Bewältigung der sozialen Folgen von Abhängigkeit befaßt. Wir nennen diesen Bereich die *psychosoziale/psychiatrische Basisversorgung*. Zwar kommen auch hier psycho- und sozialtherapeutische Konzepte zum tragen, überwiegend ist jedoch nicht die Abhängigkeitserkrankung an sich akuter Anlaß für den Kontakt zu diesem Teil des Hilfesystems, sondern die damit verbundenen sozialen Problemlagen. Soweit sie dem Bereich des öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdienstes oder der Justizverwaltung angehören, erfüllen die Institutionen dieses Sektors gesetzlich geregelte *Pflichtaufgaben*.
- Nach der dritten Ecke sind diejenigen Institutionen angeordnet, die sich in erster Linie des *körperlichen* Aspektes von Abhängigkeitserkrankungen annehmen. Behandelt werden die Auswirkungen des Substanzmißbrauchs auf den Organismus.

Dies sind die akuten oder auch chronischen körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen, die Folgen von Anfällen und Verletzungen sowie schwere Intoxikationen. Behandlungsanlaß ist auch hier zumeist nicht die Abhängigkeitserkrankung selbst, sondern die körperlichen Störungen, die damit im Zusammenhang stehen. Dies ist der Bereich der *medizinischen Primärversorgung*. Die Hilfeanbieter sind zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung ohne Ansehen der Person *verpflichtet*, die niedergelassene Ärzteschaft im Rahmen des sog. Sicherstellungsauftrages, die Krankenhäuser im Rahmen ihres jeweiligen durch die Krankenhausbedarfspläne festgelegten Versorgungsauftrages.

Wienberg (1994) hebt besonders hervor, daß zwischen den drei Sektoren relativ wenig Kooperation herrscht. Es gibt nur in Ausnahmefällen definierte und systematische Vereinbarungen über Zusammenarbeit bzw. Differenzierung des (gemeinsamen) Auftrages:

Wenn überhaupt Kooperation vorkommt, so beschränkt sie sich in der Regel auf Weiterverweisung (Delegation) der Patientinnen und Patienten an andere Institutionen. Es besteht also eine Tendenz zur „Versäulung“ des Gesamtsystems, und es mangelt an Integration der unterschiedlichen Hilfeleistungen. Deshalb kann von relativ unverbundenen Sektoren der Versorgung gesprochen werden. Zwischen diesen Sektoren bleiben viele individuelle Bedarfslagen unbefriedigt. Eine der Folgen davon ist eine immense Verschwendung von Ressourcen, eine weitere, daß die meisten Abhängigkeitskranken ohne angemessene Behandlung und Hilfe bleiben.

Was die Erreichbarkeit bzw. Reichweite der einzelnen Sektoren anbelangt, so stellt Wienberg fest, daß der größte Teil der Alkoholkranken mit den (eigentlich dazu spezialisierten) Fachdiensten des Sektors 1 überhaupt nicht oder erst viel zu spät in Kontakt tritt.

Für die Population der *Abhängigkeitskranken* muß konstatiert werden, daß nur ein kleiner Teil den sog. Königsweg „Beratungsstelle - Entgiftung - Entwöhnung - Nachsorge (Selbsthilfe)“ beschreitet. Im einzelnen sehen die Daten zur Reichweite der suchtspezifischen Versorgungseinrichtungen folgendermaßen aus:

Für die *Suchtberatungsstellen* als ersten spezifischen Anlaufstellen für Probleme mit Alkohol läßt sich auf der Basis der EBIS-Erreichungsquote nach Einrichtungen (37%) bzw. Personalstellen (62%) folgende Hochrechnung aufstellen (Tab. 2):

Tab.2: Erreichungsrate ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen nach EBIS-Erreichungsquoten		
	<i>Nach Einrichtungen</i>	<i>Nach Personalstellen</i>
Tatsächlich erreicht:	43.705 = 37%	43.705 = 62%
Hochrechnung:	100% = 118.000	100% = 70.500

43.705 Klienten wurden im Jahr 1997 mit einer alkoholbezogenen Hauptdiagnose beraten. Es liegen keine gesicherten Daten vor, wie groß der Anteil der schädlich gebrauchenden Konsumenten an dieser Zahl ist. Nimmt man aber der Einfachheit halber einmal an, alle 43.705 Klienten seien alkoholabhängig, dann folgt daraus je nach Bezugswert eine hochgerechnete Gesamtzahl für alle Suchtberatungsstellen von 118.000 oder 70.500 Klienten. In Bezug gesetzt zu einer geschätzten Zahl von 1.700.000 Alkoholabhängigen ergibt das im Falle der einrichtungsbezogenen Hochrechnung eine Erreichungsquote von 6,9%, im Falle der personalstellenbezogenen Hochrechnung eine Quote von 4,1%.

Für Entgiftungsbehandlungen in fachlich dafür spezialisierten *psychiatrischen Kliniken/Abteilungen* liegen keine aktuellen Zahlen vor. Hier muß zurückgegriffen werden auf die von Wienberg (1995) referierten Zahlen, wonach zwischen 2% und 7% der aktuell alkoholabhängigen Menschen eine fachgerechte Entgiftung durchlaufen.

Laut Jahrbuch Sucht 1998 (DHS 1997) wurden im Jahr 1996 24.349 stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Menschen mit Alkoholabhängigkeit bewilligt. Kulick (1998) hat eine Statistik der LVA Rheinland-Pfalz vorgelegt, aus der hervorgeht, daß jede vierte bewilligte Reha-Maßnahme im Alkoholbereich nicht angetreten wird. Würde dieses Ergebnis auf die gesamte Bundesrepublik übertragen, hätten die Fachkliniken somit 18.260 alkoholabhängige Patienten erreicht, 1,1% aller Alkoholabhängigen in Deutschland. Positiver fällt da die bundesweite Gesamtbilanz für alle Suchtmittel aus: laut Jahrbuch Sucht 1998 (ebd.) werden bundesweit 84% der bewilligten Reha-Maßnahmen angetreten und abgeschlossen. Nimmt man diesen Wert als Richtwert, dann bedeutet das, daß im Jahr 1996 20.460 alkoholabhängige Patienten eine stationäre Entwöhnungsbehandlung planmäßig beendeten. In Bezug gesetzt zu den 1.700.000 Alkoholabhängigen bundesweit hätten die Fachkliniken somit 1,2% der Alkoholabhängigen erreicht.

Die Bewilligungen „Ambulanter Rehabilitation“ sind in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen. Waren es im Jahre 1997 noch 1923 Alkoholabhängige, die eine ambulante Entwöhnungstherapie absolvierten, so waren es 1998 schon 9153. Bezogen auf 1,7 Mio. Alkoholabhängige insgesamt werden somit durch die ambulante

Rehabilitation etwa 0,5% der aktuell Abhängigen erreicht. Die ambulante Rehabilitation hat sich somit zu einem ernsthaften Konkurrenten der stationären Rehabilitation entwickelt und wird aller Voraussicht nach in den nächsten Jahren zunehmend mehr stationäre Behandlungen ersetzen.

Für die Selbsthilfe als klassischen Nachsorgeanbieter für Menschen, die eine spezialisierte Suchtbehandlung absolviert haben, liegen lediglich Schätzzahlen vor: so geht Arenz-Greiving (1996) von 150.000 Menschen aus, Hüllinghorst (1997) von 120.000 Menschen, die in Selbsthilfegruppen organisiert sind. Holz/Leune (1999) sprechen mit Blick auf die im Rahmen der in der DHS organisierten Selbsthilfeverbände von 92.000 Menschen, die regelmäßig an Treffen von Selbsthilfegruppen teilnehmen. Wenn man einmal davon ausgeht, daß Alkoholabhängige den größten Teil der Selbsthilfegruppenmitglieder ausmachen, kommt man bei einer optimistischen Berechnung auf 5,4% - 8,8% aller Alkoholabhängigen in Deutschland.

Auf der Basis dieser aktualisierten Daten und Hochrechnungen läßt sich der Anteil einzelner Institutionen, die den Königsweg der Suchtkrankenbehandlung markieren, an der Gesamtprävalenz für *Alkoholabhängigkeit* folgendermaßen konkretisieren (Tab. 3).

Tab. 3: Anteil der 1-Jahres-Prävalenz in einzelnen Versorgungsinstitutionen an der Gesamtprävalenz

Fachberatungsstellen:	4,1 - 6,9%
Ambulante Rehabilitation (in Fachberatungsstellen):	0,5%
Fachkliniken:	1,1 - 1,2%
Selbsthilfe:	5,4 - 8,8%
Psychiatrische Krankenhäuser:	1,9 - 6,8%

Fachberatungsstellen und Fachkliniken erreichen jährlich nur etwa 5-8% aller Behandlungsbedürftigen. Durch psychiatrische Dienste und psychiatrische Kliniken werden nochmals etwa 7% der Alkoholkranken versorgt. Zur Reichweite und Kontaktdichte der Selbsthilfegruppen liegen keine nur annähernd gesicherten Daten vor.

Ca. 30.000 Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken der traditionellen Suchtkrankenhilfe stehen ca. 800.000 Behandlungsfälle bei Alkoholabhängigen in inneren und chirurgischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern gegenüber (Wienberg 1995). Die Behandlungsprävalenz von Abhängigkeitskranken bei niedergelassenen Ärzten ist ca. fünfzehnmal höher als in Fachberatungsstellen, in Allgemeinkrankenhäusern etwa zehnmal höher als in der Psychiatrie und etwa *dreißigmal höher* als in den Fachkliniken.

Die medizinische Basisversorgung bietet eine Reihe günstiger Voraussetzungen, um die Früherkennung und Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen substantiell

zu verbessern:

- ◆ Die Zugangsschwelle ist sehr niedrig.
- ◆ Die Kapazitäten (Praxen und Krankenhäuser) übersteigen diejenigen im fachspezifischen Versorgungssystem um ein Vielfaches.
- ◆ Die Finanzierung aller Leistungen ist auf der Basis der gesetzlichen Krankenversicherung im Prinzip geregelt.

Die Ignoranz der Fachöffentlichkeit gegenüber diesen und anderen Erkenntnissen liegt hauptsächlich darin begründet, daß im Hinblick auf alkoholbedingte Folgen zwischen medizinischer Forschung und Praxis auf der einen und dem Behandlungssystem für Alkoholkrankheiten auf der anderen Seite eine große Lücke klafft. Mediziner fühlen sich in der Regel ausschließlich für die symptomatische Behandlung alkoholbedingter Folgeerkrankungen zuständig (Reimer & Freisfeld 1984, Andritsch 1986, Feuerlein 1986), während das von Psychologen und Sozialarbeitern dominierte suchtspezifische Behandlungssystem große Probleme mit der Beteiligung von Medizinerinnen am Beratungs-/Behandlungsprozeß hat (Kramarz 1988).

Aktuell wird diese (irrationale) Spaltung an der Einführung der sog. „Anti-Craving“-Substanz Acamprosat deutlich: an medizinischen Universitätskliniken erprobt und zur Rückfallprophylaxe empfohlen (Soyka 1995, Wetterling & Veltrup 1997), von eher psychosozial orientierten Experten wegen methodischer Mängel kritisiert und skeptisch beurteilt (Körkel 1998), von Praktikern der traditionellen Suchtkrankenhilfe aus Angst vor einer „Medizinisierung“ grundsätzlich abgelehnt (Pyko 1997). Funke (1996) stellt fest, daß die Sprachbarrieren und Berührungängste zwischen akademischer Forschung und Anwendung von Fachwissen zwingend zu reduzieren seien:

Besonders deutlich erlebe ich dieses Phänomen der fachspezifischen Einigelung zur Zeit noch zwischen den Vertretern der biochemischen Forschungsrichtung, die in der Entwicklung pharmakologischer Behandlungsansätze voranschreiten und sicher gute, zukunftsweisende Arbeit leisten, und den psychotherapeutisch orientierten Kolleg/innen, die zu Recht die wenig differenzierte Sichtweise der Alkoholabhängigkeit und die mangelnde Einbeziehung psychosozialer Aspekte kritisieren. Erfreulicherweise hat der Dialog begonnen.

Ein weiteres großes Hindernis für eine bessere Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren stellt die unterschiedliche Finanzierung der einzelnen Anbieter dar. Die Beratungsstellen des Sektors 1 werden in der Regel aus Mitteln des Trägers und der Kommune finanziert. Aufgrund einer (nicht inhaltlich, sondern ökonomisch begründeten) Differenzierung wird die „Entgiftung“ von den Krankenkassen finanziert, die „Entwöhnung“ in den Fachkliniken (stationär) bzw. Beratungsstellen (ambulant) durch die Rentenversicherungsträger. Dieses Mischfinanzierungssystem für ein und dieselbe Erkrankung erfordert ein gut aufeinander abgestimmtes Netz der Hilfen. Genau dies aber ist nicht der Fall: Pörksen (1996) weist detailliert darauf hin, daß die einzelnen Hilfeanbieter weitgehend isoliert voneinander arbeiten. Behandlungskon-

zepte, -inhalte, -methoden und -ziele sind den Partialinteressen unterworfen. Pörksen (ebd.) fordert zur Integration der versäulten Systeme die Umsetzung eines Gesamtkonzepts der Suchtkrankenhilfe:

Eine Gesamtkonzeption liegt vor. Sie umzusetzen bedarf einer konzertierten Aktion, d. h. erheblicher Anstrengungen, um Einrichtungen, Kosten- und Leistungsträger, vor allem aber die in diesem Feld tätigen Personen zur Mitwirkung zu gewinnen. Möglicherweise wird dies nicht ohne klare Vorgaben und neue Finanzierungsregelungen gelingen.

Die besondere Struktur der Suchtkrankenversorgung in Deutschland führte nicht nur zu einer Isolierung der tragenden Säulen, sondern auch zu einer teilweisen Ent-Regionalisierung der Behandlung: nicht regionale Bedarfsplanung bestimmte das Angebot der Hilfen, sondern trägergebundene Angebotspolitik. Seit einigen Jahren nun ist ein Umdenkungsprozeß im Gange, der zu einer stärkeren Regionalisierung der Suchtkrankenhilfen führen wird (Hüllinghorst 1994). Ob dies aber zu einer regionalen Bedarfsplanung und damit zu einer regional aufeinander abgestimmten Gesamtkonzeption im Sinne der von Pörksen geforderten führen wird, diese Frage kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden.

Das 1999 von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren veröffentlichte „Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe“ weist zumindest eine Reihe von Grundprinzipien auf, die geeignet sind, den Umstrukturierungsprozeß weiter voranzutreiben:

- ◆ Individuelle Hilfeplanung – keine einheitliche Behandlungsform, sondern personenadäquate Hilfe anbieten.
- ◆ Ambulant vor stationär – ambulante Hilfsmöglichkeiten ausschöpfen und vorhandene Ressourcen nutzen.
- ◆ Wohnortnah vor wohnortfern – räumliche Nähe zum bisherigen Lebensmittelpunkt halten.
- ◆ Frühe Intervention – drohende Suchtkarrieren frühzeitig erkennen und negative Suchtfolgen vermeiden.
- ◆ Vernetzung der Hilfesysteme – unterschiedliche Angebotsformen und Hilfesysteme müssen miteinander kooperieren.

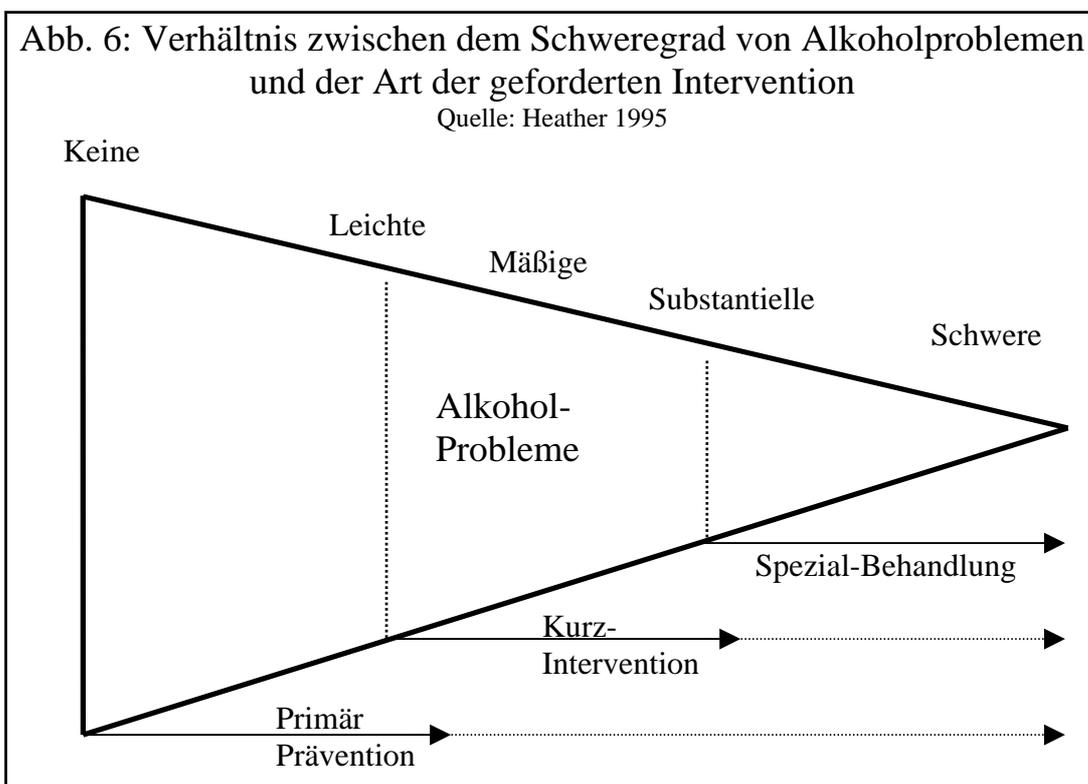
Für die besondere Bedeutung einer strukturellen Abstimmung der Behandlungs- und Hilfeangebote spricht u. a., daß das Bundesministerium für Gesundheit zur Zeit ein aufwendiges Modellprojekt finanziert, um die in der Suchtkrankenversorgung tätigen Dienste auf regionaler Basis stärker zu „vernetzen“ (FOGS 1997). Sog. „Koordinatoren“ werden in ausgewählten Regionen/Städten eingesetzt, um die fallbezogene und strukturelle Kooperation der Anbieter von Hilfen für Suchtkranke aus allen drei Sektoren zu verbessern.

War es Absicht des Modells von Wienberg, die Versorgungslandschaft in Deutschland strukturell abzubilden, so stellt die Abbildung 6 aus einer Übersichtsarbeit der Weltgesundheitsorganisation (Heather 1995) den Versuch dar, den unterschiedlichen

Schwergraden von Alkoholproblemen abgestufte inhaltlich-konzeptionelle Antworten zuzuordnen.

Die lebensgeschichtlich sehr frühen Erfahrungen, die Jugendliche mit Alkohol machen, unterstreicht die Bedeutung von frühzeitig einsetzender Prävention. Aktuelle Konzepte der sog. *Primärprävention* von Alkohol- bzw. Drogenmißbrauch Jugendlicher basieren auf einem multifaktoriellen Ansatz und integrieren verschiedenartige Herangehensweisen (vgl. Bühringer 1994):

1. massenkommunikative Maßnahmen zur Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung,
2. zielgruppenorientierte substanzspezifische und -unspezifische Maßnahmen zur Stärkung der individuellen Schutzfunktionen (z. B. persönliche Stärke, Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl, Leistungsfähigkeit, soziale Anerkennung; vgl. auch Hurrelmann/Pöler-Klassen/Hasheider et al. 1996; Künzel-Böhmer/Bühringer/Janik-Konecny 1993) und
3. flankierende soziale und gesellschaftspolitische Maßnahmen (Gesetzgebung, Verfügbarkeit, Kontrollen etc.) zur Veränderung der Rahmenbedingungen und Reduktion der Nachfrage.



„Gefährdete“ Patienten sind dem Bereich der „leichten bis mäßigen Alkoholprobleme“ zuzuordnen. Insbesondere für diese Gruppe hat sich international das Konzept der „Kurzinterventionen“ als ausreichende Beratungsform bewährt. Es erreicht Patienten, die einen problematischen Alkoholkonsum betreiben und möglicherweise schon leichte Folgeprobleme aufweisen, die aber die notwendigen Kriterien eines

Abhängigkeitssyndroms nicht erfüllen und somit einem Vor- bzw. Frühstadium der Abhängigkeit zuzuordnen sind (zum Konzept der Kurzinterventionen siehe unten Kap. 3).

Bemerkenswert und für den deutschsprachigen Raum von innovativem Wert ist die Differenzierung der Behandlungsangebote entsprechend der Schwere der Alkoholprobleme. Zwar wird mittlerweile in Fachpublikationen grundsätzlich zwischen Mißbrauch bzw. Schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterschieden, die therapeutischen Konzepte aber richten sich beinahe ausschließlich auf Abhängigkeitskranke. Ein Sammelband der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1996) ist betitelt: „Alkohol - Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus - Therapie und Hilfe“. Zum einen wird der Mißbrauch vom sog. Alkoholismus unterschieden (vgl. auch Schlüter-Dupont 1990), zum anderen werden therapeutische Angebote erst im Zusammenhang mit dem Auftreten des Alkoholismus (= Alkoholabhängigkeit) diskutiert. Die „Suchtkranken(!)hilfe in Deutschland“ (so der Titel eines Sammelbandes der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1997), wie sie sich in Publikationen darstellt, konzentriert sich auf das Phänomen der Abhängigkeit, nicht auf das des Mißbrauchs oder anderer weniger schwerer Probleme im Zusammenhang mit Alkohol.

Der sog. „Königsweg“ der „spezialisierten Suchtbehandlung“ - Beratungsstelle, Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge - ist für alkoholgefährdete Menschen keine Alternative. Der EBIS-Dokumentation für das Jahr 1995 (Tauscher/Simon/Hüllinghorst et al. 1996) ist zu entnehmen, daß lediglich 13,6% der Klienten der diesem System angeschlossenen ambulanten Suchtberatungsstellen einen Schädlichen Gebrauch von Alkohol aufwiesen. In den Einrichtungen der stationären Suchtkrankenhilfe, die sich dem SEDOS-Dokumentationssystem angeschlossen haben, wurden 1997 etwa 6,6% der Behandlungsepisoden wegen eines schädlichen Gebrauchs (ICD-10) von Alkohol durchgeführt (vgl. Simon & Palazzetti 1998).

Für die EBIS- und SEDOS-Einrichtungen gleichermaßen gilt zu berücksichtigen, daß es sich bei den Diagnosen „Schädlicher Gebrauch“ um Zweitdiagnosen im Zusammenhang mit einer anderen Abhängigkeitsdiagnose (etwa Opiatabhängigkeit) handeln kann. Gestützt wird diese Vermutung durch das in der vorliegenden Untersuchung ermittelte Inanspruchnahmeverhalten von Patienten des Allgemeinkrankenhauses, die einen Schädlichen Gebrauch von Alkohol aufwiesen (vgl. Kremer/Dormann/Wienberg u. a. 1998).

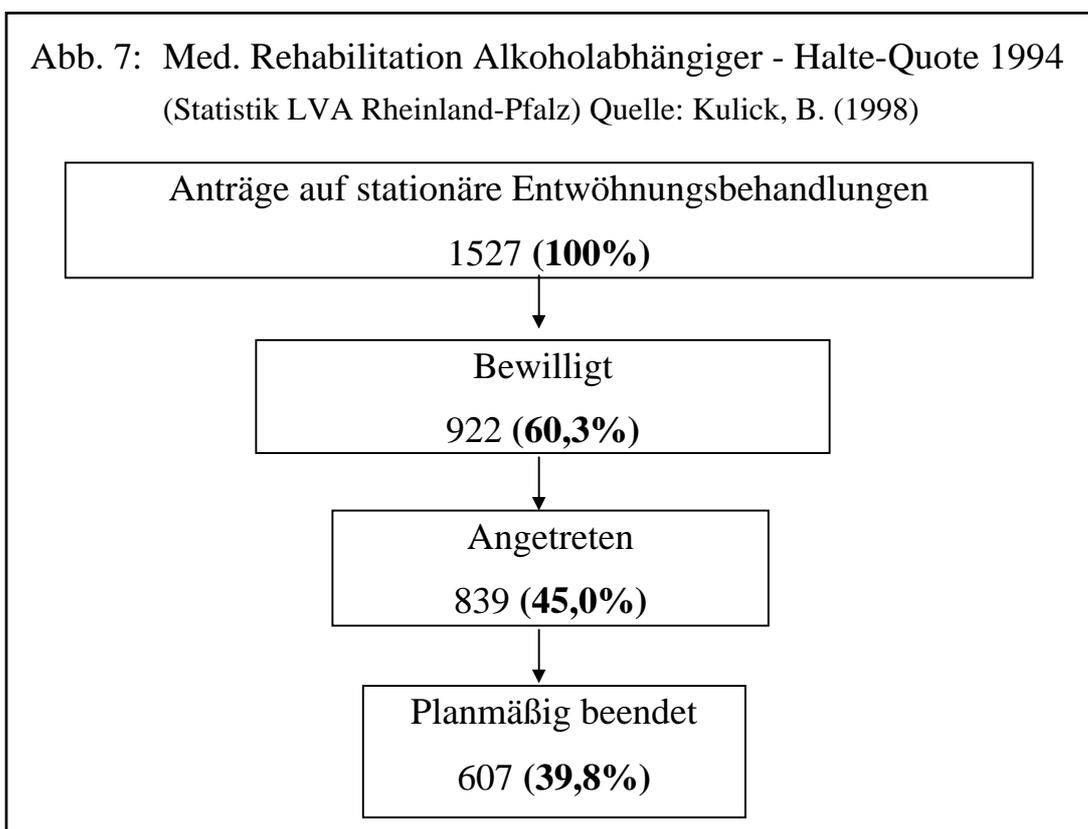
Während des Beantragungsprozesses und nach der Bewilligung einer Entwöhnungsmaßnahme springen nicht wenige Patienten wieder ab (1996 bis zu 20%; vgl. Simon & Janßen 1997). Kulick (1998) hat für das Jahr 1994 eine Statistik zur sog. Haltequote im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die LVA Rheinland Pfalz vorgelegt. Aus dieser Statistik geht hervor (s. Abb. 7), daß von

100 Anträgen auf medizinische Rehabilitation im Bereich Alkohol lediglich 60 bewilligt, 45 angetreten und 40 planmäßig beendet werden. Im Drogenbereich sieht die Lage noch schlechter aus: hier verringert sich die Rate im Verlaufe des Prozesses von 100% Antragstellern auf 22% planmäßige Beender.

Zu den Gründen, warum Anträge nicht bewilligt werden, gehören nach Kulick (ebd.):

- Mangelnde Mitwirkung im Antragsverfahren: 41%
- Rehabilitation wegen anderer Erkrankungen vorrangig: 13%
- fehlende versicherungsrechtliche Voraussetzungen: 11%
- fehlende Zuständigkeit der LVA: 10%
- Rentenanspruch: 8%
- Sonstiges (darunter „Entwöhnungsbehandlung nicht erforderlich“): 17%

Winter (1999) befragte 95 aktuell abstinente Mitglieder von Selbsthilfegruppen zu früheren Behandlungserfahrungen. 17% gaben an, niemals eine stationäre Entgiftungsbehandlung in Anspruch genommen zu haben. 31% hatten weder eine ambulante noch eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert.

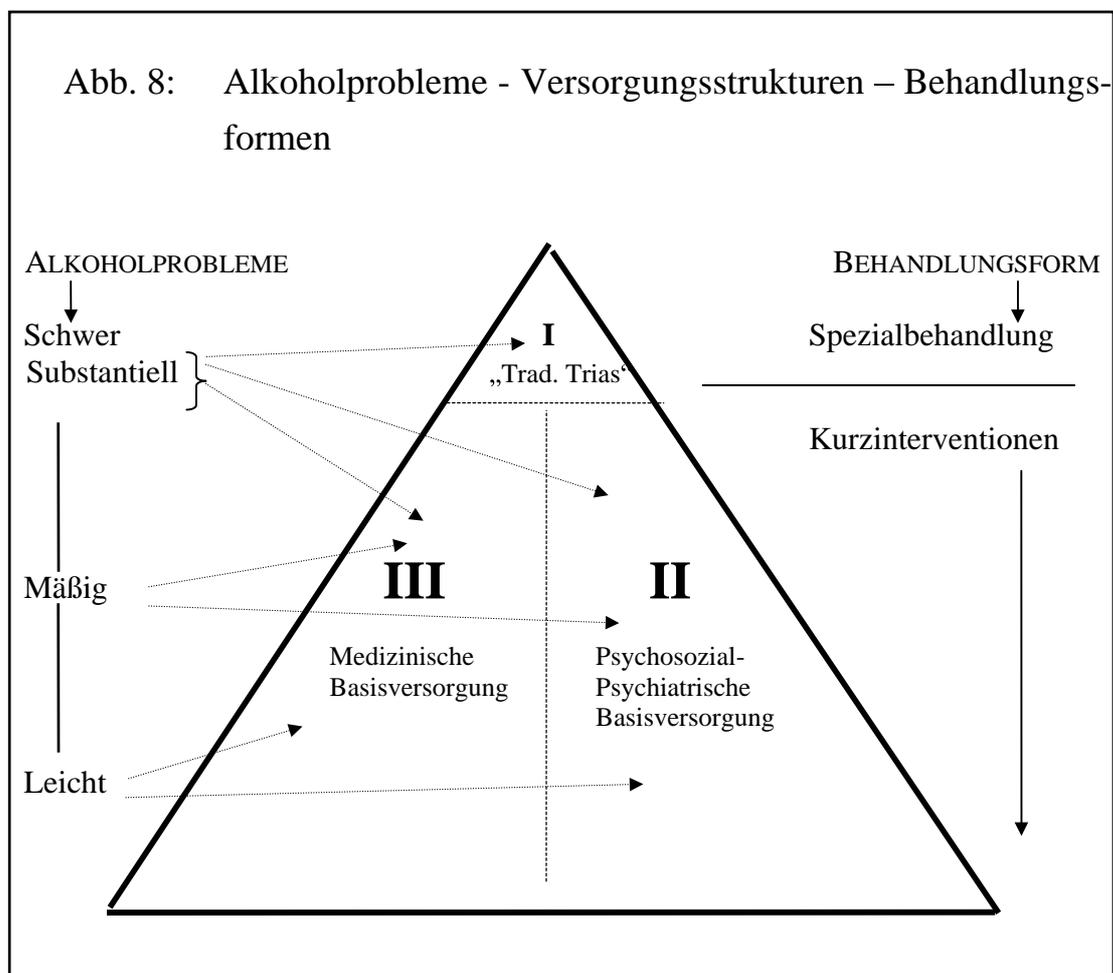


Grant (1996) weist in einer US-amerikanischen Studie darauf hin, daß viele Menschen mit Alkoholproblemen aus den verschiedensten Gründen eine alkoholspezifische Behandlung gar nicht erst aufnehmen. Aus Deutschland liegen mittlerweile erste wissenschaftliche Erkenntnisse über Ausstiegsprozesse aus der Sucht ohne professionelle Hilfen vor (Rumpf/Hapke/Dawedeit/John 1998).

Bleibt man im Bild der WHO-Abbildung, so klappt in Deutschland zwischen der sich entwickelnden Primärprävention und den Angeboten der spezialisierten Behandlung für Abhängigkeitskranke eine große konzeptionelle Lücke.

Zwei neuere Studien aus Lübeck (John/Hapke/Rumpf u. a. 1996) und Bielefeld (Kremer/Dormann/Wienberg u. a. 1998) haben erste Konzept entwickelt und erprobt, wie Menschen mit weniger schweren Alkoholproblemen erreicht und qualifiziert beraten werden könnten. Beide Untersuchungen wurden in Einrichtungen der medizinischen Basisversorgung durchgeführt. Beide Untersuchungen bauen auf dem „Kurzinterventions“-Konzept auf, das sich in zahlreichen Studien als praktikabel und effektiv erwiesen hat. Sie stellen somit die ersten wissenschaftlich dokumentierten Versuche in Deutschland dar, die Lücke zwischen „Primärprävention“ und „Spezialbehandlung“ zu schließen.

Wenn man nun den Versuch unternimmt, das Strukturmodell von Wienberg und das Praxismodell von Heather (unter Verzicht auf die Primärprävention) zusammenzuführen, so ergibt sich das in Abbildung 8 dargestellte Schema.



Die Quintessenz dieser Abbildung könnte folgendermaßen lauten: ein kleiner Teil der Menschen mit schweren und erheblichen Alkoholproblemen wird in Deutschland von den Anbietern des traditionellen Suchthilfesystems mittels spezialisierter Kon-

zepte behandelt. Der weitaus größere Teil der Menschen mit schweren und erheblichen Alkoholproblemen sowie alle Menschen mit mäßigen und geringen Alkoholproblemen wird vom traditionellen Suchthilfesystem nicht erreicht und verbleibt ohne qualifiziertes Beratungs- oder Behandlungsangebot. Diese Menschen werden von professioneller Seite entweder im Sektor II „Psychosozial-psychiatrische Basisversorgung“ oder im Sektor III „Medizinische Basisversorgung“ erreicht.

Kurzinterventionen könnten hier - qualifiziert eingesetzt - eine praktikable und effektive Alternative darstellen, um Menschen mit mäßigen und geringen Alkoholproblemen eine fundierte Beratung zukommen zu lassen und Menschen mit erheblichen und schweren Alkoholproblemen in die Einrichtungen des traditionellen Suchthilfesystems weiterzuvermitteln.

Das Konzept der Früherkennung und Kurzintervention findet allmählich auch in anderen Bereichen der Versorgungslandschaft Eingang. So stellt Leuchter (1999) ein Modell für Kurzinterventionen in kleinen Handwerksbetrieben vor: in Kooperation von Handwerkerschaft, Krankenkasse, Suchtberatungsstelle und Fachkrankenhaus wird den Handwerksbetrieben eine Beratung „vor Ort“ angeboten. Hintergrund dieses Modells ist die Erfahrung, daß für kleine Betriebe, die bis zu zehn Angestellte beschäftigen, der Ausfall eines Kollegen für Wochen (der stationären Entgiftung) oder Monate (der stationären Entwöhnung) oft nicht zu verkraften ist. Häufig wird das Alkoholproblem deshalb über lange Zeit ignoriert und kompensiert, bis das System irgendwann nicht mehr tragbar ist und stationäre Behandlungen zwingend notwendig werden. Eine möglichst frühe Erkennung, Ansprache und Beratung soll diesen Betrieben deshalb die Möglichkeit bieten, den alkoholgefährdeten oder -abhängigen Mitarbeiter dennoch einer professionellen Beratung zuzuführen. Bei Anfrage durch den Betrieb kommt ein Berater der Krankenkasse in den Betrieb und führt mit dem betroffenen Angestellten ein im Durchschnitt einstündiges Beratungsgespräch. Ziel der Beratung ist die Erfassung der Problematik und die Vereinbarung konkreter Veränderungsschritte, im Einzelfall kann eine Vermittlung zur Suchtberatungsstelle oder zur Entgiftungsbehandlung indiziert sein. Bislang liegen zu diesem Modell keine Evaluationszahlen vor. Man kann allerdings davon ausgehen, daß sich diese Kurzintervention nicht nur für den betroffenen Mitarbeiter lohnt, sondern auch für die Krankenkassen und die einzelnen Betriebe: den Krankenkassen werden die immensen Kosten für stationäre Behandlungen erspart, die Betriebe können frühzeitig die Alkoholprobleme ihrer Mitarbeiter thematisieren und so Ausfallzeiten vermeiden.

Am Beispiel des Sektors III - hier der internistischen und chirurgischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern - sollen in der vorliegenden Arbeit die konkreten Umsetzungsvarianten eines Früherkennungs- und qualifizierten Beratungskonzepts dargestellt werden.

1.3 Prävalenz von Alkoholproblemen in der medizinischen Primärversorgung: Schwerpunkt Allgemeinkrankenhaus

In einer beispielhaften epidemiologischen Studie konnte Schepank (1987) zeigen, daß in einer repräsentativen Stichprobe von 600 Mannheimer Bürgern 26% an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung litten. Dieses Ergebnis liegt nahe bei der 1-Jahres-Prävalenz von 28,1% psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, die in der außerordentlich aufwendigen nordamerikanischen ECA-Studie gefunden wurde (Regier et al. 1993). In beiden Studien wurde außerdem untersucht, wie viele der Behandlungsbedürftigen tatsächlich qualifizierte psychotherapeutisch-psychiatrische Fachdienste in Anspruch nahmen. In der Mannheimer Studie waren dies über 3 Jahre nur 19%, in der ECA-Studie über 1 Jahr 28%. Shapiro/Skinner/Kessler et al. (1984) fanden, daß sich nur 18% der Patienten mit psychischen Störungen direkt an einen Psychiater oder Psychologen wenden, 70% dagegen an einen Allgemeinmediziner.

Demzufolge ist die Häufigkeit von Patienten mit psychischen Störungen in der medizinischen Primärversorgung außerordentlich hoch: In einer multizentrischen Studie der WHO, die in 14 Ländern stattfand, litten 30% der Patienten in Einrichtungen der Primärversorgung an einer psychischen Störung (Üstün/Gater 1994). Eine skandinavische Arbeitsgruppe fand unter den Patienten von mehr als 70 Allgemeinpraktikern in Dänemark, Schweden und Finland zwischen 14 und 34% mit einer psychischen Erkrankung (Fink/Jensen/Borgquist et al. 1995). Linden et al. (1996) untersuchten Patienten in 20 Allgemeinarztpraxen in Berlin und Mainz und stellten eine Prävalenz von 21% psychische Erkrankungen fest. Zintl-Wiegand/Krumm/Weyerer/Dilling (1988) berichteten Prävalenzraten von 28 bzw. 31% aus 31 Praxen in Mannheim und Traunstein.

Im Allgemeinkrankenhaus scheinen die Prävalenzraten für psychische Störungen noch höher zu liegen. In ihrer Auswertung anglo-amerikanischer Studien fanden Arolt/Driessen/Bangert-Verleger (1995) Prävalenzangaben von 30 - 50%. In ihrer eigenen Untersuchung in zwei Lübecker Kliniken ergaben sich identische Prävalenzraten von 47%.

Die genannten Ergebnisse belegen, daß Allgemeinkrankenhäuser und niedergelassene Ärzte für die meisten Menschen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung die ersten Anlaufstellen sind. Dies gilt zunächst unabhängig von der Art der psychischen Störung/Erkrankung.

Im Hinblick auf die Häufigkeit von *Alkoholabhängigkeit* in Einrichtungen der Primärversorgung gibt es aus dem anglo-amerikanischen Raum eine kaum noch überschaubare Fülle von Untersuchungen, deren Ergebnisse in Abhängigkeit von Setting, Klientel und diagnostischen Kriterien relativ breit streuen. Eine Auswertung der eu-

ropäischen Literatur durch die Lübecker Arbeitsgruppe ergab für die ambulante Versorgung Raten zwischen 6 und 24%, für Krankenhausstichproben 15-20% (John et al. 1996).

Erfreulicherweise liegt inzwischen jedoch auch aus dem deutschsprachigen Raum eine hinreichende Zahl methodisch aussagekräftiger Studien vor, die eine zuverlässige Einschätzung der Größenordnung des Problems ermöglichen.

Tab. 4: Prävalenz von alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus

Jahr	Autoren	Region	Abteilung	Kriterium	Präv. (%)
1981	AUERBACH & MELCHERTSEN	Lübeck	Innere Chirurgie	MALT MALT	14,0 7,2
1981	ATHEN & SCHRANNER	Bayern	Innere	MALT	11,0
1987	MÖLLER u.a.	München	Chirurgie	MALT	14,0
1988	PESSNER & v. KEYSERLINGK	Brandenburg	Innere & Chirurgie	MALT	16,1
1994	SCHMELING-KLUDAS & ODENSASS	Hamburg	Innere	Klin. Diag.	14,0
1995	AROLT u.a.	Lübeck	Innere & Chirurgie	ICD-10 & Klin.Diag.	9,0
1996	JOHN u.a.	Lübeck	Innere & Chirurgie	ICD-10	12,7
Median: 14,0					

Tabelle 4 zeigt die Prävalenzraten der im *stationären* Bereich durchgeführten Untersuchungen. Diese beziehen sich sämtlich auf Innere Medizin und Chirurgie, die beiden Bereiche, auf die der weitaus größte Teil der Krankenhausbetten in der Bundesrepublik entfällt: es finden sich Werte zwischen 7,2 und 16,4%, Median 14%. Die aufwendige Studie von John et al. aus Lübeck hat 12,7% alkoholabhängige Patienten ermittelt, die ebenfalls in Lübeck durchgeführte Untersuchung von Arolt et al. 9%. Am Vergleich dieser beiden Studien wird deutlich, daß die Prävalenzraten je nach methodischem Ansatz stark variieren können. So können z. B. saisonale Schwankungen auftreten: in die Arolt-Studie wurden im Rahmen einer Stichtagserhebung jeweils 200 internistische und 200 chirurgische Patienten aufgenommen, die John-Studie wurde über ein halbes Jahr systematisch durchgeführt (und hat damit im Hinblick auf Prävalenzraten sicherlich eine höhere Aussagekraft). Möglicherweise ist die unterschiedliche Prävalenzrate aber auch durch die Unterschiede der untersuchten Krankenhäuser zu erklären: im Falle der Arolt-Studie handelte es sich um ein Universitätskrankenhaus, im Falle der John-Studie um ein städtisches Versorgungskranken-

haus. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß die Prävalenzraten innerhalb der verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses sowie der verschiedenen Stationen innerhalb einer Abteilung schwanken können: so waren etwa in der Studie von Auerbach & Melchertsen die Prävalenzraten der inneren Stationen doppelt so hoch wie die der chirurgischen, in der Chirurgie-Studie von Möller et al. war die Prävalenzrate auf den traumatologischen Stationen um 10% höher als auf den nichttraumatologischen Stationen.

Tab. 5: Prävalenz von mißbrauchenden bzw. schädlich gebrauchenden Patienten im Allgemeinkrankenhaus

Jahr	Autoren	Region	Abteilung	Kriterium	Präv. (%)
1981	ATHEN & SCHRANNER	Bayern	Innere	MALT	4,0
1987	MÖLLER u.a.	München	Chirurgie	MALT	12,0
1988	PESSNER & v. KEYSERLINGK	Brandenburg	Innere & Chirurgie	MALT	19,4
1995	AROLT u.a.	Lübeck	Innere & Chirurgie	ICD-10 & Klin.Diag.	5,5
1996	JOHN u.a.	Lübeck	Innere & Chirurgie	ICD-10	4,8
Median: 5,5					

Für den Krankenhausbereich erschließt sich der epidemiologische Stellenwert über eine Hochrechnung: auf der Basis von Angaben aus dem Statistischen Jahrbuch (1993) zu Bettenzahl, durchschnittlichen Verweildauern und Auslastung sowie einiger ergänzender Annahmen gelangt man zu einer Schätzung für die 1-Jahres-Prävalenz von ca. 820 000 Behandlungsfällen. Dabei bleibt allerdings die Frage unbeantwortet, wieviele reale Menschen diese 820.000 Behandlungsepisoden ausmachen. Aufgrund der Daten einer aktuellen Studie von Rumpf/Meyer/Hapke u. a. (2000) kann man davon ausgehen, daß von den aktuell Alkoholabhängigen etwa jeder vierte im letzten Jahr mindestens einmal in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt wurde. Bezogen auf die Gesamtprävalenz von 1,7 Mio. Alkoholabhängigen bedeutet dies somit, daß sich die 820.000 Behandlungsepisoden auf ca. 400.000 bis 450.000 Menschen verteilen.

Geschlechtsverteilung: Nicht alle Studien differenzieren nach Männern und Frauen. Die Streubreite für Abhängigkeitserkrankungen liegt bei Frauen zwischen 0,4 und 7,0 %, Median 4,2%, bei Männern zwischen 10,6 und 32,6%, Median 16,5%. Die Prävalenz ist also bei Männern etwa um den Faktor 4 höher als bei Frauen.

Häufigkeit von Alkoholmißbrauch: Der Münchner Alkoholismus-Test (MALT) erlaubt eine Differenzierung von manifest Abhängigen und „Gefährdeten“, der ICD-10 zwischen Alkoholabhängigkeit und „Schädlichem Gebrauch“ (DSM-III R: „Mißbrauch“). In den in Tab. 5 aufgeführten Studien ergaben sich für „Gefährdung“ oder „Schädlichen Gebrauch“ Prävalenzraten zwischen 4% und 19,4%, Median 5,5%.

Diese Prävalenzraten machen deutlich, daß auf jeden zweiten abhängigkeitskranken Patienten im Allgemeinkrankenhaus etwa ein weiterer kommt, der aktuell einen mißbräuchlichen Konsum betreibt. Darüber hinaus sind diejenigen Patienten zu berücksichtigen, die sich dem Diagnose- und Behandlungsprozeß entziehen, die sog. „Verdachtsfälle“. Hierbei handelt es sich um Patienten, die zwar einen auffälligen Screening-Befund oder andere klinische Auffälligkeiten aufweisen, aber aus verschiedenen Gründen nicht weiter diagnostiziert werden. In der Studie von John et al. (1996) waren dies immerhin 9,7%.

Alkoholfolgekrankheiten: Allein in Hamburger Allgemeinkrankenhäusern werden jährlich ca. 3.000 Behandlungsepisoden wegen schwerer alkoholassoziierter Erkrankungen (Abhängigkeit, Leberzirrhose, Pankreaserkrankungen) dokumentiert (vgl. Maylath & Seidel 1997). Bode (1993) stellte fest, daß bei 8% der weiblichen und 28% der männlichen Patienten einer Abteilung mit gastroenterologischem und endokrinologischem Schwerpunkt der „Alkoholabusus“ die entscheidende Krankheitsursache war. In Übereinstimmung damit fanden John et al. (1996) unter ihren Krankenhauspatienten, daß 9,4% der Frauen und 29,3% der Männer wegen einer Alkoholfolgekrankheit behandelt wurden; bei den als alkoholabhängig diagnostizierten Patienten wurden insgesamt 68,5% wegen einer Alkoholfolgekrankheit und weitere 22,8% wegen einer „alkoholassozierten“ Krankheit behandelt; die entsprechenden Zahlen bei den Mißbrauchern: 18,5% und 53,7%. D.h., daß nur 8,7% der abhängigen und 27,8% der mißbrauchenden Patienten wegen einer alkoholunabhängigen Krankheit behandelt wurden. Sowohl in der Stichprobe von Bode als auch in der von John et al. wiesen die Patienten mit Alkoholproblemen längere Verweildauern und damit höhere Fallkosten auf als die übrigen Patienten. Die im Vergleich zu „psychisch Gesunden“ längere Verweildauer von Abhängigkeitskranken auf internistischen Stationen wird in einer aktuellen Studie von Wancata/Benda/Meise/Windhaber (1999) hervorgehoben.

Nach den soweit referierten Befunden ist eindeutig auch für die Bundesrepublik belegt, daß Alkoholabhängigkeit und Mißbrauch bei einer großen Zahl von Patienten in Allgemeinkrankenhäusern ein aktuelles Problem sind und das Allgemeinkrankenhaus im Vergleich zu den Einrichtungen der traditionellen Suchtkrankenhilfe quantitativ wesentlich bedeutsamer ist. Allein der zahlenmäßige Umfang des Problems läßt es als ausgeschlossen erscheinen, daß der Bedarf an qualifizierter Diagnostik, Behandlung und Beratung auch nur annähernd auf dem Wege der Delegation, also

durch Verweis der Patienten an andere, speziell qualifizierte Institutionen abgedeckt werden kann. Eine qualifizierte alkoholspezifische Basisversorgung muß vielmehr im *Krankenhaus selbst* sichergestellt werden.

1.4 Möglichkeiten und Grenzen: Besonderheiten des Allgemeinkrankenhauses im Hinblick auf Beratungsansätze

Das Allgemeinkrankenhaus zeichnet sich im Hinblick auf ein alkoholspezifisches Beratungsangebot durch eine Reihe von besonderen motivationalen Faktoren aus, die bei der Wahl des Beratungsansatzes zu berücksichtigen sind. Diese Faktoren sollen im folgenden bezüglich struktureller, patienten- sowie personalbezogener Aspekte näher betrachtet werden. Faktoren, die sich eher positiv auf die Bereitschaft zur Thematisierung und Problematisierung von Alkohol-Trinkgewohnheiten auswirken können, sind mit einem (+) gekennzeichnet, Faktoren, die dem eher entgegenstehen, mit einem (-).

1.4.1 Struktur

(+) Verlassen des gewohnten (sozialen) Lebenskontextes

Eine Krankenhausaufnahme stellt - allgemein betrachtet - eine Veränderung des Lebenskontextes dar, die häufig mit einer Verunsicherung einhergeht. Die Konfrontation mit einer ungewohnten Umgebung, mit zahlreichen unbekanntem Menschen und einem in der Regel veränderten (vorgegebenen) Tagesablauf zwingt zu einer Aufgabe gewohnter, Sicherheit gebender selbstbezogener bzw. sozialer Verhaltensweisen. Rumpf et al. (1997) sprechen von einer Abschwächung des Einflusses des gewohnten sozialen Kontextes: Menschen mit Alkoholproblemen leben oft in sozialen Zusammenhängen, in denen viel Alkohol getrunken wird, in denen Alkohol eine wichtige Rolle spielt. Dieser stabilisierende Faktor entfällt mit der Krankenhausaufnahme.

(+) Umfassende medizinische Diagnostik

Üblicherweise unterziehen sich Patienten bei Aufnahme im Allgemeinkrankenhaus einer umfassenden klinischen - und Labor-Diagnostik. Innerhalb von zwei Tagen liegt in der Regel eine Fülle von Informationen vor, die für den Beratungsprozess positiv genutzt werden können. Eine (erstmalige) Rückmeldung über Veränderungen des Blutbildes oder beginnende Schädigungen der Leber beispielsweise kann das Bewußtsein für einen riskanten Alkoholkonsum und damit die Veränderungsmotivation erheblich beeinflussen.

(-) Somatischer Diagnose- und Behandlungsauftrag

Menschen, die innere oder chirurgische Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses aufsuchen, können davon ausgehen, daß sie dort somatisch - in der Regel *ausschließlich* somatisch - behandelt werden. Für „ganzheitliche“ Behandlungsansätze mangelt es in der Regel an entsprechenden Kompetenzen. Die Refinanzierung der Krankenhausbehandlung in somatischen Abteilungen basiert darüber hinaus auf einer symptomorientierten Spezialbehandlung. Und dies, obwohl zahlreiche Untersuchungen zeigen, daß bei einer Vielzahl von Patienten innerer und chirurgischer Abteilungen außer der somatischen Symptomatik eine weitere - häufig ursächliche - psychische Erkrankung zu diagnostizieren ist (Arolt et al. 1995, Bode 1993, Künsebeck u. a. 1984). Eine Analyse der psychiatrischen Krankenhausfälle in Hamburg in den Jahren 1988 - 1994 ergab z. B., daß sich unter den acht Diagnosen mit dem höchsten Pflegetagvolumen in der inneren Medizin allein drei alkoholbedingte Diagnosegruppen befanden (Maylath & Seidel 1997).

Ein Großteil der Ärzte in Allgemeinkrankenhäusern sieht es nicht als seinen Auftrag an, sich mit den Alkoholproblemen bzw. dem Alkoholkonsum seiner Patienten zu beschäftigen (Paton 1989, Gentilello/Donovan/Dunn/Rivara 1995). Versuche, die Ärzteschaft dahingehend stärker zu sensibilisieren und ihre einschlägige Kompetenz zu verbessern, wurden in jüngster Zeit beschrieben (Helber 1991, Deigner/Reitze/Horsch 1995; für Pflegepersonal: Leslie & Learmonth 1994), stellen aber eher die Ausnahme dar. Allein schon die Frage nach dem Alkoholkonsum des Patienten, die in jeder Erst-Anamnese zu stellen ist, wird oftmals als indiskret angesehen und nach der Antwort „Normal!“ schnell abgehakt. Eine differenzierte Diagnostik der Alkohol-Trinkgewohnheiten, unabhängig von auffälligen körperlichen Folgeerkrankungen, die insbesondere auch die Patienten „unterhalb“ der Abhängigkeitschwelle erfassen würde, existiert praktisch nicht.

1.4.2 Patient

(+) *Abbau individueller Schutz- und Abwehrmechanismen*

Mit Aufnahme im Krankenhaus liefert sich der Patient in gewissem Ausmaß an eine total versorgende Institution aus: der Tagesablauf ist vorgegeben, das Essen wird gekocht, die Alltagskleidung wird abgelegt, der Zimmernachbar kann nicht ausgesucht werden usw. Die Diagnostik wird - bis auf wenige Ausnahmen - nicht vom Patienten mitbestimmt, bei der Planung therapeutischer Maßnahmen ist die Mitbestimmung in der Regel begrenzt. Diese Einschränkung der persönlichen Autonomie wird von den meisten Patienten für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes akzeptiert (Schmeling-Kludas 1989). Sie geht einher mit einer höheren Toleranz gegenüber einer persönlichen Ansprache und setzt eine Verringerung individueller Schutz- und Abwehrme-

chanismen voraus. Die Offenheit und Bereitschaft, sich unter diesen Bedingungen auch auf „unangenehme“ Themen hin ansprechen zu lassen, steigt an.

(+) *„Somatische Krise“*

In den meisten Fällen liegt dem Krankenhausaufenthalt eine somatische Erkrankung bzw. Verletzung zugrunde. Dies bedeutet für viele Patienten eine erhöhte Aufmerksamkeit für die körperliche und allgemeine Gesundheit (Rumpf et al. 1997), in einigen Fällen eine starke Verunsicherung in bezug auf bisherige Lebensgewohnheiten. Die Bereitschaft, sich mit der eigenen Gesundheit kritisch auseinanderzusetzen, kann in dieser stark sensibilisierten „somatischen Krisensituation“ als stark erhöht angenommen werden. Unter den hier interessierenden Aspekten ist dies insbesondere dann der Fall, wenn ein Zusammenhang zwischen der somatischen Behandlungsbedürftigkeit und dem bisherigen Alkoholkonsum hergestellt werden kann.

(-) *Einschränkung der persönlichen Autonomie*

Gleichzeitig wird durch die Einschränkung der persönlichen Autonomie im Krankenhaus permanent Widerstand geweckt (Stott & Pill 1990), der sich an subjektiv weniger bedeutsamen Aspekten des Krankenhausaufenthaltes entladen kann, etwa im Kontakt zu den Pflegekräften, denen unflätig begegnet wird, oder aber in der Ablehnung von Beratungs- bzw. Behandlungsangeboten, die über den somatischen Behandlungsauftrag hinausgehen.

1.4.3 Personal

„Personal“ meint im folgenden die unmittelbar am Behandlungsprozeß beteiligten Stationsärzte. Grundsätzlich sind im Hinblick auf das Schaffen von Veränderungsbereitschaft durch motivierende Gespräche Ärzte und Pflegepersonal zwar gleichermaßen beteiligt (Helber 1991). Die Realität allerdings zeigt, daß Pflegekräfte in der Somatik nur in seltenen Ausnahmefällen eigenständige Beratungsgespräche mit den Patienten führen, dies darüber hinaus nur nach vorheriger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt.

Die in vielen Krankenhäusern mittlerweile etablierten „Sozialen Dienste“ nehmen in dem hier diskutierten Zusammenhang eine Sonderstellung ein und sollen vorerst nicht berücksichtigt werden (s. jedoch Kap. 7.1).

(-) *Unzureichender Kenntnisstand der Ärzte in bezug auf allgemeine und suchtspezifische Gesprächskompetenzen*

Erst mit der zunehmenden Bedeutung der Psychosomatischen Medizin im Verlauf der 80er Jahre erhielt das ärztliche Gespräch als Diagnose- und Therapiemaßnahme überhaupt Zugang zur theoretischen Diskussion somatisch orientierter Behandlungs-

konzepte (Uexküll 1996). Seitdem sind zahlreiche Veröffentlichungen erschienen, die sich kritisch mit der unzureichenden Gesprächskompetenz von Ärzten und möglichen Konzepten zur Verbesserung der Ausbildungssituation befaßten. Die Bedeutung ärztlicher Gesprächskompetenz wurde dabei nicht nur im Rahmen der Erhebung der Anamnese hervorgehoben, sondern darüber hinaus auch bei der Erläuterung von Befunden, bei Therapievereinbarungen, beim Umgang mit Sucht, Sexualität, Krebserkrankungen oder chronischen Erkrankungen (Helmich/Hesse/Köhle et al. 1991). An der Medizinischen Hochschule Hannover wurde aufgrund des beschriebenen Mangels ein Curriculum zur „Kommunikativen Kompetenz in der ärztlichen Ausbildung“ entwickelt und mit Studierenden der Medizin erprobt (Perleth u. a. 1996).

Was die sucht- bzw. alkoholspezifische Behandlung anbelangt, so besteht unter Krankenhausärzten übereinstimmend die Meinung, daß es ihnen meist wenig Probleme macht, mit den alkoholbedingten somatischen Folgeerkrankungen umzugehen, daß aber große Schwierigkeiten bestehen, das Alkoholproblem direkt anzusprechen (Helber 1991). Eine spezifische Weiterbildung für jeden im Allgemeinkrankenhaus tätigen Arzt wird deshalb für dringend notwendig gehalten (Schülke 1997).

In diesem Zusammenhang ist auch die Einstellung vieler Ärzte zu Alkoholproblemen zu nennen. Noch immer ist die Anerkennung der Alkoholabhängigkeit und des Alkoholmißbrauchs als Krankheit nicht verankert. Viele Ärzte halten Alkoholerkrankungen immer noch für eine Charakter- oder Willensschwäche und behandeln Alkoholiker weniger gern als andere Patienten (Reimer & Freisfeld 1984). Eine Untersuchung aus Großbritannien ergab, daß sich nicht einmal jeder zweite Arzt dazu imstande fühlt, mit sog. „Trinkern“ zu arbeiten (Anderson 1985).

(-) Unzureichender Kenntnisstand der Ärzte über weiterführende Hilfsangebote

Viele Ärzte in Allgemeinkrankenhäusern sind gar nicht oder nur unzureichend informiert über weiterführende regionale Hilfsangebote für Menschen mit Alkoholproblemen. Allgemeine Krankenhäuser verfügen in der Regel nicht über suchttherapeutische Kompetenzen: die Sozialdienste, die hierfür eigentlich in Frage kämen, begreifen die Beratung von Menschen mit Alkoholproblemen nicht als ihre Aufgabe, sind mit anderen Aufgaben ausgelastet und halten demzufolge auch keine einschlägigen Informationen vor (AG Suchtkrankenhilfe Dortmund 1995). Nur in Ausnahmefällen gibt es konkrete Kooperationen zwischen inneren Stationen von Allgemeinkrankenhäusern und Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen (z. B. Deigner et al. 1995, Riedesel 1996).

(-) Ärztliches Rollenverständnis

Somatische Medizin befaßt sich vorwiegend mit dem „Homo patiens - dem liegenden und hilflosen Wesen“ (Helmich/Hesse/Köhle et al. 1991). Die Rolle des Arztes

als „Experte“, „Wunderheiler“, „Halbgott in Weiß“ oder „Retter“ (Berne 1970) wird durch ein somatisch orientiertes Behandlungskonzept gestützt. Das Hierarchiegefälle zwischen Arzt und Patient ist groß und wird überdies durch das Einverständnis der Patienten, einen Großteil ihrer persönlichen Autonomie aufzugeben (s. o.), verstärkt. Eine so definierte Rollenverteilung steht einem Beratungsansatz, der darauf aufbaut, die Eigenverantwortlichkeit und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten zu stärken, diametral entgegen und verringert die Compliance. Dies gilt im übrigen gleichermaßen für die Behandlung von Menschen mit Übergewicht (Heitmann & Lissner 1995), Bluthochdruck oder Diabetes (Helber 1991).

Fazit

Eine Reihe von besonderen motivationalen Faktoren beeinflussen die Behandlungssituation im Allgemeinkrankenhaus im Hinblick auf mögliche Alkoholprobleme. Eher positiv im Sinne einer Förderung der Veränderungsbereitschaft wirken sich aus: das Verlassen des gewohnten (sozialen) Lebenskontextes, die Fülle von Informationen auf Basis einer umfassenden medizinischen Diagnostik, der Abbau individueller Schutz- und Abwehrmechanismen auf seiten der Patienten sowie die somatische Krisensituation. Eher negativ im o. g. Sinne wirken sich aus: der vorrangig somatische Diagnose- und Behandlungsauftrag des Krankenhauses, die Einschränkung der persönlichen Autonomie der Patienten, der unzureichende Kenntnisstand der Ärzte in bezug auf allgemeine und suchtspezifische Gesprächskompetenzen sowie das hierarchisch geprägte Rollenverständnis von Ärzten.

1.5 Wesentliche Ziele der Untersuchung

Angesichts der in den vorhergehenden Kapiteln dargestellten Bedeutung, die das Allgemeinkrankenhaus für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen hat, weist die Qualität der Versorgung gravierende Mängel auf:

- ◆ Patienten mit Alkoholproblemen werden in der medizinischen Basisversorgung entweder nur selten oder im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium erkannt. Die Behandlung beschränkt sich in der Regel auf die Behandlung der somatischen Folgeprobleme.
- ◆ Das oft zugrundeliegende Alkoholproblem wird gegenüber dem Patienten nicht benannt. Eine qualifizierte Beratung findet nicht statt.

Die beschriebenen Mängel gelten insbesondere für die Gruppe der „gefährdeten“ bzw. früh erkannten Patienten. Als „früh erkannt“ gilt im Rahmen der vorliegenden Arbeit, wer entweder keine Abhängigkeitsdiagnose aufweist (riskant und schädlich gebrauchende) oder zwar als alkoholabhängig einzustufen ist, aber bisher noch kei-

nen alkoholbedingten Kontakt zu einer Einrichtung der Suchtkrankenhilfe (Beratungsstellen, Fachkliniken, Selbsthilfe) oder Psychiatrie aufgenommen hat.

Je geringer die alkoholassoziierten Folgeprobleme oder -erkrankungen ausfallen, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß Patienten mit einem Alkoholproblem als solche erkannt und qualifiziert beraten werden. Dieser Mangel wiegt um so schwerer, als hier ein bedeutendes *präventives* Potential ungenutzt bleibt. Voraussetzung eines Interventionsansatzes im Allgemeinkrankenhaus muß es somit sein, Menschen mit allen Schweregraden von Alkoholproblemen (von „riskant gebrauchend“ bis „chronisch abhängig“) überhaupt zu erkennen.

Auf diesem Hintergrund legt die vorliegende Arbeit die Entwicklung und erste Evaluation eines Früherkennungs- und Beratungsansatzes vor, der dazu beitragen könnte, diesen Mangel zu beheben.

Insbesondere für die Gruppe der „Gefährdeten“ liegen zahlreiche internationale Studien vor, die den Einsatz von Früherkennungsinstrumenten und sog. Kurzinterventionen im Hinblick auf das Setting Allgemeinkrankenhaus als praktikabel und im Hinblick auf die Veränderung von Alkoholtrinkgewohnheiten als effektiv erscheinen lassen.

Die wesentlichen Ziele der vorliegenden Arbeit lassen sich somit folgendermaßen konkretisieren:

(1) *Praktikabilität und Akzeptanz*

Es soll der Nachweis erbracht werden, daß im Rahmen des konkreten Behandlungsalltags internistischer und chirurgischer Stationen von Allgemeinkrankenhäusern die Umsetzung eines alkoholspezifischen Früherkennungs- und Beratungsansatzes praktikabel ist. Es soll gezeigt werden, daß Patientinnen und Patienten, die eine alkoholspezifische Hilfe nicht nachgefragt haben, mit einem alkoholspezifischen Früherkennungsinstrument erreicht und für eine Problematisierung bzw. Veränderung ihrer Lebens- bzw. Alkoholtrinkgewohnheiten gewonnen werden können.

(2) *Früherkennungs- und Beratungskonzept*

Es sollen verallgemeinerbare Standards eines Früherkennungs- und Beratungskonzepts für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Behandlungscharakteristika internistischer und chirurgischer Stationen des Allgemeinkrankenhauses herausgearbeitet werden. Diese Standards sollen sich auf die strukturelle, die prozessuale und ergebnisorientierte Qualität beziehen.

Zwei Leitthesen dienen der inhaltlichen Akzentuierung der Arbeit und sollen die Diskussion fokussieren:

1. Es ist strukturell möglich und im Behandlungsalltag praktikabel, die vorwiegend somatische Behandlung von Alkohol-Folgeproblemen auf inneren und chirurgischen Stationen des Allgemeinkrankenhauses durch eine suchtspezifische, vorwiegend psychologisch fundierte zu ergänzen.
2. Früherkennung und Kurzintervention bei Alkoholproblemen auf inneren und chirurgischen Stationen des Allgemeinkrankenhauses schließen die Lücke zwischen Primär- und Tertiärprävention.

Beide Thesen sollen durch die Aufarbeitung der einschlägigen Literatur und durch die Evaluation einer eigenen praktischen Erprobung geprüft werden.

2. Psychologische Beratungsansätze in der somatischen Medizin

Dieses Kapitel dient dazu, die derzeit vorhandenen psychologischen Beratungskonzepte in der somatischen Medizin ausführlich darzustellen und in ihrer konzeptionellen Bedeutung für Beratungsstandards bei Menschen mit Alkoholproblemen zu diskutieren. Dazu werden zwei Konzepte psychologischer Einflußnahme vorgestellt, die paradigmatischen Charakter für alle Beratungsansätze in der somatischen Medizin einnehmen und dabei grundsätzlich verschiedenen Denkschulen entstammen: die Psychosomatik mit ihren Wurzeln in der Psychoanalyse und die Verhaltensmedizin als „Verhaltenstherapie in der Somatik“ mit ihren Wurzeln im Behaviorismus.

Grundsätzlich basiert die Einführung psychologischer Beratungsansätze als Ergänzung oder Ersatz somatischer Behandlungskonzepte auf verschiedenen Erfahrungen:

1. Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung vieler Krankheiten spielen psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle.
2. Unzählige wissenschaftliche Untersuchungen belegen, daß körperliche Krankheitssymptome und -verläufe durch psychologische Methoden beeinflußt werden können. Zahlreiche Erkrankungen erfordern zu ihrer Heilung bzw. Linderung komplexe Verhaltensänderungen.
3. Die Effektivität von pharmakotherapeutischen Maßnahmen kann durch eine Veränderung der Einstellung und des Wissens der Patienten verbessert werden.

Wenn hier zwischen Psychosomatik und Verhaltensmedizin unterschieden wird, so ist das eine gewissermaßen künstliche Unterscheidung. Die Psychosomatik wurde zwar als eigenständiges medizinisches Teilgebiet von Psychoanalytikern entwickelt, in ihrer modernen Ausgestaltung herrschen allerdings integrative Theorie- und Praxiskonzepte vor. Psychosomatik ist heute nicht mehr ohne die Verhaltenstherapie zu denken. Die Verhaltenstherapie ihrerseits ist längst über das Stadium des Reiz-Reaktions-Schemas mit der nicht-beobachtbaren Organismus-Variable hinaus und integriert zunehmend psychodynamische Konzepte wie das des „Unbewußtseins“ oder der „Abwehrmechanismen“. Wachtel (1977, zit. nach Davison & Neale 1988) legte einen Entwurf zur Integration von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie vor und diskutiert dabei einige psychoanalytische Ideen und Konzepte, die die Verhaltenstherapie in ihre Behandlungsstrategien integrieren sollte. Dies sind z. B.:

- ◆ die individuelle Lebensgeschichte,
- ◆ Abwehrmechanismen,
- ◆ die Kategorie der subjektiven Bedeutung,
- ◆ die Kategorie der Übertragung.

In Bezug auf Alkoholkrankungen kann man eine weit fortgeschrittene systemwissenschaftliche Theorienbildung und entsprechende Therapieentwürfe beobachten (Feuerlein 1989). Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Verfahren der Humanistischen

Psychologie, Systemische Therapie, Familientherapie u. a. finden z. T. in derselben Einrichtung Anwendung. Dies mag als Beliebigkeit oder als Eklektizismus ausgelegt werden. Tatsache ist allerdings, daß in bezug auf Entstehung, Symptomatik und Verlauf von Alkoholerkrankungen aus verschiedenen Schulen schlüssige Erklärungsmodelle entwickelt wurden, die für Diagnostik und Therapie sinnvoll genutzt werden können. Lempke (1990) bezieht sich auf die sprachphilosophischen Ausführungen des Systemtheoretikers Maturana und hebt hervor, daß ...

... eine Theorie innerhalb des gebrauchten Vokabulars einen Sachverhalt beschreiben und dabei gleichzeitig wesentliche Aspekte des Gesamtgeschehens außer Acht lassen kann, da diese in der gewählten Sprache nicht mitenthalten sind. Übertragen auf das sehr komplexe Begriffsfeld Alkoholismus würde dies bedeuten, daß man es nie als Ganzes beschreiben kann, sondern nur über Sprachgebilde aus verschiedenen Betrachtungswarten.

Wenn man also in Bezug auf *Theorienbildung* und *Behandlungskonzepte* heute zahlreiche integrative Entwicklungen von (psychoanalytisch begründeter) Psychosomatik und (lerntheoretisch begründeter) Verhaltensmedizin feststellen kann, so ist der Versorgungsalltag der somatischen Krankenversorgung von einer (nicht nur begrifflichen) Trennung von Psychosomatik und Verhaltensmedizin geprägt: Psychosomatik als traditionell ärztliche Heilkunst mit dem psychosomatischen Konsiliar, Verhaltensmedizin als traditionell psychologische Disziplin mit Nischen-Charakter. Wegen dieser unterschiedlichen Bedeutung im Versorgungsalltag sollen beide Konzepte deshalb hier getrennt voneinander behandelt werden.

Dabei muß „Beratung“ deutlich von (psychotherapeutischer und somatischer) „Behandlung“ unterschieden werden. Redlich (1997) spricht von Beratung als Brücke zwischen einem Problemsystem (z. B. ein Individuum) und einem Hilfesystem (z. B. Psychotherapie) und konkretisiert:

Hilfesysteme können im Problemsystem *selbst* (unerhört) vorhanden sein; das wären unerkannte Ressourcen und Potentiale von Personen ... Vielfach muß Beratung aber zu *zusätzlichen* Hilfesystemen führen, die die Gesellschaft zur Verfügung stellt.

Chur (1995) begreift Beratung als „Entwicklungsförderung für Kompetenzen“, als „Ressource für Ziele des institutionellen Kontextes“. Nestmann (1997) konzipiert Beratung als „lebenswelt- und alltagsbezogenes psychosoziales Hilfeangebot“, das die Ressourcen der Klienten in den Mittelpunkt rückt, sich damit bewußt von eher defizit- und krankheitsorientierten psychotherapeutischen Behandlungskonzepten abgrenzt. Zu dieser Abgrenzung bemerkt Chur (ebd.):

Statt Störungen, Ängsten, Problemen und Krisen ... stehen nun Fähigkeiten und Fertigkeiten ... im Vordergrund.

Schrödter (1997) beschreibt den Beratungsprozeß als einen überschaubaren und zeitlich wie thematisch begrenzten Gesprächsprozeß, in dem es v. a. um drei Aspekte gehen muß: *Klärung*, *Orientierung* und *Entscheidungsfindung*. Eine erfolgreiche beraterische Praxis setze zum einen eine gründliche Phänomenologie der aktuellen (Krisen-)Situation voraus, zum anderen die Vermittlung theoretischer und praktischer Kompetenzen. Franke (1991) weist darauf hin, daß es für eine erfolgreiche Beratung kontraindiziert sei, von einem allgemeinen optimalen Ziel auszugehen. Vielmehr müßten auf der Basis einer exakten „Ist-Analyse“ die Zielvorstellungen des Betroffenen konkret herausgearbeitet und einer Realitätsprüfung unterzogen werden.

Schrödter hebt den präventiven Charakter von Beratung hervor und entwickelt einen im Rahmen der vorliegenden Arbeit interessanten Gedanken zur Differenzierung von Beratung und Krankenbehandlung. Er schreibt:

Es ist sehr anregend und hilfreich, Beratung deutlich von Krankenbehandlung zu unterscheiden. Die *Eigenständigkeit von Beratung* läßt sich gut fassen, wenn man ihre Bemühungen als Reifungs- und Entwicklungsförderung oder als Kompetenzfreisetzung via Gespräch (und anderer Verfahren) beschreibt und sieht, daß dies in der Tat eine konsequent eigenständige Aufgabe markiert. Kritische Aufklärung und Selbstaufklärung bedeutet ohne Zweifel etwas anderes als Behandlung. ... Das Recht auf systematische Reflexion und Selbstreflexion gehört zu einem Konzept von Bildungsprozessen im modernen Verständnis dazu; also einem Verständnis, das von Belehrung und Bevormundung grundsätzlich Abstand nimmt und es ExpertInnen für soziale Arbeit aufträgt, statt einem mutmaßlichen „Besserwissen“ bedarfsweise offene Gesprächs- und Verständigungsprozesse anzubieten.

Sieht man einmal von der (implizit transportierten und auf offensichtlicher Unkenntnis beruhenden) unhaltbaren Annahme ab, daß ExpertInnen für soziale Arbeit grundsätzlich „offene Gesprächs- und Verständigungsprozesse“ anbieten, während Profis der Krankenbehandlung grundsätzlich „belehren und bevormunden“, dann läßt sich für den hier interessierenden Zusammenhang der folgende rationale Gedanke herausfiltern:

Die Grundhaltung des Beraters kann sich von einer Behandlerhaltung gravierend unterscheiden.
--

Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit kann dieser Gedanke folgendermaßen konkretisiert werden:

Die gleichzeitige Übernahme von (psychosozial bestimmten) Beratungs- und (somatisch bestimmten) Behandlungsaufgaben durch medizinisches Personal erfordert ausgeprägte Kompetenzen in der professionellen Beziehungsgestaltung.

Wenn Beratung sich v. a. an den Kompetenzen und Ressourcen der Patienten orientiert, dann verlangt dies vom Patienten einen selbstverantwortlichen Umgang mit sich selbst. Es ist allerdings bekannt, daß viele Patienten in der Somatik die Verantwortung für die Behandlung (und Beratung?) an die Professionellen abgeben (s. o. Kap. 1.4). Daraus folgt:

Ein emanzipatorisches Beratungskonzept in der somatischen Medizin verlangt vom Patienten die Übernahme von (Teil-)Aufgaben der Heilung bzw. Besserung. Dies widerspricht häufig der subjektiven Definition als „Kranker“.

Es wird insbesondere im Kap. 4 zu diskutieren sein, welche persönlichen Voraussetzungen auf seiten der Professionellen erfüllt sein müssen, um im medizinischen Kontext akzeptable und effektive Beratungsangebote für Menschen mit Alkoholproblemen zu installieren und welche Berufsgruppen möglicherweise hierfür besonders geeignet erscheinen.

2.1 Psychosomatisch begründete Beratungsansätze

2.1.1 Konzepte

Als allgemeine Definition beschreiben Bräutigam & Christian (1986) psychosomatische Medizin als Betrachtungsweise, die den Einfluß des „Seelischen“ bei Entstehung, Verlauf und Behandlung von Krankheiten verfolgt.

Die Psychosomatik als Wissenschaft und Behandlungslehre wurde in den 20er und 30er Jahren dieses Jahrhunderts entwickelt. Maßgeblich an der Entwicklung beteiligt waren - trotz Bedenken des „Meisters“ Freud - psychoanalytisch ausgebildete Mediziner wie Georg Groddeck, Felix Deutsch und Eduardo Weiss. Die erste psychosomatische Klinik an einer deutschen Universität wurde 1948 durch Alexander Mitscherlich gegründet. Die erste deutschsprachige „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse“ wurde ab 1954 herausgebracht.

Mit F. Alexander (1950) und seiner Theorie der „Heiligen Sieben“ Körperkrankheiten, die er als psychosomatisch bezeichnete¹, entwickelte sich die Psychosomatik als *Spezialdisziplin* und emanzipierte sich so als Teilgebiet innerhalb der historisch auf rein psychische Erkrankungen konzentrierten Psychoanalyse. Ein zweiter psychosomatischer Strang, die sog. *Holistische Psychosomatik*, die heute v. a. in den USA Verbreitung findet, bezieht die psychosomatische Sichtweise auf die gesamte Medizin. Nicht mehr einzelne Körperkrankheiten werden als psychosomatisch angesehen, sondern alle Aspekte von „Medizin und Wundartzney“ (Weiss & English 1943). Diesem extremen Verständnis psychosomatischer Zusammenhänge setzt Uexküll (1996) die sog. *Integrative Psychosomatik* entgegen. Diese geht weit über die heiligen sieben Krankheiten von Alexander hinaus und beschreibt ein wesentlich breiteres Spektrum von Krankheits(-Bewältigungs-)prozessen und funktionellen Störungen, über deren Entstehungsbedingungen und Behandlungsmethoden jeder Arzt eine gewisse Kenntnis erlangen sollte. Darüber hinaus entwerfen Uexküll und Kollegen ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit und Gesundheit, das auf der Integration von Erkenntnissen aus Psychoanalyse, Lernpsychologie, Systemtheorie, Molekularbiologie, Neurobiologie, Sozialmedizin, Genetik, Psychophysiologie und anderen verwandten Wissenschaftszweigen beruht. Da dieses Modell von Psychosomatik das im deutschsprachigen Raum am detailliertesten ausgearbeitete ist, soll es im folgenden etwas ausführlicher beschrieben werden.

Grundlage einer psychosomatisch begründeten Wissenschaft i. S. der *Integrativen Psychosomatik* ist die Ablehnung des sog. bio-mechanischen Menschenbilds, das die Medizin des 19. Jahrhunderts geprägt hatte (Uexküll & Wesiack 1996a). Dieses Modell beschrieb den Menschen als triviale Maschine, menschliches Verhalten als Wir-

¹ Asthma bronchiale, essentielle Hypertension, Hyperthyreose, Neurodermitis, chronische Polyarthrit, Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa

kung mechanischer Ursachen. Eine solche Maschine lernt nicht aus Erfahrungen. Sie läßt auf gleiche Ursachen immer wieder die gleiche Wirkung folgen. Dieses Menschenbild beruht auf der Annahme, daß lebendige Prozesse sich immer mechanisch erklären lassen. Wenn ein Pathologe z. B. in den Organen Verstorbener eine gestörte Struktur entdeckt, so gilt diese als Todesursache. Welche Prozesse allerdings zu dieser gestörten Struktur geführt hatten, braucht den Mechaniker nicht zu interessieren.

Ein solches mechanistisches Menschenbild hat in der Medizin großen Anklang gefunden². Uexküll & Wesiack (ebd.) führen dies auf drei Ursachen zurück:

1. Ärzte finden klare Deutungs- und Handlungsanweisungen vor.
2. Die Medizin ist damit in der Lage, mit dem technischen Fortschritt im Bereich der Diagnostik und Behandlung ihr Bild vom „Maschinen-Menschen“ ständig weiter zu verfeinern, ohne es grundsätzlich in Frage stellen zu müssen.
3. Das Maschinen-Modell simuliert unser motorisches Verhalten zu unserer Umwelt. Genauso wie eine Maschine Kraft benötigt, um angetrieben zu werden, braucht es Muskelkraft, um ein Gewicht zu heben oder zu Fuß von einem Punkt A zu einem Punkt B zu gelangen.

Uexküll & Wesiack (ebd.) stellen dem bio-mechanischen Menschenbild ein sog. *bio-semiotisches* gegenüber. Zentraler Unterschied der beiden Modelle ist die auf Paradigmenwechsel in der modernen Physik und Wissenschaftstheorie fußende Kategorie der *subjektiven Bedeutung*. Menschen reagieren demnach nicht mechanisch auf Reize bzw. Informationen, sondern sie nehmen *Zeichen* wahr (Semiotik = Zeichenlehre), *interpretieren* diese auf ihrem individuellen Erfahrungshintergrund und erteilen ihnen (nach Prüfung) eine spezifische *Bedeutung*. Erst daraus leitet sich dann eine *Bedeutungsverwertung* (Wirken, Reaktion) ab.

Uexküll & Wesiack (1996a) beziehen sich in ihrem Modell auf Vorstellungen der Systemtheoretiker (z. B. Bertalanffy), nach denen lebende Systeme hierarchisch in verschiedenen Integrationsebenen organisiert sind:

- ♦ auf einer biologischen Ebene sind Zellen in Organe, diese wiederum in Organismen integriert;
- ♦ auf einer psychischen Ebene bilden Organismen mit (Teilen) ihrer Umgebung komplexere Einheiten;
- ♦ auf einer sozialen Ebene verbinden sich Organismen zu noch komplexeren Einheiten.

Auf jeder neuen Ebene werden danach neue Eigenschaften und Zeichensysteme entwickelt bzw. aktiviert. Biologische, psychische und soziale Eigenschaften lassen sich nicht getrennt voneinander beschreiben oder kausal voneinander ableiten. Sie be-

schreiben dynamische Phänomene, die durch eine Koppelung von Bedeutungen verschiedener Integrationsebenen und Zeichensysteme miteinander verknüpft sind. Krankheit kann entstehen, wenn Koppelungen außer Kraft gesetzt, unterbrochen oder gestört werden.

