

Indizierte Prävention von
Alkoholabhängigkeit und –missbrauch:
Motivational Interviewing versus Feedback only

Eine randomisierte kontrollierte Studie

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Andrea Langenberg
aus Münster (Westf.)

2011

Tag der mündlichen Prüfung: 26. August 2011

Dekan: Prof. Dr. Christian Pietsch

Erstgutachter: Priv.-Doz. Dr. Ralf Demmel

Zweitgutachter: Prof. Dr. Fred Rist

*Für den wichtigsten Menschen in meinem Leben
In Liebe*

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Theoretischer Hintergrund	3
Motivational Interviewing	3
Definition und Spirit	3
Grundlegende Prinzipien	4
Behandlungstechniken	5
Behandlungsbausteine	7
Ethische Aspekte	10
Anwendungsbereiche	10
Behandlungsformate	11
Drinker's Check up	11
Motivational Enhancement Therapy	12
Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students	12
Brief Motivational Interviewing	13
Motivationale Kurzinterventionen	14
Aktueller Forschungsstand	15
Überblick	15
Motivationale Kurzinterventionen	20
Zusammenfassende Bewertung und Problemlage	27
Ziele der vorliegenden Studie	28
Methode	29
Stichprobe	29
Gesamtstichprobe	29
Drop-outs	29
Stichprobenbeschreibung	30
Procedere	35
Versuchsleiterschulung	35
Rekrutierung	35
Screening und Randomisierung	36
Fragebogen und Interview	37
Interventionen	37

Informationsmaterial	38
Follow-up	39
Instrumente	39
Screeningbogen	39
Fragebogen	41
Follow-up-Fragebogen	46
Timeline-Followback Interview	46
Manualtreue-Check	47
Statistische Datenanalysen	48
E r g e b n i s s e	50
Faktorenstruktur des DrInC	50
Prä-Post-Analysen	52
Follow-up-Analysen	55
MI-spezifische Variablen	57
Drop-out-Analysen	59
Manualtreue-Check	61
D i s k u s s i o n	62
Z u s a m m e n f a s s u n g	74
L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s	76
A n h a n g	89
Anhang A: Versuchsleiterschulung	90
Anhang B: Projektwerbung	100
Anhang C: Screening	107
Anhang D: Manualisierter Interventionsleitfaden	119
Anhang E: Fragebogenpaket	128
Anhang F: Timeline-Followback Interview	153
Anhang G: Interventionsmaterial	156
Anhang H: Informationsmaterial	163
Anhang I: Statistische Auswertung	169
D a n k s a g u n g	

T a b e l l e n v e r z e i c h n i s

Tabelle 1	Meta-Analysen und Reviews zur Effektivität von Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums	18
Tabelle 2	Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	20
Tabelle 3	Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität motivationaler Kurzinterventionen in der medizinischen Grundversorgung	23
Tabelle 4	Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität motivationaler Kurzinterventionen	25
Tabelle 5	Gesamtstichprobe: Ausschlusskriterien und Anzahl der ausgeschlossenen Teilnehmer	29
Tabelle 6	Gesamtstichprobe: Alter, Größe, Gewicht, Geschlecht, Familienstand, Paarbeziehung, Schulabschluss	31
Tabelle 7	Gesamtstichprobe: Hochschulabschluss, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Staatsangehörigkeit, Muttersprache	32
Tabelle 8	Gesamtstichprobe: Alkoholkonsum und Konsequenzen des Konsums	33
Tabelle 9	Gesamtstichprobe: Alkoholkennwerte	33
Tabelle 10	Gesamtstichprobe: Screening psychischer Störungen durch den Gesundheitsfragebogen für Patienten	34
Tabelle 11	Übersicht Experimentalgruppen	36
Tabelle 12	Eingesetzte Instrumente	41
Tabelle 13	Anzahl vollständiger Audiotapes in der jeweiligen Experimentalgruppe	47
Tabelle 14	Eigenwerte, Gesamtvarianz und kummulierte Varianz der Faktoren	50
Tabelle 15	Prä-Post-Analysen: Alkoholkonsum	52
Tabelle 16	ANCOVAs Post-Daten: Alkoholkennwerte und MI-spezifische Variablen	53
Tabelle 17	Prä-Post-Analysen: Konsequenzen des Alkoholkonsum	54
Tabelle 18	Median-Split: Zentrale soziodemographische Variablen	54
Tabelle 19	Median-Split: Alkoholkonsum	55
Tabelle 20	Median-Split: Alkoholkennwerte und MI-spezifische Variablen	55
Tabelle 21	Post-Follow-up-Analysen: Alkoholkonsum	56
Tabelle 22	Prä-Follow-up-Analysen: Alkoholkonsum	56

Tabelle 23	Post-Follow-up-Analysen: Konsequenzen des Alkoholkonsums	57
Tabelle 24	Prä-Follow-up-Analysen: Konsequenzen des Alkoholkonsums	57
Tabelle 25	Prä-Post-Analysen: MI-spezifische Variablen	58
Tabelle 26	Post-Follow-up-Analysen: MI-spezifische Variablen	58
Tabelle 27	Prä-Follow-up-Analysen: MI-spezifische Variablen	59
Tabelle 28	Drop-out-Analyse I: Soziodemographische Variablen	60
Tabelle 29	Drop-out-Analyse II: Alkoholkonsum und Konsequenzen des Konsums	60
Tabelle 30	Drop-out-Analyse III: Alkoholkennwerte	60
Tabelle 31	Manualtreue-Check	61

A b b i l d u n g s v e r z e i c h n i s

Abbildung 1	<i>Importance</i> und <i>Confidence Ruler</i> am Beispiel Alkoholkonsum	8
Abbildung 2	<i>Decisional Balance</i> am Beispiel Alkoholkonsum	8
Abbildung 3	FRAMES	15
Abbildung 4	Gesamtstichprobe und Drop-outs	30
Abbildung 5	<i>Quantity-Frequency-Index</i>	40
Abbildung 6	Alkoholgehalt verschiedener Getränke	43
Abbildung 7	<i>Timeline-Followback</i> Interview	46
Abbildung 8	Scree-Test DrInC	51

A b k ü r z u n g s v e r z e i c h n i s

AMI	Adaptations of Motivational Interviewing
ANOVA	Varianzanalyse
ANCOVA	Kovarianzanalyse
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test

AUDIT-4	vgl. AUDIT, aber Erhebungszeitraum: 4 Wochen
BAK	Blutalkoholkonzentration
BASICS	Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students
BMA	British Medical Association
BMI	Brief Motivational Interviewing
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CAEQ	Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
DARN-CAT	Desire, Ability, Reason, Need – Commitment, Activation, Taking steps
DCU	Drinker's Check-up
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DrInC	Drinker's Inventory of Consequences
DrInC-4	vgl. DrInC, aber Erhebungszeitraum: 4 Wochen
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EARS	Elaboration, Affirmation, Reflection, Summerize
FRAMES	Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-Efficacy
ITT	Intention to Treat
MATCH	Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity
MET	Motivational Enhancement Therapy
MI	Motivational Interviewing
MINT	Motivational Interviewing Network of Trainers
MITI	Motivational Interviewing Treatment Integrity Code
NIAAA	National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism
OARS	Open questions, Affirmation, Reflective listening, Summarizing
PHQ-D	Gesundheitsfragebogen für Patienten
QFI	Quantity-Frequency-Index
TAU	Treatment as usual
TLFB	Timeline-Followback
TSF	Twelve Step Facilitation
VCS	Value Card Sort

E i n l e i t u n g

Riskanter Alkoholkonsum (*hazardous drinking*) verursacht in Abhängigkeit von Konsummengen und –mustern eine Vielzahl gesundheitlicher, sozialer und gesellschaftlicher Schäden. Er kann somit als einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren verstanden werden (Kraus, Piontek, Pabst & Bühringer, 2011; Babor et al., 2010). Die British Medical Association (BMA) definiert Grenzwerte riskanten Alkoholkonsums, die bei 20 g Reinalkohol pro Tag für Frauen und 30 g Reinalkohol pro Tag für Männer liegen. Auf der Grundlage dieser Werte weisen 11.4% der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung in Deutschland (entspricht 9.5 Millionen Menschen) innerhalb eines Jahres einen täglichen Durchschnittskonsum oberhalb dieser Schwelle auf (Pabst & Kraus, 2008). Bezogen auf die letzten 30 Tage zeigen 10.7% der Erwachsenen einen mindestens riskanten Konsum, der auf 16.5% ansteigt, sofern die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) empfohlenen Grenzwerte von 12 g Reinalkohol pro Tag für Frauen und 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer berücksichtigt werden (Burger, Bronstrup & Pietrzik, 2004; Seitz, Bühringer & Mann, 2008; Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010).

Vor diesem Hintergrund scheint die Entwicklung und Implementierung sogenannter indizierter Präventionsprogramme, die das Ziel verfolgen, (1) negative Konsequenzen des Konsums zu vermeiden und/oder (2) missbräuchlichen oder abhängigen Konsummustern entgegenzuwirken, dringend notwendig (Rist, Demmel, Hapke, Kremer & Rumpf, 2004). Entsprechende Präventionsbemühungen werden jedoch häufig dadurch erschwert, dass Personen mit riskantem Alkoholkonsum, anders als Patienten suchtspezifischer Behandlungseinrichtungen, eine geringere Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation aufweisen (Heather, 1996). Trotz dieser ungünstigen Ausgangslage konnten randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass Kurzinterventionen in der medizinischen Grundversorgung eine Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Folgestörungen bewirken können (zusammenfassend Hagen, 2010; Zimmer, 2007).

Der Begriff »Kurzintervention« wird hierbei jedoch häufig nicht ausreichend von anderen Begriffen wie Frühintervention, Früherkennung oder motivationale Intervention abgegrenzt, was zu erheblichen Unschärfen in der Literatur beigetragen hat

(Demmel, 2001). Kurzinterventionen dienen der Förderung des Problembewusstseins und der Schaffung einer Veränderungsmotivation in einer frühen Phase der Abhängigkeitsentwicklung oder vor der Chronifizierung eines problematischen Konsummusters. Sie unterscheiden sich häufig in erheblichem Ausmaß hinsichtlich Kontext, Dauer und Inhalten, so dass generalisierbare Schlussfolgerungen selten möglich sind. Konventionelle Kurzinterventionen (z. B. Psychoedukation, Ratschläge), deren Durchführung keine umfangreiche Schulung voraussetzt, lassen sich nach Rist et al. (2004) von sogenannten motivationalen Kurzinterventionen abgrenzen, die den Prinzipien des von Miller und Rollnick (1991, 2002) entwickelten Motivational Interviewings (MI) entsprechen. Wesentliche Merkmale dieses klientenzentrierten und direktiven Behandlungsansatzes sind (1) der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen (2) die Förderung der Veränderungsbereitschaft und Zuversicht des Klienten und (3) die Vereinbarung der Behandlungsziele in gegenseitigem Einvernehmen (Demmel, 2001).

Die Entwicklung zahlreicher Adaptationen (AMIs) geht jedoch häufig mit einer vagen Beschreibung der Behandlungsprogramme, einem Mangel an reliablen Instrumenten und einem äußerst geringen Interesse an der (Prozess-)Evaluation von Trainingsmaßnahmen einher (Demmel, 2003). Häufig findet sich in den Interventionen eine Kombination aus MI und personalisiertem Feedback, so dass die Identifikation zentraler Wirkmechanismen erschwert oder unmöglich ist.

Die Ergebnisse verschiedener Meta-Analysen und Reviews lassen daher vermuten, dass die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Anwendung des von Miller und Rollnick (1991, 2002) entwickelten Behandlungsansatzes durch ein manualisiertes Vorgehen und die Identifikation zentraler Wirkmechanismen deutlich erhöht werden kann (Burke, Arkowitz & Dunn, 2002; Demmel, 2001).

Theoretischer Hintergrund

Motivational Interviewing

Definition und Spirit

Motivational Interviewing (MI) ist ein klientenzentrierter und zugleich direkter Behandlungsansatz, welcher das Ziel verfolgt, die intrinsische Veränderungsmotivation ambivalenter Klienten zu erhöhen (Miller & Rollnick, 1991, 2002; Demmel, 2001). Ambivalenz wird hierbei als »normale« Phase menschlicher Veränderungsprozesse und nicht als fehlender Leidensdruck, Widerstand oder mangelnde Krankheitseinsicht verstanden. Die Behandlung erfolgt daher ohne konfrontatives Vorgehen und auf Augenhöhe. Behandlungsziele werden gemeinsam vereinbart und in gegenseitigem Einvernehmen fortlaufend an die Veränderungsmotivation des Klienten angepasst.

Die Grundhaltung des MI, der sogenannte »Spirit«, kann mit Hilfe der folgenden Merkmale umschrieben werden:

Partnerschaftlichkeit (Collaboration)

In einem partnerschaftlichen Arbeitsbündnis würdigt der Therapeut die Standpunkte und Kenntnisse des Klienten und versucht, Unterstützung zu bieten, ohne den Klienten zu überreden oder zu ermahnen. Die zwischenmenschliche Atmosphäre soll Veränderungen ermöglichen und fördern, ohne diese durch einen übergeordneten, autoritären Therapeuten zu erzwingen.

Evokation (Evocation)

Die intrinsische Veränderungsmotivation des Klienten soll gestärkt werden, indem seine individuellen Ziele und Werte in den Arbeitsprozess einbezogen werden. Der Therapeut verfolgt hierbei das Ziel, Einsicht und Verständnis hervorzurufen statt entsprechende Ratschläge zu erteilen. Diese Grundhaltung basiert auf der Annahme, dass Motivation und Ressourcen zur Veränderung in jedem Klienten vorhanden sind.

Autonomie (Autonomy)

Der zentrale Aspekt der Autonomie berücksichtigt das Recht des Klienten auf Selbstbestimmung. Der Klient trägt immer die Verantwortung für eine Veränderung. Der Therapeut unterstützt hierbei die Entscheidungsfindung, ohne sich autoritär über die Ziele und Werte des Klienten hinwegzusetzen.

Grundlegende Prinzipien

Miller und Rollnick (1991, 2002) nennen vier grundlegende Prinzipien motivationaler Gesprächsführung, die mit (sozial-)psychologischen Modellen der Verhaltens- und Einstellungsänderung übereinstimmen (siehe Bandura, 1986; Draycott & Dabbs, 1998a, 1998b).

Empathie (express empathy)

Das Prinzip der Empathie kann als Akzeptanz verstanden werden, da der Therapeut durch respektvolles und aktives Zuhören versucht, die subjektive Sichtweise und das Erleben des Klienten zu verstehen. Die Bereitschaft zur Veränderung kann durch diese empathische Grundhaltung gefördert werden, da der Therapeut respektvoll mit der Sichtweise des Klienten umgeht, ohne diese zu bewerten oder zu kritisieren.

Widersprüche aufzeigen (develop discrepancy)

MI ist darauf ausgerichtet, Veränderungen durch Auflösung von Ambivalenz zu ermöglichen. Hierzu kann der Therapeut Diskrepanzen zwischen individuellen Werten und Zielen des Klienten einerseits und seinem aktuellen (Problem-)Verhalten andererseits erzeugen oder bereits wahrgenommene Diskrepanzen verstärken. Entscheidend ist, dass der Klient die Argumente für eine Veränderung selber findet und formuliert.

Nachgiebig auf Widerstand reagieren (roll with resistance)

Widerstand kann als Signal verstanden werden, die therapeutische Vorgehensweise zu ändern. Statt einen Klienten von einer Veränderung zu überzeugen, wird dieser durch den Therapeuten aktiv in Problemlöseprozesse einbezogen, indem er ihn zu neuen Sichtweisen einlädt. Dieses nachgiebige Reagieren kann Widerstand konstruktiv umlenken und verhindern, dass der Klient beginnt, gegen eine Veränderung zu argumentieren (»Ja, aber...«).

Selbstwirksamkeit fördern (support self-efficacy)

Selbstwirksamkeit kann als zentraler Motor von Veränderung gesehen werden, da ein Klient Veränderungen nur umsetzen kann, wenn er über entsprechende Bewältigungskompetenzen verfügt. Da der Klient für die Entscheidung bezüglich einer Veränderung sowie für deren Umsetzung verantwortlich ist, stellt die Förderung der Selbstwirksamkeit einen zentralen Bestandteil der motivierenden Gesprächsführung dar.

Behandlungstechniken

MI kann nach Miller und Rollnick (1991, 2002) in zwei Phasen mit unterschiedlichen, wenn auch überlappenden Zielen unterteilt werden. In der ersten Phase, die der Erhöhung der intrinsischen Veränderungsmotivation und der Auflösung von Ambivalenz dient, kann der Therapeut auf vier Behandlungstechniken zurückgreifen, die der klientenzentrierten Gesprächsführung (Rogers, 1959) entnommen wurden. Zur besseren Merkfähigkeit lassen sich diese Techniken durch das Akronym OARS (*open questions, affirmation, reflective listening, summarizing*) zusammenfassen. Eine weitere Behandlungstechnik, der sogenannte »Change Talk«, kann im weiteren Gesprächsverlauf direktiv zur Auflösung der Ambivalenz eines Klienten eingesetzt werden. Ziel dieser zweiten Phase ist die Stärkung der Selbstverpflichtung zur Veränderung und die gemeinsame Entwicklung eines konkreten Veränderungsplans.

Offene Fragen (open questions)

Offene Fragen lassen sich, anders als geschlossene Fragen, nicht mit »ja« oder »nein« beantworten. Sie regen vielmehr zu ausführlichen Antworten an und führen so zu einer aktiven, den Gesprächsverlauf mitbestimmenden Rolle des Klienten. Offene Fragen signalisieren Interesse des Therapeuten an der Sichtweise des Klienten (»Wie sehen Sie das?«, »Inwiefern?«) und können genutzt werden, um Change Talk (siehe unten) hervorzurufen.

Wertschätzung (affirmation)

Eine angemessene Bestätigung in Form von Anerkennung, Wertschätzung oder Verständnis vermittelnden Äußerungen signalisiert dem Klienten eine positive Grundhaltung des Therapeuten. Dies kann zu einer aufgeschlosseneren Kommunikation auf Augenhöhe führen. Entscheidend ist, dass die Wertschätzung glaubhaft und ernst gemeint ist, da sie nur so zu einer Stärkung des Arbeitsbündnisses führen kann.

Aktives Zuhören (reflective listening)

Miller und Rollnick (1991, 2002) definieren aktives Zuhören und Reflektieren als eine der schwierigsten und gleichzeitig wichtigsten Fertigkeiten der motivierenden Gesprächsführung. Durch aktives Zuhören kann der Therapeut die verstandenen Inhalte des Gesagten dekodieren und somit »belegen«, dass er »die Welt mit den Augen des Patienten sehen kann« (Demmel, 2005, S. 229). Der Klient fühlt sich durch den

Perspektivenwechsel des Therapeuten in seiner Sichtweise verstanden und erhält die Möglichkeit, das Gesagte beziehungsweise Verstandene bei Missverständnissen unmittelbar zu korrigieren («Nein, so habe ich das aber nicht gemeint.»). *Reflective listening* kann als hypothesentestende Kommunikation beschrieben werden und sollte daher gerade in der Anfangsphase einen Großteil des Gesprächsanteils des Therapeuten ausmachen. Hierbei entscheidet der Therapeut aktiv, welche Aspekte er reflektiert, fokussiert oder ignoriert.

Zusammenfassen (Summarizing)

Ausführliche Zusammenfassungen markieren den Abschluss einer Gesprächseinheit und ermöglichen dem Therapeuten die Wiederholung und Fokussierung wesentlicher Gesprächsinhalte. Auf diese Weise kann einerseits aktives Zuhören signalisiert werden, andererseits besteht die Möglichkeit, zentrale Aspekte des Gesprächs noch einmal zu wiederholen und dem weiteren Gespräch so eine Richtung zu geben. Der Klient erhält hierbei immer die Gelegenheit, das Gesagte zu ergänzen oder zu korrigieren.

Change Talk

Change Talk stellt die zentrale Methode der motivierenden Gesprächsführung zur Entwicklung von Diskrepanzen zwischen persönlichen Werten und Zielen des Klienten und aktuellem (Problem-)Verhalten dar. Er kann in vier Kategorien unterteilt werden: Der Klient erkennt (1) während des Change Talk Nachteile der aktuellen Situation, sieht (2) Vorteile einer Veränderung, äußert (3) Zuversicht oder (4) Verhaltensabsichten hinsichtlich einer Veränderung. Da jede diesbezügliche Äußerung die Wahrscheinlichkeit einer tatsächlichen Verhaltensänderung erhöht, sollte der Klient möglichst oft dazu angeregt werden, laut über Veränderungen nachzudenken. Change Talk kann durch OARS oder verschiedene Behandlungsbausteine (siehe unten) hervorgerufen werden.