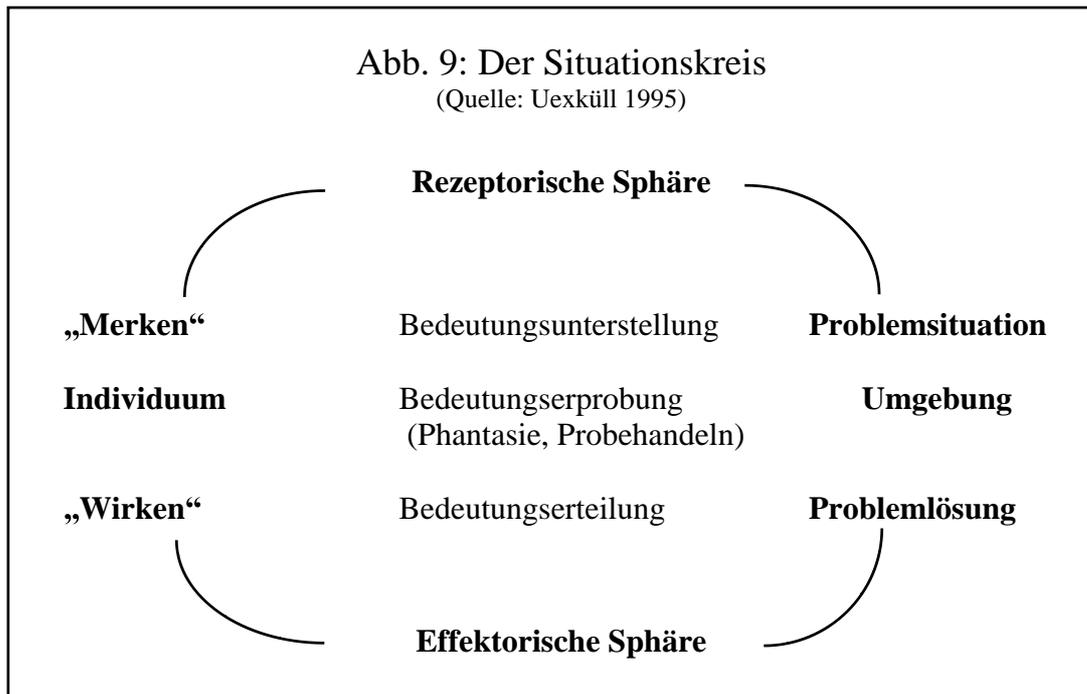
Die Kategorie der *Bedeutung* verweist auf den Menschen als Subjekt seiner Realität. Mit den Menschen und Dingen seiner Umgebung verbinden ihn vielfältige *Beziehungen* biologischer, psychischer und sozialer Natur. Am Modell des Situationskreises erklärt Uexküll (1995) das Zusammenspiel von individueller und sozialer Realität (s. Abb. 9)

Das nicht-mechanistische an diesem Modell ist, daß Umgebungsfaktoren nicht automatisch eine individuelle Reaktion hervorrufen, sondern einen subjektiven Verarbeitungs- und Klärungsprozeß einleiten. Sie werden zunächst als Problemsituation wahrgenommen und interpretiert, der verschiedene Bedeutungen erteilt werden können, die somit auch verschiedene Wirkungen auf seiten des Individuums zur Folge haben kann. Der Prozeß der Problemlösung erfordert eine Bedeutungserprobung in der Vorstellung bzw. Phantasie. Diese „spielerische“ Prüfung führt dann zu einer Bedeutungserteilung und damit verbunden zu einer Reaktion in Richtung Problemlösung. Die soziale Umgebung ist somit keine objektive Realität. Stattdessen müssen Menschen, wenn sie einander begegnen, eine situationsgebundene gemeinsame Wirklichkeit³ aufbauen. Sie müssen ihre „Kodierungen“ einander verständlich machen und fortlaufend gegenseitig abstimmen. Dieses allgemeine Prinzip von Gegenseitigkeit und Entsprechung zwischen lebenden Systemen und ihrer Umgebung wird von Uexküll & Wesiack (ebd.) unter dem Begriff „Beziehung“ zusammengefaßt. Eine bio-psycho-sozial fundierte Medizin wäre sodann als *Lehre von Beziehungen* zu verstehen. Gesundheit kann als funktionierendes Beziehungsgefüge von Organismus und Umwelt aufgefaßt werden, Krankheit als Störung dieser Beziehung. Gesundheit als ein sich ständig erneuernder Prozeß verlangt einen kontinuierlichen Aufbau, eine

² In der Psychologie findet man als Entsprechung die mechanistischen Modelle des Behaviorismus, etwa das „Automaten-Modell“ von Reiz und Reaktion, wie es in verschiedenen Varianten von Psychologen wie J. B. Watson, I. P. Pawlow oder B. F. Skinner vertreten wurde.

³ Der Begriff der „Wirklichkeit“ wurde in diesem Zusammenhang insbesondere von Vertretern der Gestaltpsychologie, die sich in Deutschland etwa zeitgleich mit der Psychosomatik entwickelte, diskutiert. Das Leib-Seele-Problem (Metzger 1952) stellte für die Gestaltpsychologen eine zentrale Frage menschlicher Existenz dar. So unterscheidet z. B. W. Metzger (1963) zwei „Wirklichkeiten“: die Wirklichkeit im ersten Sinne ist die physikalische Welt in ihrer absoluten und objektiven Beschaffenheit, zu der der Mensch über seine seelische Welt, die Wirklichkeit im zweiten Sinne, nur indirekt - nämlich über die Wahrnehmung - Zugang hat. Beiden „Arten“ von Wirklichkeit komme gleichermaßen reale Existenz zu. Metzger hebt hervor, daß die seelische (phänomenale) Welt nicht weniger „objektiv“ sei als die physikalische. Goldstein (1963) betont, daß körperlich-physikalische und psychisch-phänomenale Vorgänge grundsätzlich nicht zu trennen seien, daß somit die Entstehung, Symptomatik und Behandlung/Heilung von Störungen des „Organismus“ grundsätzlich psychosomatischer Natur seien. Uexküll (1995) bezieht sich in seinen wissenschaftstheoretischen Ausführungen mehrfach auf Theoretiker der Gestaltpsychologie wie z. B. v. Ehrenfels.

kontinuierliche Verknüpfung von *Beziehungsfäden* auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene. Ein Mensch kann als „gesund“ bezeichnet werden, der in der Lage ist, innere und äußere Störungen der Integration auf den verschiedensten Ebenen zu erkennen und selbständig zu bewältigen (Uexküll & Wesiack 1996b).



Schonecke & Herrmann (1996) erläutern am Beispiel der grundlegenden Konzepte „Emotion“ (Erleben eines Zustands, der die Beziehung eines Organismus zu seiner Umgebung darstellt), „Aktivierung“ (Aspekt der Emotion, der körperliche und psychische Phänomene aufeinander bezieht) und „Streß“ (nach Selye: unspezifische Reaktion des Körpers auf eine Anforderung) die vielfältigen Zusammenhänge von psychischer und physiologisch-somatischer Integrationsebene. Für die Psychosomatische Medizin sei es notwendig, den Menschen prinzipiell als offenes System (im Austausch mit der Umgebung) zu begreifen. Krankheit sei ein individuell zu verstehendes Geschehen auf der Basis der spezifischen Lebensgeschichte, die u. a. durch die Beziehungen und Verknüpfungen der beiden Integrationsebenen „Psyche“ und „Soma“ bedingt ist.

In vielen Untersuchungen von Wissenschaftlern der klassischen psychosomatischen Schulen (v. a. der Schule F. Alexander) wurden sog. Spezifitätshypothesen geprüft. Man ging der Frage nach, inwieweit spezifische psychische Konfliktlagen oder Persönlichkeitsstrukturen spezifische pathologische Symptome bzw. Entwicklungen (v. a. eine der „heiligen sieben“ psychosomatischen Krankheiten) zur Folge haben. Die Ergebnisse der Untersuchungen konnten die Spezifitätshypothesen nicht belegen. Zwar wurden Einflußfaktoren identifiziert, dieselben Faktoren konnten allerdings auch andere als die spezifizierete Erkrankung beeinflussen. Küchenhoff & Ahrens (1997) plädieren deshalb dafür, die verschiedenen Spezifitätsmodelle weniger als

Erklärungsmodelle, denn - ganz im Sinne einer Integrativen Psychosomatik - vielmehr als heuristisch-diagnostische Modelle zu begreifen, die die klinische Arbeit sinnvoll strukturieren können, und dabei ein besonderes Augenmerk auf die körperliche Symptomatik zu legen. So könne nicht davon ausgegangen werden, ...

... daß psychosomatische Krankheiten eine homogene Gruppe von Krankheitsbildern mit uniformer Dynamik darstellen. Vielmehr ergänzen sich somatisch-genetische und biographische Dispositionen, psychosoziale Belastungsfaktoren und Persönlichkeitsstruktur der Kranken zu einem Bedingungs-zusammenhang für Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Krankheit, dessen Zusammensetzung individuell stark variieren kann (Küchenhoff & Ahrens 1997).

Grundlage moderner, integrativer psychosomatischer Medizin ist somit die Erkenntnis, daß eine einseitige psychogenetische oder somatogenetische Betrachtungsweise den vielfältigen somato-psychosomatischen Wechselwirkungen nicht gerecht wird. Die Beobachtungen und Erfahrungen aus der somatischen und der psychologischen Medizin sind vielmehr im Sinne eines „ganzheitlichen“ Verständnisses von Krankheit und Gesundheit zu integrieren.

Das historisch grundlegende und nach wie vor einflußreichste psychosomatische Konzept ist das *Konzept der Konversion*: S. Freud verstand darunter die „Umsetzung der Erregungssumme unerträglicher seelischer Vorstellungen ins Körperliche“. Die klassische konversionshysterische Symptomatik setzt einen ungelösten sexuellen Konflikt auf der ödipalen Ebene voraus. Nach Freud und später auch Alexander mußte der Konversionsbegriff auf diejenigen körperlichen Vorgänge begrenzt werden, die eine *Symbol-* oder *Ausdrucksfunktion* haben, also einer sinnvollen Deutung zugänglich sind. Dies betrifft insbesondere die Bereiche Willkürmotorik und sensorische Funktionen. Engel (1970, nach Adler 1996) konnte allerdings nachweisen, daß Konversionen im gesamten Organsystem vorkommen können. Nach Adler (ebd.) liegt dem Konversions-Symptom die ...

... Fähigkeit zugrunde, Wünsche, Gedanken oder Phantasien symbolisch in der Körpersprache auszudrücken, die vom bewußten Teil des psychischen Apparats nicht akzeptiert werden können und die nicht in einer entsprechenden Handlung Erfüllung finden.

Adler (ebd.) nennt vier Ziele einer Konversion:

1. Ein unangenehmer Wunsch wird dennoch in die Tat umgesetzt.
2. Das Symptom enthebt den Menschen von der psychischen Streßsituation.
3. Das Symptom fügt dem betreffenden Menschen Leiden zu (Selbstbestrafung für nicht erlaubte Regungen)
4. Das Symptom verhilft zu einer Veränderung sozialer Beziehungen.

Adler (ebd.) hebt hervor, daß Konversionssymptome bevorzugt diejenigen Körperteile bzw. -funktionen betreffen, die schon früh im Leben für Kommunikation wichtig waren: Muskeln und Skelett, Sensorik, Darm (Verdauung), Urogenitaltrakt, Atmung, Sprache.

Das Konzept der *Konversion* ist allerdings nur bedingt in der Lage zu erklären, warum es zu dem Übertrag psychischer Konfliktpotentiale ins Körperliche kommt. Beck (1985) hebt deshalb hervor, daß dieser „geheimnisvolle Sprung vom Geist zum Körper“ (nach Deutsch 1962) trotz der Erkenntnisse der Psychoanalyse nach wie vor nicht zufriedenstellend erklärt sei.

Heute werden psychosomatische Krankheiten im allgemeinen in drei große Gruppen unterteilt:

1. *Psychosomatische Krankheitsbilder im engeren Sinne*, auch *Psychophysiologische Störungen* genannt: organische oder funktionelle Veränderungen, für deren Entstehung, Verschlimmerung und Heilung psychische Faktoren verantwortlich sind. Davison & Neale (1988) nennen sechs Störungsgruppen:

- a) Hautkrankheiten (u. a. Neurodermitis, Jucken, trockene Haut)
- b) Respiratorische Erkrankungen (u. a. Bronchialasthma, Hyperventilation)
- c) Kardiovaskuläre Erkrankungen (u. a. Herzjagen, Bluthochdruck)
- d) Gastrointestinale Erkrankungen (u. a. Colitis ulcerosa, chron. Gastritis)
- e) Urogenitale Erkrankungen (u. a. Menstruationsstörungen, Impotenz)
- f) Muskuloskeletale Störungen (u. a. Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerz)

2. *Somatisierungen*, auch *Konversionssyndrome* genannt: Körperliche Beschwerdebilder ohne organisches Substrat. Hierbei handelt es sich häufig um Äquivalente intensiver Gefühlszustände oder konflikthaft besetzte Vorstellungen, die zu einer Fülle von starken körperlichen Reaktionen wie z. B. Herzrasen, Atemenge, Kopfschmerz, Lähmung, verschwommenem Sehen, Gewichtsverlust, Verstopfung u. v. m. führen können. Somatisierungen stellen sich gewöhnlich in stark belastenden Lebenssituationen ein.

3. *Seelische Reaktionen auf körperliche Leiden*: hierbei handelt es sich insbesondere um die (normalen bis krankhaft gesteigerten) Reaktionen auf chronische Krankheiten, Unfälle oder auch (bevorstehende bzw. absolvierte) medizinische Eingriffe.

Ziel der psychosomatischen Medizin ist es, körperliche Befunde und seelische Erfahrung in Beziehung zu setzen und in eine verstehbare und gesetzmäßige Verbindung zu bringen. Dazu ist es unabdingbar, die Erlebniswelt und Lebensgeschichte der Patienten in die Diagnostik und Behandlungsplanung mit einzubeziehen. Psychosomatik erfordert eine individuelle Diagnosenstellung, individuelle Zielsetzung und individuelle Therapie.

Klassische Behandlungsform der Psychosomatik ist die Psychotherapie. Grundsätzlich lassen sich zwei für die Auswahl von Veränderungszielen handlungsleitende Therapie-Theorien unterscheiden, deren Wirksamkeit auch im Rahmen psychosomatischer Erkrankungen ausreichend nachgewiesen ist (vgl. Grawe/Donati/Bernauer 1994):

1. *Psychoanalyse*: Schwerpunkt auf der Beeinflussung und Veränderung grundlegender psychischer Strukturen. Die Psychoanalyse ist traditionell ärztliche Heilkunst. In psychotherapeutischen Weiterbildungsgängen für Ärzte nimmt die Psychoanalyse den größten Raum ein.

2. *Verhaltenstherapie*: Schwerpunkt auf der Beeinflussung und Veränderung von Verhalten. Verhaltenstherapie wird vorrangig von Psychologen und anderen nicht-ärztlichen Berufsgruppen ausgeübt.

Beiden Theorien gemeinsam ist das Bestreben, Leiden auf seiten des Patienten zu verringern. Die klassische Psychotherapie psychosomatischer Krankheitsbilder, die in diesem Kapitel beschrieben wird, ist psychoanalytisch orientiert. Die Verhaltenstherapie (in der Somatik) wird im nachfolgenden Kapitel 2.2 als „Verhaltensmedizin“ ausführlich dargestellt.

Wesiack (1996) beschreibt vier grundlegende Techniken der Psychoanalyse (Konfrontation, Klärung, Deutung und Durcharbeiten) und unterscheidet im Hinblick auf die konkrete Anwendung drei psychoanalytisch fundierte Therapieformen, die im Rahmen der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen Anwendung finden:

1. Analytische Psychotherapie,
2. Fokaltherapie und
3. Flash-Technik.

Alle drei psychoanalytisch orientierten Psychotherapieformen bauen auf der klassischen Psychoanalyse nach Freud auf, stellen allerdings (primär versorgungspolitisch begründete) Variationen dar. Sie unterscheiden sich v. a. in bezug auf den zeitlichen Umfang und die Art der therapeutischen Interventionen.

Während bei der *analytischen Psychotherapie* der Gesamtzeitrahmen offen bleibt (einziges Merkmal: eine geringere Wochenstundenzahl als bei der klassischen Psychoanalyse), umfaßt die *Fokaltherapie* etwa 25 Behandlungsstunden (einmal wöchentlich). Die *Flash-Technik* wird als Kurzintervention innerhalb einer einzigen Sitzung beschrieben.

Die *analytische Psychotherapie* folgt den klassischen psychoanalytischen Techniken und findet in der Regel auf der Couch statt. Strukturelle Änderungen der Psyche des Patienten sind vorrangiges Ziel der Behandlung. Die Beseitigung bzw. Linderung der Symptomatik erscheint als „Nebenprodukt“. Die geringere Wochenstundenzahl reduziert das Regressionserleben auf seiten der Patienten (incl. der Übertragungsreak-

tionen) und fordert vom Therapeuten mehr Aktivität als die klassische Psychoanalyse.

Die *Fokaltherapie* erfordert zunächst die eindeutige Definition eines umschriebenen Problems (z. B. Ödipalproblematik). Die Behandlung erfolgt im Sitzen und ist eng an das vorher definierte Problem gebunden (z. B. Bearbeitung ödipal geprägter aktueller Konflikt- und Verhaltensmuster). Die Fokaltherapie erfordert mehr Ich-Stärke und mehr initiale Motivation auf seiten der Patienten als die analytische Psychotherapie. Beck (1995) nennt drei Grundlinien der von ihm sog. *Kurzpsychotherapie*:

1. gezieltes Vorgehen,
2. frühes Deuten von Widerstand und Übertragung und
3. Ermunterung und Bestätigung.

Die *Flash-Technik* basiert auf der Erfahrung blitzartiger „Aha-Erlebnisse“ (nach Karl Bühler): der Arzt stimmt sich auf die Problematik des Patienten ein und gibt ihm eine der jeweiligen Situation angemessene Deutung seines Erlebens, seiner Reaktionsmuster und Gefühle. Dies konstituiert auf seiten des Patienten eine neue Einstellung, die es ihm ermöglicht, pathogene Verhaltensmuster aufzugeben. Die Flash-Technik erfordert auf seiten des Arztes viel Erfahrung. Sie ist besonders geeignet für den alltäglichen Praxisbetrieb.

Wegen der besonderen Bedeutung von Kurzzeitinterventionen für somatische Behandlungssettings sei im folgenden ein Flash-Technik-Fallbeispiel aus dem Lehrbuch von Uexküll (1996) zitiert:

Eine 29jährige Frau, Mutter einer 3jährigen Tochter, die ich schon seit einiger Zeit kenne, weil sie an Angstzuständen und funktionellen Herzbeschwerden leidet, kommt eines Tages in einem so stark verängstigten Zustand in die Sprechstunde, daß sie einen geradezu verstörten Eindruck macht. Auf meine Frage, wie es ihr denn gehe, bricht sie sofort in Tränen aus und berichtet, daß sie immer weinen müsse, wenn sie jemand nach ihrem Befinden frage. Sie müsse auch immer dann weinen, wenn sie ihre arme kleine Tochter ansehe. Vor einigen Tagen sei eine um zwei Jahre jüngere Arbeitskollegin verstorben und hinterlasse drei kleine unversorgte Kinder. Seither könne sie selbst keinen klaren Gedanken mehr fassen und sei völlig verzweifelt. Auf mich macht sie dabei den Eindruck eines völlig verängstigten hilflosen kleinen Kindes. Während ich die Worte der Patientin und die Szene auf mich wirken lasse, erinnere ich mich plötzlich daran, daß mir die Patientin beim Erheben der Vorgeschichte erzählt hat, daß sie selbst im Alter von vier Jahren ihre Mutter durch vorzeitigen Tod verloren habe. Blitzartig schießt mir der Gedanke durch den Kopf (= Flash), die Frau erlebt jetzt die Verzweiflung wieder, die sie als Kind beim Tod ihrer Mutter erfahren hat. Sie ist überzeugt, selbst in naher Zukunft sterben zu müssen und glaubt, daß ihre arme kleine Tochter dann das

gleiche Elend und die gleiche Verzweiflung wird durchmachen müssen wie sie damals. Während ich ihr das sage und diese Thematik mit ihr gemeinsam noch etwas vertiefe, beruhigt sie sich zusehends und fragt erstaunt: „Können Sie denn Gedanken lesen, Herr Doktor?“. Nach diesem kurzen Gespräch, das eine weiterhin kontrollierte völlige Beschwerdefreiheit zur Folge hatte, fühlten wir wohl beide, einen zentralen Punkt ihres Krankheitsgeschehens getroffen und ein Stückchen positiver therapeutischer Arbeit geleistet zu haben (Wesiack 1996).

Die Psychosomatik hat in den letzten Jahren einen erheblichen Wandel durchlaufen. Waren noch bis weit in die 80er Jahre hinein die von der psychoanalytischen Neurosenlehre her entwickelten psychogenetischen Krankheitsmodelle bestimmend (und mit ihnen die Psychoanalyse als vorherrschendes Therapiemodell), so fanden in den letzten zehn Jahren mehr und mehr multifaktoriell angelegte Ätiologiemodelle und Krankheitskonzepte Eingang in die Psychosomatik. Darüber hinaus haben Bewältigungsstrategien und Verarbeitungskompetenzen bei chronischen Krankheiten und traumatischen Ereignissen in Forschung und klinischer Praxis erheblich an Bedeutung gewonnen. Diesen Erweiterungen mußten sich auch die Therapiekonzepte anpassen. Die klassische Psychoanalyse als „Königsweg“ der psychosomatischen Behandlung wurde nach und nach ergänzt durch das gesamte Spektrum psycho-soziotherapeutischer Angebote, wie das Beispiel einer „Kombinierten psychosomatischen Therapie“ im Rahmen einer Psychosomatischen Universitätsklinik zeigt (Feiereis 1995):

Auf einer strukturell-formalen Ebene müsse die Therapie offen sein für:

1. körperbezogene und tiefenpsychologisch fundierte Anteile,
2. einzel-, gruppen- und familientherapeutische Ansätze und
3. aktivierende Verfahren zur Stärkung selbstreflexiver Kompetenzen.

Auf der inhaltlichen Ebene sei die Psychoanalyse in Gestalt des tiefenpsychologisch fundierten konfliktzentrierten Einzelgesprächs zwar nach wie vor das zentrale Behandlungsinstrument der kombinierten Therapie. Es wird allerdings auf der Grundlage einer individuellen Indikation ergänzt durch Gruppenpsychotherapie, Kathymes Bilderleben, Körperorientierte Selbsterfahrung, Konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie, Maltherapie, Musiktherapie, Entspannungsübungen, Krankengymnastik, Gestaltungstherapie, Ernährungsberatung und Medikamentöse Therapie.

Was also heute Psychosomatik heißt, ist längst nicht mehr Psychoanalyse allein. In den Standardlehrbüchern der Psychosomatischen Medizin von Bräutigam & Christian (1986) sowie Uexküll (1996) werden neben psychoanalytisch fundierten Psychotherapieformen die Verhaltenstherapie, Familientherapie, Suggestive und übende Verfahren sowie die Körperorientierte Psychotherapie genannt.

2.1.2 Psychosomatisch begründete Beratung im Allgemeinkrankenhaus

Haag & Stuhr (1992) stellen fest, daß die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung von 1975, psychosomatische Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern einzurichten, nur wenig gefruchtet haben. Die Psychosomatik in Deutschland nehme im Gegensatz zu den Verhältnissen in den USA nach wie vor eine untergeordnete Stellung ein.

Lackner/Jäger/Künsebeck et al. (1996) stellten in einer Befragung von Stations- und Oberärzten einer Medizinischen Klinik mit ca. 1000 Betten (Innere, Chirurgie, Dermatologie, HNO, Neurologie, Psychiatrie) fest, daß bei etwa 18% der Patienten ein Bedarf an psychosomatischer Mitbehandlung gesehen wurde. Nur bei 1,8% aber kam es zu einer tatsächlichen Konsilanforderung. Zahlreiche weitere Untersuchungen zum Bedarf an psychosomatischer (Mit-)Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern kommen übereinstimmend zu dem Schluß, daß die derzeitige psychosomatische Versorgungssituation als ungenügend anzusehen ist (Stuhr & Haag 1989, Herzog & Hartmann 1990, Schmeling-Kludas & Odensass 1994, Schleberger-Dein/Stuhr/Haag 1994, Lamprecht 1996). Dies ist um so unverständlicher, als psychosomatische (Mit)Behandlungskonzepte im Hinblick auf die Versorgung des einzelnen Patienten und ökonomische Aspekte in hohem Maße effektiv sind. Dies belegen zahlreiche kontrollierte Studien v. a. aus den USA. Eine Meta-Analyse auf der Basis von 58 kontrollierten Studien (Mumford et al., zit. nach Haag & Stuhr 1992) konnte zeigen, daß in 85% der Studien nach psychotherapeutischen Interventionen eine *Reduktion medizinischer Inanspruchnahme* nachzuweisen war; 22 Studien mit z. T. sehr einfachen Interventionen belegten einen positiven Effekt auf die *stationäre Verweildauer*: so führte eine pflegegeleitete Gruppe im Vorfeld einer Operation, in der v. a. Raum für Informationen, Diskussion und Entspannung gegeben wurde, zu besseren Behandlungsbedingungen und *früherer Entlassung*.

Die wenigen Untersuchungen aus Deutschland zeigen einen deutlich positiven Einfluß psychosomatischer Behandlung auf die Krankheitsverarbeitung und das Gesundheitsverhalten der Patienten (Haag & Stuhr 1992). Nach einer Übersicht kontrollierter Studien aus dem deutschsprachigen Raum von Köhle/Joraschky/Reisinger (1996) konnte die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen (darunter auch kurze und einfache Interventionen wie z. B. Informationen, emotionale Unterstützung) belegt werden für:

- ◆ chronisch Astmakranke: Abnahme der Krankenhaustage, Abnahme von Arbeitsunfähigkeitstagen;
- ◆ internistisch Kranke: Reduktion der Hauptbeschwerden, Reduktion von Arbeitslosigkeit;
- ◆ Herzinfarkt-Patienten (vgl. auch Köhle/Gaus/Waldschmidt 1996): Verminderung

des Auftretens von Herzinsuffizienz und Arrhythmien, kürzere Behandlungszeit am Monitor, kürzere Verweildauer, Verminderung von Angst und Depression, Ausbau von Bewältigungsstrategien;

- ♦ Karzinom-Patienten: z. B. Verringerung von Angst und Depression, Verbesserung von Lebensqualität, Ausbau von Coping-Kompetenzen.

Unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten ist die Reduktion von Verweildauern im stationären Setting ein wesentliches Effektivitätskriterium.

Jordan/Sapper/Schimke/Schulz (1989) berichten eine hohe Akzeptanz psychosomatischer Beratungsangebote auf seiten der Patienten: 62% der Patienten, die vom Stationsarzt zum Psychosomatiker überwiesen wurden, standen diesen Gesprächen positiv gegenüber. Haag (1992) berichtet, daß von 82 Patienten einer unselektierten Stichprobe im Rahmen einer internistischen Abteilung, die einen vermuteten psychosomatischen Zusammenhang aufwiesen, 50% nach einem einmaligen psychiatrisch-psychoanalytischen Erstgespräch motiviert waren, psychische Aspekte ihrer Krankheit zu problematisieren. Haag zeigt weiterhin auf, daß diese Patienten eine wesentlich kürzere Krankheitsdauer (< 2,9 Jahre) aufwiesen als die Patienten, die für eine Problematisierung des psychosomatischen Zusammenhangs schwer oder gar nicht zu motivieren waren.

Haag & Stuhr (1992) nehmen Bezug auf die häufig beobachtete Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten (vgl. Jordan et al. 1989) und die von Haag (1992) ermittelte fortschreitende Abnahme der Motivation der Patienten, sich den psychologischen Problemen ihrer Erkrankung zu stellen. Sie plädieren für eine routinemäßige, unselektierte Einbindung psychosomatischer Diagnostik in die Primärdiagnostik, um so die Patienten möglichst frühzeitig zu erreichen. Ein Screening *aller* Patienten des Allgemeinen Krankenhauses zur Erfassung psychologischer Aspekte ihrer Erkrankung sei deshalb sinnvoll.

Nach Köhle et al. (1996b) spielt die Vorbereitung der Patienten durch den Stationsarzt eine entscheidende Rolle für die Effektivität der psychosomatischen Untersuchung. Diese initiale Phase der Problematisierung psychischer Anteile am somatischen Geschehen sollte geprägt sein von dem Verständnis für die Angst vieler Patienten vor der Stigmatisierung als „psychisch Kranke“. Nach Lackner et al. (1996) setzt sich die Patientenzufriedenheit mit dem psychosomatischen Beratungsangebot zusammen aus der Wichtigkeit des Gesprächs im Hinblick auf die aktuelle Lebenssituation des Patienten, dem Grad des Sich-Verstandenfühlens und dem Grad der erfahrenen Hilfe.

Zur Organisationsform psychosomatischer Versorgung im Allgemeinkrankenhaus werden in der Literatur folgende Modelle beschrieben:

□ *Konsiliardienst*

Krankenstationen oder Polikliniken fordern für einzelne Patienten den Psychosomatiker ... an. Als Konsiliarius übernimmt er vor allem diagnostische Aufgaben; daneben gibt er therapeutische Ratschläge, führt Kriseninterventionen durch und vermittelt Patienten in spezialisierte Einrichtungen (Köhle et al. 1996b).

Das klassische Konsiliarmodell ist nach wie vor das Rückgrat der psychosomatischen Versorgung. Konsiliardienste werden für einen Großteil der somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angeboten: Innere, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO, Kinder, Augen, Orthopädie, Radiologie, Neurologie, Dermatologie, Zahnheilkunde ... Die Inanspruchnahme liegt allerdings mit berichteten 1,8% (Lackner et al. 1996), 3% (Herzog & Hartmann 1990) oder 1 - 4% (Köhle et al. 1996b) weit unter dem zu erwartenden Niveau. Dies wird v. a. durch Engpässe bei personellen Ressourcen erklärt (Künsebeck/Lempa/Liedtke/Freyberger 1988). Die konsiliarische Mitbetreuung von „außerhalb“ - durch ein auswärtiges Krankenhaus oder einen niedergelassenen Arzt - wird in der Regel als unbefriedigend angesehen. Anzustreben sei deshalb die konsiliarische Versorgung durch eine psychosomatische Abteilung innerhalb des Krankenhauses (Nagel-Studer/Held/Friedrich 1986, Landis 1995).

Jordan et al. (1989) heben hervor, daß für die Bundesrepublik keine umfassenden Übersichten und Daten zu psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondiensten vorliegen. In einer eigenen Untersuchung konnte die Wirksamkeit des Psychosomatischen Konsiliardienstes nachgewiesen werden. Die Patienten hatten zu einem großen Prozentsatz (55%) die Empfehlungen der behandelnden Ärzte umgesetzt (Compliance) und zeigten eine deutliche Besserung des subjektiven Befindens. 80% der Pat. gaben zum Nachbefragungszeitpunkt (12-36 Monate) weniger Beschwerden an als zum Beratungszeitpunkt.

Psychotherapeutische Interventionen finden auf der Basis eines fokussierten Konfliktfelds statt und lassen sich nach Gallisch (1990) grob in vier Kategorien unterscheiden:

1. Beratende Gespräche: Besprechung konkreter Handlungsmöglichkeiten und Entwicklungsperspektiven
2. Supportive Gespräche: Bestätigung, Unterstützung, Ermutigung
3. Informative Gespräche: Informationen zu Erkrankungsursachen und (bevorstehende) Behandlungsmöglichkeiten
4. Interpretative Gespräche: Bewußtmachung latenter Konflikte und Spannungen.

In einer Tätigkeitsdokumentation der psychologischen Beratung und Therapie türkischer Patienten mit einem psychosomatischen Konsiliardienst für ein Universitäts-Klinikum konnte Gallisch (ebd.) herausarbeiten, daß die Kategorie „Beratung“ in 97% der Gespräche eine Rolle spielt, „Support“ in 76%, „Information“ in 38% und „Interpretation“ in 24%.

Scheib/Schwerd/Müller/Wirsching (1995) beschreiben den Konsiliardienst der Abteilung für Psychosomatik auf einer chirurgischen Abteilung mit dem Schwerpunkt „Oberschenkelhalsfraktur-Patientinnen“. In die Gestaltung der Beratungsgespräche gingen vier Betrachtungsebenen ein:

1. Die biomedizinische Ebene (Erkrankung, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten),
2. die individuell-psychologische Ebene (psychischer Befund, prämorbid Persönlichkeitsstruktur),
3. das familiäre und soziale Umfeld sowie
4. die Ebene der Institutionen (pragmatische Hilfeplanung).

An einem Fallbeispiel demonstrieren die Autoren ihren umfassenden konsiliarischen Beratungsansatz:

Frau G., 76 Jahre alt, wird im November 1988 in der Chirurgie aufgenommen. Diagnose: Oberschenkelhalsfraktur, links. Der Bruch wird genagelt, das heißt für Frau G., sie darf das linke Bein etwa drei Monate nicht belasten. Aus medizinischer Sicht könnte sie zwei Tage nach der Operation sitzen und nach ca. zwei Wochen an zwei Krücken gehen. Bei der allgemeinen Information über Neuaufnahmen weist die Stationschwester auf Frau G. besonders hin: Die Patientin sei in verwahrlostem Zustand auf die Station gekommen, eine genaue Überprüfung der häuslichen Versorgungslage sei hier vielleicht angebracht. Als Kontaktperson wird der Sohn von Frau G. angegeben. Unser Erstkontakt folgte vier Tage nach der Aufnahme. Frau G. wirkt verhärtet und eher älter als sie tatsächlich ist. Sie scheint im wesentlichen räumlich und zeitlich orientiert und im Erleben adäquat. Im Kontakt ist sie eher reserviert, aber gesprächsbereit. Sie schildert uns den Unfallhergang und ihre wohnlichen und familiären Verhältnisse. Sie lebt mit ihrem Sohn und der Schwiegertochter in einem Haus zusammen, ihr eigener Haushalt wird seit einigen Jahren von der Schwiegertochter mitversorgt. Zwei Tagesmahlzeiten nimmt man gemeinsam ein. Andere Bekannte hat sie nicht. Bei unserem zweiten Kontakt, drei Tage später, ist die Schwiegertochter zu einem Besuch bei der Patientin anwesend. Im Gegensatz zu der ängstlich abwehrenden Patientin ist die Schwiegertochter an einer Unterstützungsmöglichkeit durch ambulante Pflegedienste sehr interessiert. Es wird nun mit beiden Frauen ausführlich über die Angst der Patientin gesprochen, in ein Altenpflegeheim „abgeschoben“ zu werden. Die Schwiegertochter äußert ihre Sorge, die körperliche Belastung durch Heben und eventuelles Tragen der Patientin könne für sie zu groß werden. Nachdem so beide Frauen offen über die anstehenden Probleme sprechen können, werden Möglichkeiten ambulanter Hilfe angesprochen und in ersten Schritten geplant. Frau G. kann eine Woche später nach Hause entlassen werden. Ihre Schwiegertochter wurde in der Folgezeit bei der Pflege täglich für eine Stunde durch eine Schwester der örtlichen Sozialstation unterstützt. Die von der Stationschwester befürchtete Verwahrlosungstendenz war schon vor Eintreten des Unfalls Ausdruck einer Überlastung des familiären Systems. Die völlige Dekompensation konnte frühzeitig durch gezielte Hilfe verhindert werden.

Der wesentliche Nachteil eines Konsiliardienstes liegt nach Jordan et al. (1989) in der Beibehaltung der Trennung von Psyche und Soma. Ärzte auf den somatischen Stationen würden häufig erst dann an den psychosomatischen Konsiliarius überweisen, wenn sie mit ihrem „Latein“ am Ende wären. Diese Ansicht wird auch von anderen Autoren geteilt: Thiel/Söllner/Schüssler (1997) identifizierten vier unausgesprochene Erwartungen an den Konsiliardienst:

1. Übernahme schwieriger Patienten (psychische Probleme der Patienten),
2. Seelsorge,

3. Abschieben von medizinischer Entscheidungsverantwortung und
4. Entlastung für den behandelnden Arzt.

Ein offensiver Umgang mit diesen unausgesprochenen Erwartungen sei allerdings problematisch. Konkurrenzgefühle und Verletzungen der ärztlichen Identität des Kollegen seien häufig erlebte Konsequenzen der „Kooperation“. Pontzen (1992) beschreibt den Konsiliarius als Projektionsfläche unerfüllbarer und überhöhter Erwartungen, als Besserwisser und mahnendes Über-Ich, der von den Kollegen in der Somatik oft als Ärgernis wahrgenommen wird.

Zur Lösung dieser unbefriedigenden Begleiterscheinungen schlagen Thiel et al. (1997) vor, interdisziplinäre Fallkonferenzen und gemeinsame Gespräche von Arzt, Konsiliar und Patienten durchzuführen. Andere Autoren betonen die Notwendigkeit der kontinuierlichen Einbindung des Psychosomatikers in die Stationsroutine (⇒ Liaisondienste).

Zusammengefaßt kann der psychosomatische Konsiliardienst im Hinblick auf die Behandlung der erreichten Patienten als effektiv angesehen werden, im Hinblick auf eine ausreichende Versorgungsstruktur muß er allerdings kritisch beurteilt werden.

□ *Liaisondienst*

Das Arbeitsziel ist weiter gefaßt. Der Liaison-Psychosomatiker ist regelmäßig auf dem klinischen Schauplatz präsent und soweit wie möglich in die Stationsarbeit integriert. Seine Kompetenz steht sowohl dem Patienten als auch dem Ärzte-Schwestern-Team zur Verfügung. Er nimmt an Visiten und Stationskonferenzen teil, ist aber auch sonst für die Mitarbeiter jederzeit erreichbar (Köhle et al. 1996b).

Psychosomatische Liaisondienste werden v. a. wegen der im Vergleich zu Konsiliardiensten höheren personellen Anforderungen wesentlich seltener vorgehalten (Herzog & Hartmann 1990, Gaus & Merkle 1992). Die Inanspruchnahme ist allerdings ungleich höher: nach Köhle et al. (1996b) liegt sie bei ca. 11% aller Klinikpatienten, somit um den Faktor 3 bis 11 höher als bei Konsiliardiensten. Im Liaisondienst kommt es selten zu überhöhten oder unerfüllbaren Erwartungen durch die Behandler in der Somatik. Die Präsenz des Liaison-Psychosomatikers fördert die Kooperation und ist eher dazu in der Lage, somatische und psychische Behandlungsschwerpunkte zu integrieren.

Haag & Stuhr (1992) stellen in ihrer Übersichtsarbeit zum Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus fest, daß Studien zur Effektivität von psychosomatischen Liaison-Diensten aus Deutschland nicht vorliegen. Aus den USA seien allerdings zahlreiche Studien veröffentlicht, die signifikante Effekte derartiger Angebote belegen, so etwa eine Reduzierung der Mortalität bei Herzinfarktpatienten oder eine Reduzierung der medizinischen Komplikationen und Krankenhausaufenthalte bei Patienten nach Bypassoperation.

Pontzen (1992) beschreibt das Scheitern eines psychosomatischen Liaisondienstes und diskutiert einige Probleme der Kooperation von psychosomatischem Mitarbeiter (Sozialarbeiterin mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung) auf der Station und somatischem Behandlungsteam. Insbesondere nennt er die nicht überwundene Aufspaltung somatisch begründeter Behandlung und psychosomatischer Mitbehandlung. Dies führte zu Irritationen und Gefühlen des Abgewiesenwerdens auf seiten der Patienten. Der Autor folgert daraus, daß die Behandlungsverantwortung durchgängig in der Hand des somatischen Behandlungsteams verbleiben solle. Psychosomatiker hätten hier v. a. die Aufgabe, die Somatiker für psychosomatische Fragen zu sensibilisieren und im Rahmen von Fallkonferenzen zu beraten.

Der Beitrag von Pontzen (ebd.) berührt allerdings auch eine weitere Frage der Gestaltung von Kooperationsmodellen in der somatischen Medizin, nämlich die Frage nach der Profession des Psychosomatikers: Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter oder ...? Leider liegen dazu keine vergleichenden Untersuchungen vor. Man muß sich allerdings darüber im Klaren sein, daß berufs- und standespolitische Erwägungen bei dieser Form der Kooperation eine wichtige - vermutlich unterschiedlich ausgeprägte - Rolle spielen.

Köhle et al. (1996b) heben hervor, daß zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit ein gemeinsames bio-psycho-soziales Verständniskonzept bei Somatikern und Psychosomatikern gegeben sein muß. Dies erfordere eine entsprechende Erweiterung der Kompetenzen von Ärzten und Pflegekräften und die Gestaltung angemessener Rahmenbedingungen. Neben dem patientenzentrierten Liaisondienst sollte der Psychosomatiker die Stationsärzte im Sinne einer Hilfe zur „Selbsthilfe“ beraten. Nach Landis (1995) führe dies im Laufe der Zeit zu einer ansteigenden psycho-somatischen Kompetenz bei allen Mitarbeitern der einbezogenen Stationen. Auch Pontzen (1992) und Leßmann/Rahn/Cramer (2001) betonen die positiven Effekte der fachlichen Beratung somatisch orientierter Kollegen als Ergänzung oder auch Ersatz des patientenzentrierten Liaisondienstes.

Zusammengefaßt läßt sich festhalten, daß Liaisondienste zu einer höheren Inanspruchnahme der Patienten und einer besseren Kooperation zwischen somatischem Behandlungsteam und Psychosomatiker führen. Als problematisch ist v. a. der im Vergleich zu Konsiliardiensten erhöhte Personalbedarf anzusehen.

□ *Psychosomatische Fachabteilung*

Konsultations- und Liaisondienste benötigen ... eine zentrale Basis. Hier haben die Mitarbeiter ihre fachliche Heimat, hier findet Weiterbildung und Supervision statt. Zu dieser Zentrale sollte eine kleine (Intensiv-)Psychotherapiestation (in Deutschland durchschnittlich 21 Betten) und eine Ambulanz gehören (Köhle et al. 1996b).

Herzog & Hartmann ermittelten für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (1988/89) in ihrer Totalerhebung 11 Psychosomatische Abteilungen an Allgemein-

krankenhäusern sowie 25 weitere an Universitätskliniken. Es liegen keine Hinweise dafür vor, daß diese Daten sich bis heute verändert haben. Nach Köhle et al. (1996b) verfügen in Deutschland die meisten Universitätskliniken, aber nur wenige Krankenhäuser der Regelversorgung über psychosomatisch-psychotherapeutische Fachabteilungen mit Krankenstationen. Diese wenigen psychosomatischen Abteilungen haben allerdings als Modelle oder „Labors“ therapeutischer Interventionen in der Psychosomatik erheblichen Einfluß auf die Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte.

Die psychotherapeutische Orientierung der psychosomatischen Abteilungen ist überwiegend psychodynamisch, d. h. psychoanalytisch. Als zusätzliche psychotherapeutische Verfahren werden Verhaltenstherapie oder Systemische Therapie genannt.

Gaus & Merkle (1992) beschreiben die psychosomatische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses mit 24 stationären Betten für Erwachsene, 10 für Kinder und Jugendliche, einem umfangreichen Konsiliar- und Liaisondienst für 8 weitere Abteilungen des Krankenhauses sowie einem ambulanten Versorgungsbereich. Das therapeutische Angebot basiert auf einem psychoanalytischen Konzept und besteht aus:

- psychotherapeutischen Einzelgesprächen (3/Woche),
- Familien- und Paargesprächen nach Bedarf,
- Kleingruppen 2/Woche,
- Großgruppen 2/Woche sowie
- je nach individuellem Bedarf „fachfremden“ Maßnahmen wie z. B. Entspannungstraining, Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Beschäftigungstherapie, Gymnastik, Physikalische Behandlungsmaßnahmen und Diätberatung. Die stationäre Verweildauer beträgt zwischen 2 und 4 Monaten.

Die Indikation zur stationären psychosomatischen Behandlung wird von Köhle et al. (1996b) folgendermaßen beschrieben:

- Schwere Persönlichkeitsstörungen, schwere Psychoneurosen,
- schwere psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne (s. o.),
- Anorexia nervosa und Bulimie,
- Krisen (u. a. nach Suizid-Versuch),
- schwieriger Zugang zu pathogenen emotionalen Problemen,
- keine ambulante Versorgungsmöglichkeit am Wohnort.

Zusammengefaßt läßt sich festhalten, daß psychosomatische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die notwendige Basis für Konsiliar- und Liaisondienste darstellen. Für die stationäre Krankenversorgung spielen sie keine Rolle, für die Weiterentwicklung des Fachs allerdings sind sie unverzichtbar.

□ *Integrierte psychosomatische Versorgung*

Konzepte der integrierten Medizin im stationären Versorgungsbereich versuchen, somatische und psychotherapeutische Behandlungskompetenz innerhalb einer somatischen Fachabteilung eines Krankenhauses zusammenzuführen, bisher vor allem in der inneren Medizin und ihren Subdisziplinen sowie in der Neurologie (Schmeling-Kludas & Fehrs 1997).

Das radikalste Organisationsmodell psychosomatischer Versorgung am Allgemeinkrankenhaus ist sicherlich die Neuformulierung und Umstrukturierung bislang somatischer Behandlungskonzepte in *somatisch/psychosomatische*. Dies ist offenbar an einigen (internistischen) Abteilungen gelungen.

Jäger/Niemann/Schmeling-Kludas/Wedler (1991) beschreiben die sukzessive Umstellung einer vormals rein internistischen Abteilung (113 Betten) zu einer integriert-psychosomatischen mit einem tiefenpsychologischen Verständnis von Krankheitszusammenhängen. Wesentliche Eckpfeiler des integrierten Konzepts sind:

- wöchentliche Abteilungskonferenz, in der die psychosomatisch/psychosozialen Probleme der Patienten unter Teilnahme aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen besprochen werden können;
- Gestaltung der Visiten nach einem patientenzentrierten Konzept (s. u.);
- Ausbildung der Ärzte hinsichtlich Gesprächsführung und therapeutischen Grundlagenwissens;
- Supervision ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit;
- teilweise patientenorientierte Krankenpflege (Gruppenarbeit);
- Kooperation mit Tageskliniken, psychiatrischen und suchttherapeutischen Einrichtungen.

Zu einer psychosomatischen Intervention kam es bei etwa 40% der stationär behandelten Patienten. Als Anlaß dieser Intervention wird in 66% der Fälle das Verhalten des Patienten auf der Station genannt. Die hohe Rate der Interventionen stellt im Vergleich zur durchschnittlichen Inanspruchnahme psychosomatischer Leistungen z. B. im Liaisondienst (s. o.) mehr als eine Verdoppelung dar.

Der Aufwand der Ärzte für unmittelbare (patientengebundene) und mittelbare (z. B. Abteilungskonferenz) psychosomatische Tätigkeit beträgt ca. 10% der Arbeitszeit. Die subjektive Belastung der Stationsärzte ist wegen der „Doppelbelastung“ (Somatik und Psychosomatik) höher als in somatischen Abteilungen herkömmlichen Typs. Darüber hinaus berichten die Ärzte über Probleme mit der beruflichen Identität.

Aus dieser Abteilung liegt eine kontrollierte Effektivitätsstudie vor, die die Auswirkungen des Behandlungskonzepts auf die Krankheitsverarbeitung der Patienten erheben sollte (Schmeling-Kludas & Fehrs 1997). 60 Patienten einer traditionell somatischen sowie 60 Patienten einer integriert-psychosomatischen inneren Abteilung wurden in den letzten 3 Tagen des Krankenhausaufenthalts mit Hilfe eines strukturierten Interviews befragt. Die Patienten der integriert behandelten Gruppe waren den Ärz-

ten gegenüber weniger mißtrauisch, fühlten sich besser informiert, waren weniger depressiv, erlebten sich selbst weniger seelisch belastet und hatten das Gefühl, mit der seelischen Belastung gut fertig zu werden. Die Ergebnisse bestätigten die von den Autoren aufgestellte Hypothese, daß ein integriertes Versorgungskonzept im Vergleich mit einem traditionellen zu einer günstigeren Beurteilung der erlebten sozialen Unterstützung bzw. der Behandlungszufriedenheit führt und die Patienten bei der Krankheitsbewältigung unterstützt.

Köhle et al. (1996b) nennen als allgemeines Ziel des von ihnen entwickelten integrierten Konzepts einer internistisch-psychosomatischen Station die Schaffung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung und operationalisieren dies als emotionale Unterstützung, Beziehungsangebot und ausreichende Gesprächsmöglichkeit. Spezifische Ziele sind die Erhöhung der Compliance und Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung sowie die Arbeit an pathogenen psychischen und sozialen Konflikten. Eine zentrale Stellung im Behandlungskonzept dieser integriert arbeitenden Station nimmt die Visite ein. Fehlenberg/Simons/Köhle (1996) verfolgen ein vergleichbares Konzept. Sie kritisieren traditionelle Krankenvisiten und schlagen für integriert-psychosomatische Stationen eine *patientenzentrierte Visitenführung* vor. Im Rahmen einer solchen Visite wird mehr Wert auf die Äußerungen des Patienten gelegt. In einer empirischen Evaluation konnte gezeigt werden, daß der Redeanteil der Patienten gegenüber Patienten in traditionellen Visiten um 50% angestiegen war.

Psychotherapeutische Interventionen, d. h. Verbalhandlungen des Arztes, die eine Änderung im Erleben des Patienten bewirken sollen, nahmen im Durchschnitt 7 Minuten in Anspruch und ließen sich in drei Bereiche unterteilen:

1. Explorierende Interventionen (Klärung emotionaler Erlebnisinhalte, biographisch orientierte Klärung);
2. Stützende Interventionen (Fördern von Krankheitsverständnis, differenzierter Leidenswahrnehmung, Erkennen positiver Aspekte der aktuellen Situation und der Biographie);
3. Konfrontierende und interpretierende Interventionen (Förderung der Auseinandersetzung z. B. in den Bereichen Eigenverantwortung, Zusammenhang von somatischer Erkrankung und psychischem Leid, Diskrepanzen zwischen Erleben, Äußern und Verhalten).

Zur Veranschaulichung integrierter internistisch-psychosomatischer Medizin sollen im folgenden zwei Kasuistiken dargestellt werden. Beide stammen aus hier vorgestellten Abteilungen.

1. Ein 18jähriger türkischer Patient wird mit Durchfällen und Bluterbrechen eingewiesen. Der Patient wirkt äußerst rastlos und nervös. Neben der somatischen Diagnostik (die insgesamt einen gravierenden körperlichen Befund ausschließt) werden dem Patienten sofort Einzelgespräche angeboten. Er nimmt diese gern wahr, und die Konfliktsituation wird rasch deutlich:

Entgegen den rigiden Erziehungstraditionen seiner Eltern strebt er nach der gleichen Verselbständigung, wie er sie bei deutschen Gleichaltrigen erlebt. Er ist Mitglied in einer deutschen Jugendgruppe und hat eine deutsche Freundin, mit der er in eine gemeinsame Wohnung ziehen möchte. Der als gewalttätig erlebte Vater und besonders der die Rolle der Eltern vertretende älteste Bruder bedrohten ihn mit Züchtigungen und Deportation. Den Vater glaubt und fürchtet er, im Haß ermorden zu können. Überraschend rasch klingen die körperlichen Beschwerden folgenlos ab, nachdem die Problemsituation einmal ausgesprochen und auf mitfühlendes Verständnis gestoßen ist (!!!). Die Situation wird in der psychosozialen Konferenz besprochen. Dabei kommen vor allem die verschiedenartigen Gegenübertragungsreaktionen auf der Station zur Sprache: von der Tendenz, mit väterlicher Strenge klare Entscheidungen zu erzwingen, bis zu verwöhnenden mütterlichen Versorgungswünschen. Es wird darüber deutlich, daß der Patient selbst einen Weg aus diesem (Pubertäts-)Konflikt finden muß, und daß der behandelnde Stationsarzt lediglich freundschaftlicher, vorübergehend auch Unterkunft und Versorgung gebender Begleiter sein kann. Nach zwei weiteren Einzelgesprächen hat der Patient bereits einen Weg gefunden, der weder zum völligen Bruch mit dem Elternhaus führt noch einen totalen Verzicht auf seine Verselbständigungsbedürfnisse bedeutet (Wedler 1992).

2. Die 50jährige Kranke wurde wegen einer ambulant nicht mehr behandelbaren Hypertonie aufgenommen. Die Hypertonie war erstmals vor fünf Jahren im Zusammenhang mit der Operation eines Bandscheibenvorfalles festgestellt, nach sorgfältiger Untersuchung war sie als „essentielle Hypertonie“ eingeordnet worden. In der Zwischenzeit mußte Frau A. zweimal wegen apoplektischer Insulte und einer zusätzlichen Blutung in die Sehrinde stationär behandelt werden. Eine Behinderung beim Lesen (Mnestische Störung) und ein Gesichtsfeldausfall (homonyme Hemianopsie) sind als Folge dieser Ereignisse zurückgeblieben. Vor sechs Monaten war nach schweren Blutungen eine Uterusexstirpation durchgeführt worden. Die jetzige Aufnahme erfolgte, nachdem die Patientin nach einer hypertonen Krise wieder kurzzeitig bewußtlos geworden war.

In den Erstgesprächen wirkte die große, massige Frau unruhig; sie ließ den Arzt kaum zum Sprechen kommen, stellte ihre Erklärungen aller Beschwerden in den Vordergrund. Der Arzt fühlte sich eher ängstlich, „wie vor einem Dampfkessel, der gleich explodieren könnte“. Die Patientin klagte indirekt über die extreme Einschränkung in allen Lebensbereichen, die nur zum Teil auf die körperlichen Behinderungen zurückführbar ist. Seit der Uterusexstirpation hat sie sich weiter zurückgezogen; auch die sexuellen Beziehungen zum Ehemann hat sie abgebrochen. Jetzt verlasse sie kaum mehr das Haus, weil sie immer noch unter Narbenschmerzen leide.

In den Gesprächen wird ihre Enttäuschung über den Verlust von Selbständigkeit, Leitungsfähigkeit, Unabhängigkeit und die trotzig-depressive Form ihres Rückzugs deutlich. Ihre jetzige Situation charakterisiert sie im Kontrast zu ihrer Lebensgeschichte: In der CSSR aufgewachsen - sie betont ihre Zweisprachigkeit - ernährte sie nach dem Krieg als Lehrerin den verletzt zurückkehrenden Mann, den sie „aus Fairneß“, „trotz seiner Verletzungen“, geheiratet habe. Sie gebar vier Kinder; aus Zeitgründen konnte sie ihren Beruf nicht mehr ausüben. Später übernahm sie die Leitung einer Lebensmittelfiliale; sie betont, wie sie sich damals auf ihr phänomenales Gedächtnis verlassen konnte: Sämtliche Bilanzen habe sie sich nach einmaligen Lesen merken können. Invalidität nach der Bandscheibenoperation und Berentung führten zum Bruch in dieser Entwicklung.

Im Zusammenhang mit der jetzigen Erkrankung klagt sie über heftige Kopfschmerzen, „ein Druckgefühl“, sie befürchtet dabei, ihr „Röhrensystem“ könne gleich platzen.

Die Schwierigkeiten im Krankheitsverhalten der Patientin stehen in enger Beziehung zu den

Schwierigkeiten in der Krankheitsverarbeitung. Von den Ärzten ist sie enttäuscht, sie hat das Gefühl, diese könnten ihr auch nichts anbieten als „einen Tod auf Raten“. Ein tragfähiges Arbeitsbündnis konnte sie nicht eingehen. Im Gespräch ergibt sich jetzt, daß sie die verordneten Medikamente nicht eingenommen hat; rationalisierend gibt sie als Grund die auf den Packungen angegebenen Nebenwirkungen an; sie hat es abgelehnt, sich den Blutdruck selbst zu messen - und fährt in dieser trotzigen Ablehnung auch zu Beginn des stationären Aufenthalts fort. Auf der Station werden allmählich Zusammenhänge zwischen bestimmten Situationen und dem krisenhaften Ansteigen des Blutdrucks sichtbar. Bei der Visite klagt die Patientin darüber, daß ihr Blutdruck gleich auf 220 mm Hg angestiegen sei, als auf dem Stationsflur ein älterer bewußtloser Patient an ihr vorbeigefahren worden sei. Sie habe angenommen - was zutraf - daß der Mann einen Schlaganfall erlitten habe. Dabei erinnert sie sich an ihren Vater, der an einem Schlaganfall als Folge einer Hypertonie gelähmt habe liegen müssen und schließlich daran gestorben sei. „Dann ist es doch besser, gleich tot zu sein.“ Während der ersten Visiten fällt regelmäßig eine stark zunehmende Gesichtsrötung der Patientin auf, die sich angestrengt darum bemüht, Verständnisversuche für den situativen Kontext ihrer Symptome abzuwehren, „nichts auf sich sitzen zu lassen“. In der sich anschließenden Visite klagt die Patientin über ihren „rebellierenden Magen“. Der Arzt versucht eine Beziehung zwischen ihrem Gesamtverhalten und dieser Schilderung ihres Magens herzustellen, die Patientin fühlt sich grob mißverstanden. Sie schreibt dem Arzt einen Brief, in dem sie ihm vorwirft, ihre Äußerungen „zu wörtlich“ zu nehmen. In dem sich anschließenden Gespräch kann sie erstmals über ein Gefühl der Ohnmacht während der Visite sprechen: Es falle ihr schwer, sich zu konzentrieren, sie stehe unter dem Druck, immer eine „intelligente Antwort“ parat haben zu müssen, und fühle sich den Ärzten unterlegen.

Allmählich kommen auch ihre familiären Beziehungen ins Blickfeld: Ein weiterer krisenhafter Blutdruckanstieg tritt auf, als sich die Patientin mit einer jüngeren Mitpatientin, von Beruf Kindergärtnerin, unterhält. Wir erfahren dann von ihr, sie leide darunter, daß sie vor einem halben Jahr auch „ihre jüngste Tochter habe hergeben müssen“, die sich als Kindergärtnerin ausbildet. Die Patientin beschreibt sich selbst als „Löwenmutter“ („Supermutter“), sie weist dabei darauf hin, daß sie all ihre Kinder eineinhalb Jahre lang gestillt habe. Heute kämen die Kinder noch mit all ihren Problemen zu ihr.

Eine Veränderung tritt nach einer Chefarztvisite ein. Frau A. hatte darüber geklagt, daß sie früher alle Telefonnummern im Kopf gehabt habe und sich heute kaum noch eine einzige merken können. Die Antwort des Chefarztes, er wisse beispielsweise auch nicht, wann Napoleon geboren sei, so etwas könne man ja in Büchern nachlesen, imponiert ihr sehr. Sie geht auf den Vorschlag einer Schwester ein, sich vor dem Telefonat die Nummer aufzuschreiben. Allmählich scheint sie die hohen Idealvorstellungen, die sie erfüllen zu müssen meint, in einem Trauerprozeß reduzieren zu können. Wohl, weil sie erlebt, daß die Umwelt sie auch als Kranke achtet, beginnt sie, sich selbst wieder mehr zu akzeptieren. Jetzt kann sie auch eine Leistung ihrer Tochter annehmen und voll Stolz weiter berichten; dabei meint sie, sie könne diese Leistung anerkennen, ohne wie früher alle komplizierten Einzelheiten selbst verstehen und eventuell kritisieren zu müssen. Darauf müsse sie jetzt verzichten, ihr eigenes Wohlbefinden ginge ihr jetzt vor.

Der bisher auch in der Klinik nur schwer einstellbare Blutdruck sinkt. Die Abwehrhaltungen von Frau A. bilden sich zurück, während der Visite tritt auch die Gesichtsrötung nicht mehr auf. Sie meint schließlich, jetzt wisse sie selbst, wie es zu Hause wieder weitergehen könne. Sie müsse eben bestimmten belastenden Situationen ausweichen, insgesamt sich mehr um sich selbst kümmern. Sie hatte auch begonnen, selbst ihren Blutdruck zu messen. Wir wissen nicht, ob der Krankheitszustand hierdurch längerfristig ausreichend behandelbar geworden ist; das

Beispiel läßt unserer Ansicht nach jedoch die Bedeutung der Beziehung zwischen Patient und medizinischer Umwelt - und die stellvertretende Funktion der medizinischen Umwelt für die alltägliche Mitwelt - für das Gelingen der Krankheitsverarbeitung und für die Entwicklung eines angemessenen Krankheitsverhaltens erkennen (Köhle et al. 1996b).

Zusammengefaßt läßt sich zur integrierten psychosomatischen Versorgung festhalten, daß sie den radikalsten Versuch darstellt, psychosomatische Konzepte in der somatischen Medizin zu verankern. Ein psychodynamisches Krankheitsverständnis ist die grundlegende Basis des Therapiekonzepts. Integrierte psychosomatische Versorgung bedeutet für alle Berufsgruppen im stationären Setting ein konzeptionelles Umdenken und eine Neustrukturierung des Arbeitsalltags. Integrierte psychosomatische Medizin wird für internistische Abteilungen empfohlen (Köhle et al. 1996b) und erscheint am ehesten geeignet, dem hohen Bedarf an psychosomatischer (Mit-) Behandlung zu entsprechen.

Abschließend sei der Nestor der psychosomatischen Medizin in Deutschland, Thure von Uexküll, zitiert:

„Ich habe immer gesagt, psychosomatische Medizin habe die Aufgabe, sich überflüssig zu machen – nämlich dadurch, daß die Medizin insgesamt psychosomatisch wird. Das ist dann integrierte Medizin, das Gegenteil einer psychosomatischen Spezialdisziplin“ (v. Uexküll 1999).

2.2 Verhaltensmedizinisch begründete Beratungsansätze

2.2.1 Konzepte

Die Verhaltensmedizin ist eine relativ junge Disziplin. Ende der 70er Jahre erschienen in den USA die ersten Veröffentlichungen zur „Behavioral Medicine“. In Deutschland wurde Mitte der 80er Jahre die „Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation“ (DGVM) gegründet, um an der Schnittstelle von Psychologie und Medizin als interdisziplinäre Fachrichtung neue Forschungsgebiete zu eröffnen und effektive und praxisbezogene Lösungen zu entwickeln.

Die Hauptfunktion des verhaltensmedizinischen Ansatzes besteht somit darin, die Interaktion zwischen physiologischen, behavioralen und subjektiven Faktoren bei der Ätiologie und Behandlung vorwiegend medizinischer Problemstellungen aufzuzeigen und diese Faktoren spezifisch für einzelne Störungen zu einem umfassenden, systematischen und empirisch überprüfbareren Modell zusammenzufassen.“ (Informationsblatt der DGVM, zit. nach Traue 1993)

Verhaltensmedizin wird als der Versuch angesehen, die Bedeutung physiologischer, behavioraler und subjektiver Faktoren bei der Ätiologie und Behandlung medizinischer Problemstellungen aufzuzeigen und diese Faktoren zu einem adäquaten Modell zusammenzufassen (Miltner/Birbaumer/Gerber 1986).

Aufbauend auf Ergebnissen der psychobiologischen Grundlagenforschung und bewährten Techniken der Verhaltenstherapie wurden sukzessive spezifische psychologische Interventionsmethoden für ein breites Spektrum psychosomatischer und somatopsychischer Prozesse entwickelt, die den Patienten helfen sollten, vegetative Reaktionen und krankheitsrelevante Verhaltensweisen direkt zu verändern.

Verhaltensmedizinisch begründete Beratung versucht, dasjenige Verhalten zu identifizieren und mittels spezifischer Strategien in Richtung höherer Gesundheitskompetenz zu beeinflussen, das einen Beitrag zur Krankheitsentstehung und deren Aufrechterhaltung leistet und Gesundungsprozessen entgegensteht.

Verhaltensmedizin basiert vor allem auf Erkenntnissen der Lernpsychologie, der Kognitionspsychologie und der Emotionspsychologie (Traue 1993). Der verhaltensmedizinische Ansatz stellt gegenüber dem klassisch psychosomatischen Ansatz insofern eine Erweiterung dar, als die von ihm berücksichtigten Krankheitsbilder weit über die klassischen psychosomatischen Erkrankungen hinausgehen. Grundlage dieser Erweiterung waren vor allem Untersuchungen der psychophysiologischen Verhaltenswissenschaft, die belegen konnten, daß gezielte Veränderungen des Verhaltens oder Denkens von Patienten - z. B. mittels Biofeedback - zu systematischen Veränderungen vegetativer Reaktionen, etwa der Herzfrequenz, führen können (Florin 1993).

Ziel der Verhaltensmedizin ist, eine Krankheit sowohl von ihren biologisch-medizinischen Ursachen als auch von ihren psychologischen und sozialen Determinanten zu

verstehen. Dieses bio-psycho-soziale Krankheitsmodell basiert auf der Erkenntnis, daß eine rein psychologische Sichtweise selbst bei psychischen Erkrankungen zu kurz greift, auf der anderen Seite eine rein biologisch-medizinische Sichtweise vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck) unzureichend ist. Krankheit beinhaltet nach dem Verständnis der Verhaltensmedizin ein Kontinuum und eine Interaktion von biologischen und psychologischen Prozessen (Reinecker 1988). Die Verhaltensmedizin geht davon aus, daß zu den wichtigen Krankheitsursachen neben den organischen Bedingungen auch ein problematischer Lebensstil zu zählen ist. Haupt und Delbrück (1996) weisen darauf hin, daß diejenigen chronischen Erkrankungen in allen Industrienationen mit den höchsten Steigerungsraten in den letzten beiden Jahrzehnten zum größten Teil verhaltensabhängig sind.

Zu den Zielen verhaltensmedizinischer Interventionen führen Haupt und Delbrück (ebd.) aus:

Bei reversiblen Gesundheitsstörungen muß bei der Verhaltensmodifikation das therapeutische Ziel sein, Risikofaktoren abzubauen und Gesundheitsverhalten zu fördern. Bei Erkrankungen mit Organschäden bzw. bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien geht es demgegenüber mehr um eine Adaptation an bleibende Funktionseinbußen. Die Verhaltensmodifikation muß hier Hilfen zum Krankheitsmanagement umfassen (z. B. durch Patientenschulung). Je nach Art der Störung kann es notwendig sein, daß die Hilfe zur Krankheitsbewältigung und Krankheitsakzeptanz die zentrale Aufgabe ist, weil erst danach eine Bereitschaft zur Anpassung an die Krankheit besteht und positive Veränderungen im Lebenskontext erwartet werden können.

Hand (1997) nennt als allgemeines Ziel der „Verhaltenstherapie in der Medizin“ die professionelle Anleitung zur kompetenten Selbsthilfe. Er unterscheidet dabei drei inhaltliche Zielaspekte:

1. Prophylaxe von Krankheit,
2. Reduktion bzw. Beseitigung von Krankheit,
3. Bewältigung von bzw. Umgang mit Krankheit.

Als allgemeine Inhalte von „Verhaltensmodifikation“ bei vorwiegend somatischen Erkrankungen nennt Hand (ebd.): Lebensstil und Krankheit/Gesundheit (Health education), Psychohygiene, Körperliche Aktivierung, Ernährung, „Krankheits-Management“, Familie und Umfeld, Compliance-Erhöhung. Interventionen sind vor allem: Patienteninformation, Medizinische Maßnahmen, Übungen, Medikamente.

Die Anwendungsfelder der Verhaltensmedizin sind breit gestreut. Grundsätzlich lassen sie sich in drei große Bereiche trennen:

1. (Primär-) Prävention, Prophylaxe

Darunter fallen vor allem Programme zur Prävention von koronaren Herzerkrankungen. Aus dem deutschsprachigen Raum finden sich u. a. Veröffentlichungen zu: Bluthochdruck (Köhler 1993), Chronische Streßreaktionen (Siegrist 1985, Siegrist 1995), Bewegungsabläufe (Basler et al. 1992, nach Florin 1993).

2. Therapie (Sekundärprävention)

Die Liste der Krankheitsbilder bzw. physiologischen Funktionsstörungen, die mittels verhaltensmedizinischer Methoden modifiziert werden sollen, ist lang: Chronische und akute Schmerzen verschiedener Lokalisation (Budde 1995, Heuser/Geissner/Goebel/Fichtner 1995, Fritsche 1996), Asthma (Petermann/Walter/ Warschburger et al. 1993), Somatoforme Störungen (Lupke/Ehlert/Hellhammer 1995), Psychosomatische Störungen (ebd.), Urologische Erkrankungen (Gerber 1986), Migräne (Gerber/Kropp/Schoenen/Siniatchkin 1996), Schlafstörungen (Hoffmann 1995), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Badura & Grande 1995, Hertel/Rugulies/Siegrist et al. 1995, Rüdell 1995), Hauterkrankungen (Warschburger/ Skusa-Freeman/Scheewe et al. 1995), Diabetes (Petermann 1995, Ganz/von derWeid 1996, Kulzer/Bergis/Imhof et al. 1997), Gynäkologische Erkrankungen (Ehlert 1995), Störungen des Eßverhaltens (Tuschen/Vögele/Rodde 1995, Tuschhoff/Benecke-Timp/Vogel 1995, Jacobi 1995, Shaw/Rief/Fichter 1995), Störungen des Gebrauchs psychotroper Substanzen wie z. B. Nikotinabhängigkeit (Batra/Schupp/ Brömer et al. 1995, Kohaut 1997), Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Bühringer 1995).

3. Rehabilitation / Krankheitsbewältigung (Tertiärprävention)

Hier finden sich Veröffentlichungen zu: Koronare Herzerkrankungen (Langosch & Schepers 1995), Entzündlich-rheumatische Erkrankungen (Jungnitsch 1995), Atemwegserkrankungen (Kaiser/Lütke-Fremann/Schmitz 1995), Krebserkrankungen (Herschbach & Keller 1995, Faller 1995, Muthny 1995, Larbig 1998), Gastrointestinale Störungen (Klinkenberg 1995), Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Noeker & Petermann 1995).

Einen Sonderfall der Anwendung verhaltensmedizinischer Methoden stellen psychische Erkrankungen wie z. B. die Schizophrenie dar (Bailer et al. 1995, Englert et al. 1995). Hier wird nach Ansicht von Vogel & Weber-Falkensammer (1995) Verhaltensmedizin genannt, was eigentlich Verhaltenstherapie ist. Vogel & Weber-Falkensammer plädieren dafür, Verhaltensmedizin ausschließlich als Einbezug verhaltenstherapeutischer (und anderer) Methoden in der *somatischen* Medizin zu definieren.

Verhaltensmedizinische Behandlungsprogramme sind oft in ein umfassendes Behandlungskonzept integriert. An zwei Beispielen soll die Interaktion von kognitiv-emotionalen, medizinischen, behavioralen und sozialen Behandlungskomponenten verdeutlicht werden:

Dorst/Kaluza/Lehnert/Schmidt (1995) stellen ein komplexes Behandlungsprogramm bei *essentieller Hypertonie* vor, das aus fünf Bausteinen besteht:

1. Information
2. Diätetische Therapie
3. Bewegungstherapie
4. Gruppentherapie (Entspannung, themenzentrierte Gespräche, Verhaltenstraining)

5. Medikamentöse Therapie

Kröner-Herwig (1987) gibt einen Überblick über die Ziele verhaltensmedizinischer Therapie bei *chronischen Schmerzen*:

1. Veränderung der subjektiven Schmerztheorie
2. Verbesserte Selbstwahrnehmung
3. Optimierung der analgetischen Medikation
4. Erlernen von Schmerzbewältigungsstrategien
5. Abbau passiven Schonverhaltens/Aktivitätsaufbau
6. Minderung psychophysiologischer Risikovariablen

Entsprechend einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell vertritt die Verhaltensmedizin ein bio-psycho-soziales Behandlungskonzept. Zusammengefaßt lassen sich folgende Bausteine präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Verhaltensmedizin identifizieren:

- Medizinische Behandlung / Compliance
- Informationen über Krankheitsmechanismen
- Informationen über konkrete Bewältigungsstrategien für den Alltag
- Identifikation von Belastungsbedingungen durch Selbstbeobachtung
- Sensibilisierung für Risiko-Situationen
- Spezifische kognitive (etwa Vorstellungsübungen) oder behaviorale Entspannungsübungen) Übungen, z. T. mit Feedbacktrainings
- Selbst-Erfahrung (je nach Erkrankung im Gruppenkontext)
- Selbst-Management-Strategien

Ein zentraler Begriff verhaltensmedizinischer Konzepte ist die „Selbstkontrolle“, auch „Selbst-Management“ und „Selbstregulation“ genannt (Kanfer 1992). Wegen seiner besonderen Bedeutung für den verhaltensmedizinischen Beratungsansatz soll das Konzept der Selbstkontrolle/Selbstregulation im folgenden näher erläutert werden.

Grundsätzlich wird ein Verhalten als Selbstkontrolle angesehen, das dazu dient, ein anderes Verhalten zu vermeiden, zu begrenzen oder auszuführen. Wenn jemand auf einem Spaziergang keine Zigaretten einsteckt, um unterwegs nicht zu rauchen, so ist das als Selbstkontrolle anzusehen (Schonecke & Muck-Weich 1996). Selbstkontrolle zeichnet sich dadurch aus, daß eine Person ein bestimmtes Verhalten selbst ausübt und damit die „Reizbedingungen“ für das Auftreten der „Reaktion“ ändert. Davison & Neale (1988) nennen drei allgemeine bestimmende Kriterien für Selbstkontrolle:

1. Das Verhalten wird *nicht durch äußere Kontrollen* erklärt: wenn z. B. jemand im Gefängnis alkohol-abstinent lebt, dann wäre dies grundsätzlich nicht als Selbstkontrolle zu werten.
2. Das zu kontrollierende Verhalten kostet eine gewisse *Anstrengung*: wenn der-

selbe Gefängnisinsasse bewußt auf seine weihnachtliche Alkohol-Ration verzichtet, dann wäre das als Selbstkontrolle zu werten. Handlungen jedoch, die auf den Antrieb durch einen körperlichen Drang (z. B. sich übergeben nach übermäßigen Essen) oder ein zu erwartendes Lustgefühl zurückgehen, sind im allgemeinen nicht als Selbstkontrolle zu werten.

3. Das Verhalten wird *überlegt und nach bewußter Entscheidung* ausgeführt: Selbstkontrolle ist von oft unbewußten bzw. nur teilweise bewußten Handlungen wie z. B. Schuhe-zubinden oder Auto-fahren zu unterscheiden.

Kanfer (ebd.) beschreibt drei Komponenten des Selbstregulationsprozesses:

1. *Selbstbeobachtung* - von Verhalten und situativen Bedingungen.
2. *Selbstbewertung* - im Hinblick auf Zielvorstellungen. Man muß dabei zwischen einem endgültig anzustrebenden Ziel und Teil- oder Zwischenzielen unterscheiden. Das beobachtete Verhalten wird anhand dieser Ziele kontinuierlich überprüft und bewertet.
3. *Selbstbelohnung bzw. -bestrafung* - als Erhöhung der Motivation. Die Patienten belohnen sich selbst nach Erreichung eines Ziels. Belohnung bzw. Selbstverstärkung erhöhen die Auftretenswahrscheinlichkeit des angestrebten Verhaltens. Umgekehrt kann der Entzug bzw. die Versagung eines als angenehm angesehenen Ereignisses bei Nichterreichung eines (Teil-)Ziels denselben motivationalen Effekt hervorrufen.

Kanfer unterscheidet die *prospektive Selbstregulation*, die sich auf zukünftiges Verhalten bezieht, von der *retrospektiven Selbstregulation*, die vergangenes Verhalten analysiert. Selbstregulation kann *intraindividuell* ablaufen, also ausschließlich kognitiv, oder *transaktional*, d. h. mit einer direkten Bewertung des Verhaltens durch physiologische oder externale Rückmeldung.

Voraussetzung eines Ingangkommens des Selbstregulations-Prozesses ist die Verpflichtung auf ein bestimmtes Ziel, sprich der feste Vorsatz, Verhalten zu verändern. Der Vorsatz basiert auf einer positiven Bewertung von verschiedenen Faktoren: der Möglichkeit, das Ziel zu erreichen, der dafür notwendigen Zeit, der persönlichen Bedeutung, der Dringlichkeit und der verfügbaren Mittel. Die motivationalen Stufen lassen sich unterteilen in:

1. Identifikation eines Ziels
2. Kognitive Entwicklung instrumentellen, zielorientierten Verhaltens
3. Entscheidungsprozeß über die Aufnahme einer konkreten Veränderung
4. Ausführung des transaktionalen Selbstregulations-Prozesses
5. Reflexion mittels retrospektiver Selbstregulation
6. Aufrechterhaltung des geänderten Verhaltens.

Die Stufen überschneiden sich, Übergänge sind fließend. Kanfer betont die motivierende Funktion der verbesserten Selbstwahrnehmung von *Emotionen* im allgemeinen sowie die veränderungsfördernde Rolle „positiver“ (besser: oppositioneller) Emotionen: Ärger bei depressiven Patienten, Stolz bei ängstlichen, Freude bei aggressiven usw. Kanfer verknüpft in seinem Selbstregulations-Konzept motivational-affektive Aspekte zielgerichteten Verhaltens mit kognitiv-behavioralen Fertigungs- und Problemlöseaspekten.

Stunkard & Pudel (1996) beschreiben am Beispiel der Therapie der Adipositas das Zusammenspiel von Selbstkontrollkonzept und kognitiven Therapieelementen. Das typische Behandlungskonzept der Adipositas sieht folgende fünf Bausteine vor:

1. Beschreibung des Verhaltens, das kontrolliert werden soll.
2. Kontrolle der Stimuli, die dem Essensakt vorausgehen.
3. Verlangsamung des Eßvorgangs.
4. Verstärkung - Belohnung für Verhaltensänderungen.
5. Kognitive Therapie.

Ergänzt werden können diese Bausteine, die sich in zahlreichen Untersuchungen als (anderen Behandlungskonzepten) überlegene Behandlungselemente herausgestellt haben, durch das Training von Rückfallvermeidung, durch Informationen über Ernährung und diätetische Maßnahmen, durch sportliche Maßnahmen und schließlich den Einbezug des sozialen Umfelds der Patienten. Dazu führen sie das folgende Fallbeispiel an:

Frau M., 46 Jahre, Hausfrau, verheiratet, zwei Kinder (18, 24), Ehemann Geschäftsführer in einem Kaufhaus, 170 cm groß, 85 kg, guter Allgemeinzustand, 330 mg% Gesamtcholesterin im Serum. Gewichtsdiagnose, „Body-Mass-Index“ (BMI) 29,4 sowie die Hypercholesterinämie ergeben die Indikation zur Gewichtsabnahme. Frau M. leidet stark unter ihrem Übergewicht. Sie berichtet von mindestens 8 Diätversuchen mit immer gleichem Ablauf: kurzfristiger Anfangserfolg, dann Abbruch und Gewichtszunahme über das Ausgangsgewicht. Sie sei schon immer kräftig gewesen, auch in der Jugend. Schließlich habe sie auch eine dicke Mutter, die mit 52 Jahren an einem Schlaganfall verstorben sei. Gewichtszunahmen von einmal 8, dann von 12 Kilo seien nach dem ersten bzw. zweiten Kind aufgetreten. In Streßsituationen müsse sie immer essen, das sei wie ein unwiderstehlicher Zwang. Ihr Mann äußere sich nie zu ihrem Gewicht. Sie glaube aber, daß er mit ihrem Aussehen unzufrieden sei, da er sie seit Jahren nicht mehr zu geschäftlichen Repräsentationsanlässen mitnehme. ... Ein 7-Tage-Protokoll ergibt 2200 kcal/d, davon 44% Fett (106 Gramm), 42 KH, 14% Protein. Ballaststoffe bei 16 Gramm, Zuckeranteil bei 80 Gramm, Alkohol 56 Gramm pro Tag. Hauptfettlieferanten: Streichfette 30, Wurst 26, Milch/Käse 22, Süßigkeiten 14 Gramm/Tag.

Die diätetischen Ziele der Therapie sind eindeutig: Fett auf 30% absenken, KH steigern, Zuckeranteil und Alkohol reduzieren. Im ersten Schritt trainiert die Patientin, die Streichfette einzusparen und fettreduzierte Wurst und Käse zu verwenden sowie ihre Brotmaschine 3 mm weiter zu stellen. Sie führt eine Strichliste über ihre Gläser Wein (0,1 l) mit zunächst 30 Strichen die Woche. Süßigkeiten ohne Fett sind ausdrücklich „erlaubt“. ... Das psychologische Programm umfaßt zunächst ein gemeinsames Gespräch mit ihrem Mann, der tatsächlich ihr Übergewicht kritisiert, aber signalisiert, seine Frau zu unterstützen. Ein gemeinsamer

wöchentlicher Restaurantbesuch (Salatteller) wird vereinbart. Frau M. wird darüber nachdenken, welche Aufgaben sie in Zukunft, da ihre Kinder aus dem Haus sind, stärker in Anspruch nehmen können. Entspannungsübungen werden geplant. Zudem sollte ein Selbstbehauptungstraining absolviert werden. Wöchentliche Gewichts- und Cholesterinbestimmungen zur Bestätigung des Erfolges bei der geänderten Ernährung erfolgen. Frau M. nahm in 3 Monaten fast 10 Kilo ab, dann stagnierte das Gewicht. Ihr Gesamtcholesterin sank auf 240 mg%. Sie hatte gelernt, sichtbares Fett zu meiden, fettärmer zu kochen, größere Kartoffel- und Gemüseportionen zu essen. ... Ihre psychische Situation stabilisierte sich durch ihr erfolgreiches Wirken bei den Landfrauen, bei denen sie schnell als Ernährungsexpertin galt.

Die Konzepte von „Selbstregulation“ bzw. „Selbstkontrolle“ setzen den Menschen als jemanden voraus, der in der Lage ist, unabhängig von äußeren „Stimuli“ zu planen, zu entscheiden und zu handeln. Diese Konzepte sind somit auch Belege für die Erweiterung klassischer verhaltenstherapeutischer Konzepte, die ausschließlich auf das Verhalten abzielen, um die Berücksichtigung kognitiver, emotional-motivationaler und sozialer Faktoren.

2.2.2 Verhaltensmedizinische Beratung im Allgemeinkrankenhaus

Verhaltensmedizinische Untersuchungen wurden für den deutschsprachigen Raum von zahlreichen Kliniken und universitären Forschungsinstituten vorgelegt. Veröffentlichungen zur klinischen Anwendung von Verhaltensmedizin im *stationären* Rahmen liegen vor allem aus Reha-Kliniken vor (Zielke 1994). Zur systematischen Anwendung verhaltensmedizinischer Beratungskonzepte im *Allgemeinkrankenhaus* liegen nach Kenntnis des Autors nur Veröffentlichungen der Forschungsstelle für Psychobiologie und Psychosomatik der Universität Trier vor (Ehlert et al. 1992; Lupke/Ehlert/Hellhammer 1995a, 1995b; Ehlert/Wagner/Lupke 1999).

Diese Veröffentlichungen beziehen sich allesamt auf einen psychologischen Konsiliar- und Liaisondienst (PKLD) in einem Trierer Allgemeinkrankenhaus. Einbezogen wurden chirurgische, internistische und gynäkologische Stationen. Zielgruppe des PKLD waren Patienten mit psychiatrischen bzw. psychosomatischen Störungen (Ehlert et al. 1992), Patienten mit Somatisierungsverhalten (Lupke et al. 1995a, 1995b, Lupke/Ehlert 1999) sowie Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit (Ehlert/Wagner/Lupke 1999).