Ob ein Klient im weiteren Gespräch mit Change Talk fortfährt, hängt von der Reaktion des Therapeuten auf die getätigte Äußerung ab. Dieser kann mit den sogenannten EARS auf Change-Talk reagieren, indem er offene Fragen zur Weiterentwicklung des Change Talk stellt (*elaboration*), den Klienten für Change Talk verstärkt (*affirmation*), aktiv zuhört und reflektiert (*reflection*) oder das Gesagte selektiv zusammenfasst (*summerize*).

Nach Amrhein, Miller, Yahne, Palmer und Fulcher (2003) können in der Sprache des Klienten verschiedene Kategorien von Äußerungen genannt werden, die ein hohes Ausmaß an Identifikation mit einer möglichen Veränderung erkennen lassen. Sie lassen sich durch das Akronym DARN zusammenfassen und beziehen sich auf Aussagen aus den Bereichen *desire* (Wunsch: »Ich will...«), *ability* (Fähigkeit: »Ich kann...«), *reason* (Begründung: »Ich habe Gründe dafür...«) und *need* (Wichtigkeit: »Ich muss...«) (Miller & Rollnick, 2010).

Ist die Veränderungsmotivation des Klienten ausreichend groß (*commitment*: »Ich werde...«), beginnt in der zweiten Phase des MI die Stärkung der Selbstverpflichtung des Klienten zur Veränderung (*activation*) sowie die gemeinsame Erarbeitung eines konkreten Veränderungsplans (*taking steps*). Change-Talk, zusammengefasst als DARN-CAT, ist somit immer von den Äußerungen des Klienten gesteuert und an selbige angepasst.

Behandlungsbausteine

In der Literatur finden sich verschiedene therapeutische Strategien oder »Behandlungsbausteine«, die genutzt werden können, um Change Talk hervorzurufen und zu fördern (Miller & Rollnick, 2002). Die Autoren machen jedoch darauf aufmerksam, dass MI weitaus komplexer als die Anwendung verschiedener Techniken sei und viele der umschriebenen Bausteine weder als notwendige noch als ausreichende Komponenten von MI verstanden werden könnten: »[MI] is better understood as a clinical or communication method, a complex skill that is learned with considerable practice over time. It is a guiding style for enhancing intrinsic motivation to change« (Miller & Rollnick, 2009, S. 131; Rollnick, Miller & Butler, 2008).

Veränderungsskalen (*Readiness Ruler*)

Durch den Einsatz mehrstufiger Ratingskalen können Klienten sich hinsichtlich der Wichtigkeit einer Verhaltensänderung (*importance ruler*) oder ihrer diesbezüglichen Zuversicht (*confidence ruler*) einschätzen (Abbildung 1). Der Therapeut stellt im Anschluss weitere Fragen, die es dem Klienten ermöglichen, für eine Veränderung zu argumentieren: »Warum haben Sie __ angekreuzt und nicht __?« Hierbei wird auf eine Zahl zurückgegriffen, die niedriger als die Einschätzung des Klienten ist. Fällt die Einschätzung auf 0, das heißt »absolut unwichtig« oder »überhaupt nicht

zuversichtlich« besteht die Möglichkeit zu explorieren, was passieren müsste, damit ein Klient irgendwann eine höhere Zahl ankreuzt (»Was müsste passieren, damit aus der 0 irgendwann eine 3 oder 4 wird? «). Die Antwort des Klienten wird sehr wahrscheinlich Change Talk beinhalten, auf den es in der Folge entsprechend zu reagieren gilt (s. o.).

Wie wichtig ist es Ihnen, weniger Alkohol zu trinken? Wie denken Sie im Moment darüber?			
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10			
unwichtig			sehr wichtig

Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, weniger Alkohol zu trinken: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie das schaffen würden?			
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10			
überhaupt nicht			absolut

Abbildung 1. Importance und Confidence Ruler am Beispiel Alkoholkonsum

Pro und Kontra (Decisional Balance)

Die Bilanzanalyse bietet dem Klienten die Möglichkeit, über Vor- und Nachteile des aktuellen (Problem-)Verhaltens sowie Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung nachzudenken und somit seine Ambivalenz zum Ausdruck zu bringen. Häufig wird hierzu eine Tabelle genutzt (Abbildung 2), die (1) Nutzen des Status quo, (2) Kosten des Status quo, (3) potentielle Vorteile sowie (4) mögliche Nachteile einer Verhaltensänderung erfasst.

Weiter trinken wie bisher		Alkoholkonsum reduzieren	
Vorteile	Nachteile	Vorteile	Nachteile

Abbildung 2. Decisional Balance am Beispiel Alkoholkonsum

Vertiefung (Elaborating)

Offene Fragen ermöglichen eine Vertiefung des Change Talks und stellen sicher, dass der Therapeut nicht zu schnell über Äußerungen des Klienten hinweggeht.

Nennt ein Klient zum Beispiel mögliche Gründe für eine Verhaltensänderung, kann der Therapeut durch vertiefende Fragen dazu anregen, weiter über die Äußerung nachzudenken (»Inwiefern?«). Eine weitere Möglichkeit der Vertiefung wäre, den Klienten zur Schilderung eines Beispiels einzuladen oder ihn zu weiteren Überlegungen des genannten Aspektes anzuregen (»Erzählen Sie mir mehr!«).

Extreme erwägen (Querying Extremes)

Liegen für einen Klienten wenige Gründe für eine Veränderung vor oder scheinen diese zumindest nicht besonders wichtig zu sein, besteht die Möglichkeit, den Klienten durch das Erwägen von Extremen zum Change Talk anzuregen. Diese Extreme können sich sowohl auf negative Aspekte des Status quo (»Was wäre das Schlimmste was passieren könnte, wenn Sie so weitermachen wie bisher?«) als auch auf positive Extreme einer Verhaltensänderung beziehen (»Was wäre die beste Auswirkung?«).

Vergangenheit und Zukunft (Looking Back and Forward)

Der Klient wird durch zielgerichtete Fragen dazu motiviert, einen Blick in die Vergangenheit oder Zukunft zu richten. Der Therapeut formuliert hierzu Fragen, die sich auf die Zeit vor der Entwicklung des Problemverhaltens (»Was war vorher anders?«, »Was war besser, bevor Sie so viel getrunken haben?«) oder auf die Zeit nach erfolgreicher Verhaltensänderung beziehen (»Wenn Sie die gewünschte Änderung 100% erfolgreich umgesetzt hätten, was wäre dann anders?«).

Ziele und Werte (Goals and Values)

Die Exploration persönlicher Werte und Ziele basiert auf dem MI-Prinzip *develop discrepancy* (Widersprüche aufzeigen), da der Klient dazu angeregt wird, Diskrepanzen zwischen persönlichen Werten und Zielen und dem aktuellen Verhalten (z. B. Alkoholkonsum) zu erkennen. Hierzu kann der von Miller, Baca und Matthews (2001) entwickelte »Value Card Sort« eingesetzt werden (deutsche Adaptation von Demmel in Anlehnung an den Schwartz Value Survey; Glöckner-Rist, 2009): Der Klient wird in einem ersten Schritt gebeten, 50 Karten nach persönlicher Relevanz zu sortieren. Jede Karte umfasst hierbei einen Wert oder ein Ziel (z. B. »Gesund«) und eine

kurze Erläuterung (z. B. »physisch und geistig nicht krank«). Zusätzlich erhält der Klient leere Karten, auf denen er bei Bedarf beliebige persönliche Werte ergänzen kann. In einem zweiten Schritt werden die Karten mit den zentralen persönlichen Werten herausgegriffen (maximal zehn Stück) und der Klient dazu aufgefordert, eine Rangreihe der Werte und Ziele zu bilden. Um im Anschluss an diese Aufgabe Change Talk zu fördern und Diskrepanz zu erzeugen, fragt der Therapeut den Klienten nach der Vereinbarkeit persönlicher Ziele und Werte einerseits und dem aktuellen Problemverhalten andererseits.

Ethische Aspekte

Die Diskussion ethischer Gesichtspunkte nimmt einen wichtigen Stellenwert ein, da sich bei einer angestrebten Verhaltensänderung immer die Frage stellt, ob Ziele und Werte des Klienten und Therapeuten übereinstimmen. Klienten sollen in der motivierenden Gesprächsführung vor Manipulation geschützt und nicht durch Argumente überzeugt (*avoid argumentation*) werden. »It is about eliciting the person's own inherent arguments for change, not imposing someone else's« (Miller & Rollnick, 2009, S. 131). Transparenz, Offenheit und Empathie sollen aktiv vor Manipulation bewahren, denn »nach Rollnick et al. (1999) zeichnet sich eine vertrauens- und respektvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient u. a. durch die Vereinbarung der Behandlungsziele in gegenseitigem Einvernehmen aus (*negotiation*)« (Demmel, 2001, S. 175).

Anwendungsbereiche

MI wurde ursprünglich als alternativer Behandlungsansatz zu konfrontativen Therapiemethoden in der Behandlung alkoholabhängiger Patienten entwickelt (Miller & Rollnick, 1991). Mittlerweile findet sich eine zunehmende, wenn auch wissenschaftlich oft unzureichend abgesicherte, Anwendung in verschiedensten Bereichen: Drogenmissbrauch und -abhängigkeit (Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, Levenson & Hingson, 2005), Nikotinabhängigkeit (Tappin et al., 2005), Komorbidität (Martino, Carrol, Nich & Rounsaville, 2006), betriebliche Suchtprävention (Schneider, Casey & Kohn, 2000), pathologisches Glücksspiel (Wulfert, Blanchard, Freidenberg & Martell, 2006), Essstörungen (Dunn, Neighbors & Larimer, 2006), Diabetes (Channon

et al., 2007), Asthma (Schmaling, Blume & Afari, 2001), Hyperlipidämie (Mhurchu, Margetts & Speller, 1998), Hypertonie (Brodie & Inoue, 2005), Ernährungsberatung (Brug, Spikmans, Aartsen, Breedveld, Bes & Fereira, 2007). Zusammenfassende Darstellungen finden sich bei Britt, Hudson und Blampied (2004), Knight, McGowan, Dickens und Bundy (2006) sowie Rollnick et al. (2008).

Behandlungsformate

Im Folgenden sollen standardisierte Behandlungsformate und weniger standardisierte motivationale Kurzinterventionen dargestellt werden, die den von Miller und Rollnick (1991, 2002) definierten Behandlungsprinzipien entsprechen oder diese weitgehend adaptieren.

Drinker's Check-up

Der wesentliche Behandlungsschwerpunkt des von Miller, Sovereign und Krege (1988) entwickelten Drinker's Check-up (DCU) ist die wertungsfreie und sachliche Rückmeldung umfangreicher diagnostischer Ergebnisse. Der Therapeut informiert hierbei einfühlsam über Befunde und gibt ein Percentilfeedback, das individuelle Werte mit den Daten einer Referenzgruppe vergleicht. Schlussfolgerungen überlässt der Therapeut im DCU dem Klienten. Nach der Implementierung des DCU in ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen konnten Effektivitätsstudien eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums zeigen (Bien, Miller & Boroughs, 1993; Brown & Miller, 1993).

Das von Hester, Squires und Delaney (2004) bereitgestellte gleichnamige Softwareprogramm beinhaltet weitere standardisierte Interventionen, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen: (1) Assessment-Modul mit verschiedenen alkoholbezogenen Fragebögen (u. a. zu Menge, Konsequenzen des Konsums und Wirkungserwartungen) und einer individualisierten Pro- und Kontra-Liste des Alkoholkonsums (*Decisional Balance exercise*), (2) Feedback-Modul, welches das aus der ursprünglichen Form des DCU entnommene wertungsfreie und sachliche Feedback zu einzelnen Fragebögen umfasst sowie (3) Entscheidungs-Modul, welches das aktuelle Ausmaß der Veränderungsbereitschaft erfasst, den Klienten auffordert, individuelle Pro-

und Kontrapunkte des Konsums zu gewichten und ein genaues Zielverhalten zu definieren. In einem nächsten Schritt wählt der Klient mögliches Alternativverhalten aus, welches die durch den Alkoholkonsum erwartete Wirkung eventuell auch erzielen kann (*New Road exercise*). Abschließend wird ein konkreter Veränderungsplan bearbeitet (*Change Plan*), welcher Gründe für eine Veränderung erfragt, konkrete erste Schritte, mögliche Stolpersteine und einen positiven Anreiz definiert. Hester et al. (2004) konnten zeigen, dass die Softwareversion des DCU ebenfalls zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums führte. Teilnehmer reduzierten Menge und Frequenz des Alkoholkonsums um 50% und wiesen weniger alkoholbezogene Probleme auf als zuvor.

Motivational Enhancement Therapy

Die Motivational Enhancement Therapy (MET; Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik, 1992) stellt eine Ergänzung des ursprünglichen DCU (Miller et al., 1988) dar, die im Rahmen des vom National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) geförderten Projekts MATCH (*Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity*; Project MATCH Research Group, 1997, 1998) entwickelt wurde. Um den DCU mit den zwei zwölfwöchigen Behandlungsprogrammen *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT; Kadden et al., 1992) und *Twelve Step Facilitation* (TSF; Nowinski, Baker & Carroll, 1992) vergleichen zu können, wurden in der MET zwei Auffrischungssitzungen in der sechsten und zwölften Behandlungswoche ergänzt. Hinsichtlich des Behandlungserfolges konnte das Projekt MATCH keine oder lediglich geringe Unterschiede zwischen den drei Behandlungsprogrammen nachweisen, was als Effizienzbeleg für die MET interpretiert wird, da die Intervention trotz geringeren Aufwands zu vergleichbaren Ergebnissen gelangt (Demmel, 2001).

BASICS

Das BASICS Programm (*Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students*) von Dimeff, Baer, Kivlahan und Marlatt (1999) vereint kognitiv-behaviorale und motivationale Konzepte und kann als Adaptation des DCU (Miller et al., 1988) verstanden werden. Die niedrighschwellige Kurzintervention für Studenten besteht aus zwei fünfzigminütigen Sitzungen und beginnt mit einem strukturierten

Eingangsgespräch und einer umfangreichen Diagnostik (*assessment*) zu verschiedenen Aspekten des Alkoholkonsums (Familienanamnese, eigener Alkoholkonsum, Wirkungserwartungen, Veränderungsbereitschaft etc.). Im Anschluss werden die Studenten gebeten, ihre Konsumgewohnheiten (Trinkfrequenz und -menge, Anlässe etc.) über ein bis zwei Wochen zu protokollieren (*self-monitoring*), bevor sie an einer zweiten Sitzung teilnehmen, in der sie Rückmeldungen und Empfehlungen erhalten (*feedback interview*). Inhalte des zweiten Gesprächs basieren auf der Auswertung der Fragebögen sowie der durchgeführten Selbstbeobachtung. Themen der Feedbackintervention sind zum Beispiel Antworten oder Rückmeldungen zu folgenden Fragen: »Fördern spezifische Wirkungserwartungen den Alkoholkonsum?«, »Ist dieser aktuell erhöht?«, »Besteht das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln?«

Die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit des BASICS-Programms konnte in randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen werden (Borsari & Carey, 2000; Roberts, Neal, Kivlahan, Baer & Marlatt, 2000). Diese zeigen, dass sich Menge und Frequenz des Alkoholkonsums im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant reduziert hatten.

Brief Motivational Interviewing

Brief Motivational Interviewing (BMI) ist eine klientenzentrierte und direkte Kurzintervention, die von Rollnick, Heather und Bell (1992) für die medizinische Basisversorgung entwickelt wurde (siehe auch Rollnick & Bell, 1991). Ein kurzes, zwölf bis fünfzehn Stunden dauerndes Training soll es den Anwendern ermöglichen, die von Miller und Rollnick (1991, 2002) beschriebenen Behandlungsprinzipien während einer Kurzintervention von circa 30 bis 40 Minuten anzuwenden. In der Schulung werden neben der empathischen Grundhaltung vor allem die zentralen Behandlungstechniken OARS sowie acht flexibel wählbare Interventionen vermittelt. Diese können in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft des Klienten ausgewählt werden und beziehen sich auf folgende Themenkomplexe: (1) Stress, aktueller Lebensstil und Substanzkonsum, (2) Gesundheit und Substanzkonsum, (3) Schilderung eines typischen Tages, (4) Exploration der guten und weniger guten Seiten des Konsums, (5) Informationsvermittlung, (6) Gegenwart und Zukunft, (7) Persönliche Betroffenheit, (8) Entscheidungen fördern.

Die ersten beiden Strategien können hierbei als Eröffnungsstrategien verstanden werden. Eine ausführliche Darstellung der Interventionen sowie erläuternde Fallbeispiele finden sich bei Bell & Rollnick (1996; siehe auch Rollnick et al., 1992; Rollnick & Bell, 1991). Heather, Rollnick, Bell und Richmond (1996) konnten in einer Studie mit Personen, die in riskantem Ausmaß Alkohol konsumieren zeigen, dass BMI der medizinischen Standardversorgung, nicht aber einer kognitiv-behavioralen Intervention überlegen ist. Patienten zeigten auch sechs Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung eine stärkere Reduktion des Alkoholkonsums, wobei vor allem unmotivierte Patienten von der Teilnahme an BMIs profitierten.

Motivationale Kurzinterventionen

Der Begriff »Kurzintervention« wird häufig nicht ausreichend von anderen Begriffen wie Frühintervention, Früherkennung, motivationale Intervention oder Sekundärprävention abgegrenzt, was zu erheblichen Unschärfen in der Literatur beigetragen hat: »Brief intervention in general has been confused with motivational interviewing...« (Rollnick & Miller, 1995; zitiert nach Demmel, 2001, S. 179). Kurzinterventionen dienen der Förderung des Problembewusstseins und der Schaffung einer Veränderungsmotivation in einer frühen Phase der Abhängigkeitsentwicklung oder vor der Chronifizierung eines problematischen Konsummusters. Sie sind häufig in der medizinischen Grundversorgung (*primary care*) angesiedelt und versuchen Patienten zu erreichen, die durch ein positives Screening aufgefallen sind. Heather (1996) unterscheidet zwischen diesen opportunistischen und spezifischen Kurzinterventionen, die sich an Patienten in suchtspezifischen Behandlungseinrichtungen richten. Beide Formen der Kurzintervention stellen effektive Behandlungsansätze zur Reduktion des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Probleme dar (Bien, Miller & Tonigan, 1993; Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002). Opportunistische Kurzinterventionen sind hierbei häufig weniger strukturiert und kürzer, da Patienten in der medizinischen Grundversorgung in der Regel eine geringere Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation aufweisen (Heather, 1996).

Babor (1994) unterscheidet Kurzinterventionen im Gegensatz zu Heather (1996) nicht nach Zielgruppen, sondern differenziert je nach zeitlichem Umfang zwischen: (1) Minimalinterventionen (eine Sitzung, maximal fünf Minuten), (2) Kurzinterventionen

(maximal drei Sitzungen, jeweils bis zu 60 Minuten), (3) moderaten Interventionen (fünf bis sieben Sitzungen) und (4) Intensivbehandlungen (acht oder mehr Sitzungen).

Rist et al. (2004) differenzieren darüber hinaus zwischen konventionellen Kurzinterventionen, die zum Beispiel Psychoedukation oder Ratschläge umfassen, und motivationalen Kurzinterventionen, die eine Adaptation des von Miller und Rollnick (1991, 2002) entwickelten Motivational Interviewings darstellen (AMI). Die wesentlichen Elemente dieser zweiten Gruppe von Interventionen lassen sich durch das Akronym FRAMES (Miller & Sanches, 1994, Demmel, 2001) zusammenfassen:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(1) <u>F</u>eedback (Rückmeldung geben)(2) <u>R</u>esponsibility (Eigenverantwortung betonen)(3) <u>A</u>dvice (Ratschläge geben)(4) <u>M</u>enu (Aus verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten auswählen)(5) <u>E</u>mpathy (Empathie ausdrücken)(6) <u>S</u>elf-Efficacy (Selbstwirksamkeitserwartungen fördern) |
|--|

Abbildung 3. FRAMES (vgl. Demmel, 2001)

Eine detaillierte Beschreibung der sogenannten FRAMES sowie weitere Begriffsdefinitionen finden sich bei Demmel (2000). Bien et al. (1993) konnten in ihrem Review neben der Wirksamkeit von Kurzinterventionen zeigen, welche Aspekte von FRAMES in den überprüften Studien berücksichtigt wurden. Es zeigte sich, dass nahezu alle Studien ein Feedback-Element nutzen (81%) und mehr als die Hälfte der Studien Selbstwirksamkeit förderte (69%), Empathie ausdrückte (63%) und ein Menü an verschiedenen Veränderungsstrategien bereithielt (59%). Ratschläge wurden in allen untersuchten Studien gegeben (100%).