Beschreibung des PKLD

Als *allgemeine Ziele* des PKLD werden genannt: Verbesserung der Früherkennung der jeweiligen Krankheitsbilder und Entwicklung einer differenzierten Diagnostik und (initialen) Psychotherapie. Dazu gelte es insbesondere, mit den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus zu kooperieren, schnell verfügbar zu sein und auf der Basis präziser Diagnosen konkrete Therapieansätze zu entwickeln.

Als *patientenbezogene Ziele* der „verhaltensmedizinischen Behandlung“ („psychotherapeutische Interventionen“ und „Kurzzeitinterventionen“) werden genannt:

- Vermittlung von Informationen über die Krankheit (z. T. in schriftlicher Form)
- Modifikation der somatischen Krankheitssicht
- Beschwerderemission
- Einsicht in auslösende und aufrechterhaltende Faktoren d. Krankheitsgeschehens
- Motivation zur Veränderung
- Motivation zur Selbstkontrolle
- Aufzeigen von Verhaltensweisen und Methoden des Krankheitsmanagements
- Motivation zur Annahme weiterführender psychotherapeutischer Hilfen
- Einleitung geeigneter weiterführender Behandlungsmaßnahmen
- Prävention einer Krankheitschronifizierung

Früherkennung, Diagnostik, Therapie

Zur Früherkennung von psychiatrischen/psychosomatischen Störungen bzw. von Somatisierungsverhalten wurde ein sog. „Psychosomatischer Anamnesebogen“ (PAB) entwickelt, der als einseitiger Fragebogen spezifische Aspekte der Patienten erfragte. Er wurde durch den Stationsarzt im Rahmen der Erstanamnese mitbearbeitet.

Bei positivem Befund im PAB wurde der PKLD hinzugezogen. Dieser führte sodann mit den Patienten eine standardisierte (computergestützte) Diagnostik auf der Basis des DSM-III-R durch (medizinische Diagnosen nach ICD-9). Bemerkenswert hierbei ist allerdings, daß die Konsultation durch den PKLD gegenüber den Patienten mit der Möglichkeit einer *streßbedingten* Erkrankung begründet wurde, um die mögliche Ablehnung einer *psychosomatischen* Intervention durch die Patienten zu vermeiden. Zur weiteren Diagnostik wurden eingesetzt: Interviewleitfaden und Streßprovokationstest zur Erfassung und Beurteilung kritischer Lebensereignisse (nach Dimsdale/Stern/Dillon 1988), ein weiterer Streßprovokationstest (nach Kirschbaum 1991), das Trierer Alkoholismus-Inventar (Funke/Funke/Klein/Scheller 1987; nur bei alkoholabhängigen Patienten) sowie der Interaktions-Angst-Fragebogen (Becker 1982; nur bei Patienten mit einer Angststörung).

Bestätigte sich im diagnostischen Prozeß das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Störung, wurden den Patienten verschiedene individuell angepaßte Therapievor schläge gemacht. Insgesamt standen 29 Therapieprogramme und 12 Zusatzprogramme des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Spektrums zur Verfügung. Die Therapieprogramme bestanden aus einem Therapeutenmanual und Arbeitsmaterialien für die Patienten. In der Regel sah das Programm vor, während eines durchschnittlich 10tägigen Krankenhausaufenthalts täglich eine Therapiesitzung durchzuführen. Aus den vorliegenden Veröffentlichungen geht leider nur bruchstückhaft hervor, wie im

einzelnen die psychotherapeutischen Interventionen aussahen. Hier verweisen die Autoren auf eine in Vorbereitung befindliche Veröffentlichung.

Die Behandlung wurde mit Hilfe einiger Meßinstrumente evaluiert: Depression Status Inventory (Zung 1986), Freiburger Beschwerden-Liste (Fahrenberg 1986), Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (Ferring & Filipp 1989), Messung der Psychotherapiemotivation (Schneider/Basler/Beisenherz 1989), ein von den Autoren entwickelter Multiple-Choice-Fragebogen zu störungsspezifischen Kenntnissen sowie ein ebenfalls von den Autoren entwickelter Fragebogen zur Messung des subjektiv erlebten Behandlungserfolgs.

Akzeptanz, Praktikabilität und Effektivität des PKLD

Zur *Akzeptanz* des PKLD durch die Patienten liegen leider keine „harten“ Daten vor. Es geht aus den Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe nicht hervor, wieviele Patienten insgesamt erfaßt wurden, wieviele einen positiven, negativen oder falsch positiven Früherkennungsbefund aufwiesen, wieviele eine Weiterleitung an den PKLD ablehnten und wieviele schließlich nach der ausführlichen Diagnostik eine Therapie im o. g. Sinne akzeptierten.

Die Autoren stellen fest, daß die Bearbeitung des Früherkennungsbogens durch den Stationsarzt von situationalen und persönlichen Faktoren abhängt. Die Früherkennung wurde nicht kontinuierlich und systematisch, sondern periodisch und oft selektiv durchgeführt. Die im Rahmen des Diagnoseprozesses ermittelte Prävalenzrate psychischer Auffälligkeiten (10%) lag deshalb weit unter der - aufgrund vorliegender Prävalenzschätzungen aus der Literatur - zu erwartenden (30%). Dies läßt sich möglicherweise damit erklären, daß diejenigen Patienten (bzw. ein Teil derjenigen Patienten), von denen die Stationsärzte erwarteten, daß sie eine Weiterleitung an den PKLD ablehnen würden, gar nicht erst über diese Möglichkeit informiert wurden. Dies scheint aber nicht dokumentiert worden zu sein.

Ein weiterer indirekter Rückschluß über die Akzeptanz des PKLD durch die Patienten läßt sich aus den Daten zu Patienten mit Somatisierungsverhalten ableiten: von insgesamt 50 Patienten dieser Störungsgruppe konnte nur bei 33 (66%) eine psychotherapeutische Behandlung entsprechend dem standardisierten Therapieplan durchgeführt werden. Die Gründe für die Nichtbehandlung der restlichen 17 Patienten lagen nach Aussage der Autoren „u. a.“ in der zu kurzen stationären Liegezeit. Weitere Gründe werden nicht genannt.

Fazit: Die Frage der Akzeptanz eines primär psychologischen Beratungsangebots bei Patienten mit einem primär somatischem Krankheitsverständnis kann nicht zufriedenstellend beantwortet werden.

Im Hinblick auf die *Praktikabilität* des PKLD führen die Autoren drei wesentliche Einflußfaktoren an: Verfügbarkeit des Dienstes, Anpassung an die gegebenen Bedin-

gungen und Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind.

Die Früherkennung wurde auf denjenigen Stationen konsequent durchgeführt, wo ein Liaisondienst eingerichtet war, wo somit die personelle Präsenz des PKLD gewährleistet war. Auf den anderen Stationen wurde der Früherkennungs-Fragebogen offenbar signifikant häufiger nicht bearbeitet. Notaufnahmen und kurze Liegezeiten beeinträchtigten zusätzlich die Hinzuziehung bzw. Beratungsarbeit des PKLD.

Grundsätzlich aber scheint der PKLD im Verbund mit einem Früherkennungsansatz (der im Hinblick auf eine höhere Ausschöpfung zu modifizieren wäre) ein praktikables Angebot für Patienten mit psychischen Auffälligkeiten im somatischen Krankenhaus zu sein.

Aussagen zur *Effektivität* des PKLD liegen insbesondere für die Patienten mit Somatisierungsverhalten vor (n = 183). Drei Jahre nach Behandlung im Krankenhaus konnten 122 Patienten (Katamnesequote 67%) *schriftlich nachbefragt* werden. Diese Form der Nachbefragung unter Verzicht auf eine Kontrollgruppe wird von den Autoren kritisch diskutiert. Die Verbesserung des Allgemeinbefindens bei 2/3 der Patienten sowie die Häufigkeit der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen seien deutliche Hinweise auf die Effektivität des PKLD. Wegen der methodischen Schwächen der Evaluation aber äußern die Autoren lediglich die „Vermutung“, daß durch einen PKLD bei dieser Patientengruppe eine hohe Akzeptanz gegenüber einer psychosomatischen Symptomenentstehung, Psychotherapiemotivation und aktives Bewältigungsverhalten erzeugt werden kann.

Im Rahmen einer kleineren Studie derselben Arbeitsgruppe wurde die Effektivität „kognitiv-verhaltenstherapeutischer Kurzzeitinterventionen“ bei Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus untersucht. 12 Patienten einer Interventionsgruppe (somatische Entgiftung und 12 Sitzungen Psychotherapie) und 22 Patienten einer Kontrollgruppe (somatische Entgiftung), die sich zum Beratungszeitpunkt in wesentlichen soziodemographischen Daten nicht wesentlich unterschieden, wurden 12 Monate nach Beendigung der Behandlung katamnestisch nachbefragt. Dabei stellte sich heraus, daß die Patienten der Interventionsgruppe signifikant häufiger abstinent geblieben waren und signifikant häufiger eine weiterführende fachspezifische Hilfe in Anspruch genommen hatten. Die Autoren werten dies als deutlichen Beleg für die Wirksamkeit ihres psychotherapeutischen Interventionskonzepts, schränken die Aussagekraft ihrer Erhebung aber gleichzeitig ein, da die Methodik der Patientenrekrutierung möglicherweise systematisch die prognostisch ungünstigeren Patienten ausgeschlossen hatte.

3. Praktische Erprobung: Früherkennung und qualifizierte Beratung in zwei Bielefelder Allgemeinkrankenhäusern

Die vorliegende Arbeit vertieft einen wesentlichen Aspekt - nämlich die Evaluation eines Beratungskonzepts für Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus - eines umfassenderen Modellprojekts. Die im folgenden beschriebene praktische Erprobung ist deshalb nicht allein durch die hier zugrunde liegende Zielformulierung bestimmt, sondern leitet sich aus der Gesamtzielsetzung des Projekts ab. Die Darstellung und Diskussion von Methodik und Ergebnissen beschränkt sich allerdings - so weit möglich - auf die hier interessierenden Aspekte.

3.1 Methodik

3.1.1 Zielgruppen

Die Zielgruppe der Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus läßt sich in zwei grobe Kategorien trennen:

1. Alkoholabhängige Patienten: Kriterien nach der Internationalen Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen ICD-10 (Dilling/Mombour/Schmidt 1993) sind:

- a) Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu trinken;
- b) Verminderte Kontrollfähigkeit;
- c) Entzugssyndrom bzw. Alkoholkonsum, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden;
- d) Toleranzentwicklung;
- e) Zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums; viel Zeit für Konsum und seine Folgen;
- f) Anhaltender Alkoholkonsum trotz (bewußten) Nachweises schädlicher körperlicher oder psychischer Folgen.

Drei oder mehr der hier aufgeführten Kriterien müssen zur Stellung einer Diagnose in den vorangegangenen 12 Monaten gleichzeitig über mindestens einen Monat oder wiederholt gegeben gewesen sein.

2. Alkoholgefährdete Patienten: mit dieser Kategorie sollen die beiden Diagnosegruppen „Schädlicher Gebrauch“ (ICD-10) und „Riskanter Gebrauch“ zusammengefaßt werden. Die Gruppe der alkoholgefährdeten Patienten läßt sich am eindeutigsten dadurch definieren, daß diese Patienten zwar einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, die notwendigen Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom aber nicht erfüllen.

Kriterien nach ICD-10 für „Schädlicher Gebrauch“ sind:

- a) Eine Schädigung des physischen und/oder psychischen Gesundheit ist eingetreten.
- b) Die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit sind nicht erfüllt.

Auch hier gilt die Zeitgrenze bis zu 12 Monaten vor Diagnosestellung.

Die Definition der Diagnose „Riskanter Gebrauch“, wie sie in dieser Untersuchung verwandt wurde, soll hier wegen ihres innovativen Gehalts detailliert dargestellt werden. Sie basiert auf der im deutschsprachigen Raum erst seit 1996 (Bühninger) rezipierten Ergänzung der klassischen Krankheits-Kategorien *Abhängigkeit* und *Schädlicher Gebrauch* um eine *Risiko-Kategorie*. Die Weltgesundheitsorganisation hat für diese Kategorie schon 1982 (Edwards et al.) den Begriff „hazardous use“ geprägt, der bis heute in der Fachdiskussion Bestand hat. „Hazardous use“ ist dort definiert als:

... der Gebrauch eines Suchtmittels, der wahrscheinlich zu schädlichen Konsequenzen für den Konsumenten führen wird - entweder zu körperlichen Schädigungen oder psychischen und sozialen Beeinträchtigungen.

Die Definition dieser Kategorie basiert vor allem auf der Erkenntnis, daß der Großteil der alkoholbedingten gesellschaftlichen Folgekosten nicht von (den wenigen) *alkoholabhängigen* Trinkern verursacht wird, sondern von der großen Mehrheit der *nicht abhängigen* Trinker in der Gesellschaft. Diese Perspektive stellt die traditionelle Vorstellung in Frage, daß die Alkoholprobleme einer Gesellschaft sich ausschließlich an der Zahl der Menschen mit einer Abhängigkeit ermessen lassen, und rückt den – im Rahmen der vorliegenden Arbeit besonders fokussierten - *präventiven* Aspekt einer Auseinandersetzung mit Alkoholproblemen in den Vordergrund.

Alkohol-Grenzwerte werden als praktikables Kriterium angesehen, um den riskanten Gebrauch von Alkohol zu diagnostizieren (Heather 1995). Dazu liegen zum einen Empfehlungen medizinischer und berufspolitischer Verbände vor, zum anderen Längsschnittstudien zum Einfluß von Alkohol auf unterschiedliche Körperfunktionen bzw. Organe (z. B. Thun/Petro/Lopez et al. 1997; s. o. Kap. 1). Das Kriterium „Alkohol-Grenzwerte“ unterliegt somit zwar einem historischen Wandel, gleichzeitig aber auch einer ständigen empirischen Überprüfung.

3.1.2 Kurzinterventionen: „Gezielte Motivierende Gesprächsführung“

1964 veröffentlichten Chafetz/Blane/Abrams et al. eine der ersten Studien, die sich mit der Erkennung und Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus befaßten. 100 mit Hilfe psychiatrisch geschulter Fachkräfte diagnostizierten alkoholabhängigen Patienten einer Notaufnahmestation eines großen

Allgemeinkrankenhauses in Boston, Massachusetts, wurde in einem Beratungsgespräch nahegelegt, im Anschluß an die stationäre somatische Behandlung eine ambulante Alkohol-Klinik aufzusuchen. Die Grundhaltung des Beratungsansatzes basierte auf ...

... Verstehen, Sympathie und Aufmerksamkeit für die ausgesprochenen Bedürfnisse, so konkret sie auch immer sein mögen (Chafetz/Blane/Abrams et al. 1964).

78 Patienten folgten dieser Empfehlung und suchten die ambulante Klinik auf, 56 sogar öfter als viermal. Gegenüber den Vergleichsdaten einer Kontrollgruppe, die kein Beratungsgespräch im Krankenhaus erfahren hatte, bedeuteten diese Daten eine signifikante Überlegenheit.

Im Jahre 1977 veröffentlichten Edwards et al. die erste wissenschaftliche Studie, die sich mit den therapeutischen Effekten kurzer Interventionen (in diesem Fall „advice“ = Ratschlag) im Vergleich zu aufwendigeren Beratungskonzepten bei Patienten mit Alkoholproblemen befaßte. Die Autoren kamen damals zu dem Schluß, daß kurze Interventionen unter bestimmten Voraussetzungen ähnlich effektiv sein können wie wochen- bzw. monatelange Behandlungen.

Mitte der 80er Jahre etablierte sich im angelsächsischen Raum der Begriff „brief interventions“ (Kurzinterventionen). Kurzinterventionen für die Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen schienen insbesondere für den Einsatz in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern geeignet. Dies konnte in weiteren Studien eindrucksvoll belegt werden. Die Effektivität von Kurzinterventionen wurde v. a. am Kriterium „Reduktion der Alkoholmenge“ belegt. Aber auch andere Meßwerte wie z.B. „Verbesserung der Blutwerte“, „Inanspruchnahme weiterführender Hilfen“ oder „Krankenschreibungstage im Katamnesezeitraum“ zeigten nach Kurzinterventionen z. T. deutliche Veränderungen.

Miller & Rollnick (1991) führen eine Vielzahl weiterer Untersuchungen aus Kanada, England, Schottland, Neuseeland, Schweden, Norwegen, den USA sowie eine Multicenter-Studie der WHO an, die übereinstimmend zu dem Ergebnis kamen, daß relativ kurze Interventionen von einer bis zu drei Sitzungen im Hinblick auf eine Veränderung von Trinkgewohnheiten eine mit längeren Behandlungen vergleichbare Wirkung bzw. eine gegenüber keiner Behandlung überlegene Wirkung erzielten.

Eine ausführliche Zusammenfassung der wichtigsten Kurzinterventionsstudien, ihrer methodischen Designs, der Zielgruppen, Meßwerte und Ergebnisse haben Bien/Miller/Tonigan (1993) vorgelegt. Tabelle 8 enthält diejenigen Studien der Bien-Untersuchung, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung mit Patienten durchgeführt wurden, die keine alkoholspezifische Hilfe nachgefragt hatten.

Abb. 10: Studien zu Kurzinterventionen

(Quelle: Bien /Miller/Tonigan 1993)

Autoren	Ergebnis	AnSI	Intervention	n	FU	% male
Kristenson et al. 1983	KI > kB	NB	Rü, I, Ra	585	60	100
Chick et al. 1985*	KI > kB	1	Rü, I, Ra	156	12	100
Heather et al. 1987*	KI > kB	1	Rü, I, Ra	104	6	75
Elvy et al. 1988*	KI > kB	1	Rü, I, Ra	263	18	84
Wallace et al. 1988	KI > kB	- 4	Rü, I, Ra	909	12	71
Romelsjö et al. 1989	KI = WKI	1	Rü, I, Ra	83	12	84
Kuchipudi et al. 1990	KI = kB	4	Rü, I, Ra	114	4	NB
Scott & Anderson 1990	KI = kB	1	Rü, I, Ra	72	12	0
Anderson & Scott 1992	KI > kB	1	Rü, I, Ra	154	12	100
Babor & Grant 1992	KI > kB	1	Rü, I, Ra, SHM	1661	12	82
Daniels et al. 1992*	KI = kB	1	Cora, SHM	233	6	61
Maheswaran et al. 1992*	KI > kB	5	Rü, I, Ra	45	2	100
<p><i>Abkürzungen</i> <i>Ergebnis:</i> KI - Kurzintervention / kB - keine Behandlung / WKI - 3x wiederholte Kurzintervention <i>AnSI</i> - Anzahl der Sitzungen <i>Intervention:</i> Rü - Rückmeldung / I = Information / Ra - Ratschlag / SHM - Selbsthilfemanual / CoRa - Computer-Ratschlag <i>n</i> - Gesamtzahl aller ransomisierten TeilnehmerInnen in der Studie <i>FU</i> - Follow-Up-Zeitraum <i>%male</i> - Prozentsatz männlicher Teilnehmer * - Studien mit stationär behandelten Patienten in Allgemeinkrankenhäusern</p>						

Neuere Untersuchungen bestätigen die in Abbildung 10 dargestellten Ergebnisse: Richmond/Heather/Wodack et al. (1995) konnten in einer vergleichenden Therapiestudie in Arztpraxen zeigen, daß ein strukturiertes Beratungsprogramm mit einem verhaltensorientierten Schwerpunkt über fünf kurze Sitzungen mit dem niedergelassenen Arzt nach zwölf Monaten insbesondere bei männlichen Patienten zu einer gegenüber einer Kontrollgruppe signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums führte.

Heather/Rollnick/Bell/Richmond (1996) untersuchten die Effekte zweier kurzer Beratungsansätze bei Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Patienten mit einer schweren Alkoholabhängigkeit wurden in dieser Studie ausgeschlossen. Die Interventionen bestanden aus einem diagnostischen Interview und einem anschließenden 30-40minütigen Beratungsgespräch (entweder „Skills-based counse-

ling“ oder „Brief motivational interviewing“). Eine Kontrollgruppe wurde nach dem üblichen Standard des Krankenhauses behandelt. Die Ergebnisse der 6-Monats-Nachbefragung zeigten signifikante Verbesserungen des zentralen Meßwerts „Wöchentliche Alkohol-Trinkmenge“ bei beiden Interventionsgruppen gegenüber der Kontrollgruppe. „Brief Motivational Interviewing“ (entspricht der „Gezielten Motivierenden Gesprächsführung“ in der vorliegenden Arbeit) zeigte sich bei Patienten, die vor der Beratung ein schwach ausgeprägtes Veränderungsinteresse aufwiesen, gegenüber dem „Skills-based counseling“ überlegen.

Fleming/Barry/Manwell et al. (1997) schließlich zeigten, daß zwei 10-15minütige Beratungseinheiten durch den niedergelassenen Arzt nach zwölf Monaten zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums geführt hatten.

Im Hinblick auf die vorliegende Arbeit lassen sich drei zentrale Schlußfolgerungen aus den dargestellten Untersuchungen formulieren:

1. Es ist nachgewiesen, daß es gelingen kann, Menschen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus, die keine alkoholspezifische Hilfe nachgefragt hatten, von der Annahme einer solchen zu überzeugen.
2. Effektive Interventionen im Allgemeinkrankenhaus müssen nicht aufwendig sein.
3. Das Konzept der „Gezielten Motivierenden Gesprächsführung“ hat sich als effektives Beratungskonzept erwiesen. Dies gilt insbesondere für ursprünglich nicht oder wenig veränderungsmotivierte Patienten.

Bien et al. (1993) fassen die Ergebnisse der Studien zu Kurzinterventionen in der medizinischen Versorgung zusammen:

Kurzinterventionen in Settings der medizinischen Versorgung wurden in 14 Ländern im Vergleich mit unbehandelten Kontrollpatienten getestet. Unter etwa einem Dutzend Studien, die eine Überweisung bzw. Vermittlung in spezialisierte Behandlungseinheiten zum Ziel hatten, zeigten Kurzinterventionen mit einer Ausnahme signifikante Effekte. Sieben von acht Studien, die vor allem die Reduktion des Alkoholkonsums oder alkoholassoziierter Probleme zum Ziel hatten, zeigten signifikant positive Ergebnisse. Die kurze Beratung muß als eine der potentesten Interventionsformen angesehen werden, die kosten-effektivste ist sie sicherlich ...

Dies haben Holder/Longabaugh/Miller/Rubonis (1991) in einer ersten Meta-Evaluation zum Vergleich verschiedener Behandlungsverfahren im Alkohol-Bereich unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten festgestellt. In der Abbildung 11 sind die Verfahren, zu denen kontrollierte empirische Studien vorliegen, im Hinblick auf ihre Effektivität in vier Klassen und ihre Kosten in fünf Kategorien eingestuft (deutsche Übersetzung aus Hodgson 1994).

Abb. 11: Kosten und Effektivität verschiedener Behandlungsformen

Kosten▶	<i>Minimal</i>	<i>Niedrig</i>	<i>Mittel</i>	<i>Hoch</i>	<i>Sehr hoch</i>
Effektivität▼					
<i>Guter Wirksamkeitsnachweis</i>	Gezielte Motivierende Gesprächsführung	Training der Selbstkontrolle, Streßbewältigungstraining	Training sozialer Fertigkeiten, Änderung des Umfeldes, Paartherapie (Verhaltenstherapie)		
<i>Vielversprechende, in ihrer Wirksamkeit nicht bewiesene Behandlungsformen</i>			Aversions-therapie, Verdeckte sensibilisierung, Psychopharmaka, Antidepressiva, And. Paartherapie, Kognitive Therapie, Lithium	Disulfiram (oral / Implantat, Hypnose)	
<i>Behandlungsformen mit unzureichendem Wirksamkeitsnachweis</i>	Anonyme Alkoholiker		Aversions-therapie Apnoe	Calcium-Carbamide, Psychotrope, antipsychotische Medikamente, Akupunktur, Übergangshaus	Stationäre / Milieuthera- pie Minnesota- sota-Modell
<i>kein Wirksamkeitsnachweis</i>		Pädagogische Vorträge und Filme	Konfrontative Interventionen, elektr. Aversions-therapie, Selbstkonfrontation mit Video, Gruppentherapie	Psychopharmaka/Angstbewältigung, Psychopharmaka/psychedelisch, Metromidazolam, Allg. Beratung	Aversions-therapie, Stationäre / Milieuthera- pie, aufdeckende Psychotherapie

Hodgson (1994) schlußfolgert:

Erstens gibt es eine Reihe von Behandlungsformen, die niedrige bis mittelhohe Kosten verursachen und gute Ergebnisse erzielen. Es handelt sich um die Arten von Therapien, die ihren Schwerpunkt auf das Einüben von Bewältigungsstrategien und die Stärkung der Beziehungsfähigkeit legen. Zweitens gibt es Behandlungsformen, die hohe Kosten verursachen, deren Wirk-

samkeit aber nicht erwiesen ist ... Es ist eindeutig, daß die Wirksamkeit nicht unbedingt mit den Kosten steigt ... Die meisten Menschen, die sich beruflich mit Alkoholproblemen befassen, (sollten) in der Lage sein, eine dem jeweiligen Krankheitsstadium entsprechende Kurzintervention durchzuführen.

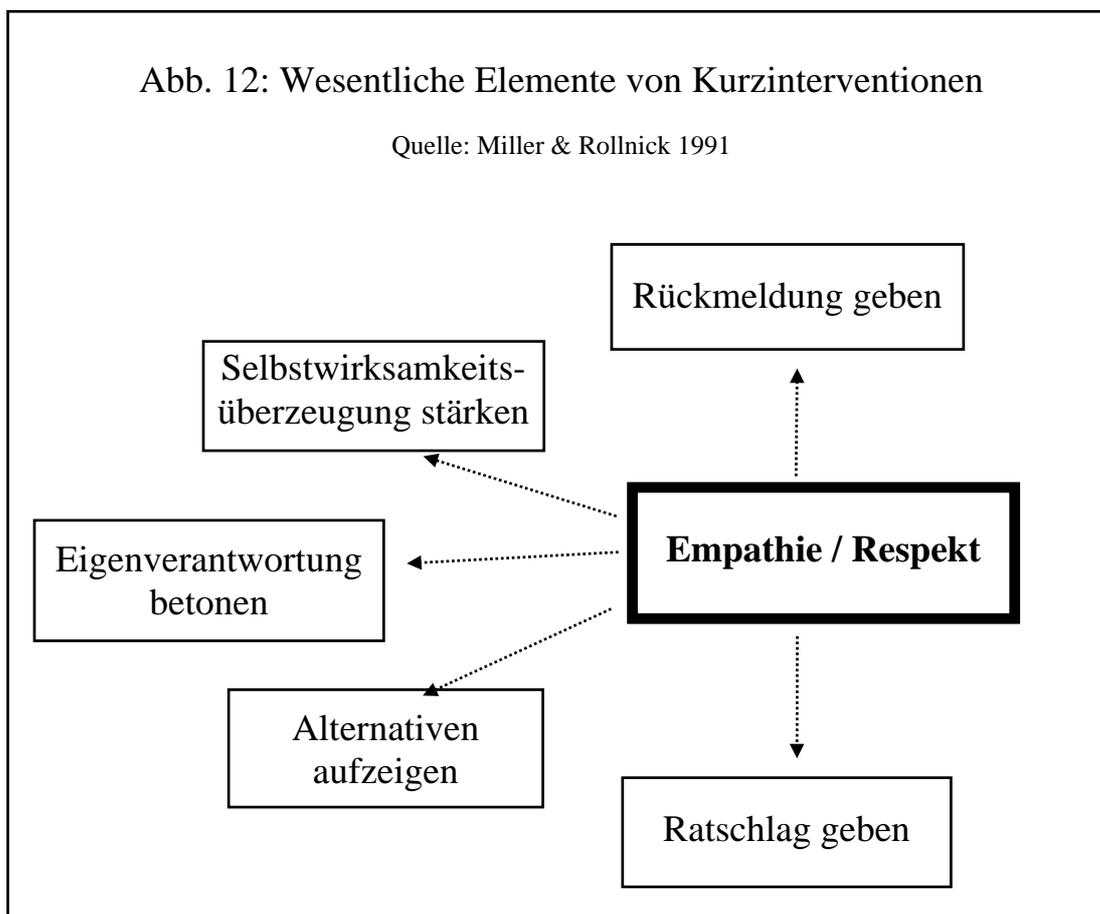
In einer aktuellen Überblicksarbeit zu „Kurzinterventionen bei Alkoholismus“ (Küfner 2000) werden u. a. folgende Schlussfolgerungen gezogen:

1. Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen ... ist generell sehr gut nachgewiesen.
2. Kurzinterventionen im Sinne einer minimalen Behandlung bis drei oder vier Sitzungen eignen sich gut für Änderungen des Risikokonsums von Alkohol. Im Durchschnitt ergaben sich Reduzierungen um 27% des Alkoholkonsums vor der Intervention.
3. Einzelne Kurzinterventionen können dazu dienen, die Compliance, d. h. zum Beispiel die Besuchshäufigkeit (i. S. v. Inanspruchnahme weiterführender Hilfen, GK) zu verbessern.

Miller & Rollnick (1991) haben nach Auswertung der bis dahin vorliegenden Studien zu Kurzinterventionen sechs *grundlegende* inhaltliche Elemente ermittelt, auf denen die Effektivität von Kurzinterventionen basiert (s. Abb. 12):

- *Rückmeldung geben.* Nach der umfassenden Diagnostik wird dem Patienten eine sachliche Rückmeldung über klinische Befunde und Laborwerte, Folgeerkrankungen und -probleme sowie die individuellen Risiken des gegenwärtigen Alkoholkonsums gegeben. Auch schriftliche Informationen zum Alkoholgebrauch und seinen Risiken können hier eingesetzt werden. Die Rückmeldung gibt dem Patienten die Möglichkeit, seine derzeitige Situation zu reflektieren. Im Hinblick auf die Entwicklung einer Veränderungsmotivation ist die Rückmeldung von großer Bedeutung.
- *Eigenverantwortung betonen.* Grundsätzlich sollte die Verantwortung für eine Veränderung so weit wie möglich auf der Seite des Patienten liegen. Der Patient entscheidet letztlich selbst, wie er die Informationen der Rückmeldung nutzen und welchen Schritt er als nächsten gehen wird.
- *Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken.* Der Glaube des Patienten an seine Fähigkeit, etwas zu verändern, sollte gestärkt werden. Am besten gelingt dies, wenn man nach Kompetenzen und Ressourcen des Patienten sucht und diese hervorhebt.
- *Alternative Strategien aufzeigen.* Wenn der Patient ein Veränderungsinteresse zeigt, kann es nötig sein, mehrere alternative Veränderungsstrategien aufzuzeigen und dem Patienten die Wahl zu überlassen. Das Gefühl, eine eigene Wahl getroffen zu haben, kann die Verbindlichkeit eines gewählten Veränderungsschrittes enorm erhöhen.

- *Einen konkreten Ratschlag geben.* Auch ein konkreter Ratschlag - etwa eine Beratungsstelle aufzusuchen oder pro Woche nur eine bestimmte Menge Alkohol zu trinken - kann hilfreich sein, einen Patienten dazu bewegen, sein Trinkverhalten zu verändern.
- *Empathisch sein.* Die therapeutische Grundhaltung sollte geprägt sein von einer unbedingten persönlichen Wertschätzung des Patienten. Der Patient wird akzeptiert als ein Mensch, der sich (in vielen Fällen) in einer ernsthaften Krise befindet. Die empathische Grundhaltung sollte die Basis aller Einzelelemente von Kurzinterventionen sein.



Miller (1998) nennt neben der Empathie drei weitere Aspekte einer motivationsförderlichen Grundhaltung:

1. Verständnis von Ambivalenz

Veränderungsprozesse sind von Ambivalenzen begleitet: Vorteile und Nachteile einer Veränderung oder einer Beibehaltung des derzeitigen Zustandes werden gegeneinander abgewogen. Ambivalenz ist ein Normalzustand im Rahmen von Veränderungsprozessen. Ein klinisch wichtiger Aspekt ist hier, daß die Betonung der einen Seite der Ambivalenz durch den Berater mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Betonung der anderen Seite der Ambivalenz durch den Klienten provoziert. Je stärker nun der Berater auf der von ihm gewählten Seite beharrt und den Klienten mit

Argumenten konfrontiert, desto eher steigt auf seiten des Klienten der Widerstand gegen die Interventionen des Beraters an. Miller nennt dies die Konfrontations-Verleugnungs-Fälle. Verleugnung gilt als eine Form des Widerstands, allerdings sind hier auch andere Formen des Widerstands denkbar. Miller rekurriert auf eine eigene Studie (Miller/Benefield/Tonigan 1993), in der das Ausmaß des Widerstandes auf seiten der Klienten signifikant mit dem Ausmaß der Konfrontation auf seiten der Berater korrelierte. Das Ausmaß des Widerstandes korrelierte darüber hinaus signifikant mit schlechteren Nachbefragungsergebnissen.

2. Nicht-autoritärer Beratungsstil

Ein Standpunkt, der etwa lautet: „Ich habe die Antworten. Und ich werde sie Ihnen geben.“, schreibt den Klienten eine passiv-rezipierende und entmündigende Rolle zu. Veränderung aber wird von Miller als ein normaler Lebensprozeß verstanden, der im günstigen Falle durch den Berater unterstützt wird, oft aber auch ohne ihn zustande kommt, zumindest aber ohne ihn aufrecht erhalten werden muß. Berater/Therapeuten können Hindernisse beiseite räumen, so daß die Klienten in ihrem normalen Wachstumsprozeß voranschreiten können. Die Verantwortung für eine Veränderung liegt voll und ganz beim Klienten. Berater, die glauben, daß Abhängige keine Entscheidungen für sich selbst treffen können, verkennen die Realität. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig, daß die Berater von der grundsätzlichen Möglichkeit einer Veränderung überzeugt sind und die Zuversicht vermitteln, daß ein bestimmtes Ziel erreicht werden kann (Potenzen der sog. sich-selbst-erfüllenden-Propheteiung).

3. Unterstützung

Ein klientenzentrierter und unterstützender Beratungsstil ist dazu geeignet, bessere Behandlungsergebnisse hervorzubringen. Eine unterstützende Haltung ist dadurch gekennzeichnet, daß die Berater ein aktives und persönliches Interesse an dem Wohlergehen der Klienten vermitteln.

Der für die Gezielte Motivierende Gesprächsführung typische Beratungsstil wird von Marlatt/Baer/Kivlahan et al. (1998) im Rahmen einer Kurzinterventions-Studie mit College-Studenten konkret beschrieben:

Konfrontierende Interventionen, etwa „Sie haben ein Problem und Sie verleugnen es!“ wurden vermieden, um nicht eine Verteidigungshaltung zu erzeugen. Stattdessen beschränkten sich die Berater auf die von den Studenten angebotenen Hinweise und vermieden dabei moralisierende Verurteilungen und Streitereien. Die Berater luden die Studenten dazu ein, ihre Situation zu erläutern und über die Möglichkeit einer Veränderung nachzudenken. „Was bedeutet das für Sie?“ und „Sind Sie überrascht?“ waren häufig gestellte Fragen, um die Auseinandersetzung mit den Risiken und möglichen Veränderungen voranzutreiben. Die Techniken sind ziemlich flexibel. Verschiedene Aspekte wurden bei Bedarf thematisiert: Wohnsituationen mit hohem Risiko (Leben in einer studentischen Verbindung), Alkoholkonsum innerhalb der peer-group, frühere Verhaltensprobleme oder familiäre Vorbelastungen. ... Die Thematisierung dieser Risiko-Situationen geschah mit dem Ziel, daß die Studenten ihre eigenen Erfahrungen und

Vorstellungen von Risiko formulieren sollten. ... Die motivierende Beratung ging davon aus, daß sich die alkoholgefährdeten Studenten in einem natürlichen Stadium der Ambivalenz befanden und ihre eigenen Schlußfolgerungen bezüglich Verhaltensänderungen oder Risikominimierung finden mußten. Spezifische Ziele der Verhaltensänderung wurden von den Studenten identifiziert, nicht jedoch von den Beratern induziert oder „verschrieben“, um somit die primäre Verantwortung für eine Veränderung den Studenten zu überlassen.

Rollnick & Bell (1991) schlagen eine Reihe von Beratungsstrategien vor, die dazu dienen können, die Haltung des Patienten gegenüber seinem Substanzgebrauch und den Stand seiner Veränderungsmotivation zu ermitteln:

1. Detaillierte Fragen zum Substanzgebrauch
2. Fragen zu einem typischen Tag / einer typischen Trinksituation
3. Fragen zum Lebensstil und Streß
4. Fragen zu den „guten Dingen“ und den „weniger guten Dingen“
5. Fragen zum Substanzgebrauch in der Vergangenheit und Gegenwart
6. Informationen geben und Reaktion abfragen
7. Direkt nach Sorgen fragen
8. Den nächsten Schritt erfragen

In der Literatur werden verschiedene Formen von Kurzinterventionen beschrieben. John (1994) hat diejenigen Interventionsformen zusammengefaßt, die im Hinblick auf sekundärpräventive Maßnahmen in der medizinischen Primärversorgung Anwendung finden können:

1. *Schriftliche Informationen* (zum Thema Abhängigkeit)
2. *Ratschlag* (konkreter Hinweis auf eine Möglichkeit der Verhaltensänderung)
3. *Kurzberatung* (Beratungsgespräch bis zu 60 Min.)
4. *Beratung* (Beratungsgespräch länger als 60 Min., auch mehrfach)
5. *Behandlung* (Motivierungsbehandlung bis zu 3 Wochen)

Schriftliche Informationen lassen sich dabei mit allen anderen Interventionsformen kombinieren.

Im Rahmen der hier beschriebenen praktischen Erprobung galt als Kurzintervention ein Beratungsgespräch von 15 bis zu 60 Minuten Dauer, evtl. unter Zuhilfenahme schriftlicher Informationen. Diese große Zeitspanne sollte es ermöglichen, die Interventionen paßgenau auf den einzelnen Patienten zuzuschneiden. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungen war davon auszugehen, daß sich der Bedarf der Patienten an alkoholspezifischer Information, Beratung und Unterstützung durchaus unterschiedlich gestalten würde. Es sollte deshalb von vornherein möglich sein, die Interventionen unterschiedlich lang und inhaltlich differenziert zu führen.

Kurzinterventionen in der medizinischen Basisversorgung verfolgen eine begrenzte Zielsetzung: *Veränderungsmotivation ermitteln, wenn möglich stärken* und evtl. einen ersten *Veränderungsschritt vereinbaren*. Angestrebt wird ein auf den einzelnen

Patienten abgestimmter *gesünderer Umgang mit Alkohol*. Das Interventionsziel ist jeweils im Einzelfall zu bestimmen. Für alle Patienten gilt dabei das allgemeine Interventionsziel „Verringerung des Alkoholkonsums“. Dieses Interventionsziel kann sich äußerst vielfältig operationalisieren: z. B. Verringerung der täglichen Trinkmenge, Verringerung der wöchentlichen Trinkmenge, Verringerung der Trinktage, Umsteigen auf niedrig-prozentige Getränke u. v. m. In Einzelfällen kann die „Vermittlung zu weiterführenden Hilfen“ (z. B. Suchtberatungsstelle, Psychologische Beratungsstelle, Nervenarzt) ein Interventionsziel sein.

3.1.3 Untersuchungsdesign: Screening - Diagnostik – Kurzintervention - Nachbefragung – Dokumentation/Auswertung

In die Untersuchung einbezogen wurden fünf Stationen in zwei Allgemeinkrankenhäusern (vier internistische, eine unfallchirurgische). Ausgewählt wurden ein Krankenhaus in städtischer, eines in konfessioneller Trägerschaft. Zur Rekrutierung der kooperierenden Krankenhausstationen wurden die Chefärzte zweier internistischer und zweier chirurgischer Abteilungen angeschrieben. Es kam daraufhin zu Vorstellungsgesprächen in zwei internistischen und einer unfallchirurgischen Abteilung, im Verlaufe derer von allen Abteilungen die Bereitschaft erklärt wurde, sich an den Projekterprobungen zu beteiligen. Die Durchführung der praktischen Erprobung fiel allerdings unterschiedlich aus:

- Auf allen *inneren Stationen* führten die Stationsärzte das Screening selbst durch. Die Projektmitarbeiter wurden bei positivem Screening hinzugezogen. Diagnostisch-therapeutische Gespräche fanden - wenn möglich - gemeinsam statt. Wenn das aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen *nicht möglich* war, führten die Projektmitarbeiter oder die Stationsärzte die Gespräche allein durch. Alle Stationsärzte hatten im Vorfeld der praktischen Erprobung an einer 16-stündigen Fortbildung teilgenommen.
- Auf der *unfallchirurgischen Station* wurde eine Beteiligung der Stationsärzte an den Projektaufgaben vom Chefarzt abgelehnt. Hier führten die Projektmitarbeiter Screening, Diagnostik und Kurzintervention selbst durch.

Im Verlaufe der Behandlungsphase wurden die Projektmitarbeiter mehrmals zu Konsilaufgaben auf eine kardiologische Station gerufen. Daraus ergab sich die Möglichkeit, das Konzept auch auf kardiologischen Stationen mit der Besonderheit geringerer Verweildauern der Patienten durchzuführen. Nach einem Gespräch mit dem Chefarzt der Abteilung konnten zwei kardiologische Stationen für eine sechsmonatige Erprobung gewonnen werden. Die Stationsärzte dieser Stationen nahmen ebenfalls an einer 16-stündigen Fortbildung teil.

Folgende Erprobungsschritte wurden realisiert:

1. Screening

Über zwölf (bzw. sechs, s. o.) Monate wurden alle Patienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die zur Aufnahme auf eine der beteiligten Stationen kamen und über den Aufnahmetag hinaus stationär behandelt wurden in Richtung einer Alkoholproblematik befragt. Die Früherkennung von Alkoholproblemen muß die Selbstaussagen der Patienten einbeziehen (Bien/Miller/Tonigan 1993). Klinische Befunde und Laborparameter sind insbesondere für Patienten *ohne* auffällige körperliche Folgeschäden - für Patienten also, die eine bedeutende Zielgruppe der Erprobung ausmachen - unzureichend. Als Selbstaussagefragebogen war ursprünglich der vierfragige CAGE (Ewing 1984) vorgesehen. Dieses Screening-Instrument hatte sich in zahlreichen internationalen Untersuchungen als valide und reliabel erwiesen (vgl. Üstün & Gater 1992). Der CAGE umfaßt vier Fragen im Ja/Nein-Format, die entweder schriftlich oder mündlich vorgegeben werden:

1. Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
2. Hat Sie jemand einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?
3. Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?
4. Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

Im Laufe des Jahres 1994 wurde allerdings von John und Mitarbeitern in Lübeck im Rahmen eines BMG-Forschungsprojekts ein Screening-Instrument (Lübecker Alkoholismus-Screening-Test LAST [Rumpf/Hapke/Hill/John 1997]) entwickelt, das aus zwei Fragen des CAGE und sieben Fragen des S-MAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test; Selzer 1975) bestand und den Vorzug bot, daß es in medizinischen Settings validiert worden war. John et al. (1996) führen zum LAST aus:

Bei Patienten mit einer gesicherten Diagnose (Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch) weist er eine signifikant höhere Sensitivität im Vergleich zu CAGE und Brief-MAST auf, zwei Verfahren, die aufgrund der Fragenanzahl mit dem neuen Verfahren am ehesten vergleichbar sind. Den umfangreicheren Instrumenten Short-MAST und MAST ist er in der Sensitivität trotz der Kürze nicht unterlegen. Die Effizienz, die Gesamtrate der richtig eingeschätzten Patienten, weist keine Unterschiede zwischen LAST, CAGE und Brief-MAST sowie Short-MAST auf. Wenn als Kriterium (goldener Standard) nicht die psychiatrische Diagnose, sondern die Trinkmenge und -häufigkeit (hoher Alkoholkonsum) gewählt wird, ergeben sich vergleichbare Resultate in der Validitätsabschätzung des neuen Verfahrens.

Abb. 13: Lübecker Alkoholismus-Screening-Test LAST

Quelle: Rumpf/Hapke/John 1995

Sie finden nachfolgend Fragen, die sich auf Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten beziehen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort an, die am ehesten zutrifft, auch wenn es Ihnen manchmal schwerfällt, sich für eine zu entscheiden.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 2. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 3. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes gewissen gehabt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 4. Haben Ihr (Ehe-)Partner oder Ihre Eltern sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 5. Haben Sie wegen Ihres Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 6. Trinken Sie oft Alkohol am Vormittag?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 7. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z. B. Fettleber oder Leberzirrhose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 8. Waren Sie einmal im Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |
| 9. Sind Sie schon einmal wegen Trunkenheit in Gewahrsam genommen worden?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ja | Nein |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

* In der überarbeiteten und mittlerweile veröffentlichten Form (Rumpf/Hapke/Hill/John 1997) nicht mehr enthalten.

Die Projektverantwortlichen entschieden sich aufgrund der genannten Vorzüge für den Einsatz des LAST, der ihnen schon vor Veröffentlichung von den Lübecker Kollegen zur Verfügung gestellt wurde (s. Abb. 13).

Insgesamt wurden auf den fünf Krankenhausstationen 1318 Patienten erfaßt (vgl. Tab. 6). Die Gesamterfassungsrate läßt sich aufgrund der inkompatiblen Altersstufen von Projekt- und Krankenhausstatistik nicht exakt bestimmen. Aufgrund der regelmäßigen Stichproben in den Aufnahmebüchern der Stationen ist allerdings davon auszugehen, daß sie auf den drei am häufigsten frequentierten Stationen (darunter die

unfallchirurgische) bei nahezu 100%, insgesamt bei etwa 95% lag. 26 Patienten (2%) lehnten eine Beteiligung an der Untersuchung ab. 71 Patienten wurden wegen der Schwere somatischer Probleme nicht befragt. Es wurden 1221 Screenings durchgeführt.

2. Vertiefende Diagnostik

Zur Abklärung eines positiven Screening-Befunds (≥ 2 auffällige Antworten) wurden die Patienten mit Hilfe eines im Projekt entwickelten klinischen Leitfadens befragt. Angewandt wurden die diagnostischen Kriterien für *schädlichen Gebrauch* und *Abhängigkeit* der internationalen Krankheits-Klassifikation ICD-10 (Dilling/Mombour/Schmidt 1993) verwandt. Zusätzlich wurden die Patienten im Rahmen des diagnostischen Gesprächs zu ihren genauen Trinkmengen und Trinkgewohnheiten befragt. Auf diese Weise sollten auch Patienten mit einem *riskanten Alkoholgebrauch* erkannt werden, d. h. einem Konsummuster, das bislang weder zu einer körperlichen oder psychischen Störung noch zu beruflichen oder sozialen Problemen geführt hat, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aber zu Folgeproblemen oder -erkrankungen führen wird (vgl. Edwards/Anderson/Babor et al. 1997). Die für einen risikoarmen Konsum gewählten Grenzwerte von ca. 110 Gr. Alkohol/Woche bei Frauen und ca. 170 Gr. Alkohol/Woche bei Männern gehen auf Empfehlungen der *British Medical Association* (1995) zurück und werden als grobe Richtwerte verstanden. Auch häufige Trinkexzesse können ein Kriterium riskanten Alkoholkonsums sein.

3. Kurzintervention

Bei Vorliegen einer alkoholbezogenen Diagnose schloß sich die sog. Kurzintervention an. Als Kurzintervention galt ein einmaliges Beratungsgespräch von bis zu 60 Minuten Dauer auf Basis der o. g. grundlegenden Elemente von Kurzinterventionen, evtl. unter Zuhilfenahme von schriftlichem Informationsmaterial. Diagnostik und Kurzintervention waren in der Regel in einem diagnostisch-therapeutischen Gespräch verknüpft. Zur Beratung standen Formblätter zum Führen eines sog. „Trinktagebuchs“ (s. o.), eine Liste über „Vorteile und Nachteile einer Veränderung des Alkoholkonsums“ (s. o.) zum Selbstauffüllen, ein Informationsblatt „Zur Verträglichkeit von Alkohol“ (s. o.) sowie Informationen über weiterführende Hilfsangebote in der Region (s. Anhang) zur Verfügung.

Tab. 6: Gesamtzahl/Anzahl Screenings

	<i>absolut</i>	
Gesamt erfaßt:	1318	
„Kein Screening“ dokumentiert:	97	(davon abgelehnt: 26)
Anzahl Screenings:	1221	

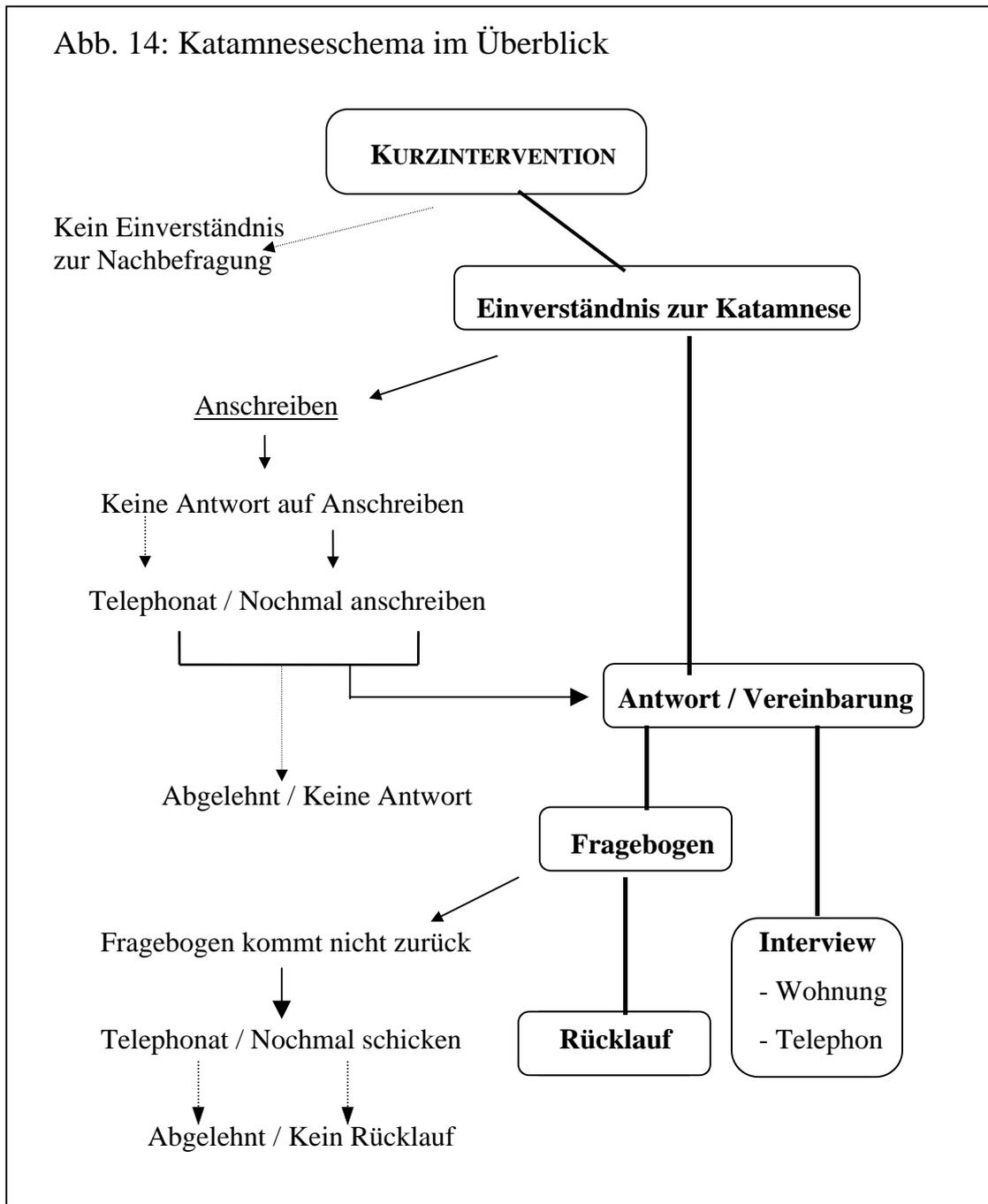
Der LAST wurde auf allen internistischen Stationen von den (im Rahmen einer Fortbildung darauf vorbereiteten) Stationsärzten überreicht, auf der unfallchirurgischen Station von den (klinisch erfahrenen) Projektmitarbeitern. Bei Vorliegen eines positiven Screening-Befundes wurden auf den internistischen Stationen die Projektmitarbeiter hinzugezogen. Die diagnostisch-therapeutischen Gespräche wurden in der Unfallchirurgie ausschließlich durch die Projektmitarbeiter, auf den inneren Stationen entweder durch die Projektmitarbeiter allein (50% der Fälle) oder gemeinsam mit den Stationsärzten (50% der Fälle) durchgeführt.

4. Ein-Jahres-Nachbefragung

Nach einem Jahr sollten alle Patienten, die eine Kurzintervention erfahren hatten, katamnestisch nachbefragt werden. Abb. 14 zeigt das Katamneseschema im Überblick. Die Katamnesen wurden auf der Basis eines im Projekt entwickelten Leitfadens von den Projektmitarbeitern durchgeführt. Von den 207 Patienten, die eine Kurzintervention erfahren hatten, gaben 161 ihr Einverständnis zur Nachbefragung (vgl. Tab. 7). Weitere 15 Patienten verweigerten zum Nachbefragungszeitpunkt die Teilnahme, 12 Patienten konnten nicht erreicht werden, 11 waren unbekannt verzogen, 4 verstorben, 3 über 300 Km verzogen, 1 schwersterkrankt und 1 in Haft. Daten zur Katamnese liegen von 114 Patienten vor, das sind 70,8% derjenigen Patienten, die ihr Einverständnis zur Nachbefragung erklärt hatten. Es war von vornherein geplant, möglichst viele Nachbefragungen in den Wohnungen der Patientinnen und Patienten durchzuführen, um durch die Nähe zum Lebensalltag der Befragten die Validität der Aussagen implizit überprüfen zu können. Zum anderen sollte damit der Respekt der Interviewer vor der Lebenswelt der Befragten zum Ausdruck kommen.

Wenn eine persönliche oder telephonische Nachbefragung nicht zu vereinbaren war, stand ein Katamnesefragebogen zum Selbstauffüllen zur Verfügung. Persönlich nachbefragt wurden 83%, telephonisch 12% und schriftlich 5%. Soweit möglich wurden die persönlich oder telephonisch durchgeführten Nachbefragungen nicht von dem Projektmitarbeiter durchgeführt, der auch an der Beratung im Krankenhaus beteiligt war. Diese „blinde“ Nachbefragung ohne Kenntnis der Ausgangsdiagnose konnte in 80% der persönlich bzw. telephonisch durchgeführten Katamnesen gewährleistet werden.

Abb. 14: Katamneseschema im Überblick



5. Dokumentation – Auswertung

Jeder Patientenkontakt wurde mit speziell für dieses Projekt entwickelten Dokumentationsbögen schriftlich festgehalten. Dies galt auch für Patienten, die nicht in die Untersuchung einbezogen wurden oder eine Befragung mit dem LAST ablehnten.

Im einzelnen wurden für den Erstberatungskontakt dokumentiert:

- ⇒ Gründe für Nichtteilnahme
- ⇒ Daten von Screening, Vertiefender Diagnostik und Kurzintervention
- ⇒ Diagnostische Kriterien für riskanten Gebrauch, schädlichen Gebrauch

und Abhängigkeit

- ⇒ Einbezug wichtiger Bezugspersonen
- ⇒ Unmittelbare Vermittlung in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- ⇒ Geschlecht, Alter, Familienstand, Lebenssituation, Kinder, Sozialer Status
- ⇒ Behandlungserfahrungen der letzten 12 Monate

Für Patientinnen und Patienten, die eine Kurzintervention erfuhren, wurden darüber hinaus Daten zu folgenden Aspekten dokumentiert:

- ⇒ Dauer der Vertiefenden Diagnostik und Kurzintervention
- ⇒ Teilnahme von Stationspersonal
- ⇒ Akzeptanz des Themas bei Patient
- ⇒ Themen der Kurzintervention
- ⇒ Weitere Kontakte im Krankenhaus
- ⇒ Einschätzung über Hilfebedarf
- ⇒ Evtl. Kontaktaufnahme zu Einrichtungen der Suchthilfe
- ⇒ Einverständnis zur Nachbefragung

Tab. 7: Beratungs- und Nachbefragungsstichprobe

<i>Zum Beratungszeitpunkt</i>		
Beratungsstichprobe	207	
Im Krankenhaus verstorben	1	
Wohnsitz über 300 Km entfernt	2	
Nachbefragung abgelehnt	43	
Nachbefragungsstichprobe	161	
<i>Zum Nachbefragungszeitpunkt</i>		
Nachbefragung abgelehnt	15	(9,3%)
Nicht erreicht	12	(7,5%)
Unbekannt verzogen	11	(6,8%)
Verstorben	4	(2,5%)
Wohnsitz über 300 Km entfernt	3	(1,9%)
Schwersterkrank	1	(0,6%)
Haftstrafe	1	(0,6%)
Nachbefragung durchgeführt	114	(70,8%)

Die Nachbefragung basierte auf einem ebenfalls für dieses Projekt entwickelten Nachbefragungsleitfaden (s. Anhang). Dieser enthielt alle zur Einschätzung des Alkoholproblems notwendigen Fragen, die auch im Erstgespräch erhoben worden waren: Trinkgewohnheiten, Trinkexzesse, ICD-10-Kriterien für schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit. Darüber hinaus wurden Fragen zu suchtspezifischen und suchtspezifischen Behandlungserfahrungen sowie zu Veränderungen der Lebenssitua-

tion im Laufe des Katamnesezeitraums erhoben. Die Antworten wurden im Katamnese-Leitfaden schriftlich festgehalten.

Alle Daten wurden mit dem *Statistical Package for Social Sciences SPSS* eingelesen und ausgewertet.

3.1.4 Exemplarisches Beratungsgespräch

Patient mit riskantem Gebrauch, 29 Jahre, Unfallchirurgie Screening durch Fachpersonal

- Überreichen des Screeninginstruments LAST -

Guten Tag Herr Riemer, mein Name ist Lehmann. Ich bin Ärztin. Wir führen auf dieser Station eine Befragung durch, die sich an alle neu aufgenommen Patienten wendet. Ich würde Ihnen gerne einen Fragebogen geben und Sie bitten, ihn in den nächsten 5-10 Minuten auszufüllen. Bei diesem Fragebogen geht es um Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten. Wie gesagt, das betrifft alle Patientinnen und Patienten auf dieser Station, da sind Sie nicht ausgesucht worden, weil Sie in irgendeiner Form auffällig geworden sind. Die Teilnahme ist natürlich freiwillig.

Worum geht es denn da in dem Fragebogen?

Es geht um Ihre eigene Meinung zu Ihren Trinkgewohnheiten: ob Sie z. B. schon mal gedacht haben, Sie sollten weniger trinken, oder ob sich schon mal Ihre Frau Sorgen gemacht hat, oder auch ob Sie schon mal in Behandlung waren wegen Ihres Alkoholtrinkens. Insgesamt neun Fragen, die mit JA oder NEIN beantwortet werden sollen. Ist manchmal nicht ganz einfach zu entscheiden, kreuzen Sie dann das an, was eher zutrifft. Das Ausfüllen dauert normalerweise nicht mehr als drei, vier Minuten.

Was passiert denn, wenn ich den jetzt ausfülle und Ihnen wiedergebe?

Passieren tut dann eigentlich nichts. Wir wollen den Patienten hier vom Krankenhaus aus das Angebot machen, bei Bedarf auch über das Thema Alkohol sprechen zu können. Sie wissen vielleicht, daß viele Unfälle im Haushalt oder auch Autounfälle unter Alkoholeinfluß passieren. Das bedeutet nicht, daß alle Patienten auch ein Problem mit dem Alkohol haben. Je nachdem, wie Sie den Bogen beantwortet haben, würde ich Ihnen danach noch einige Fragen stellen wollen. Sie haben dabei keinerlei negative Konsequenzen zu befürchten. Wenn Sie das nicht wollen, bleibt alles, was Sie im Bogen beantworten bzw. hinterher besprechen, unter uns. Es ist allein Ihre Entscheidung, ob und wie Sie an dieser Befragung teilnehmen. Ich kann Ihnen nur versichern, daß Sie dadurch keinen Schaden nehmen werden, allenfalls könnte es Vorteile für Sie haben.

Na ja, dann geben Sie mal her, man muß den Tag ja hier irgendwie rumkriegen.

- Entgegennehmen des ausgefüllten LAST -

Hallo, Herr Riemer. Ich würde gerne den Fragebogen abholen.

Ja hier, er war ja einfach auszufüllen.

Ich würde gerne noch einmal mit Ihnen, wenn Sie die Zeit und Lust haben, über Ihre Antworten reden. Ich würde es aber nicht gerne hier in diesem Zimmer ma-

chen, weil Sie ja hier nicht alleine liegen, sondern wir sollten in einen Raum gehen, in dem wir ungestört miteinander reden können.

Ach, der kann ruhig mithören, wir haben keine Geheimnisse voreinander.

Sie können nachher mit Ihrem Zimmernachbar ruhig reden, wenn Sie es möchten, ich denke aber, um ein Gespräch freier und ungezwungener führen zu können, wäre es besser, wir machen das unter vier Augen. Es ist auch nicht weit. Ich weiß wohl, daß Sie im Moment nicht ganz so gut zurecht sind, aber ich denke, daß Sie den kurzen Weg schon schaffen werden.

Ja gut, dann gehen wir halt.

- Im Beratungszimmer angekommen -

Herr Riemer, Sie haben im Fragebogen angekreuzt, daß Sie schon selber einmal daran gedacht haben, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Sie haben außerdem angekreuzt, daß Sie auch schon einmal ein schlechtes Gewissen bezüglich Ihres Alkoholtrinkens hatten. Bei beiden Fragen würde ich mich dafür interessieren, an was für Situationen Sie da gedacht haben, als Sie dies angekreuzt haben?

Einstieg in vertiefende Diagnostik durch Bezug auf LAST

Das mit dem schlechten Gewissen ist immer dann, wenn wir eine Probe haben, mit unserer Band. Ich mache da Musik, und da werden schon ein paar Biere gezogen. Danach fahre ich dann halt auch mit dem Auto nach Hause. Da denke ich dann schon manchmal, das sollte ich eigentlich nicht tun. Einmal wäre ich beinahe einem drauf gefahren, da war ich ziemlich unaufmerksam. Das sind dann immer so Situationen, wo ich ein schlechtes Gewissen habe.

Hat es denn dazu geführt, daß Sie etwas dadurch geändert haben?

Nein, so nicht. Es gehört doch einfach dazu, im Proberaum ist sehr trockene Luft, ich spiele Schlagzeug, und dann komme ich so ins Schwitzen. Da gehört es einfach dazu, das Bier trinken, da steht immer eine Kiste rum.

Was ist denn mit der zweiten Situation, daß Sie schon einmal reduzieren wollten. Hat es auch etwas mit der beschriebenen Situation bei der Band zu tun? Oder haben Sie da an etwas anderes gedacht?

Bezug auf LAST

Wenn ich mit meinen Kumpels einmal raus gehe, dann komme ich häufiger etwas betrunken nach Hause. Dann gibt es manchmal auch Ärger mit meiner Frau. Sie trinkt nicht so viel, vielleicht mal einen Wein. Sie sieht das nicht so gerne, und meist geht es mir dann am nächsten Morgen dreckig, wenn ich zur Arbeit gehe. Ja, und da habe ich schon mal versucht, weniger an den Abenden zu trinken, wenn wir durch die Kneipen ziehen. Irgendwie hat das aber nicht so richtig geklappt.

Was meinen Sie denn, wieviel kommt denn so in einer Woche an Alkohol zusammen? Trinken Sie nur Bier oder auch etwas anderes?

Konkrete Trinkmengen, -sorten

Ich trinke nur Bier.

Schnaps dazu, wie es andere machen?

Nein. Schnaps vertrage ich nicht. Da kriege ich Magendrücken, aber Bier ist gut.

Was kommt denn da so in der Woche zusammen? Wie häufig spielen Sie denn so in der Band?

Einmal in der Woche.

Wieviel trinken Sie dann?

Ja, so vier bis fünf Flaschen.

Wie groß sind denn die Flaschen?

Halbe Liter.

Vier bis fünf Flaschen, das sind zwei bis zweieinhalb Liter am Abend.

Kommt dann so zusammen, ja.

Wie häufig gehen Sie denn dann noch mit Ihren Freunden raus?

So dreimal die Woche.

Wieviel trinken Sie da so an einem Abend?

Auch so die Menge.

So sind es also vier Abende, wo Sie zwei bis zweieinhalb Liter trinken.

Ja, so ungefähr. Wenn wir durch die Kneipen ziehen, dann sind es ja keine 0,5 Liter Flaschen, aber ich sag mal so, an kleinen Gläsern 0,3 kommen fünf bis sechs Gläser zusammen, können auch mal sieben sein.

Das heißt, da kommen Sie so rund auf anderthalb bis zwei Liter am Abend.

Ungefähr. Es waren auch schon mal mehr, aber da habe ich gemerkt, das ist dann doch zu viel. Da komme ich dann morgens nicht mehr raus. Dann werde ich sehr müde, so bis zwei Liter das geht ganz gut, das vertrage ich auch ganz gut.

Außer daß Sie dann nicht raus kommen, haben Sie schon mal morgens Übelkeit verspürt oder ein Zittern im Körper, kalte Schweißausbrüche oder einen „Datterich“?

Nein, wüßte ich nicht.

Trinken Sie denn schon mal morgens ein Bierchen, um dann wieder in die Gänge zu kommen? Sie kennen ja den Spruch, daß man morgens damit weitermachen soll, womit man abends aufgehört hat.

Dann wär' der ganze Tag für mich im Eimer. Ich trinke nur abends.

Kommen denn dann an den übrigen Tagen noch Biere zu Hause dazu, es sind dann ja so zwei bis drei Abende, wo Sie nicht weggehen?

Gut, dann trinke ich schon mal ein Fläschchen beim Fernsehen. Aber eigentlich trinke ich nur mit meinen Kumpels. Mal 'ne Flasche Bier vielleicht, aber ich trinke dann auch mal nichts.

Was trinken Sie denn dann statt dessen?

Mineralwasser, mit Orangensaft oder Traubensaft gemischt.

Gab es mal Situationen, in denen Sie sich unwohl gefühlt haben, weil kein Bier da war. Oder wo Sie sich gar nicht richtig konzentrieren konnten, weil Sie dauernd ans Biertrinken gedacht haben?

ICD-10: Starkes Verlangen, Zwang

Nein, habe ich noch nie erlebt.

Gab es denn mal eine Situation, wo Sie eine wichtige Aufgabe nicht erfüllt haben, wo Sie einer Verpflichtung nicht nachgekommen sind, weil es für Sie wichtiger war, jetzt einen zu trinken, oder weil Sie sich vom Trinken erholen mußten?

ICD-10: Einengung auf den Substanzgebrauch

Auf mich kann man sich immer verlassen.

Gibt es denn Gelegenheiten, wo Sie wesentlich mehr als die vorhin genannte Menge trinken? Sagen wir mal, auf Geburtstagsfeiern, oder anderen Festen, oder auch nur einfach so?

Häufigkeit von Trinkexzessen

Ja, nur, wenn ich am nächsten Tag absolut nichts vorhabe.

Wie häufig kommt das denn so vor?

Kann man schlecht sagen.

Wann war das letzte Mal?

Och, ist jetzt schon 'ne Weile her. Vor drei Monaten, Geburtstagsfete beim Kumpel.

Und das Mal davor, wie lange war das her?

Weiß ich jetzt nicht mehr. Ich glaub', Silvester.

Also so Situationen, wo Sie richtig viel trinken, kommen vielleicht zwei bis dreimal im Jahr vor?

Ja, kann man so sagen.

Trinken Sie dann auch nur Bier?

Ja, nur Bier. Vielleicht mal ein Glas Sekt am Anfang, aber der schmeckt mir eigentlich nicht.

Gut, wenn ich jetzt mal ihre normale wöchentliche Menge zusammenrechne, da würden Sie so in der Woche durchschnittlich etwa acht bis zehn Liter Bier trinken, 'ne knappe Kiste.

Resümee Trinkmengen

Genau.

Ich habe hier eine Tabelle, da geht es um die Verträglichkeit von Alkohol bzw. um das gesundheitliche Risiko, dem man sich bei bestimmten Alkoholmengen aussetzt. Die Mengen sind in Standardgetränken ausgedrückt, für Bier ist ein Standardgetränk 0,2 Liter. Wenn Sie 9 Liter trinken, so sind das 45 Standardgetränke, die Sie in der Woche zu sich nehmen.

Rückmeldung über Risiko und Verträglichkeit

Klingt viel.

Damit lägen Sie nach dieser Tabelle in einem Bereich, den man mit Ansteigendem bis Hohem Risiko bezeichnet. Dabei geht es nicht um Alkoholabhängigkeit, sondern um das gesundheitliche Risiko, dem Sie sich aussetzen. Abhängigkeit ist ein ganz anderes Thema.

Also abhängig bin ich ja auch nicht. Ich habe da einen Kumpel, der war schon mal drei Monate in einer Klinik. Also was der gesoffen hat, da ist das, was ich trinke, was für kleine Mädchen.

Ich sage ja auch, es hat nichts mit einer Abhängigkeitseinstufung zu tun, sondern es hat damit zu tun, daß Sie ein relativ hohes Risiko eingehen, körperlich krank zu werden.

Ich kann auch immer aufhören, wenn ich will.

Es ist auch gut so, daß Sie es können. Machen sie ja auch, indem Sie an den Tagen, an denen Sie nicht außer Haus gehen, auch gut ohne was klar kommen. Es ist offenbar schwierig für Sie, nichts zu trinken, wenn Sie mit Ihren Freunden raus gehen oder Musik machen, und dadurch gefährden Sie sich körperlich, bzw. bringen sich und andere in Gefahr durch das Autofahren unter Alkoholeinfluß.

ICD-10: Kontrollminderung Bestätigung Rückmeldung

Es muß keine Konsequenzen haben, es kann auch sein, daß alles gut geht, daß Sie keinerlei Schwierigkeiten oder gesundheitliche Probleme bekommen. Auf der anderen Seite sagen Sie, daß es Ihnen eigentlich gar nicht so gut bekommt. Sie kommen manchmal morgens nicht so gut raus, es gibt manchmal Ärger mit der Frau, d.h. so ganz egal ist Ihnen das alles mit dem Trinken ja nicht, oder?

Widerspiegelung der Ambivalenz

Na ja, ich denke darüber schon manchmal nach, aber es ist aber auch schwierig, da etwas zu verändern. Es gehört einfach so zu meinem Leben dazu, daß ich zwei-, dreimal die Woche ausgehe. Dann noch die Band.

Aber eben haben Sie doch auch gesagt, es war auch schon einmal mehr. Sie haben früher schon einmal mehr getrunken, was haben Sie denn da gemacht, um weniger zu trinken?

Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken

Ja, was habe ich gemacht. Ich habe einfach gemerkt, daß ich einfach nicht mehr so viel vertrage. Ich muß mich sofort hinlegen, das ist mir oberpeinlich. Ich muß sofort nach Hause, ich komme morgens nicht raus und dann auch noch den Streß mit meiner Frau, der ist noch viel größer. Die konnte mit mir gar nichts mehr anfangen.

Trinken Sie denn statt dessen etwas anderes, wie machen Sie es? Trinken Sie den ganzen Abend weniger oder trinken Sie zwischendurch mal ein Mineralwasser oder Orangensaft?

Nein. Mineralwasser mit meinen Kumpels zusammen, das geht nicht. Ich trinke höchstens ein bißchen langsamer.

Wäre es denn eine Möglichkeit, es noch mal zu verlangsamen? Manche trinken ja auch mal ein alkoholfreies Bier dazwischen, weil sie ja auch Auto fahren müssen. Also, daß es dann auch von den Kumpels, bei denen es so kritisch ist, akzeptiert wird.

Ziele klären
Alternativen abwägen

Wir fahren ja auch schon immer mit dem Taxi, da teilen wir uns dann auch immer die Kosten.

Das schlechte Gewissen müssen Sie im Prinzip gar nicht mehr haben!

Leicht paradoxe Intervention

Bei der Band schon, denn da muß ich die ganzen Sachen ins Auto packen. Da wäre es natürlich die Möglichkeit, daß ich sage, daß ich mit dem Auto fahre. Das wäre eine Idee. Einer von den Jungs trinkt ja auch im Wechsel, der trinkt immer ein Kelts und ein Pils.

Was sagen die anderen dazu?

Ziele klären

Das ist kein Problem. Ich habe ja auch schon mal ein paar Sorten Alkoholfreies probiert, die schmecken ja nicht alle gut. Muß kalt sein, sonst schmeckt's gar nicht. Aber das wäre immerhin eine Möglichkeit. Das mit dem Auto kann man auch gut anführen, dann steht man nicht so doof da. Aber die anderen Treffen, das wird schwierig, da noch weiter runter zu gehen. Da habe ich auch keine richtige Idee, es sei denn ich käme später dazu, würde erst ...

Sie meinen, Sie hätten dann weniger Zeit zum Trinken?

Das wäre eine Möglichkeit, die ich jetzt so sehe. Da wird dann auch mal eine Runde gegeben, da kann ich nicht sagen, ich setze jetzt eine Runde aus oder so was. Es ist irgendwie schwierig. Also entweder ich komme später dazu oder ich bleibe einen ganzen Abend weg.

Wäre auch eine Möglichkeit. Sind es immer die gleichen Freunde?

Ja. Es ist eine feste Clique seit Jahren.

Ist es schlimm, einen Abend ausfallen zu lassen? Haben Sie es schon einmal gemacht, wenn etwas anderes anstand?

Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken

Doch, es macht mir zwar immer noch sehr viel Spaß, aber jedes Mal bin ich auch nicht mehr dabei. Wir haben ja auch ein Kind zu Hause, da habe ich sowieso schon mal andere Verpflichtungen. Früher war das noch viel häufiger, das ist sowieso schon alles etwas weniger geworden. Aber, an den Abenden weniger zu trinken, das ist schlecht. Sagen wir mal, einen Abend ausfallen zu lassen, das wäre eher zu machen.

Das ist doch 'ne tolle Idee, probieren Sie es doch einfach mal. Den Bogen würde ich Ihnen auch gerne einmal mitgeben.

Was kann da denn eigentlich passieren, Sie sagen hohes Risiko, was heißt das denn eigentlich?

Es gibt es natürlich immer individuelle Unterschiede, wie jemand körperlich konstituiert ist. Aber es kann passieren, daß die Schleimhäute in der Speiseröhre oder im Magen geschädigt werden, daß die Leber oder die Bauchspeicheldrüse angegriffen werden, Sie können Magengeschwüre bekommen, Sie können Leberschädigungen davontragen, daß sich die Leber langsam umbaut zur Fettleber, möglicherweise zu einer Leberzirrhose. Das tritt aber meistens alles nicht von heute auf morgen auf, es sind langsame Prozesse.

Na gut, die haben ja hier mein Blut untersucht, da war doch alles in Ordnung, oder? Kennen Sie die Unterlagen?

Wenn Sie es wollen, können wir die holen und uns gemeinsam ansehen. Das Blutbild kann verändert sein.

Was Sie da erzählen, da muß man sich ja schon Sorgen machen. Würd' mich jetzt schon mal interessieren, wie die Werte so sind.

Ich möchte da nicht allein reingucken, ich hole einfach mal die Akte. Dann kann ich Ihnen zu den Laborwerten einmal etwas erzählen.

Ja, gut.

- Zurück mit Krankenakte -

Wie sieht es denn aus mit den Blutwerten?

Also die meisten fragen ja nach den Leberwerten, das ist insbesondere die γ -GT, der Wert, der am schnellsten reagieren würde bei zuviel Alkohol. Die ist bei Ihnen im Normbereich, das ist gut für Sie. Der Normbereich liegt bei 28, bei Ihnen ist es 25. Bei den Blutwerten muß man auch darauf achten, wie die zusammengesetzt sind, sind bei Ihnen auch in Ordnung. Bauchspeichelenzyme sehe ich hier gar nicht bei Ihnen, da nicht viel Blut abgenommen wurde. In der Regel reagiert auch erst die Leber vor der Bauchspeicheldrüse. Insgesamt sind aufgrund dieser Werte keine körperlichen Schäden infolge des Trinkens erkennbar. Trotzdem würde ich Ihnen raten zu versuchen, Ihr Risiko etwas zu verringern und die Ideen, die wir gerade besprochen haben, auszuprobieren. Damit sind Sie auf jeden Fall auf der sicheren Seite. Es ist deutlich geworden, daß es für Sie nicht ganz einfach sein wird, ihre Trink- und Lebensgewohnheiten zu verändern. Dennoch können Sie sich beispielsweise vorstellen, nicht zu einem Treffen hinzugehen und somit insgesamt weniger Alkohol zu trinken.

ICD-10: Körperliche Schädigung, Information, Rückmeldung

Ambivalenz widerspiegeln

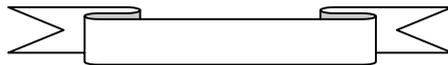
Wenn ich mich in den Kneipen so umgucke, da gibt es aber ganz schön viele gefährdete. Ich werde denen am Stammtisch erst mal die Tabelle in die Hand drücken, soll sich mal jeder einschätzen, wo er steht. Das wird eine Diskussion, na gut. Das muß ich mir noch einmal überlegen. Ich nehme das auf jeden Fall einmal mit.

Ich finde es gut, daß Sie sich zu diesem Gespräch bereitgefunden haben. Überlegen Sie sich bitte, was Sie Ihrem Nachbarn auf dem Zimmer erzählen wollen und was nicht.

Bestätigung, Ermutigung

Dem werde ich erst mal die Tabelle in die Hand drücken.

Viel Glück bei dem, was Sie sich vorgenommen haben!



3.2 Ergebnisse I: Beratungszeitpunkt

3.2.1 Daten zu Screening, Diagnostik und Kurzintervention

Einige soziodemographische Daten: von den gesamt erfaßten Patienten waren 69% männlich und 31% weiblich. Dies entspricht in etwa dem Gesamtverhältnis der Altersgruppe 18 - 65 Jahre auf allen internistischen und chirurgischen Stationen der beteiligten Krankenhäuser. Bei den Patienten mit einer alkoholbezogenen Diagnose verschob sich das Verhältnis - wie zu erwarten - zugunsten der Männer: 88% zu 12%. Das mittlere Alter aller erfaßten Patienten betrug 46 Jahre, der Patienten mit einer alkoholbezogenen Diagnose 45 Jahre. Weitere soziodemographische Daten wurden nur von den Patienten erhoben, die eine Kurzintervention erfahren haben. Was den Familienstand und den Erwerbsstatus anbelangt, so zeigten sich die zu erwartenden Ergebnisse: Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose sind seltener verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend und häufiger geschieden als Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholgebrauch. Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose sind häufiger arbeitslos oder in Rente als Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholgebrauch.

Das Screening wurde auf den fünf am Projekt beteiligten Stationen mit dem LAST durchgeführt. Auf einer internistischen Station wurde über einen Monat der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor u. a. 1989) erprobt, ein von der Weltgesundheitsorganisation entwickeltes Screening-Instrument. Der AUDIT wurde insgesamt 40mal eingesetzt. Er zeigte dabei keinerlei Vorteile gegenüber dem LAST. Überdurchschnittlich häufig kam es hingegen zu verärgerten Reaktionen der Patienten, weil sie einzelne Fragen nicht verstanden hatten oder aber sich in den vorgegebenen Antwortkategorien nicht wiederfanden.

Tabelle 8 zeigt Daten zum Erfassungs- und Selketionsprozeß. Ein wichtiges Ergebnis betrifft die geringe Anzahl derjenigen Patienten, die eine Befragung mit dem LAST abgelehnt haben: 26 (2,0%). Es ist zu vermuten, daß eine gewisse Anzahl dieser Patienten ein Alkoholproblem aufweisen (vgl. John u. a. 1996).

Erwartungsgemäß (d. h. im Hinblick auf die Spezifität des LAST von ca. 80%) stellte sich bei etwa jedem fünften Patienten (68 = 21,5% der pos. Screenings) das positive Screening als falsch positives heraus. 18 Patienten (5,7%) hatten zwar den Fragebogen ausgefüllt, waren aber zum Zeitpunkt des geplanten diagnostisch-therapeutischen Gesprächs nicht mehr aufzufinden. Dies betraf solche Patienten, bei denen sich dieses vertiefende Gespräch aus verschiedenen Gründen nicht unmittelbar an das Entgegennehmen des LAST anschloß. Nachfragen beim Stationspersonal ergaben, daß dies in aller Regel bekannte Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit waren, die regelmäßig nach der Ausnüchterung das Krankenhaus vorzeitig verlassen würden. 23 weitere Patienten (7,3%) lehnten das vertiefende Gespräch nach positivem Screening ab. Gründe dafür wurden selten angegeben. Ein Patient schließlich brach das diagnostisch-therapeutische Gespräch nach Konkretisierung der Problematik und vorsichtiger Erläuterung der Diagnose („beginnende Abhängigkeit“) ohne eine weitere Erklärung ab.

Tab. 8: Screenings - Anzahl Diagnostik und Kurzintervention

Gesamt erfaßt:	1318	
„Kein Screening“ dokumentiert:	97	(davon abgelehnt: 26)
Anzahl Screenings:	1221	
Screening negativ:	904	74,0% (von 1221)
Screening positiv:	317	26,0% (von 1221)
Falsch positiv:	68	21,5% (von 317)
Frühzeitig entlassen:	18	5,7% (von 317)
Diagnostik abgelehnt:	23	7,3% (von 317)
Kurzintervention abgelehnt:	1	0,3% (von 317)
Kurzinterventionen durchgeführt:	207	

Schließlich erhielten 207 Patienten eine ausführliche Diagnostik mit einer anschließenden Kurzintervention. Tabelle 9 zeigt die Verteilung der Diagnosen derjenigen Patienten, die auf den Stationen der beiden Allgemeinkrankenhäuser beraten worden sind. Zusammengefaßt wurden in den beiden Allgemeinkrankenhäusern für die Altersgruppe der 18-65jährigen Patienten somit 15,7% aktuelle alkoholbezogene Diagnosen ermittelt.