Aktueller Forschungsstand

Überblick

Zahlreiche empirische Untersuchungen und Meta-Analysen belegen die Effektivität und Wirksamkeit von MI und AMIs in verschiedenen Behandlungssettings. Da MI ursprünglich zur Behandlung alkoholabhängiger Patienten entwickelt wurde, und

eine zunehmende Erweiterung des Anwendungsbereiches erst in den letzten Jahren stattgefunden hat (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Demmel, 2001) ergibt sich eine eindeutige Überlegenheit an Studien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen.

Im Folgenden werden exemplarisch vier Reviews und Meta-Analysen dargestellt, die die Wirksamkeit von Kurzinterventionen auf den Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme untersucht haben. Die Arbeiten fassen Studien aus unterschiedlichen Settings (z. B. ambulante und stationäre medizinische Grundversorgung, suchtspezifische Behandlungseinrichtungen, Universitäten oder Gemeindezentren) zusammen. Die berücksichtigten Studien weisen hierbei unterschiedliche experimentelle Designs auf und vergleichen (1) die reguläre Behandlung mit oder ohne Kurzintervention, (2) Kurzinterventionen und Kontrollgruppen oder (3) Kurzinterventionen und alternative Behandlungsverfahren.

Dunn, Deroo und Rivara (2001) stellen in einem ersten Review Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit von AMIs in den Bereichen Substanzabhängigkeit, Nikotinkonsum, Ernährung und Bewegung sowie HIV-Prävention zusammen. Zehn der 29 randomisierten Studien überprüften hierbei die Wirksamkeit von AMIs auf den Alkoholkonsum, wobei unterschiedliche Outcome-Maße (z. B. Anzahl der Trinktage, abstinente Tage, Blutalkoholkonzentration, Getränke pro Woche) und Follow-up-Zeiträume erfasst wurden. Vier von sechs Studien zeigten, dass AMIs effektiver als spezifische Alternativbehandlungen waren ($d = 0.42-0.73$). Auch im Vergleich zu Kontrollgruppen erzielten AMIs in zwei von vier Studien bessere Effekte ($d = 0.30-0.92$). Fand die reguläre Behandlung alkoholbezogener Störungen (TAU = *treatment as usual*) mit oder ohne AMIs statt, konnte eine von zwei Studien die Überlegenheit von TAU plus AMI zeigen ($d = 0.83$).

In einer ersten Meta-Analyse berücksichtigen Burke et al. (2003) 30 kontrollierte, klinische Studien aus vergleichbaren Problembereichen wie Dunn et al. (2001), wobei 15 Studien die Auswirkung von AMIs auf den Alkoholkonsum (Trinkmenge und -frequenz) überprüften. AMIs wurden hierbei in der medizinischen Grundversorgung, in suchtspezifischen Behandlungseinrichtungen oder an Universitäten mit Kontrollgruppen (Warteliste oder Placebobehandlung) oder mit spezifischen Alternativbehandlungen verglichen (z. B. Kognitive Verhaltenstherapie, TSF, konfrontatives Feedback, klientenzentrierte Behandlung). Im Vergleich zu

Kontrollgruppen ohne spezifische Intervention erzielten AMIs kleine ($d = 0.25$) bis mittlere ($d = 0.53$) Effektstärken, im Vergleich zu spezifischen Alternativbehandlungen zeigte sich eine äquivalente Wirksamkeit ($d = 0.09$) bei deutlich kürzerer Dauer der AMIs (durchschnittlich drei bis vier Sitzungen weniger).

Hettema, Steele und Miller (2005) fassten in einer zweiten Meta-Analyse 72 klinische Studien unterschiedlichster Interventionsbereiche (z. B. Substanzkonsum, HIV-Prävention, pathologisches Glücksspiel, Partnerschaft, Essstörungen) und Settings zusammen. Die Effektivität von AMIs bezüglich des Alkoholkonsums wurde hierbei in 32 randomisierten kontrollierten Studien überprüft, die AMIs mit Kontrollgruppen, TAU oder spezifischen Alternativbehandlungen verglichen. Bei Berücksichtigung aller Follow-up-Zeiträume fanden die Autoren in allen Vergleichsbedingungen kombinierte signifikante Effektstärken: AMIs waren gegenüber Kontrollgruppen und Placebobehandlungen ($n = 14$) oder spezifischen Alternativbehandlungen ($n = 13$) überlegen. Die mittleren kombinierten Effektstärken lagen bei $d = 0.38$ beziehungsweise $d = 0.33$. Wurde TAU zur Behandlung alkoholbezogener Störungen mit oder ohne AMIs angeboten, zeigte sich mit $d = 0.11$ eine signifikante Überlegenheit der Kombinationsbehandlung ($n = 5$).

Vasilaki, Hosier und Cox (2006) publizierten eine Meta-Analyse, die anhand von 15 Studien überprüfte, ob AMIs effektiver sind als (1) keine Behandlung ($n = 9$) oder (2) andere Interventionen ($n = 9$). Hierbei wurden ausschließlich Studien zur Wirksamkeit von AMIs auf exzessiven Alkoholkonsum in verschiedenen Settings (z. B. Universitäten, medizinische Grundversorgung) berücksichtigt. Die Autoren konnten zeigen, dass AMIs effektiver sind als keine Behandlung ($d = 0.18$) und dass dieser Effekt zunimmt, wenn kurzfristige Effekte innerhalb der ersten drei Monate überprüft werden ($d = 0.60$). Auch im Vergleich zu anderen Interventionen waren AMIs mit gemittelten Effektstärken von $d = 0.43$ überlegen. Eine zusammenfassende Darstellung unter Einbezug weiterer Reviews und Meta-Analysen findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1

Meta-Analysen und Reviews zur Effektivität von Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums

Autoren	Meta-Analyse oder Review	Settings	Interventionen	Eingeschlossene Studien	Ergebnisse
Bien et al. (1993)	Review	(1) Medizinische Grundversorgung (Allgemeinarztpraxen und Krankenhäuser)	(a) Empathische Beratung, Briefe, Telefonate zur Überweisung in problemspezifische Behandlung (b) Kurzinterventionen/ Beratung zur Reduktion des Alkoholkonsums	(a) $n = 13$ (b) $n = 8$	(a) Kurzinterventionen fördern die Bereitschaft zur Aufnahme einer problemspezifischen Behandlung (12 Studien). (b) Kurzinterventionen führen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums und/oder alkoholbezogener Probleme (7 Studien).
Burke et al. (2003)	Meta-Analyse	(1) Medizinische Grundversorgung (2) Behandlungseinrichtung Sucht (3) Universität	AMI ¹ (a) AMI vor der eigentlichen Behandlung (b) AMI (c) AMI + Standardbehandlung	(1) $n = 7$ (2) $n = 6$ (3) $n = 3$ (a) $n = 4$ (b) $n = 11$ (c) $n = 1$	AMIs sind effektiver als keine Behandlung (Effektstärke $d = 0.25-0.53$). Bei kürzerer Behandlungsdauer erzielen AMIs äquivalente Wirksamkeit im Vergleich zu spezifischer Alternativbehandlung ($d = 0.09$).
Dunn et al. (2001)	Review	(1) Medizinische Grundversorgung (2) Behandlungseinrichtung Sucht (3) Universität (4) Gemeindezentren	AMI (a) AMI vs keine Behandlung (b) AMI vs. Alternativbehandlung (c) Reguläre Behandlung mit oder ohne AMI	(1) $n = 9$ (2) $n = 6$ (3) $n = 2$ (a) $n = 6$ (b) $n = 9$ (c) $n = 5$	AMIs erzielen hinsichtlich verschiedener Outcome-Maße bessere Effekte als Kontrollgruppen oder Alternativbehandlungen. Die Kombinationsbehandlung AMI + TAU ² ist TAU alleine überlegen.
Hettema et al. (2005)	Meta-Analyse	Diverse Settings, z. B. Tagesklinik, Krankenhaus, Notaufnahmen, Arztpraxen, Gefängnisse etc.	AMIs oder ca. zwei MI ³ Sitzungen (a) AMI vs. keine Behandlung (b) AMI vs. Alternativbehandlung (c) Reguläre Behandlung mit oder ohne AMI	(a) $n = 14$ (b) $n = 13$ (c) $n = 5$	(a) AMIs sind effektiver als keine Behandlung ($d = 0.38$). (b) AMIs sind geringfügig effektiver als Vergleichsbehandlungen ($d = 0.33$). (c) AMIs + reguläre Behandlung ist wirksamer, als reguläre Behandlung alleine ($d = 0.33$).