Die Gruppe der Patienten mit riskantem oder schädlichem Alkoholkonsum, somit der Patienten, die potentiell dem *Vorfeld einer Erkrankung* zuzuordnen sind, ist etwa so groß wie die Gruppe der Patienten mit einer aktuellen Alkoholabhängigkeit. Von den 95 Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit sind 24, d. h. etwa jede/r vierte, zum ersten Mal bezüglich einer Alkoholproblematik beraten worden, können daher einem

eher *frühen Stadium* der Erkrankung zugeordnet werden. Zählt man zu diesen 24 Patienten die riskant oder schädlich konsumierenden Patienten hinzu, so können 121 Patienten als „früh erkannt und behandelt“ angesehen werden. In Prozentzahlen ausgedrückt sind somit von den 15,7% Patienten mit alkoholbezogenen Diagnosen 9,9% (zwei von drei) frühzeitig erkannt. Patienten mit riskantem Gebrauch wurden eher auf der unfallchirurgischen Station erkannt (40 von 49), Patienten mit schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit eher auf den internistischen Stationen (34 von 48 bzw. 83 von 95). Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit, im Hinblick auf die Früherkennung von Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus unbedingt chirurgische Stationen mit einzubeziehen.

Tab.9: Diagnosen der Patienten mit Kurzintervention (n = 207)

	<i>abs.</i>	<i>Prozent von 1221</i>
Riskanter Gebrauch	49	4,0%
Schädlicher Gebrauch	48	3,9%
Abhängigkeit	95	7,8%
Remitt. Abhängigkeit	12	1,0%
Andere psych. Diagnosen	3	0,3%

3.3 Ergebnisse II: Nachbefragungszeitpunkt

Tabelle 10 zeigt die Basisdaten zur Beratungs- und Nachbefragungsstichprobe. Die Erfassungsrate von 70,8% ist für eine Population mit derart kurzem Behandlungskontakt außerordentlich gut. Die soziodemographischen Merkmale der tatsächlich nachbefragten Patienten weisen gegenüber denen der Beratungsstichprobe keine signifikanten Unterschiede auf.

Tab. 10: Beratungs- und Nachbefragungsstichprobe

Kurzinterventionen	207	
Einverstanden mit Nachbefragung	161	
Nachbefragung durchgeführt	114	(70,8%)

3.3.1 Daten zur Effektivität der Kurzinterventionen

Die Tabellen 11 – 13 zeigen, daß in Bezug auf Diagnosen, Alkoholtrinkmengen sowie vorherige Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen keinerlei signifikante Unterschiede zwischen der Beratungsstichprobe und der Gruppe der tatsächlich Nachbefragten zum Beratungszeitpunkt auszumachen sind. Die Nachbefragungsergebnisse können deshalb als stellvertretend für die gesamte im Krankenhaus erfaßte Patientenstichprobe und somit als besonders aussagekräftig angesehen werden.

Tab. 11: Diagnosen: Gesamt und Nachbefragte zum Beratungs- und Nachbefragungszeitpunkt

	<i>Beratungsstichprobe</i>		<i>Nachbefragte</i>	
	Beratungszeitpunkt n = 207	n = 114	Nachbefragungszeitpunkt n = 114	
Riskanter Gebrauch	24%	25%	11%	(p < .001*)
Schädlicher Gebrauch	23%	25%	11%	(p < .001*)
Abhängigkeit	46%	43%	38%	
Rem. Abhängigkeit	6%	6%	15%	
And. psychiatr. Diagnose	1%			
Keine Diagnose (mehr)			25%	

* Chi²

Tabelle 11 zeigt, daß jeder zweite Patient mit einem riskanten oder schädlichen Gebrauch im Laufe des Katamnesezeitraums seinen Alkoholkonsum auf ein weniger riskantes bzw. schädliches Maß gesenkt hat und nach einem Jahr keine alkoholbezogene Diagnose im o. b. Sinne mehr zu stellen ist. Darüber hinaus sehen wir einen deutlichen Anstieg der Diagnose „Remittierte Alkoholabhängigkeit“. Darunter fallen diejenigen Patienten, die - z. T. mit weiterführenden fachspezifischen Hilfen - im Katamnesezeitraum zu keinem Zeitpunkt die notwendigen Kriterien des Abhängigkeitssyndroms erfüllt haben.

Tab.12: Alkohol-Trinkmengen (in Gramm pro Woche): Gesamt und Nachbefragte zum Beratungs- und Nachbefragungszeitpunkt

	<i>Beratungsstichprobe</i>		<i>Nachbefragte</i>	
	Beratungszeitpunkt n = 207	n = 114	Nachbefragungszeitpunkt n = 114	
Mittelwert	926	837	499	(p < .001 *)
Median	440	420	160	

* Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test

Tabelle 12 zeigt, daß die Alkoholtrinkmengen im Katamnesezeitraum hochsignifikant verringert wurden. Es wurde insgesamt bedeutend weniger Alkohol getrunken (Mittelwert). Der überproportional stark gesunkene Median-Wert deutet darauf hin, daß die Anzahl der *moderat trinkenden* erheblich angestiegen ist.

Tab. 13: (Vorherige) Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen: Gesamt und Nachbefragte zum Beratungs- und Nachbefragungszeitpunkt

	<i>Beratungsstichprobe</i> Beratungszeitpunkt n = 207	<i>Nachbefragte</i> Nachbefragungszeitpunkt n = 114	n = 114
Lebenszeit	36%	33%	
Letztes Jahr	21%	19%	33% (p < .001 *)

* Chi²

Die in Tabelle 13 dargestellten Daten belegen, daß es in den 12 Monaten nach der Beratung im Krankenhaus zu einer hochsignifikanten Steigerung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen kam. Psychiatrische Entzugsbehandlung (31%), Suchtberatungsstellen (28%, z. T. mit Weitervermittlung in Entwöhnungsbehandlungen) und Selbsthilfegruppen (19%) wurden am häufigsten genutzt. Andere Angebote wie z. B. Betreutes Wohnen (17%) spielten auch eine wichtige Rolle. Allerdings wurde deutlich, daß es selbst bei einer qualifizierten Beratung nicht immer gelang, alle potentiell bedürftigen Menschen von einer Annahme einer weiterführenden Hilfe zu überzeugen. So haben von den 49 Katamnesepatienten, die zum Beratungszeitpunkt eine Abhängigkeitsdiagnose aufwiesen, 17 (35%) im Katamnesezeitraum kein weiterführendes Hilfsangebot in Anspruch genommen. Soziodemographisch war keine Besonderheit dieser Patientengruppe festzustellen. 7 von diesen 17 Patienten haben trotzdem eine positive Veränderung durchlaufen.

Tabelle 14 zeigt die Anzahl der Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt Veränderungen der Kategorien „Diagnose“ (andere oder keine) oder „Alkoholtrinkmenge“ (um mind. 50% verändert) aufwiesen. Dabei zeigt sich, daß von den Patienten, die eine Kurzintervention erfahren haben, jeder zweite eine *positive Veränderung* aufweist. Diese Patienten rekrutieren sich zu etwa 2/3 aus der Gruppe der riskant oder schädlich konsumierenden, zu etwa 1/3 aus der Gruppe der abhängigen Patienten. Prozentual gesehen ist der Anteil der positiven Veränderungen innerhalb der Gruppe der riskant oder schädlich konsumierenden höher (34 von 58 = 59%) als in der Gruppe der abhängigen Patienten (22 von 56 = 39%).

Tab. 14: Katamnese: Patientengruppen und Häufigkeit von Veränderungen bei „Diagnose“ und „Alkoholtrinkmengen“ (in absoluten Zahlen)

Besser	56	davon zum Beratungszeitpunkt:	15 Riskanter Gebrauch 19 Schädlicher Gebrauch 22 Abhängigkeit
Unverändert	39	davon zum Beratungszeitpunkt:	4 Riskanter Gebrauch 4 Schädlicher Gebrauch 31 Abhängigkeit
Schlechter	19	davon zum Beratungszeitpunkt:	10 Riskanter Gebrauch 6 Schädlicher Gebrauch 3 Abhängigkeit

Die Katamnese-Patienten, bei denen die Kurzintervention unter Beteiligung des Stationspersonals durchgeführt wurde ($n = 24$), weisen prozentual gesehen häufiger bessere Verläufe auf. Die Fallzahlen sind allerdings so gering, daß eine Signifikanzberechnung nicht durchgeführt wurde.

3.3.2 Ausgewählte Fallbeispiele

Zur Veranschaulichung der Gruppe der früh erkannten Patienten werden im folgenden drei Patienten vorgestellt: eine Patientin mit Riskantem Gebrauch (Frau Risse⁴), ein Patient mit Schädlichem Gebrauch (Herr Schäfer) und eine Patientin mit einer Alkoholabhängigkeit (Frau Abend).

Frau Risse

Beratungszeitpunkt

43 Jahre alt, Hausfrau, arbeitet im Verlagshaus ihres Mannes mit. Gebürtig aus einem Weindorf in der Pfalz. Der Ehemann ist seit einem halben Jahr an Krebs erkrankt. Es ist zu befürchten, daß er bald stirbt. Das Ehepaar hat keine Kinder. Bis zu der Erkrankung des Mannes haben die Eheleute über 20 Jahre lang täglich 1 ½ bis 2 Flaschen (0,7 L.) Wein getrunken. Seit einem halben Jahr trinkt Frau Risse täglich etwa einen halben Liter Wein. Keine körperlichen Schädigungen feststellbar, γ -Gt und MCV im oberen Normbereich (mit Frau Risse's Einverständnis kontrolliert). Keine psychischen oder sozialen Störungen. Ein Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum des Mannes und seiner Krebserkrankung ist nicht bekannt.

⁴ Alle Namen sind geändert.

Frau Risse liegt auf der unfallchirurgischen Station mit einem Bänderriß. Im Screening-Fragebogen hatte sie angegeben, daß sie schon einmal das Gefühl hatte, ihren Alkoholkonsum verringern zu müssen, und daß ihr außerdem schon einmal gesagt worden sei, sie habe eine Störung der Leber.

Im insgesamt 35-minütigen diagnostisch-therapeutischen Gespräch wird zunächst die Diagnose „Riskanter Gebrauch“ rückgemeldet und anhand einer Skala erläutert. Frau Risse reagiert erstaunt, immerhin habe ihr ihr Weinändler mitgeteilt, der Konsum von einer Flasche Wein täglich sei absolut unschädlich. Sie wünscht mehr Informationen über schädliche Trinkmengen, Untersuchungen zur kardioprotektiven Funktion des Weins usw. Weitere Gesprächsinhalte: Trinkmotive (Entspannung, Genuß), Möglichkeiten der Alkoholreduktion (kleinere Gläser u.ä.), Erkrankung des Ehemannes.

Frau Risse möchte ihren Alkoholkonsum aktuell nicht verändern, akzeptiert allerdings die schriftlichen Informationen über riskante Trinkmengen. Das Gespräch bezeichnet sie als sehr informativ. Es wurde kein weiteres Beratungsgespräch vereinbart.

Nachbefragungszeitpunkt

Frau Risse hatte zunächst im gewohnten Stil weitergetrunken, bis nach einigen Monaten ihr Mann starb. Sie war plötzlich auf sich allein gestellt. Die berufliche Situation verschlechterte sich sofort, da sie selbst den Betrieb nicht weiterführen konnte. In dieser krisenhaften Situation erinnerte sie sich nach eigenen Angaben „deutlich“ an das Beratungsgespräch im Krankenhaus und machte sich ernsthafte Sorgen - wie sie sich ausdrückte - „abzustürzen“. Gespräche mit einer guten Freundin bestärkten sie darin, eine Strategie zum *kontrollierten Umgang mit Alkohol* zu entwickeln. Sie kaufte sich eine *kleine Karaffe* (0,5 l). Diese füllt sie seitdem täglich (abends) bis zur Hälfte mit Wein und trinkt ihn *in kleinen Schlucken*. Manchmal „gönnt“ sie sich noch ein zusätzliches kleines Glas Wein. Sie trinkt somit seit 8 Monaten etwa die Hälfte *der* Menge, die sie zum Beratungszeitpunkt getrunken hat, und befindet sich damit in einem Bereich, den man als „Konsum mit geringem bis ansteigendem Risiko“ einstufen muß. Ihre Lebenssituation bezeichnet sie als zufriedenstellender als zum Beratungszeitpunkt. Nach einer Phase der intensiven Trauer hat sie sich mit dem Alleinleben eingerichtet. Sie hat eine neue Arbeit angenommen. Die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum erfüllt sie mit Stolz.

Herr Schäfer

Beratungszeitpunkt

23 Jahre alt, alleinlebend, keine Kinder, arbeitslos. Kam auf die unfallchirurgische Station wegen einer Sportverletzung. Herr Schäfer berichtet von regelmäßigen Treffen mit seinen Kumpels etwa dreimal die Woche, bei denen er im Schnitt etwa drei Liter Bier trinken würde. Am Wochenende würde es allerdings wesentlich mehr, insbesondere im Zusammenhang mit dem Besuch von Fußballspielen des einheimischen Bundesligisten. An solchen Tagen werde schon früh morgens Bier „in rauen Mengen“ getrunken, häufig komme da eine ganze Kiste pro Mann zusammen, zusätzlich noch einige kleine Schnäpse. Insgesamt würde er in dieser Art und Weise schon seit etwa 5 Jahren Alkohol konsumieren.

Mit dem Einverständnis von Herrn Schäfer nimmt der Projektmitarbeiter Einblick in die Krankenunterlagen und stellt eine deutliche Erhöhung der Leberwerte γ -Gt und MCV fest. Im Screening-Fragebogen hatte er angegeben, seinen Alkoholkonsum nicht immer kontrollieren zu können, schon mal ein schlechtes Gewissen gehabt zu haben und auch schon mal von der Polizei wegen Trunkenheit in Gewahrsam genommen worden zu sein. Außerdem hätten sich nahe Bezugspersonen über sein Trinken Sorgen gemacht.

Eine Abhängigkeit wird ausgeschlossen, da der Patient weder Entzugssymptome noch eine verminderte Kontrollfähigkeit oder eine Toleranzsteigerung aufweist. Aufgrund der bereits eingetretenen körperlichen Folgeprobleme wird Herrn Schäfer die Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ mitgeteilt. Er wird darüber hinaus darüber informiert, daß der Übergang zur Abhängigkeit fließend ist und man bei ihm erste Anzeichen feststellen müsse (starkes Verlangen, körperliche Schädigung). Der Projektmitarbeiter empfiehlt ihm, den Alkoholkonsum auf ein gesundheitlich verträgliches bzw. weniger schädliches Maß zu senken. Verschiedene pragmatische Strategien werden durchdacht. Herr Schäfer zeigt sich grundsätzlich interessiert, gibt allerdings zu bedenken, daß es gar nicht so einfach sei, in den Kreisen, in denen er sich bewege, weniger Alkohol zu trinken. Darüber hinaus scheint er auch ein wenig stolz zu sein auf die großen Mengen Alkohol, die er verträgt. Das Gespräch endet ohne konkrete Vereinbarung oder Zielsetzung.

Nachbefragungszeitpunkt

Ein Jahr später hat sich die Lebenssituation von Herrn Schäfer in einigen Bereichen deutlich verschlechtert: seine Sportverletzung verheilte nicht optimal, so daß er im Moment an Krücken laufen muß und nicht mehr Fußball spielen kann; seine Partnerin hat sich von ihm getrennt; er hat seine Arbeit verloren („zu viele blaue Montage“), und darüber hinaus steht ein Gerichtsverfahren an wegen schwerer Körperverletzung eines gegnerischen Fußballfans (unter starkem Alkoholeinfluß). Nach eigenen Angaben hat Herr Schäfer unmittelbar nach der Beratung im Krankenhaus seinen Alkoholkonsum reduziert, dies habe er allerdings nicht lange durchgehalten. Schon nach wenigen Wochen sei er wieder auf seinem alten Level angelangt. Mittlerweile trinke und vertrage er sogar noch einiges mehr als damals. Starker Drang, Alkohol zu trinken, Toleranzsteigerung, Vernachlässigung wichtiger Aufgaben und die im Katamnesezeitraum erstmals aufgetretenen Entzugssymptome führen zur Diagnose „Alkoholabhängigkeit“. Sein Hausarzt habe ihn zwar einmal auf die körperlichen Folgeprobleme des starken Alkoholkonsums hingewiesen, das habe ihn aber nicht sonderlich beeindruckt. Da hätten ihn schon eher die Sorgen seiner Ex-Freundin verunsichert, aber mit der sei er ja jetzt sowieso nicht mehr zusammen. Die Perspektive für Herrn Schäfer ist offen. Einiges scheint davon abzuhängen, wie das Gerichtsverfahren ausgeht.

Frau Abend

Beratungszeitpunkt

44 Jahre alt, Hausfrau, Mutter eines 12-jährigen Sohnes (berufstätig bis zur Geburt ihres Kindes). Auf Drängen des Ehemannes, der eine gesicherte und gut dotierte Position bei der Post bekleidet, hat sie seinerzeit ihre Berufstätigkeit aufgegeben.

Seit Beginn der Schulpflichtigkeit des Sohnes, der eine leichte Auffälligkeit im Sinne einer minimalen zerebralen Dysfunktion (MCD) aufweist, fehlt der Patientin die befriedigende Tagesstruktur. Da die Haushaltsführung im eigenen Haus sie nicht ausfüllte, hat sie sich im Laufe der Zeit mehr und mehr mit Freundinnen und Bekannten getroffen und bei diesen Treffen (v.a. tagsüber) zunehmende Mengen Alkohol konsumiert. Dies geschah zunächst in Form von Sekt zum gemeinsamen Frühstück, Likör vormittags oder als Aperitif zum Mittagessen, Wein in lockerer Runde am Abend usw. Der Alkoholkonsum stieg allmählich auf ca. 10 Standardgetränke (ca. 80 Gramm Alkohol) pro Tag an. Auch die Trinkgewohnheiten veränderten sich, so daß die Patientin zunehmend alleine trank und darüber auch den regelmäßigen Kontakt zum Freundeskreis vernachlässigte. Sie beobachtete bei sich selbst immer öfter ein starkes Bedürfnis nach Alkohol: Alkohol half ihr, die Langeweile und Unzufriedenheit zu ertragen. Der Ehemann der Patientin reagierte, obwohl mehrmals von ihr auf das Thema Alkohol angesprochen, mit Unverständnis und Unwillen. Die Patientin suchte in dieser

Situation ihren Hausarzt auf. Dieser wies sie mit Verdacht auf eine Hyperthyreose in die internistische Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses ein.

Im Screening-Fragebogen hatte sie angegeben, schon einmal das Gefühl gehabt zu haben, ihren Alkoholkonsum verringern zu müssen und schon einmal wegen ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt zu haben. Darüber hinaus hätte sich ihr Partner bereits über ihr Trinken beklagt.

Frau Abend zeigt sich erleichtert, daß sie endlich über ihr Alkoholproblem sprechen kann. Nach eingehender Befragung wird ihr die Diagnose „Abhängigkeit“ rückgemeldet und erläutert. Die Patientin reagiert einsichtig und äußert ein dringendes Bedürfnis nach fachlicher Hilfe. Nach einer kurzen Klärung und Abwägung der verschiedenen weiterführenden Hilfsangebote rät die Projektmitarbeiterin zum Besuch einer Ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und stellt die entsprechenden Adressen und Telephonnummern zur Verfügung. Die Patientin vereinbart unmittelbar im Anschluß an das 30-minütige Gespräch telephonisch einen ersten Gesprächstermin mit der Beratungsstelle.

Nachbefragungszeitpunkt

Zum Nachbefragungszeitpunkt stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Frau Abend nahm vom Zeitpunkt der Krankenhausentlassung an regelmäßig Einzelgespräche mit einer Mitarbeiterin der Beratungsstelle wahr. Sie beantragte eine stationäre Entwöhnungstherapie und erhielt im August 1995 - mittlerweile schon seit 2 Monaten abstinent - einen Platz in einer Fachklinik. Die Therapie war zunächst für 6 Monate geplant, Frau Abend verlängerte den Aufenthalt jedoch aus eigener Initiative und mit Unterstützung des behandelnden Arztes um weitere 2 Monate. Auch weiterhin erhielt sie keinerlei Unterstützung durch ihren Ehemann, der sie während des Aufenthaltes in der Fachklinik nicht ein einziges Mal besuchte, fand jedoch Verständnis bei einigen Freundinnen und ihrer Schwester. Nach der Rückkehr in das gemeinsame Haus stellte sie fest, daß ihr Ehemann keine schützenden Vorkehrungen getroffen, sondern - im Gegenteil - zahlreiche alkoholische Getränke im Haus belassen hatte. Sie faßte daraufhin den Entschluß, sich von ihrem Mann zu trennen, eine eigene Wohnung zu suchen und ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung stand Frau Abend inmitten dieser Umbruchsituation.

Nachtrag: Ein halbes Jahr später rief sie im Projekt an und berichtete, daß sie mit Hilfe der Suchtberatungsstelle und ihrer Schwester sämtliche Vorhaben verwirklicht habe: Trennung vom Ehemann, eigene Wohnung, Berufstätigkeit. Außerdem bemühe sie sich gerade um das Sorgerecht für ihren Sohn, der unter der Trennung der Eltern leidet. Sie habe mit ihm bereits einen Kinder- und Jugendpsychiater aufgesucht. Nach wie vor lebe sie völlig abstinent.

3.3.3 Praktikabilität von Früherkennung und Beratung

Im Hinblick auf die Frage nach der Praktikabilität des Vorgehens sind die niedrigen Verweigerungsraten ein bedeutsamer Beleg für die Akzeptanz des gewählten Früherkennungsansatzes.

Eine Besonderheit der *internistischen Stationen* betrifft die Struktur der praktischen Erprobung: es war in den Vorgesprächen gelungen, alle Stationsärzte zur Teilnahme an der Fortbildung zu gewinnen, mit dem Ziel, Teilaufgaben der praktischen Erprobung selbst zu übernehmen.

Auf allen internistischen Stationen wurden die Screening-Fragebögen von den Stationsärzten ausgegeben und eingesammelt. Dies hat sich zum einen als grundsätzlich praktikabel herausgestellt: der zeitliche Aufwand war gering (pro Patient ca. 2 Minuten), organisatorisch war das Screening gut in den Stationsalltag integrierbar (z.B. am Ende des Aufnahmegesprächs). Zum anderen war dieses Vorgehen äußerst effektiv: die Verweigerungsquote war minimal. Nur 4 von 419 erfaßten Patienten dieser Stationen (das ist weniger als 1%) haben die Beantwortung des Fragebogens abgelehnt (zum Vergleich: die Ablehnungsquote auf der unfallchirurgischen Station lag bei 2,6%). Etwa jedes zweite diagnostisch-therapeutische Gespräch auf den *internistischen Stationen* wurde von Projektmitarbeitern und Stationsärzten gemeinsam durchgeführt. Alle übrigen Gespräche wurden von den Projektmitarbeitern allein durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer aller Gespräche betrug 36 Minuten. Darin einbezogen sind auch die Zeiten für weitere Gespräche (bei etwa jedem vierten Patienten), für Fallgespräche zwischen Projektmitarbeitern und Stationsärzten (insgesamt 135) sowie für patientengebundene Kontaktaufnahmen zur Suchthilfe durch Stationsarzt oder Projektmitarbeiter (insgesamt 5).

Die intensive Beteiligung der Stationsärzte auf internistischen Stationen ist v. a. darauf zurückzuführen, daß im Gegensatz zu chirurgischen Stationsärzten das therapeutische Gespräch als Teil des Behandlungsauftrages bzw. Behandlungsalltags angesehen wird. Je nach Behandlungsauftrag und Behandlungsalltag der jeweiligen Station wird es aber auch zwischen einzelnen internistischen Stationen Unterschiede geben. So war z. B. die Bereitschaft der Stationsärzte der *kardiologischen* Stationen, sich an diagnostisch-therapeutischen Gesprächen zu beteiligen oder sie selbst durchzuführen, wesentlich geringer. Bedeutende Einflußfaktoren scheinen hier die Verweildauer der Patienten auf der Station und der von Somatikern wahrgenommene Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Krankenhausaufenthalt zu sein.

Als notwendige Voraussetzung einer Beteiligung von Stationsärzten hat sich die im Vorfeld der praktischen Erprobung durchgeführte Fortbildung erwiesen. Die Fortbildung diene vor allem dazu, den Teilnehmern Kompetenzen zu vermitteln, um eigenständig oder in Kooperation mit den Projektmitarbeitern Früherkennung, Beratung und qualifizierte Vermittlung durchführen zu können. Zur Effektivität der Fortbildung sei im folgenden die Stationsärztin Cornelia Schülke (1997) zitiert:

Diese (Fortbildung) vermittelte meiner Kollegin und mir ein sachliches und empathisches Arbeiten mit betroffenen Patienten, förderte unser Problembewußtsein und veränderte so unsere Arbeitspraxis: wir gewöhnten uns an, freundlich - aber hartnäckig - nach der genauen Trinkmenge zu fragen. Dies nahm mitunter einige Minuten in Anspruch, schien uns aber für die Angemessenheit des weiteren Gespräches eine unerläßliche Basis zu sein.

Erhöhte Leberwerte (insbesondere der γ -GT) im Rahmen der Routinelaboruntersuchung nahmen wir genauer wahr und als Anlaß für ein aufklärendes Gespräch.

Die höhere Toleranz gegenüber alkoholkranken Patienten sowie das Wissen, daß Rückfälle zum Wesen der Erkrankung gehören, ermöglichte uns ein streßfreieres und angemesseneres

Arbeiten. Interessanterweise wirkte sich unsere veränderte Haltung und Arbeitsweise auch positiv auf die Einstellung des Pflegepersonals aus. Zusätzlich führten kurze, größtenteils zufällige Gespräche im Schwesternzimmer dazu, daß die Stationsatmosphäre an Gelassenheit und Freundlichkeit gewann, der Ärger über die "lästigen Drehtürpatienten" nahm merklich ab.

Ein wesentliches Ergebnis der Erprobung ist somit, daß das Konzept aus Screening, Diagnostik und Kurzintervention in die Routine von Krankenhausstationen und den Behandlungsalltag von Stationsärzten gut integrierbar ist. Die Effektivität des Früherkennungsansatzes wird durch die Übernahme des Screenings durch die Stationsärzte erhöht. Eine spezifische Qualifikation der Ärzte ist erforderlich. Dazu noch einmal Schülke (1997):

Rückblickend auf ein Jahr Erprobung des Projekts bezüglich Zeitaufwand und Praktikabilität im Stationsalltag kann ich folgende Feststellungen treffen:

1. Das Erfragen der genauen Alkoholtrinkmenge im Rahmen des Anamnesegesprächs erfordert ungefähr zwei Minuten.
2. Zum Austeilen des LAST und der damit verbundenen Erklärung werden ca. zwei Minuten benötigt.

... Daraus können wir folgendes Fazit ziehen: Der notwendige Zeitaufwand war bei der Besetzung einer 31-Betten-Station mit zwei Stationsärztinnen gut zu leisten. In Zeiten, wie sie leider immer häufiger vorkommen, in denen eine von zwei Stationsärztinnen durch Urlaub, Krankheit und neue Dienstregelungen ausfiel, war eine umfassende Durchführung jedoch nur durch Überstunden möglich.

Auf der Unfallchirurgie konnte keine Beteiligung der Stationsärzte vereinbart werden. Dies änderte sich auch nicht im Verlaufe der Erprobung, obwohl es organisatorisch aus Sicht der Projektmitarbeiter gut in den Ablauf hätte integriert werden können.

Im Laufe der Erprobung haben drei Schwestern der unfallchirurgischen Station an einer alkoholspezifischen Fortbildung teilgenommen. Dies führte allerdings „nur“ zu einer besseren Verankerung des Projektangebots auf der Station, *nicht* zu einer Übernahme einzelner Diagnose- oder Beratungsaufgaben durch die Schwestern. Von seiten internistischen Pflegepersonals gab es keinerlei Anfragen zur Teilnahme an einer Fortbildung.

Als weiteres wichtiges Ergebnis ist festzuhalten, daß es auf keiner Station gelungen ist, die Stationsärzte für eine *kontinuierliche und eigenständige* Übernahme des Konzepts zu gewinnen. Vier Faktoren scheinen dafür verantwortlich zu sein.

1. Der Schwerpunkt der Krankenhausbehandlung liegt auf der somatischen Behandlung.
2. Weiterbildungsanforderungen für Assistenzärzte berücksichtigen das ärztliche Gespräch zu wenig.
3. Die Stationsärzte stehen häufig unter einer hohen Arbeitsbelastung.
4. Das Allgemeinkrankenhaus ist stetigen personellen und organisatorischen Verän-

derungen unterworfen. Assistenzärzte müssen im Rahmen ihrer Weiterbildung verschiedene Stationen/Abteilungen kennenlernen. So haben z. B. auf einer internistischen Station im Laufe der Behandlungsphase insgesamt 6 Stationsärzte gearbeitet. Auf einer anderen Station war die kontinuierliche Beteiligung zweier Stationsärztinnen über ein Jahr nur deshalb möglich, weil sie vom Chefarzt verordnet war. Nach Aussage einer der beiden Stationsärztinnen wirkte sich diese „Verordnung“ auf ihre Weiterbildungsplanung nachteilig aus.

3.4 Diskussion

Die Ergebnisse belegen eindrücklich, daß eine Problematisierung des Alkoholkonsums bei Patienten des Allgemeinkrankenhauses möglich ist: Nur wenige Patienten lehnten eine Beantwortung des LAST ab (2%). Dieses Ergebnis wird durch zwei neuere Untersuchungen aus Mannheim und Lübeck bestätigt: In einer Studie von Volz/Rist/Alm (1998) auf ausschließlich chirurgischen Stationen lehnten von 315 angesprochenen Patienten 6% eine Beantwortung des LAST ab. Polte/Hapke/Rumpf/John (1999) setzten bei nicht selektierten Patienten einer Notfallambulanz den CAGE und den SMAST ein und berichten bei 234 Patienten eine Verweigerungsquote von 5,6%.

Herrmann/Kaminsky/Rüger/Kreuzer (1999) berichten eine Verweigerungsrate von 14,3% bei Patientinnen und Patienten internistischer Stationen im Rahmen eines psychologischen Screenings auf Angst und Depression, zweier ebenfalls vorrangig nicht-somatischer Störungsbilder, wegen derer die Patienten nicht zur Behandlung gekommen waren.

Diese Ergebnisse belegen, daß Patientinnen und Patienten somatischer Abteilungen es in hohem Maße akzeptieren, offensiv auf nicht-somatische Probleme bzw. Störungen hin angesprochen zu werden.

Bei Verwendung eines Screening-Instruments bietet sich der LAST (Rumpf et al. 1997) an. Er ist wenig intrusiv, hingegen sensitiv insbesondere für die Patientengruppen „unterhalb“ der Abhängigkeitsschwelle. Darüber hinaus scheint er viele Patienten zu einer (oftmals ersten) Auseinandersetzung mit ihren Trinkgewohnheiten anzuregen und bietet ausreichend Ansatzpunkte für ein weiterführendes diagnostisch-therapeutisches Gespräch. Dies wird auch von Volz u. a. (1999) bestätigt:

Die Bereitschaft, alkoholbezogene Items eines Fragebogens positiv zu beantworten, korreliert nicht nur mit der γ -GT, sondern steht auch in Beziehung zur Motivation, über eigene Trinkgewohnheiten nachzudenken. ... Von allen Screening-positiven Patienten sind diejenigen mit positivem LAST häufiger bereit, sich mit den eigenen Alkoholtrinkgewohnheiten auseinanderzusetzen. Insofern liefert der LAST Informationen darüber, ob ein Patient für eine Intervention, die auf sein möglicherweise bestehendes Alkoholproblem abzielt, zu gewinnen

sein wird. Der LAST scheint geeignet, jene Patienten zu identifizieren, die bei Vorliegen eines Alkoholproblems eine ausführliche Diagnostik und Beratung akzeptieren.

In der vorliegenden Untersuchung hat es sich als sinnvoll erwiesen, zur weiterführenden Diagnostik statt eines standardisierten Instruments das nicht standardisierte (Leitfaden-) Gespräch zu wählen. Relativ wenige Patienten (23) haben beim Übergang von Screening zu Diagnostik den weiteren Kontakt abgelehnt. Es erfolgte keine systematische Kontrolle der klinischen Befunde oder Laborparameter, ob die „drop-outs“ (insgesamt 42 Pat., vgl. Tab 12) ein Alkoholproblem aufwiesen oder nicht. Erfahrungsgemäß ist dies allerdings in den weitaus meisten Fällen anzunehmen. Im Rahmen der interventionsorientierten Erprobung war eine diesbezügliche Kontrolle allerdings nicht vorgesehen. Die gute „Haltequote“ läßt sich vermutlich darauf zurückführen, daß es für Patienten eher dem Alltag der Krankenhaus-Behandlung entspricht, mit den Behandlern frei zu sprechen, als mit einem standardisierten Fragebogen konfrontiert zu werden, der zur Abbildung komplexer Lebensrealitäten oftmals unzureichend, gleichzeitig aber zu wenig zielgerichtet und punktgenau ist. In der Untersuchung von Volz u. a. (1997) könnte die hohe Abbrecherquote (50% !) beim Übergang von Screening zu vertiefender Diagnostik dadurch verursacht worden sein, daß die Patienten sich im Anschluß an ein positives Screening zu einer aufwendigen und teil-standardisierten (oft als unpersönlich erlebten) Befragung mit dem SKID (Wittchen/Zaudig/Schramm u. a. 1991) bereit erklären mußten.

Die flexible Gestaltung der Kurzinterventionen ohne Vorgabe einer bei allen Patienten anzuwendenden Feingliederung hat sich bewährt. Die inhaltliche Ausgestaltung der Interventionen reichte von einer reinen Rückmeldung und Informationsvermittlung bis hin zu der aktiven Hilfe bei Weitervermittlung ins suchtspezifische Hilfesystem. Die individuelle „Paßgenauigkeit“ von Kurzinterventionen auf Basis eines gemeinsamen Grundgerüsts ist nötig, um möglichst viele Patienten für eine (teils minimale) Problematisierung ihrer Trinkgewohnheiten zu gewinnen. Standardisierte Interventionskonzepte (wie etwa in der mehrfach erwähnten Untersuchung von Volz u. a.) erhöhen die Wahrscheinlichkeit, daß Patienten sich in ihrer Individualität und Autonomie nicht ernst genommen fühlen. Dies wirkt sich im Rahmen somatischer Behandlung im Allgemeinkrankenhaus in der Regel als Kontaktabbruch aus.

Die in Kap. 4 dargestellten wesentlichen Elemente von Kurzinterventionen müssen somit im realen Alltag (außerhalb von Forschungsvorhaben mit teilweise hoher Patientenselektion) überprüft und flexibel angewandt werden. So ist es z. B. nicht bei jedem Patienten angezeigt, Veränderungsalternativen abzuwägen und einen konkreten Ratschlag zu geben: insbesondere Patienten mit riskantem Gebrauch, die häufig zum ersten Mal ihren Alkoholkonsum problematisieren, sind mit einer sachlichen Information gut bedient (s. o. Kap. 5.2.2 Fallbeispiel *Frau Risse*) und neigen dazu, bei eindringlicheren Interventionen Widerstand aufzubauen.

Kurzinterventionen erwiesen sich als besonders effektiv bei Patienten mit riskantem oder schädlichem Gebrauch. Hier wird zum einen der präventive Nutzen von Kurzinterventionen in der medizinischen Primärversorgung deutlich, denn zumindest bei einem Teil dieser Patienten kann davon ausgegangen werden, daß ein Entwicklungstrend in Richtung einer stärkeren Schädigung bzw. einer Alkoholabhängigkeit aufgehalten wurde. Zum anderen können die Ergebnisse insbesondere *dieser* Patientengruppe als positiv im Hinblick auf die *allgemeine* Gesundheitsförderung bewertet werden: ein geringerer Alkoholkonsum (als Hauptkriterium der Veränderung) ist gleichbedeutend mit einem geringeren Risiko für zahlreiche alkoholassoziierte bzw. alkoholbedingte physische, psychische und soziale Probleme (vgl. Ritson 1997).

Einige Untersuchungen der letzten Jahre weisen übereinstimmend auf eine hohe *Validität und Reliabilität* der Selbstaussagen von Menschen mit Alkoholproblemen hin (Grant et al. 1997, Perrine et al. 1995, Brown et al. 1992). Einige spezifische Faktoren des methodischen Ansatzes im Projekt sprechen darüber hinaus für eine hohe Validität der zum Beratungs- und Nachbefragungszeitpunkt erhobenen patientenbezogenen Daten:

1. Initiierung der Erst-Befragung im Allgemeinkrankenhaus durch Vertrauenspersonen (Stationsärztinnen) oder Projektmitarbeiter, von denen die Patienten keine negativen Konsequenzen zu erwarten hatten.
2. Erstbefragungs-Situation im Allgemeinkrankenhaus, die die Ansprechbarkeit für problematische Themen erhöht und die Abwehrbereitschaft senkt (vgl. Rumpf u. a. 1997).
3. Respektvolle Grundhaltung bei Erst- und Nachbefragung.
4. Befragung als Leitfadengespräch. Abklärung der Aussagen „von mehreren Seiten“.

Alle hier referierten Katamneseergebnisse zeigen zudem einen gemeinsamen Trend und sind somit als Gesamtergebnis ein weiterer Beleg für die Güte der Einzelergebnisse. Die dargestellten Katamneseergebnisse sind somit ein deutlicher Beleg dafür, daß ein Früherkennungs- und Kurzinterventionskonzept, wie es im Rahmen des Projekts erprobt wurde, bei vielen Patienten gesundheitsförderliche Veränderungen des Trinkverhaltens bewirkt bzw. dazu beiträgt.

Zwar war es im Rahmen des Projekts nicht möglich, eine Kontrollgruppenstudie durchzuführen, die Ergebnisse werden allerdings durch Ergebnisse zahlreicher anderer Untersuchungen der letzten Jahre bestätigt.

So stellten John et al. (1996) eine Erhöhung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen nach 12 Monaten von 29% auf 56% fest (19% auf 33% in dieser Untersuchung). Allerdings wird sowohl in der hier vorliegenden als auch der John-Untersuchung deutlich, daß es durch eine Kurzintervention nicht immer gelingt, beratungs-

und behandlungsbedürftige Patienten mit einem Alkoholproblem von der Annahme eines weiterführenden fachspezifischen Hilfsangebots zu überzeugen.

Heather et al. (1996) berichteten (bei vergleichbarem Beratungsansatz) eine Reduktion des wöchentlichen Alkoholkonsums nach 6 Monaten in der Interventionsgruppe um 42% gegenüber 29% in der Kontrollgruppe (46% nach 12 Monaten in dieser Untersuchung).

Auch Chick et al. (1985) fanden eine drastische Reduktion des wöchentlichen Alkoholkonsums nach 12 Monaten (53%), allerdings mit der Besonderheit, daß die Patienten der Kontrollgruppe, die ausschließlich diagnostisch untersucht bzw. interviewt wurden, eine ähnlich hohe Reduktion zeigten. Die Patienten der Interventionsgruppe wiesen allerdings weniger alkoholassoziierte soziale Probleme und bessere Blutwerte auf. Auch war die Anzahl der Patienten, die ihren Alkoholkonsum um mehr als 50% reduziert hatten, in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe. Insgesamt aber kann das Ergebnis der Studie von Chick et al. auch als Beleg dafür angesehen werden, daß eine systematische Früherkennung von Alkoholproblemen - selbst ohne anschließende „Intervention“ - für sich genommen schon einen Effekt haben kann. Dies wird allerdings verständlicher durch die Tatsache, daß der zeitliche Umfang von Früherkennung und Diagnostik sowohl für die Patienten der Interventions- als auch der Kontrollgruppe ca. 90 Minuten betrug – somit ein Mehrfaches dessen, was in der vorliegenden Untersuchung für Screening, Diagnostik *und* Kurzintervention zusammen aufgewandt wurde. Schließlich könnte auch ein vereinbarter Kontrolltermin (in diesem Fall die Nachuntersuchung nach einem Jahr für alle Patienten) einen positiven Effekt auf die Trinkgewohnheiten ausüben.

Fuller/Diamond/Jordan/Walters (1995) berichten über die Arbeit eines „Substance Abuse Consultation (SAC)“-Teams in einer unfallchirurgischen Abteilung eines allgemeinen Krankenhauses in Pittsburgh, PA. Das SAC-Team bestand aus einem Sozialarbeiter, einer Krankenschwester und einem Arzt. Es wurde von den Stationen angerufen, sobald Patienten mit eindeutigen Hinweisen auf Alkohol- oder Drogenmißbrauch behandelt wurden. Die ersten 100 Patienten, die vom SAC-Team in den Jahren 1991 – 1992 gesehen wurden, gingen in den Beitrag von Fuller et al. ein (94% Probleme mit Alkohol, 6% mit anderen Drogen). Das SAC-Team stellte seine Tätigkeit gegenüber den Patienten als Routinemaßnahme dar und unterzog sie einer ausführlichen substanzbezogenen Diagnostik. Auf der Basis dieser Diagnostik entwickelten die Mitarbeiter des SAC-Teams einen Behandlungsplan und diskutierten ihn mit den Patienten. Zentrale Inhalte dieser Behandlungspläne waren Informationen über Risiken des Substanzgebrauchs (insbesondere für Mißbraucher; Anzahl: 22) und die Überweisung zu einer fachspezifischen Hilfe (insbesondere für Abhängige; Anzahl: 78). Das beeindruckendste Ergebnis dieser Tätigkeit: von 78 Patienten, denen eine weiterführende Hilfe empfohlen wurde, nahmen 48 (62%) dieses Angebot an.

Es wurde in dieser Studie allerdings nicht kontrolliert, ob diese 48 Patienten im Anschluß an den Krankenhausaufenthalt tatsächlich die weiterführende Hilfe in Anspruch genommen haben.

Fuller et al. (ebd.) fassen die wesentlichen versorgungspolitischen Ergebnisse ihrer Evaluation zusammen:

1. Die Verfügbarkeit von Suchtexperten entlastete die Unfallchirurgen davon, eine exakte Suchtdiagnose zu stellen und daraus einen konkreten Behandlungsplan abzuleiten.
2. Die kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen SAC-Team und Unfallchirurgie erhöhte das Bewußtsein aller Mitarbeiter auf der Unfallchirurgie für die besondere Rolle der Suchtmittel bei der Verursachung von Unfallverletzungen.
3. Der Erfolg der Arbeit des SAC-Teams unterstreicht die Notwendigkeit, derartige Angebote in anderen unfallchirurgischen Abteilungen einzurichten.

Durch die enge Kooperation zwischen medizinischem und suchtspezifischem Fachpersonal ist es gelungen, Menschen mit Suchtmittelproblemen, die eine suchtspezifische Hilfe nicht nachgefragt hatten, für eine Auseinandersetzung mit ihrer Problematik zu gewinnen. Die Tätigkeit des SAC-Teams wurde darüber hinaus vom unfallchirurgischen Personal offenbar als so selbstverständlich dargestellt, daß keine einzige Ablehnung des Dienstes berichtet wird.

Arnold/Schmid/Simmedinger (1999) berichten über ein Modellprojekt zu Suchthilfe-Liaisondiensten in deutschen Allgemeinkrankenhäusern. An zehn Standorten wurden insgesamt 1.727 Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen identifiziert. 97% von ihnen erhielten im Krankenhaus eine Kurzintervention im o. g. Sinne. Leider erfahren wir nicht, wie die Patientinnen und Patienten in Kontakt mit den Liaisondiensten kamen. Aufgrund der Schwere der körperlichen und sozialen Folgeprobleme, der spezifischen Vorerfahrungen vieler Patientinnen und Patienten sowie der Aufnahmeanlässe ist allerdings darauf zu schließen, daß es sich hier um „auffällige“ Patientinnen und Patienten mit deutlichen Folgeschäden handelte (in der Regel Alkoholabhängige), die dem Dienst vom Stationspersonal zugewiesen wurden. Weniger auffällige Patientinnen und Patienten mit einem riskanten oder schädlichen Gebrauch wurden im Rahmen dieses Projekts nicht erreicht. Effektiv scheint der gewählte Ansatz vor allem im Hinblick auf die Erhöhung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen zu sein. Vor der Beratung durch den Suchtliaisondienst hatten ca. 40% der Patientinnen und Patienten Kontakt zu einer suchtspezifischen Einrichtung gehabt. Durch die Ansprache im Krankenhaus konnten 75% der beratenen Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen motiviert werden, Kontakt zu weiterführenden Suchthilfeangeboten aufzunehmen. Die Ergebnisse einer stichprobenartigen

Follow-up-Untersuchung lassen darauf schließen, daß ein Großteil dieser Patientinnen und Patienten die entsprechenden Institutionen auch tatsächlich aufgesucht hat.

Fazit: Früherkennung und Kurzintervention scheinen somit für viele Patienten mit einer alkoholbezogenen Diagnose im Allgemeinkrankenhaus ausreichende Interventionsformen zu sein, um Gewohnheiten und Entwicklungstrends zu verändern bzw. aufzuhalten und/oder ein weiterführendes Hilfeangebot anzunehmen.

4. Konzeptentwicklung: Früherkennung und qualifizierte Beratung

4.1 Auswertung: Psychologische Beratungsansätze in der somatischen Medizin

4.1.1 Psychosomatik

Die konzeptionellen und praxisbezogenen Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychosomatischen Medizin im Allgemeinkrankenhaus lassen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten für die Ausgestaltung eines Beratungsangebots für Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus nutzen.

♦ *Früherkennung*

Die hohe Prävalenz psychosomatischer Störungen läßt Haag & Stuhr (1992) fordern, daß alle Patienten des Allgemeinkrankenhauses unabhängig vom Aufnahmegrund in Richtung einer psychosomatischen (Begleit-)Erkrankung zu befragen seien, um so möglichst frühzeitig den Trend zur Chronifizierung aufzuhalten und die bessere Motivation früh erkannter psychosomatisch erkrankter Patienten zu nutzen.

Gleiches gilt auch für die Gruppe der Patienten mit Alkoholproblemen: hohe Prävalenz, Trend zur Chronifizierung, Abnahme von Veränderungs-Motivation bei fortschreitender Erkrankungsdauer. Eine Früherkennung, die die Patienten nicht vorselektiert (z. B. mit Hilfe eines strukturierten, systematisch eingesetzten Screening-Fragebogens), ist Voraussetzung eines Beratungskonzepts für Patienten mit Alkoholproblemen.

♦ *Weitgehende Integration des Beratungsangebots*

Nahezu alle Autoren berichten eine unzureichende Inanspruchnahme psychosomatischer (Mit-)Behandlung beim Konsiliardienst. Sie plädieren für eine weitestgehende Integration und kontinuierliche Anbindung der Psychosomatiker in das somatische Behandlungssetting.

Im Hinblick auf Alkoholabhängige, insbesondere aber im Hinblick auf „gefährdete“ Patienten, die häufig keine gravierenden körperlichen Folgeerkrankungen aufweisen, muß eine ständige „Sensibilisierung“ der Somatiker durch eine kontinuierliche und systematische Anbindung von Fachpersonal gewährleistet sein. Das im Vergleich zu anderen schweren Erkrankungen, die im Allgemeinkrankenhaus zur Behandlung kommen, „harmlose“ Alkoholproblem im Frühstadium würde ansonsten zu leicht vernachlässigt. Fachpersonal muß deshalb als Liaisondienst regelhaft auf den Stationen anwesend sein und alle notwendigen Schritte der Früherkennung und Kurzintervention organisieren, anleiten und wenn nötig selbst durchführen.

♦ *Enge Kooperation mit Stationspersonal*

Thiel et al. (1997) schlagen vor, daß im Hinblick auf eine kontinuierliche Be-

handlung gemeinsame Gespräche zwischen Arzt, Patient und Konsiliar geführt werden. Sie weisen dabei u. a. auf die häufig beobachteten unausgesprochenen Erwartungen an den Konsiliar hin. Die Forderung von Pontzen (1992), daß die Behandlungsverantwortung in der Hand des Somatikers bleibt, weist in dieselbe Richtung.

Dies muß auch für Patienten mit Alkoholproblemen ein anzustrebendes Ziel sein: häufig steht der Alkoholkonsum in einem direkten Zusammenhang mit der somatischen Behandlungsbedürftigkeit und der Aufnahme im Krankenhaus. Eine Beteiligung des Somatikers an der Früherkennung und Problematisierung des Alkoholkonsums ist deshalb im Hinblick auf ein Verständnis der Zusammenhänge von Verhalten und körperlicher Erkrankung zwingend geboten. Die Wahrscheinlichkeit einer „Abspaltung“ der problematisierenden Aspekte zugunsten eines rein somatischen Krankheitsbildes ist damit gesenkt. Ein „Abschieben“ des „ungeliebten Alkoholikers“ (Feuerlein 1986) an das Fachpersonal ist im Hinblick auf den mittel- und langfristigen Behandlungserfolg eher kontraindiziert.

♦ *Effektivität einfacher Interventionen*

Die mehrfach zitierten Ergebnisse, daß einfache Interventionen wie z. B. „Informationen geben“ oder „emotionalen Rückhalt signalisieren“ (Haag & Stuhr 1992, Köhle et al. 1996b) einen Effekt auf Krankheitsbewältigung und Gesundungsprozesse haben können, werden durch eine Fülle von Studien zu „brief interventions“ bei Patienten mit Alkoholproblemen bestätigt. Bien et al. (1993) haben mehr als 30 Studien identifiziert, die den positiven Einfluß von „kurzen Interventionen“ auf die Trinkgewohnheiten von Menschen mit Alkoholproblemen nachweisen konnten. Einige dieser Studien wurden in Settings der medizinischen Versorgung durchgeführt, sprich allgemeinärztlichen Praxen oder Allgemeinkrankenhäusern. Offenbar stellt die medizinische Versorgung im allgemeinen und das Krankenhaus im besonderen ein günstiges Umfeld dar, um Menschen, die eine Problematisierung von Lebensgewohnheiten nicht erwartet oder nachgefragt haben, für Bewußtseins- und Verhaltensänderungen zu motivieren (vgl. auch Kufner 2000).

♦ *Verständnis für Sinnhaftigkeit der aktuellen Lebenssituation*

Insbesondere die psychoanalytisch ausgerichteten Konzepte innerhalb der Psychosomatik versuchen, die aktuelle Lebenssituation der Patienten auf dem Hintergrund einer individuellen Lebensgeschichte zu begreifen. „Fehlverhalten“ wird als „nützlich“ im Sinne einer Abwehrstrategie zur Aufrechterhaltung eines seelischen Gleichgewichts angesehen. Eine Grundhaltung der Behandler, die derart um Verständnis der Lebenssituation und des darin „eingeschlossenen“ Suchtmittelkonsums bemüht ist, kann den Patienten sehr viel Druck nehmen und das Arbeitsbündnis stärken. So verstandene Empathie ist als eines der wesentlichen Elemente erfolgreicher Kurzin-

terventionen bei Menschen mit Alkoholproblemen anzusehen (vgl. Miller & Sanchez 1991).

♦ *Motivation*

Psychosomatik fragt bewußt und gezielt nach dem Interesse der Menschen, ein bestimmtes Verhalten zu verändern oder beizubehalten. Sie legt Wert auf die ganzheitliche Betrachtung des Menschen und versucht, Bewußtheit herzustellen über die Zusammenhänge zwischen (körperlicher und seelischer) Biographie und aktueller (körperlicher und seelischer) Lebenssituation. Im Sinne des Situationskreismodells von Uexküll versucht sie so, die „Bedeutungserteilung“ zu beeinflussen und damit ein verändertes „Wirken“ zu ermöglichen.

Im Hinblick auf die Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen ist die Bewußtwerdung über die negativen *und* positiven Aspekte des Alkoholkonsums eine notwendige Voraussetzung eines Veränderungsprozesses. Dies kann im Einzelfall „biographische Tiefe“ im Sinne der Flash-Technik erlangen, wird sich oft aber eher auf die aktuelle Lebenssituation beschränken.

♦ *Individuelle Zielsetzungen*

Im Hinblick auf pragmatische und individualisierte Veränderungsangebote bedient sich die (psychoanalytisch ausgerichtete) Psychosomatik anderer Verfahren bzw. Erfahrungsfelder wie z. B. der Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren oder Körperorientierter Psychotherapie. Dies mag als ein Hinweis darauf verstanden werden, daß nicht ein einziges Verfahren das alle selig machende sein kann. Spätestens die Meta-Analyse von Grawe/Donati/Bernauer (1994) hat gezeigt, daß wir einen Trend in Richtung einer integrativen (allgemeinen) Psychotherapie erleben.

Auch die traditionelle Suchtkrankenhilfe (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Entwöhnungskliniken) beginnt zu realisieren, daß es den Königsweg der Behandlung nicht mehr gibt - vermutlich noch nie gegeben hat - und daß im Einzelfall allgemeine Zielsetzungen auf ein individuell verträgliches und angemessenes Maß zu konkretisieren sind.

4.1.2 Verhaltensmedizin

Die Verhaltensmedizin bietet eine Fülle von interessanten inhaltlichen Aspekten zur konzeptionellen Ausgestaltung eines Beratungsangebots für Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Dazu gehören:

♦ *Die besondere Beachtung des Gesundheitsverhaltens (Lebensstil)*

Dies gilt insbesondere für die Gruppe der Patienten, die nicht als suchtkrank im engeren Sinne einzustufen sind. Patienten mit riskantem und schädlichem Gebrauch von Alkohol sind nur bedingt „krank“. Hier hilft kein Medikament, keine Operation

und auch kein klassisches Konzept der Behandlung von Suchterkrankungen (Entgiftung + Entwöhnung). Beratungsziele müssen sich an allgemeinen und speziellen Veränderungen des Lebensstils und alltäglicher Gewohnheiten orientieren.

♦ *Die Weitergabe von Informationen / Rückmeldungen*

Im Allgemeinkrankenhaus besteht eine unumgängliche Pflichtaufgabe der Behandelnden darin, daß sie die Patienten über diagnostische Befunde und daraus folgende Behandlungsmöglichkeiten aufklären. Es kann ein bedeutender motivationaler Faktor sein, wenn Patienten eine fundierte, sachliche Rückmeldung über körperliche, psychische und soziale Auswirkungen ihres Alkoholkonsums erhalten. In allen Therapie-Studien zu Kurzinterventionen in Allgemeinkrankenhäusern spielt die Information der Patienten über klinische Befunde, Untersuchungsergebnisse, Risiken und Veränderungsalternativen eine zentrale Rolle.

♦ *Verbesserte Selbstwahrnehmung / Sensibilisierung für Risiko-Situationen*

Eine der wesentlichen Fragen zur Klärung möglicher Veränderungsstrategien lautet: In welchen Situationen wird mit wem was getrunken? Welche Funktionen erfüllt der Alkoholkonsum? Können diese Funktionen auch anders abgedeckt werden? In welchen Situationen könnte man auf Alkohol verzichten, in welchen nicht? Das Nachdenken über Trinkgewohnheiten, die Identifikation von Risiko-Situationen und das Bewußtwerden über Vor- und Nachteile des Trinkens sollten feste Bestandteile eines jeden Beratungsgesprächs sein.

♦ *Selbst-Management-Strategien*

Selbst-Management-Strategien ergänzen und ersetzen professionelle Behandlungsangebote. Je weniger Behandlung geplant ist (somit insbesondere für nicht abhängige Patienten), desto eher müssen Selbst-Management-Strategien entwickelt bzw. aktiviert werden. Dazu gehören: Identifizierung und Vermeidung/Bewältigung von Risiko-Situationen, Aufrechterhaltung von Veränderungszielen, Umgang mit möglichen Veränderungshindernissen. Kognitive (Gegengedanken, positives Denken etc.) und verhaltensbezogene Strategien (z. B. Vermeiden von Orten bzw. Gelegenheiten, die mit Trinkexzessen verbunden sind) sollten sich hier ergänzen.

♦ *Selbstbelohnung*

Veränderungsziele für Patienten mit Alkoholproblemen sollten in überschaubaren Schritten gesetzt werden und bei Erreichung eine Belohnung nach sich ziehen. Dies gilt insbesondere für gefährdete Patienten, die in der Regel ohne „große Not“ und oft allein auf der Basis kognitiver Einsicht eine Veränderung anstreben. Dieses „vernünftige“ Handeln (um bisher noch nicht Eintretenes zu vermeiden) bedeutet oft-

mals einen Verzicht auf „Lustgewinn“. Dieser Verzicht kann eher durchgehalten werden, wenn er durch anderweitigen Lustgewinn ausgeglichen wird.

♦ *Motivation*

Die 6 motivationalen Stufen des Selbstregulationsmodells von Kanfer lassen sich inhaltlich vier Veränderungsstadien der Motivation nach Prochaska & DiClemente (s. u. Kap. 4.2.3) zuordnen:

- „Absichtsbildung“: Identifikation eines *Ziels* / *Kognitive* Entwicklung instrumentellen, zielorientierten *Verhaltens*
- „Entscheidung“: *Entscheidungsprozeß* über die Aufnahme einer konkreten Veränderung
- „Umsetzung“: Ausführung des *transaktionalen Selbstregulations-Prozesses*
- „Aufrechterhaltung“: Reflexion mittels *retrospektiver Selbstregulation* / *Aufrechterhaltung* des geänderten Verhaltens.

Die Stadien der „Absichtslosigkeit“ und des „Rückfalls“ bzw. deren inhaltliche Entsprechungen finden sich allerdings in verhaltensmedizinischen Konzepten und Begriffen nicht wieder. Prochaska/Norcross/DiClemente (1997) kritisieren die unzureichende motivationstheoretische Fundierung von Verhaltensänderungsprogrammen:

Bei einer repräsentativen Stichprobenuntersuchung zu fünfzehn stark gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen machten wir die Entdeckung, daß weniger als 20 Prozent der Bevölkerung mit Verhaltensproblemen tatsächlich jederzeit zum Handeln bereit sind. Dennoch hatte man bei der Ausarbeitung von Programmen zur Verhaltensänderung in 90 Prozent der Fälle nur diese 20 Prozent im Kopf.

Hier wird eine Schwäche des verhaltensmedizinischen Ansatzes deutlich: es wurde zwar eine fast unüberschaubare Fülle von Therapiekonzepten und –strategien entwickelt, es mangelt allerdings an einem theoretischen *Modell der Motivation*. Warum sollten Menschen, die keine verhaltensorientierte Beratung nachgefragt haben, plötzlich eine solche akzeptieren und auch in eine dauerhafte Veränderung von Lebensstil und Gewohnheiten umsetzen? Wie funktioniert Veränderung? Welche kognitiven und emotionalen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um eine Veränderung zu initiieren und aufrechtzuerhalten? So findet man z. B. in einem kürzlich veröffentlichten ausführlichen Sammelband zur Verhaltensmedizin in der Rehabilitation (Petermann 1995) unter dem Stichwort „Motivation“ keine Eintragung. Lediglich das Stichwort „Motivierungsbehandlung“ ist mit einer Eintragung im Bereich der Adipositasbehandlung erwähnt (Tuschhoff et al. 1995). Tuschhoff et al. begreifen Motivation als Teilnahmemotivation und als Veränderungsmotivation im Sinne der Behandlungsmotivation von Petry (1993), der Begriff macht allerdings schon klar, daß es auch hier nicht um ein Motivationsmodell geht, sondern um Strategien, die geeig-

net scheinen, die Teilnahme an der Behandlung bzw. die Veränderung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zu unterstützen.

Damit im Zusammenhang mangelt es auch an einem Modell der *Veränderung*: das in vielen Veröffentlichungen implizit verwandte lineare Modell ...

Information ⇒ Selbstbeobachtung ⇒ Zielformulierung ⇒ Selbstkontrolle ⇒ Aufrechterhaltung

... reicht nicht aus, um die *Nichtaufnahme* eines Veränderungsprozesses, um *Rückschritte* und *Abbrüche* zu erklären. Hier bedarf es einer Motivations- und Interventionstheorie, die diagnostische und therapeutische Aspekte unterschiedlicher Veränderungsmotivation berücksichtigt.

Fazit: Mit der Einschränkung im Bereich der Motivations- und Veränderungstheorie stellt der verhaltensmedizinische Ansatz für psychologische Beratung in somatischen Settings *bei Patienten mit deutlichem Veränderungsinteresse* ein geeignetes Interventionskonzept dar: mit seiner pragmatischen und lösungsorientierten („materialisierten“) Ausrichtung kommt er Patienten mit einem oft eher *somatischen* Krankheitsbegriff, die eine *psychologische* bzw. *verhaltensbezogene* Unterstützung nicht aktiv nachgefragt haben, entgegen.

4.2 Kritik und Neuformulierung relevanter theoretischer Konstrukte der traditionellen Suchtkrankenhilfe

In diesem Kapitel sollen einige traditionelle „Eckpfeiler“ der Beratung von Menschen mit Alkoholproblemen, soweit sie im Hinblick auf eine Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus relevant erscheinen, dargestellt und kritisch diskutiert werden. Dies ist notwendig, da die strukturelle Ausgangssituation, der Prozeß und die Zielsetzung der Beratung im Allgemeinkrankenhaus von Struktur, Prozeß und Zielsetzung der Beratung in der traditionellen Suchtkrankenhilfe stark abweichen. Die drei im folgenden diskutierten Konstrukte stehen stellvertretend für eine grundsätzlich veränderte *Philosophie* der Beratung: *Person* statt Institution, *Kunde* statt Kranker, *Angebot* statt Verordnung, *Vielfalt* der Veränderungen statt Königsweg usw.

4.2.1 Abstinenzdogma: Verabschieden!

Lebenslange Abstinenz, also der freiwillige Verzicht auf jede Form von Alkohol, galt jahrzehntelang als das einzige zu respektierende Behandlungsziel in der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen. In diesem Kapitel wird diskutiert, inwieweit das sog. „Abstinenzparadigma“ nach heutigem Erkenntnisstand noch sinnvoll und angemessen ist (inwieweit dies jemals sinnvoll und angemessen war).

□ „Dauerhafte Abstinenz“ als problematisches Zielkriterium

R. Aßfalg, Leiter einer Fachklinik für Alkoholabhängige, deren tragende Säulen auf dem Abstinenzparadigma fußen, gesteht ein (1996):

Das Ziel der Umstrukturierung der Persönlichkeit mit nachfolgend lebenslanger Abstinenz ist zu hoch gegriffen und in Wirklichkeit oft nicht erreichbar. Sucht ist als chronische Erkrankung zu sehen.

Lindenmeyer (1999a) stellt fest, daß es für Alkoholabhängige nur ein einziges sinnvolles Ziel der Behandlung gäbe, nämlich Abstinenz. Er führt drei Gründe an, warum es in Deutschland nicht möglich sei, „kontrolliertes Trinken“ in Behandlungsprogramme mit aufzunehmen:

- Der Therapieauftrag der Leistungsträger sieht dauerhafte Abstinenz als einziges Therapieziel vor,
- alle Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige orientieren sich am Abstinenzparadigma,
- ein nebeneinander von Kontrolliertem Trinken und Abstinenzorientierung ist in stationären Entwöhnungseinrichtungen nicht praktikabel.

Außerdem sei darauf hingewiesen, daß Kontrolliertes Trinken kein unbefangenes Trinken wie früher bedeutet, sondern ein stark reglementiertes und diszipliniertes Verhalten darstellt.

Diese Begründungen lesen sich wie das letzte „Aufbäumen der Dinosaurier“ und entlarven den Autor – einen Leiter einer großen Fachklinik für Alkoholabhängige – als Interessenvertreter: Kontrolliertes Trinken ist nach seiner Ansicht als Therapieziel in Deutschland unrealistisch, weil es nicht in das Konzept von Leistungsträgern, Abstinenzverbänden und Fachkliniken paßt, nicht etwa, weil es im Hinblick auf die Krankheitsursachen und -symptome sowie deren Besserung kontraindiziert sei. Der Zusatz, daß es sich beim kontrollierten Trinken um ein reglementiertes und diszipliniertes Verhalten handelt, kann nicht ernsthaft als Argument *gegen* das Kontrollierte Trinken gemeint sein, handelt es sich doch dabei lediglich um eine andere Umschreibung desselben.

Mehr professionelle Distanz beweist Lindenmeyer's Kollege Redecker (1998), ebenfalls Leiter einer Fachklinik:

Bei einer Reihe von suchtkranken Menschen kann die lebenslange Abstinenz nicht mehr oder erst nach mehreren Schritten erreicht werden. Bei dieser Gruppe suchtkranker Menschen ist es häufig sinnvoll, die Trinkmenge zu reduzieren oder die trinkfreien Intervalle zu verlängern ... Es ist derzeit nicht vorstellbar, daß ein solches Therapieziel in einer traditionellen Entwöhnungseinrichtung gemeinsam mit einer abstinenzorientierten Therapie durchgeführt wird.

Das Abstinenzparadigma ist ein „auslaufendes Modell“. Alle wissenschaftlichen Erkenntnisse und klinischen Erfahrungen der vergangenen Jahre lassen einzig und al-

lein einen Schluß zu, daß nämlich Abstinenz (allenfalls) die Richtung, nicht aber das Ausmaß (*eines* wesentlichen Stranges) möglicher Veränderungsziele darstellt.

Die Diskussion des Abstinenzparadigmas geht einher mit der Diskussion eines übergreifenden Paradigmenwechsels in der wissenschaftlichen Diskussion zu alkoholbezogenen Problemen. Ritson (1997) führt aus, daß lange Zeit von alkoholbezogenen Problemen nur im Zusammenhang mit einer kleinen Gruppe von dafür „empfindlichen“ Menschen gesprochen wurde, den sog. „Alkoholikern“. Die Forschung der vergangenen 20 Jahre allerdings habe gezeigt, daß ...

... sich alkoholbezogene Probleme bei einem Großteil der mäßigen Trinkerrinnen und Trinker entwickeln können - und nicht nur bei der kleinen Gruppe derjenigen starken Trinkerrinnen und Trinker, die vom Alkohol *abhängig* sind.

In den angelsächsischen Ländern wird die Gruppe derjenigen Menschen mit Alkoholproblemen, die nach Ansicht der professionellen Helfer abstinent leben sollten, als vergleichsweise klein angesehen. Wesentlich mehr Augenmerk wird auf das Ziel der „harm reduction“ = „Schadensreduzierung“ gelegt. Dies ist in Deutschland mitnichten der Fall (s. o. Kap. 1 zur Versorgungslage).

Die Diskussion der vergangenen Jahrzehnte über Behandlungsziele in Deutschland war maßgeblich bestimmt durch das „Krankheits-Urteil“ des Bundessozialgerichts von 1968. Als hervorstechende psychische bzw. behaviorale Symptome der Krankheit gelten das starke Verlangen, eine Einengung des Verhaltensrepertoires sowie der Kontrollverlust. Erbach (1996) führt dazu aus:

Folgt man dieser Sichtweise, erscheint es naheliegend, von einem als suchtkrank diagnostizierten Menschen die Einhaltung einer lebenslangen Abstinenz als Voraussetzung für eine dauerhafte Gesundung und Rehabilitation zu verlangen.

Das eindimensionale medizinische Krankheits- und Therapie-Modell (s. o. Kap. 3), auf dessen Basis das Trinken selbst als die Ursache der Alkoholabhängigkeit angenommen wird, setzt Heilung der Krankheit gleich mit Abstinenz, Nichteinhalten der Abstinenz gleich mit Scheitern und Versagen der Behandlungsbemühungen. Petry (1988) kritisiert dieses Krankheits- und Therapieverständnis und weist auf verschiedene Widersprüche hin:

Innerhalb der Arzt-Patient- Beziehung verschärft sich das Helferdilemma, wonach der Suchttherapeut um so eher scheitert, je intensiver er zu helfen versucht, da das medizinische Modell dem Patienten die notwendige Verantwortung entzieht. Gleichzeitig entsteht im Theorie-Praxis-Verhältnis das sogenannte Kontrollparadoxon, indem theoretisch der Kontrollverlust als wesentliches Merkmal der Abhängigkeit postuliert wird, während im Rahmen der Behandlung, insbesondere durch das Abstinenzprinzip, absolute Kontrolle gefordert wird.

Körkel/Kruse (1993) heben hervor, daß die lebenslange Abstinenz als alleiniges Behandlungsziel ein Spezifikum der Suchtkrankenbehandlung ist. Nicht nur, daß es der überwiegenden Mehrheit der (behandelten und unbehandelten) Menschen mit Alkoholproblemen nicht gerecht wird, es steht auf dem Feld der Behandlungskonzepte

von chronischen Krankheiten auch einmalig da. Lauer (1995) spricht von „Obskuri-täten und Paradoxien“ im Bereich der Suchtkrankenbehandlung:

Erneute pektanginöse Beschwerden eines an koronarer Herzerkrankung erkrankten Rauchers, die erneute Zuckerentgleisung eines noncomplianten Rauchers, das halluzinatorische Rezidiv eines krankheitsuneinsichtigen Schizophrenen und die fragliche Suizidalität eines zum nihilistischen Wahn neigenden Depressiven bewirken verstärkte therapeutische Bemühungen von seiten des medizinischen Versorgungssystems. Das Rezidiv eines in stationärer Behandlung befindlichen Alkoholabhängigen, ein Rückfall mit dem Suchtmittel Alkohol, führt hingegen nach klassischem Suchtverständnis ... in der Regel zur disziplinarischen Entlassung aus der stationären Therapie.

Dies muß um so unverständlicher erscheinen, wenn man berücksichtigt, daß die Ergebnisse der alkoholspezifischen Behandlungen im Vergleich mit anderen Behandlungen durchaus zufriedenstellend sind:

In Wirklichkeit können sich aber die Ergebnisse der Alkoholismustherapie durchaus mit einer Vielzahl anderer medizinischer, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Behandlungsergebnisse messen. So fallen beispielsweise die Rückfallquoten bei Colitis Ulcerosa, Psychotherapie oder der sozialtherapeutischen Resozialisierung von Straftätern höher oder zumindest gleich hoch aus (Körkel/Kruse 1993).

Das Gleiche ließe sich im übrigen sagen für Raucher (Minneker 1991), für Menschen mit Diabetes (Ganz/von der Weid 1996), mit Übergewicht (Heitmann/Lissner 1995), mit chronischen Rückenschmerzen (Budde 1995) oder mit Atemwegserkrankungen (Kaiser/Lütke-Freman/Schmitz 1995).

O'Brien & McLellan (1996) vergleichen die Sucht mit anderen chronischen Erkrankungen, z. B. Diabetes, Bluthochdruck oder Asthma. Chronische Erkrankungen verlangten grundsätzlich lebenslange Aufmerksamkeit und/oder Behandlung. Rückfälle und Fortschritte wechselten einander ab. Das realistische Behandlungsziel bei Süchten (wie bei Diabetes, Bluthochdruck oder Asthma) hieße „Besserung“, nicht Heilung.

Gleichwohl gilt der geheilte (sprich: abstinente) Alkoholiker immer noch als das Maß aller wissenschaftlichen Effektivitätsuntersuchungen. Erbach (1996) weist darauf hin, daß das Abstinenzziel ein gut zu objektivierendes Maß für den Therapieerfolg darstelle:

Gegenüber vielen anderen Therapiezielen in der Arbeit mit Suchtkranken, die in der Praxis kaum überprüfbar sind, wie Erhöhung der Frustrationstoleranz, erhöhte Leidensbereitschaft, Stärkung der Ich-Funktion, Autonomie etc., erscheint die Abstinenzforderung eindeutig und klar und - wie gerne geglaubt wird - auch überprüfbar. Wie sollte sonst herausgefunden werden, ob die Arbeit effektiv war?

Für etwas weniger als die Hälfte derjenigen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die abstinenzenorientierte Behandlungsangebote der traditionellen Suchtkrankenhilfe (stationäre oder ambulante Rehabilitation) in Anspruch nehmen (pro Jahr etwa 1-2% aller Alkoholabhängigen), scheint das Abstinenzziel einigermaßen realistisch

zu sein. Im folgenden sind einige Untersuchungen zur Effektivität stationärer und ambulanter Entwöhnungsbehandlungen dargestellt:

So konnten Kufner/Feuerlein/Flohschütz (1986) vier Jahre nach Abschluß einer stationären Entwöhnungsbehandlung 1186 Patienten schriftlich (404) und persönlich (726) nachbefragen. Nach Angaben der Patienten sind ca. 53% über den gesamten Katamnesezeitraum abstinent geblieben (konservative Berechnung unter Einbezug der Nicht-Erreichten: 42%).

Eine ungleich kleinere Patientengruppe (96) konnten Längle & Schied (1990) 10 Jahre nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung persönlich nachbefragen. 51% gaben an, im letzten Jahr vor der Nachbefragung abstinent gelebt zu haben, 26% waren über den gesamten 10-Jahres-Zeitraum abstinent.

Mundle/Ackermann/Günthner et al. (1995) befragten 125 Alkoholabhängige 6 Monate nach Beginn einer (zunächst 6-wöchigen stationären und anschließend) ambulanten Therapie hinsichtlich Abstinenz und verglichen die Selbstaussagen mit einigen aussagekräftigen biologischen Markern (Atemalkoholkonzentration, GGT, MCV). Volle 6 Monate abstinent waren 51%, bei allen anderen Patienten muß davon ausgegangen werden, daß sie zumindest kurzzeitig wieder Alkohol konsumiert hatten. Jeder zweite Patient also hatte selbst unter Behandlungsbedingungen das Abstinenzziel verpaßt.

Körkel & Lauer (1995) haben eine Übersicht verschiedener katamnestischer Studien aus Deutschland zusammengestellt und auf Abstinenz über den Katamnesezeitraum hin fokussiert. Tab. 6 ist zu entnehmen, daß nach vier Jahren noch etwa jeder zweite abstinent lebt, nach 10 Jahren noch etwa jeder vierte.

<i>Autor</i>	<i>Jahr</i>	<i>Katamnesezeitraum</i>	<i>Anteil Abstinenter</i>
Süß	1988	6 Monate	62%
Fichter/Frick	1992	6 Monate	40%
Rogmann et al.	1991	18 Monate	50%
Kufner et al.	1988	4 Jahre	46%
Scheller et al.	1995	10 Jahre	24%

Holz/Bork/Oberlaender (1996) befragten 120 Patienten einer Entwöhnungsstation ein Jahr nach Behandlungsende. 68% (n=81) waren über ein Jahr abstinent geblieben. Nach konservativer Erfolgsmessung (403 Patienten waren nicht erreicht worden und gelten als unge bessert) muß der Wert allerdings auf 15% (!) korrigiert werden.

Tab. 16: Effektivität d. Therapie v. Alkoholabhängigen (n. Neumer 1998)					
Katamnesedauer	6 Monate	12 Monate	18 Monate	24 Monate	48 Monate
Erfolg in %	55,0	50,3	42,2	39,2	22,8
N	2179	1989	1410	739	1410
Studienanzahl	3	6	1	3	1

Neumer (1998) hat in einer Meta-Analyse auf Basis der Literaturdatenbanken PSYC-INFO und PSYNDEX 21 nicht-experimentelle Studien aus Deutschland ermittelt und (u. a.) im Hinblick auf ihre Effektivität, sprich Erreichung des Abstinenzziels nach gegebenen Katamnesezeiträumen untersucht. Tab. 16 ist diesem Beitrag entnommen. Aus ihr geht hervor, daß unter konservativer Erfolgsmessung (alle planmäßig und irregulär entlassenen Patienten werden in die Berechnung einbezogen, die für die Katamnese nicht erreichten werden als unge bessert eingestuft) bis zu einem Jahr nach Behandlungsende 55% der Patienten abstinent lebten, bis zu zwei Jahren 39% und bis zu vier Jahren noch 23%. Anders ausgedrückt: bezogen auf einen Vier-Jahres-Zeitraum sind nach dieser Studie nur noch zwei von zehn Patienten als „geheilt“ zu bezeichnen (vgl. jedoch die Ergebnisse der Kufner/Feuerlein-Studie).

Linster & Rückert (1998) befragten Patienten, die eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Baden-Württemberg, durchgeführt hatten. 45% derjenigen Patienten, die die Fragebögen beantworteten, gaben an, während der Behandlung einmal oder mehrmals Alkohol getrunken zu haben. Dieses Ergebnis wurde von den Behandlern bestätigt. Dieses Ergebnis ist insofern bemerkenswert, als es sich bei Patienten, die eine ambulante Entwöhnungsmaßnahme aufnehmen, aufgrund enger Indikationskriterien um eine Population handelt, die gemeinhin als prognostisch *günstig* eingestuft wird: überwiegend erwerbstätig, stabiles soziales Umfeld, überwiegend in Partnerschaft oder verheiratet, gute Schulbildung. Vereinfacht ausgedrückt sind Patienten in ambulanter Entwöhnung das Beste, was derzeit auf dem „Behandlungsmarkt“ herauszufiltern ist. Und selbst hier kann bei jedem zweiten Patienten die Totalabstinenz nicht sofort erreicht werden.

Zur Untermauerung des Abstinenzparadigmas werden immer wieder die im internationalen Vergleich als „gut“ bewerteten Katamneseergebnisse nach stationären Entwöhnungsbehandlungen herangezogen. Hier sind jedoch einige einschränkende Faktoren zu berücksichtigen:

- ◆ Bei 10% der Patienten mit der Hauptdiagnose Alkohol kommt es während der stationären Entwöhnungsmaßnahme in einer Fachklinik zu einem Konsum von Alkohol, bei weiteren 2% zu einem Konsum von illegalen Drogen oder Medika-

kamenten (Simon & Pallazetti 1998). Wird die stationäre Entwöhnung in einer Psychiatrischen Klinik durchgeführt, so fallen die Raten wesentlich schlechter aus. Etwa ein Viertel der Patienten (verschiedene Studien von 20% bis 31%) konsumieren während der Behandlung Alkohol (nach Körkel 1995).

- ◆ Nur etwa 70% der Patienten beenden eine Entwöhnungsmaßnahme planmäßig bzw. mit therapeutischem Einverständnis (Simon & Pallazetti 1998).
- ◆ Bis zu 40% der Patienten in Entwöhnungsmaßnahmen haben zum Entlassungszeitpunkt gar nicht die feste Absicht, dauerhaft abstinent zu leben (Matakas/Berger/ Koester/Legnaro 1984).
- ◆ Wenn die Verfechter des Abstinenzparadigmas ihren eigenen Anspruch ernst nehmen, müssen sie in Bezug auf die Kufner/Feuerlein/Flohschütz-Studie konstatieren, daß nach vier Jahren 6 von 10 Behandlungen als Mißerfolg zu werten sind, in Bezug auf die Längle/Scheid-Studie nach 10 Jahren sogar 7-8 von 10 Patienten.

Als Fazit der hier vorgestellten Ergebnisse halten wir fest: Abstinenz als allein wertvolles Behandlungsziel wird von vielen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, die eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen haben, weder angestrebt noch erreicht.

Dennoch spielt die Abstinenz in der Suchtkrankenhilfe immer noch eine bestimmende Rolle. Dies ist nach Ansicht vieler Autoren (vgl. Scheerer 1995) u. a. auf den erheblichen Einfluß der großen Selbsthilfeverbände zurückzuführen, die zumeist aus Abstinenzlerbewegungen und Mäßigkeitsvereinen hervorgegangen sind. So heißt es etwa in der Präambel der Anonymen Alkoholiker (entnommen aus Jahrbuch Sucht 1995, Geesthacht 1994):

Anonyme Alkoholiker sind eine Gemeinschaft von Männern und Frauen, die miteinander ihre Erfahrung, Kraft und Hoffnung teilen, um ihr gemeinsames Problem zu lösen und anderen zur Genesung von Alkoholismus zu verhelfen. Die einzige Voraussetzung für die Zugehörigkeit ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören. ... Unser Hauptzweck ist, nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen.

Problemlösung und Genesung sind hier gleichgesetzt mit Nüchternheit und Abstinenz. Alle großen Selbsthilfeverbände fordern als erstes Lebensziel die Abstinenz von Suchtmitteln. Häufig ist dies verbunden mit einer krankheitsübergreifenden, gesellschaftlichen bzw. weltanschaulichen Perspektive. So liest man z. B. beim Deutschen Guttempler-Orden von „Enthaltsamkeit, Brüderlichkeit und Frieden“, bei den Freundeskreisen der Suchtkrankenhilfe vom „suchtmittelfreien Leben als Voraussetzung eines selbstbestimmten Lebens“, beim Kreuzbund vom „Verzicht auf Suchstoffe als Voraussetzung einer Neuorientierung der Persönlichkeit, die erst Zufriedenheit und Glück erreichen läßt“ (alle Formulierungen aus Geesthacht 1994).

Dieser ideologische Überbau des Abstinenzgedankens führt nachweislich zu einer Stärkung des Selbstbewußtseins und des Durchhaltevermögens in bezug auf das Abstinenzziel – dies allerdings nur bei Mitgliedern oder „Sympathisanten“ von Selbsthilfeverbänden (vgl. Miller 1998). Das ideologisch untermauerte Abstinenzgebot erschwert die notwendige Überprüfung und Diskussion von Behandlungszielen auf *fachlicher* Ebene: eine Relativierung, Hierarchisierung oder gar Infragestellung des Abstinenzgedankens ruft unverzüglich starke Widerstände auf seiten der Selbsthilfeverbände hervor, da diese nicht nur den rein pragmatischen Aspekt des Nicht-Trinkens „angegriffen“ fühlen, sondern darüber hinaus noch wesentliche Grundlagen ihres Weltbildes. Eine sachliche Auseinandersetzung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse wird durch diese weltanschauliche Überlagerung erschwert.

Viele Anbieter der professionellen Suchtkrankenhilfe stehen den Selbsthilfeverbänden sehr nahe. So unterhält das Blaue Kreuz selbst Beratungsstellen und Fachkliniken, der Kreuzbund arbeitet eng mit der Caritas - einem bedeutenden Träger von Suchtberatungsstellen - zusammen, viele Beratungsstellen sind darüber hinaus konfessionell getragen und kooperieren eng mit einzelnen religiös motivierten Selbsthilfeverbänden. Der Widerstand auf der Basis religiöser und weltanschaulicher Motive gegen eine „Aufweichung“ des Abstinenzgedankens geht bis weit in die professionelle Suchtkrankenhilfe hinein. So kann man z. B. bei Schmidt (1993) nachlesen:

Das Therapieziel, in *zufriedener Nüchternheit Gewinner seines Lebens* zu werden, umfaßt einen Reifungs- und Nachreifungsprozeß mit vielen Teilzielen. ... Da Abstinenz Voraussetzung für den Gesundungsprozeß und Ausgangspunkt zur Sicherung einer *Neuorientierung* ist, sind Bereitschaft und Befähigung zur kompromißlosen Annahme eigener Alkoholabhängigkeit und der damit notwendigen Dauerabstinenz von entscheidender Bedeutung (kursive Hervorhebungen GK).

Die Ähnlichkeit mit Formulierungen des Kreuzbundes weist auf einen religiös und weltanschaulich motivierten Hintergrund des Autors hin. Folgende Thesen lassen sich u. a. aus diesen zwei Sätzen herauslesen:

1. Wer alkoholabhängig ist (egal welchen Schweregrades), ist unzufrieden.
2. Wer alkoholabhängig ist (egal welchen Schweregrades) und nüchtern wird, ist zufrieden.
3. Wer alkoholabhängig ist (egal welchen Schweregrades), ist Verlierer seines Lebens.
4. Wer alkoholabhängig ist (egal welchen Schweregrades) und nüchtern wird, ist Gewinner seines Lebens.

Wer einmal mit Alkoholabhängigen zu tun hatte und einen möglichst unvoreingenommenen Kontakt eingegangen ist, wird dem entgegenhalten müssen, daß es unter ihnen Menschen gibt, die zeitweise nüchtern und zufrieden, zeitweise nüchtern und unzufrieden sind, die zeitweise betrunken und zufrieden, zeitweise betrunken und unzufrieden sind, die sich zeitweise als „Verlierer“, zeitweise aber auch als „Ge-

winner ihres Lebens“ fühlen. Die von Schmidt transportierte Schwarz-Weiß-Sicht hält der Empirie nicht stand. So berichten z. B. Körkel/Kruse (1993) von Alkoholabhängigen, für die die Abstinenz eher ein „Joch“ als eine Befreiung darstellt:

... Herr M.: Aus einer autoritären, vaterdominierten Familie stammend, hatte er mit 21 Jahren bereits seine erste Entwöhnungsbehandlung hinter sich. Der drohenden Entmündigung entzog er sich durch die Fremdenlegion, wo er unter entsprechend eisernen und lebensbedrohenden Disziplinarsituationen „trocken“ blieb, um sofort, kaum nach Hause zurückgekehrt - noch mit einem gewissen Stolz auf seine hinter ihm liegenden „trockenen“ und mannhaften Jahre - dramatisch rückfällig zu werden. Daraus folgten mehrere langfristige vormundschaftliche Unterbringungen. Unter der Betreuung durch einen wohlmeinenden Vormund sei es zu zwei Jahren Abstinenz gekommen. Die folgende Zeit war von Turbulenzen und einer rapiden Verschlechterung seiner Lage bestimmt: erneute Rückfälligkeit und erstmals Straffälligkeit, Haft, Obdachlosigkeit, innerhalb von vier Jahren 20 Einweisungen wegen Volltrunkenheit oder schwerer Entzugserscheinungen.

Seit vier Jahren hat die Trinkvehemenz offenbar abgenommen, längere Phasen von Abstinenz sind festzustellen. Diese halte er nur aus Angst vor dem Tode ein, andere Gründe dafür gebe es nicht, berichtet er. Andererseits habe er von dieser Art „trockenen Lebens“ so gut wie gar nichts. Er lebe, finanziert durch Sozialhilfe, planlos in den Tag hinein, sei, wenn er nicht trinke, traurig zurückgezogen, habe keinerlei Kontakte, fühle sich nicht wohl und alles schleppe sich so hin. Er leide darunter, keine Freunde, keine Familie und keine Aussicht auf Arbeit zu haben. Je nachdem, wie lange er diesen Zustand depressiver Gestimmtheit und Aussichtslosigkeit aushalten könne, bleibe er „trocken“. Wenn es dann soweit sei - die längste Zeit dieses Durchhaltens betrug bisher 16 Monate - schlage er den Kragen hoch, gehe los und lasse sich volllaufen. Wenigstens in den ersten beiden Tagen habe er dann den Eindruck, daß er Anschluß an das Lebensvermögen anderer erhalte, daß er eine Ahnung davon empfinde, wie es anderen Leuten normalerweise gehe.

Das Beispiel des Herrn M. macht u. a. zwei Dinge deutlich:

1. Nüchternheit bedeutet nicht Zufriedenheit: zur Zufriedenheit gehört offenbar mehr als Nüchternheit.
2. Es gibt Menschen, die (zumindest zeitweise) in betrunkenem Zustand zufriedener sind als in nüchternem.

Körkel & Kruse (ebd.) weisen darüber hinaus auf mögliche negative Konsequenzen für das engste soziale Umfeld hin, die der völlige Verzicht auf das Suchtmittel zur Folge haben kann:

Oft erstarrt ... das ganze Familienleben in rigide praktizierten Alltagsritualen. Das belebende regressive und an lockerem Lebensfluß orientierte Element, das früher über das Suchtmittel (und nichts anderes) in die Familie kam, geht den Beteiligten nun verloren. Der Austausch beschränkt sich auf das Besprechen von Alltagspflichten oder auf öde, manchmal endlos anmutende Deklamationen darüber, wie die 'richtige' Lebensführung für die ganze Familie zu sein hat. In solchen Familien fällt das massiv subdepressive oder offen depressive Klima auf, häufig kombiniert mit heftigen unterschwelligem Spannungen. Es kommt hier auch gehäuft zu multiplen psychosomatischen Erkrankungen ... bei verschiedenen Familienmitgliedern.

Nach Ansicht von Körkel & Kruse gibt es offenbar eine Reihe von Alkoholabhängigen, bei den sich die sog. „zufriedene Nüchternheit“ überhaupt nicht einstellt. Dies

gehe häufig einher mit weitreichenden psychischen oder sozialen Problemen, die nicht so einfach zu beseitigen seien. Man müsse sich hier die Frage stellen, ob für diese Abhängigen die Nutzung des Alkohols im Sinne einer Selbstmedikation nicht die „Lösung“ sei.

Im Bereich der Behandlung von Opiatabhängigen hat sich nach langen und zähen Diskussionen die wissenschaftliche Erkenntnis gegenüber weltanschaulicher und ideologischer Argumentation hinweggesetzt: die Methadon-Vergabe ist bestes Beispiel für eine nicht abstinenzgebundene, aber außerordentlich erfolgreiche Behandlung von Menschen mit Suchtmittelproblemen. Lange Zeit wurde die Methadon-Vergabe entgegen aller wissenschaftlichen Erkenntnis von christlich und weltanschaulich motivierten Verbänden und Parteien massiv kritisiert. Mittlerweile haben sich die Sachargumente durchgesetzt, und diese Behandlungsform ist aus der Drogenhilfe nicht mehr wegzudenken. Eine erneute Diskussion um den Abstinenzgedanken ist entbrannt an der Frage der Vergabe von Originalstoffen an Drogenabhängige. Hier ist die Infragestellung des Abstinenzgedankens in radikalster Weise auf die Spitze getrieben: konnte man Methadon noch als so etwas Ähnliches wie ein Medikament ansehen, so ist dies bei der Vergabe von Originalstoffen nicht mehr möglich. Die Aufgabe des Abstinenzgedankens ist hier offenbar. Wissenschaftlich mittlerweile in mehreren großen Studien als effektiv nachgewiesen, von Parteien wie z. B. den Bündnisgrünen und der FDP (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1997) sowie großen Fachverbänden wie z. B. der Bundesärztekammer (vgl. Westfälisches Ärzteblatt 1998) gefordert, wird die Originalstoffvergabe von christlich gebundenen Verbänden und Parteien allerdings vehement bekämpft. Die Drogenhilfe ist also, was die Diskussion des Abstinenzparadigmas anbelangt, ein ganzes Stück weiter als das Hilfesystem für Menschen mit Alkoholproblemen.

Ein Beispiel der „Originalstoff“-Vergabe für den Bereich Alkohol ist dem „Stern“ zu entnehmen (Polch 1995): Im Rahmen eines Modellprojekts des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern erhalten die Bewohner zweier Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe - allesamt alkoholabhängige Männer mit besonderen sozialen Schwierigkeiten in der Vergangenheit - täglich bis zu drei Dosen Bier und einen Schnaps (keine exakten Mengenangaben). Abstinenz ist für die meisten der Bewohner kein Thema. Sie arbeiten in der Landwirtschaft, pflanzen Bäume, legen Gärten an, pflastern Wege und versorgen die Tiere. Nach Aussage der zuständigen Referentin im Sozialministerium (pers. Mitteilung) habe sich das Modellprojekt bewährt. Zwar käme es auch unter diesen Bedingungen immer wieder zu einzelnen Trinkexzessen, dies sei aber insbesondere im Vergleich zu früher sehr selten. Der „dosierte Rausch“ sei zwar schlechter als der hemmungslose, aber immer noch besser als gar nichts und „der Gosse“ allemal vorzuziehen, äußerten die Bewohner. Demnächst werde eine weitere Einrichtung mit demselben Konzept eröffnet.

Abstinenz kann nach Ritson (1997) nur dann als „Königsweg zu den Zielen“ (Feuerlein 1996) angesehen werden, wenn dies eine Entsprechung auf der Versorgungs- bzw. Behandlungsseite findet, d. h. wenn auch auf seiten der professionellen Anbieter der Suchtkrankenhilfe der Schwerpunkt von Versorgung und Behandlung auf der Erreichung des Abstinenzzieles liegt. Dies kann für alle Fachkliniken und den größten Teil der Suchtberatungsstellen so angenommen werden. Seit Anfang der 90er Jahre allerdings sehen sich die professionellen Anbieter der Suchtkrankenhilfe dem Vorwurf ausgesetzt, daß sie mit ihren Beratungs- und Behandlungskonzepten nur einen kleinen Teil der Betroffenen erreichen, die Reichweite ihrer Maximen und Leitsätze - z. B. der der dauerhaften Abstinenz - somit möglicherweise stark eingeschränkt ist.

Mit Blick auf die Gruppe der sog. chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken kritisiert Holz (1995) die traditionelle Suchtkrankenhilfe:

Die einseitige Orientierung auf die Abstinenz - das dauerhafte Trockensein - als Generalziel verstellt den Blick für die Entwicklung und Inanspruchnahme von Hilfsmöglichkeiten, die an der realen psychischen, sozialen, gesundheitlichen und materiellen Situation orientiert sind. Die häufig vorhandene Verengung des Blickes in der traditionellen Suchtarbeit auf die Alternative „trocken oder naß“ führt zwangsläufig zu einer Begrenzung beim Einsatz von Methoden und bei der Entwicklung neuer situationsangemessener Hilfsmöglichkeiten. ... Zielvorstellungen der Klienten und daran orientierte Vorgehensweisen, die nicht eindeutig dem Abstinenzparadigma untergeordnet werden können, werden in der Regel als unangemessen und ineffektiv „aussortiert“. ... Alle Abhängigen, für die das Ziel der Abstinenz zumindest mittelfristig nicht realistisch ist, können in einem solchen System keine Hilfe finden.

Verschiedene Autoren schlagen differenzierte Zielsetzungen der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen vor. Feuerlein (1996) geht aus von einer Zielhierarchie „1. Sicherung des Überlebens, 2. Schadensbegrenzung, 3. Heilung“ und führt dazu aus:

Das höchstrangige Ziel ist hier wie überall die Heilung, die übrigen Therapieziele sind Zwischenstufen oder „Notlösungen“, die angestrebt werden bzw. mit denen man sich zufrieden geben muß, wenn dieses Ziel nicht erreicht werden kann oder vom Patienten nicht gewünscht wird.

Dies liest sich dies auf den ersten Blick sehr subjektbezogen und zieloffen: man ist erinnert an die „Zielhierarchie“ von Schwoon & Krausz (1990), die andere Ziele als lebenslange Abstinenz in die Suchtkrankenhilfe eingeführt hat (nach Schwoon 1992). Die Zielhierarchie ist seit ihrer ersten Beschreibung vom Hauptautor mehrfach überarbeitet worden, zuletzt 1998 (Schwoon 1998b):

1. Sicherung des Überlebens
2. Sicherung der Gesundheit
3. Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen durch den Kranken
4. Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen (Ernährung, Wohnen, Kleidung, Arbeit)

5. Ermöglichung zunehmend längerer Abstinenzphasen (Kontrolle, Substitution, Therapie i. e. S.)
6. Integration von Rückfällen in den Behandlungsprozeß
7. Grenzziehung für das eigene therapeutische Engagement

Wienberg (1994) erweitert die Schwoonschen interventionsorientierten Ziele um drei motivational bestimmte: „Einsicht in die Grunderkrankung“, „Akzeptanz des eigenen Behandlungs- und Hilfebedarfs“ sowie „Akzeptanz des Abstinenzziels“. Er positioniert sie in dieser Reihenfolge zwischen den Schwoonschen Zielen 5 und 6. Wienberg (ebd.) führt dazu aus, daß ...

... die Ansteuerung des jeweils nächsten Zieles im Prinzip voraussetzt, daß die vorhergehenden bereits erreicht wurden.

Daran ist zu kritisieren, daß die Integration interventions- und motivationsgerichteter Behandlungsziele zwar grundsätzlich sinnvoll ist, daß sie hier allerdings wenig durchdacht erscheint. So muß sich der Autor z. B. fragen lassen, wie es Patienten möglich ist, über längere Zeit abstinent zu bleiben (Ziel Nr. 5), ohne eine (zumindest teil- und/oder zeitweise) Einsicht in die Grunderkrankung (Ziel Nr. 6 bei Wienberg) aufzuweisen.

Körkel & Kruse (1993) kommt das Verdienst zu, die „Reduzierung der Trinkmenge und der Trinkexzesse“ in die Diskussion respektabler Behandlungsziele bei Menschen mit Alkoholproblemen aufgenommen zu haben. Sie führen als graphische Darstellung der Zielhierarchie eine Pyramide ein, deren oberste Ziele „Dauerhafte Abstinenz“ und „Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit“ lauten, Zielsetzungen, von denen im Original (Schwoon) nicht die Rede ist. Die Metapher der Pyramide ist darüber hinaus unpassend: das sich nach oben zuspitzende Bild impliziert den Eindruck immer höherwertiger Ziele. Das höchstwertige Ziel der „Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit“ kann offenbar nur in dauerhafter Abstinenz erlebt werden. Diese Ansicht von Körkel & Kruse ist empirisch in keiner Weise belegt, wird im übrigen von den Autoren im selben Buch mehrfach und detailliert mit Fallbeispielen widerlegt (s. o.).

Schwoon (1992) führt zu dem bei ihm „höchsten“ Ziel Nr. 7 „Grenzziehung für das eigene therapeutische Engagement“ folgendes aus:

Therapeuten sollten für sich selbst sehr genau herausfinden, ob sie überhaupt, und - wenn ja - mit welchen Suchtkranken sie bis zu welcher Grenze gemeinsam gehen können. Diese Grenzen müssen früh deutlich gemacht und dann auch konsequent eingehalten werden.

Keine Rede von „dauerhafter Abstinenz“ oder anderen damit verbundenen Behandlungszielen wie z. B. „Lebenszufriedenheit“. Darüber hinaus wird gerade an diesem letzten Punkt deutlich, daß es Schwoon bei der Erstellung seiner Zielhierarchie eher um die Therapeuten ging als um die Patienten. Sie sind diejenigen, die umdenken und sich auf die spezifischen Bedürfnisse ihrer Patienten einstellen müssen. Sie sind

diejenigen, die ihre überalterten und „objektwissenschaftlichen“ Vorstellungen von Behandlung überwinden und einen „subjektwissenschaftlichen – d. h. die Eigenverantwortung und Autonomie der Patienten respektierenden - Standpunkt einnehmen müssen. Sie sind „das Problem“, nicht die Patienten.

Kishline (1994) setzt sich kritisch mit den Einflußmöglichkeiten sog. „Experten“ auseinander:

Manche Menschen sind besorgt, daß „Moderation Management“ die Betroffenen ermutigt, selbst zu entscheiden, wie ernst ihr Alkoholproblem ist, sozusagen ihr eigener Therapeut zu sein. Aber wenn Sie einmal darüber nachdenken, ist nicht jede Meinung eines Experten für Sie eine nachrangige Meinung? Als erstes hören Sie auf sich selbst, weil Sie es nämlich sind, der entscheidet, ob ein Problem vorliegt oder nicht.

Körkel und Schindler (1999) unterstreichen diese auf Eigenverantwortung und Autonomie zielende Einstellung:

Selbstgesetzte Ziele initiieren einen höheren Anstrengungsaufwand zur Zielerreichung, eine höhere Persistenz bei Zielblockaden und einen höheren Enderfolg als von Außen vorgegebene Ziele ... Die vorliegenden Befunde legen somit nahe, daß Verhaltensänderungen dadurch begünstigt werden, daß Ziele nicht von außen vorgegeben werden bzw. während der Behandlung kein ‚Fremdkörper‘ bleiben.

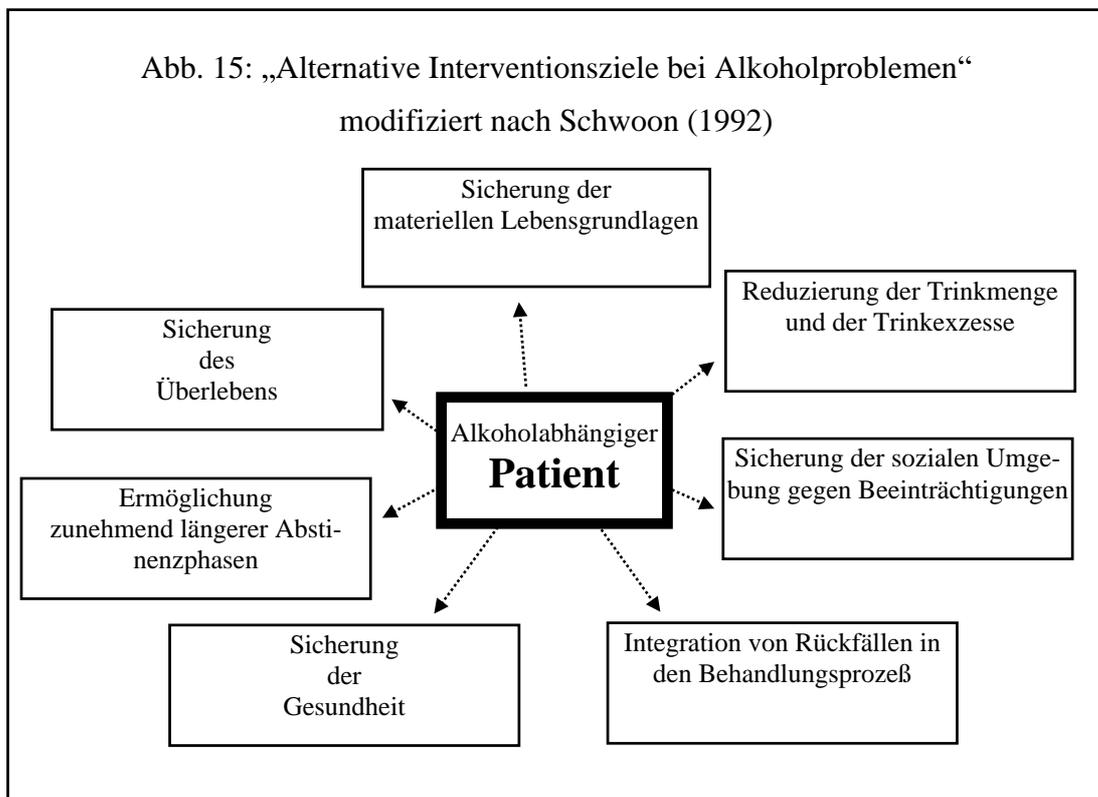
Zurück zu der Zielhierarchie von Feuerlein, die auf den ersten Blick sehr zieloffen anmutet: schaut man hier genauer hin, so offenbaren sich grundlegende Differenzen zu dem Schwoonschen Konzept: ist Schwoon insbesondere von der klinischen Erfahrung in der Arbeit mit chronisch mehrfach abhängigen Alkoholkranken (CMA) beeinflusst, die deutlich gemacht hat, daß es unter den Alkoholabhängigen Menschen gibt, für die das Abstinenzziel kein wertvolles darstellt, wohl aber die Sicherung des (möglichst gesunden) Überlebens, so implizieren die Ausführungen von Feuerlein, daß Abstinenz für alle Abhängigen das wertvollste sei und es eben einige (widerpenstige) gibt, die das noch nicht verstanden haben. Bei denen müsse man sich eben mit weniger zufrieden geben. Diese Grundhaltung geht an der Realität vieler Behandlungsinstitutionen vorbei und produziert (ganz im alten Denken) dauernde Frustrationserlebnisse bei Patienten und Behandlern. Schwoon hingegen ging es in seinem veränderten Zielkonzept nicht um die Akzeptanz von „Notlösungen“, sondern um die prinzipielle Gleichwertigkeit von Behandlungszielen „unterhalb“ der Abstinenzschwelle.

Zum besseren Verständnis der Schwoonschen „Zielhierarchie“ wird deshalb vorgeschlagen, Begriff und graphische Darstellung der Interventionen bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu ändern (s. Abb. 15). Eine nicht-hierarchische Sichtweise (und graphische Anordnung) möglicher Interventionen erschwert ein ausschließlich abstinenzorientiertes Denken und wird den individuellen Möglichkeiten eher gerecht. Die „Grenzziehung für das eigene therapeutische Engagement“ ist in dieser Auflistung nicht enthalten. Sie versteht sich bei einer solchen Betrachtung der

Interventionsziele von selbst und sollte Voraussetzung *jeder* individuell abgestimmten Intervention sein.

Autoren, die das Abstinenzparadigma vertreten, übersehen häufig, daß neben der Veränderung des Alkoholkonsums noch weitere Bereiche subjektiv wertvoller Veränderungsziele eine Rolle spielen können. Schwoon (ebd.) nennt eine Reihe substanzspezifischer Veränderungsziele:

- ◆ körperliche Gesundheit,
- ◆ Wohnverhältnisse,
- ◆ materielle Lebensgrundlagen,
- ◆ Stabilisierung des sozialen Umfelds.



Darüber hinaus lassen sich weitere subjektiv bedeutsame Veränderungsfelder ausmachen: Justiz, Schulden, Selbstwertgefühl, Selbstverantwortung, Verarbeitung/Integration traumatischer Erfahrungen usw. Diese Aufzählung ließe sich sicherlich noch fortführen. Deutlich werden soll hier, daß Abstinenz für den *alkohol-spezifischen* Teil von „positiven“ Veränderungen steht, daß daneben je nach individueller Ausgestaltung eine ganze Reihe von *alkoholunspezifischen* Veränderungsmöglichkeiten existiert, die aktuell eine höhere subjektive Wertigkeit aufweisen und eine Veränderung des Alkoholkonsums (zunächst) in den Hintergrund rücken können.

Fazit: die ausschließlich abstinenzorientierte Zielsetzung der traditionellen Suchtkrankenhilfe entspricht nicht der Lebensrealität eines Großteils der von ihr erreichten

- geschweige der von ihr *nicht* erreichten (s. o.) - Patienten: lebenslange Abstinenz als höchstes Ziel wird nur von einem verschwindend geringen Teil der Menschen mit Alkoholproblemen erreicht. Eine konsequente Fortsetzung dieser Erkenntnisse führt zu einer Veränderung der Zielsetzungen. Dies scheint sich seit einigen Jahren in der Fachöffentlichkeit allmählich durchzusetzen.

□ *Erweiterung alkoholspezifischer Veränderungsziele*

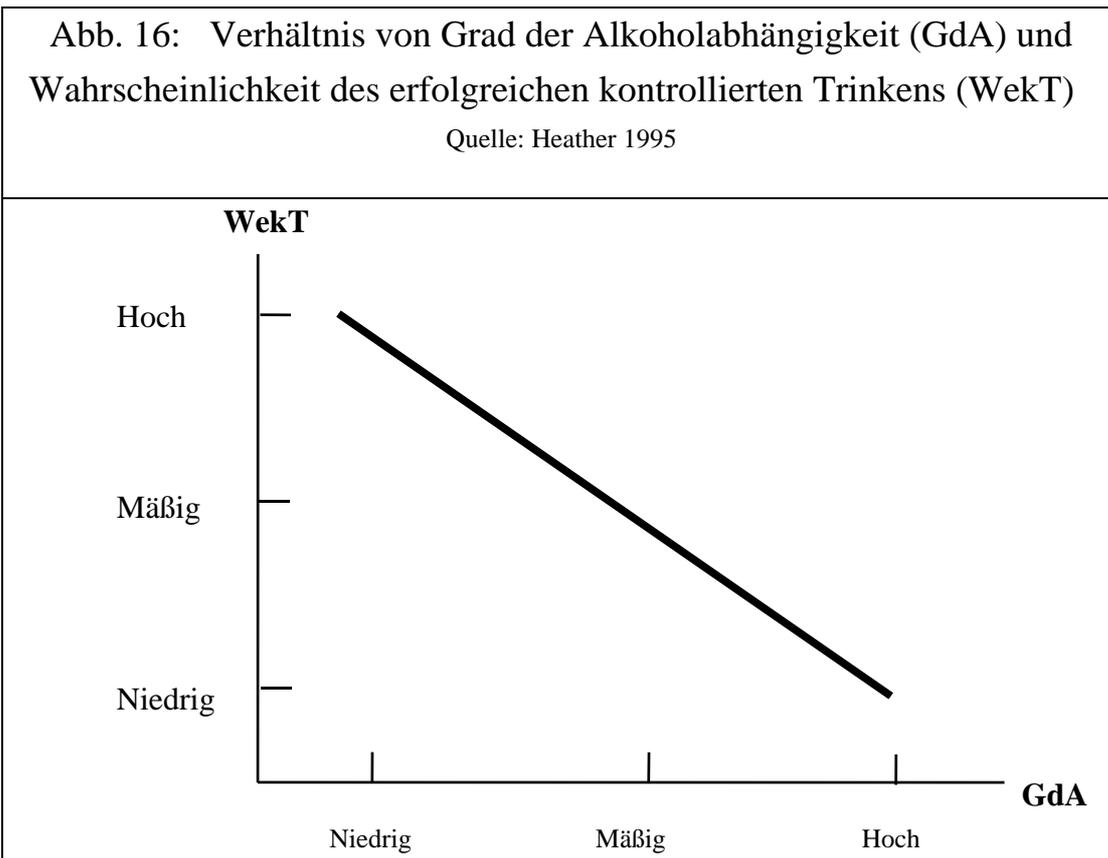
Die Verfechter des Abstinenzparadigmas führen immer wieder ins Feld, daß es einem Alkoholabhängigen grundsätzlich nicht möglich sei, zu einem „kontrollierten Trinken“ zurückzukehren (z. B. Kunkel 1987). Heather (1995) nimmt Stellung zu dieser Kontroverse um „abstinence“ und „moderation“ (in Deutschland in der Regel als „Kontrolliertes Trinken“ bezeichnet). Wissenschaftlich erwiesen sei, daß einige Menschen mit Alkoholproblemen (darunter auch Alkoholabhängige) zu einem kontrollierten, schadensfreien Konsum zurückkehren und dieses Trink-Muster über eine gewisse Zeit beibehalten könnten (vgl. Booth 1990). Es existiere allerdings keine gesicherte Grenze des Schweregrades einer Alkoholproblematik, ab der das Ziel des kontrollierten Trinkens nicht mehr möglich sei. Gelegentlich sei eine Rückkehr zum kontrollierten Trinken sogar bei chronisch alkoholabhängigen Menschen beobachtet worden. Jedoch könne man mit einiger Sicherheit sagen, daß die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rückkehr zum kontrollierten Trinken mit steigendem Grad der Alkoholabhängigkeit sinkt (s. Abb. 16).

Heather resümiert:

Wir sollten nun nicht schlußfolgern, daß die Forschung zu diesem Thema nichts mehr zu sagen hätte. Obwohl verschiedene Studien gezeigt haben, daß die Rate kontrolliert Trinkender bei den Menschen mit einem höheren Grad der Abhängigkeit niedriger ist als bei den Menschen mit mäßigem oder niedrigem Grad der Abhängigkeit, finden sich auch Studien, die keine solche Beziehung zwischen dem Grad der Abhängigkeit und konsumbezogenen Ergebnissen nachgewiesen haben. In den meisten derjenigen Studien, die niedrige Raten kontrolliert Trinkender bei den hochgradig abhängigen Individuen gefunden haben, werden die Erfolge einer abstinenz-orientierten Behandlung favorisiert, von der Idee des kontrollierten Trinkens wird abgeraten, manchmal wird sie sogar lächerlich gemacht. Es ist jedoch durchaus denkbar, daß die weitere Entwicklung systematischer Kontroll-Trainings, fundiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forschungsergebnissen, die Rate kontrolliert Trinkender unter den Menschen mit einer höhergradigen Abhängigkeit wesentlich verbessern wird.

Bestätigt wird diese Ansicht durch eine Fallstudie, die Booth (1990) in Großbritannien veröffentlichte: er berichtet von einem 46 Jahre alten, seit 20 Jahren alkoholabhängigen Mann, verheiratet, 3 Kinder (12, 16, 17), arbeitslos, zahlreiche körperliche und soziale Folgeprobleme, dem es nach einer 6wöchigen stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung gelingt, über 10 Jahre hinweg mit regelmäßiger ambulanter Begleitung vergleichsweise geringe Mengen Alkohol zu trinken, ohne jemals wieder

„abzustürzen“ oder stationär behandlungsbedürftig zu werden. Dieser positive Verlauf wird u. a. damit erklärt, daß „Abstinenz“ nicht als das einzige wertvolle Veränderungsziel angesehen wurde und der Patient keinen Kontakt zu abstinenzorientierten Selbsthilfeverbänden aufgenommen hatte.



Stockwell (1988) betont, daß es sich bei der Alkoholabhängigkeit nicht um ein einheitliches „Syndrom“ handle, sondern daß man von einem Kontinuum ansteigenden Schweregrades ausgehen müsse. Denkt man dies konsequent weiter, so folgert daraus zwangsläufig ein breites Spektrum unterschiedlich intensiver Behandlungs- und Veränderungsmöglichkeiten.

Unter dem Begriff „Alkoholabhängigkeit“ muß eine ganze Fülle von möglichen Symptomatiken und Pathologien mit unterschiedlichen Schweregraden subsumiert werden, die je nach individueller Ausprägung eine spezifische Antwort erfordern. Der Schweregrad der Abhängigkeit z. B. ist hier ein wichtiges Kriterium für die Zielanalyse. Dieser Schweregrad wiederum setzt sich zusammen aus:

- ◆ Dauer der Abhängigkeit
- ◆ Trinkmuster, Art der konsumierten Getränke (hoch- oder niedrigprozentig)
- ◆ Zusätzliche Suchtmittel
- ◆ Ausmaß der Entzugssymptomatik
- ◆ Körperliche Folgeschäden
- ◆ Seelische und soziale Folgeprobleme

Eine individuelle Zielbestimmung von Veränderungsschritten ist notwendig und muß sich an folgenden Kriterien orientieren:

1. Schweregrad der alkoholspezifischen und -unspezifischen Problematik,
2. Grad der jeweiligen Veränderungsbereitschaft und
3. Verfügbarkeit angemessener Hilfsangebote.

In der Literatur finden sich schon seit mehr als 20 Jahren zahlreiche internationale Studien, die nachweisen, daß die Behandlung der Alkoholabhängigkeit nicht zwangsläufig auf Abstinenz hinausläuft. In einer kanadischen Studie der renommierten „Addiction Research Foundation“ (Popham & Schmidt 1976) konnte z. B. nachgewiesen werden, daß ein Behandlungsprogramm mit der Zielsetzung „Konsumreduktion“ die Rate der nach einem Jahr tatsächlich deutlich weniger trinkenden unter den alkoholabhängigen Patienten drastisch ansteigen ließ. Moberg (1975) unterschied in einer Behandlungsstudie Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit, die sich in einer frühen Phase ihrer Erkrankung befanden, von solchen, die eher einer chronischen Phase zuzuordnen waren. Drei Monate nach Behandlungsende war die Rate der moderat trinkenden unter den „frühen“ signifikant höher als unter den „chronischen“, während das Verhältnis bei den durchweg abstinenten genau umgekehrt war.

Zu Beginn der 90er Jahre entstanden zahlreiche Programme und Manuale zum selbstgesteuerten oder professionell angeleiteten moderaten Umgang mit Alkohol (u. a. Sobell & Sobell 1993; Sanchez-Craig 1993). Verschiedene Programme bzw. Manuale wurden in der medizinischen Primärversorgung, insb. in Arztpraxen, eingesetzt und evaluiert (u. a. Heather/Robertson/Gask 1989; WHO-Workgroup 1993; Fleming/Manwell/Barry et al. 1999). Dabei zeigte sich, daß die Zielsetzungen „unterhalb“ der Abstinenzschwelle insbesondere für Patienten attraktiv sind, die noch keine schwere Abhängigkeit entwickelt haben. Sanchez-Craig/Davila/Cooper (1996) weisen darauf hin, daß vor allem Frauen von derartigen Ansätzen profitieren.

Diese sog. „Drink-Less“-Programme enthalten (bezogen auf substanzspezifische Probleme) im wesentlichen die folgenden Bausteine:

- ◆ Anregungen zur Auseinandersetzung mit den negativen Folgen des Konsums
- ◆ Anregungen zur Auseinandersetzung mit den positiven Aspekten des Konsums
- ◆ Allgemeine Veränderungsmöglichkeiten inkl. des „Weniger-Trinkens“
- ◆ Persönliche Zielsetzungen (kurzfristig – langfristig)
- ◆ Strategien zur Identifikation und Bewältigung von Hindernissen der Zielerreichung
- ◆ Strategien und Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung der Veränderung

Darauf aufbauend wurden in Deutschland in den letzten Jahren mehrere Programme entwickelt, die das „Risikoarme Trinken“ (Wessel & Westermann 1998) oder das

„Kontrollierte Trinken“ (Körkel/Kerlin/Langguth/Schellberg 1999) in die Zielvereinbarungen mit aufnahmen. Eine Evaluation dieser Programme steht allerdings noch aus.

Eine Erweiterung alkoholspezifischer Veränderungsziele stellt auch das Behandlungskonzept einer „stationären Kurzzeitbehandlung bei Alkoholmißbrauch“ dar, wie es neuerdings in eine Fachklinik praktiziert wird (Lindenmeyer 1999b). Als Therapiemaßnahmen werden dort fünf Bausteine beschrieben:

1. Aktive Informationsaneignung

(Aufnahme und Verarbeitung von Alkohol im Körper, gesellschaftliche Trinkregeln, körperliche und soziale Folgeschäden, körperliche Toleranzentwicklung, 2-Phasen-wirkung von Alkohol, Rückfallphänomene)

2. Identifikation kritischer Trinksituationen

(Relevante Situationsmerkmale, Wirkungserwartungen, tatsächliche Konsequenzen)

3. Exposition in vivo

(Vorbereitung, Erwartungen, Durchführung, Wahrnehmung, Überprüfung, Bewertung)

4. Rückfallbewältigung

(Unterscheidung zwischen „lapse“ und „relapse“, Vermeidung des „Rückfallschocks“, Notfallplan, soziale Unterstützung, Wiedererlangung der Punktabstinenz)

5. Einleitung von Selbstbeobachtung

(Vereinbarung eines Beobachtungszeitraumes, Protokollführung, systematische Durchführung und Bewertung von Änderungsbemühungen)

Psychoedukation (sprich: Anleitung zum Selbstmanagement) und Selbsthilfe sind die „Instrumente“ zur Umsetzung von Zielen unterhalb der Abstinenzschwelle. Dies unterscheidet solche Programme gravierend von abstinenzorientierten Programmen. Diese werden in der Regel in einem Atemzug mit dem Königsweg der Behandlung (s. o.) genannt, der ein hohes Maß an professioneller Beteiligung und Einflußnahme erfordert und ein geringes Maß an individueller Gestaltungsfreiheit erlaubt. „Drink-Less-Programme“ sind dagegen emanzipatorische Programme: sie erheben die Eigenverantwortung der Patienten, somit ihre individuelle Zielfindung und –umsetzung zum ethischen Prinzip.

In den USA hat sich eine „Moderation Management (MM)“-Bewegung gegründet. In ihrem Buch „Moderate Drinking“ (Kishline 1994) vertritt die (ehemals selbst betroffene) Autorin und MM-Gründerin Audrey Kishline die Ansicht, daß insbesondere Menschen mit leichten bis mittelschweren Alkoholproblemen von einem Abstinenzansatz nicht erreicht werden. Sie schlägt ein 9-Stufen-Programm vor, im Rahmen dessen die Betroffenen lernen können, ihren Alkoholkonsum auf ein individuell verträgliches Maß zu reduzieren:

1. MM kennenlernen
2. Abstinenz für 30 Tage. In dieser Zeit Schritte 3 – 6 erledigen

3. Den Einfluß des Alkohols auf die Lebenssituation ermitteln
4. Prioritätenliste erstellen
5. Mengen und Umstände des Trinkens klären
6. Allgemeine Grenzen moderaten Trinkens kennenlernen
7. Eigene Ziele setzen, kleine Veränderungen der Lebensgewohnheiten vornehmen
8. Veränderungsprozeß ständig überprüfen, Ziele erneuern
9. MM-Treffen besuchen, wenn Hilfe als nötig erachtet wird

Zielgruppe dieses Programms seien vor allem Menschen mit einer weniger schweren Alkoholproblematik, ausdrücklich aber auch Menschen mit einer beginnenden oder leichtgradigen Abhängigkeit.

Weinbrenner (1991) konstatiert, daß akut Alkoholgefährdete - z. B. in der Anfangsphase seelischer Abhängigkeit stehende Konflikttrinker - sowie nicht süchtige Gewohnheitstrinker grundsätzlich noch zu einer „Umgewöhnung“ in der Lage seien. Die Umgewöhnungsbemühungen könnten folgendermaßen aussehen (verkürzt nach Weinbrenner 1991):

- ◆ Eine alkoholfreie Woche pro Vierteljahr
- ◆ Öfter kleinere Trinkpausen
- ◆ Alkoholhaltige Getränke grundsätzlich verdünnen
- ◆ Keine alkoholhaltigen Getränke „auf Lager“ im Haus
- ◆ Kein Alkohol gegen den Durst
- ◆ Auch an alkoholfreie Getränke gewöhnen
- ◆ Alkohol nicht gegen die Langeweile
- ◆ Bei starkem Verlangen nach Alkohol ablenken
- ◆ Sich belohnen für erfolgreiche Umgewöhnungsschritte
- ◆ Sich argumentativ gegen „alte Kumpels“ aufrüsten

Daß kontrolliertes Trinken nicht nur im Falle des riskanten oder schädlichen Konsums in Betracht gezogen werden sollte, darauf weist Redecker (1998) hin:

Der Begriff „kontrolliertes Trinken“ soll die Fähigkeit eines Menschen beschreiben, Alkohol in den Mengen und zu den Zeitpunkten zu sich zu nehmen, an denen er dieses aus freier Entscheidung heraus möchte. Ein anderer Begriff dafür ist das soziale Trinken oder das moderate Trinken ... Ist die Alkoholabhängigkeit noch nicht so weit fortgeschritten, ist unter bestimmten Umständen das kontrollierte Trinken im oben genannten Sinne möglich.

Im Hinblick auf die Fähigkeit, „normal“ zu trinken, führt Edwards (1986) einige Aspekte auf, die bei der Zielfindung berücksichtigt werden sollten:

- ◆ Die Schwere der Abhängigkeit
- ◆ Fähigkeit zu normalem Trinken in der Vergangenheit
- ◆ Wille des Patienten, normal zu trinken
- ◆ Persönlichkeit des Patienten
- ◆ Vorliegen einer psychischen Grunderkrankung
- ◆ Unterstützung der Familie und des sozialen Umfelds

Edwards (ebd.) setzt sich sodann mit der Frage auseinander, *wer* „normales Trinken“ anstreben kann. Er stellt fest:

Bei vielen Patienten wäre es offensichtlich unangebracht, dieses Ziel anzuvisieren. Für den, der lange Zeit schwer alkoholabhängig war, ist gegenwärtig die Abstinenz das einzig realistische Ziel, obwohl natürlich nicht auszuschließen ist, daß in Zukunft Behandlungsformen entwickelt werden, die die Abhängigkeit vollkommen „abbauen“. Ebenso gibt es Fälle, in denen es zweifellos vernünftig ist, zumindest für eine Testperiode dem Wunsch des Patienten nachzukommen, statt der Abstinenz ein verbessertes Trinkverhalten anzustreben. Dies gilt zumeist für den Patienten, der erst seit kurzem und nur sporadisch zuviel getrunken hat. ... wäre es dennoch übertrieben zu behaupten, im Rahmen unseres heutigen Wissens ließen sich hieb- und stichfesteste Richtlinien für die Wahl dieses oder jenes Trinkziels aufstellen.

An diesem Zitat sind mehrere Formulierungen bemerkenswert. Zunächst fällt auf, daß auf jegliche *ideologisch getönte Argumentation verzichtet* wird. Darüber hinaus zeichnet den Autor eine *wissenschaftliche „Nüchternheit“* und Sachlichkeit aus, wenn er sagt, daß das heutige Wissen morgen durchaus überholt sein kann (Wer hätte z. B. vor 15 Jahren gedacht, daß heute fast jeder zweite Haushalt in der Bundesrepublik über einen Computer verfügt? Wer hätte vor 10 Jahren gedacht, daß Alkoholabhängige ambulant entgiften können?). Schließlich bezieht Edwards die Möglichkeit einer *Testperiode* ein, um die Realisierbarkeit bestimmter Zielsetzungen in einem überschaubaren Zeitrahmen zu überprüfen. Diese sachliche Grundhaltung hebt sich angenehm von den weltanschaulich und ideologisch überfrachteten Glaubenssätzen und Geboten der deutschen Suchtkrankenhilfe ab.

„Weniger trinken“, „Kontrolliert trinken“, „Normal trinken“ oder „Moderat trinken“ stellen wertvolle substanzspezifische Veränderungsziele für Menschen mit Alkoholproblemen dar. Sie sind Ergänzungen des Abstinenzziels, nicht Ersatz. Sie verlangen von den Professionellen eine wertoffene Haltung und von den Patienten ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Selbstmanagement.

□ *Schlußfolgerungen*

Verschiedenen Studien aus dem deutschsprachigen Raum ist zu entnehmen, daß auf inneren und chirurgischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern neben den Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit (Median der Prävalenz: 14,0%; vgl. Kap. 2) eine Vielzahl von Patienten mit Alkoholmißbrauch behandelt wird (Möller/Angermund/Mühlen 1987: 12%, Arolt/Driessen/Schürmann 1995: 5,5%, John/Hapke/Rumpf u. a. 1996: 4,8%). Für diese Patienten müssen im Hinblick auf *alkoholspezifische Veränderungen* andere Ziele als Abstinenz definiert werden. Die größte Bedeutung kommt hier dem Ziel „Verringerung des Alkoholkonsums“, der „Mäßigung“ zu. Heather (1995) führt dazu aus:

Während eine individuelle Präferenz für das Abstinenzziel immer respektiert werden sollte, ist davon auszugehen, daß die große Mehrheit derjenigen Menschen, bei denen zufällig ein problematischer Alkoholkonsum entdeckt wurde, das Abstinenzziel ablehnen werden. Sie werden jedoch eine Intervention akzeptieren, die ihnen erlaubt, weiter zu trinken, wenngleich auf einem niedrigeren Level. Das Ziel der Mäßigung kann sehr gut in eine Public-Health-Perspektive

im Umgang mit Alkoholproblemen in der Gesellschaft integriert werden. ... Der bedeutendste Vorteil, den die Integration des Ziels der Mäßigung in Behandlungskonzepte bietet, ist, daß Menschen mit weniger ausgeprägten Alkoholproblemen davon überzeugt werden können, ihr Verhalten zu ändern. ... Wenn Menschen mit weniger schweren Alkoholproblemen damit konfrontiert werden, daß totale und lebenslange Abstinenz die einzige Lösung ihrer Probleme darstellt, sind sie eher geneigt, schon zu Beginn eines Kontakts jegliches Alkoholproblem zu leugnen.

Unter dem allgemeinen Veränderungsziel „Weniger trinken“ lassen sich prinzipiell drei konkrete Strategien subsumieren:

1. *Reduktion der Trinkexzesse* (z. B. durch Meiden sozialer Situationen mit üblicherweise exzessivem Konsum)
2. *Reduktion der Trinktage* (z. B. Alkohol nur an den ungeraden Tagen oder nur am Wochenende etc.)
3. *Reduktion der Trinkmenge* (z. B. Alkohol erst nach einer bestimmten Uhrzeit oder nur in einem bestimmten Rhythmus; [teilweiser] Umstieg auf alkoholreduzierte oder -freie Getränke)

Abb. 17: Trinktagebuch				
Wochentag	Was	Wann	Wo	Mit wem
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Zur Ermittlung der tatsächlich getrunkenen Alkoholmengen kann es notwendig sein, über einen zu vereinbarenden Zeitraum ein sog. „Trinktagebuch“ zu führen, in dem das „Was“, „Wann“, „Wo“ und „Mit wem“ des Alkoholtrinkens vom Patienten dokumentiert wird (s. Abb. 17).

Auch kann es als erster Schritt einer Problematisierung bzw. Veränderung sinnvoll sein, die jeweiligen Funktionen des Alkoholkonsums zu identifizieren und alternative Verhaltensweisen zu entwickeln. Es kann ein bedeutender Schritt in Richtung Veränderung sein, einem Patienten bei der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung behilflich zu sein. Selbst ein vergleichsweise kleinschrittiges Verände-

rungsziel wie eine Vereinbarung über regelmäßige körperliche Kontrollen durch den Hausarzt stellt für viele Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus ein respektables Beratungsziel dar.

Grundsätzlich kann aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse (s. Kap. 1) von folgender Grundregel bezüglich des Risikos von Alkoholkonsum ausgegangen werden: übersteigt der regelmäßige Alkoholkonsum gewisse Grenzen, steigt das Risiko gesundheitlicher oder sozialer Folgeprobleme kontinuierlich an. Die *Weltgesundheitsorganisation* hat diese Grenzen auf 20 Gramm Alkohol/Tag für Frauen und 40 Gramm/Tag für Männer festgelegt. Zahlreiche Untersuchungen kommen allerdings zu dem Resultat, daß die Grenzwerte niedriger anzusetzen sind. Die *Britische Ärztevereinigung* empfiehlt 20 Gramm Alkohol/Tag = 14 Standardgetränke pro Woche für Frauen und 30 Gramm Alkohol/Tag = 21 Standardgetränke pro Woche für Männer bei 1 - 2 Tagen Abstinenz pro Woche.

Es erscheint sinnvoll, auch beim Umgang mit Verträglichkeitsgrenzen nicht von einer starren Kategorisierung, sondern von einem Kontinuum ansteigenden Risikos auszugehen. Die Festlegung von Grenzwerten hat hier allein pragmatischen Wert und unterstützt die konkrete Problematisierung von Ausgangswerten und die Veranschaulichung von Veränderungszielen.

Im Hinblick auf ein Interventionskonzept bei Alkoholtrinkgewohnheiten im Allgemeinkrankenhaus kann auf eine Fülle von internationalen Veröffentlichungen zurückgegriffen werden. Kennt man in Deutschland bislang lediglich die Unterscheidung zwischen Mißbrauch bzw. Schädlichem Gebrauch („harmful use“) und Abhängigkeit („dependence“), so findet sich insbesondere in Veröffentlichungen aus Ländern, die ein staatliches Gesundheitssystem betreiben und starkes Interesse an einer Public-Health-Sichtweise haben, die Kategorie des „Riskanten Gebrauchs“ („hazardous use“). Alle drei Gruppen sind auf inneren und chirurgischen Stationen des Allgemeinkrankenhauses anzutreffen. Bei allen drei Patientengruppen stellen die Reduktion der Alkohol-Trinkmengen bzw. Veränderungen von Trinkgewohnheiten wertvolle Veränderungsziele dar. Für einige Patienten mit der Diagnose Mißbrauch bzw. Schädlicher Gebrauch kann es sinnvoll sein, zumindest für eine gewisse Zeit gänzlich auf Alkohol zu verzichten. In einigen Fällen kann es hier auch nötig sein, eine intensivere Beratung in einer fachspezifischen Einrichtung zu empfehlen und zu vermitteln. Bei den abhängigen Patienten ist sicherlich die Abstinenz verbunden mit einer Vermittlung in eine fachspezifische Beratungs- oder Behandlungseinrichtung ein (erstes) Hauptziel der Beratung. Aber auch hier können die Reduktion der Alkohol-Trinkmengen bzw. die Veränderung von Trinkgewohnheiten wertvolle Veränderungsziele darstellen. Grundsätzlich bedarf es somit einer differenzierten Zielstruktur (s. Abb. 18).

Abb. 18: Differenzierung alkoholspezifischer Veränderungsziele bei Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus

ZIELGRUPPE	ZIEL	INTERVENTION
Patienten mit riskantem Konsum	Reduktion, Veränderung von Trinkgewohnheiten	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Erkennen ◆ Beraten
Patienten mit Mißbrauch / schädlichem Konsum	Reduktion, Veränderung von Trinkgewohnheiten (Abstinenz)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Erkennen ◆ Beraten ◆ (Vermitteln)
Abhängige Patienten	(Reduktion, Veränderung von Trinkgewohnheiten) Abstinenz	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Erkennen ◆ Beraten ◆ Vermitteln

4.2.2 Widerstand: als interpersonelles Phänomen begreifen!

□ *Widerstand als problematisches Konstrukt*

In der Psychoanalyse S. Freuds galt Widerstand als Sperre im Fluß der frei assoziierten Gedanken. Der Patient wechselt urplötzlich ein Thema, kann sich an Gesagtes nicht mehr erinnern, schaut aus dem Fenster, macht Scherze oder unpassende persönliche Bemerkungen gegenüber dem Therapeuten. Diese sog. „Assoziationshemmungen“ treten nach Davison & Neale (1988) insbesondere dann auf, wenn empfindliche Bereiche angesprochen worden seien, die im Sinne einer Ich-schützenden Funktion kontrolliert werden müßten. Diese Bereiche seien besonders sorgfältig vom Analytiker anzuschauen. Widerstände seien auf das „Wie“, das „Was“ und das „Warum“ der Abwehr hin zu analysieren. Mögliche Deutungen seien den Klienten zur Verfügung zu stellen. Verwirft ein Klient die Deutung des Analytikers, so müsse untersucht werden, ob die Deutung zutreffend war oder der Widerstand beim Patienten noch zu groß war, um die Deutung akzeptieren zu können.

Widerstand wird hier - auf dem Hintergrund einer individuellen Biographie mit neurotischen Entwicklungen - als sich aktuell manifestierendes, interaktionelles Phänomen begriffen, das insbesondere durch die Gestaltung des *Settings* und der *Beziehung* Analytiker-Patient bedingt ist. Widerstand hat dabei die Funktion des Schutzes gegen Gefühle von Angst, Auflösung, Überflutung etc.. Die Reaktion des Analytikers auf ein Gewahrwerden von Widerstand wird nur dann als förderlich angesehen, wenn sie

den derzeitigen Verarbeitungskompetenzen des Patienten angemessen erscheint. Bei Verstärkung der Abwehr ist die eigene therapeutische Aktivität zu überprüfen.

Von dieser Deutung des Widerstandes und des therapeutischen Umgangs damit sind traditionelle Suchtbehandlungskonzepte weit entfernt (vgl. etwa die Standardliteratur von Schmidt 1986, Feuerlein 1989 oder Schlüter-Dupont 1990). Zur Entstehung und Funktion von Widerstand kann man z. B. bei Schmidt (1986) nachlesen:

Im Laufe der Krankheitsentwicklung schwingt das Stimmungspendel nach Abklingen der Alkoholwirkung jeweils über den Ausgangspunkt hinaus in den dysphorischen Bereich. Damit verschiebt sich die Stimmungslage immer mehr in den Bereich negativer Gefühle. Zunehmende Scham-, Schuld-, Minderwertigkeitsgefühle, Ängste, Hemmungen, Selbstvorwürfe und Selbstverachtung u. a. werden vom Kranken hinter einer dichten Abwehrmauer verborgen. Er fürchtet, daß diese zerbrechen und das ganze Elend sichtbar werden könnte, was er mit aller Energie zu verhindern sucht. Abwehr ist (ein) wichtiges Symptom der Alkoholkrankheit.

Abwehr wird hier allein dem Patienten zugeschrieben. Allein die Art der Erkrankung steuert die psychische Symptomatik und die Verhaltensweisen des Patienten. Basiert das Widerstandskonzept der Psychoanalyse noch darauf, daß Widerstand in seiner konkreten Äußerung und Ausformung durch die (Übertragungs-)Beziehung aktiviert worden sei, so findet hier eine Reduktion dieses komplexen sozialen Geschehens auf eine individuelle Pathologie statt. Keine Rede mehr von Interaktion, Setting oder Beziehung.

Die mit fortschreitendem Krankheitsverlauf zunehmenden Verletzungen des Selbstwertgefühls aktivieren nach Schmidt (ebd.) eine ganze Batterie von Abwehrmechanismen: Verleugnung („Ich habe keine Probleme mit dem Alkohol.“), Verharmlosung („Ich leugne ja nicht, daß ich Alkohol trinke, aber die zwei Bierchen täglich.“), Projektion („Nicht ich, sondern die anderen trinken zu viel.“), Rationalisierung („Ein Arzt sagte mir, daß es für meine Nieren gut ist, viel Bier zu trinken.“), Verdrängung („Ich habe nur ganz selten zu viel getrunken.“) und Regression (Sich in Gedanken in eine un reale Traumwelt begeben.). An dieser Beschreibung ist zweierlei zu kritisieren:

1. Hochkomplexe Verhaltensmuster der psychoanalytischen Theorie, die intrapsychische und interaktionelle Dynamiken beschreiben sollen, werden hier in trivialer Manner auf individuelle und isolierte Phänomene reduziert.
2. Die psychoanalytischen Begriffe sind beliebig gewählt, aus ihrem theoretischen Kontext gerissen und in einen nicht-psychoanalytisch, sondern vorwiegend sozialpsychologisch begründeten Kontext eingefügt.

In der klinischen Suchtkrankenbehandlung wird von einer generellen übermäßigen Abwehrstruktur der alkoholabhängigen Patienten ausgegangen. Petry (1993b) konnte mittels einer Analyse der deutschsprachigen und angloamerikanischen Literatur zeigen, daß diese Annahme empirisch nicht haltbar ist, und kommt zu dem Schluß:

Insgesamt findet sich bisher keine generelle Bestätigung der häufig diskutierten größeren Abwehrbereitschaft oder Verleugnungstendenz bei Alkoholikern. Einige Befunde deuten sogar eher auf das Gegenteil hin ...

Babor/Stephens/Marlatt (1987) kritisieren die generelle Annahme vieler Professioneller im Bereich der Suchtkrankenbehandlung, daß die Verleugnung als herausragender Abwehrmechanismus eines der konstitutionellen Merkmale der Alkoholabhängigkeit sei. Sie zeigen anhand zahlreicher Untersuchungen, daß Menschen mit Alkoholproblemen in Bezug auf ihr Trinkverhalten relativ valide und reliable Aussagen machen. Kontrollen von Selbstaussagen mit unabhängig erhobenen Fremdinformationen ergaben eine gute Übereinstimmung. Auch Alkoholkonsumenten, die in einer Zufallsauswahl (auf der Autobahn oder nach dem Verlassen einer Gaststätte) zu ihren Trinkmengen befragt wurden, gaben im Vergleich mit ihrer Blutalkoholkonzentration relativ valide Auskünfte.

Brown/Kranzler/Del Boca (1992) befragten 234 Patienten einer stationären Entzugseinrichtung zu ihren Trinkmengen unmittelbar vor Aufnahme. Sie verglichen die Angaben mit den Blutalkoholkonzentrationen. Die Selbstaussagen erwiesen sich dabei als unbedingt valide (97 % Übereinstimmung zwischen Aussagen und Laborwerten).

Midanik (1988) führt neben Untersuchungen, die die gute Validität der Selbstaussagen von Menschen mit Alkoholproblemen bestätigen, zwar auch eine Reihe von Untersuchungen an, die eine eher geringe Validität berichten, führt dies aber vor allem auf methodische bzw. kommunikative Mängel der jeweiligen Studien zurück. So müssen Selbstaussagen, die mit möglicherweise negativen Konsequenzen für die Antwortenden verbunden sind, von solchen unterschieden werden, die eher mit positiven Konsequenzen für die Antwortenden verbunden werden.

Untersuchungen bei Patienten mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen deuten in bezug auf die Validität von Selbstaussagen in dieselbe Richtung. So ermittelten Weiss/Najavits/Greenfield et al. (1998) an einer Population von 55 ambulant behandelten Drogenabhängigen eine sehr gute Validität, was die Aussagen zur Einnahme von Drogen während des Behandlungszeitraums anbelangte: nur 4,7% der Befragten hatten in der Befragung einen durch Urin-Kontrollen entdeckten Drogenkonsum nicht zugegeben.

Zusammenfassend muß also festgehalten werden, daß man nach heutigem Kenntnisstand *nicht* von einer grundsätzlich erhöhten Abwehrbereitschaft oder generellen Verleugnungstendenz bei Alkoholikern ausgehen kann. In Bezug auf die Verwendung psychoanalytischer Begriffe zur Beschreibung von Abwehrstrategien drängt sich dem Autor der Verdacht auf, daß die „Bedeutungsschwere“ psychoanalytischer Begriffe erhalten mußte, um das theoretisch und empirisch äußerst instabile Konstrukt des „widerständigen Alkoholikers“ zu stabilisieren.

Widerstand wird häufig als eine Eigenschaft des Patienten angesehen, die vor allem in der süchtigen Persönlichkeit begründet liegt. Wenn Menschen die Diagnose Alkoholabhängigkeit nicht akzeptieren, wenn sie die nötige Behandlung nicht aufnehmen, wenn sie wesentliche Beeinträchtigungen ausblenden (vgl. Wetterling & Veltrup 1997) usw., immer dann sprechen Suchttherapeuten vom Widerstand der Patienten als individuellem Phänomen, das sich unabhängig von ihrem eigenen Verhalten oder den Bedingungen der Institution manifestiert. Eine solche Sichtweise entledigt Professionelle von der Aufgabe, ihre eigenen Interventionen ständig neu zu überprüfen und sich einem kontinuierlichen Reflexionsprozeß zu unterwerfen.

Erbach (1996) hebt die Einschränkung der therapeutischen Möglichkeiten als Folge des hier beschriebenen Verständnisses von Widerstand hervor:

Indem Therapeut/innen versuchen, den Klienten/die Klientin ihren Vorstellungen anzupassen, verlieren sie den Blick für seine Ressourcen, Möglichkeiten und Fähigkeiten und provozieren „Widerstand“. Die Folgen sind dann häufig Lösungsversuche nach dem Muster „mehr desselben“ und eine Beschleunigung der Macht-Widerstand-Ohnmacht-Spirale.

Brenk-Schulte & Pfeiffer (1987) weisen darauf hin, daß in der Alkoholismustherapie die Abwehrstrukturen von Alkoholkranken in der Regel als destruktiv angesehen werden. Die einseitige Sicht des Widerstands als destruktiv aber zwingt dazu, diesen zu beseitigen. Dies führe in der Konsequenz zu einer Selektion der Patienten.

□ *Direktive Konfrontation als ineffektive Beratungsstrategie*

Eines der wichtigsten Ergebnisse der Psychotherapieforschung betrifft die Bedeutung der sog. unspezifischen Wirkfaktoren, d. h. der unabhängig von einzelnen Psychotherapieverfahren übergreifend wirksamen Einflußgrößen. Besondere Bedeutung haben hier die Therapeutenmerkmale und Beratungsstile erlangt. Beide hängen in der Regel eng miteinander zusammen.

Ein in der Tradition der Suchtkrankenhilfe fest verankerter Beratungsstil ist der *konfrontativ-aggressive*. Miller & Rollnick (ebd.) zitieren zur Illustration dieses Beratungsstils Chuck Dederich, den Gründer der Synanon-Selbsthilfegruppen-Bewegung, der sich an einen jungen Drogenabhängigen wendet:

Nun, Buster, ich werde Dir sagen, was zu tun ist. Und ich werde es Dir zeigen. Du hältst Dich entweder daran oder Du kannst Synanon sofort verlassen. Du rasierst Dir den Bart ab, Du wirst Gruppen besuchen und Du verhältst Dich hier wie ein Gentleman. Dir gefällt es hier nicht? Kein Problem, Ich wünsche Dir dasselbe wie allen andern, die hier nicht bleiben wollen und schnurstracks ins Gefängnis gehen. So halten wir's hier bei Synanon; Du siehst, Du unterziehst Dich hier einer kleinen emotionalen Operation. Wenn Dir das nicht gefällt, okay, geh' und tu, was Du tun mußt. Vielleicht sehen wir uns wieder, wenn Du aus dem Knast kommst oder wenn Du Dir eine Überdosis verpaßt hast.

Anhand eines kurzen Gesprächsausschnitts soll deutlich werden, wie wenig förderlich der konfrontative Beratungsstil ist und wie sehr der Widerstand auf seiten des Patienten dadurch verstärkt werden kann (Miller & Rollnick ebd.):

- Therapeut:* Gut, es sieht so aus, als ob Sie ein ernsthaftes Problem mit dem Trinken haben. Sie zeigen eine ganze Reihe von Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit.
- Klient:* Was meinen Sie damit?
- Th.:* Ja, Sie hatten einen Blackout, Sie fühlen sich nicht gut, wenn Sie nichts zu trinken haben, und Sie verlieren die Kontrolle über Ihren Konsum.
- K.:* Aber viele, die ich kenne, trinken genauso viel wie ich.
- Th.:* Kann sein, kann auch nicht sein. Aber wir wollen hier nicht über andere sprechen, wir sprechen über Sie.
- K.:* Aber ich glaube nicht, daß das so ernst ist.
- Th.:* Nicht ernst? Es ist ein großes Glück, daß Sie noch nicht im Knast sitzen oder jemanden totgefahren haben.
- K.:* Ich habe Ihnen doch erzählt, daß ich jederzeit sicher Auto fahre. Ich hatte damit nie ein Problem.
- Th.:* Und was ist mit Ihrer Familie? Die haben das Gefühl, daß Sie zuviel trinken und endlich damit aufhören sollten.
- K.:* Ach, meine Frau kommt aus einer total abstinenten Familie. Es ist schon alles okay mit mir. Die denken, jeder, der mal drei Drinks nimmt, ist schon ein Alkoholiker.

...

Die Struktur dieses Beratungsgesprächs zeichnet sich insbesondere dadurch aus, daß der *Therapeut* einen pathologischen Standpunkt einnimmt, während der *Klient* den nicht-pathologischen besetzt. Im Hinblick auf die Ambivalenz des Suchtmittelgebrauchs bringt der Therapeut die eine Seite der Ambivalenz zur Sprache, der Klient die andere. Kommunikationspsychologisch kann dies als ein „totes“, unbewegliches Gespräch angesehen werden. Miller & Rollnick haben für einen solchen Gesprächsverlauf den Begriff „Konfrontations-Verleugnungs-Falle“ gefunden. Körkel & Kruse (1997) weisen darauf hin, daß in solchen Gesprächen auf seiten der Therapeuten oft Enttäuschung, Ärger und Resignation entstehen und sich bei ihnen mit jedem derartigen Gespräch das Bild vom verleugnenden und bagatellisierenden Alkoholkranken verfestigt.

Miller & Rollnick (ebd.) nehmen bezug auf verbreitete therapeutische Strategien im Umgang mit Widerstand und zitieren zur Illustration einen Gesprächsausschnitt (gedruckt im Wall Street Journal) mit einer konfrontativen Intervention:

Sie nannten es ein Überraschungstreffen, konfrontierten ihn mit einigen Kollegen, die seine Arbeit kritisch betrachteten und drohten ihm an, ihn zu feuern, wenn er nicht unverzüglich Hilfe suche. Als der Mitarbeiter verleugnete, ein Alkoholproblem zu haben, wurde der Medizinische Direktor wütend: „Seien Sie ruhig und hören Sie mir zu! Alkoholiker sind Lügner, und wir haben kein Interesse an Ihrer Meinung!“

Das Attackieren des Widerstands mittels konfrontativer Strategien ist als therapeutische Strategie zwar weit verbreitet, empirisch betrachtet aber eher geeignet, den Widerstand zu erhöhen. Argumente, Beweise und Korrekturen der Patientenaussagen werden eingesetzt, um den Widerstand zu brechen. Patienten, die sich in dieser Art in

die Enge getrieben fühlen und befürchten müssen, daß ihre Autonomie eingeschränkt wird, werden mit einer größeren Wahrscheinlichkeit Abwehrmechanismen aktivieren, als daß sie sie aufgeben.

Petry (1994) konnte in einer Untersuchung an 84 Patienten einer Motivationsstation für Alkoholabhängige, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Suchtentwicklung befanden, nachweisen, daß ...

... selbst eine sehr vorsichtige konfrontative Motivationsstrategie entgegen ihrer Zielsetzung problematisch erscheint, da bestehende Abwehrstrukturen eher verstärkt werden.

In bezug auf die Attraktivität des konfrontativen Umgangs mit Abwehrmechanismen führt Petry (ebd.) aus:

Das traditionelle Modell zur Behandlungsmotivation bei Alkoholikern schreibt fast alle motivationalen Eigenschaften der Persönlichkeit des Individuums zu. Es wird angenommen, daß der Alkoholiker erst bis zu einem Tiefpunkt fortschreiten muß, bevor er zu einer Behandlung bereit ist. Die von diesen Suchttherapeuten typischerweise benutzte direkte Konfrontationsstrategie führt zu verstärkten Gegenreaktionen, die dann wiederum als Belege für die Verleugnung als Persönlichkeitsmerkmal angesehen werden.

Der konfrontativ-aggressive Beratungsstil zeichnet sich nach Miller & Rollnick (ebd.) durch folgende Merkmale aus:

- ♦ Besondere Bedeutung der Einsicht in ein Alkoholproblem; insbesondere Akzeptanz des Etiketts „Alkoholiker“ als Grundvoraussetzung einer Veränderung.
- ♦ Bedeutung der Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung, die die persönliche Wahlfreiheit, Urteilsfähigkeit und Kontrolle beeinträchtigt.
- ♦ Der Therapeut präsentiert Beweise, um den Klienten von der Annahme der Diagnose zu überzeugen.
- ♦ Widerstand wird als Verleugnung angesehen, ein Charakterzug, der Konfrontation verlangt; Klienten verleugnen grundsätzlich und sind unfähig, stabile Entscheidungen zu treffen. Dem Widerstand wird mit Argumenten und Korrektur begegnet.
- ♦ Behandlungsziele und Veränderungsstrategien werden vom Therapeuten vorge-schrieben.

Es ist nur schwer vorstellbar, sich eine derartige Strategie im Umgang mit anderen psychologischen oder medizinischen Problemen bzw. (chronischen) Krankheitsbildern vorzustellen wie z. B. Depressionen, Ängsten, Schizophrenie, Asthma oder Diabetes. In der Behandlung von Menschen mit Alkohol- oder Drogenproblemen ist der konfrontativ-aggressive Stil allerdings außerordentlich verbreitet.

Schwoon & Krausz (1990) weisen darauf hin, daß konfrontative Interventionen wie z. B. „Noch ein Rückfall und Ihre Leber macht nicht mehr mit!“ im besten Falle wirkungslos sind, häufig aber gerade das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung erzielen.

Miller/Benefield/Tonigan (1993) untersuchten den Einfluß eines direktiv-konfrontativen Beratungsstils im Vergleich zu einem klientenzentrierten Beratungsstil auf die Veränderungsmotivation von „Problemtrinkern“. Der direktiv-konfrontative Stil

erzeugte zwar mehr Widerstand auf seiten der Patienten, die Katamneseergebnisse beider Gruppen unterschieden sich jedoch nicht signifikant. Die Auswertung der Beratungsprotokolle zeigte u. a., daß auch in der Untersuchungsgruppe mit dem klientenzentrierten Beratungsstil direktiv-konfrontative Elemente verwandt wurden. Anhand einer Feinanalyse des Beraterverhaltens in beiden Untersuchungsgruppen konnten nun unabhängig von der generellen Haltung der Berater diejenigen Patienten isoliert untersucht werden, die direktiv-konfrontative Beratungselemente erfahren hatten. Und hier fanden die Wissenschaftler ein deutliches Ergebnis: verglichen mit Patienten, die ausschließlich klientenzentriert beraten wurden, wiesen diese Patienten signifikant schlechtere Ergebnisse zum Nachbefragungszeitpunkt auf. Die Autoren bringen die Ergebnisse bezüglich des Alkoholkonsums in einer griffigen Formel auf den Punkt: „Je mehr der Berater konfrontierte, desto mehr trank der Patient!“.

Hodgson (1994) nimmt Bezug auf eine Kosten-Effektivitäts-Studie zur Wirksamkeit von therapeutischen Strategien im Bereich der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen (Holder/Longabaugh/Miller/Rubonis 1991) und faßt die Ergebnisse bezüglich konfrontativer Strategien folgendermaßen zusammen:

Es gibt einige Ansätze, die immer noch weithin angewandt werden, obwohl ihre Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist. Man sollte sich ernsthaft überlegen, die vorhandenen Ressourcen in effektivere Methoden zu investieren. ... Konfrontative Interventionen, pädagogische Vorträge und Filme ... sollten nicht in einen umfassenden Ansatz einbezogen werden. ... Nachweislich hat es auch keinerlei positive Auswirkung, sich ein Video anzusehen, das einen selbst im Zustand der Alkoholvergiftung zeigt.

Warum aber ist der konfrontativ-aggressive Stil trotzdem so populär? Eine wesentliche Basis bildet hier die verbreitete Ansicht, daß Menschen mit Suchtproblemen grundsätzlich wenig oder gar nicht motiviert sind, ihr Konsumverhalten zu ändern (DiCicco/Unterberger/Mack 1978) und daß sie - geradezu als universelles und bestimmendes Merkmal der süchtigen Persönlichkeit - jede Infragestellung bzw. Problematisierung ihres Verhaltens abwehren müssen. Ruth Fox, eine Klinikerin mit psychoanalytischem Hintergrund, schreibt (1967; nach Miller & Rollnick ebd.):

Der Alkoholiker baut sich ein differenziertes Abwehrsystem auf, er streitet ab, daß er ein Alkoholiker und krank ist, erklärt, daß er aus sozialen Gründen Alkohol trinkt, etwa um im Beruf bessere Geschäfte zu machen, und er projiziert alle Schwierigkeiten, in denen er selbst steckt.

Derart überdauernd und stabil verankerte Abwehrmechanismen müssen nach Ansicht zahlreicher Autoren (insb. der 70er und frühen 80er Jahre) mittels konfrontativer Strategien „aufgebrochen“ werden. Die Patienten müssen lernen, ihre Machtlosigkeit gegenüber der Droge zu akzeptieren (erster Schritt im 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker), sie müssen ihre Abwehrstrategien aufgeben und ihren persönlichen Tiefpunkt eingestehen.

Diesem eher aus einem theoretischen Krankheitsmodell gewachsenen Behandlungskonzept fügt Schwoon (1988, 1998b) ein Modell der *Behandlermotivation* hinzu, das

geeignet erscheint, die Vorliebe vieler Berater/Behandler im Suchtbereich für konfrontative Strategien zumindest teilweise zu erklären. Schwoon unterscheidet 12 Stufen der Motivation, die Professionelle im Suchtbereich durchlaufen können:

1. *Eingangsphase* - Hoffnung, Engagement, naiver Optimismus
2. *Erste Tiefschläge* - Hilflosigkeit, Ohnmacht, Wut
3. *Kontrolle* - Entzug von Zuwendung und Fürsorge, Bestrafung
4. *Weitere Tiefschläge* - Resignation, burn-out, Abbruchgedanken, innere Emigration
5. *Beharrlichkeit* - Entschluß zu bleiben, Supervision, Kompetenzerweiterung
6. *Solidarisierung* - elitäres Bewußtsein
7. *Projektion* - Gesellschaftsanklage, übertriebene Forderungen
8. *Realitätsorientierung* - Objektive Daten zu Abhängigkeitserkrankungen
9. *Offene Auseinandersetzung* - Einsatz für Rechte (eigene und die der Patienten)
10. *Kontaktaufnahme* - differenzierter Kontakt zu einzelnen Patienten
11. *Respekt* - Anerkennung der Biographie und Kompetenzen der Patienten
12. *Selbstverständliche Tätigkeit* im Bereich der Suchtkrankenbehandlung

Insbesondere die Phasen 2, 3 und 4 mit ihren oft negativen Behandlungserfahrungen sind geeignet, die Attraktivität konfrontativer Interventionen zu erhöhen. Die eigene Enttäuschung (über die uneinsichtigen Patienten, die ihre eigenen Mühen nicht zu schätzen wissen) und die Unkenntnis des prozeßhaften Krankheitsverlaufs werden (psychoanalytisch im Sinne einer *Reaktionsbildung*) unreflektiert umgesetzt in offene und verdeckte, aggressiv getönte Konfrontationen gegenüber den Patienten.

Die Aufmerksamkeit konzentriert sich auf die „Fehlschläge“, ihre Namen, Gesichter, Lebensgeschichten werden genau erinnert. ... [Es] machen sich Gefühle persönlichen Scheiterns und Enttäuschungen breit, deren Kehrseite Anklagen und Vorwürfe sind. Distanz kann auch geschaffen werden, indem man über die Patienten spottet oder sie der Lächerlichkeit preisgibt ... (Schwoon 1988).

Dabei geht es häufig weniger um die Konfrontation mit sachlichen Informationen, sondern eher um die Konfrontation mit und Demonstration von Machtverhältnissen. Brenk-Schulte & Pfeiffer (1987) sprechen in diesem Zusammenhang vom „Widerstand des Therapeuten“.

Auf der personalen Ebene führt dies z. B. zum Entzug von Zuwendung und Fürsorge, zu aggressiv getönten Konfrontationen, die den sog. Leidensdruck erhöhen sollen, zu Debatten über Behandlungsdetails, die in Wahrheit dazu dienen, die eigene Aggressivität zu kanalisieren. Dies kann - auf die Spitze getrieben - sogar noch therapeutisch legitimiert werden: „Ich habe ein Recht auf meine Emotionen!“ (Äußerung eines Mitarbeiters einer Drogenentzugsstation einer Psychiatrischen Klinik). Die Entscheidung etwa, welcher Patient bei Überbelegung einer Entgiftungsstation vorübergehend auf den Flur muß, wird persönlich gefärbt und aggressiv untermauert getroffen. Auf der eher strukturellen Ebene finden sich z. B. sog. Eingangsschwellen zur Motivationsprüfung, die je nach Vorerfahrung mit dem einzelnen Patienten mal

flexibel, mal rigide gehandhabt werden. Es finden sich Verschiebeaktionen zwischen Kliniken oder interne Verlegungen, die sich fachlich nicht mehr rechtfertigen lassen („Strafversetzungen“). Schwoon (ebd.) weist darauf hin, daß der Wechsel von fördernden, schützenden und begleitenden Maßnahmen und solchen der Kontrolle, Machtausübung und Zwang auch eine historische bzw. gesellschaftliche Dimension aufweist. So stünden sich in Diskussionen um die Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten oft Vertreter von „harten“ und „weichen“ Konzepten gegenüber, wie es z. B. bei der Frage der Substitution für Drogenabhängige vor Jahren der Fall war (aktuell zur Frage der Vergabe von Originalstoffen). Hierbei geht es häufig nicht um die Diskussion wissenschaftlich nachzuweisender Effektivität (denn die ist in den genannten Bereichen unstrittig belegt), sondern um Grundsatzfragen der Haltung gegenüber Menschen mit Suchtmittelproblemen.

Man kann also festhalten, daß ein konfrontativ-aggressiver Beratungsstil, wie er in weiten Teilen der Suchtkrankenbehandlung immer noch populär ist, einem defizitären Krankheitsmodell entspringt, im Hinblick auf die Förderung von Veränderungsmotivation auf seiten der Patienten nicht effektiv ist und häufig eher der (unreflektierten) „Psycho-Hygiene“ der Behandler dient.

□ *Schlußfolgerungen*

Das Basiskonzept für die Grundhaltung gegenüber Widerstand und den Umgang mit Manifestationen von Widerstand bilden das von Miller & Rollnick (1991, deutsch: 1999) entwickelte „motivational interviewing“ sowie das darauf aufbauende Konzept des „brief motivational interviewing“ von Rollnick/Heather/Bell (1992). Im Hinblick auf Widerstandsphänomene im Zusammenhang mit Rückfallsituationen bzw. gescheiterten Veränderungsversuchen stellen die Veröffentlichungen von Körkel & Kruse (1993, 1997) eine spezifische, ergänzende Quelle für einen motivationsförderlichen Umgang dar.

Die Veröffentlichungen von Miller et al. wurden schon Ende der 80er Jahre im deutschsprachigen Raum rezipiert. Brenk-Schulte & Pfeiffer (1987) führen zum Widerstandskonzept bei Miller aus:

Das alternative Konzept sehe „denial“ nicht als Persönlichkeitsvariable, die in objektiven Tests festgemacht werden könne, sondern als Produkt der verbalen Interaktion zwischen Therapeut und Patient. „Denial“ lasse sich an zwei Arten von Aussagen von Patienten festmachen: 1. „Ich bin kein Alkoholiker.“ und 2. „Ich muß nicht für den Rest meines Lebens abstinent vom Alkohol sein.“. Miller betrachtet diese Äußerungen als Reaktionen des Patienten auf eine konfrontative Intervention des Therapeuten gegenüber der Ambivalenz der meisten Patienten in bezug auf ihr Alkoholproblem. ... Von daher sei die direkte Konfrontation gegenindiziert. „Denial“ bildet für den Alkoholkranken eine Möglichkeit, die Dissonanz zwischen Einstellungen und Trinken zu reduzieren, indem Einstellungen so geändert werden, daß sie nicht mehr mit dem Trinkverhalten dissonant sind.

Widerstand wird in diesem Konzept als ein interpersonelles Geschehen begriffen, das - vergleichbar dem Motivationsbegriff - nicht statisch, sondern dynamisch ist und den Einflüssen der aktuellen Kommunikations-Situation unterliegt. Widerstand ist somit auch ein Problem des (falschen) Therapeuten(verhaltens). Widerstand zeigt in der Regel an, daß der Therapeut den Klienten nicht „da abgeholt hat, wo er steht“, d. h. nicht auf seine Bedürfnisse und Erwartungen eingegangen ist.

Abb. 19: Äußerungsformen von Widerstand

(Quelle: Miller & Rollnick 1991)

❶ Einwände formulieren

- ◆ *Bezweifeln* Die KlientInnen bezweifeln direkt die Stichhaltigkeit der Aussagen der BeraterInnen.
- ◆ *Mißtrauen* Die KlientInnen stellen die Autorität und Erfahrung der BeraterInnen offen in Frage.
- ◆ *Feindseligkeit* Die KlientInnen drücken gegenüber den BeraterInnen offene Feindseligkeit aus.

❷ Unterbrechen

- ◆ *Weiterreden* Die KlientInnen reden weiter, während die BeraterInnen noch sprechen, ohne auf eine angemessene Gesprächspause zu warten.
- ◆ *Abschneiden* Die KlientInnen fallen den BeraterInnen ins Wort.

❸ Verweigern / Verleugnen

- ◆ *Beschuldigen* Die KlientInnen schieben die Schuld auf andere Menschen.
- ◆ *Ablehnen* Die KlientInnen sind mit Vorschlägen der BeraterInnen nicht einverstanden, bieten aber auch keine konstruktive Alternative an. Häufige Antwortphrase: „Ja ich weiß, aber ...“.
- ◆ *Entschuldigen* Die KlientInnen entschuldigen sich für Ihr Verhalten.
- ◆ *Herunterspielen* Die KlientInnen meinen, daß die BeraterInnen die Risiken bzw. Gefahren übertreiben, es sei in Wirklichkeit gar nicht so schlimm.
- ◆ *Pessimismus* Die KlientInnen äußern sich pessimistisch oder in negativistischer Art und Weise über sich selbst oder andere.
- ◆ *Zögern* Die KlientInnen verhalten sich zögernd und reserviert gegenüber Informationen oder Ratschlägen.
- ◆ *Mangelnde Bereitschaft* Die KlientInnen äußern keinen Bedarf an einer Veränderung, oder geben Gründe an, nichts zu verändern

❹ Ignorieren

- ◆ *Unaufmerksamkeit* Die Antworten der KlientInnen zeigen, daß sie den Ausführungen der BeraterInnen nicht gefolgt sind.
- ◆ *Keine Antwort* Die KlientInnen beantworten weder verbal noch nonverbal die Fragen der BeraterInnen.
- ◆ *Ausweichende Antwort* Die Antworten der KlientInnen beziehen sich nicht auf die Fragen der BeraterInnen.
- ◆ *Nebengleise* Die KlientInnen schlagen eine völlig andere Richtung des Gesprächs ein, als sie die BeraterInnen verfolgt haben.

Erbach (1996) kommt aus systemischer Sicht zu derselben Schlußfolgerung:

Was gemeinhin mit „Widerstand“ bezeichnet wird und immer als Eigenschaft oder Verhalten des Klienten beschrieben wird, ist in systemischer Sicht nichts anderes als eine Beschreibung

des Umstandes, daß die Vorstellungen, Vorschläge und Interventionen des Therapeuten/der Therapeutin nicht mit den Vorstellungen und Zielen des Klienten/der Klientin übereinstimmen.

Auffällig an der Auflistung der Widerstandsformen in Abb. 19 ist, daß auf psychoanalytisch geprägte, somit persönlichkeits- bzw. charakterorientierte und pathologisierende Konzepte verzichtet wurde. Stattdessen hat man hier eine eher deskriptive, verhaltensorientierte Begrifflichkeit gewählt.

Für die therapeutische Arbeit ist es unbedingt notwendig, derartige Verhaltensweisen der Patienten bewußt wahrzunehmen. Sie sind keinesfalls destruktiv, sondern deuten auf „die andere, bisher vernachlässigte Seite“ der Ambivalenz hin. So kann etwa ein Herunterspielen von real erfahrenen körperlichen Beeinträchtigungen als indirekter Hinweis auf die Angst verstanden werden, bei einer Veränderung des Alkoholkonsums Probleme im Freundeskreis zu bekommen. Feindseligkeit oder Aggression kann als (berechtigter) direkter Protest gegen Bevormundung und Mißachtung der Autonomie verstanden werden. Pessimismus kann als (indirekter) Ausdruck fehlender sozialer Unterstützung verstanden werden. Die Beispiele ließen sich unbegrenzt fortsetzen.