Fortsetzung folgt

Tabelle 1

Meta-Analysen und Reviews zur Effektivität von Kurzinterventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums (Fortsetzung)

Autoren	Meta-Analyse oder Review	Settings	Interventionen	Eingeschlossene Studien	Ergebnisse
Lundahl et al. (2010)	Meta-Analyse	(1) Medizinische Grundversorgung (2) Behandlungseinrichtung Sucht (3) Universität (4) Medienaufrufe	MI oder AMIs (a) MI/AMI vs. spezifische Alternativbehandlung (b) MI/AMI vs. keine Behandlung, vs. schriftliche Informationen, reguläre Behandlung mit oder ohne MI/AMI	(1) $n = 11$ (2) $n = 2$ (3) $n = 7$ (4) $n = 2$ (a) $n = 6$ (b) $n = 16$	Die Effektivität von MI/AMIs ist im Vergleich zu spezifischen anderen Interventionsprogrammen signifikant geringer als die Effektivität von MI/AMIs im Vergleich zu unspezifischen Alternativprogrammen ⁴ .
Moyer et al. (2002)	Meta-Analyse	(1) Personen, die aktiv keine Behandlung suchen (2) Personen mit Behandlungswunsch	Kurzinterventionen (KI) (≤ 4 Sitzungen) (a) KI vs. Kontrollgruppe (b) KI vs. umfangreiche Behandlung	(1) + (a) $n = 34$ (2) + (b) $n = 20$	(1) + (a) Kurzinterventionen sind im Vergleich zu keiner Behandlung effektiv und reduzieren den Alkoholkonsum und konsumbezogene Probleme (Follow-up-Zeiträume bis zu 12 Monaten).
Vasilaki et al. (2006)	Meta-Analyse	(1) Gemeinde (2) Medizinische Grundversorgung (3) Behandlungseinrichtung Sucht (4) Universität	AMIs (a) AMI vs Kontrollgruppe (b) AMI vs. Alternativbehandlung	(1) $n = 6$ (2) $n = 4$ (3) $n = 2$ (4) $n = 3$ (a) $n = 9$ (b) $n = 9$	(a) AMIs reduzieren kurzfristig (≤ 3 Monate) den Alkoholkonsum riskanter Konsumenten und sind effektiver als keine Behandlung. (b) AMIs sind effektiver als diverse Alternativ-Behandlungen.
Whitlock et al. (2004)	Review	(1) Medizinische Grundversorgung	(a) Minimalintervention (1 Sitzung, ≤ 5 min) (b) Kurzintervention (1 Sitzung, ≤ 15 min) (c) Kurzintervention mit Mehrfachkontakt	(a) $n = 2$ (b) $n = 6$ (c) $n = 7$	Drei von acht Studien zeigen, dass Minimal- und Kurzinterventionen effektiver sind als keine Behandlung. Kurzinterventionen mit Mehrfachkontakt sind effektiver als keine Behandlung.

Anmerkung. ¹ MI-adaptierte Kurzinterventionen. ² Treatment as usual, ³ Motivational Interviewing. ⁴ Die Meta-Analyse berücksichtigt 119 Studien aus den Bereichen Substanzkonsum (Nikotin, Alkohol, Cannabis, Drogen), Gesundheitsverhalten (Diäten, geschützter Sex), pathologisches Glücksspiel und andere. Es werden lediglich Studien zum Thema Alkohol dargestellt, auch wenn die Meta-Analyse diesbezüglich keine differenzierten Ergebnisse berichtet.

Motivationale Kurzinterventionen

Trotz der nachgewiesenen Effektivität motivationaler Kurzinterventionen hinsichtlich einer Reduktion des Alkoholkonsums oder alkoholbezogener Probleme bleibt zu berücksichtigen, dass suchtspezifische Hilfen nur sehr selten von Betroffenen in Anspruch genommen werden. Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof und John (2000) zeigen in einer ersten epidemiologischen Untersuchung in Deutschland, dass innerhalb eines Jahres mehr als 90% der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit keine suchtspezifische Behandlungseinrichtung aufsuchen (Tabelle 2). Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme sind vor allem in der fehlenden Wahrnehmung des eigenen Alkoholproblems, unrealistischen Selbstwirksamkeitserwartungen (*»Ich habe gedacht, dass ich damit alleine fertig werden würde.«*) sowie einem geringen Problembewusstsein (*»Ich wollte mir nicht eingestehen, dass ich Hilfe brauche.«*) zu sehen (Rumpf et al., 2000).

Tabelle 2

Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen (Rumpf et al., 2000)

Suchtspezifische Hilfen	Alkoholabhängige (n = 55)			Lebenszeit-Alkoholabhängige (n = 155)		
	kein Kontakt	wenige Kontakte	mehr Kontakt	kein Kontakt	wenige Kontakte	mehr Kontakt
Beratungsstelle	96.4%	3.6%		85.0%	11.8%	3.3%
Entzugsbehandlung Psychiatrie	81.8%	18.2%		78.4%	21.6%	
Qualifizierte Entzugsbehandlung Psychiatrie	92.7%		7.3%	90.2%		9.8%
Ambulante Gruppentherapie	96.4%	3.6%		93.5%	3.9%	2.6%
Entwöhnungsbehandlung	90.9%		9.1%	81.0%		19.0%

Die Analyse der Inanspruchnahme der medizinischen Grundversorgung zeigt, dass 83.6% der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit und 69.8% der Personen mit Alkoholmissbrauch mindestens einmal innerhalb eines Jahres ambulant (Hausärzte und Internisten) oder stationär (Allgemeinkrankenhäuser) behandelt wurden.

Rumpf et al. (2000) gehen davon aus, dass effektive Kurzinterventionen in der medizinischen Grundversorgung zu einer verbesserten Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungsmaßnahmen führen können, sofern diese Problembewusstsein und intrinsische Veränderungsmotivation der Betroffenen erhöhen. An dieser Stelle zeigen sich Parallelen zu den Zielen und Ansätzen des von

Miller und Rollnick (1991, 2002) etablierten Motivational Interviewing, so dass im Folgenden Studien zur Wirksamkeit von AMIs in der medizinischen Grundversorgung dargestellt werden (Tabelle 3). Hierbei werden lediglich Interventionen zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums berücksichtigt, die mit den von Miller und Rollnick (1991, 2002) beschriebenen Behandlungsprinzipien weitgehend übereinstimmen. Ergänzend werden Studien aus weiteren Settings (z. B. Universitäten) dargestellt, die Personen mit riskantem Alkoholkonsum frühzeitig durch AMIs erreichen und zu einer Verhaltensänderung motivieren wollen (Tabelle 4).

Durch die Erweiterung dieser Zugangswege können Betroffene (1) rechtzeitig zur Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Behandlung motiviert oder (2) frühzeitig erreicht und vor der Entwicklung eines missbräuchlichen oder abhängigen Konsummusters geschützt werden.

Hinsichtlich der Reduktion des problematischen Alkoholkonsums weisen fünf der ausgewählten Studien (Tabelle 3 & 4) auf eine Überlegenheit motivationaler Kurzinterventionen insbesondere gegenüber Kontrollgruppen hin. Borsary und Carey (2000) zeigen zum Beispiel an einer studentischen Stichprobe mit exzessivem Alkoholkonsum (*binge drinking*)¹, dass die Teilnahme an einer einmaligen BASICS-Sitzung die Anzahl der Getränke pro Woche, die Anzahl der Trinktage insgesamt sowie die Anzahl der exzessiven Trinktage signifikant im Vergleich zu einer Kontrollgruppe reduziert. Vergleichbare Ergebnisse erzielen McNalley, Palfai und Kahler (2005) mit einer 30minütigen AMI-Sitzung. Die Autoren zeigen darüber hinaus eine signifikante Reduktion alkoholbezogener Probleme in der Interventionsgruppe. Longabaugh et al. (2001) vergleichen die Wirksamkeit einer einstündigen MET-Sitzung mit und ohne Auffrischungssitzung auf die Anzahl alkoholbedingter Verletzungen und Konsequenzen. Die Autoren können eine signifikante Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber einer Kontrollgruppe nachweisen, sofern die Teilnehmer der Interventionsgruppe an einer Auffrischungssitzung teilnehmen.

Verschiedene andere Studien zeigen ebenfalls eine signifikante Reduktion unterschiedlicher Alkoholkennwerte (z. B. Trinktage, Trinkmenge, Anzahl der *Binge-Drinking*-Episoden, negative Konsequenzen), können aber keine signifikanten Unterschiede in der Effektivität der überprüften Kurzinterventionen nachweisen.

¹ Definition *binge drinking*: Konsum von mindestens fünf (Männer) oder vier (Frauen) Gläsern Alkohol pro Trinkgelegenheit an mindestens zwei Tagen innerhalb des letzten Monats

Ball et al. (2007) vergleichen zum Beispiel MET-Sitzungen mit einer *Coping-Skills*²- und einer Kontrollgruppe und kommen zu dem Ergebnis, dass alle Gruppen signifikant weniger Alkohol konsumieren (Trinktage & Anzahl der Getränke pro Trinkgelegenheit). Juarez, Walters, Daugherty und Radi (2006) vergleichen in einer Campusstudie mit *Binge Drinkern* die Wirksamkeit verschiedener AMIs (AMI, AMI plus Feedback, AMI plus schriftliches Feedback) mit einer Kontrollgruppe und einer Gruppe, die ausschließlich ein schriftliches Feedback erhielt. In einem 8-Wochen-Follow-up zeigte sich in allen Gruppen eine signifikante Reduktion der pro Tag konsumierten alkoholischen Getränke, der maximalen Blutalkoholkonzentration (BAK) sowie der Konsequenzen des Konsums. Ähnliche Ergebnisse präsentiert die Studie von Walters, Vader, Harris, Field und Jouriles (2009), die lediglich für die Interventionsgruppe »Feedback plus AMI« eine signifikant größere Reduktion des Alkoholkonsums im Vergleich zu den Gruppen »Feedback«, »AMI« und der Kontrollgruppe nachweisen konnte. Die anderen Gruppen unterschieden sich weder nach drei noch nach sechs Monaten signifikant voneinander.

Auch im Vergleich zu TAU können verschiedene Autoren keine Überlegenheit von AMIs, wohl aber eine signifikante Reduktion der Trinktage und Trinkmenge pro Trinkgelegenheit in beiden Interventionsgruppen feststellen (z. B. Freyer-Adam, 2007; Longabaugh, 2001; Saitz, 2007; Spirito, 2004).

Die dargestellten Studien überprüfen die Wirksamkeit verschiedener AMIs auf einen problematischen Alkoholkonsum (z. B. *binge drinking*, riskanter Konsum), schließen aber häufig Personen mit einer Alkoholabhängigkeit oder –missbrauch aus (vgl. Aalto et al., 2000, 2001, Ball et al., 2007; Freyer-Adam et al., 2007; Juarez et al., 2006; Longabaugh et al., 2001, Spirito et al., 2004, Walters et al., 2009). Möglicherweise profitieren daher vor allem die Patienten von AMIs, deren Alkoholkonsum im Vergleich zu anderen Patienten hoch beziehungsweise deren Veränderungsbereitschaft gering ist (Handmaker, Miller & Manicke, 1999; Heather et al., 1996).