Äußerungen von Widerstand mit Feuerlein (1989) schlicht als das Gegenteil von Motivation - somit grundsätzlich als hinderlich im Veränderungsprozeß - zu bezeichnen, wird der Dynamik von Suchtentwicklungen, der Dynamik des Beratungsprozesses und der ambivalenten Einstellung von Menschen mit Suchtmittelproblemen gegenüber einer Veränderung der Konsumgewohnheiten nicht gerecht.

Viele Patienten, die eine professionelle Beratung in Anspruch nehmen, sind (noch) nicht bereit, ihr Verhalten konkret zu verändern. Berg & Miller (1993) beschreiben drei Typen von Therapeut-Klient-Beziehungen:

1. *Kunden-Typ*: Klient und Therapeut erkennen ein Problem und ein Behandlungsziel. Klient begreift sich als Teil der Lösung und ist bereit, etwas zur Lösung beizutragen.
2. *Kläger-Typ*: Klient und Therapeut erkennen ein Problem und ein Behandlungsziel. Klient begreift sich nicht als Teil der Lösung und ist nicht bereit, etwas zur Lösung beizutragen.
3. *Besucher-Typ*: Klient und Therapeut können sich nicht auf ein Problem und ein Behandlungsziel einigen. Klient ergreift keine Schritte zur Lösung.

Menschen, die sich in suchtspezifische Behandlung begeben, können grundsätzlich einem dieser drei Typen zugeordnet werden. Interessant in dem hier zu diskutierenden Zusammenhang ist nun, daß nur ein kleiner Teil der Menschen, die sich wegen Suchtmittelproblemen in Behandlung begeben, bei Beginn der Behandlung zu den „Kunden-Typen“ zu rechnen ist (nach Berg & Miller lediglich 5%). Der weitaus größte Teil kommt zunächst in Folge einer sog. „Fremdmotivierung“, ist dem

Kläger- oder Besucher-Typ zuzuordnen und ist in Bezug auf eine Suchtmittelproblematik häufig leicht „reizbar“. Eine direktiv-konfrontative Strategie in Richtung Veränderung würde bei diesen Menschen, die aktuell weder ein Problem anerkennen, geschweige denn über eine Lösung nachdenken, sofortigen Widerstand provozieren. Rollnick/Heather/ Bell (1992) bringen dafür ein Beispiel aus einer hausärztlichen Sprechstunde (Thema: Bluthochdruck):

- Doktor: Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht abzunehmen, um so Ihren Blutdruck zu senken?
- Patient: Ja, aber es ist gar nicht so leicht, und ich muß sagen, das Essen schmeckt mir sehr gut.
- Dr.: Niemand will Ihnen Ihr Essen wegnehmen, es geht nur darum, daß Sie andere, gesündere Speisen zu sich nehmen sollen, wenn Sie verstehen, was ich meine.
- Pt.: Ja, ich weiß, ich habe ja auch versucht, weniger Brot und mehr Früchte und so was zu essen, aber ich halte das nie lange durch. Irgendwann habe ich immer so einen richtigen Freßanfall, wo ich alle meine Regeln breche, und dann werde ich sofort wieder fett.
- Dr.: Was ist denn mit ...?
- Pt.: Ja, aber ...

In einer solchen Situation wäre es zunächst einmal angezeigt, Informationen über den derzeitigen gesundheitlichen Zustand zu geben, in einem zweiten Schritt Informationen über allgemeine Veränderungsalternativen, erst in einem dritten Schritt sollten die konkreten individuellen Veränderungsmöglichkeiten diskutiert werden. Die Aufgabe des Profis sei hier nicht, Lösungsmöglichkeiten für den Patienten zu finden - dies führt häufig zu einer Manifestation bzw. Verstärkung von Widerstand -, sondern dem Patienten in einer sachlich-neutralen Weise Informationen an die Hand zu geben, die ihm ermöglichen, eigene Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Eine zu schnelle Präsentation von Problemlösungsstrategien, die der derzeitigen Veränderungsbereitschaft des Patienten nicht entspricht, erzeugt Widerstand: der Therapeut „tappt“ zunächst in die „Experten-Falle“ und später in die „Konfrontations-Verleugnungs-Falle“ (Miller & Rollnick 1999).

Schwoon (1998a) nimmt bezug auf die „Initiierung konstruktiver Bewältigungsprozesse“ beim „motivational interviewing“ und führt aus:

Ein neugierig fragender Interaktionsstil wird bevorzugt gegenüber einem konfrontativen, der lediglich zu defensiven Reaktionen führen könne. Durch sachlich-neutrale Rückmeldungen anstelle einer Analyse von Fehlverhaltensweisen werden Widerstände ebenfalls reduziert oder vermieden.

Am Beispiel einer „typischen“ Klientenäußerung, die in traditionellen Beratungskonzepten eine sofortige „Attacke“ der Abwehrhaltung provoziert hätte, wird der eher kontakthaltende Umgang mit dem Phänomen des Widerstands verdeutlicht (hier: Intervention „Focus verschieben“):

Klient: Okay, mag sein, daß ich ein paar Probleme mit dem Trinken habe, aber ich bin kein Alkoholiker.

Therapeut: Ich glaube nicht, daß das ein wichtiger Punkt ist, und ich möchte auch nicht, daß Sie sich darüber Sorgen machen. Es ist für mich nicht wichtig, ob Sie sich selbst als Alkoholiker bezeichnen oder nicht. Was mich viel eher besorgt, und Sie ja auch, sind einige Dinge, die in letzter Zeit in Ihrem Leben passiert sind. Erzählen Sie mir doch mal ein wenig mehr darüber ... (Miller & Rollnick 1991)

Der sog. Widerstand wird hier als Ausdruck der Ambivalenz nicht attackiert, sondern gewissermaßen umgangen, die Aufmerksamkeit wird von ihm weggelenkt. Die befürchtete Etikettierung (Stigmatisierung), die den Widerstand hervorgerufen hat, erhält zunächst eine nebensächliche Bedeutung, in den Vordergrund treten die vom Klienten im Vorfeld schon geäußerten Sorgen und Probleme. Der motivierende Gesprächsstil setzt da an, wo die Klienten ambivalente Haltungen anbieten. „Destruktive“ Äußerungen werden in ihrer Bedeutung ernst genommen und möglichst in eine „konstruktive“ Richtung umgelenkt. Die Ambivalenz ist (explizit angesprochen oder implizit mitgedacht) eine zentrale Hintergrundfolie des motivierenden Umgangs mit Widerstand.

Miller & Rollnick (ebd.) haben eine Reihe von pragmatischen Interventionen entwickelt, die geeignet erscheinen, den konstruktiven Dialog bei Auftreten von Widerstandsreaktionen nicht abbrechen zu lassen. Darunter fallen:

♦ Widerspiegelung

Widerspiegelung von Gesagtem, von Emotionen oder anderen nonverbalen Äußerungen.

Klient: (❶ Einwände formulieren: *Mißtrauen*)

Wer sind Sie eigentlich, daß Sie mir sagen wollen, was ich zu tun habe? Sie wissen doch überhaupt nicht, was es heißt, einen Joint zu rauchen.

Therapeut: Hört sich an, als seien Sie ziemlich sauer auf mich.

♦ Überzogene Widerspiegelung

Widerspiegelung in einer etwas extremeren, verdeutlichenden Form. Überzogene Widerspiegelungen sollten unterstützend sein. Ein ironischer, sarkastischer, mißtrauischer oder ungeduldiger Tonfall würde den Widerstand verstärken.

Klient: (❷ Verweigern / Verleugnen: *Zögern*)

Ich kann nicht aufhören zu trinken. Was sollen meine Freunde denken?

Therapeut: In der Tat, es wird hart werden für Sie, etwas zu verändern!

♦ Widerspiegelung der Ambivalenz

Widerspiegelung unter Einbezug der anderen Seite der Ambivalenz. Informationen aus früheren Begegnungen oder Gesprächssequenzen werden hier wieder eingesetzt.

Klient: (❸ Verweigern / Verleugnen: *Beschuldigen*)

Ich bin kein Alkoholiker. Es ist nur so, daß meine Frau meint, sie sei mit einem

Alkoholiker verheiratet, und denkt, jeder, der ab und zu einen über den Durst trinkt, hat ein Alkoholproblem.

Therapeut: Sie können schon sehen, daß Sie manchmal zu viel trinken und dann auch einige Probleme bekommen, aber für Sie ist es so, daß Ihre Frau übertreibt.

◆ Focus verschieben

Berater lenken die Aufmerksamkeit der Klienten von einem Thema weg, das im Moment eher geeignet erscheint, den Widerstand zu verstärken.

Gesprächsausschnitt s. o.

◆ Zustimmung mit einer Wendung

Berater signalisieren Verständnis für die Äußerung der Klienten, fügen dem Gesagten aber eine leichte Wendung bzw. Richtungsänderung bei.

Klient: (☹ Verweigern / Verleugnen: *Beschuldigen, Entschuldigen*)

Warum regen Sie und meine Frau sich eigentlich so über mein Trinken auf? Was ist mit ihren ganzen Problemen? Sie würden auch trinken, wenn Ihre Familie dauernd an Ihnen herumrörgelt.

Therapeut: Sie haben da etwas sehr Wichtiges gesagt. Es geht um mehr als Ihr Trinken, und vielleicht habe ich dem bisher zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Es geht selten nur um das Trinken des einzelnen Menschen. Probleme mit dem Alkohol haben oft etwas mit der ganzen Familie zu tun.

◆ Die persönliche Entscheidungsfähigkeit und Kontrolle betonen

Wenn Menschen glauben, daß ihre Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt werden soll, reagieren sie normalerweise mit einer deutlichen Betonung ihrer persönlichen Unabhängigkeit. Sie sind dann nicht mehr zugänglich für Beratung. Dies kann vermieden werden, indem man den KlientInnen versichert, was realiter auch der Fall ist: daß sie es nämlich letztendlich selbst sind, die ihre Geschicke bestimmen. Der Tonfall ist respektvoll und nicht abwertend oder „gekränkt“. Im folgenden drei beispielhafte Reaktionen:

Therapeut: Was Sie mit dieser Information machen, liegt vollständig in Ihren Händen.

Therapeut: Niemand kann Ihr Trinkverhalten für Sie verändern. Es ist Ihre Entscheidung.

Therapeut: Ich kann das nicht für Sie entscheiden, Ich kann Sie auch nicht verändern, selbst wenn ich das wollte. Sie sind ein freier Mensch, und das hier ist Ihr Job.

◆ Umformen und anders beleuchten

Informationen der KlientInnen werden unter einem anderen Blickwinkel betrachtet. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn KlientInnen Argumente dafür liefern, daß sie doch eigentlich gar kein Problem haben. Vorsicht: Kann behelrende Züge annehmen und dadurch Widerstand auslösen!

Klientin: (☹ Verweigern / Verleugnen: *Beschuldigen*)

Mein Mann nervt mich dauernd wegen meines Trinkens. Das ist das einzige, worüber er mit mir redet - andauernd erzählt er mir, daß ich eine Alkoholikerin sei.

Therapeut: Es hört sich so an, als würde er sich wirklich um Sie kümmern und sich Sorgen um Sie machen. Ich schätze, er tut das in einer Art und Weise, die Sie ärgert, und das ist schade. Vielleicht kann er mit unserer Hilfe lernen, Ihnen auf eine angenehmere Art zu sagen, daß er Sie liebt und sich Sorgen um Sie macht.

◆ Paradox intervenieren

Diese spezifische Intervention sollte wegen des Risikos des Fehlschlags nur dann angewandt werden, wenn andere Interventionen versagt haben. Vorsicht ist angezeigt! Ein sehr allgemeines Paradoxon besteht darin, das Problem gewissermaßen zu verschreiben: der Patient sollte so weitermachen wie bisher, sein schädigendes Verhalten vielleicht sogar noch steigern. Diese „Empfehlung“ sollte nicht in einer verärgerten oder resignierten Haltung vorgetragen werden, sondern ruhig, offen und sachlich. Es können auch „vernünftige“ Gründe genannt werden, warum es für die Person nicht möglich ist, sich zu verändern. Im folgenden zwei beispielhafte Reaktionen:

Therapeut: Wir haben über ihre derzeitigen Schwierigkeiten gesprochen und über einige Möglichkeiten, wie Sie etwas daran tun könnten. Was mir auffällt, ist, daß keine dieser Möglichkeiten bei Ihnen Anklang findet. Sie scheinen tatsächlich sehr glücklich mit Ihrer bisherigen Lebensform zu sein, zumindest wenn Sie sie mit anderen Alternativen vergleichen. Es hat für mich den Anschein, daß es das Beste für Sie wäre, ganz genauso weiterzumachen wie bisher. Denn wenn man den ganzen Ärger, den eine Veränderung mit sich bringt, auf sich nehmen will, dann braucht man eine gesunde Basis. Und die ist nicht gegeben, wenn Sie sich eigentlich gar nicht verändern wollen.

Therapeut: Sie erinnern sich, daß wir über die Vor- und Nachteile des Trinkens gesprochen haben, und obwohl Sie mir einige Gründe genannt haben, warum Alkohol Ihnen Beschwerden (Unannehmlichkeiten, Sorgen etc.) macht, glaube ich herauszuhören, daß bei Ihnen immer noch die Vorteile überwiegen. Sie sind durchaus glücklich mit ihrem Trinken, und Sie wollen das im Grunde nicht verändern. Das ist eine Entscheidung, die Sie allein treffen, und vielleicht ist es auch das, was Sie tun sollten. Sicher, es würde schwer für Sie werden, Ihr Trinkverhalten zu verändern, vielleicht zu schwer für Sie. Vielleicht könnten Sie es auch gar nicht tun, selbst wenn Sie wollten. Der Punkt ist der, daß es sich so anhört, als wollten Sie in Wirklichkeit so weitertrinken wie bisher, oder sogar noch mehr. Vielleicht ist es ja das, was Sie brauchen. Vielleicht brauchen Sie den Alkohol, um das Leben überhaupt zu bewältigen.

Ein Konzept des Widerstands im Rahmen eines Interventionskonzepts im Allgemeinkrankenhaus sollte auf folgenden Grundannahmen basieren:

1. Widerstand ist Ausdruck einer ambivalenten Einstellung gegenüber einer Verhaltensänderung.
2. Widerstand entsteht in der Interaktion zwischen Berater (Team, Institution, Angehörige, Gesellschaft) und Betroffenenem.
3. Widerstand zeigt an, daß die Intervention des Beraters (...) nicht dem Stand der Veränderungsmotivation des Betroffenen entspricht.
4. Direktiv-aggressive Konfrontationen als „Bedrohung der persönlichen Autonomie“ erzeugen und verstärken den Widerstand.

Konfrontation wird hier als Ziel, nicht als Stil der Beratung verstanden. Allerdings spielt die Form, in der die Konfrontation in das Beratungsgespräch eingebracht wird,

eine entscheidende Rolle. Konfrontation bezieht sich insbesondere auf die Vermittlung und Verdeutlichung der Realität. Dies kann sich auf die unterschiedlichsten Lebens- bzw. Erfahrungsbereiche beziehen: körperliche und seelische Gesundheit, Partnerschaft, berufliche Perspektiven, Wohnen ...

Ein zentraler Bereich der Konfrontation mit Realität im Allgemeinkrankenhaus ist die Vermittlung von Daten zur körperlichen Gesundheit (Befunde, klinischer Eindruck, Risiken, Prognosen etc.). Entsprechend der im vorherigen Kapitel dargestellten ambivalenten Grundeinstellung von Menschen mit Suchtmittelproblemen kann eine direktiv-aggressive Vermittlung der sachlichen Daten den Widerstand auf Seiten der Patienten hervorrufen oder verstärken.

Zur Illustration eines empathischen und motivationsförderlichen Vermittlungsstils sei im folgenden ein längerer Gesprächsausschnitt zitiert, der v. a. den Umgang mit Ergebnissen eines ausführlichen alkoholspezifischen Diagnoseprozesses verdeutlicht (Miller & Rollnick ebd., B = Berater / K = Klient). Soweit aus dem gesprochenen Wort erkennbar, sind die Widerstandsäußerungen des Klienten sowie die motivationsförderlichen Reaktionen des Beraters gekennzeichnet. Des Weiteren wird zum Ende des Gesprächs hin auf einige Äußerungen des Klienten hingewiesen, die bei einer unangemessenen, aggressiv-konfrontativen Reaktion des Beraters ein „Wiedererstarken“ des Widerstands provozieren könnten.

B: Ich weiß es zu schätzen, daß Sie sich so viel Zeit und Mühe mit diesen Fragebögen und Tests genommen haben. Heute morgen möchte ich gerne mit Ihnen die Ergebnisse durchgehen. Zunächst hatten wir uns eine typische Woche angeschaut und Ihre Trinkmenge errechnet. Wir kamen dabei auf ungefähr 53 Standardgetränke die Woche, wenn ein Standardgetränk als kleines Glas Bier (0,2 L.), kleines Glas Wein (0,1 L.) oder einfacher Schnaps (25 ml.) definiert wird. Wenn Sie das einmal mit der Gesamtgesellschaft vergleichen, dann trinken Sie mehr als 95% aller Erwachsenen. Was halten Sie davon?

K: Scheint viel zu sein. Ich habe das bisher nie zusammengezählt, aber ich glaube nicht, daß ich ein starker Trinker bin.

Herunterspielen

B: Sie sind überrascht.

Widerspiegelung

K: Ja! Ich weiß, daß es sich ziemlich viel anhörte, als Sie mich fragten, wieviel ich normalerweise trinke. Aber ich trinke ungefähr genauso viel wie meine Freunde.

Herunterspielen

B: Das muß verwirrend für Sie sein. Auf der einen Seite können Sie sehen, daß Sie eine Menge trinken, mehr als 95% aller Erwachsenen. Dennoch scheint es unter Ihren Freunden normal zu sein. Wie paßt das zusammen?

Widerspiegelung
der Ambivalenz

K: Ich schätze, ich bin im Trinken unter den Top 5%.

B: Ihre Freunde sind tatsächlich starke Trinker.

K: Ich weiß nicht, was „stark“ heißt. Ich denke, wir trinken mehr als unsere Mitmenschen.

B: Wir haben außerdem ein Computerprogramm, das auf der Basis der Aussagen zum Trinkverhalten den Alkoholgehalt im Blut schätzt. Die mei-

sten sozialen Trinker liegen auf dieser Skala zwischen 20 und 50. 50 reicht aus, um Ihre Fahrtüchtigkeit einzuschränken. Unsere Schätzung hat für Sie einen Wert von 179 Einheiten im Verlauf einer typischen Trinkwoche ergeben. Das ist mehr als dreimal soviel wie die Höchstgrenze für die meisten Trinker und schränkt nach dem Gesetz ihre Fahrtüchtigkeit ein.

K: Sie meinen jede Woche?

B: Was Sie mir erzählt haben, ja. Ich glaube, es gibt drei Abende pro Woche, an denen Sie diese Werte erreichen.

K: Das kann nicht hinkommen. Ich fühle mich doch überhaupt nie besoffen. Ich fahre immer mit meinem Auto nach Hause und hatte dabei noch nie ein Problem.

Bezweifeln

B: Ihrer Meinung nach muß der Computer sich irren.

K: Das nun nicht, aber ich fühle mich nie so betrunken.

Überzogene Widerspiegelung
Herunterspielen

B: Und Sie können nicht verstehen, wie Sie so viel Alkohol in Ihrem Körper haben können, ohne was davon zu spüren.

Widerspiegelung

K: Ist denn das möglich?

B: Nicht nur das, es ist so *üblich* unter starken Trinkern. Man nennt es „Toleranz“, obwohl die meisten Menschen es „viel vertragen“ nennen. Wir haben darüber schon bei unserem ersten Treffen gesprochen.

Information

K: Das heißt, ich kann sehr viel trinken, ohne es zu spüren.

B: Genau. Sie können einen ziemlich hohen Blutalkoholspiegel haben - genug etwa, um Ihre Fahrtüchtigkeit zu beeinflussen und sogar Ihre inneren Organe zu schädigen - , ohne das Gefühl zu haben, betrunken zu sein.

K: Das heißt, dreimal die Woche fahre ich durch die Gegend und bin nach dem Gesetz betrunken?

B: So sieht's aus. Was denken Sie darüber?

Offene Frage

K: Schätze, ich habe bisher Glück gehabt.

B: Okay, der nächste Wert gilt für die Tage, an denen Sie viel trinken. An einem solchen Tag, so schätzen wir, erreichen Sie einen Wert von 220 Einheiten bzw. .22. Das kann gut hinkommen, weil das auch der Wert ist, bei dem manchmal Erinnerungslücken, sog. „black-outs“, auftreten.

K: Wow!

B: Das kommt Ihnen viel vor.

Widerspiegelung

K: Ja, Ich ... ich habe noch nie darüber nachgedacht.

B: Darum tun wir es ja jetzt. Und ich habe hohen Respekt davor, wie ehrlich Sie die Fragen beantwortet haben. Obwohl ich auch sehe, daß es nicht leicht für Sie ist. Ich habe ähnliches schon mit vielen Menschen besprochen, und es ist unangenehm, sich selbst derart im Spiegel zu betrachten. Möchten Sie weitermachen?

Bestätigung

K: Okay.

B: Als nächstes haben wir hier ein ungefähres Maß für die Auswirkungen des Alkoholtrinkens auf Ihr Leben, die Anzahl der Fälle, in denen es Probleme verursacht hat. Ihr Wert von 18 liegt im Bereich dessen, was wir „Bedeutende Probleme“ nennen - nicht unbedingt schwerwiegende, aber auch keine geringfügigen oder mäßigen Konsequenzen.

K: Puuh.

B: Macht das für Sie einen Sinn?

K: Könnte hinkommen, schätze ich.

B: Okay. Ich weiß nicht, was Sie mit dem nächsten Ergebnis machen werden. Es gibt den Grad Ihrer Alkoholabhängigkeit an bzw. den Grad, wie sehr Sie abhängig geworden sind. Ihr Wert befindet sich am unteren Rand des Bereichs, den wir „Definitive und bedeutsame Symptome der Abhängigkeit“ nennen. Das bedeutet ungefähr, daß Sie im Begriff sind, einige allgemeine Zeichen der Alkoholabhängigkeit zu zeigen, aber noch über Strategien verfügen, die Sie vor größeren Problemen bewahren.

K: Sie meinen, ich bin süchtig?

Vorsicht! Experten-
Falle!
Focus verschieben

B: Es ist nicht nur einfach die Frage, ob Sie süchtig sind oder nicht. Abhängigkeit entwickelt sich graduell bzw. in einzelnen Schritten. Dieser Wert sagt Ihnen, wie weit Sie auf diesem Weg gegangen sind. Er zeigt, daß hier definitiv etwas passiert ist, daß Sie im Begriff stehen, frühe Zeichen einer Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

K: Das gefällt mir alles nicht.

B: Die Vorstellung, abhängig zu sein, gefällt Ihnen nicht.

Widerspiegelung

K: Überhaupt nicht!

B: Sie möchten selbst für sich verantwortlich sein, sich unter Kontrolle haben.

Widerspiegelung

K: Ja.

B: Nun, wir sprechen noch nicht über schwerwiegende Probleme. Abhängigkeit entwickelt sich über Jahre, manchmal sehr schnell, manchmal eher langsam. Sie befinden sich momentan im mittleren Bereich. Aber es sieht so aus, als hätte Sie etwas ziemlich hart getroffen.

K: (*Einige Zeit Ruhe*) Lassen Sie uns weitermachen.

B: Ich frage mich, ob ich etwas zu schnell für Sie vorgehe. Es ist sicher schwierig, Ich möchte Ihnen nicht zuviel auf einmal zumuten. Brauchen Sie mehr Zeit, um das alles aufzunehmen oder darüber zu sprechen?

K: Nein, ist okay. Weiter bitte.

B: ...

Konfrontation durch den Berater wird hier verstanden als:

- ◆ *Rückmeldung* über objektive Daten, Befunde, Untersuchungsergebnisse
- ◆ *Informationen* zu Risiken und Erfahrungswerten
- ◆ *Bewußtmachen* von (unbequemen) Wahrheiten
- ◆ *Verdeutlichen* von Diskrepanzen
- ◆ Betonung der *persönlichen Entscheidungsfähigkeit* und *Verantwortung*
- ◆ Betonung der *individuellen Sichtweisen* der Patienten

Sachliche Informationen über bereits aufgetretene körperliche Folgeprobleme/-störungen und Risiken des individuellen Alkoholkonsums sind wichtige Bestandteile eines therapeutischen Gesprächs mit Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Entscheidend i. S. einer Förderung der Veränderungsbereitschaft ist die Grundhaltung, in der an den Klienten Inhalte und Situationen herangetragen werden, die er bislang nicht wahrgenommen hat (vgl. Petry 1996). Wenn es gelingt, diese Informationen in einer bewertungsfreien Form zu vermitteln - Kufner (1982)

stellte fest, daß Patienten mit Suchtmittelproblemen die einschlägigen Sachverhalte um so eher verschleiern, je mehr sie sich von ihrem Gesprächspartner abgewertet fühlen -, wenn es weiterhin gelingt, den Patienten die Wahlfreiheit zu lassen, welche Schlußfolgerungen sie aus den gerade erhaltenden Informationen ziehen werden, wenn es den Beratenden gelingt, auf den „drohenden Zeigefinger“ zu verzichten, dann können Konfrontationen einen erheblichen Einfluß auf die Aufmerksamkeitssteuerung (Petry 1993b) und Veränderungsmotivation der Patienten ausüben.

Insbesondere für die Gruppe der „gefährdeten“ Patienten gilt, daß sie nur selten unter einem starken Leidensdruck stehen (z. B. wegen erheblicher Alkohol-Folgeprobleme) und in der Regel keine Hilfe nachgefragt haben. Sie müssen für eine Veränderung ihres bisherigen Trinkverhaltens *gewonnen* werden. Ein intrusives Vorgehen mit einem aggressiv-konfrontativen Beratungsstil wäre insbesondere bei dieser Patientengruppe kontraproduktiv. Die Wahrscheinlichkeit, daß die Patienten dann den Kontakt abbrechen, ist sehr hoch.

Die Respektierung der Autonomie der Patienten ist von besonderer Bedeutung. Wenn Körkel & Scharrer (1998) im Hinblick auf eine professionelle Suchtkrankenbehandlung im Rehabilitationsbereich von „Kundenorientierung“ sprechen und damit den Patienten zum „Partner“ der Behandlung erklären, wenn Reker (1998) von *Behandlungsvereinbarungen* mit chronisch Alkoholabhängigen als vertrauensbildenden Maßnahmen in der Akut-Psychiatrie spricht, wenn somit deutlich wird, daß in der Behandlung von Abhängigkeitskranken zunehmend partnerschaftliche und wertschätzende Behandlungselemente Eingang finden, dann muß dies um so mehr für Patienten im Allgemeinkrankenhaus gelten, die in der Regel keine alkoholspezifische Hilfe nachgefragt haben.

4.2.3 Motivation: Zum *Ziel* der Beratung erheben!

□ *Motivation als problematisches Konstrukt*

„Motivation“ ist sicherlich der am häufigsten definierte und problematisierte Begriff im Bereich der Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen.

Der Brockhaus (1991) definiert Motivation folgendermaßen:

Hypothetische Bezeichnung, um die Gesamtheit der in einer Handlung wirksamen Motive zu erklären, die das individuelle Verhalten aktivieren, richten und regulieren.

Unter einem Motiv wird dabei verstanden:

Beweggrund für ein Verhalten (auch Antrieb, Trieb, Leitgedanke), der besonders als anregende, richtunggebende und antreibende Zielvorstellung bewußt oder unbewußt wirken kann und affektiv, gefühls- oder triebhaft wie auch kognitiv bestimmt sein kann. In behavioristischer Sicht wird das Motiv als die mit einer gegebenen Reizkonstellation assoziativ verknüpfte Erwartung einer affektiven Zustandsänderung definiert. ... Meist sind mehrere Motive in einer Handlung wirksam. ... Welche der verschiedenen möglichen Motive im Einzelfall wirksam

werden, hängt von der Stärke und Vereinbarkeit innerhalb der Motivation und der Aussicht auf Erreichung des Ziels ab.

Schwoon (1998) weist im Hinblick auf die traditionelle Suchtkrankenbehandlung darauf hin, daß der Begriff „Motivation“ häufig gebraucht wird, um Ungeklärtes und Hochkomplexes einzuordnen und verstehbar zu machen. Wenn Menschen, die sich in vergleichbaren Lebenszusammenhängen befinden, sich völlig unterschiedlich verhalten, wenn prognostisch ungünstig eingestufte Patienten dennoch eine positive Entwicklung durchlaufen, während der prognostisch günstige sein altes Trinkverhalten wieder aufnimmt, dann wird in der traditionellen Suchtkrankenhilfe häufig darauf verwiesen, daß die Motivation eben stärker bzw. nicht stark genug war. Motivation wird also erst im Nachhinein im Sinne eines Zirkelschlusses definiert: aus dem Ergebnis (positive oder negative Veränderung des Trinkverhaltens) wird auf die Ursache (vorhandene oder nicht vorhandene Motivation) geschlossen. Bei Zimbardo (1996) lesen wir:

Weil Motivation zur Klasse der nicht direkt beobachtbaren intervenierenden Variablen gehört, ist die Gefahr groß, diesen Begriff zirkulär zu verwenden. Ein zirkulärer Gebrauch liegt vor, wenn wir etwa sagen: ‚Er hat gegessen, weil er hungrig war‘ und diese Behauptung belegen mit: ‚er muß hungrig gewesen sein, weil er gegessen hat‘.

Brenk-Schulte & Pfeiffer (1987) stellen wegen der mangelnden Meßbarkeit von Motivation in Frage, ob Patienten, die anscheinend nicht oder nicht ausreichend motiviert sind, von einer weiterführenden Behandlung auszuschließen seien. Schließlich könne es doch auch ein wesentliches Ziel einer Behandlung sein, Motivation zur Veränderung überhaupt erst zu schaffen, - wenn gegeben - zu stärken und zu erhalten.

Es existiert eine unüberschaubare Fülle von Definitionen der Motivation. Einige von ihnen sollen im folgenden dargestellt und in ihrer Bedeutung für die Suchtkrankenbehandlung diskutiert werden.

Die psychoanalytische Definition von Motivation - angewandt auf Vorgänge innerhalb der Psychotherapie - wurde von S. Freud schon 1913 in seiner Schrift „Zur Einleitung der Behandlung“ formuliert:

Es ist jetzt an der Zeit, eine Übersicht des Kräftespiels zu gewinnen, welches wir durch die Behandlung in Gang bringen. Der nächste Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entspringender Heilungswunsch. Von der Größe dieser Triebkraft zieht sich mancherlei ab, was erst im Laufe der Analyse aufgedeckt wird, vor allem der sekundäre Krankheitsgewinn, aber die Triebkraft selbst muß bis zum Ende der Behandlung erhalten bleiben; jede Besserung ruft eine Verringerung derselben hervor“ (Freud 1913, zit. nach Albrecht 1995).

Die Ausführungen Freuds deuten v. a. auf den prozeßhaften Charakter der (Behandlungs-)Motivation hin: ist die Motivation bei Aufnahme einer Behandlung sehr stark, so kann sich (paradoxiertweise) mit zunehmendem Behandlungserfolg das Ausmaß der Motivation verringern. Freud führt dieses Phänomen insbesondere auf den gesunkenen Leidensdruck zurück. Es sind aber durchaus auch andere Faktoren denk-

bar, z. B. aufkommende Ängste oder aktuelle Veränderungen der Lebenssituation des Betroffenen.

Argelander (1970, nach Albrecht 1995) unterscheidet die *bewußte* Motivation, d. h. was der Patient als sein Anliegen benennen kann, von der *unbewußten* Motivation, die sich insbesondere in strukturellen Merkmalen der Behandlungsbeziehung (z. B. dem Arrangement der Gesprächssituation) Ausdruck verschafft. Diese Unterscheidung ist sehr bedeutsam und weist auf die Schwierigkeit hin, Motivation zu messen. Es ist eine offene Frage, die von Erhebungssituation zu Erhebungssituation unterschiedlich beantwortet wird, welche Kriterien in die Bestimmung des Ausmaßes der Motivation Eingang finden sollen.

Die psychoanalytischen Auffassungen von Motivation sind frühe Vorläufer moderner Motivationsmodelle, wurden aber im Hinblick auf Suchterkrankungen nicht weiter expliziert. Süchte galten - vergleichbar den Psychosen - als der Psychoanalyse nicht zugänglich. Dennoch weist die Freudsche Definition bemerkenswerte Ähnlichkeiten mit moderneren Motivationsmodellen auf, die auch in der Suchtkrankenbehandlung Anwendung finden, etwa dem „Risiko-Wahl-Modell“ von Atkinson (vgl. Petry 1993a).

Petry (1998) unterscheidet in seiner historischen Übersicht drei theoretisch-therapeutische Modelle von Suchterkrankungen, denen jeweils spezifische Motivationsmodelle zugeordnet werden können:

1. *Das Krankheitsmodell*: dies wird im wesentlichen bestimmt durch das Phasenkonzept des Alkoholismus von Jellinek:

Präalkoholische Phase ⇒ Kritische Phase ⇒ Chronische Phase ⇒ Rehabilitation

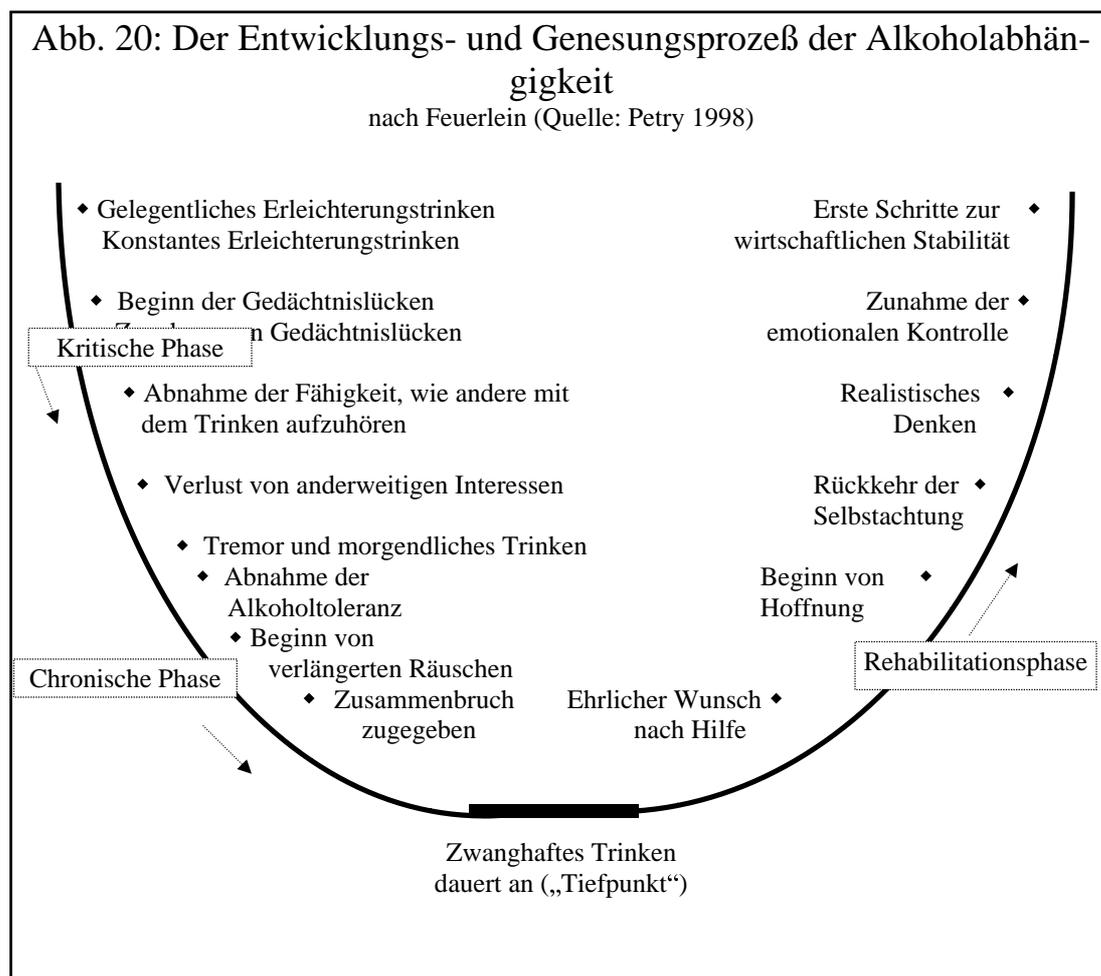
Zwar sind die empirischen Befunde für die Gültigkeit dieses Konzepts unbefriedigend - Jellinek selbst hat es im Zuge der Betrachtung der Lebensgeschichten von lediglich 76 (!) Patienten entwickelt -, dennoch hat das Phasenkonzept in Verbindung mit dem Bild einer trichterförmigen Entwicklung (s. Abb. 20) eine enorme Popularität erlangt.

Feuerlein (1989) definiert im Hinblick auf die Behandlungsmotivation sechs aufeinander aufbauende Ziele:

1. Erkennen einer Änderungsnotwendigkeit
2. Anerkennung der Hilfsbedürftigkeit
3. Akzeptieren der angebotenen Hilfe
4. Anerkennung der Alkoholkrankheit
5. Annahme des Abstinenzzieles
6. Anerkennung der Notwendigkeit allgemeiner Lebensveränderungen.

Bestimmendes Merkmal dieses und anderer Stufenkonzepte der Suchtentwicklung ist die Annahme eines fortschreitenden krisenhaften Konfrontationsprozesses, in dem die zunehmenden negativen Folgen des Alkoholkonsums zu einer allmählichen Einsicht in die Problematik und Behandlungsbedürftigkeit, schließlich zur „Bereitschaft zur dauerhaften und zufriedenen Abstinenz“ führen.

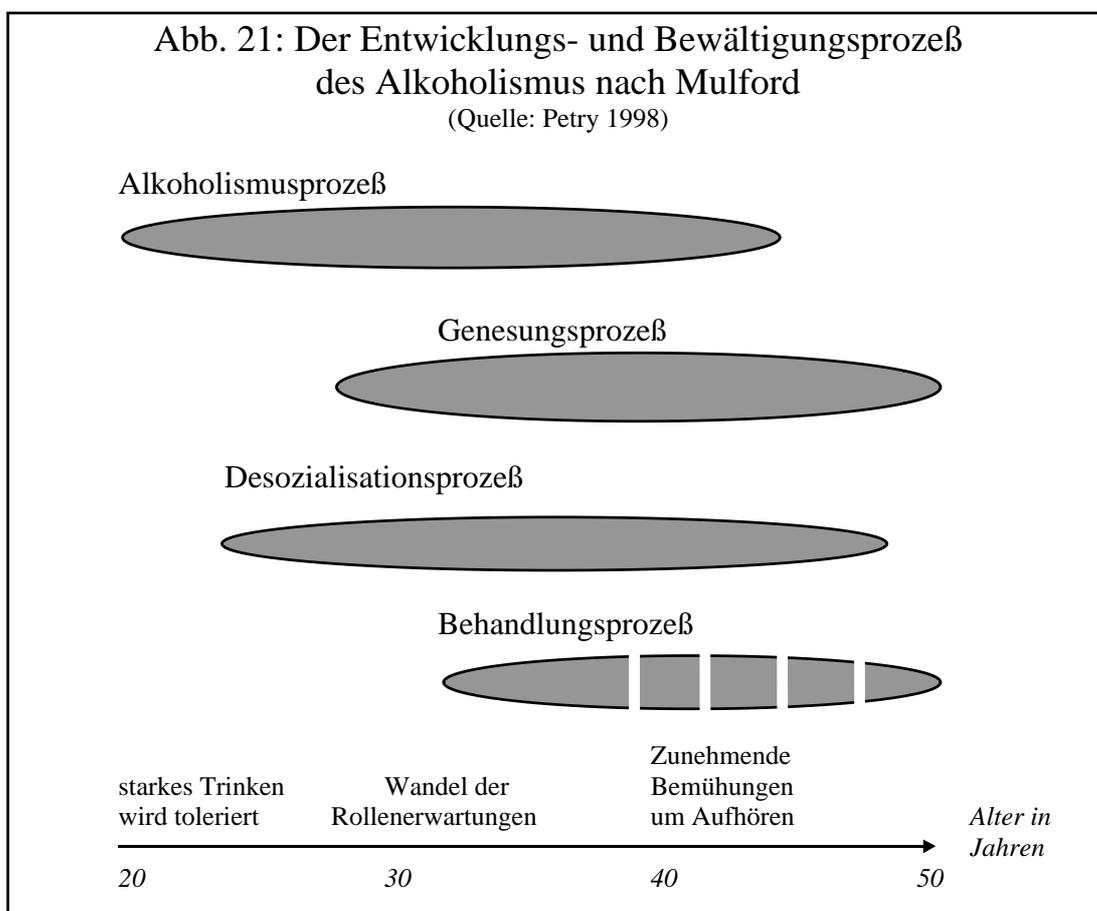
Die Kritik an diesem Modell macht sich v. a. daran fest, daß es zu stark schematisiert und empirisch nicht abgesichert ist (Petry 1993a). Langzeitverläufe von abhängigen Alkoholikern zeigen, daß nicht alle ein Stadium des „totalen Zusammenbruchs“ erreichen müssen, um stabile Veränderungen einzuleiten.



2. *Das Bewältigungsmodell:* ausgehend von der empirisch abgesicherten Beobachtung, daß viele Menschen mit Suchtproblemen *ohne professionelle Hilfen* einen Ausstieg aus der Sucht finden, wurden von mehreren Forschern der Versuch unternommen, immanente Entwicklungskräfte und Bewältigungskompetenzen zu identifizieren. Ein in der Alkoholkrankenbehandlung diskutiertes Modell wurde von Mulford (nach Petry 1998) vorgelegt (s. Abb. 21).

Grundlegend ist hier die Annahme, daß ab einem gewissen Stadium der Alkoholkrankung ein sog. Genesungsprozeß („Selbtheilungskräfte“) in Gang kommt. Die

dem Erkrankungsprozeß zuwider laufenden Genesungskräfte entstehen auf der Basis von organischen Folgeschäden und sozialen Einflußfaktoren (Desozialisationsprozeß). Dieses Modell baut zwar auf dem o. g. Phasenkonzept von Jellinek auf, bezieht allerdings schon von einem vergleichsweise frühen Zeitpunkt der Abhängigkeitsentwicklung gegenläufige und intervenierende Entwicklungskräfte mit ein. Während das Jellinek-/Feuerlein-Konzept die Behandlung in den Mittelpunkt der Rehabilitation rückt, wird bei Mulford dem Behandlungsprozeß eine geringere Bedeutung beigemessen. Neuere Untersuchungen zu sog. „Spontanremissionen“ (Rumpf/Hapke/John 1998) und „Kurzinterventionen“ (Bien/Miller/Tonigan 1993) stützen diese eingeschränkte Bedeutung eines intensiven und hochspezialisierten Behandlungsprozesses.



3. *Das Motivationsmodell:* Modelle dieser Gruppe versuchen, die intrapsychischen Prozesse von Erkrankungs- und Veränderungsverläufen stärker zu berücksichtigen. Das von Petry (1993a) vorgelegte „Erwartungs-Wert-Modell zur Entstehung und Überwindung süchtigen Verhaltens“ geht auf die kognitive Motivationspsychologie zurück und läßt sich auf folgende Formel reduzieren:

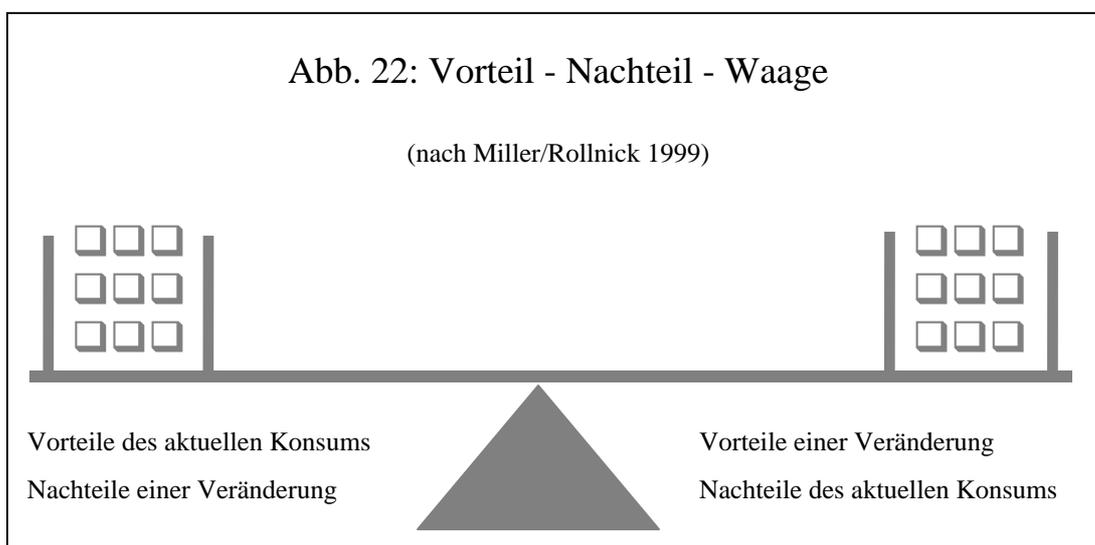
$$ST = (M_t \times E_w \times W_b) - (M_1 \times E_1 \times W_e)$$

Die Suchttendenz (ST) ist danach das Ergebnis einer *Subtraktion der Veränderungsmotivation* (2. Klammer: Leidensmotive x Lösungserwartungen x Ersatzwerte) *von der Konsummotivation* (1.Klammer: Trinkmotive x Wirkungserwartungen x Befriedigungswerte). Ein positives Ergebnis zeigt an, daß die Motivation zur Fortsetzung des Konsums überwiegt.

Motivationsmodelle bedeuten gegenüber den traditionellen Phasenkonzepten einen wesentlichen Fortschritt, indem sie nämlich unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Entwicklung den vielfältigen intrapsychischen Prozessen, die mit einer Suchtentwicklung einhergehen, eine angemessene Bedeutung zusprechen. Sie berücksichtigen moderne Erkenntnisse der Kognitions- und Motivationspsychologie und übertragen diese auf den Bereich der Suchterkrankungen. Dies hat den im Sinne einer „Normalisierung“ und „Entdramatisierung“ durchaus begrüßenswerten Nebeneffekt, daß die Suchtentwicklung als ein anderen psychischen Krankheiten und anderen psychisch beeinflussbaren Verhaltensweisen vergleichbares Phänomen angesehen wird.

□ *Motivation als interpersonelles und interventionsleitendes Konstrukt*

Die Grundannahmen des zuletzt dargestellten mathematisch anmutenden Modells finden sich in anderer Form in dem von Miller & Rollnick (1999) verwandten Waage-Modell wieder (s. Abb. 22). Die Vorteile (der Nutzen) des aktuellen Alkoholkonsums bzw. die Nachteile (die Kosten) einer Veränderung einerseits und die Vorteile (der Nutzen) einer Veränderung bzw. die Nachteile (die Kosten) des aktuellen Alkoholkonsums andererseits bilden die jeweiligen Waagschalen der „Suchttendenz“. Je nach Gewicht der einzelnen Aspekte kippt die Waage in die eine (Beibehaltung) oder andere Richtung (Änderung).



Schwoon (1998a) begreift Motivation unter einer interventionsorientierten Perspektive als Bereitschaft, einen Veränderungsprozeß zu beginnen, ihn fortzusetzen und die erreichten Veränderungen aufrechtzuerhalten. Er unterscheidet drei Konzepte von Motivation:

1. *Behandlungsmotivation*: Motivation, eine suchtspezifische Behandlung aufzunehmen.
2. *Abstinenzmotivation*: Motivation, ein *suchtmittelfreies* Leben führen zu wollen.
3. *Änderungsmotivation*: Bereitschaft, suchtspezifische und suchtspezifische Verhaltensweisen zu verändern.

Motivation ist bei Schwoon ein prozeßhaftes Geschehen, das durch die Wechselwirkungen zwischen individuellen und strukturellen Bedingungen bestimmt wird. Schwoon kritisiert am Phasenmodell von Prochaska & DiClemente u. a., daß es einen regelhaften, intrapsychisch gesteuerten Verlauf suggeriert, der die Wechselwirkungen zwischen Patient, Behandler und Versorgungssystem nicht berücksichtigt. Dem muß man allerdings entgegenhalten, daß es Veränderungen der Motivationslage von Menschen mit Suchtmittelproblemen gibt, die völlig unabhängig von professionellen Anbietern vonstatten gehen. Fast alle Patienten, die irgendwann einmal in das Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke gelangen, berichten von früheren Veränderungsversuchen, die sie unabhängig von professionellen Helfern mehr oder weniger erfolgreich bewältigt haben. So ist es z. B. durchaus denkbar, daß ein Mensch mit einer Alkoholabhängigkeit, der das Ratgeber-Buch von Prochaska/Norcross/DiClemente (1997) gekauft und gelesen hat und dazu lediglich mit der Kassiererin in der Bahnhofsbuchhandlung interagiert, seine Veränderungsmotivation entscheidend verändert und im Verlaufe von drei Tagen aus dem Stadium der Absichtsbildung in das Stadium der Umsetzung übertritt. Das Motivationsmodell von Mulford (s. o.) beschreibt ausdrücklich intrapsychische „Genesungskräfte“, die zwar mit externen Bedingungen im Wechselspiel interagieren, aber unabhängig von professionellen Interventionen entstehen.

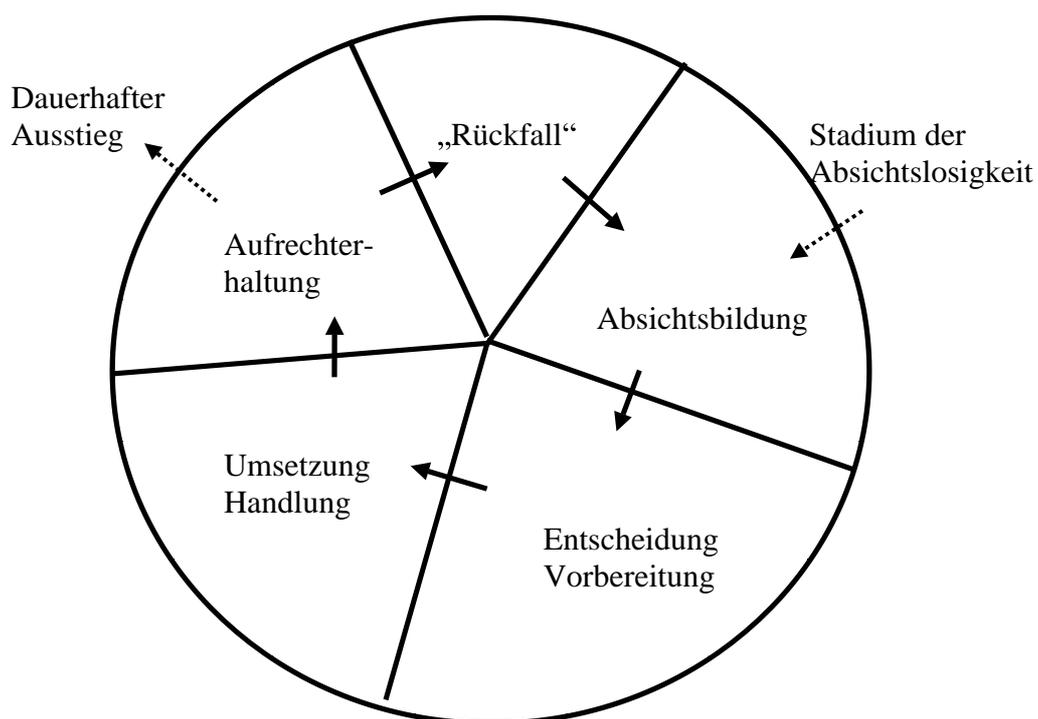
Davon einmal abgesehen berührt Schwoon hier allerdings ein grundlegendes Problem von Phasenmodellen: unabhängig von den theoretischen Vorannahmen und (oft einschränkenden) Erläuterungen der Urheber können sie - einmal griffig formuliert und anschaulich präsentiert - ein gewisses eigenständiges Dasein entwickeln. Dem Vorwurf der Suggestion eines regelhaften und „unabhängigen“ Verlaufs sieht sich jedes Phasenmodell ausgesetzt, das versucht, äußerst komplizierte und vielschichtige Entwicklungen in einfache, populäre und leicht verständliche Abläufe bzw. Begrifflichkeiten zu „übersetzen“.

Veltrup (1996) kritisiert die traditionelle Suchtkrankenhilfe, wenn sie im Sinne einer „Motivationsprüfung“ von Betroffenen den Nachweis verlangt, daß sie ihre Ab-

hängigkeitserkrankung annehmen und zu konkreten Veränderungsschritten bereit sind. Neuere Konzepte würden stattdessen die *Förderung* der Motivation in den Mittelpunkt rücken. Interventionen seien zu entwickeln, die geeignet erschienen, die *Änderungsabsicht* und *Änderungskompetenz* des problematischen Konsumverhaltens der Patienten zu fördern. Veltrup unterscheidet im Hinblick auf die Behandlungsmotivation die sog. *initiale Motivation* von der *Durchhaltungsmotivation*. Dies entspricht der Auffassung von Miller & Rollnick, daß Motivation ein sich ständig entwickelnder und dynamischer Prozeß ist, der mit der Entscheidung zur Aufnahme einer Veränderung nicht abgeschlossen ist. Untersuchungen zur Behandlungcompliance bei Rauchern (Dijkstra/De Vies/Bakker 1996) und Übergewichtigen (Heitmann & Lissner 1995) deuten überdies darauf hin, daß das Problem der Veränderungsmotivation auch bei anderen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen bzw. Erkrankungen viele Fragen aufwirft.

Miller & Rollnick definieren Motivation explizit als ein interpersonelles Geschehen („motivation as an interpersonal interaction“) und legen in ihrem Beratungskonzept detaillierte Interaktionsmodelle vor, die die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Patient, Berater und Setting sowie daraus folgende motivationsförderliche bzw. weniger förderliche Beratungsstrategien ausführlich herausarbeiten (vgl. auch Hapke/Rumpf/Hill/John. 1997).

Abb. 23: „Spiralmodell der Veränderung“ von Prochaska & DiClemente
(Quelle: Davidson et al. 1991)



Das von Prochaska & DiClemente in der Arbeit mit Rauchern entwickelte „Spiralmodell der Veränderung“ enthält in der vorliegenden Fassung (Davidson/Rollnick/MacEwan 1991) fünf Stadien der Veränderungsmotivation, die in einem fortschreitenden Bewußtwerdungsprozeß in der Regel mehrfach durchlaufen werden (s. Abb. 15). Prochaska/Norcross/DiClemente (1997) beschreiben in ihrem auch in deutscher Sprache erschienenen Ratgeber-Buch „Jetzt fange ich neu an“ die Merkmale der einzelnen Stadien:

Im *Stadium der Absichtslosigkeit* haben die Menschen nicht die Absicht, ihr Konsumverhalten zu ändern. Sie geben oft nicht zu, daß sie evtl. ein Problem mit dem Alkohol haben. Hinweise von Angehörigen, Kollegen, Ärzten o. a. werden ignoriert oder anderweitig abgewehrt. Menschen in dieser Phase sind oft nur unzureichend über das Alkoholproblem und ihr persönliches Risiko informiert. Aufklärung wird oft vermieden.

Im *Stadium der Absichtsbildung* sind sich die Menschen des Problems bewußt und beginnen, ernsthaft über eine Lösung nachzudenken. Sie entwickeln erste vorsichtige Veränderungspläne. Gleichzeitig sind ihnen die Vorteile der gegenwärtigen Situation bewußt, sie befinden sich in einem offenen, bewußten Zwiespalt. Sie wollen verändern - und wollen es nicht.

In der (Übergangs-)Phase der *Vorbereitung* treffen die Menschen die bewußte Entscheidung, etwas an ihren Konsumgewohnheiten zu verändern, und zwar bald. Veränderungspläne werden konkretisiert und evtl. öffentlich bekanntgemacht.

Im *Umsetzungsstadium* wird die geplante Veränderung vollzogen. Der Konsum wird reduziert oder beendet, die Trinkgewohnheiten werden verändert. Diese Handlung ist nicht gleichzusetzen mit einem grundlegenden Wandel in der Einstellung der Betroffenen, sondern ist eher als Beginn eines „mühevollen Weges“ anzusehen.

Im Stadium der *Aufrechterhaltung* geht es darum, die begonnenen Veränderungen durchzuhalten. Der Prozeß der Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des Alkoholkonsums ist nicht abgeschlossen. Das Durchhalten ist ein langer, dauerhafter Prozeß.

Das Stadium des *Rückfalls* („Rückschlag“, „Fehlschlag“ bei Prochaska et al., „Abstinenzbeendigung“ bei Wetterling & Veltrup 1997, „Wiederaufnahme des Problemverhaltens“ bei Veltrup 1996) ist davon gekennzeichnet, daß die gesetzten Ziele nicht (alle) eingehalten werden. Früheres, problematisches Trinkverhalten wurde wieder aufgenommen.

Der kreisförmige Veränderungsprozeß impliziert die Möglichkeit wiederholter Umläufe („to go around the process“) bis zum Erreichen eines stabilen Zustands („permanent exit“). Der Rückfall wird dabei als normales Ereignis bzw. normaler Veränderungsstatus innerhalb eines langwierigen Veränderungsprozesses aufgefaßt.

Zentrales Konstrukt des Motivationsverständnisses ist das der *Ambivalenz*. Menschen, die sich mit ihrem problematischen Suchtmittelkonsum beschäftigen, denken, fühlen und handeln oft auf zweierlei Art und Weise: sie erkennen die Risiken, Kosten und schädlichen Einflüsse des Alkohols und werden gleichzeitig aus verschiedenen Gründen von ihm angezogen. Sie wollen (langfristig) etwas an ihrem Alkoholkonsum verändern - und können sich (kurzfristig) nicht für eine Veränderung entscheiden. Ambivalenz ist in allen Stadien der Veränderung gegeben, nicht bzw. wenig bewußt im Vorstadium des Nachdenkens, sehr offen und bewußt im Stadium des Nachdenkens, weniger bewußt - dennoch immer wieder präsent - in den Stadien der Entscheidung, Umsetzung und Aufrechterhaltung.

Der Rückfall bzw. die Wiederaufnahme des Problemverhaltens sollte dazu genutzt werden, erneut in den Prozeß der Veränderung einzusteigen, die zurückliegende Entscheidung zur Veränderung zu überdenken und neue - möglicherweise realistischere - Ziele zu formulieren.

Exkurs zur Ambivalenz

Laut Brockhaus (18. Auflage; 1986) leitet sich Ambivalenz von lat. *ambi* (beid..., doppelt) und *valere* (stark sein) her und bezeichnet allgemein eine Doppelwertigkeit. In der Genetik etwa bezeichnet Ambivalenz die bei manchen Genen vorhandene Fähigkeit, sich sowohl positiv als auch negativ für den Träger auszuwirken. In der Verhaltensforschung meint Ambivalenz eine durch das gleichzeitige Wahrnehmen von unterschiedlichen Schlüsselreizen ausgelöste Konfliktsituation, die ein Verhalten nach sich zieht, das durch gleichzeitige oder kurz hintereinander auftretende verschiedenartige (und oft unvollständige) Reaktionen gekennzeichnet ist. So kann z. B. das Auftauchen eines unbekanntes Artgenossen bei einem Tier ein Verhalten auslösen, das gleichzeitig Tendenzen zu Flucht und Angriff sowie das Bestreben zur Kontaktaufnahme einschließt.

E. Bleuler (1983) führte den Begriff der „Ambivalenz“ in die Psychiatrie ein. Bleuler schreibt: „Ambivalente Gefühlsbetonungen können vom Gesunden bewältigt werden; aus widersprechenden Wertungen kann er ein Fazit ziehen. Er kann auch lieben, wenn er die Schattenseiten einer Geliebten berücksichtigt. Unbewältigte Ambivalenzen aber spielen sowohl bei neurotischen wie bei schizophrenen Erkrankungen eine quälende Rolle und erschweren eine natürliche Einstellung zur Umwelt. ... In der Genese von Neurosen spielt Ambivalenz eine entscheidende Rolle. Vor dem Bewußtsein des Neurotikers mag sich die eine Tendenz durchsetzen, die andere wird ins Unbewußte verdrängt, macht sich aber aus dem Unbewußten heraus störend geltend.“

Arieti (1989) hebt die Rolle der Ambivalenz bei Menschen mit Schizophrenie hervor: „Jede menschliche Beziehung und Kommunikation, jedes soziale Ereignis hat viele Dimensionen und Bedeutungen. Der Patient konzentriert sich auf die negativen Aspekte und vernachlässigt alle anderen Dimensionen einer reichhaltigen Kommunikation, die vermutlich auch Gefühle der Wärme und echten Anteilnahme enthält. Dem Patienten fällt es schwer, irgendeine Ambivalenz, einen Pluralismus von Dimensionen zu ertragen.“

Die Symptomatologie von Persönlichkeitsstörungen des Borderline-Typus ist durch eine ausgeprägte Unfähigkeit der Betroffenen zur Ambivalenz geprägt. Rohde-Dachser (1986) schreibt dazu: „So gesehen, lassen sich der schizotypische und der borderlinetypische Objekt-Beziehungs-Modus also zwei 'normalen' Stufen der Entwicklung von Objektbeziehungen zuordnen, wie sie jeder Mensch in seinen ersten Lebensjahren durchläuft und auch mit fortschreitendem Lebensalter

vermutlich nie überwindet. Die Wendung hin zum Pathologischen wird dort vollzogen, wo diese Entwicklung aus noch zu erörternden Gründen an dem beschriebenen 'Angelpunkt der Entwicklung' zum Stillstand kommt und die bis dahin altersadäquaten (d. h. dem jeweiligen Stadium der Ich-Entwicklung entsprechenden) Beziehungsmuster fließender Selbst-Objekt-Grenzen bzw. schwarz-weiß gezeichneter Selbst- und Objektbilder bei sonst fortschreitender Ich-Reifung vom Kind in einer nunmehr gänzlich anderen Funktion, nämlich zu Abwehrzwecken, festgeschrieben werden, um einer vitalen, mit dem Erlebnis von Ambivalenz in seinen tragenden Beziehungen verbundenen Bedrohung auszuweichen.“ In Bezug auf die Behandlung von Borderline-Patienten zieht Rohde-Dachser (ebd.) die Konsequenz: „Wenn es zutrifft, daß im Zentrum der Borderlinestörung neben der Unfähigkeit zur Verdrängung vor allem die Angst vor der Integration der gespaltenen „guten“ und „bösen“ Selbst- und Objektbilder steht, dann müßte das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung (zumindest idealiter!) darin bestehen, Borderline-Patienten das Erlebnis von Ambivalenz zu ermöglichen.“

Schneider (1993) äußert sich zu den psychodynamischen Eigenarten der Ambivalenz und schlägt vor, Ambivalenzerleben und Ambivalenzäußerungen (auch) als positive bzw. konstruktive Elemente des Gesundungsprozesses bei Psychotikern zu begreifen: „Während der neurotische Ambivalenzkonflikt sich dem Therapeuten anbietet, verschwindet beim Psychotiker jegliche Ambivalenz hinter einer Mauer von Wahngewißheit und feindseliger Abgrenzung, d. h. sie wird auf Kosten des Realitätsverlustes aufgegeben. Umgekehrt erleben wir beim Abbröckeln des Wahns das Wiederaufleben der Ambivalenz, und es ist ernsthaft zu erwägen, wieweit sie beim Psychotiker den Kampf um die Rückgewinnung der Realitätskontrolle ankündigt.“

Sog. Ambivalenzkonflikte werden für zahlreiche psychosomatische Erkrankungen bzw. Störungen beschrieben (nach v. Uexküll 1996), z. B. Asthma Bronchiale (Nähe versus Distanz zur Mutter; Schrei versus Unterdrückung des Schreiens; Schrei als Appell versus Schrei als Widerstand), Schmerzen im Bewegungsapparat (Fremd- versus Selbstbeherrschung), Funktionelle Syndrome (Anklammerungswünsche versus Furcht vor Abhängigkeit und Einschränkung), Hypertonie (Aggression versus Unterwerfung; Versagung versus Gewährung), Lumbago-Ischialgie-Syndrome (Verpflichtung versus Aufbegehren: „Durchhalte-Syndrom“; Abhängigkeit versus Unabhängigkeit). Die Integration ambivalenter Konfliktkonstellationen stellt ein vorrangiges Therapieziel dar.

Petry (1998) rückt die Ambivalenzproblematik in den Mittelpunkt der Motivationsdynamik bei Suchtkranken: „Zusammenfassend kann man feststellen, daß innerhalb des Motivationsmodells eine Übereinkunft zwischen den Pionieren der modernen Psychotherapie mit ihrem Begründer Sigmund Freud und neueren Ansätzen ... darüber besteht, daß die Kernproblematik der Behandlungs- und Veränderungsmotivation in einer konflikthaften Ambivalenz gegenüber der Anforderung zur Loslösung von dem Suchtmittel und der damit verbundenen alternativen Lebensweise zu suchen ist. Die therapeutischen Strategien zu Beginn einer Suchttherapie müssen sich von daher auf spezifische intrapsychische Kräfte konzentrieren, welche das Problemverhalten aufrechterhalten oder seine Überwindung blockieren, um durch schrittweise Veränderungen zu einem neuen Gleichgewicht zu gelangen.“

Eine Untersuchung von Hoyer (1995) stützt diese Ansicht. Er befragte Patienten in stationärer Entwöhnung und Mitglieder von Selbsthilfegruppen zu ambivalenten Kognitionen über den Begriff „gemäßigter Alkoholkonsum“ und fand heraus, daß die Einstellungen von Patienten gegenüber dem gemäßigten Alkoholkonsum zu Beginn einer stationären Entwöhnungsmaßnahme wesentlich ambivalenter ausfielen als am Ende einer stationären Behandlung oder im Vergleich zu Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, die schon länger als ein Jahr abstinent waren.

Miller & Rollnick (1991) schließlich begreifen Ambivalenz im Zusammenhang mit süchtigen Verhaltensweisen als ein zentrales Phänomen und beschreiben den Einbezug ambivalenter Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen in den Beratungs-/Behandlungsprozeß: „Es ist nicht hilfreich, ihm (dem ambivalenten Menschen, GK) eine mangelnde Motivation zu unterstellen. Die Herausforderung besteht darin, Möglichkeiten zu entdecken, wie man diesem Menschen helfen kann, seine Veränderungsmotivation zu verstärken.“

Ambivalenz(erleben) ist ein bei vielen psychologischen Problemen beobachtetes Phänomen. In der deutschsprachigen Literatur finden sich Aussagen zur Ambivalenz u. a. in Veröffentlichungen zur innerbetrieblichen Kooperation (Thomann, Schulz von Thun 1988), zur Einstellung Arbeitsloser zur Arbeitslosigkeit (Eggert-Schmid Noerr 1988) sowie zur Einstellung von Paaren, die in Trennung leben, zum Trennungsprozeß (Riehl-Emde, Frei & Willi 1994).

□ *Schlußfolgerungen*

Motivation ist nach Miller & Rollnick (1991) ein Zustand der Bereitschaft oder des Interesses, etwas zu verändern. Sie kann von einem Zeitpunkt zu einem anderen oder von einer Situation zu einer anderen schwanken, ist einem dauernden Änderungsprozeß unterworfen. Die Autoren verzichten auf eine psychodynamisch fundierte Motivationsdiskussion und betonen stattdessen die kognitiven und verhaltensbezogenen Veränderungen der Klienten. Sie begreifen Motivation als Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines bestimmten Verhaltens.

Zur Beschreibung des jeweiligen Motivationszustandes einer Person rekurren Miller & Rollnick auf das „Spiralmodell der Veränderung“ von Prochaska et al. (s. o.).

Motivation erscheint hier als inhaltlich offenes Kräftespiel („fluctuating and conflicting motivations“), das unter dem Aspekt der Veränderung förderliche und hinderliche Motive integriert. Widerstände sind somit nicht als außerhalb der Motivation stehend anzusehen, sondern grundsätzlich als ihr zugehörig. Dieses sehr pragmatische, auf kognitiv-behavioralen Theorien fußende Verständnis von Motivation wird seit Anfang der 90er Jahre auch im deutschsprachigen Raum rezipiert und weiterentwickelt.

In der Regel wird Motivation mit der Bereitschaft gekoppelt, ein Behandlungsprogramm anzunehmen oder fortzuführen. Man spricht deshalb oft von der *Behandlungs- oder Therapiemotivation*. Im Falle von Abhängigen wird vor der Vermittlung in spezifische Behandlungsprogramme die *Abstinenzmotivation* ermittelt. Für Patienten, die keine Abhängigkeit aufweisen, spielen weiterführende Behandlungsmaßnahmen meist keine Rolle, auch ist die Abstinenz für die meisten von ihnen - wenn nicht andere somatische Komplikationen dazu zwingen - kein angemessenes Veränderungsziel. Begrifflich läßt sich für diese Patientengruppe also weder mit der Abstinenz- noch mit der Behandlungs- oder Therapiemotivation arbeiten, sondern ausschließlich mit der unspezifischen, nicht zielgebundenen *Änderungsmotivation*.

Patienten des Allgemeinkrankenhauses haben zumeist keine alkoholspezifische Hilfe nachgefragt. Im Spiralmodell der Veränderung werden sie (im Hinblick auf eine Veränderung des Alkoholkonsums) häufig dem Stadium der Absichtslosigkeit oder dem Stadium der Absichtsbildung zuzuordnen sein. Die Motive, den gewohnten Alkoholkonsum fortzusetzen, sind in diesen Phasen besonders stark ausgeprägt. Bei vielen von ihnen ist zu Beginn der Beratung - wenn überhaupt - nur mit einer schwach ausgebildeten Änderungsmotivation zu rechnen. Vorrangige Aufgabe muß es somit sein, im Sinne des o. g. Waage-Modells (Miller & Rollnick 1991) die in Richtung einer Änderung gerichteten Motive (Nachteile des gegenwärtigen Konsums, erwartete Vorteile einer Änderung) und die in Richtung einer Beibehaltung gerichteten Motive (Vorteile des gegenwärtigen Konsums, erwartete Nachteile einer Änderung) zu ermitteln und im Hinblick auf eine Erhöhung des Bewußtseins einander gegenüberzustellen. Die in Abb. 24 aufgeführten Vorteile und Nachteile können als Leitfaden im Beratungsgespräch abgeklopft oder dem Patienten direkt zur Selbstbeobachtung übergeben werden.

Abb. 24: Vorteile und Nachteile einer Veränderung des Alkoholkonsums

☞ Nachteile der jetzigen Situation

- Gesundheitliche Schäden
- Finanzielle Abhängigkeit
- Schlechtes Vorbild für die Kinder
- Beziehungsprobleme
- Verlust der Partnerschaft
- Verschwendung von Zeit
- Gefährdung / Verlust des Arbeitsplatzes
- Verlust des Führerscheins
- Verlust von sozialem Ansehen
- Probleme im Freundeskreis / Isolation
- Hoher Kraftaufwand durch Verheimlichen
- Gefährdung / Verlust der Wohnung
- Polizeiliche / gerichtliche Probleme
- Zunahme von depressiven Stimmungen / Grübeln
- Verlust der Selbstbestimmung
-
-

☞ Vorteile einer Veränderung des Alkoholkonsums

- Mehr Zeit für die Familie
- Weniger Geldprobleme
- Zufriedenere Partnerschaft
- Besseres Lebensgefühl
- Zeit für neue Interessen / Hobbies
- Halten bzw. Wiederaufnahme einer geregelten
- Mehr Selbstbewußtsein
- Verbessertes körperlicher Zustand
- Höheres Ansehen im Freundeskreis
- Möglichkeit, neue Kontakte zu knüpfen
-
-

☞ Vorteile der jetzigen Situation

- Entspannung
- Verringerung von Angst
- Angenehme Rauschgefühle
- Soziale Kontakte / Freunde
- „Vergessen“ von Konflikten u. Streitigkeiten
- Innere Unruhe abbauen
- Sich zurückziehen / Drumherum „abschalten“
- Mutiger werden
- Weniger Langeweile
- Mehr Genuß
-
-

☞ Nachteile einer Veränderung des Alkoholkonsums

- Probleme mit Freunden/Verlust von Freunden
- Weniger Entspannung
- Mehr Angstzustände
- Zunahme von depress. Stimmungen/Grübeln
- Probleme am Arbeitsplatz (Druck mitzutrinken)
- Gefährdung d. Arbeitsplatzes wg. Abwesenheit bei stationärer Suchtbehandlung
- Alleinsein / Einsamkeit
- Weniger Genuß
-
-

„Motivation“ im Rahmen eines Interventionskonzepts im Allgemeinkrankenhaus basiert auf folgenden Grundannahmen:

- ◆ Motivation muß konkretisiert werden (z. B. als Behandlungs-Motivation, Änderungs-Motivation, Durchhalte-Motivation usw.).
- ◆ Eine derart konkretisierte Motivation unterliegt einem kontinuierlichen Veränderungsprozeß.
- ◆ In einzelnen Handlungen werden in der Regel mehrere Motive wirksam.
- ◆ Welche der verschiedenen - möglicherweise konträr bestimmten - Motive im Einzelfall wirksam werden, hängt von der jeweiligen Stärke und Vereinbarkeit und der Aussicht auf eine Erreichung des Ziels ab.

4.3 Struktur, Prozeß und Ergebnis von Früherkennung und qualifizierter Beratung

4.3.1 Zur Struktur von Früherkennung und qualifizierter Beratung

□ *Qualifikation der Stationsärztinnen und –ärzte*

Ätiologie, Symptomatik und Behandlung von Suchtmittelproblemen werden im Medizinstudium nur indirekt im Zusammenhang mit (gravierenden) körperlichen Folgeschäden gelehrt. Leicht- oder mittelgradige Folgeerscheinungen übermäßigen Alkoholkonsums werden später oft übersehen. Die Aneignung und stetige Verbesserung von Gesprächsführungskompetenzen ist dem individuellen Weiterbildungsinteresse überlassen und insgesamt mangelhaft – dies betrifft nicht nur das Gespräch mit Suchtgefährdeten oder -kranken. Das klinische Bild des „Alkoholikers“ ist schließlich oftmals geprägt durch einige wenige „spektakuläre“ Erlebnisse mit ausgesuchten Patienten (etwa während des Nachtdienstes in der Notaufnahme).

Die Stationsärztinnen und –ärzte, die an Screening, Diagnostik und Kurzintervention beteiligt sind, sollten deshalb zumindest über Grundlagenkenntnisse der Diagnostik und Behandlung von Suchtmittelproblemen verfügen. Dies im Verbund mit dem Wissen über die Effektivität von Kurzinterventionen in der medizinischen Versorgung sollte zu einer „Normalisierung“ und angemessenen Grundhaltung beitragen, die geeignet ist, die Patienten überhaupt auf dieses Thema anzusprechen und auch „unmotivierte“ Patienten für eine Problematisierung ihres Suchtmittelkonsums zu gewinnen. Idealerweise sollten die Stationsärztinnen und –ärzte die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erworben haben. Eine zweitägige Fortbildung mit übenden Anteilen sollte jedoch Mindeststandard sein, um die o. g. Voraussetzungen zu erfüllen.

□ *Fachpersonal für Durchführung von (Screening und) Diagnostik/Kurzintervention*

Sekundärprävention von Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus kann nur durch Fachpersonal sichergestellt werden. Dies betrifft die Übernahme von Screening-Aufgaben – dort, wo die Stationsärzte dies nicht gewährleisten können - sowie eine fachgerechte Diagnostik und Kurzintervention allein oder in Kooperation mit Stationspersonal. Das Fachpersonal sollte über Erfahrungen in der Arbeit mit Suchtgefährdeten und -kranken verfügen, sollte aber in der Lage sein, seine Interventionen flexibel auf ein breites Zielspektrum abzustimmen. Das Fachpersonal sollte möglichst im Krankenhaus angestellt sein. Aber auch ein fest installierter Liaisondienst einer externen Institution ist denkbar. Als Berufsgruppen kommen prinzipiell Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter in Frage. Es ist allerdings im Einzelfall zu prüfen, inwieweit berufsständische Vorbehalte eine effektive Kooperation behindern.

Pflegepersonal, das z. B. in Großbritannien derartige Aufgaben übernimmt (vgl. Leslie/Learmonth 1994), kommt wegen der strikt hierarchischen Struktur und Aufgabenverteilung in deutschen Krankenhäusern für diese Aufgaben nicht in Frage. Die Fachkraft sollte fachlich und dienstrechtlich unabhängig von Stationsärzten arbeiten.

□ *Verbindliche Kooperationsformen zwischen Fachpersonal und Stationsärzten*

Die Zusammenarbeit zwischen dem Fachpersonal und insbesondere den Stationsärzten sollte verbindlich geregelt werden. Folgende Aufgaben sind hier zu berücksichtigen:

- ◆ Verteilen der Screening-Bögen
- ◆ Einholen der Screening-Bögen und ggf. Überleitung in vertiefende Diagnostik
- ◆ Beteiligung von Ärzten an Diagnostik und Kurzintervention
- ◆ Informationstransfer nach Diagnostik und Kurzintervention von Fachpersonal zu Ärzten
- ◆ Fallberatung der Ärzte durch Fachpersonal bei eigenständiger Übernahme von Screening, Diagnostik und Kurzintervention
- ◆ Entlassungsvorbereitung beratener Patienten
- ◆ Regelmäßige gemeinsame Überprüfung zur Optimierung des Angebots
- ◆ Regelmäßige interne Fortbildungsangebote, insbesondere für neue Ärzte

Die Vereinbarungen sollten möglichst schriftlich festgehalten und vom zuständigen Oberarzt mit unterzeichnet werden, um die langfristige Kontinuität der Kooperation zu sichern.

□ *Geeignete Räumlichkeiten für Beratungsgespräche*

Stationen, auf denen ein Alkohol-Liaisondienst arbeitet, sollten über wenigstens einen Raum verfügen, der für intime Einzel- oder Angehörigengespräche geeignet ist. Wo dies nicht sicherzustellen ist, sollten Vereinbarungen getroffen werden, nach denen Arztzimmer, Untersuchungsräume oder andere Funktionsräume der Station oder einer angrenzenden Abteilung jederzeit nach Bedarf genutzt werden können. Dies erübrigt sich dort, wo der Alkohol-Liaisondienst im Krankenhaus über ein eigenes Büro verfügt.

□ *Personenunabhängige Kooperationsstrukturen mit dem psychosozial-psychiatrischen und suchtspezifischen Hilfesystem*

Das Krankenhaus als Träger eines Alkohol-Liaisondienstes sollte in regionale Kooperationsstrukturen eingebunden sein, etwa die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft oder – wo vorhanden - die Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe. Diese Kooperation sollte durch das Fachpersonal wahrgenommen werden. Fachpersonal bildet somit eine Brücke zwischen dem Sektor III (medizinisches Versorgungssystem) und den beiden anderen Sektoren (vgl. Kap. 1) und hebt die „Versäulung“ der Systeme tendenziell auf.

□ Schriftliches Informationsmaterial

Für Beratungsgespräche mit den Patienten sollten dem Fachpersonal bzw. den Stationsärztinnen eine Reihe von schriftlichen Informationen zur Verfügung stehen. Insbesondere sind dies:

- ◆ Adressen und Telefonnummern regionaler Anbieter der Suchtkrankenhilfe
- ◆ Informationsblätter über Verträglichkeitsgrenzen (s. o.)
- ◆ Arbeitsblätter zu Vorteilen und Nachteilen des Alkoholkonsums (s. o.)
- ◆ Arbeitsblätter mit Trinktagebüchern (s. o.)
- ◆ Selbsthilfemanual zur Vorbereitung und Einleitung konkreter Veränderungsschritte (z. B. Health Education Board for Scotland 1994 oder Kremer/Dormann/Badke 1997)

4.3.2 Zum Prozeß von Früherkennung und qualifizierter Beratung

□ *Systematisches Screening*

Um eine möglichst breite Zielgruppe – riskant gebrauchende, schädlich gebrauchende und abhängige Patienten - zu erreichen, bedarf es eines systematischen Screenings. Die zu erwartende Größe der Zielgruppe insbesondere auf inneren und chirurgischen Stationen rechtfertigt den zeitlichen Aufwand von etwa 5 Minuten pro Patient. Polte u. a. (1999) ermittelten als effektivste Methode der (Früh-)Erkennung eine Kombination aus Fragebögen – in diesem Falle CAGE (Ewing 1984) und Short MAST (Selzer/Vinokur/Rooijen 1975) – und klinischer Diagnostik. Für Fragebogen-Screenings zur Selbstbeantwortung durch die Patienten bietet sich der Lübecker Alkoholmißbrauch und -abhängigkeits-Screening-Test LAST an, der eine validierte und effektive Auswahl von Fragen des CAGE und S-MAST enthält. Er wird von den Patienten verstanden und akzeptiert, erfaßt alle relevanten Zielgruppen und hat sich in der vorliegenden Erprobung als geeignete Grundlage eines weiterführenden diagnostisch-therapeutischen Gesprächs erwiesen. Die Stationsärztinnen und –ärzte sollten den Bogen routinemäßig unmittelbar im Anschluß an die Aufnahmeuntersuchung bzw. das Aufnahmegespräch überreichen und nach angemessener Zeit persönlich wieder abholen. Wenn die Stationsärztinnen und –ärzte für das Screening nicht zu gewinnen sind, sollte Fachpersonal damit beauftragt werden. Dieses sollte spätestens am Tag nach der Aufnahme jeden neu aufgenommenen Patienten mit dem LAST befragt haben. Grundsätzlich sollte deutlich gemacht werden, daß diese Befragung Teil der Aufnahmeroutine ist und nicht etwa einem Verdacht auf ein Alkoholproblem entspringt.

Eine konsequente Früherkennung setzt voraus, daß mögliche Alkoholprobleme ohne Vorselektion systematisch identifiziert werden. Der weitestgehende Fall sieht vor,

daß alle Patienten, die neu aufgenommen wurden, in Richtung einer Alkoholproblematik befragt werden. Andere Systematiken könnten Teilgruppen von Patienten betreffen:

- ◆ Alle Männer (da Männer von Alkoholproblemen wesentlich häufiger betroffen sind)
- ◆ Alle Patienten der Altersgruppe 20 bis 60 Jahre (da hier die weitaus größte Anzahl der alkoholgefährdeten und –abhängigen Patienten zu finden ist)
- ◆ Alle männlichen Patienten bis zum Alter von 30 Jahren (Altersgrenze willkürlich, aber Schwerpunkt Früherkennung) sowie alle Frauen (da insbesondere Frauen auf Kurzinterventionsansätze ansprechen)
- ◆ ...

Weitere Systematiken sind denkbar und hängen im wesentlichen von den personellen Ressourcen des Krankenhauses ab.

□ *Alkoholbezogene Anamnese / Differenzierte biopsychosoziale Diagnostik*

Grundsätzlich sollte eine differenzierte Alkoholanamnese wegen der Fülle alkoholinduzierter Organschäden zu den Standards eines jeden Aufnahmegesprächs im Krankenhaus gehören. Hier sollte nach Art, Umfang und Dauer des Alkoholkonsums sowie nach aktuellen oder zurückliegenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgeproblemen gefragt werden. Der Arzt sollte sich auf die Frage: „Wieviel Alkohol trinken Sie?“ nicht mit einem „Normal!“ zufrieden geben, sondern versuchen, die exakte Trinkmenge sowie etwaige Trinkexzesse zu ermitteln.

Schmidt (1993) fordert, daß ...

... Klagen über Unruhezustände, Schweißausbrüche, feuchte Hände und Tremor der Hände, über Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Schlafstörungen und Leistungsabfall, über Appetitlosigkeit, Magen-Darm-Störungen, Völlegefühl im Oberbauch, morgendliche Übelkeit und gehäufte Durchfälle, aber auch über Sensibilitätsstörungen, Unlustgefühle, depressive Verstimmungen und Störungen der sexuellen Potenz ...

den Arzt immer veranlassen sollten, einen Alkoholmißbrauch bzw. eine Abhängigkeit als Ursache differentialdiagnostisch auszuschließen.

Zur Absicherung eines positiven Alkohol-Screenings (im LAST ≥ 2 auffällige Antworten) sind unbedingt die konkreten aktuellen Trinkgewohnheiten, Trinkmengen und Trinkexzesse abzufragen. In diesem Zusammenhang sind die Kriterien für Schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit (ICD-10) sowie die Verträglichkeitsgrenzen für einen Riskanten Gebrauch zu überprüfen. In die Diagnostik sollten Fragen nach Verhaltensänderungen der letzten Zeit (etwa verminderte emotionale Kontrolle, zunehmende Ausweichtendenzen, Abnahme des Durchhaltevermögens [nach Schmidt 1993]) sowie schon eingetretenen sozialen Folgeproblemen (etwa familiäre Konflikte, Probleme am Arbeitsplatz, Verlust des Führerscheins) eingehen. Bei einer

fortgeschrittenen Alkoholproblematik finden sich mittels Labordiagnostik in der Regel pathologische Blutwerte (etwa γ -GT, SGOT, SGPT, MCV), die mit den Angaben aus dem Diagnosegespräch abgeglichen werden sollten. Grundsätzlich sind pathologische Blutwerte allein keine validen und differenzierten „Marker“ eines aktuellen Alkoholproblems.

Weitere Fragebogen-Tests zur Diagnostik eines Alkoholproblems sind nicht zu empfehlen, da sie nur unbefriedigend zwischen riskantem Gebrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit differenzieren (wie etwa der MALT von Feuerlein/Küfner/Ringer/Antons 1977).

Eine derart differenzierte Diagnostik führt zu einer sicheren Beurteilung, ob ein Alkoholproblem vorliegt und - wenn ja - welchem Schweregrad es zuzuordnen ist.

□ *Interventionen I: Information und Aufklärung*

Liegt ein Alkoholproblem vor, so besteht der erste Interventionsschritt darin, den Patienten über die Ergebnisse der Diagnostik zu informieren. Dazu gehören:

1. Eine Einordnung der Trinkmengen in eine Verträglichkeitsskala (s. o.),
2. die Herstellung eines Bezuges zwischen Trinkverhalten und Kriterien des schädlichen Gebrauchs und der Abhängigkeit,
3. eine daraus resultierende zusammenfassende Diagnose,
4. eine möglichst realistische Einschätzung der Risiken einer Beibehaltung des aktuellen Trinkverhaltens (Prognose) sowie
5. eine Zusammenfassung von Aussagen und Hinweisen zur Veränderungsmotivation.

Dies sollte in einer sachlichen und wertfreien Atmosphäre geschehen und von dem Bemühen geleitet sein, die wesentlichen Informationen in einer dem Patienten verständlichen Form zu vermitteln. Werte sollten nicht nur präsentiert, sondern im Vergleich zu Normwerten dargestellt werden. Auf das Ausüben von „Druck“ („Sie haben jetzt nur noch eine Chance!“ o. ä.) und das Heraufbeschwören von „Schreckensbildern“ („Sie werden nochmal in der Gosse landen und um Hilfe betteln!“ o. ä.) sollte wegen der Gefahr der Induzierung von Widerstand verzichtet werden.

Im Anschluß an diese Informationen sollten die Reaktionen der Patienten erfragt werden („Ist es das, was Sie erwartet haben?“, „Was denken Sie über die Resultate?“, „Wie geht es Ihnen jetzt?“). Nonverbale Reaktionen der Patienten können aufgegriffen werden. In vielen Fällen - insbesondere bei den „früh erkannten“ Patienten - sollte man auf starke emotionale Reaktionen gefaßt sein.

Die Reaktionen der Patienten auf diese Informationen geben in der Regel Aufschluß über ihr Interesse an einer Veränderung des Suchtmittelkonsums. Die daraus abgeleitete Einschätzung des Grades der Veränderungsmotivation stellt die Basis aller

folgenden Interventionsschritte dar. Bei Patienten, die dem Stadium der Absichtslosigkeit zuzuordnen sind, also keinerlei Veränderungsinteresse äußern, kann dieser Interventionsschritt allerdings der einzige sein.

□ *Interventionen II: Erarbeitung konkreter Ziele und Strategien im Hinblick auf die Veränderung des Trinkverhaltens*

Sind im Zuge des Diagnose- und Rückmeldungsprozesses auf seiten des Patienten Anzeichen eines Veränderungsinteresses deutlich geworden, so sollte jetzt ein Prozeß der Zielfindung und des Abwägens von Veränderungsalternativen beginnen.

Bei der Zielfindung sollten nach Beck et al. (1997) drei grundlegende Aspekte beachtet werden:

1. Therapieziele immer zusammen mit dem Patienten bestimmen.
2. Ziele im Zusammenhang mit Abstinenz (resp. Konsumreduktion, GK) formulieren.
3. Konkrete, meßbare und verhaltensbezogene Ziele aufstellen.

Körkel (1999) spricht von der prinzipiellen „Zieloffenheit“ im Behandlungsprozeß und verlangt von professionellen Helfern eine Überprüfung ihrer eigenen Grundhaltung:

Um zieloffen in einen Dialog mit Menschen treten zu können, die durch Alkoholkonsum in Probleme ... geraten sind, ist es vorteilhaft, eigene Werthaltungen und Normorientierungen zu reflektieren und sie KlientInnen nicht ‚überzustülpen‘. Im einzelnen scheinen dafür die folgenden Voraussetzungen günstig zu sein:

- ◆ Interesse am anderen Menschen (...)
- ◆ Neugierde (...)
- ◆ Bescheidenheit (...)
- ◆ Unterstützungsbereitschaft (...)
- ◆ Verzicht auf Sanktionsmacht (...)

In derselben Arbeitsgruppe wurde das Konzept eines Zielabklärungsprozesses entwickelt, der sich in 10 Teilschritte gliedert (verkürzt aus Körkel & Schindler 1999):

1. Identifikation von potentiellen Problemfeldern und jeweiligen Veränderungszielen
2. Erstellen einer Rangfolge
3. Beschäftigung mit dem ranghöchsten Ziel
4. Exploration von Veränderungsmotiven
5. Exploration und Diskussion von Motiven, die gegen eine Veränderung sprechen
6. Auseinandersetzung mit alternativen Zielen
7. Resümee der Zieldiskussionen und Festlegung auf ein Ziel
8. Planung einzelner Veränderungsschritte
9. Durchführung und Überprüfung der Veränderungsmaßnahmen
10. Schritte 3-9 mit den rangniederen Zielen

Der Zielabklärungsprozeß im Allgemeinkrankenhaus sollte zumindest die Schritte 1 – 8 beinhalten. Die Schritte 9 und 10 sind vom Patienten (in der Regel nach der Entlassung) in Eigenverantwortung – gegebenenfalls mit Unterstützung anderer professioneller Helfer - zu übernehmen.

Berg & Miller (1995) diskutieren die Zielfindung aus inhaltlicher Sicht und beschreiben sieben Eigenschaften „wohlgestalteter Ziele“:

1. Ziele sollen bedeutsam für den Klienten sein.

Das Behandlungsziel muß dem Klienten wichtig sein, und der Klient muß es als für sich persönlich förderlich ansehen, dieses Ziel zu erreichen. Wenn das Behandlungsziel dem Klienten wichtig ist, wird es sehr viel wahrscheinlicher, daß er sich auch dafür einsetzt.

2. Ziele sollen klein sein.

Die Ziele, die der Klient sich setzt, müssen klein genug sein, daß er sie auch erreichen kann. Diese Eigenschaft spiegelt sich wider in dem alten Wahlspruch der Anonymen Alkoholiker: ‚Immer nur ein Tag.‘ Klienten haben eher Erfolg, wenn die Therapieziele klein sind.

3. Ziele sollen konkret, präzise und verhaltensbezogen sein.

Ziele wie „mein Leben in den Griff bekommen“ und „glücklich sein“ gelten als nicht „wohlgestaltet“, weil sie in unpräzisen Worten ausgedrückt sind; sie sind zu vage. ... Einige Ziele, die unsere Klienten in genauen, konkreten und verhaltensbezogenen Ausdrücken formuliert haben, waren beispielsweise: ... am Montagmorgen pünktlich zur Arbeit zu kommen; zwei Bier anstatt fünf zu trinken; am Freitagabend, wenn man mit Freunden ausgeht, nichts zu trinken ...

4. Ziele sollen eher das Vorhandensein als die Abwesenheit von etwas zum Ausdruck bringen.

Ziele müssen in einer positiven, die Aktivität fördernden Sprache über das, was der Klient tun wird, und nicht über das, was er nicht tun wird, formuliert werden.

5. Ziele sollen eher einen Anfang als ein Ende beschreiben.

Das alte Sprichwort „Eine Reise von tausend Meilen beginnt mit dem ersten Schritt“ will sagen, daß wir unser Ziel, wie groß oder komplex es auch sein mag, erreichen können, wenn wir uns mehr darauf konzentrieren, mit der Reise zu beginnen, als darauf, was schließlich bei ihr herauskommt.

6. Ziele sollen im Lebenskontext des Klienten realistisch und erreichbar sein.

Wir sind uns dessen bewußt, daß viele Problemtrinker den Ruf haben, grandiose Versprechen zu machen, die sie häufig nicht halten. Wir glauben jedoch, daß dieser schlechte Ruf in hohem Maße auf die unrealistischen und unerreichbaren Ziele zurückzuführen ist, die professionelle Helfer bisher aufgestellt haben (z. B. lebenslange Abstinenz usw.), und nicht auf eine negative Eigenschaft, die der Population der Problemtrinker anhaftet.

7. Ziele erreichen ist „harte Arbeit“.

Den meisten Problemtrinkern ist wiederholt gesagt worden, daß das, was sie tun müssen, sehr einfach sei, wenn sie es nur täten. So zum Beispiel müßten sie ‚einfach nur nein sagen‘, ‚nur jeweils einen Tag auf einmal leben‘ oder ‚sich ans Programm halten‘ usw. Solche Aussagen sind bestenfalls respektlos, weil sie unterschätzen, wie schwierig es für Problemtrinker sein kann, solche Lösungen in die Praxis umzusetzen. ... Wird das Ziel ... als ‚schwierig‘ beschrieben, als eines, das ‚harte Arbeit‘ mit sich bringt, dann ist der Klient gezwungen, für die Erreichung seines Ziels innerlich Verantwortung zu übernehmen, während er gleichzeitig im Fall des Mißlingens eine Möglichkeit hat, das Gefühl für seine Selbstachtung nicht zu verlieren.

Im Verlaufe einer derart geführten Diskussion von Veränderungszielen und –strategien lassen sich häufig zwei Aspekte deutlich herausarbeiten:

1. *Das Ausmaß des Veränderungsinteresses des Patienten selbst:* je konkreter die Zieldiskussion verläuft, desto deutlicher werden die realen Konsequenzen für den

Lebensalltag des Patienten „spürbar“. Am Ausmaß des aufsteigenden Widerstands läßt sich dann die Stärke des Veränderungsinteresses ablesen.

2. Der Einfluß von Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen auf Zielfindung und Veränderungsstrategien des Patienten: Aufkommender Widerstand während der Zieldiskussion läßt sich häufig darauf zurückführen, daß ein möglicher Veränderungsprozeß in einem sozialen Umfeld angesiedelt ist, das im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum des Patienten nicht frei von Spannungen und vielfältigen – durchaus widersprüchlichen – Interessen ist. So ist es z. B. denkbar, daß eine geplante Veränderung – etwa künftig *weniger Alkohol zu trinken* – von der Partnerin nicht mitgetragen wird, weil diese stattdessen möchte, daß der Patient ab sofort abstinent lebt. Eine andere Problemstellung könnte sich daraus ergeben, daß ein Veränderungsvorschlag nur deshalb nicht angenommen werden kann, weil er schon seit Jahren vom Partner ganz genauso formuliert wurde und nun aus einem Autonomiebedürfnis heraus abgelehnt werden muß. In einer aktuellen Arbeit des Autors (Kremer 2000) finden sich ausführliche Erläuterungen zum Einbezug von Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen in Beratungsgesprächen:

Grundsätzlich gilt, daß der Patient der erste Kommunikationspartner des Arztes ist. Ohne seine Zustimmung und seinen Willen findet Behandlung in der Regel nicht statt. Der Einbezug von Angehörigen und wichtigen anderen Bezugspersonen (im folgenden kurz: Angehörigen) kann allerdings für den Veränderungsprozeß des Patienten sehr förderlich sein. Erfolgreiche Veränderungsversuche werden häufig von Angehörigen mitgetragen und unterstützt. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, in jedem Fall über einen Einbezug von Angehörigen nachzudenken. Dies bedeutet allerdings nicht, daß ein Einbezug in jedem Fall angezeigt ist. Manchmal ist er sogar kontraindiziert.

Angehörige und wichtige Bezugspersonen sind häufig von der Suchterkrankung bzw. dem Mißbrauch mitbetroffen. Partner, Kinder und Arbeitskollegen (vor allem im Falle von Problemen mit Alkohol) sowie Eltern, andere Familienangehörige und Freunde (im Falle von Problemen mit illegalen Drogen) wenden sich häufig an den Arzt und bitten ihn um Unterstützung. Sie bitten ihn um Informationen, fordern ihn oft aber auch mehr oder weniger direkt auf, den Betroffenen „trocken zu legen“ oder „gründlich umzukrempeln“ o. ä. „Besonders dann, wenn der Partner den Klienten gedrängt hat, Hilfe anzunehmen, kann es zunächst sinnvoll sein, sich mit dem Klienten allein zu treffen, um eine Atmosphäre des Vertrauens und der Unterstützung zu schaffen“ (Miller & Rollnick, ebd.). Zunächst gilt es also, die Interessen des Patienten deutlich von denen seiner Angehörigen zu unterscheiden.

Eine weitere Differenzierung besteht darin, die Motivationsdynamik zwischen Patient und Angehörigen im Hinblick auf eine Veränderung der Suchtmittelproblematik zu ermitteln. Diese Ermittlung sollte sich auf Beobachtungen der Kommunikation stützen. Der Arzt sollte z. B. darauf achten, ...

... ob der Patient konkrete Veränderungsabsichten äußert und darin von seinen Angehörigen unterstützt wird,

... ob der Patient Problemlösungen berichtet bzw. vorschlägt und die Angehörigen darauf eher konstruktiv reagieren, und

... ob die Angehörigen für den Fall einer Veränderung bereit wären, ihre Lebensführung teilweise umzustellen, wenn dies den Patienten unterstützen würde.

Im Hinblick auf eine Veränderung ergeben sich aus solchen Beobachtungen vier prinzipielle Fälle der Motivationsverteilung zwischen Patient und Angehörigen:

Fall 1: Patient eher veränderungsmotiviert, Angehörige ebenso.

Fall 2: Patient eher veränderungsmotiviert, Angehörige eher nicht.

Fall 3: Angehörige eher veränderungsmotiviert, Patient eher nicht.

Fall 4: Patient und Angehörige eher nicht veränderungsmotiviert.

Für die Gesprächsführung unter Einbezug von Angehörigen gelten grundsätzlich dieselben Prinzipien und Strategien wie für die Gesprächsführung mit dem Patienten allein.

Fall 1 verlangt vom Arzt Informationen über Hilfsangebote, über alternative Veränderungswege und positive Veränderungsmodelle. Der Arzt sollte Patient und Angehörige ermutigen, den eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen, und versuchen, die Ressourcen der Beziehung konstruktiv zu nutzen. Es sollten gemeinsame Behandlungsziele und gemeinsam getragene konkrete Veränderungsschritte formuliert werden.

Im *Fall 2* muß der Arzt herausfinden, ob die widerstrebende Haltung des Angehörigen ein unverrückbares Hindernis auf dem Veränderungsweg des Patienten darstellt oder aber als Quelle von wichtigen ambivalenten Einstellungen (auch des Patienten) in den Beratungsprozeß integriert werden kann. Letzteres stärkt den Klärungs- und Veränderungsprozeß, ersteres zwingt Arzt und Patient zu einer Entscheidung, ob die Behandlung ohne den Angehörigen weitergeführt oder aber abgebrochen werden muß. Führt der Patient die Behandlung ohne den Angehörigen weiter, so muß der Widerstand des Angehörigen bei jeder Vereinbarung konkreter Veränderungsschritte mitbedacht werden.

Fall 3 ist eine grundsätzlich schwierige Situation. Handelt es sich bei der Beziehung zwischen Patient und Angehörigen um eine stabile und beiderseitig als zufriedenstellend erlebte, dann kann eine vom Arzt eingeholte Rückmeldung des Angehörigen über (problematische) Konsumgewohnheiten des Patienten dessen Motivation zur Veränderung positiv beeinflussen. Dies kann auch erreicht werden, indem der Arzt den Angehörigen zu alternativen Lösungsvorschlägen befragt. Hier muß man allerdings behutsam vorgehen, um dem Patienten nicht das Gefühl zu geben, zwei Gegner zu haben, die ihn in die Enge führen. Im Gespräch mit einem alkohollabhängigen Mann (zögerlich) und seiner Ehefrau (auf Veränderung drängend) könnte der Arzt sagen: „Ich kann mir vorstellen, daß es frustrierend ist, wenn so wenig Übereinstimmung zwischen Ihnen und Ihrem Mann darüber besteht, wie es denn nun weitergehen soll. Sie haben jetzt verschiedene Möglichkeiten. Eine ist, Sie [Ehefrau, GK] kommen auch weiterhin gemeinsam zur Behandlung und sprechen über das Trinken und seine Folgen - ein Weg, der im Moment nicht viel Erfolg verspricht, oder? Eine andere Möglichkeit ist, Sie widmen Ihre Energien sich selbst bzw. dem Rest der Familie, und Ihr Mann bestimmt allein, was er in bezug auf das Trinken unternehmen will“ (nach Miller & Rollnick, ebd.). Handelt es sich um eine angespannte oder instabile Beziehung, dann sollte der Arzt das alleinige Gespräch mit dem Patienten suchen. Es kann in diesem Fall sinnvoll sein, dem Angehörigen ein Unterstützungsangebot zu machen (etwa Informationen über Selbsthilfegruppen für Angehörige geben). Zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Interessen des Patienten hinreichend gewürdigt wurden und sich ein wachsendes Interesse an einer Veränderung abzeichnet, kann ein gemeinsames Gespräch mit dem Angehörigen wiederum unterstützend wirken.

Im *Fall 4* sollte der Arzt seine Rolle darauf beschränken, Patient und Angehörigen eine Rückmeldung über objektive Befunde zu geben. Wenn die Kommunikation zwischen Patient und Angehörigem sehr destruktiv erscheint, sollte der Arzt allgemeine Informationen über Belastungen von Beziehungen in Folge chronischer Krankheiten geben und so versuchen, beide Beziehungspartner zu entlasten. Er kann versuchen, die mangelnde Veränderungsabsicht beider Partner durch Informationen über alternative Veränderungsmöglichkeiten und eine Hierar-

chisierung der Ziele neu zu beleuchten. Er sollte allerdings nicht auf Veränderung drängen. Dies würde eher den Widerstand beider Partner provozieren. Wenn der Arzt den Eindruck hat, daß Patient und Angehöriger die Probleme und möglichen Lösungen unterschiedlich einschätzen, sollte er unbedingt einen alleinigen Termin mit dem Patienten ausmachen, um den (manchmal nur scheinbaren) Mangel an Veränderungsabsicht im Einzelkontakt abzusichern. Im Falle von (Ehe-)Partnerschaften gilt folgender Grundsatz: Wenn die Patienten zögern, ihre Partnerinnen (oder umgekehrt) in die Behandlung mit einzubeziehen, sollte der Arzt zunächst einmal die erwarteten Vor- und Nachteile des Einbezugs ermitteln. Wenn sich dabei herausstellt, daß die erwarteten Nachteile für die Patienten überwiegen, sollte nicht weiter auf einem Einbezug insistiert werden. In vielen Fällen entwickelt sich erst im Laufe der Behandlung die Bereitschaft, gemeinsam mit den Partnern an einer Veränderung zu arbeiten.

Im Allgemeinkrankenhaus wird der unmittelbare Einbezug von Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen die Ausnahme darstellen. Die Diskussion mit dem Patienten über die jeweilige Rolle und die Zielvorstellungen von Angehörigen sollte allerdings Bestandteil eines gelungenen Beratungsgesprächs sein.

□ *Interventionen III: Vermittlung in fachspezifische Einrichtungen*

Bei allen alkoholabhängigen, aber auch bei einigen schädlich gebrauchenden Konsumenten, muß es Teil des Beratungsgesprächs sein, Informationen über weiterführende bzw. fachspezifische Hilfen zu geben. Diese sind je nach Region unterschiedlich ausgestaltet. Grundsätzlich sind darunter folgende Angebote zu fassen:

- ⇒ Psychiatrische Kliniken/Abteilungen
Stationäre, teilstationäre, ambulante Behandlungsangebote
- ⇒ Suchtberatungsstellen
Beratung, langfristige Begleitung, ambulante Rehabilitation
- ⇒ Selbsthilfegruppen
- ⇒ Komplementäre Angebote
Kontaktzentren, Alkoholfreie Treffpunkte, Betreutes Wohnen ...
- ⇒ Angebote in Krisensituationen
Z. B. Krisendienst der Stadt/Region

Die Patienten sollten zum einen über die jeweiligen Spezifika der Hilfsangebote informiert werden und zum anderen eine Einschätzung darüber erhalten, welches Angebot für sie persönlich geeignet sein könnte.

Für einige Angebote lassen sich Indikationskriterien formulieren:

- ◆ *Stationärer qualifizierter Entzug*
 - Schwierigkeiten, Abstinenz im Krankenhaus aufrecht zu erhalten
 - Weitergehendes Interesse an einer Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik
 - Anamnestisch bekannte schwere Entzüge (Krampfanfälle, Halluzinationen, Delirien)

- Mehrfachabhängigkeit
- Suizidalität
- ♦ *Teilstationäre / ambulante qualifizierte Weiterführung des begonnenen Entzugs*
 - Relativ problemlose Aufrechterhaltung der Abstinenz im Krankenhaus
 - Stabile Wohnsituation
 - Verlässliche soziale Kontakte
 - Keine schweren Entzüge bekannt
 - Keine ernsthaften somatischen Erkrankungen bekannt
 - Nicht mehrfach abhängig
- ♦ *Beratung*
 - Interesse an / Notwendigkeit einer kontinuierlichen Beratung
 - Überlegungen hinsichtlich einer stationären oder ambulanten Reha-Maßnahme
 - Soziale Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum
- ♦ *Selbsthilfe*
 - Wunsch, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen
 - (Drohende) Soziale Isolation
 - Klarer Abstinenzwunsch

Die Bandbreite komplementärer Angebote läßt es nicht sinnvoll erscheinen, Indikationskriterien zu formulieren. Einige dieser Angebote (etwa Betreutes Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen) erfordern eine intensive (auch formelle) Vorbereitung und sind daher in der Regel nur mit Hilfe von Suchtberatern zu initiieren. Andere jedoch (wie z. B. Kontaktzentren, Alkoholfreie Treffpunkte) können im Alltag von Patienten, die eine partielle Abstinenz anstreben und von sozialen Kontakten profitieren wollen, eine wertvolle Funktion einnehmen. Entsprechende Informationen sollten deshalb vorgehalten werden.

Grundsätzlich gilt, daß das Interesse des Patienten selbst eine ausreichende Indikation für jede weiterführende Hilfe darstellt. Die hier aufgeführten Indikationskriterien dienen vor allem dazu, dem Berater Strukturierungshilfen an die Hand zu geben und somit den Beratungsprozeß zu optimieren.

Patienten, die im Anschluß an den Krankenhausaufenthalt keine weiterführende Hilfe in Anspruch nehmen wollen, sollten in jedem Fall über den Nutzen eines „Krisenplans“ informiert werden. Dieser sollte persönliche Strategien zur Krisenbewältigung, aber auch (sofern vorhanden) die Telefonnummer des örtlichen Krisendienstes enthalten.

4.3.3 Zum Ergebnis von Früherkennung und qualifizierter Beratung

Grundsätzlich sollte die Beratungsarbeit im Allgemeinkrankenhaus auf ihre Effektivität hin überprüft werden. Zu unterscheiden sind Erhebungen der Ergebnisqualität, die die Arbeit des Fachpersonals im einzelnen Krankenhaus evaluieren, von solchen, die die Auswirkungen auf die kommunale, regionale oder landesweite Gesundheitsversorgung evaluieren. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll ausschließlich die Ergebnisqualität in bezug auf das einzelne Krankenhaus diskutiert werden.

Ergebnisqualität läßt sich zum einen im Rahmen der laufenden Arbeit überprüfen, zum andern im Rahmen von Katamnesen.

Im Rahmen der laufenden Arbeit können mindestens drei Aspekte evaluiert werden:

1. *Raten falsch-positiver Screening-Befunde und Diagnosen*

Falsch-positive Screening-Ergebnisse geben Aufschluß über die Spezifität des gewählten Screening-Ansatzes. Beim Einsatz eines Screening-Instruments (CAGE, LAST etc.) ist davon auszugehen, daß bis zu 25% der positiven Ergebnisse falsch positive Ergebnisse sind. Eine Rate, die deutlich darüber liegt, sollte Anlaß sein, den gewählten Ansatz in Frage zu stellen.

Falsch-positive Befunde lassen sich in der Regel durch einige gezielte Fragen im vertiefenden diagnostischen Gespräch ermitteln.

2. *Raten falsch-negativer Screening-Befunde und Diagnosen*

Falsch-negative Screening-Ergebnisse geben Aufschluß über die Sensitivität des gewählten Screening-Ansatzes. Beim Einsatz eines Screening-Instruments (CAGE, LAST etc.) ist davon auszugehen, daß ca. 80% der problematisch konsumierenden erkannt werden. Auf inneren und chirurgischen Stationen sollte der Anteil der Patienten, die ein Alkoholproblem aufweisen, an den gesamt erfaßten Patienten (bezogen auf die Altersgruppe der 18-65jährigen) mindestens 10% betragen. Eine Rate, die deutlich darunter liegt, sollte Anlaß sein, den gewählten Ansatz in Frage zu stellen.

Falsch-negative Befunde lassen sich in der Regel nur durch zusätzliche „externe“ Informationen wie z. B. Informationen des medizinischen Personals zu somatischen Folgeproblemen oder klinischen Auffälligkeiten ermitteln.

3. *Wiederaufnahmen bei alkoholassozierten Erkrankungen*

Patienten, die im Erstkontakt ein alkoholassoziertes somatisches Problem aufwiesen, das zur Einweisung ins Krankenhaus führte, und eine alkoholspezifische Beratung erhielten, können bei Wiederaufnahme auf die Einweisungsursache hin überprüft werden. Findet sich hier erneut ein alkoholassoziertes somatisches Problem, so *kann* dies als Mißerfolg der Beratung interpretiert werden. Beratungsansatz und -inhalt sind im Hinblick auf den konkreten Patienten zu überprüfen.

Die Interpretation einer alkoholbedingten Wiederaufnahme als Mißerfolg der Beratung sollte allerdings sorgfältig kontrolliert werden. Beratungsinhalte, konkrete Veränderungsziele und Einschätzungen des Veränderungsinteresses zum Ende der Be-

ratung müssen in die Interpretation einbezogen werden. Dies verlangt allerdings eine sorgfältige Dokumentation eines jeden Beratungsgesprächs.

Im Rahmen von Katamnesen können unter bestimmten Voraussetzungen mindestens vier Aspekte evaluiert werden:

1. *Informiertheit der Patienten bezüglich Befund/Diagnose*

Inwieweit sind den Patienten auch nach Ablauf eines Katamnesezeitraums die Inhalte des Beratungsgesprächs bewusst? Können sie Befunde, Diagnosen, Risiken und evtl. konkrete Veränderungsabsichten noch replizieren?

2. *Veränderung des Alkohol-Konsumverhaltens (Häufigkeit/Menge)*

Wie häufig trinken die Patienten wieviel Alkohol? Wie häufig kommt es zu Trinkexzessen, sprich übermäßigem Konsum bis hin zum Rauschtrinken?

Die Erhebungsmethode muß sich nach der Erhebungsmethode der Diagnostik im Krankenhaus richten. In Bezug auf die durchschnittliche Trinkmenge stehen grundsätzlich zwei Erhebungsmethoden zur Auswahl:

a) *Quantity-Frequency-Methode*: Trinkmenge und Häufigkeit eines durchschnittlichen Trinktags werden ermittelt und auf eine Woche oder einen Monat hochgerechnet.

b) *Time-Line-Methode*: die Trinkmenge eines jeden einzelnen Tags der letzten Woche oder des letzten Monats wird rekonstruiert.

Die Time-Line-Methode ist zu empfehlen. Zwar ist sie etwas aufwendiger, ermittelt allerdings validere Angaben über den tatsächlichen Alkoholkonsum.

Zusätzlich können Angaben von Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen eingeholt werden.

3. *Inanspruchnahme weiterführender Beratungs-/Behandlungsangebote (Drop-out-Rate bei Überweisungen/Vermittlungen)*

Wieviele Patienten haben im Katamnesezeitraum eine weiterführende fachspezifische Hilfe (s. o.) in Anspruch genommen? Wieviele Patienten, mit denen eine Aufnahme entsprechender Kontakte vereinbart worden waren, haben diese nicht wahrgenommen? Unterscheidet sich die Rate der Inanspruchnahme im Katamnesezeitraum von der entsprechenden Rate vor Krankenhausbehandlung?

Für diesen Aspekt ist es notwendig, die Befragung/Diagnostik im Krankenhaus auf den zu erwartenden Katamnesezeitraum abzustimmen. Nur dann ergeben sich Vergleichsmöglichkeiten.

4. *Verringerung der Morbidität und Mortalität*

Krankenschreibungstage, Krankenhausaufenthaltstage und Sterberate sind die „harten“ Meßwerte, um einen möglichen Einfluß der Beratung im Krankenhaus zu belegen.

Es gilt zu berücksichtigen, daß signifikante Effekte nach Kurzinterventionen in der Regel nicht nach einem Jahr zu beobachten sind. Diese Meßwerte sind somit nur

dann in die Ermittlung der Ergebnisqualität einzubeziehen, wenn längere Katamnesezeiträume beabsichtigt sind.

Auch hier gilt, daß die Länge des zu erwartenden Katamnesezeitraums bei der Befragung/Diagnostik im Krankenhaus berücksichtigt werden muß.

Schließlich soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, daß im Rahmen groß angelegter, kommunaler, regelmäßig durchgeführter Erhebungen die Reduzierung der direkten und indirekten alkoholbedingten Gesundheitskosten (Behandlung, Krankengeld, Lohnfortzahlung, Berentung etc.; s. o. Kap. 1) erhoben werden kann. Dies läßt Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität des alkoholspezifischen Beratungsangebots im Allgemeinkrankenhaus zu, wenn z. B. alle internistischen und chirurgischen Abteilungen aller Krankenhäuser einer Region ein solches Angebot konsequent und kontinuierlich vorhalten.

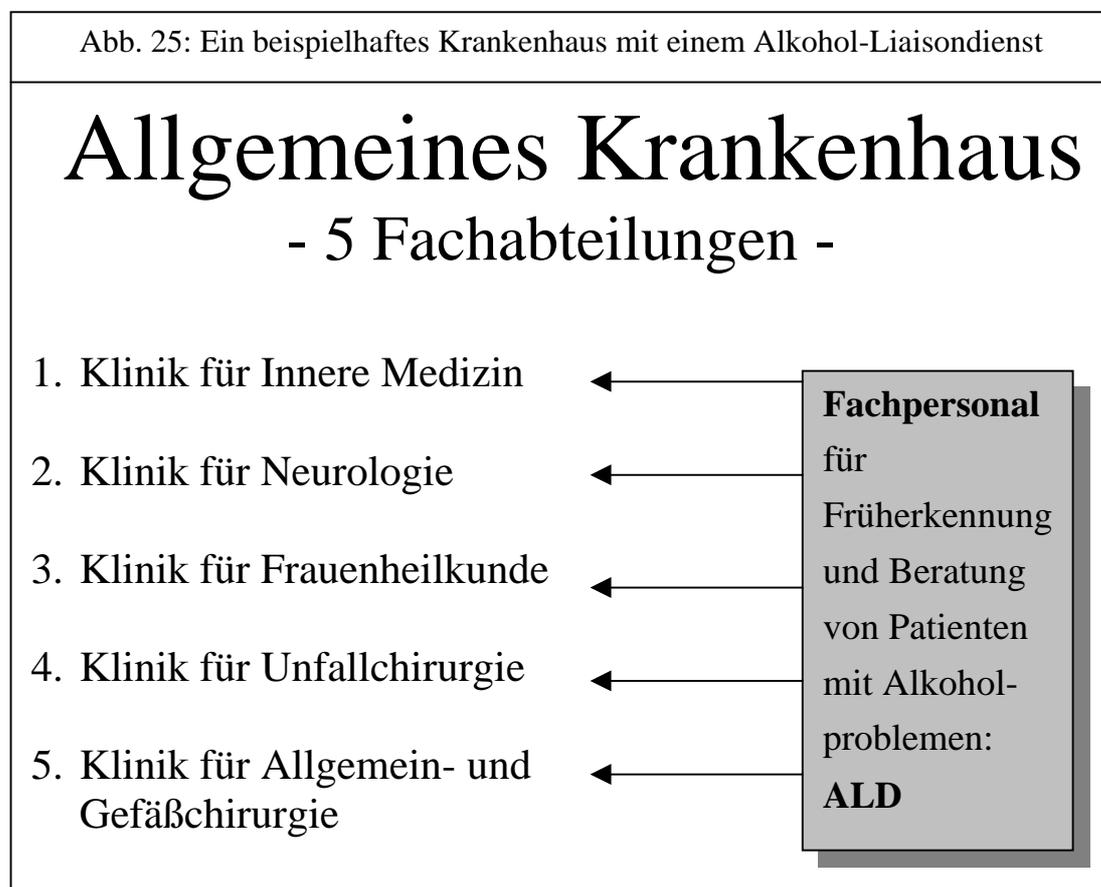
5. Praktische Umsetzung

5.1 Früherkennung und qualifizierte Beratung im Allgemeinkrankenhaus

Die Notwendigkeit der Integration eines alkoholbezogenen Beratungsdienstes im allgemeinen Krankenhaus konnte durch die vorliegende Untersuchung hinreichend nachgewiesen werden. Das im Rahmen der Untersuchung verwandte Früherkennungs- und Beratungskonzept wurde unter Hinzuziehung anderer psychologischer Beratungskonzepte überprüft und erweitert.

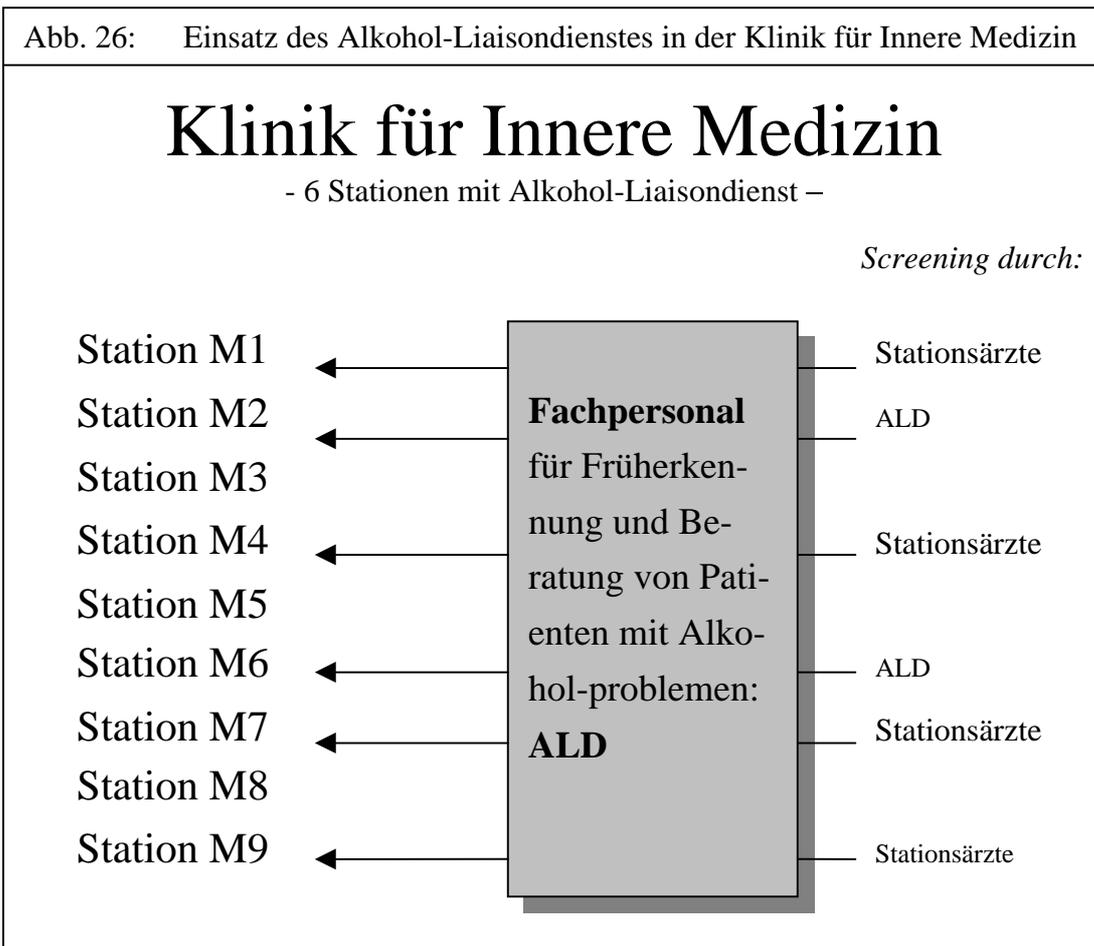
In diesem Kapitel sollen die grundlegenden Rahmenbedingungen der Verankerung und Realisierung des Früherkennungs- und Beratungskonzepts im Überblick dargestellt und anschließend auf ihre Umsetzung im Versorgungsalltag hin konkretisiert werden.

Abb. 25: Ein beispielhaftes Krankenhaus mit einem Alkohol-Liaisondienst



Zu Abb. 25: Fachpersonal für Früherkennung und Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen sollte im Allgemeinkrankenhaus idealerweise in allen Abteilungen mit Patientenbezug verfügbar sein. Die Notwendigkeit der Integration in den Behandlungsalltag und der kontinuierlichen Sicherstellung von Früherkennung läßt als Organisationsform nur den Liaisondienst zu (im folgenden wird das Fachpersonal des-

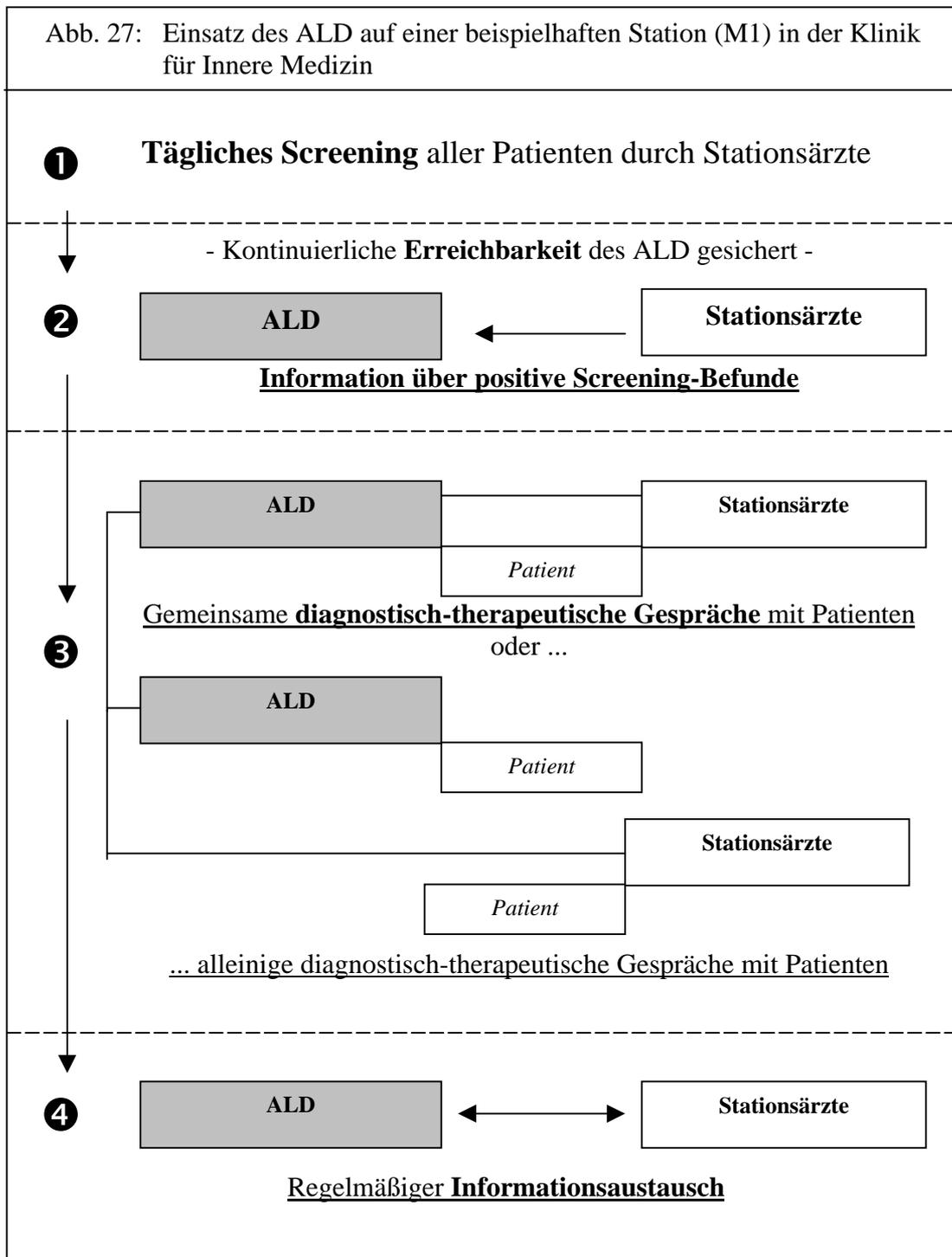
halb als Alkohol-Liaison-Dienst ALD bezeichnet). Die einzelnen Abteilungen des Hauses werden durch die Krankenhausleitung aufgefordert, die Dienste des ALD in Anspruch zu nehmen und mit ihm zu kooperieren.



Auf der nächsten Organisationsebene, den einzelnen Abteilungen, sind einige besondere Aspekte zu beachten. So ist es denkbar, daß der ALD nicht auf allen Stationen der Abteilung tätig wird. In der Inneren Medizin ist es z. B. auf der Intensivstation kaum vorstellbar, eine systematische Früherkennung auf Alkoholprobleme durchzuführen. In der beispielhaften Abteilung (s. Abb. 26) konnte der ALD auf sechs von neun Stationen installiert werden.

Der nächste Aspekt betrifft die Organisation des Screenings. Geht man einmal davon aus – und das sollte die Regel sein –, daß ein Fragebogen-Screening eingesetzt wird, dann kommen hierfür prinzipiell die Stationsärzte und die Mitarbeiter des ALD selbst in Frage. Erfahrungsgemäß wird es auf vielen internistischen Stationen gelingen, die Stationsärzte zum eigenständigen Einsatz des Screening-Fragebogens zu gewinnen. Auf einigen internistischen und vielen Stationen anderer Abteilungen wird dies allerdings nicht möglich sein. Im Hinblick auf eine höhere Akzeptanz des Ansatzes sollte in jedem Fall versucht werden, so viele Stationsärzte wie möglich für diese Aufgabe zu gewinnen. Stationsärzte, die das Screening übernehmen, sollten auf

diese Aufgabe im Rahmen einer Schulung vorbereitet werden. In dieser Schulung sollten neben den wesentlichen Kenntnissen über Suchtmittelprobleme vor allem Grundlagen motivierender Gesprächsführung vermittelt und übend vertieft werden.



Zu Abb. 27: ❶ Ein systematisches Screening auf Alkohol-Probleme sollte im Behandlungsalltag verbindlich festgeschrieben sein. Bei Übernahme durch die Stationsärzte gehört es zur Aufnahme-Routine und kann entweder mündlich im Rahmen der normalen Anamnese oder schriftlich im Anschluß an das Aufnahmegespräch erfolgen. Bei Übernahme durch den ALD sollte es spätestens am zweiten Tag der stationären Behandlung erfolgen. Bei bekannter Alkoholabhängigkeit und Entgiftungswunsch des Patienten kann das Screening entfallen.

❷ ALD und Stationsärzte sollten verbindliche Kooperationsstrukturen vereinbaren. Sie sollten regeln, wie die Informationen über positive Screening-Befunde an den ALD gelangen, wenn die Stationsärzte das Screening übernommen haben. Auch sollte geklärt sein, ob die Stationsärzte schon mit dem betreffenden Patienten über den positiven Befund gesprochen oder ihn über den Einbezug des ALD informiert haben.

❸ Die diagnostisch-therapeutischen Gespräche mit den (screening-positiven) Patienten werden entweder von ALD und Stationsarzt gemeinsam oder vom ALD allein geführt, in Ausnahmefällen auch vom Stationsarzt allein. Grundsätzlich ist das gemeinsame Gespräch anzustreben, um eine hohe Fachlichkeit bei gleichzeitiger Gewährleistung der Behandlungskontinuität sicher zu stellen.

Beratungsgespräche sollten nicht unter Anwesenheit eines Mitpatienten geführt werden. Arztzimmer, leere Funktionsräume oder auch das Büro des ALD sind geeignete Räumlichkeiten und bieten ausreichend Schutz vor Störungen. Sind Patienten nicht gehfähig, so können die Mitpatienten gebeten werden, für eine gewisse Zeit das Zimmer zu verlassen.

❹ Die wesentlichen Inhalte der Beratungsgespräche mit dem ALD sollten den Stationsärzten rückgemeldet werden. Dies sollte zum einen durch einen Eintrag der Gesprächsergebnisse in die Patientenakte erfolgen, zum andern sollten jeweils kurzfristige Informationsgespräche zwischen ALD und Stationsärzten vereinbart werden.

Zu Abb. 28: Grundsätzlich unterscheidet sich die Struktur gemeinsam durchgeführter nicht von der allein durchgeführter diagnostisch-therapeutischer Gespräche. Man kann allerdings davon ausgehen, daß die Schwerpunkte insbesondere der Gesprächsblöcke II und III je nach individuellem Erfahrungshintergrund variieren werden. Bei Beteiligung des Stationsarztes wird die Betonung somatischer Folgeprobleme und Risiken einen breiteren Raum einnehmen und auf Patientenseite stärkeres Gewicht erlangen. Die Mitarbeiter des ALD sollten sich durch regelmäßige kollegiale Beratung gegenseitig kontrollieren und so ihren Beratungsstil aufeinander abstimmen.

Die hier vorgenommenen Zeitvorgaben basieren auf durchschnittlichen Erfahrungswerten und sind als grobe Richtwerte zu verstehen. Sie sollten variabel je nach Gesprächsverlauf gekürzt oder erweitert werden. Einige Gespräche werden nach 5

Minuten abzuschließen sein (etwa im Falle von eindeutig falsch positiven Befunden), andere werden bis zu 45 Minuten dauern und eventuell ein zweites Gespräch erfordern (etwa im Falle von schwergradig abhängigen Patienten, die eine stabile Weitervermittlung anstreben). Man sollte sich allerdings darüber im klaren sein, daß ein langes Gespräch nicht unbedingt mehr Erfolg als ein kurzes bringt. Das einzelne Gespräch sollte wegen der Grenzen von Auffassungsvermögen und Konzentration nicht länger als 45 Minuten dauern.

Abb. 28: Grob-Struktur des diagnostisch-therapeutischen Gesprächs	
I ∅ 5 Min.	1. Einverständnis des Patienten zum Gespräch einholen 2. Nachfragen zum Screening-Befund 3. Differenzierte Ermittlung aktueller Trinkmengen und – gewohnheiten <i>Ende des Gesprächs, wenn kein aktuelles Problem ersichtlich</i>
↓	
II ∅ 15 Min.	4. Klärung diagnostischer Kriterien für riskanten Gebrauch, schädlichen Gebrauch/Mißbrauch und Abhängigkeit und Einschätzung des Schweregrades der Problematik 5. Rückmeldung über Diagnostik an den Patienten 6. Einschätzung des Veränderungsinteresses <i>Ende des Gesprächs, wenn kein aktuelles Veränderungsinteresse ersichtlich</i>
↓	
III ∅ 10 Min.	7. Abwägen von Veränderungszielen 8. Vereinbarung einer konkreten Veränderungsstrategie 9. Weitere Informationen, Adressen, Telefonnummern, schriftl. Materialien
<i>Ende des Gesprächs, evtl. Vereinbarung eines weiteren</i>	
Gesamt: ∅ 30 Min.	

Block I, I: Es ist nicht selbstverständlich, daß in der Somatik im hier vorgeschlagenen Umfang auf Alkoholprobleme eingegangen wird. Wir müssen davon ausgehen, daß viele Patienten davor Angst haben. Eine vorsichtige, kleinschrittige Strategie ist unbedingt angezeigt. Dazu gehört zunächst als Basis aller weiteren Interventionen, das Einverständnis des Patienten für eine Vertiefung der Problematisierung einzuholen.

Block I,1, Einverständnis einholen

„Frau Schulz, vielen Dank, daß Sie den Fragebogen ausgefüllt haben. Ich würde Ihnen gern noch ein paar Fragen dazu stellen. Ist das in Ordnung?“

Block I, 2: Die positiven Antworten des Screening-Befunds sollten aufgegriffen und zum Anlaß von Nachfragen herangezogen werden. Wichtig ist hier, jegliche Bewertung – verbal und nonverbal – zu vermeiden, sachlich-respektvoll das Gespräch zu beginnen und zu versuchen, den Patienten für eine Problematisierung des Alkoholkonsums zu gewinnen.

Block I, 2, Nachfragen zum Screening-Befund

„Herr Müller, Sie hatten die Frage, ob Sie schon einmal daran gedacht hätten, weniger zu trinken, mit ‚JA‘ beantwortet. Können Sie mir sagen, was das für eine Situation war, in der Sie schon einmal daran gedacht hatten?“

„Frau Schulz, Sie hatten die Frage, ob sich der Partner oder andere Angehörige schon einmal über Ihren Alkoholkonsum beklagt hätten oder sich Sorgen gemacht hätten, mit ‚JA‘ beantwortet. Können Sie mir sagen, was das für eine Situation war?“

Block I, 3: Nachdem die positiven Screening-Antworten bearbeitet worden sind, schließt sich eine differenzierte Ermittlung der aktuellen Trinkgewohnheiten und Trinkmengen an. Hier empfiehlt es sich, die „Time-Line-Methode“ mit der „Frequenz-Häufigkeits-Methode“ zu verknüpfen. Auf einer einwöchigen Zeitschiene vor Aufnahme im Krankenhaus wird der Konsum jedes einzelnen Tages rekonstruiert. Daraus ergibt sich ein aktuelles Trinkprofil mit „normalen“ und „außergewöhnlichen“ Trinksituationen und ersten Hinweisen auf die Motivlage. Durch Nachfragen wird dieses Profil auf andere Wochen übertragen. Möglicherweise ergeben sich daraus zusätzliche Hinweise auf regelmäßig wiederkehrende Trinkexzesse. Auch diese Gesprächssequenz sollte von einer wertfreien Grundhaltung des Behandlers geprägt sein, um etwaigen Bagatellisierungsbestrebungen möglichst vorzubeugen. Die Gesprächsführung ist direktiv, läßt inhaltliche Abweichungen nur bedingt zu, orientiert sich aber am „Tempo“ des Patienten.

Block I, 3, Ermittlung aktueller Trinkmengen und –gewohnheiten

„Herr Müller, vielen Dank zunächst einmal für Ihre weiteren Antworten zum Fragebogen. Ich möchte nun in einem nächsten Schritt mit Ihnen gemeinsam eine Art Konsumprofil erstellen und Sie ganz konkret nach Ihrem Alkoholkonsum der letzten Woche vor Aufnahme im Krankenhaus fragen. Wenn Sie einverstanden sind, gehen wir quasi rückwärts jeden einzelnen Tag durch.“

Wenn dies erledigt ist:

„Was würden Sie sagen: Ist dies eine normale Woche, oder gibt es Wochen, die völlig anders verlaufen? Gibt es Wochen, die so ähnlich verlaufen, wo Sie allerdings an einem oder zwei Tagen wesentlich mehr trinken?“

Wenn aufgrund dieser vertiefenden Nachfragen kein Hinweis auf ein bestehendes Alkoholproblem (12-Monats-Zeitraum!) oder eine remittierte Alkoholabhängigkeit auszumachen ist, sollte das Gespräch beendet werden.

Block I, Ende des Gesprächs

„Frau Schulz, ich danke Ihnen für Ihre Offenheit. Aus meiner Sicht gibt es keinen Hinweis auf ein bestehendes Alkoholproblem. Sollten Sie irgendwann einmal Beratungsbedarf im Zusammenhang mit Alkohol haben, wenden Sie sich bitte zunächst an Ihren Hausarzt. Für weitergehende Informationen stehen Ihnen verschiedene Suchtberatungsstellen in der Stadt zur Verfügung.“

Block II, 4: Sollten sich aus Block I konkrete Hinweise auf ein bestehendes Alkoholproblem ergeben haben (etwa: große Trinkmengen, verminderte Kontrollfähigkeit, soziale bzw. körperliche Folgeprobleme, häufige Trinkexzesse o. ä.), so schließt sich nun eine vertiefende Diagnostik auf Basis der o. g. Kriterien für riskanten Gebrauch, schädlichen Gebrauch bzw. Mißbrauch sowie Abhängigkeit an. Die Kriterien sind so abzufragen, daß sie gewissermaßen als Leitfaden auf das sprachliche Niveau des Patienten und seine individuelle Lebenslage zugeschnitten sind. Häufig können mehrere Kriterien aufgrund einer Antwort implizit „abgehakt“ werden (etwa „Starker Drang“, „Einengung der Interessen“ und „Vernachlässigung wichtiger Verpflichtungen“ aufgrund der Antwort: „Ich muß jeden Freitag los und mir einen saufen, kann da gar nicht anders, vergesse alles um mich herum und bin auch den nächsten Tag für nichts zu gebrauchen. Kriege regelmäßig Ärger mit meiner Frau, weil ich dann auch mit den Kindern nichts mache.“). Die Grundhaltung der Behandler

sollte empathisch und um ein umfassendes Verständnis der Lebenssituation und des darin „eingeschlossenen“ Suchtmittelkonsums bemüht sein.

Im Falle einer „Alkoholabhängigkeit“ ist der Schweregrad der Problematik einzugrenzen: Dauer der Abhängigkeit, Art der konsumierten Getränke, zusätzliche Suchtmittel, Ausmaß der Entzugssymptomatik, Behandlungserfahrungen sowie körperliche, psychische und soziale Folgeprobleme bilden die Grundlage einer solchen Einschätzung.

Block II, 5: Nachdem die umfassende Diagnostik abgeschlossen ist, sollte dem Patienten das Ergebnis zurückgemeldet werden. Die Rückmeldung enthält objektive Daten und Befunde, gibt Informationen über Risiken und Erfahrungswerte und trägt so zu einem Bewußtsein der Problematik bei. Hier ist darauf zu achten, daß die Rückmeldung sich auf die aktuelle Sachlage bezieht. „Moralpredigten“ und überzogene negative Prognosen sollen unbedingt vermieden werden. Kriterien, die die Diagnose stützen, sowie objektive Risiken einer Beibehaltung der aktuellen Konsumgewohnheiten sollten deutlich benannt werden.

Die Rückmeldung leitet mit einer offenen Schlüsselfrage zum nächsten Schritt über.

Block II, 5, Rückmeldung über Diagnostik / Schlüsselfrage

„Herr Müller, nachdem wir nun viele Fragen rund um Ihren Alkoholkonsum besprochen haben, möchte ich Ihnen eine Rückmeldung aus Sicht einer Expertin geben. Wir unterscheiden zwischen leichten, mäßigen, substantiellen und schweren Alkoholproblemen. Die Übergänge zwischen den einzelnen Stadien sind fließend. Ihr Alkoholproblem muß man als mäßig bezeichnen: Sie trinken in einem Bereich ansteigenden bis hohen gesundheitlichen Risikos, Sie weisen eine leichte Schädigung der Leber auf und Ihr Arbeitgeber hat Ihnen schon einmal gesagt, daß Sie sich in Zukunft keine ‚blauen Montage‘ mehr leisten können. Mit einem Begriff würde man Ihr Alkoholproblem als Mißbrauch oder schädlichen Gebrauch bezeichnen. Sie sind nicht abhängig: Sie können Ihren Alkoholkonsum nach wie vor kontrollieren, Sie weisen keine Entzugssymptome auf, keine Toleranzsteigerung, keine Einengung des Verhaltens und Sie kommen bisher den Verpflichtungen des täglichen Lebens nach. Wenn ich sage, daß die Überhänge zwischen den einzelnen Schweregraden fließend sind, dann ist dieser letzte Punkt allerdings einer, wo Sie gefährdet sind.

Wie hört sich das für Sie an?“

Block II, 6: Oft lassen sich schon aus der Kooperationsbereitschaft des Patienten während der diagnostischen Erhebung Rückschlüsse auf die Veränderungsbereitschaft ziehen. Die Antwort des Patienten auf die Schlüsselfrage gibt einen weiteren deutlichen Hinweis auf das Ausmaß des Veränderungsinteresses. Weitere Schlüs-

selbsten könnten sich anschließen: „Was bedeutet das jetzt für Sie?“ – „Wohin könnte es nun gehen?“ – „Was meinen Sie, müßte sich denn verändern?“ usw. Zögerliche Antworten, Verharren in Nebensächlichkeiten, vorschnelle Pauschallösungen, Drängen auf Beendigungen des Gesprächs und viele andere verbale und nonverbale Reaktionen können als Hinweis auf ambivalente oder deutlich ablehnende Haltungen gegenüber einer Verhaltensänderung aufgefaßt werden.

Die Vorteile und Nachteile des gegenwärtigen Alkoholkonsums sollten in einer sachlichen und wertfreien Atmosphäre ermittelt und unter besonderer Beachtung des allgemeinen Gesundheitsverhaltens des Patienten gegeneinander abgewogen werden. Ein solches Abwägen trägt dazu bei, die Funktionen und Bedeutungen des Suchtmittelkonsums kennen zu lernen, Risiko-Situationen zu identifizieren und über diesen intensiven Selbstwahrnehmungsprozeß ein verändertes Handeln zu ermöglichen.

Block II, 6, Einschätzung des Veränderungsinteresses

„Frau Meier, mir ist noch nicht ganz deutlich geworden, inwieweit Sie im Moment Interesse haben, Ihre Konsumgewohnheiten zu verändern. Ich würde Sie deshalb bitten, daß wir einmal gemeinsam die guten und die weniger guten Seiten des Alkoholkonsums zusammentragen. Ist das für Sie in Ordnung?“

Wenn das geschehen ist, könnte sich folgende Rückmeldung anschließen:

„Nach all dem, was Sie berichtet haben, spricht für Sie im Moment vieles dafür, Ihren Alkoholkonsum so zu belassen. Sie können sich allerdings vorstellen, daß sich das in Zukunft ändert, wenn sich Ihre Leberwerte nicht wieder normalisieren. Es hat für mich den Anschein, daß Sie mit den Informationen, die Sie hier erhalten haben, zunächst einmal zufrieden sind. Sehe ich das so richtig?“

Oder folgende Rückmeldung an einen anderen Patienten:

„Herr Müller, nach all dem, was Sie berichtet haben, spricht für Sie im Moment einiges dafür, Ihren Alkoholkonsum zu verändern. Sie können sich zwar noch nicht so richtig vorstellen, was, aber auf einer Skala von 0 = ‚keine Veränderung gewünscht‘ bis 100 = ‚Veränderung gewünscht‘ schätzen Sie sich selbst bei 65 ein. Dies bedeutet in meinen Augen, daß Sie sich mit konkreten Veränderungsalternativen auseinandersetzen möchten. Sehe ich das so richtig?“

Aufkommender Widerstand ist als Ergebnis des „Veränderungsdrucks“ und als Ausdruck einer ambivalenten Einstellung gegenüber einer Verhaltensänderung zu interpretieren. Diese Ambivalenzen gilt es deutlich herauszuarbeiten. Die Berater sollten besonderes Augenmerk darauf legen, den konstruktiven Dialog bei Auftreten von Widerstandsreaktionen nicht abbrechen zu lassen. Sie sollten die individuellen

Sichtweisen und Bewertungen der Patienten respektieren, Diskrepanzen aufzeigen und die persönliche Entscheidungsfähigkeit und Verantwortung der Patienten betonen.

Die Einschätzung des Veränderungsinteresses sollte sich an den folgenden zwei Leitgedanken orientieren:

1. Man muß bei Patienten mit Suchtmittelproblemen von unterschiedlichen Stadien der Veränderungsmotivation ausgehen.
2. Das Ausmaß der Veränderungsmotivation läßt sich von außen beeinflussen und unterliegt einem kontinuierlichen Wandel.

Sollte sich bei der Exploration des Veränderungsinteresses kein aktueller Veränderungsbedarf ergeben haben, so sollte das Gespräch beendet werden. Die Patienten können gefragt werden, ob sie Informationsmaterialien mitnehmen wollen. Die Beendigung des Gesprächs sollte aktiv durch den Behandler erfolgen. Im Hinblick auf die Bereitschaft des Patienten, sich zu einem späteren Zeitpunkt, vielleicht an einem anderen Ort mit seinem Alkoholkonsum auseinanderzusetzen, empfiehlt sich hier ein freundlich-sachlicher Ton, der auf Vorwürfe und Drohungen verzichtet.

Block II, Ende des Gesprächs

„Frau Schneider, Ihnen ist klar, daß Sie alkoholabhängig sind. Sie haben schon einmal eine Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen. Im Moment aber können Sie sich nicht vorstellen, erneut eine Behandlung anzutreten. Eigentlich wollen Sie im Moment alles so lassen, wie es ist. Und aus Ihrer Sicht gibt es dafür auch viele gute Gründe. Sie sehen die Risiken, denen Sie sich aussetzen, haben aber für den Notfall vorgesorgt. Ich denke, wir sollten das Gespräch jetzt beenden. Wenn Sie in der Zukunft Hilfe benötigen, wissen Sie, an wen Sie sich wenden können. Ich gebe Ihnen zusätzlich auch noch meine Telefonnummer mit. Ist das so für Sie in Ordnung? ... Auf Wiedersehen, Frau Schneider!“

Block III, 7: Deutet sich allerdings ein Interesse an einer Veränderung der Konsumgewohnheiten an - etwa indem der Patient darauf drängt, das Gespräch fortzuführen, oder einen klaren Veränderungswunsch formuliert -, dann sollte dies nun durch eine Diskussion konkreter Veränderungsziele auf seine Stärke und Verbindlichkeit hin überprüft werden. Von großer Bedeutung ist hier, daß der Berater potentielle Zielalternativen möglichst wertfrei zur Diskussion stellt. Er sollte seine eigene Meinung, welche Veränderungsrichtung die geeignete sei, zunächst zurückhalten, und statt dessen dem Patienten durch seine eigene offene Grundhaltung ermöglichen, eine individuell angemessene Zielsetzung zu finden. Das Verwerfen einzelner – vielleicht von vielen Menschen mit Alkoholproblemen gewählter – Veränderungsziele im-

pliziert für sich genommen keine Aussage über das Ausmaß der Veränderungsmotivation. Es sollte zunächst lediglich als Teil des Auswahl- und Klärungsprozesses interpretiert werden. Zu berücksichtigen ist ferner, daß es eher weitreichende (Abstinenz ab sofort ⇒ Aufsuchen einer Beratungsstelle ⇒ Antreten einer Entwöhnungsbehandlung) und eher kleinschrittige (Führen eines Trinktagebuchs) Veränderungsziele gibt.

Block III, 7, Abwägen von Veränderungszielen

„Herr Müller, Sie wollen etwas an Ihrem schädlichen Alkoholgebrauch verändern, und ich möchte nun mit Ihnen einige Alternativen diskutieren. Es lassen sich ja unterschiedlich weitreichende Veränderungsstrategien denken – im Hinblick auf den Alkoholkonsum wäre die weitreichendste in Ihrem Fall sicherlich die sofortige und nachhaltige Abstinenz. Ich möchte aber gleich betonen, daß ich mir bei Ihnen auch Strategien vorstellen könnte, die eher auf eine Verringerung des Alkoholkonsum abzielen. Also, was können Sie sich an Veränderung vorstellen? Haben Sie eventuell mit einer bestimmten Strategie schon einmal gute Erfahrungen gemacht?“

Mit einer anderen Patientin:

„Frau Meier, Ihnen ist klar, daß Sie alkoholabhängig sind und daß Sie etwas dagegen tun müssen. Sie hatten selbst schon erwähnt, daß Sie wahrscheinlich wohl mal eine ‚Kur‘ – wie Sie es nannten – machen müßten. Um aber ganz sicher zu sein, mache ich Ihnen den Vorschlag, alle in Frage kommenden Alternativen einmal abzuklopfen. So gibt es zum Beispiel Entwöhnungsbehandlungen, die stationär verlaufen, und solche, die ambulant absoviert werden können. Auch wäre es denkbar, daß Sie es zunächst mit einer tagesklinischen Behandlung hier im Ort versuchen. Auch andere Möglichkeiten sind prinzipiell denkbar und wir sollten jetzt versuchen, die für Sie angemessene herauszufinden. Wie sieht es aus, was könnten Sie sich an einer weiterführenden Behandlung nach Entlassung aus dem Krankenhaus vorstellen?“

Die Diskussion und Gewichtung verschiedener Veränderungsziele führt in der Regel zu einer Identifikation der wahrscheinlich angemessensten Zielsetzung und Strategie. Im ungünstigsten Fall kann sich hier allerdings herausstellen, daß zwar ein Veränderungsinteresse besteht, daß aber vorerst kein weiterer Schritt unternommen werden soll. Dies ist dadurch zu erklären, daß zwar zunächst ein unspezifisches Veränderungsinteresse bestand, daß aber erst die „drohende“ Konsequenz einer konkreten Umsetzung deutlich gemacht hat, wie ambivalent der Veränderungswunsch tatsächlich ist.

Block III, 8: Im günstigen Fall aber kann das nun identifizierte „grobe“ Veränderungsziel auf die individuelle Lebenssituation und deren Spielräume zugeschnitten und ein erster konkreter Veränderungsschritt vereinbart werden.

Block III, 8, Vereinbarung einer konkreten Veränderungsstrategie

So sollte etwa das Grob- oder Fernziel „Entwöhnungsbehandlung“ bei einem Patienten mit einer *Alkoholabhängigkeit* operationalisiert werden als Aufgabe, eine geeignete Beratungsstelle zu finden, die möglichst noch während des Krankenhausaufenthalts aufgesucht werden sollte. Der nächste konkrete Veränderungsschritt wäre dann, ein Telefonat mit der Beratungsstelle zu führen, um einen Termin zu vereinbaren.

Bei einem Patienten mit der Diagnose *schädlicher Gebrauch/Mißbrauch* könnte das Grobziel lauten „Leberwerte normalisieren“. Konkret würde das bedeuten, weniger Alkohol zu trinken und regelmäßige Kontrollen seiner Leberwerte durchführen zu lassen. Der nächste Schritt könnte darin bestehen, die im Krankenhaus schon begonnene Alkohol-Abstinenz über den Krankenhausaufenthalt hinaus zu verlängern und einen baldigen Untersuchungstermin mit dem Hausarzt zu vereinbaren.

Bei einer Patientin mit der Diagnose *Riskanter Gebrauch* könnte das Grobziel lauten „Risikoarm konsumieren“. Konkret würde das bedeuten, in bestimmten Situationen weniger Alkohol zu trinken. Der nächste Schritt könnte eine detaillierte Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Konsumverhaltens unter Zuhilfenahme eines Selbstbeobachtungsbogens (Trinktagebuch) sein.

Es sind Strategien des Selbst-Managements zu entwickeln, die den Anforderungen des Alltags gerecht werden und geeignet sind, auch ungünstigen „äußeren“ Bedingungen standzuhalten. Dies gelingt in der Regel am ehesten, wenn wichtige Bezugspersonen in den Veränderungsplan eingeweiht bzw. einbezogen werden. Lebenspartner, Eltern, Kinder, Freunde, Kollegen, Hausärzte usw. können in hohem Maße dazu beitragen, daß eine konkrete Veränderungsstrategie durchgehalten wird.

Alle hier angesprochenen Veränderungen des Suchtmittelkonsums sind mit Verzicht und Disziplin verbunden. Erfahrungsgemäß kann dies eher durchgehalten werden, wenn der Verzicht durch anderweitigen „Lustgewinn“ ausgeglichen wird. Es ist somit wichtig zu betonen, daß Patienten, die eine Veränderung begonnen haben, sich regelmäßig überprüfen und bei Erfolg belohnen.

Es sollte ein Notfall- oder Krisenplan erstellt werden, der gut operationalisierte Kriterien festlegt, nach denen das Veränderungsvorhaben als mißlungen angesehen werden muß.

Block III,9: Den Abschluß eines Beratungsgesprächs bildet die praktische Unterstützung mittels schriftlicher Informationen, Adressen, Telefonnummern und Materialien. Diese sollten dem Patienten allerdings nur bei individueller Angemessenheit und ausdrücklichem Interesse überlassen werden.

Block III, 9, Weitere Informationen, Adressen & Telefonnummern, Materialien

Informationen: Suchtmittelerkrankungen im Allgemeinen, Verträglichkeitsmengen, körperliche Folge- und Begleitprobleme, Führerscheinentzug und –wiedererhalt usw.

Adressen & Telefonnummern: Suchtberatungsstellen, Psychiatrische Klinik, Selbsthilfegruppen, Alkoholfreie Treffpunkte, Kontaktstellen, Betreutes Wohnen, Arbeitsprojekte usw.

Materialien: Trinktagebuch, Vorteil-/Nachteil-Listen, Verträglichkeitstabellen, Broschüren mit Veränderungsstrategien usw.

Damit ist das Beratungsgespräch beendet. In einigen Fällen wird sich ein zweites anschließen. Dies sollte möglichst zeitnah vereinbart werden. Bis zum zweiten Gespräch sollten „Hausaufgaben“ vereinbart werden (mit der Partnerin sprechen, eine Vorteil-/Nachteil-Liste ausfüllen o. ä.). Dies dient auch dazu, die grundsätzliche Veränderungsbereitschaft des Patienten zu überprüfen.

5.2 Versorgungspolitische Konsequenzen

Zur jederzeitigen und kontinuierlichen Gewährleistung von Früherkennung, vertiefter Diagnostik und Kurzintervention im Allgemeinkrankenhaus ist es unerlässlich, zusätzliches speziell ausgebildetes Personal einzustellen. Der zu erwartende Zeitaufwand für dieses Fachpersonal soll im folgenden anhand zweier Modellrechnungen konkretisiert werden (vgl. Kremer u. a. 1998).

Tab. 17: Alkohol-Liaison-Dienst im Allgemeinkrankenhaus Modellrechnung 1	
Anzahl Betten auf Station	32
Durchschnittl. Verweildauer	10 Tage
Fälle/Jahr somit	1168
abzgl. Mehrfachaufnahmen (20%)	234
abzgl. Kein Screening (15%)	175
Anzahl Screenings somit	759
Positive Screenings (26%)	197
Falsch positiv (21,5%)	42 x 5 = 210 Min.
abzgl. Zu früh entlassen (5,7%)	11
abzgl. Diagnostik od. Kurzintervention abgelehnt (7,6%)	15
Diagnostik/Kurzintervention	129 x 36 = <u>4644 Min.</u>
	= 4854 Min.
	= 81 Std.
Mittelbare Tätigkeiten, Urlaub, Krankheit	+ 50%
	= 122 Std.
	= <u><u>2,3 Std./Wo.</u></u>

Die erste Modellrechnung basiert auf folgenden Grundannahmen:

1. Die Stationsärzte übernehmen das Screening.
2. Ein Alkohol-Liaison-Dienst wird zur Diagnostik und Kurzintervention hinzugezogen.

Alle in der Modellrechnung (Tab. 17) aufgeführten Zahlen basieren auf tatsächlich ermittelten Daten. Die durchschnittliche Verweildauer von 10 Tagen wurde von einem Bielefelder Allgemeinkrankenhaus für das Jahr 1996 errechnet (innere und chirurgische Abteilungen). Die Prozentangaben für „Mehrfachaufnahmen“ und „Kein Screening“ sind der Studie von John u. a. (1996) entnommen. Alle anderen Prozentangaben sowie die Zeiten für *Screening* (5 Minuten) und *Diagnostik und Kurzintervention* (36 Minuten) wurden im Rahmen der vorliegenden praktischen Erprobung ermittelt. Die 36 Minuten beinhalten das diagnostisch-therapeutische Gespräch,

Fallgespräche mit Stationsärzten, Kontaktaufnahmen zur Suchthilfe sowie eine mögliche zweite Kurzintervention. Zum ermittelten Zeitaufwand für unmittelbare Tätigkeiten im Rahmen von Screening, Diagnostik und Kurzintervention wurden *weitere 50% Zeitaufwand für mittelbare Tätigkeiten sowie Urlaubs- und Krankheitszeiten* hinzugerechnet.

Unter der Prämisse, daß Stationsärzte das Screening übernehmen, erfordert die Umsetzung des Konzepts unter den hier angenommenen Voraussetzungen somit *2,3 Stunden zusätzlichen wöchentlichen Arbeitsaufwand*, der durch den Alkohol-Liaison-Dienst abzudecken wäre.

Die zweite Modellrechnung (Tab. 18) basiert auf folgenden Grundannahmen:

1. Die Stationsärzte übernehmen das Screening *nicht*.
2. Ein Alkohol-Liaison-Dienst übernimmt Screening, Diagnostik und Kurzintervention.

Es wurden dieselben Ausgangsdaten verwandt wie in Modellrechnung 1. Für das Screening durch Fachpersonal wurde ein Wert von 5 Minuten angesetzt. Auch dieser Wert wurde im Rahmen des Bielefelder Projekts ermittelt.

Tab. 18: Alkohol-Liaison-Dienst im Allgemeinkrankenhaus Modellrechnung 2		
Anzahl Betten auf Station	32	
Durchschnittl. Verweildauer	10 Tage	
Fälle/Jahr somit	1168	
abzgl. Mehrfachaufnahmen (20%)	234	
abzgl. Kein Screening (15%)	175	
Anzahl Screenings somit	759 x 5	= 3795 Min.
Positive Screenings (26%)	197	
Falsch positiv (21,5%)	42 x 5	= 210 Min.
abzgl. Zu früh entlassen (5,7%)	11	
abzgl. Diagnostik/Kurzintervention abgelehnt (7,6%)	15	
Diagnostik/Kurzintervention	129 x 36	= 4644 Min.
		<hr/>
		= 8649 Min.
		= 144 Std.
Mittelbare Tätigkeiten, Urlaub, Krankheit	+ 50%	
		= 216 Std.
		= <u>4,2 Std./Wo.</u>

Unter der Prämisse, daß der Alkohol-Liaison-Dienst Screening, Diagnostik und Kurzintervention übernimmt, erfordert die Umsetzung des Konzepts unter den hier an-

genommenen Voraussetzungen somit *4,2 Stunden zusätzlichen wöchentlichen Arbeitsaufwand*.

Im Rahmen dieser praktischen Erprobung konnte mit allen inneren Stationen vereinbart werden, daß die Stationsärzte das Screening übernehmen. Auf den chirurgischen Stationen konnte keine Teilnahme der Stationsärzte erreicht werden, Fachpersonal mußte alle Aufgaben im Rahmen des Konzepts selbst übernehmen. Daraus ergibt sich die folgende Beispielrechnung für ein mittelgroßes Allgemeinkrankenhaus:

5 Innere Stationen	=	5 x 2,3 Std./Woche	=	11,5 Std./Woche
5 Chirurgische Stationen	=	5 x 4,2 Std./Woche	=	22 Std./Woche
				33,5 Std./Woche

Der Bedarf eines mittelgroßen Allgemeinkrankenhauses an speziell qualifiziertem Fachpersonal zur kontinuierlichen und systematischen Gewährleistung von Früherkennung und Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen läge somit bei etwa einer vollen Stelle. Dabei empfiehlt es sich, diese Stelle zu halbieren und zwei Fachkräfte einzustellen, um in Urlaubs- oder Krankheitszeiten eine Vertretung gewährleisten zu können.

Anders berechnet: im Falle eines Allgemeinkrankenhauses mit einer etwa gleich starken Auslastung innerer und chirurgischer Betten reicht eine volle Stelle Fachpersonal aus, um ca. 350 Betten jederzeit fachgerecht zu versorgen.

AUSBLICK

Aus vielerlei Erwägungen macht es Sinn, Fachpersonal für Suchtfragen nicht auf das Problem „Alkohol“ zu beschränken:

- Viele Patienten mit Alkoholproblemen konsumieren neben dem Alkohol auch andere Suchtmittel (Nikotin, Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel) mit gesundheitlich riskantem Potential. Eine Beschränkung des Beratungsangebots auf den Problembereich Alkohol wird oftmals dem Lebensalltag des Patienten nicht gerecht.
- Häufig werden Patienten mit Problemen im Bereich illegaler Drogen im allgemeinen Krankenhaus behandelt. Eine frühzeitige Ansprache im Sinne des hier vorgestellten Ansatzes kann auch bei diesen Patienten Veränderungsprozesse unterstützen bzw. in Gang bringen (vgl. Arnold u. a. 1999).
- Viele Patienten (insbesondere auf inneren Stationen) sehen sich gezwungen, um des Überlebens willen ihren Nikotinkonsum drastisch einzuschränken oder einzustellen. Der „Suchtmittel“-Liaison-Dienst könnte hier Motivationshilfen und

praktische Veränderungsstrategien inkl. weiterführende Hilfsangeboten zur Verfügung stellen.

- Schwangere Patientinnen auf gynäkologischen oder anderen Stationen sollten Informationen über die Risiken des Rauchens erhalten und im Hinblick auf eine Einschränkung oder Einstellung des Rauchens beraten werden.
- Viele ältere Patientinnen konsumieren Medikamente in einem mißbräuchlichen Ausmaß. Ein fachlich fundiertes Abwägen zwischen psychischer Stabilisierung einerseits (oftmals gegeben bei einer sog. „Low-dose-Abhängigkeit“) und gesundheitlichem Risiko andererseits (z. B. Nierenschäden) sollte ihnen angeboten werden.

Eine konsequente Weiterentwicklung des ALD müßte deshalb darin bestehen, die Zielgruppe um Patienten mit anderen Suchtmittelproblemen zu ergänzen und somit einen *Suchtmittel-Liaison-Dienst (SLD)* zu schaffen. Dieser Dienst würde sich für alle Fragen, die in Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten mit Suchtmittelproblemen ergeben, zuständig fühlen. Zwar würde sich die Früherkennung einiger Suchtmittel von der beim Alkohol unterscheiden (gar kein Screening beim Nikotin, da wenig Verheimlichung; Urin-Screenings im Bereich von Beruhigungsmitteln und illegalen Drogen), das Kurzinterventionskonzept allerdings ließe sich problemlos übertragen.

Einige Entwicklungen der letzten Jahre lassen die Hoffnung aufkeimen, daß dem Problem des Alkohol- bzw. Suchtmittelgebrauchs im Allgemeinkrankenhaus künftig mehr Beachtung geschenkt wird:

- In einem Bremer Allgemeinkrankenhaus wurden aufgrund der Bielefelder Erfahrungen 1999 erstmals zwei Suchtfachkräfte eingestellt, um Früherkennung und qualifizierte Beratung bei Alkoholproblemen anzubieten.
- Zwei Bielefelder Allgemeinkrankenhäuser arbeiten seit 1998 auf der Basis stabiler Kooperationsvereinbarungen eng mit zwei Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen zusammen.
- Im „Landesprogramm gegen Sucht“ des Landes Nordrhein-Westfalen (1999) heißt es u. a.:
Um Abhängigkeitskranke früher therapeutisch zu erreichen, sollen die Krankenhausaufenthalte aus Anlass somatischer Krankheiten bei Abhängigen zukünftig stärker zur Motivation für die spezifische Behandlung der Suchterkrankung genutzt werden.