² *Coping-Skills* = allgemeine Bewältigungsstrategien

Tabelle 3

Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität von AMIs¹ in der medizinischen Grundversorgung

Autoren	Stichprobe/Setting	Interventionen	Ergebnisse
Aalto et al. (2000)	118 Frauen im Alter von 20 – 60 LJ mit riskantem Alkoholkonsum (≥ 190 g Reinalkohol/Woche); keine bekannte Abhängigkeitserkrankung, psychische Störung oder vorherige Entzugsbehandlung Setting: Ambulante medizinische Praxen	(a) 7 AMI-Sitzungen á 10-20min in 30 Monaten: Individualisierte FRAMES ² + Ratgeber ($n = 40$) (b) 3 AMI-Sitzungen in 24 Monaten ($n = 38$) (c) Kontrollgruppe: Ratschlag bzgl. des Alkoholkonsums mit Bitte, den Hausarzt zu konsultieren ($n = 40$)	Reduktion des Alkoholkonsums über einen Follow-up-Zeitraum von 3 Jahren. Keine signifikanten Gruppenunterschiede
Aalto et al. (2001)	296 Männer im Alter von 20 – 60 LJ mit riskantem Alkoholkonsum (≥ 280 g Reinalkohol/Woche); keine bekannte Abhängigkeitserkrankung, psychische Störung oder vorherige Entzugsbehandlung Setting: Ambulante medizinische Praxen	(a) 7 AMI-Sitzungen á 10-20min in 30 Monaten: Individualisierte FRAMES + Ratgeber ($n = 109$) (b) 3 AMI-Sitzungen in 24 Monaten ($n = 99$) (c) Kontrollgruppe: kurzer Ratschlag bzgl. des Alkoholkonsums mit Bitte, den Hausarzt zu kontaktieren ($n = 88$)	Reduktion des Alkoholkonsums über einen Follow-up-Zeitraum von 3 Jahren. Keine signifikanten Gruppenunterschiede
Bernstein et al. (2010)	853 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 – 21 LJ AUDIT ³ ≥ 4 (14-17 LJ) bzw. ≥ 8 (18-21 LJ) Setting: Unfallambulanz	(a) AMI-Sitzung: Individualisierte FRAMES + 5-10min Booster-Telefonat ($n = 283$) (b) Assessment + Ratgeber ($n = 284$) (c) Ratgeber ($n = 286$)	Die Teilnehmer der MI-Gruppe versuchen signifikant häufiger, keinen Alkohol zu konsumieren und vorsichtig in Trinksituationen zu sein (12-Monats-Follow-up). Die MI-Gruppe versucht häufiger, den Konsum zu reduzieren ($d = 0.065$).
Freyer-Adam et al. (2007)	595 Patienten mit riskantem Alkoholkonsum (20 bzw. 30g Reinalkohol/Tag) und AUDIT ≥ 8 und/oder LAST ⁴ ≥ 2 , keine Alkoholabhängigkeit Setting: Krankenhäuser	(a) AMI-Sitzung: 25 min individualisierte FRAMES + Ratgeber ($n = 184$) (b) MI-basierte Standardbehandlung + Ratgeber ($n = 76$) (c) Kontrollgruppe ($n = 155$)	Signifikante Reduktion des Alkoholkonsums über einen Follow-up-Zeitraum von 12 Monaten Keine signifikanten Gruppenunterschiede

Fortsetzung folgt

Tabelle 3

Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität von AMIs in der medizinischen Grundversorgung (Fortsetzung)

Autoren	Setting/Stichprobe	Interventionen	Ergebnisse
Longabaugh et al. (2001)	539 Patienten (78% Männer) \geq 18 LJ mit positivem Atemalkoholtest (\geq 0.003 mg/dl), AUDIT \geq 8 oder Konsum \leq 6 Std. vor Aufnahme. Kein Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit. Setting: Unfallambulanz	(a) MET ⁵ : 40-60min Sitzung mit Decisional Balance und Change Plan ($n = 182$) (b) 2 MET-Sitzungen: wie (a) + Booster-Sitzung nach 7-10 Tagen inkl. Feedback ($n = 169$) (c) TAU ⁶ ($n = 188$)	Signifikante Reduktion alkoholbedingter negativer Konsequenzen und Verletzungen in Gruppe b) im Vergleich zu Gruppe c). Keine Unterschiede zwischen Gruppe a) und c). Reduktion des massiven Konsums (Follow-up: 12 Monate) in allen Gruppen. Keine signifikanten Gruppenunterschiede
Monti et al. (2007)	198 Patienten im Alter von 18-24 LJ mit positiver BAK ⁷ ($> 0.01\%$), AUDIT \geq 8 oder Konsum \leq 6 Std. vor Aufnahme. Setting: Unfallambulanz	(a) AMI-Sitzung: 30-45min Sitzung mit Drinker's Check-up, Zieldefinition und Change Plan + Ratgeber ($n = 182$); Booster-Sitzungen á 20-30min (Assessment, Prozessanalyse und Zieldefinition) ($n = 98$) (b) Feedback: 1-3min + Ratgeber, Assessment-Booster-Sitzungen nach 1 und 3 Monaten	Signifikante Reduktion der Trinktage und –menge in der MI-Gruppe im Vergleich zur Feedback-Gruppe (Follow-up nach 6 und 12 Monaten) Reduktion alkoholbedingter Verletzungen in beiden Gruppen. Keine signifikanten Gruppenunterschiede.
Saitz et al. (2007)	341 Patienten (> 18 LJ) mit riskantem Alkoholkonsum (> 14 bzw. 14 Standardgetränke/Woche für Männer bzw Frauen). 77% mit Diagnose Alkoholabhängigkeit. Setting: Städtisches Krankenhaus	(a) AMI-Sitzung: 30min Sitzung mit Feedback und Change Plan ($n = 172$) (b) TAU ($n = 169$)	Reduktion der Trinktage insgesamt und Anzahl der massiven Trinktage in beiden Gruppen. Zunahme der abstinenten Tage in beiden Gruppen. Keine signifikanten Gruppenunterschiede.
Spirito et al. (2004)	152 Patienten im Alter von 13-17 LJ mit Positiver BAK oder Alkoholkonsum \leq 6 Std. vor Aufnahme. Setting: Unfallambulanz	(a) AMI-Sitzung: 30min Sitzung mit Feedback, negativen Konsequenzen, Blick in die Zukunft, Zieldefinition und Vorwegnahme möglicher Stolpersteine ($n = 78$) (b) TAU mit Ratschlag Alkoholkonsum zu stoppen + Ratgeber ($n = 74$)	Signifikante Reduktion der Trinkmenge pro Trinkgelegenheit nach 3, 6 und 12 Monaten in beiden Gruppen. Reduktion der Trinktage insgesamt und Anzahl der massiven Trinktage nach drei Monaten. Keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Anmerkung. ¹Adaptions of Motivational Interviewing; ²Akronym (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-Efficacy); ³Alcohol Use Disorder Identification Test (Rist et al., 2003); ⁴Lübecker Alkoholabhängigkeits und –missbrauchs-Screening Test (Rumpf et al., 1997). ⁵Motivational Enhancement Therapy; ⁶Treatment as usual; ⁷Blutalkoholkonzentration

Tabelle 4

Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität von AMIs¹

Autoren	Setting/Stichprobe	Interventionen	Ergebnisse
Ball et al. (2007)	98 Klienten mit erhöhtem Alkoholkonsum (> 12 bzw. > 15 Getränke/Woche für Frauen bzw. Männer) ohne Abhängigkeitserkrankung. Setting: Projektwerbung in der Gemeinde	(a) MET ² : 3 Sitzungen mit Decisional Balance, Develop discrepancies (Status quo und Blick in die Zukunft), Change Plan. (n = 34) (b) Coping-Skills: 3 Sitzungen zu Umgang mit Konsumreize, sozialen Situationen, negativen Gefühle. (n = 35) (c) Wartelistenkontrollgruppe (n = 29)	Reduktion der Trinkmenge und –häufigkeit in allen drei Gruppen Klienten der Wartelistenkontrollgruppe trinken vor, während und nach der Intervention mehr als Klienten der Interventionsgruppen. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Interventionsgruppen
Borsari & Carey (2000)	60 Studenten mit ≥ 2 Binge-Drinking Episoden innerhalb der letzten 30 Tage (≥ 5 bzw. ≥ 4 Getränke/Gelegenheit für Männer bzw. Frauen) Setting: Erstsemester Psychologie-Studium	(a) AMI: 1 adaptierte Sitzung BASIC (n = 29) (b) Kontrollgruppe (n = 31)	Follow-up nach 6 Wochen: Signifikante Reduktion der alkoholischen Getränke pro Woche, der Anzahl der Trinktage und Binge-Drinking Tage innerhalb des letzten Monats in der AMI-Gruppe
Ceperich et al. (2011)	228 Studentinnen (18-24 LJ) mit Risiko einer alkoholbedingten Schwangerschaft und erhöhtem Alkoholkonsum (7 Standardgetränke/Woche oder ≥ 1 Binge-Drinking Episoden innerhalb der letzten 90 Tage (>4 Getränke) Setting: Universität	(a) AMI: 60-75min Sitzung Mi (Readiness-Ruler, Change Plan) + Feedback (n = 114) (b) Gesundheitsratgeber (n = 114)	Follow-up nach 4 Monaten: 33.7% der AMI- und 22.4% der Kontrollgruppe erfüllen keine Binge-Drinking Kriterien (n.s. Trend) Signifikant reduziertes Risiko alkoholbedingter Schwangerschaft in der AMI-Gruppe (79.8% vs. 65.1%)
Daepfen et al. (2011)	418 zur Musterung einberufene Männer (20 LJ) mit oder ohne Binge Drinking (BD, > 60g Reinalkohol/Konsum-gelegenheit, mind. 1x/Monat) Setting: Musterung zum Wehrdienst	(a) AMI: ca. 15min Sitzung mit Decisional Balance, hypothetische Veränderungen, Readiness-Ruler (n = 199, davon 125 BD) (b) Kontrollgruppe (n = 219, davon 146 BD)	6-Monats-Follow-up: AMI-Gruppe reduziert Konsum um 1.5 Getränke/Woche (Zunahme des Konsums um 0.8 Getränke/Woche in Gruppe b). Binge-Drinker der AMI-Gruppe reduzieren Konsum um 20% im Vergleich zu Gruppe b). Kein präventiver Effekt von AMI für Teilnehmer ohne problematischen Konsum

Fortsetzung folgt

Tabelle 4

Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien zur Effektivität von AMIs (Fortsetzung)