Als konkreter Umsetzungsschritt wird dort empfohlen:

Für den Bereich der Allgemeinkrankenhäuser werden die Erfahrungen des Bielefelder Modells zur Erkennung einer Alkoholproblematik bei Patienten auf inneren Stationen von Allgemeinkrankenhäusern und zur Frühintervention im Krankenhaus ausgewertet und in je zwei Modellen der Krankenkassen auf ihre Umsetzbarkeit in das Regelangebot geprüft. ... Ziel ist

die Schaffung eines Standards für Screening, Diagnostik und Frühintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen in Krankenhäusern.

- Die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ bietet allen Ärztinnen und Ärzten patientenbezogener Gebietsbezeichnungen die Möglichkeit einer qualifizierten Weiterbildung. Alle Kurse, die bisher von den Landesärztekammern angeboten wurden, waren nach Kenntnis des Autors ausgebucht. Unter den Teilnehmern sind auch viele Ärztinnen und Ärzte aus Allgemeinkrankenhäusern.

Es bleibt allerdings fraglich, ob diese „positiven“ Entwicklungsschritte sich langfristig fortsetzen werden. Die Allgemeinkrankenhäuser sehen sich seit einigen Jahren einem zunehmenden Kostendruck ausgesetzt, der sie zwingt, ihre Leistungen stärker zu „bündeln“ und kostengünstiger zu gestalten. Innerhalb einer definierten Region stehen Krankenhäuser vermehrt in Konkurrenz zueinander. Gegenüber den potentiellen Patienten und ihren Ärzten müssen sie ein attraktives Angebot präsentieren. Früherkennung und qualifizierte Intervention bei Problemen mit Suchtmitteln gehören sicherlich nicht zu den attraktiven Angeboten.

Die künftige Finanzierung von Krankenhausleistungen über pauschalierte Entgelte („DRG's“) wird noch stärker als bisher an definierte Krankheitsklassifikationen gekoppelt werden. Der Spielraum für Diagnostik und Behandlung „untergeordneter“ Begleit- und Folgeprobleme wie Alkoholmißbrauch oder –abhängigkeit wird sich zunehmend einengen.

Diese eher negativen Entwicklungsmöglichkeiten können allerdings vermieden werden, wenn im Rahmen der übergeordneten Krankenhausplanung durch Krankenkassen und Land neben den rein betriebswirtschaftlichen auch volkswirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden und die ausgezeichneten Möglichkeiten des Allgemeinkrankenhauses bei der Früherkennung und Früh-Intervention bei Problemen mit Suchtmitteln zu einer Art Standard erhoben werden. Die vorliegende Arbeit sollte dazu eine ausreichende Grundlage darstellen.

6. Zusammenfassung

Ziel der Arbeit war die Entwicklung grundlegender Standards der Früherkennung und qualifizierten Beratung (Kurzintervention) von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in internistischen und chirurgischen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses. Die Notwendigkeit eines suchtspezifischen Interventionskonzepts für innere und chirurgische Stationen des Allgemeinkrankenhauses wurde durch eine Übersicht über die Prävalenz von Alkoholproblemen in der Gesellschaft, eine Analyse der Versorgungsstrukturen in Deutschland sowie eine Defizitanalyse der Behandlung von Alkoholproblemen in der somatischen Medizin belegt.

Psychosomatisch und verhaltensmedizinisch begründete (Früherkennungs- und) Beratungskonzepte im Allgemeinkrankenhaus, die auf die Veränderung gesundheitsschädigender bzw. gesundheitlich riskanter Verhaltensweisen abzielen, wurden ausführlich dargestellt und im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit für den Bereich der Patienten mit Alkoholproblemen diskutiert.

Methodik und Ergebnisse einer praktischen Erprobung in zwei Bielefelder Allgemeinkrankenhäusern wurden dargestellt und diskutiert. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf dem in der Erprobung verwandten Beratungskonzept „Gezielte Motivierende Gesprächsführung“ („Brief Motivational Interviewing“ nach Miller & Rollnick 1991). Akzeptanz, Praktikabilität und Effektivität des Früherkennungs- und Beratungskonzepts wurden mittels Dokumentations- und Nachbefragungsdaten evaluiert und diskutiert. Kurzinterventionen erwiesen sich als besonders effektiv bei Patientinnen und Patienten mit riskantem oder schädlichem Gebrauch. Hier wird der präventive Nutzen von Kurzinterventionen in der medizinischen Primärversorgung deutlich, denn zumindest bei einem Teil dieser Patientinnen und Patienten kann davon ausgegangen werden, daß ein Entwicklungstrend in Richtung einer stärkeren Schädigung bzw. einer Alkoholabhängigkeit aufgehalten wurde.

Die Rekapitulation der theoretischen und praktischen Ergebnisse konnte die beiden Leitthesen in wesentlichen Zügen erhärten:

1. Es ist strukturell möglich und im Behandlungsalltag praktikabel, die vorwiegend somatische Behandlung von Alkohol-Folgeproblemen auf inneren und chirurgischen Stationen des Allgemeinkrankenhauses durch eine suchtspezifische, vorwiegend psychologisch fundierte zu ergänzen.
2. Früherkennung und Kurzintervention bei Alkoholproblemen auf inneren und chirurgischen Stationen des Allgemeinkrankenhauses schließen die Lücke zwischen Primär- und Tertiärprävention.

Dies bildete die Basis für ein qualifiziertes Früherkennungs- und Beratungskonzept. Drei in diesem Zusammenhang wesentliche inhaltliche Aspekte traditioneller Suchtkrankenbehandlung (Alkoholspezifische Veränderungsziele, Widerstand und

Motivation) wurden kritisch diskutiert und neu formuliert. Daran schloß sich die Entwicklung zentraler struktureller, prozessualer und ergebnisorientierter Standards eines Früherkennungs- und Beratungskonzepts an.

Schließlich wurden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf die praktische Umsetzung konkretisiert. Wesentliche versorgungspolitische Konsequenzen wurden formuliert.

Literatur

- Aasland, O.-G. (1997): Prävention von Alkoholproblemen in Europa. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen - Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.
- Adler, R. H. (1996): Konversion. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München - Wien - Baltimore
- Albrecht, H. (1995): Analytisch-orientierte Beratung für Patienten mit Folgeschäden eines Suchtmittelmissbrauchs in einem Allgemeinkrankenhaus. Diplomarbeit am Studiengang Psychologie der Universität Bremen
- Alexander, F. (1950): Psychosomatic Medicine. New York; zit. nach Meyer, A.E. (1997): Historische Entwicklung des Fachgebiets Psychosomatik/Psychotherapie in Deutschland. In: Ahrens, S. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart, New York
- Anderson, P. (1995): Commentaries, Guidelines on sensible drinking: Less is better. *Addiction*, 91, 25-33
- Andritsch, F. (1986): Der Alkoholkranke im Allgemeinkrankenhaus. in: Werkstattschriften, Heft 13, Institut für industrielle Arbeitstherapie und Rehabilitation, Weinsberg
- Arenz-Greiving, I. (1996): Sucht-Selbsthilfe-Konferenzen -Zusammenfassende Eindrücke und Forderungen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 1997. Geesthacht
- Arieti, S. (1985): Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie. Hilfen für Betroffene. München
- Arnold, T./Schmid, M./Simmedinger, R. (1999): Suchthilfe im Krankenhaus. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“. Band 120, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden
- Arolt, V./Driessen, M./Schürmann, A. (1995): Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. In: *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 63, 283-288
- Aßfalg, R. (1996): Der kurze Weg zur schnellen Lösung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch / Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg
- Athen, D./Schranner, B. (1981): Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer Medizinischen Klinik. In: Keup, W. (Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart
- Auerbach, P./Melchertsen, K. (1981): Zur Häufigkeit des Alkoholismus stationär behandelter Patienten aus Lübeck. In: *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 5, 223-227
- Babor, T. F./Stephens, R./Marlatt, A. (1987): Verbal report methods in clinical research on alcoholism: response bias and its minimization. In: *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 48, No. 5, 410-424
- Badura, B./Grande, G. (1995): Risikofaktoren - Modifikation und Verhaltensänderung bei Herzpatienten - Ergebnisse einer Evaluationsstudie in der Kardiologischen Rehabilitation. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Suppl.), A34
- Bailer, J./Bräuer, W./rey, E.-R. (1995): Coping bei ersterkrankten Schizophrenen: Konsequenzen für den Krankheitsverlauf. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A31
- Batra, A./Schupp, P./Brömer, A./Schramm, G./Grüninger, K./Buchkremer, G. (1995): Die Einführung von Raucherentwöhnungstherapien in der Praxis des niedergelassenen Arztes. Erfahrungen aus einer Phase-IV-Studie. In: Mann, K./Buchkremer, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sonderband SUCHT
- Beck, D. (1985): Krankheit als Selbstheilung. Frankfurt/M.
- Beck, D. (1995): Kurzpsychotherapie bei psychosomatischen Krankheiten. In: Feiereis, H./Saller, R. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lesebuch für alle Fachgebiete. München
- Beck, A. T./Wright, F. D./Newman, C. F./Liese, B. S. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim
- Becker, P. (1982): IAF - Interaktions-Angst- Fragebogen. Weinheim

- Berg, I. K./Miller, S. (1995): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg
- Bien, T./Miller, W. R./Tonigan, S. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. In: *Addiction*, 88, 315-336
- Bleuler, E. (1983): *Lehrbuch der Psychiatrie* (15. Auflage, neubearb. v. M. Bleuler) Berlin - Heidelberg - New York: Springer
- Bode, J. Ch. (1993): Alkoholabusus als Krankheitsursache in einer Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie. In: *Leber Magen Darm*, 23, 244-250
- Booth, P. G. (1990): Maintained controlled drinking by an alcoholic. A case study. *Brit J Addiction* 85, 315-322
- Bräutigam, W./Christian, P. (1986): *Psychosomatische Medizin*. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. 4. neubearbeitete Auflage. Stuttgart, New York
- Brenk-Schulte, E./Pfeiffer, W. (1987): *Therapiemotivation in der Behandlung des Alkoholismus*. Literaturanalyse und empirische Untersuchungen zur Kontaktphase. München
- British Medical Association (1995): *Alcohol: Guidelines on sensible drinking*. London
- Brockhaus-Enzyklopädie (1991) in 24 Bänden. 19., völlig neu bearbeitete Auflage. Mannheim
- Brockhoff, V. (1994): Alkohol in der Gesellschaft. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 1995*. Geesthacht
- Brown, J./Kranzler, H./Del Boca, F. (1992): Self-reports by alcohol and drug abuse inpatients: factors affecting reliability and validity. In: *British Journal of Addiction*, 87, 1013-1024
- Budde, H. (1995): Effekte eines stationären Programms aus verhaltensorientierter orthopädischer Rückenschule und psychologischem Schmerzmanagement für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Suppl.), A46
- Bühringer, G. (1994): Aktuelle Konzepte zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs mit Schwerpunkt „Schulische Prävention“. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.): *Suchtprävention*. Freiburg i. Br.
- Bühringer, G. (1995): Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Bühringer, G./Kraus, L. (1999): Epidemiologie des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen und substanzbezogener Störungen in Deutschland. In: Höfling, S. (Hrsg.): *Kampf gegen Sucht und Drogen*. München
- Bundesgesundheitsamt (1994): Nicht mehr als zwei „drinks“ pro Tag! Kein Alkohol am Arbeitsplatz, am Steuer und in der Schwangerschaft! bga-pressedienst 26
- BZGA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 1994): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland* (Wiederholungsbefragung 1993/94). Köln
- Chafetz, M. E./Blane, H. T./Abram, H. S./Clark, E./Golner, J. H./Hastie, E. L./McCourt, W. F. (1964): Establishing Treatment Relations with Alcoholics: A Supplementary Report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 390-393
- Cheng, K. K./Duffy, S. W./Day, N. E./Lam, T. H./Chung, S. F./Badrinath, P. (1995): Stopping drinking and risk of oesophageal cancer. *BMJ*, Vol. 310, 1094-1097
- Chick, J./Lloyd, G./Crombie, E. (1985): Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. In: *British Medical Journal*, Vol 290, 965-967
- Criqui, M. H./Ringel, B. L. (1994): Does diet or alcohol explain the French paradox? *Lancet* 344, 1719-1723
- Davidson, R./Rollnick, S./MacEwan, I. (1991): *Counselling problem drinkers*. London - New York 1991
- Davison, G.C./Neale, J. M. (1988): *Klinische Psychologie*. Ein Lehrbuch. München, Weinheim
- Deigner, S./Reitze, R./Horsch, A. (1995): Ergebnisse einer kombinierten Behandlung Alkoholabhängiger durch ein Akutkrankenhaus und eine externe Beratungsstelle. *SUCHT* 41 (5), 342-347
- Deutsch, F. (1962): *Body, Mind and Sensory Gateways*. Basel; zit. nach Beck, D. (1985): *Krankheit als Selbstheilung*. Frankfurt/M.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.; 1994): *Jahrbuch Sucht 1995*. Geesthacht

- Deutsches Ärzteblatt (1997): FDP für kontrollierte Abgabe von Heroin. 94, Heft 27, 1496-1497
- DiCicco, L./Unterberger, H./Mack, J. E. (1978): Confronting denial: An alcoholism intervention strategy. *Psychiatric Annals*, 8, 596-606
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. (Hrsg.; 1993): Internationale Klassifikation psychiatrischer Störungen. Bern
- Dimsdale, J. E./Stern, M. J./Dillon, E. (1988): The stress interview as a tool for examining physiological reactivity. In: *Psychosomatic Medicine*, 50, 64-71
- Doll, R./Peto, R./Hall, E. et al. (1994): Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. In: *British Medical Journal*, Vol. 309, 911-918
- Doll, R. (1995): Commentaries - Guidelines on sensible drinking: The beneficial effects of alcohol on vascular disease. *Addiction*, 90, 25-33
- Dorst, K. G./Kaluzka, K./Lehnert, H./Schmidt, H. (1995): Ein integratives Behandlungsprogramm bei essentieller Hypertonie. In: Feiereis, H./Saller, R. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lesebuch für alle Fachgebiete*. München
- Dijkstra, A./De Vries, H./Bakker, M. (1996): Pros and cons of quitting, self-efficacy, and the stages of change in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, 758-763
- Edwards, G./Orford, J./Egert, S./Guthrie, S./Hawker, A./Hensman, C./Mitcheson, M./Oppenheimer, E./Taylor, C. (1977): Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". *J Stud Alcohol* 38, 1004-1031
- Edwards, G. et al. (1982): Nomenclature and Classification of drug- and alcohol-related problems: a shortened version of a WHO memorandum. In: *British Journal of Addiction*, 77, 3-20
- Edwards, G. (1986): Arbeit mit Alkoholkranken. Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe. Weinheim / München
- Edwards, G./Anderson, P./Babor, T. F. et al. (Eds.; 1994): Alcohol policy and the public good. Oxford University Press, New York (deutsch 1997: Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart)
- Eggert-Schmid Noerr, A. (1988): Gruppenarbeit mit Arbeitslosen. Zur Ambivalenz gegenüber Arbeit und Arbeitslosigkeit. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 24: 292-301
- Ehlert, U./Lupke, U./Hellhammer, D. H. (1992): Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: I. Zielgruppe und Rahmenbedingungen. *Zeitschrift für Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 235-259
- Ehlert, U. (1995): Gynäkologische Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Ehlert, U./Wagner, D./Lupke, U. (1999): Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: III. Effekte einer psychotherapeutischen Kurzzeitintervention bei alkoholabhängigen Patienten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 20. Jg. (2), 189-209
- Elvy, G. A./Wells, J. E./Baird, K. A. (1988): Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. In: *British Journal of Addiction*, 83, 83-89
- Englert, J. S./Ahrens, B./Gebhardt, R./Kliefoth, M./Saupe, R./Stieglitz, R.-D./Unnewehr, S. (1995): Bewältigung von Krankheit und Belastungssituationen bei schizophrenen Patienten. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A31
- Erbach, F. (1996): Abstinenz als Ziel aller Hilfen? Erfahrungsbericht aus der ambulanten Suchtarbeit. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.): *Alkohol - Konsum und Mißbrauch / Alkoholismus - Therapie und Hilfe*. Freiburg
- Ewing, J. A. (1984): Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. In: *JAMA*, 252, 1905-1907
- Fahrenberg, J. (1986): Freiburger Beschwerdenliste. Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim
- Faller, H. (1995): Kausalattribution und Coping bei Lungenkrebspatienten. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A42
- Fehlenberg, D./Simons, C./Köhle, K. (1996): Die Krankenvsiste - Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München - Wien - Baltimore

- Feiereis, H. (1995): Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. In: Feiereis, H./Saller, R. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lesebuch für alle Fachgebiete. München
- Ferring, D./Filipp, S. H. (1989): Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK). In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18, 285-289
- Feuerlein, W./Ringer, Ch./Küfner H./Antons, K. (1977): Diagnose des Alkoholismus. Der Münchener Alkoholismustest (MALT). Münch. Med. Wschr. 119, 1275
- Feuerlein, W. (1986): Alkoholranke, die ungeliebten Patienten. Nervenheilkunde, 5, 16-21
- Feuerlein, W. (1987): Alkoholiker - ungeliebte Patienten. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 8, 509-512
- Feuerlein, W. (1989): Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. 4. überarbeitete Auflage (1. Auflage 1975). Stuttgart
- Feuerlein, W. (1996): Abstinenz - das Ziel aller Hilfen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch / Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg
- Fink, P./Jensen, J./Borgquist, L. et al. (1993): Psychiatric morbidity in primary health care: a nordic multicentre investigation. In: Acta Psychiatrica Scandinavia, 92, 409-418
- Fleming, M. F./Barry, K. L./Manwell, L. B./Johnson, K./London, R. (1997): Brief physician advice for problem alcohol drinkers - A randomized controlled trial in community-based primary care practices. JAMA, Vol. 277, 1039-1045
- Fleming, M. F./Manwell, L. B./Barry, K. L./Adams, W./Stauffacher, E. A. (1999): Brief Physician Advice for Alcohol Problems in Older Adults. A Randomized Community-Based Trial. J Fam Pract, Vol. 48, No. 5, 378-384
- Flor, H. (1991): Psychologie des Schmerzes. Bern
- Florin, I./Tuschen, B./Vögele, C. (1993): Verhaltensmedizin: Ein psychobiologischer Ansatz zur Behandlung körperlicher Krankheit. In: Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 14, 1/2, 36-50
- Fritsche, G. (1996): Verhaltenstherapeutische Strategien bei der Behandlung chronischer Schmerzen. In: Psycho, 22, 12, 843-851
- Fuchs, C. S./Stampfer, M. J./Colditz, G. A. et al. (1995): Alcohol consumption and mortality among women. In: The New England Journal of Medicine, Vol. 332, 1245-1250
- Fuller, M. G./Diamond, D. L./Jordan, M. L./Walters, M. C. (1995): The Role of a Substance Abuse Consultation Team in a Trauma Center. J. Stud. Alcohol 56: 267-271
- Funke, W./Funke, J./Klein, M./Scheller, R. (1987): Trierer Alkoholismussinventar (TAI). Göttingen
- Funke, W. (1996): Wege aus der Abhängigkeit. Möglichkeiten und Grenzen der professionellen Hilfen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg i. Br.
- Gallisch, M. (1990): Psychologische Beratung und Therapie türkischer Patienten im Medizinkontext. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 4, 435-457
- Ganz, K./von der Weid, N. (1996): Diabetes mellitus: Methoden der Selbstkontrolle. In: State of the Art. Diabetes mellitus 1996. Stellungnahmen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft. München
- Garfinkel, L./Boffetta, P./Stellmann, S. D. (1988): Alcohol and breast cancer: a cohort study. Preventive Medicine 17, 686-693
- Gaus, E./Merkle, W. (1992): Stationäre Psychotherapie und Psychosomatik in einem Allgemeinkrankenhaus - der heutige Stand in Esslingen. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart
- Gentilello, L./Donovan, D. M./Dunn, C. W./Rivara, F. P. (1995): Alcohol Interventions in Trauma Centers. Current Practice and Future Directions. In: JAMA, Vol. 274, 13, 1043-1048
- Gerber, W. D. (1986): Verhaltensmedizinische Aspekte der Nephrologie und Urologie. In: Miltner, W./Birbaumer, N./Gerber, W. D. (Hrsg.): Verhaltensmedizin. Berlin
- Gerber, W. D./Kropp, P./Schoenen, J./Siniatchkin, M. S. (1996): „Born to be wild oder doch gelernt?“ Neue verhaltensmedizinische Erkenntnisse zur Ätiopathogenese der Migräne. In: Verhaltenstherapie, 6, 210-220

- Goldstein, K. (1963): Der Aufbau des Organismus. Den Haag. Nach: Walter, H.-J. (1985): Gestalttheorie und Psychotherapie. Opladen
- Grant, B. F. (1996): Barriers to Alcoholism Treatment: Reasons for Not Seeking Treatment in a General Population Sample. *J. Stud. Alcohol* 58; 365-371
- Grant, K./Arciniega, L. T./Tonigan, J. S./Miller, W. R./Meyers, R. J. (1997): Are reconstructed self-reports of drinking reliable? In: *Addiction*, 92, 601-606
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 3. Auflage, Göttingen
- Groenbaek, M./Deis, A./Sorensen, T. I. A./Becker, U./Schnohr, P./Jensen, G. (1995): Mortality associated with moderate intakes of wine, beer or spirits. *BMJ*, Vol. 310, 1165-1169
- Haag, A. (1992): Eine psychosomatische Sprechstunde in der Medizinischen Poliklinik. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Stuttgart
- Haag, A./Stuhr, U. (1992): Über den Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Stuttgart
- Hand, I. (1997): Multimodale Verhaltenstherapie. In: Ahrens, St. (hrsg.): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart, New York
- Hänsel, D. (1981): Zum Verlauf der Motivation bei alkoholkranken Männern und Frauen. In: Knischewski, E. (Hrsg.): *Alkoholismus-Therapie. Vermittlung von Erfahrungsfeldern im stationären Bereich*. Kassel
- Hapke, U./Rumpf, H.-J./Hill, A./John, U. (1997): Alkoholprobleme in der medizinischen Basisversorgung - Prävalenz und sekundärpräventive Strategien. In: *AKTION PSYCHISCH KRANKE* (Hrsg.): *Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühzeitige Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung*. Freiburg i. Br.
- Haupt, E./Delbrück, H. (1996): Grundlagen der Rehabilitation. In: Delbrück, H./Haupt, E. (Hrsg.): *Rehabilitationsmedizin. Therapie- und Betreuungskonzepte bei chronischen Krankheiten*. München - Wien - Baltimore
- Health Education Board for Scotland (1994): *That's the limit - A Guide to sensible drinking*. Edinburgh
- Heather, N. (1995): *Treatment approaches to alcohol problems*. WHO Regional Publications. European Series No. 65
- Heather, N./Rollnick, S./Bell, A./Richmond, R. (1996): Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. In: *Drug and Alcohol Review*, 15, 29-38
- Heather, N. (1998): Using brief opportunities for change in medical settings. In: Miller, W. R./Heather, N. (Eds.): *Treating Addictive Behaviours*. Second Edition. New York, London
- Heather, N./Robertson, I/Gask, L. (1989): *DRAMS: Skills for Helping Problem Drinkers*. Teaching Videotapes, Trainer Notes, Notes for the GP and Patient Self-Help-Booklets. Scottish Health Education Group, Edinburgh
- Heitmann, B. L./Lissner, L. (1995): Dietary underreporting by obese individuals - is it specific or non-specific? *BMJ*, Vol. 311, 986 - 989
- Helmich, P./Hesse, E./Köhle, K./Mattern, H./Pauli, H./Uexküll, T. v./Wesiack, W. (1991): *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Ein Lernbuch für Ärztinnen, Ärzte und Studierende*. Berlin, Heidelberg
- Herrmann, C./Kaminsky, B./Rüger, U./Kreuzer, H. (1999): Praktikabilität und klinische Relevanz eines routinemäßigen psychologischen Screenings von Patienten internistischer Allgemeinstationen. *Psychosom. Med. Psychol.* 49: 48-54
- Herschbach, P./Keller, M. (1995): Onkologische Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Hertel, L./Rugulies, R./Siegrist, J./Scherwitz, L./Benesch, L. (1995): Lebensstiländerung und Verlauf der koronaren Herzkrankheit. Eine sekundärpräventive Interventionsstudie. Erste Forschungsergebnisse des C3-Projektes im Public-Health-Forschungsverbund Nordrhein-Westfalen. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Suppl.), A37-A38
- Herzog, T./Hartmann, A. (1990): Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Nervenarzt* 61, 281-293

- Heuser, J./Geissner, E./Goebel, G./Fichter, M. (1995): Stationäre verhaltensmedizinische Behandlung chronischer Schmerzen - Evaluation und Indikationsstellung. In: Verhaltenstherapie, 5 (Suppl.), A30
- Hodgson, R. G. (1994): Die Antwort der Gemeinde auf Alkoholprobleme und ihre Folgen. In: Jagoda, B./Kunze, H./Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung. Köln
- Hoffmann, R. M. (1995): Psychologische Interventionen bei chronischen Insomnien. In: Verhaltenstherapie, 5 (Suppl.), A12
- Holder, H./Longabaugh, R./ Miller, W. R./Rubonis, A. (1991): The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. In: Journal of Studies on Alcohol, Vol. 52, 6, 517 - 539
- Holder, H./Giesbrecht, N./Horverak, O./Nordlund, S./Norström, T./Olsson, O./Österberg, E./Skog, O.-J. (1995): Potential consequences from possible changes to nordic retail alcohol monopolies resulting from European Union membership. Addiction 90, 1603 ff.
- Holz, A. (1995): Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker: Naß oder trocken? Unveröffentlichtes Vortrags-Manuskript. Bochum
- Holz, A./Leune J. (1999): Versorgung Suchtkranker in Deutschland. Jahrbuch Sucht 2000, 139-160
- Holz, H./Bork, J./Oberlaender, F. A. (1996): 1-Jahreskatamnese nach Alkohol-Entwöhnungsbehandlung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. SUCHT 42 (3), 183-187
- Homann, N./Seitz, H.K. (1996): Alkohol und Krebs. In: Klinikarzt, 7+8/25, 216-219
- Hoyer, J. (1995): Zur Modifikation ambivalenter Kognitionen über den Begriff „gemäßigter Alkoholkonsum“: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1, 99-112
- Hüllinghorst, R. (1994): Interessen und Entscheidungsstrukturen von Leistungsträgern: Handicaps auf dem Weg zur regionalen Bedarfsplanung. In: Jagoda, B./Kunze, H./Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Köln
- Hüllinghorst, R. (1996): Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 97. Geesthacht
- Hüllinghorst, R. (1997): Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 98. Geesthacht
- Hüllinghorst, R./Lehner, B. (1997): Sucht '97 - Umfang und Hilfen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Freiburg i. Br.
- Hüllinghorst, R. (1999): Das gesamt-konzept der Suchtkrankenhilfe. Individuelle Interventionen in flexiblen Institutionen. Schriftliche Fassung eines Referats auf der Fachkonferenz SUCHT '99 in Weimar
- Hurrelmann, K./Pöler-Klassen, A./Hasheider, W./Wilms, H./Wilms, E. (1996): Entwicklung und Erprobung der Lions-Quest-Unterrichtsmaterialien. Ergebnisbericht. Bielefeld
- Hurrelmann, K. (1996): Zum Zusammenhang von Sozialisation und Drogen im Jugendalter. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Universität Bielefeld
- Jackson, R./Beaglehole, R. (1995): Alcohol consumption guidelines: relative safety vs absolute risks and benefits. The Lancet, Vol. 346, 716
- Jacobi, C. (1995): Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Patientinnen mit Eßstörungen. In: Verhaltenstherapie, 5 (Supplement), A50
- Jäger, K./Niemann, B. M./Schmeling-Kludas, C./Wedler, H. L. (1991): Thema: Psychosomatik im Krankenhaus. Realisierbarkeit psychosomatischer Versorgung im Allgemeinkrankenhaus - Erfahrungen nach drei Jahren. Der Kassenarzt 17, 36-42
- John, U. (1994): Ansätze zur Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Rahmen der medizinischen Behandlung. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 3, 99-105
- John, U./Hapke, U./Rumpf, H.-J./Hill, A./Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. In: Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Band 71, Baden-Baden
- Jones, S./Casswell, Sally/Zhang, J.-F. (1995): The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. Addiction, 90, 1455-1461

- Jordan, J./Sapper, H./Schimke, H./Schulz, W. (1989): Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. *Psychother. med. Psychol.* 39, 127-134
- Junge, B. (1994): Alkohol. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht '95*. Geesthacht
- Junge, B. (1995): Suchtstoffe, Suchtformen und Auswirkungen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht '96*. Geesthacht
- Jungnitsch, G. (1995): Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Kaiser, U./Lütke-Fremann, H./Schmitz, M. (1995): Atemwegserkrankungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Kanfer, F. H. (1992): Die Motivierung von Klienten aus der Sicht des Selbstregulationsmodells. In: *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 3, 137-152
- Kirschbaum, C. (1991): *Cortisolmessung im Speichel - Eine Methode der Biologischen Psychologie*. Bern
- Kishline, A. (1994): *Moderate Drinking – The Moderation Management Guide For People Who Want To Reduce Their Drinking*. New York
- Klinkenberg, N. (1995): Gastrointestinale Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Kohaut, A. (1997): *Beratung von Rauchern im Allgemeinkrankenhaus ... Seminar auf den Tübinger Suchttherapietagen*
- Köhle, K./Gaus, E./Waldschmidt, D. (1996a): Krankheitsverarbeitung und Psychotherapie nach Herzinfarkt - Perspektiven für ein biopsychosoziales Behandlungskonzept. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München - Wien - Baltimore
- Köhle, K./Joraschky, P./Reisinger, E. (1996b): Die Institutionalisierung im klinischen Bereich. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München - Wien - Baltimore
- Köhler, T. (1993): Verhaltensmedizinische Aspekte der Hypertonie. In: *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 14, 3, 199-216
- Körkel, J. (1991): Der Alkoholrückfall während stationärer Therapie: Forschungsergebnisse, Handlungsstrategien und Perspektiven für die Suchtpraxis. In: Körkel, J./Wenado, M./Wohlfarth, R. (Hrsg.): *Umgang mit Rückfällen während der stationären Therapie*. Bonn
- Körkel, J./Kruse, G. (1993): *Mit dem Rückfall leben*. Bonn
- Körkel, J. (1995): Rückfälle während stationärer Alkoholismusbehandlung: Häufigkeiten, Ursachen, Interventionen. In: Körkel, J./Wernado, M./Wohlfarth, R. (Hrsg.): *Stationärer Rückfall - Ende der Therapie?* Geesthacht
- Körkel, J. (1998): Anti-Craving-Substanzen: „Retter in der Not“ oder „Nichts gewesen außer Pharmaspesen?“. Vortrag im Rahmen der Hamburger Suchttherapietage
- Körkel, J./Scharrer, S. (1998): Ethik in der Suchtbehandlung - Suchttherapie zwischen professionellen Ansprüchen und betriebswirtschaftlichem Kalkül. Vortrag im Rahmen der Hamburger Suchttherapietage
- Körkel, J./Schindler C. (1999): Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.): Suchtbehandlung – Entscheidungen und Notwendigkeiten*. Geesthacht
- Körkel, J./Kerlin, C./Langguth, W./Schellberg, B. (1999): *AKT – Ein ambulantes Gruppenprogramm zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol*. Internes Papier. Nürnberg
- Körkel, J. (1999): Akzeptanz in der Arbeit mit AlkoholkonsumentInnen. In: Stöver, H. (Hrsg.): *Akzeptierende Drogenarbeit – eine kritische Bestandsaufnahme*. Freiburg i. Br.
- Körkel, J./Schindler, C. (1999): Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.): Suchtbehandlung – Entscheidungen und Notwendigkeiten*. Geesthacht
- Kramarz, S. (1988): Suchtkranke sind beim Hausarzt in falschen Händen. In: *Therapie der Gegenwart*, 127, 8, 11-16
- Kraus, L. (1996): Ergebnisse einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen 1995. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht '97*. Geesthacht

- Kraus, L./Bauernfeind R. (1998): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. SUCHT 44, Sonderheft 1
- Kremer, G./Dormann, S./Wienberg, G. (1996): Zur Umsetzung von Früherkennung und Frühintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern - Vernetzung mit dem Hilfesystem für Abhängigkeitskranke. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg i. Br.
- Kremer, G./Dormann, S./Pörksen, N./Wessel, T./Wienberg, G. (1997): Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.
- Kremer, G./Wienberg, G./Dormann, S./Pörksen, N./Wessel, T. (1997): Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Primärversorgung - Bedarfslage und Umsetzung eines Interventionskonzepts in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In: John, U./Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen. Freiburg i. Br.
- Kremer, G./Dormann, S./Badke, M. (1997): Und wieviel trinken Sie? Unveröffentlichte Begleitmaterialien zum BMG-Projekt. Psychiatrische Klinik Gilead, vBA Bethel, Bielefeld
- Kremer, G./Dormann, S./Pörksen, N./Wienberg, G./Wessel, T./Rüter, E. unter Mitarbeit von FOGS (1998): „Erkennung und Behandlung von PatientInnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke“. Abschlußbericht eines Modellprojekts des Bundesministeriums für Gesundheit. In: FOGS (Hrsg.): Abschlußbericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden
- Kremer, G. (2000): Grundlagen motivierender Gesprächsführung. In: Poehlke, T./Flenker, I./Follmann, A./Kremer, G./Rist, F. (Hrsg.): Suchtmedizinische Versorgung 1: Grundlagen der Behandlung. Berlin - Heidelberg - New York
- Kröner-Herwig, B. (1987): Schmerz als Krankheit: Verhaltensmedizinische Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 19, 325-340
- Kruse, G./Körkel, J. (1995): Psychotherapie bei rückfälligen Suchtkranken. Lohnt das? psycho, 21, Nr. 11, 684-694
- Küchenhoff, J./Ahrens, S. (1997): Modellvorstellungen psychosomatischer Störungen. In: Ahrens, S. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart, New York
- Küfner, H. (1982): Zur Frage von Verleugnungstendenzen von Alkoholabhängigen. Drogalkohol 3, 1-86
- Küfner, H./Feuerlein, W./Flohschütz, F. (1986): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. Suchtgefahren 32, 1-86
- Küfner, H. (2000): Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus – ein Überblick. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2 (4): 181-192
- Kulick, B. (1998): Die Motivierung Suchtkranker aus der fachlichen Sicht der Leistungsträgerschaft. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Beutel, M. (Hrsg.): Motivation in der Suchttherapie. Intrapyschischer Prozeß und versorgungspolitische Aufgabe. Geesthacht
- Kulzer, B./Bergis, K. H./Imhof, P./Hermanns, N./Reinecker, H. (1997): MEDIAS II: Resultate einer ambulanten Therapievergleichsstudie zur „Verhaltensmedizinischen Prävention und Therapie des Typ-II-Diabetes“. In: Verhaltenstherapie, 7 (Suppl.), A12
- Kunkel, E. (1987): Kontrolliertes Trinken und Abstinenz-Therapieziele bei Alkoholikern (Neue Veröffentlichungen aus den USA und Großbritannien). Suchtgefahren, 33, 389-404
- Künsebeck, H.W./Lempa, W./Freyberger, H. (1984): Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten. Dtsch.med.Wschr. 109, 1438-1442
- Künsebeck, H. W./Lempa, W./Liedtke, R./Freyberger, H. (1988): Klinisch-psychosomatischer Konsiliardienst. Psycho 14, 420-426

- Künzel-Böhmer, J./Bühringer, G./Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden
- Lackner, M./Jäger, B./Künsebeck, H.-W./Schmid-Ott, G./Lamprecht, F. (1996): Die Patient-Stationarzt-Konsiliarius-Triade: Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsiliardienst. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 46, 333-339
- Lamprecht, F. (1996): Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. In: *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 46, 283-291
- Landis, E. (1995): Psychiatrisch/psychosomatischer Konsildienst am Allgemeinkrankenhaus. *Spektrum* 6, 248-256
- Längle, G./Schied, H.-W. (1990): Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogramms für Alkoholranke. *Suchtgefahren* 36, 97-105
- Langosch, W./Schepers, H. (1995): Psychische Bewältigungsprozesse bei PTCA. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A35
- Larbig, W. (1998): Psychoonkologische Interventionen - Kritisches Review. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 48, 381-389
- Lauer, G. (1995): Alkoholrückfall während stationärer Therapie: Empirische Fakten und praktische Vorschläge zu Rückfallaufarbeitung. *Psychiat. Praxis* 22, 19-23
- Lempke, G. (1990): Suchtkonzepte und ihre Auswirkungen auf den Umgang mit Abhängigkeitskranken. In: Schwoon, D. R./Krausz, M. (Hrsg.): *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie.* Stuttgart
- Leslie, H./Learmonth, L.(1994): Beratung im Allgemeinkrankenhaus. In: *AKTION PSYCHISCH KRANKE* (Hrsg.; 1997): *Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung.* Freiburg i. Br.
- Leßmann, J. J./Rahn, E./Cramer, R. (2001): Psychosomatische Grundversorgung: ein klinikübergreifendes Modell. *Westfälisches Ärzteblatt* 1, 10-11
- Leuchter, K. (1999): Handwerker-Fonds Suchtkrankheit e. V. Ein Modell für das Handwerk. In: *Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren e. V. (Hrsg.): Suchttherapie vor Ort. Bericht der Jahrestagung 1998.* Göttingen
- Linden, M./Maier, W./Achberger, M./Herr, R./Helmchen, H./Benkert, O. (1996): Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. In: *Nervenarzt*, 67, 205-210
- Lindenmeyer, J. (1999a): *Alkoholabhängigkeit.* Göttingen – Bern – Toronto – Seattle
- Lindenmeyer, J. (1999b): „Darf ich wirklich nie mehr trinken?“ – Verhaltenstherapie bei Alkoholmißbrauch. In: *Pittrich, W./Rometsch, W./Sarrazin D. (Hrsg.): Aktuelle Entwicklungen in der Behandlung Alkoholabhängiger.* Landschaftsverband Westfalen-Lippe, *Forum Sucht*, Band 24
- Linster, H.-W./Rückert, D. (1998): Behandlungserfolg und Rückfall. Seminar auf den 3. Tübinger Suchttherapietagen
- Lupke, U./Ehlert, U./Hellhammer, D. (1992): Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: I. Zielgruppe und Rahmenbedingungen. In: *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 4, 235-259
- Lupke, U./Ehlert, U./Hellhammer, D. (1995a): Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: II. Behandlung des Somatisierungsverhaltens. In: *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 16, 1, 3- 35
- Lupke, U./Ehlert, U./Hellhammer, D. (1995b): Effekte psychologischer Behandlung im Allgemeinkrankenhaus: Verlaufsuntersuchung an Patienten mit Somatisierungsverhalten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, 358-365
- Lupke, U./Ehlert, U. (1999): Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus IV. Kurz- und langfristige Effekte bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 20, 2, 89-101
- Maier, H./Tisch, M. (1996): Krebs durch Alkohol. In: *Der Allgemeinarzt*, 14, 1518-1526
- Marlatt, G. A./Baer, J. S./Kivlahan, D. R./Dimeff, L. A./Larimer, M. E./Quigley, L. A./Somers, J. M./Williams, E. (1998): Screening and Brief intervention for High-Risk College Student Drinkers: Results from a 2-Year Follow-Up Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 66, No. 4, 604-615

- Matakas, F./Berger, H./Koester, H./Legnaro, A. (1984): Alkoholismus als Karriere. Berlin
- Maylath, E./Seidel, J. (1997): Analyse der psychiatrischen Krankenhausfälle in Hamburg 1988 - 1994 - Entwicklungstrends, Versorgungslücken und -perspektiven. *Gesundheitswesen* 59, 423-433
- Metzger, W. (1963): Psychologie. Entwicklung ihrer Grundannahmen seit der Einführung des Experiments. Darmstadt. Nach: Walter, H.-J. (1985): Gestalttheorie und Psychotherapie. Opladen
- Metzger, W. (1952): Leib und Seele in der unmittelbaren Erfahrung. In: Metzger, W. (1986): Gestalt-Psychologie. Ausgewählte Werke aus den Jahren 1950-1982. Hrsg.: Stadler, M. & Crahus, H. Frankfurt/Main
- Meyer, C./Rumpf, H.-J./Hapke, U./John, U. (1998): Regionale Unterschiede in der Prävalenz riskanten Alkoholkonsums: Sekundäranalyse des Gesundheitssurveys Ost-West. *Gesundheitswesen* 60, 486-492
- Midanik, L. T. (1988): Validity of self-reported alcohol use: a literature review and assessment. In: *British Journal of Addiction*, 83, 1019-1029
- Miller, W. R./Rollnick, S. (Eds.; 1991): Motivational Interviewing. Preparing People To Change Addictive Behavior. New York, London. Deutsch 1999: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Br.
- Miller, W. R./Sanchez, V. C. (1991): Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G. (Ed.): Issues in alcohol use and misuse by young adults. Notre Dame
- Miller, W. R./Benefeld, R. G./Tonigan, J. S. (1993): Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 61, No. 3, 455-461
- Miller, W. R. (1998): Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction* 93 (7), 979-990
- Miller, W. R. (1998): Enhancing Motivation For Change. In: Miller, W. R./Heather, N. (Eds.): Treating Addictive Behaviors. Second Edition. New York, London
- Miltner, W./Birbaumer, N./Gerber, W. D. (1986): Verhaltensmedizin. Berlin
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1999): Landesprogramm gegen Sucht. Düsseldorf
- Minneker, E. (1991): Bedingungen des Rückfalls bei Rauchern. Frankfurt
- Moberg, P. (1975): Treatment outcome for earlier-phase alcoholics. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 543-552
- Möller, H. J./Angermund, A./Mühlen, B. (1987): Prävalenzraten von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchner Alkoholismustest. In: *Suchtgefahren*, 33, 199 - 202
- Mundle, G./Ackermann, K./Günthner, A./Stetter, F./Mann, K. (1995): Der Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen. Ein Vergleich von Selbstaussagen und biologischen Markern. In: Mann, K./Buchkremer, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. SUCHT Sonderband, 90-92
- Muthny, F. A. (1995): Attribuierungsprozesse und Kontrollüberzeugungen in ihrer Relevanz für die psychosoziale Versorgung von Krebspatienten. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A42
- Nagel-Studer, E./Held, K./Friedrich, H. (1986): Das psychosomatische Konsilium im Allgemeinen Akutkrankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt* 83, 22, 1607-1610
- Neumer, S. (1998): Modell einer Kosten-Effektivitäts-Analyse für die stationäre Therapie Alkoholkranker in Deutschland. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30 (1), 91-100
- Noeker, M./Petermann, F. (1995): Zusammenhang zwischen Merkmalen einer chronischen Erkrankung, psychosozialen Folgebelastungen, Krankheitsbewältigung und Adaptation. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A39
- O'Brien, C. P./McLellan, A. T. (1996): Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240
- Perleth, M./Collatz, J./Altensmidt, A. (1996): Kommunikative Kompetenz in der ärztlichen Ausbildung. *Gesundheitswesen*; 58; 87-88
- Pessner, G./v. Keyserlingk, H. (1988): Zur Problematik von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in einem Kreiskrankenhaus. In: Wilhelm-Pieck-Universität (Hrsg.): Alkohol - das chronische Zuviel und seine Komplikationen. Rostock

- Petermann, F./Walter, H.-J./Warschburger, P./Beys, M./Köhl, C./Biberger, A./Lecheler, J. (1993): Verhaltensmedizin und Patientenschulung: Das Astma-Verhaltenstraining. In: Prävention-Rehabilitation, 5, 2, 64-69
- Petermann, F. (Hrsg; 1995): Diabetes mellitus. Sozial- und verhaltensmedizinische Ansätze. Göttingen
- Petermann, F. (Hrsg.; 1995): Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Göttingen
- Petry, J. (1988): Kontrolliertes Trinken und Abstinenz - eine Replik. Suchtgefahren 34, 145-147
- Petry, J. (1993a): Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie. Weinheim
- Petry, J. (1993b): Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Weinheim
- Petry, J. (1994): Behandlungsmotivation bei Alkoholikern: Ein kognitionspsychologischer Ansatz. SUCHT 6/1994, 394-410
- Petry, J. (1996): Gruppentherapeutische Programme zur Behandlungsmotivierung von Alkoholabhängigen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkoholabhängigkeit - Motivation und Diagnose. Freiburg
- Petry, J. (1998): Suchtentwicklung und Motivationsdynamik. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe/Beutel, M. (Hrsg.): Motivation in der Suchttherapie - Intrapyschischer Prozeß und versorgungspolitische Aufgabe. Geesthacht
- Polch, P. (1995): Rausch in kleinen Dosen. Stern 26, 173-178
- Polte, M./Hapke, U./Rumpf, H.-J./John, U. (1999): Schätzung der Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses. SUCHT, 45. Jg., Heft 3, 187-194
- Pontzen, W. (1992): Bemerkungen zur Integration Psychosomatischer Medizin in das Allgemeine Krankenhaus. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Stuttgart
- Popham, R. E. & Schmidt, W. (1976): Some factors affecting the likelihood of moderate drinking by treated alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, Vol. 37, No. 7, 868-882
- Pörksen, N. (1996): Alkoholabhängige in Hilfesystemen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol - Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus - Therapie und Hilfe. Freiburg i. Br.
- Prochaska, J. O./DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, 276-288 (zitiert nach Miller, W. R./Rollnick, S. (Eds.; 1991)
- Prochaska, J./Norcross, J./DiClemente, C. (1997): Jetzt fange ich neu an. München
- Pyko, G. (1997): Die Entwicklung der regionalen Suchtkrankenhilfe aus Sicht einer Beratungsstelle. Vortrag auf einer Tagung der Klinik am Hellweg, Oerlinghausen
- Redecker, T. (1998): Kontrolliertes Trinken: Wunsch oder Möglichkeit? Inforum – Das Info-Medium zur Sucht in NRW; Nr. 2; 1-2
- Regier, D. A./Farmer, M. E./Rae, D. S./Locke, B. Z./Keith, S. J./Judd, L. L./Goodwin, F. K. (1990): Comorbidity of Mental Disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. In: JAMA, Vol 264, No 19, 2511-2518
- Rehm, J./Bondy, S./Room, R. (1995): Commentaries - Guidelines on sensible drinking: Towards effective low risk guidelines on alcohol consumption. Addiction, 90, 25-33
- Reimer, C./Freisfeld, A. (1984): Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. In: Therapiewoche, 34, 3514-3520
- Reinecker, H. (1988): Verhaltensmedizin. In: Davison, G. C./Neale, J. M. (Hrsg.): Klinische Psychologie. München - Weinheim
- Reker, M. (1998): Behandlungsvereinbarungen in der Arbeit mit chronisch Alkoholabhängigen - Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akut-Psychiatrie. Vortrag auf den Hamburger Suchttherapietagen
- Richmond, R./Heather, N./Wodak, A. et al. (1995): Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. In: Addiction, 90, 119-132

- Riehl-Emde, A./Frei, R./Willi, J. (1994): Menschen in Trennung und ihre Ambivalenz: Erste Anwendung eines neu entwickelten Paarinventars. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 37-45
- Rimm, E. B./Klatsky, A./Grobbee, D./Stampfer, M. J. (1996): Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine or spirits? *BMJ*, Vol. 312, 731-736
- Ritson, B. (1997): Frühe Interventionen in der primären Gesundheitsversorgung. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung. Freiburg i. Br.
- Rohde-Dachser, C. (1986): Borderlinestörungen. In: Kisker et al. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Berlin - Heidelberg - New York
- Rollnick, S./Bell, A. (1991): Brief Motivational Interviewing for use by the nonspecialist. In: Miller, W. R./Rollnick, S. (Eds.): *Motivational Interviewing. Preparing People To Change Addictive Behavior*. New York, London
- Rollnick, S./Heather, N./Bell, A. (1992): Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37
- Romelsjö, A./Leifman, A. (1999): Association between alcohol consumption and mortality, myocardial infarction and stroke in 25 year follow up of 49618 Swedish men. *British Medical Journal*, Vol. 319, 821-822
- Rüddel, H. (1995): Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Rumpf, H.-J./Hapke, U./John, U. (1995): Development of a screening questionnaire for primary health care settings: The Luebeck Alcoholism Screening Test. *Medizinische Universität zu Lübeck*
- Rumpf, H.-J./Hapke, U./John, U. (1997): Spezifika des Settings im Allgemeinkrankenhaus und ihre Bedeutung für die Vernetzung von Suchthilfen. In: John, U./Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen*. Freiburg i. Br.
- Rumpf, H.-J./Hapke, U./Hill, A./John, U. (1997): Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 21, No. 5, 894-898
- Rumpf, H.-J./Hapke, U./Dawedait, A./John, U. (1998): Bedeutung der Familie bei Ausstiegsprozessen aus der Sucht. *Medizinische Universität zu Lübeck*
- Rumpf, H.-J./Meyer, C./Hapke, U./Bischof, G./John, U. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *SUCHT* 46 (1) 9-17
- Sanchez-Craig, M. (1993): *Saying When – How to quit drinking or cut down. An ARF Self-Help Book*. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada
- Sanchez-Craig, M./Davila, R./Cooper, G. (1996): A Self-Help Approach for High-Risk Drinking: Effect of an Initial Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, No. 4, 694-700
- Scheerer, S. (1995): *rororo special Sucht*. Reinbek
- Schepank, H. (1987): *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Berlin, Heidelberg, New York
- Scherer, K./Mengistu, D./Meyer, G./Weitkunat, R. (1996): Alkohol bei Münchner Hauptschülern - eine Studie zur Verbreitung von Erfahrungen, Wissen, Einsrtellungen und Verhaltensweisen. *Gesundheitswesen* 58, 533-537
- Schleberger-Dein, U./Stuhr, U./Haag, A. (1994): Die psychosomatisch-psychosoziale Bedarfs- und Versorgungssituation im Akutkrankenhaus - Ergebnisse einer Befragung internistischer Stationsärzte und -ärztinnen. *Psychother. Psychosom. med. Psychol* 44, 99-107
- Schlüter-Dupont, L. (1990): *Alkoholismus-Therapie. Pathogenetische, psychodynamische, klinische und therapeutische Grundlagen*. Stuttgart, New York
- Schmeling-Kludas, C./Odensass, C. (1994): Psychosomatik im allgemeinen Krankenhaus: Problemspektrum bei einer Zufallsstichprobe von 100 internistischen Patienten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 372-381

- Schmeling-Kludas, C./Fehrs, H. (1997): Auswirkungen eines integrierten internistisch-psychosomatischen Versorgungsangebotes auf die Krankheitsverarbeitung der Patienten. In: *Psychother. Psychosom. Med. Psychologie* 47, 285-294
- Schmidt, L. (1993): *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch*. 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln
- Schneider, H. (1993): Die psychodynamischen Eigenarten der Ambivalenz. In: Husen, B. (Hrsg.): *Psychotherapie der Psychosen*. Berlin - München
- Schneider, W./Basler, H. D./Beisenherz, B. (1989): Fragebogen zur Messung von Psychotherapiemotivation. Weinheim
- Schonecke, O. W./Muckweich, C. (1996): Methoden der Verhaltensmodifikation. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore
- Schwoon, D. R. (1988): Die Motivation zur Alkoholismustherapie. In: Pfäfflin, H. et al. (Hrsg.): *Der Mensch in der Psychiatrie*. Heidelberg
- Schwoon, D. R./Krausz, M. (1990): Psychiatrie und Sucht - Anmerkungen zu einem zwiespältigen Verhältnis. In: Schwoon, D. R. /Krausz, M. (Hrsg.): *Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart
- Schwoon, D. R. (1992): Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg, G. (Hrsg.): *Die vergessene Mehrheit*. Bonn
- Schwoon, D. R. (1998a): Motivierende Interventionen bei Suchtkranken. In: Gölz, J. (Hrsg.): *Moderne Suchtmedizin*. Stuttgart
- Schwoon, D. R. (1998b): Motivation - Über die Nützlichkeit eines unklaren Begriffs. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe/Beutel, M. (Hrsg.): *Motivation in der Suchttherapie - Intrapyschischer Prozeß und versorgungspolitische Aufgabe*. Geesthacht
- Selzer, M. L./Vinokur, A./Rooijen, M. A. (1975): A Self-Administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36 (1), 117-126
- Shaper, A. G. (1995): Commentaries - Guidelines on sensible drinking: Sensible, but not particularly logical. *Addiction*, 90, 25-33
- Shaw, R./Rief, W./Fichter, M. M. (1995): Eßstörungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Shapiro, S./Skinner, E. A./Kessler, L. G./von Korff, V./German, P. S./Tischler, G. L./Leaf, P. J./Beham, L./Cottler, L./Regier, D. A. (1984): Utilization of health and mental health services. *Arch. Gen. Psychiat.* 41, 971-978
- Siegrist, J. (1985): Koronargefährdendes Verhalten. In: Basler, H. D./Florin, I. (Hrsg.): *Klinische Psychologie und körperliche Krankheit*. Stuttgart
- Siegrist, J. (1995): Psychosoziale Einflüsse auf mkardiovaskuläre Risiken: Konsequenzen für die Prävention. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A33
- Simon, R./Janßen, H.-J. (1997): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe und der Selbsthilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 1998*. Geesthacht
- Simon, R./Palazzetti, M. (1998): Jahresstatistik 1997 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum 1.1.1997-31.12.1997. SEDOS-Berichte Bd. 5. Hamm
- Single, E./Robson, L./Xie, X./Rehm, J. (1998): The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 93 (7), 991-1006
- Sobell, L. C./Cellucci, T./Nirenberg, T. D./Sobell, M. B. (1982): Do Quantity-Frequency Data Underestimate Drinking-Related Health Risks? *American Journal of Public Health*, Vol. 72, 8, 823-828
- Sobell, M. B./Sobell, L. C. (1993): *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment*. New York
- Soyka, M. (1995): Wirksamkeit von Acamprosat in der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit. In: *Nervenheilkunde*, 14, 83-86
- Statistisches Bundesamt (1997): *Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden
- Stockwell, T. (1988): Can severely dependent drinkers learn controlled drinking? Summing up the debate. *British Journal of Addiction*, 83, 149-152

- Stott, N. C. H./Pill, R. M. (1990): „Advise yes, dictate no“. Patients views on health promotion in the consultation. *Family practice*, 7, 2, 125-131
- Stuhr, U./Haag, A. (1989): Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. In: *Psychother. med. Psychol.* 39, 273-281
- Stunkard, A. J./Pudel, V. (1996): Adipositas. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore
- Tauscher, M./Simon, R./Hüllinghorst, R./Bühringer, G.(Helas, I./Schmidtobreck, B. (1996): Erweiterte Jahresstatistik 1995 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband). EBIS-Berichte Bd. 24. Freiburg * Hamm * Kassel * München
- Thiel, A./Söllner, W./Schüßler, G. (1997): Wie lautet die Konsilianforderung - und was wird tatsächlich vom psychotherapeutischen Konsiliar erwartet? *Zsch. psychosom. Med.* 43, 233-246
- Thomann, C./Schulz von Thun, F. (1988): *Klärungshilfe - Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen*. Hamburg
- Thun, M. J./Petro, R./Lopez, A. D./Monaco, J. H./Henley, S. J./Heath, C. W./Doll, R. (1997): Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U. S. adults. In: *The New England Journal of Medicine*, Vol. 337, 1705-1714
- Traue, H. C. (1993): Behavioral Medicine - Verhaltensmedizin. In: *Verhaltenstherapie*, 3 (Suppl.), 4-14
- Tuschen, B./Vögele, C./Rodde, S. (1995): Beeinflussen psychische Belastungen das Eßbedürfnis von Bulimikerinnen und von Frauen mit gezieltem Eßstil? In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Supplement), A50
- Tuschhoff, T./Benecke-Timp, A./Vogel, H. (1995): Adipositas. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Uexküll, T. v. (1995): Grundlagen der psychosomatischen Medizin. In: Feiereis, H./Saller, R. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lesebuch für alle Fachgebiete*. München
- Uexküll, T. v. (Hrsg.; 1996): *Psychosomatische Medizin*. München - Wien - Baltimore
- Uexküll, T. v./Wesiack, W. (1996a): Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München - Wien - Baltimore
- Uexküll, T. v./Wesiack, W. (1996b): Theorie des therapeutischen Geschehens. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München - Wien - Baltimore
- Uexküll, T. v. (1999): Für eine integrierte Medizin. Interview mit Thure von Uexküll. *Mabuse* 120, 37-39
- Üstün, T. B./Gater, R. (1994): Integrating mental health into primary care. In: *Current opinion of Psychiatry*, 7, 173-180
- Veltrup, C.(1996): Motivationale Interventionen bei Menschen mit Alkoholproblemen. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.): *Alkoholabhängigkeit - Motivation und Diagnose*. Freiburg i. Br,
- Vogel, H./Weber-Falkensammer, H. (1995): Grundbegriffe und Trends der Verhaltensmedizin. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Göttingen
- Volz, M./Rist, F./Alm, B. (1998): Screening auf Alkoholprobleme in einer chirurgischen Abteilung mit Hilfe des Kurzfragebogens LAST. *SUCHT*, 44. Jg., heft 5, 310-321
- Volz, M. (1999): Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus. In: Pittrich, W./Rometsch, W./Sarrazin D. (Hrsg.): *Aktuelle Entwicklungen in der Behandlung Alkoholabhängiger*. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Forum Sucht, Band 24
- Wancata, J./Benda, N./Meise, U./Windhaber, J. (1999): Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? *Der Nervenarzt* 70: 810-816
- Warschburger, P./Skusa-Freeman, B./Scheewe, S./Wilke, K./Petermann, U. (1995): Verhaltensmedizinisch orientierte Schulung für neurodermitiskranke Kinder ab dem 11. Lebensjahr. In: *Verhaltenstherapie*, 5 (Suppl.), A40
- Wedler, H. (1992): Ansätze zu einer integrierten Psychosomatischen Medizin im Krankenhaus. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Stuttgart

- Weinbrenner, W. (1991): Das rechte Maß: Risikofaktor Alkohol - Das Handbuch für Gesunde und Gefährdete. München
- Weiss, E./English, O. S. (1943): Psychosomatic Medicine. The application of psychopathology to general medicine. Philadelphia, London; zit. nach Meyer, A.E. (1997): Historische Entwicklung des Fachgebiets Psychosomatik/Psychotherapie in Deutschland. In: Ahrens, S. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart, New York
- Weiss, R. D./Najavits, L. M./Greenfield, S. F./Soto, J. A./Shaw, S. R./Wyner, D. (1998): Validity of Substance Use Self-Reports in Dually Diagnosed Outpatients. In: American Journal of Psychiatry, 155, 1, 127-128
- Wesiack, W. (1996): Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren. In: Uexküll, T. v. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München - Wien - Baltimore
- Westfälisches Ärzteblatt (1998): Signal für Erprobung einer neuen Suchttherapie. Bundesärztekammer spricht sich für Modellversuche mit Originalstoff-Vergabe an Suchtkranke aus. April 1998: 9-10
- Wessel, T./Westermann, H. (1998): PEGPAK – Psychoedukatives Gruppenprogramm bei problematischen Alkoholkonsumgewohnheiten. Internes Papier. Bielefeld
- Wetterling, T./Veltrup, C. (1997): Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Ein Leitfaden. Berlin, Heidelberg
- WHO-Workgroup (1993): „Drink-Less-Packages“ as part of Phase III and IV of the WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care. Copenhagen
- Wienberg, G. (Hrsg.; 1992): Die vergessene Mehrheit. Bonn
- Wienberg, G./Pörksen, N./Wessel, T./Zechert, Ch. (1993): Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung - Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken in der Bundesrepublik. Sucht, 4, 264-275
- Wienberg, G. (1994): Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik. In: Jagoda, B./Kunze, H./Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung. Köln
- Wienberg, G. (1995): Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung. In: Mann, K./Buchkremer, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. SUCHT Sonderband, 13-17
- Wienberg, G. (1998): Wenige bekommen viel - viele bekommen wenig. Vortrag auf den Hamburger Suchttherapietagen
- Winter, E. (1999): Ergebnisse einer Befragung zur Lebensgeschichte von Teilnehmern eines Abstinentertreffens. In: Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren e. V. (Hrsg.): Suchttherapie vor Ort. Bericht der Jahrestagung 1998. Göttingen
- Wittchen, H.-U./Zaudig, M./Schramm, E./Spengler, P./Mombour, W./Klug, J./Horn, R. (1991): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID). Weinheim
- Worm, N. (1997): Täglich Wein. Gesünder leben mit Wein und mediterraner Ernährung. Bern und Stuttgart
- Zielke, M. (Hrsg., 1994): Verhaltensmedizinische Rehabilitation. Weinheim
- Zimbardo P. G. (1995): Psychologie. 6. Auflage. Berlin – Heidelberg – New York
- Zintl-Wiegand, A./Krumm, B./Weyerer, S./Dilling, H. (1988): Psychiatric morbidity and referral rates in general practices: comparison of an industrial town and a rural area in West-germany. In: Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology, 23, 49-56
- Zung, W. W. K. (1986): DSI - Depression Status Inventory. In CIPS - Collegium Internationale Psychiatriae Scularium (Eds.): Internationale Skalen für die Psychiatrie. Weinheim

Anhang

- (1) Schulungsprogramm für am Projekt teilnehmende Ärztinnen und Ärzte
- (2) Dokumentationsbogen
- (3) Katamnesefragebogen
- (4) Informationsblatt der AG Sucht über weiterführende Hilfen in Bielefeld

Schulungskonzept

Kurzbehandlung bei PatientInnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung

ReferentInnen: S. Dormann (Ärztin), G. Kremer (Dipl.-Psych.), Th. Wessel (Dipl.-Psych.), G. Wienberg (Dipl.-Psych.)

	THEORIE	ARZT-PATIENT- BEZIEHUNG	SCREENING, VERTIEFENDE DIAGNOSTIK	KURZBE- HANDLUNG
INHALT	1. Abhängigkeits- syndrom, Psychia- trischer Befund und Diagnosen ICD 10 / DSM IV 2. Begleit- und Fol- geerkrankungen bzw. -probleme 3. Psychiatrische Korbidität 4. Entzugssyndrom, Entzugsbehandlung 5. Suchtspezifisches Hilfesystem	1. Erfahrungsaus- tausch, Reflexion, Beziehungsmodelle 2. Wirkfaktoren	1. LAST (9-Item- Screening) - Inhalt, Praxis 2. Vertiefende Diagnostik	1. Behandlungs- ziele 2. Veränderungs- motivation 3. Ambivalenz / Widerstand 4. Kosten/Nutzen von Veränderung 5. Allgemeine Elemente einer Motivationsstra- tegie 6. Einbeziehen von Angehörigen 7. Indikationen zur Weitervermittlung
METHODE	Vortrag Info-Mappe	Befragung Kleingruppen Großgruppe Kurzvortrag	Rollenspiel Videofeedback Videobeispiele Kurzvortrag	Rollenspiel Videofeedback Videobeispiele Kurzvortrag
MEDIEN	Overhead Meta-Plan	Fragebogen Overhead Meta-Plan	Videokamera Overhead Meta-Plan	Videokamera Overhead Meta-Plan
ZEIT	2 Stunden	2 Stunden	2 Stunden	6 Stunden

Dokumentationsbogen für Allgemeinkrankenhäuser

Geschlecht: m w Geburtsjahr: 19 IDCode: _____

Screening (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Kein Screening (Datum) (Begründung)			
<input type="checkbox"/> Screening (Datum)	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
Wenn Screening positiv, dann weiter mit Diagnostik?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Pat. lehnt ab

Demographische Daten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Familienstand				Allein-lebend		Kinder		Kinder im eig. Haushalt?		Sozialer Status				
ledig	verh.	gesch.	verw.	ja	nein	ja	nein	ja	nein	Erwerbs-tätig	Arbeits-los	In Aus-bildung	Rent-nerIn	Hausfrau /-mann

Wenn Diagnostik positiv, Kurzbehandlung angeschlossen? ja nein, Pat. lehnt ab

Kurzbehandlung

Datum Kurzbehandlung	Dauer Kurzbehandlung (in Min.)	Nahe Bezugsperson einbezogen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vermittelt an Suchthilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	Wenn ja, welche?	Wenn ja, welche?

→ [nicht, wenn SCAN] **Diagnostik (ICD-10)** (Zutreff. bitte ankreuzen)

- (1) *Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu trinken*
- (2) *Verminderte Kontrollfähigkeit*
- (3) *Entzugssyndrom bzw. Alkoholkonsum, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden*
- (4) *Toleranzentwicklung gegenüber der Alkoholwirkung*
- (5) *Zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums; viel Zeit für Konsum und Folgen*
- (6) *Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher körperlicher oder psychischer Folgen;*
 - a) *nicht bewußt*
 - b) *bewußt*

F10.1 Schädlicher Gebrauch
[Kriterien (6) a) b)]

F10.2 Abhängigkeit
[Drei oder mehr der nebenstehenden Kriterien in den vergangenen 12 Monaten gleichzeitig]

F10.20 gegenwärtig abstinent
[seit mindestens 12 Monaten]

→ [nicht, wenn SCAN] **Alkoholkonsum**

Häufigkeit (Zutreff. bitte ankreuzen): tägl. 3-4x/Wo. nur Wo.-ende mehrm. im Monat
 ∅ Menge / Sorte: (Bier/Wein in l.) (Likör/Schnaps in ml.)
 Trinkexzesse (Zutreff. bitte ankreuzen): wöchentlich monatlich

Behandlung in den vergangenen 12 Monaten

Krankschreibungstage: (Schätzwert möglich) keine unklar
 Krankenhaustage: (Schätzwert möglich) keine unklar
 Beratung/Behandl. in Einr. der Suchthilfe: nein ja, welche?

Sonstiges:

KATAMNESE-FRAGEBOGEN

ID-Code

Datum:

1. ALLGEMEINE FRAGEN ZUR BEHANDLUNG IM LETZTEN JAHR

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

1.1 Haben Sie im Verlauf des letzten Jahres mit Ihrem Hausarzt über Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten gesprochen? ja nein
Wenn ja, wer hat das Gespräch darüber begonnen?
 Sie selbst Hausarzt Andere Person

1.2 Haben Sie im Verlauf des letzten Jahres mit einer anderen Person Ihres Vertrauens über Ihre Alkoholtrinkgewohnheiten gesprochen? ja nein

1.3 Haben Sie im Verlauf des letzten Jahres Kontakt zu einer Einrichtung der Suchtkrankenhilfe aufgenommen (Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe, Entzugsstation, Entwöhnungsklinik o. ä.)? ja nein
Wenn ja, einmal oder mehrmals? einmal mehrmals

1.4 Wieviel Tage waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben?
(Nicht gerechnet der Aufenthalt, bei dem wir das Gespräch führten) Tage

1.5 Wieviel Tage waren Sie im letzten Jahr im Krankenhaus?
(Nicht gerechnet der Aufenthalt, bei dem wir das Gespräch führten) Tage

1.6 Gab es im letzten Jahr ein Ereignis, das Ihr Leben deutlich beeinflusst oder verändert hat (Beachten Sie bitte, dass hier sowohl negative als auch positive Ereignisse gemeint sind)? ja nein
Wenn ja, können Sie dieses Ereignis mit einem Stichwort beschreiben?

2. FRAGEN ZUM ALKOHOLKONSUM

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Die Fragen 2.1. und 2.2 beziehen sich auf die letzten 3 Monate!

2.1 Trinken Sie zur Zeit gelegentlich oder regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, wie *häufig* trinken Sie Alkohol?

- täglich
- 3-4mal die Woche
- 1-2mal die Woche
- mehrmals im Monat

Was trinken Sie bei diesen Gelegenheiten?

(Mehrfachnennungen möglich)

- Bier
- Wein / Sekt
- Sherry / Portwein
- Likör o. ä.
- Schnaps / Wodka o. ä.

Wieviel trinken Sie durchschnittlich bei diesen Gelegenheiten?

Bier (Bitte in Gläsern angeben. 1 Glas = 0,2 L) Glas / Gläser

Wein oder Sekt (Bitte in Gläsern angeben. 1 Glas = 0,1 L) Glas / Gläser

Sherry oder Portwein (Bitte in Gläsern angeben. 1 Glas = 50 ml) Glas / Gläser

Likör o.ä. (Bitte in Gläsern angeben. 1 Glas = 40ml) Glas / Gläser

Schnaps oder Wodka (Bitte in Gläsern angeben. 1 Glas = 25 ml) Glas / Gläser

2.2 Gab es Gelegenheiten, wo Sie wesentlich mehr als die gerade genannte Menge getrunken haben (Feiern o.ä.) ja nein

Wenn ja, wie häufig kam das vor?

- 1-2mal wöchentlich
 - 3-4mal im Monat
 - 1-2mal im Vierteljahr
 - 1-2mal im halben Jahr
 - 1-2mal im Jahr
-

Die Fragen 2.1. und 2.2 beziehen sich wieder auf das gesamte letzte Jahr!

2.3 Haben Sie im letzten Jahr einmal (oder mehrmals) länger
als eine Woche gar keinen Alkohol getrunken? ja nein

Wenn ja, wie häufig kam das vor? einmal
 mehrmals
 war das ganze Jahr abstinent

2.4 Vertragen Sie heute mehr Alkohol als vor einem Jahr? ja nein

2.5 Haben Sie im letzten Jahr einmal (oder mehrmals) mehr
getrunken, als Sie eigentlich beabsichtigt hatten? ja nein

2.6 Haben Sie sich im letzten Jahr einmal (oder mehrmals) in einer
Situation unwohl gefühlt, weil es keinen Alkohol gab? ja nein

2.7 Haben Sie im letzten Jahr einmal (oder mehrmals) eine Ver-
pflichtung nicht erfüllt oder eine Aufgabe nicht erledigt, weil das
Alkoholtrinken wichtiger war oder Sie sich vom Alkoholtrinken
erholen mußten? ja nein

2.8 Hatten Sie im letzten Jahr normalerweise eine bestimmte Ge-
wohnheit bzw. einen festgelegten Ablauf beim Alkoholtrinken? ja nein

2.9 Hat man im Laufe des letzten Jahres bei Ihnen eine körperliche
Störung (z.B. der Leber) festgestellt, die im Zusammenhang mit
dem Alkoholtrinken stehen könnte? ja nein

2.10 Haben Sie sich im letzten Jahr einmal (oder mehrmals) morgens
unwohl gefühlt (z.B. Schweißausbrüche, Zittern Übelkeit)? ja nein

2.11 Haben Sie versucht, dieses Unwohlsein mit Alkohol zu
bekämpfen? ja nein

3. FRAGEN ZUR JETZIGEN LEBENSSITUATION

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

3.1 Sind Sie mit Ihrer jetzigen Lebenssituation zufriedener, als Sie es vor einem Jahr waren? ja nein

3.2 Haben sich in einzelnen Lebensbereichen im Laufe des vergangenen Jahres Veränderungen ergeben?
Zur Beantwortung dieser Frage haben wir fünf Lebensbereiche aufgeführt. Sie haben die Möglichkeit, jeweils zwischen drei Aussagen zu wählen ("hat sich gebessert", "ist unverändert", "hat sich verschlechtert"). Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffende Aussage an.

- Familienleben hat sich gebessert ist unverändert hat sich verschlechtert
- Berufl. Situation hat sich gebessert ist unverändert hat sich verschlechtert
- Wohnsituation hat sich gebessert ist unverändert hat sich verschlechtert
- Freizeitgestaltung hat sich gebessert ist unverändert hat sich verschlechtert
- Gesundheitszustand hat sich gebessert ist unverändert hat sich verschlechtert

ZWEI ABSCHLIEßENDE FRAGEN

A1 Wie haben Sie unser Gespräch am im-Krhs. empfunden? angenehm weiß nicht mehr unangenehm

A2 Hatte der Inhalt des Gesprächs irgendeinen Einfluß auf Ihre Lebensgestaltung?
 ja schwer zu sagen nein
Wenn ja, können Sie die Art dieses Einflusses kurz in Stichworten beschreiben?
.....
.....

Bitte senden Sie den Fragebogen bis zum an uns zurück.



Vielen Dank noch einmal für Ihre Mitarbeit!

Beratungs- und Behandlungsangebote für Sucht- kranke und deren Angehörige in Bielefeld

Caritasverband Bielefeld e.V.

Psychosoziale beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und -gefährdete,
Turnerstr. 4, 33602 Bielefeld. Telefon.: 0521 / 9619105

Diakonisches Werk Brackwede

Beratungsstelle für Suchtkranke, Auf der Schanze 3, 33647 Bielefeld
Tel.: 0521 / 942390, Durchwahl: 0521 / 9423912

Ev. Gemeindedienst - Innere Mission

Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke
Schildescher Str. 101 / 103, 33611 Bielefeld. Telefon: 0521 / 8012746 / 47 / 48

Gesundheitsamt Stadt Bielefeld

Beratungsstelle für Suchtkranke im Sozialpsychiatrischen Dienst
Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-6, 33602 Bielefeld
Telefon: 0521 / 512589, 512614, 512615, 5125929, 513866

v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel

Ambulante Suchtkrankenhilfe - mit den Teileinrichtungen

> **Sozialdienst** - gleichzeitig Geschäftsstelle, Psychosoziale Beratung
Quellenhofweg 25, 33647 Bielefeld. Telefon: 0521 / 144 -3617 / -3483

> **Beratungsstelle für Mitarbeiter der vBA Bethel**

Königsweg 12, 33617 Bielefeld. Telefon: 0521 / 144 -4402 / -3483

> **Psychiatrische Ambulanz**

Gadderbaumer Str. 33, 33602 Bielefeld. Telefon: 0521 / 1520-58. -59 / 144 -2339

> **Gilead IV**, Remterweg 69/71

Werktags von 9.00 - 11.00 Uhr. Telefon: 0521 / 144-2656

Drogenberatung e.V.

August-Schröder-Str. 3a, 33602 Bielefeld.

Telefon: 0521 / 177120 und 66122. Mo. und Fr. 9.00 bis 16.00 Uhr

Teestube Impuls, Telefon: 0521 / 67615. Di. bis Fr. 10.00 - 18.00 Uhr

Di. Frauencafé, 10.00 - 13.00 Uhr

Besondere Angebote

Lebensräume e.V. Betreutes Wohnen für Suchtkranke

Obernstr. 45, 33602 Bielefeld, Telefon: 0521 / 172233 und 174555

Trockendock. Alkoholfreier Treffpunkt, Individuelles Beratungsangebot

Klönen - Spielen - Kaffetrinken - Kochen - Essen - Musik hören u.v.m.

Heeper Str. 60a, 33607 Bielefeld. Telefon: 0521 / 172580

Öffnungszeiten: Mo. 14.00 - 18.00 Uhr / Di. 10.00 - 17.00 Uhr / Mi. 14.00 - 18.00 Uhr /

Do. 10.00 - 17.00 Uhr / Sa. 15.00 - 19.00 Uhr

Kontaktzentrum Sucht. Kontaktstelle - Beratung - Treffpunkt - Abstinenzgruppen - Frauenfrühstück

- Wohntreff - Altentreff und anderes. Klöntreff jeden Mittwoch von 16.00 - 18.00

Verler Str. 88, 33689 Bielefeld (Sennestadt). Telefon: 05205 / 71359

Gesprächsgruppe für Angehörige von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

Haus Salem, Bodelschwinghstr. 181, 33647 Bielefeld

Telefon: 0521 / 144-2486, 144-2929 (von 9.00 - 17.00 Uhr). Treffen: Jeden 1. Und 3. Donnerstag im

Monat von 18.00 - 19.30 Uhr. Ansprechpartner: telefon 150828 oder 82396

Junge Gruppe. Angeleitete Gruppe mit Selbsthilfegruppencharakter für junge männliche und weibliche Alkohol- und Medikamentenabhängige im Alter von 17-30 Jahren.

Treffen: Di. und Do. von 18.00 - 21.00 Uhr im "Trockendock", Heeper Str. 60a, 33607 Bielefeld.

Telefon: 0521 / 172580.

Kontakt: Harald Tovote (Telefon: 0521 / 160882), Georg Welschhof (Tel.: 0521 / 82792)

Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige in Bielefeld

Abstinenter Freundeskreis im Caritasverband

Alkoholfreier Treffpunkt, Oldentruper Str. 6, 33604 Bielefeld. Telefon: 0521 / 287249

Gruppentreffen (Telefon: 0521 / 171763 und 890268):

Mo. ab 18.30 Uhr / Mo. ab 19.30 Uhr / Di. ab 18.30 Uhr / Mi. ab 18.30 Uhr / Do. ab 18.30 Uhr

Abstinenter Freundeskreis im Caritasverband

Buschkampstr. 147, 33659 Bielefeld / Senne, Gemeindehaus der Christuskirche.

Gruppentreffen: Mo. ab 18.30 Uhr . Telefon: 05209 / 2044 und 0521 / 2081088

Abstinenter Freundeskreis der Inneren Mission

Kreuzstr. 19a, 33602 Bielefeld.

Telefon: 0521 / 8012771. Do. ab 19.00 Uhr Beratung, ab 20.00 Uhr Gruppenabend.

Abstinente Freundesgruppe der Inneren Mission

Gunststr. 20, 33613 Bielefeld, Erlösergemeinde.

Telefon: 0521 / 86159 und 84034. Di. ab 19.45 Uhr Beratung, ab 20.00 Uhr Gruppenabend.

Anonyme Alkoholiker

(incl. Al-Anon = Angehörige und Al-Ateen = Kinder und Jugendliche aus Alkoholiker-Familien)

Kontaktstelle: Am Hallenbad 16, 33602 Bielefeld. Telefon: 0521 / 60590.

Blaues Kreuz in Deutschland e.V.

Schildescher Str. 102, 33611 Bielefeld. Telefon: 0521 / 83090. Mo. ab 19.00 Uhr.

Blaues Kreuz Brackwede i.d. EKD

Stadtring 52, 33647 Bielefeld, Gustav-Münter-Haus. Fr. 20.00 Uhr Gruppe Gustav-Münter-Haus. Mi.

20.00 Uhr offener Gesprächskreis, Kirchweg 10, 33647 Bielefeld.

Deutsches Rotes Kreuz

Info- und Beratungsgruppe für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Herforder Str. 301a, 33609 Bielefeld. Telefon: 0521 / 71604, tagsüber 0521 / 171222

Mo. und Do. ab 19.00 Uhr Gruppe und Beratung.

DRK Arbeitskreis Jöllenbeck

Amtsstraße, Altenbegegnungsstätte. Telefon: 0521 / 885477. Mi 19.30 Uhr Gruppe

Frauemgruppe für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Angehörige

c/o PSBB Caritasverband Bielefeld e.V., 33602 Bielefeld. Telefon: 0521 / 9619-104.

Freie Gesprächsgruppe

c/o Gerd Wegner, Gehrenberg 15, 33602 Bielefeld. Telefon: 0521 / 172132

Fr. ab 19.00 Uhr Gruppe, Haus Nordpark, Diebrocker Str. 38, 33613 Bielefeld.

Guttempler in Bielefeld

Große-Kurfürsten-Str. 51, 33615 Bielefeld. Tel. abends: 0521 / 132333, ab 17.00 Uhr 0521 / 132357

Mi. ab 19.30 Uhr Gesprächsgruppe, Do. ab 19.30 Uhr Gesprächsgruppe (besonders auch für Frauen)

Junger Freundeskreis (bis max. 35 Jahre)

c/o Ev. Gemeindedienst der Inneren Mission, Telefon: 0521 / 801-2746

Kreuzbund

Mo. ab 20.00 Uhr Gemeinschaftshaus Auferstehungskirche Christi
Feilenhauerweg 2, 33659 Bielefeld-Senne. Telefon: 05246 / 4573

Di. ab 19.00 Uhr Gemeindehaus St. Meinolf
Meinolfstr. 1, 33607 Bielefeld. Telefon: 05208 / 8550

Di. ab 19.30 Uhr Gemeindehaus Maria Königin
Donauschwabenstr. 38-40, 33609 Bielefeld. Telefon: 05241 / 51608

Mi. ab 19.00 Uhr St. Bonifatiushaus. Stieghorster Str. 31, 33605 Bielefeld. Tel.: 0521 / 26474
Do. ab 19.30 Uhr Alkoholfreier Treffpunkt,

Oldentruper Str. 6, 33604 Bielefeld. Telefon: 0521 / 442423

Lichtblick. Gruppe für junge Erwachsene

Feilenstr. 4, 33604 Bielefeld. Hofeingang neben Kino "Kamera", 2. Etage.

Telefon: 0521 / 37592. Mo. ab 19.30 Uhr Info, 20.00 - 21.30 Uhr Gruppe.

Spieler Selbsthilfegruppe GAME OVER

c/o Ev. Gemeindedienst der Inneren Mission. Telefon: 0521 / 801-2747.

Danksagung

Diese Arbeit wäre nicht möglich gewesen, hätte nicht **Dr. med. Niels Pörksen**, ehem. Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Gilead, vBA Bethel, Bielefeld, meine wissenschaftliche und praktische Arbeit stets fördernd und unterstützend begleitet und mir viel Raum für eigene Kreativität gelassen.

Großer Dank gebührt **Dr. p. h. Günther Wienberg**, der nicht nur der „geistige Vater“ des hier zugrunde liegenden Modellprojekts war, sondern darüber hinaus meine ersten Schreibversuche und alle späteren wissenschaftlichen Veröffentlichungen respektvoll und konstruktiv kritisierte.

Dank auch an den ehemaligen therapeutischen Leiter der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Klinik Gilead, Dipl.-Psych. **Theo Wessel**, der mir in den vergangenen Jahren die Teilnahme an allen wichtigen Tagungen und Kongressen ermöglichte und somit den Grundstein für eine breit gefächerte Übersicht über die deutsche Suchtkrankenhilfe und Suchtforschung legte.

Schließlich hätte ich neben einem Vollzeitjob in der Psychiatrischen Klinik Gilead diese Dissertation nicht schreiben können, wenn mir nicht meine Frau, **Dr. med. Christa-Maria Sibum-Kremer**, an unzähligen Abenden und Wochenenden den nötigen Freiraum geschaffen hätte.

Für **Max**, der oft auf seinen Papa verzichten musste.

Ich erkläre, dass ich die eingereichte Arbeit „Alkoholprobleme im Allgemeinkrankenhaus“ selbst verfasst habe.

Des weiteren erkläre ich, dass ich bei der Abfassung der Arbeit nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich übernommene Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Dies ist mein erstes Promotionsverfahren.

Bielefeld, 01. Februar 2001

Georg Kremer

Dieses Dokument wurde mit Win2PDF, erhaeltlich unter <http://www.win2pdf.com/ch>
Die unregistrierte Version von Win2PDF darf nur zu nicht-kommerziellen Zwecken und zur Evaluation eingesetzt werden.