Autoren	Setting/Stichprobe	Interventionen	Ergebnisse
Juárez et al. (2006)	122 Studenten mit Binge-Drinking (≥ 5 bzw. ≥ 4 Getränke/Gelegenheit für Männer bzw. Frauen) Setting: Universität	(a) AMI (Desicional Balance, Readiness-Ruler) + personalisiertes Feedback ($n = 15$) (b) AMI ($n = 15$) (c) Schriftliches Feedback ($n = 20$) (d) AMI + schriftliches Feedback ($n = 18$) (e) Assessment only ($n = 21$)	Follow-up nach 8 Wochen: Signifikante Reduktion der Alkoholkennwerte (Getränke/Trinktag, BAK, Konsequenzen) in allen Gruppen; keine Gruppenunterschiede; Signifikante Reduktion der Abhängigkeits-symptome in den Feedbackgruppen
McNally et al. (2005)	73 Erstsemester mit Binge-Drinking (≥ 5 bzw. ≥ 4 Getränke/Gelegenheit für Männer bzw. Frauen, mind. 1x innerhalb der letzten 4 Wochen) Setting: Universität	(a) AMI: 30min BASIC ($n = k. A.$) ³ (b) Kontrollgruppe: 30min lesen unspezifischer Literatur ($n = k. A.$)	Follow-up nach 6 Wochen: Signifikant größere Reduktion problematischen Alkoholkonsums in der AMI-Gruppe Signifikant größere Zunahme wahrgenommener Diskrepanzen zwischen Status quo und Ideal in der MI-Gruppe
Murphy et al. (2001)	84 Studenten, die bzgl. Anzahl alkoholischer Getränke/Woche und Konsequenzen des Konsums zu den oberen 33% einer Screening-stichprobe gehörten Setting: Universität	(a) AMI: 50min BASIC ($n = 30$) (b) 30min Video-Psychoedukation ($n = 29$) (c) Kontrollgruppe ($n = 25$)	Follow-up nach 3 und 9 Monaten: Keine signifikanten Gruppenunterschiede insgesamt, aber Vieltrinker der Gruppe a) zeigen größere Konsumreduktion und weniger Binge-Drinking Episoden als Vieltrinker der Gruppe b) und c)
Walters et al. (2009)	279 Studenten (≥ 18 LJ) mit Binge-Drinking (≥ 5 bzw. ≥ 4 Getränke/Gelegenheit für Männer bzw. Frauen, mind. 1x innerhalb der letzten 14 Tage) Setting: Private Universität	(a) Feedback ($n = 67$) (b) AMI (Konsum und Konsequenzen, Ambivalenz, Readiness-Ruler, mögliche Veränderungen, ggf. Change Plan) ($n = 70$) (c) AMI (s.o.) + Feedback ($n = 73$) (d) Kontrollgruppe: Assessment only ($n = 69$)	Follow-up nach 6 Monaten: AMI + Feedback ist bzgl. Konsumreduktion effektiver als Kontrollgruppe ($d = 0.54$), AMI ohne Feedback ($d = 0.63$), Feedback ($d = 0.48$). Keine signifikanter Unterschied zwischen Gruppe c) und d) oder Gruppe a) und d)

Anmerkung. ¹Adaptions of Motivational Interviewing; ²Motivational Enhancement Therapy; ³Keine Angaben

Zusammenfassende Bewertung und Problemlage

Die verschiedenen Meta-Analysen und Reviews repräsentieren ein zunehmendes Interesse an der Überprüfung der Wirksamkeit des von Miller und Rollnick (1991, 2002) entwickelten MIs (vgl. z. B. Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Vasilaki et al., 2006). Die zunehmende Erweiterung der Anwendungsbereiche und die Entwicklung zahlreicher AMIs geht jedoch häufig mit einer vagen Beschreibung der Behandlungsprogramme, einem Mangel an reliablen Instrumenten und einem äußerst geringen Interesse an der (Prozess-)Evaluation von Trainingsmaßnahmen einher (Demmel, 2003). Die vorliegenden Ergebnisse lassen daher vermuten, dass die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Anwendung der von Miller und Rollnick (1991, 2002) entwickelten Behandlungstechniken durch ein manualisiertes Vorgehen und die Identifikation zentraler Wirkmechanismen deutlich erhöht werden kann (Rollnick et al., 1992; Demmel, 2003). Verschiedene Behandlungsformate, wie zum Beispiel DCU, MET oder BASICS zeichnen sich durch standardisierte Behandlungsrationale aus, die in umfangreichen Manualen beschrieben werden (Miller et al., 1992/1999; Dimeff et al., 1999). Die Durchführung entsprechender Interventionen erfordert jedoch neben der detaillierten Kenntnis der Manuale ein hohes Maß an Flexibilität des Therapeuten, da eine fortlaufende Anpassung an die Behandlungsmotivation und Veränderungsbereitschaft des Patienten vorgenommen werden muss.

Im Hinblick auf die Optimierung des Behandlungserfolges muss ergänzend berücksichtigt werden, dass die Entwicklung zahlreicher AMIs keinen Schluss über die zentralen Wirkmechanismen von MI oder AMIs zulässt. Häufig werden verschiedenste Behandlungsbausteine miteinander kombiniert und auf die Überprüfung der internen Validität verzichtet. Wir wissen daher aktuell nicht, ob MI, Feedback, oder gerade die Kombination beider Interventionen die berichteten Wirksamkeitsnachweise erzielen. Ein möglicher Ansatzpunkt zur Identifikation der zentralen Wirkmechanismen sollte daher die Überprüfung der Effektivität einzelner Behandlungsbausteine unter strenger Kontrolle der Manualtreue sein (Burke et al., 2002; Demmel, 2005). Ergänzend sollten Maßnahmen zur Überprüfung der Behandlungsintegrität, wie zum Beispiel begleitende Supervision, Tonbandaufzeichnungen und Kodierungen des Therapeutenverhaltens etabliert werden.

Ziele der vorliegenden Studie

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster und der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie wurden in einer ersten deutschen Studie einzelne Behandlungsbausteine motivationaler Kurzinterventionen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Die standardisierten Interventionen wurden präzise in einem detaillierten Interventionsleitfaden beschrieben und entsprachen den von Miller und Rollnick (1991, 2002) formulierten Behandlungsprinzipien. Versuchsleiter wurden vor Projektbeginn umfangreich geschult und in Rollenspielen mit Interventionsablauf und Handhabung des manualisierten Gesprächsleitfadens vertraut gemacht. Zur Überprüfung der Behandlungsintegrität wurden Audioaufzeichnungen angefertigt, die in regelmäßigen Supervisionssitzungen ausgewertet wurden.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Studie lag im Hinblick auf die Optimierung des Behandlungserfolges auf der Identifikation zentraler Wirkmechanismen und der strengen Kontrolle der Manualtreue. Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie wurden daher isolierte und additive Effekte der Behandlungsbausteine »Feedback« und »MI« auf den Alkoholkonsum überprüft. Das Angebot der sogenannten »Nüchternen Bestandsaufnahme« richtete sich an Personen mit riskantem Alkoholkonsum im Alter von 18 bis 60 Jahren.

Im Einzelnen sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- (1) Welchen Effekt haben die isolierten Interventionen »Feedback only« und »MI« im Vergleich zu einer Kontrollgruppe auf den Alkoholkonsum?
- (2) Welchen Effekt hat die kombinierte Intervention »MI plus Feedback« im Vergleich zu einer Kontrollgruppe auf den Alkoholkonsum?
- (3) Ist die kombinierte Intervention »MI plus Feedback« effektiver als die isolierten Behandlungsbausteine?
- (4) Reduzieren sich Konsequenzen des Konsums aufgrund einer der Interventionen?
- (5) Verändert sich die individuelle Einschätzung der Wichtigkeit einer Verhaltensänderung aufgrund einer der Interventionen?
- (6) Verändert sich die individuelle Einschätzung der Zuversicht hinsichtlich einer Verhaltensänderung aufgrund einer der Interventionen?

Die Manualtreue wurde ergänzend von zwei unabhängigen Ratern durch Überprüfung der Audioaufzeichnungen aller Interventionen kontrolliert.

Methode

Stichprobe

Gesamtstichprobe

Berücksichtigt man alle Teilnehmer, die an dem telefonischen Screening der »Nüchternen Bestandsaufnahme« teilgenommen haben, bilden 365 Interessenten die Gesamtstichprobe des Projektes. Um jedoch eine geeignete Stichprobe für die statistischen Datenanalysen zu gewinnen, wurden verschiedene Ausschlusskriterien angewendet (Tabelle 5).

Tabelle 5

Gesamtstichprobe: Ausschlusskriterien und Anzahl der ausgeschlossenen Teilnehmer

		Gesamtstichprobe <i>n</i> = 365	
	Ausschlusskriterien	Ausgeschlossene	Verbleibende
Screening			
	Kein Interesse	<i>n</i> = 96	<i>n</i> = 269
	Alter ¹	<i>n</i> = 2	<i>n</i> = 267
	Vorbehandlung Sucht ²	<i>n</i> = 2	<i>n</i> = 265
	Vorbehandlung Komorbidität ³	<i>n</i> = 36	<i>n</i> = 229
	Negativer QFI ⁴	<i>n</i> = 131	<i>n</i> = 98
		Gesamt: <i>n</i> = 98	

Anmerkung. ¹Es konnten nur Interessenten im Alter von 18 bis 60 Jahre an der Nüchternen Bestandsaufnahme teilnehmen. ²Alle Teilnehmer, die eine psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlung im Zusammenhang mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten in Anspruch genommen hatten, wurden ausgeschlossen. ³Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Vorbehandlungen wegen komorbider Störungen führten ebenfalls zum Ausschluss. ⁴Quantity-Frequency-Index, der sich auf den täglichen Konsum in Gramm Reinalkohol bezieht. Grenzwerte liegen bei 20g Reinalkohol/Tag für Frauen und 30g Reinalkohol/Tag für Männer.

Die verbleibenden 98 Teilnehmer wurden randomisiert einer der folgenden vier Versuchsbedingungen zugewiesen: Feedback only (*n* = 24), MI (*n* = 24), MI plus Feedback (*n* = 26), Assessment-Kontrollgruppe (*n* = 24).

Die Teilnehmer, die an beiden Interventionen teilnahmen, erhielten Feedback und MI in ausbalancierter Reihenfolge, um mögliche Reihenfolgeeffekte auszuschließen.

Drop-outs

Insgesamt wurden acht Teilnehmer aus der Studie ausgeschlossen, da sie einen oder beide Follow-up-Termine der »Nüchternen Bestandsaufnahme« nicht einhalten konnten (Abbildung 4).

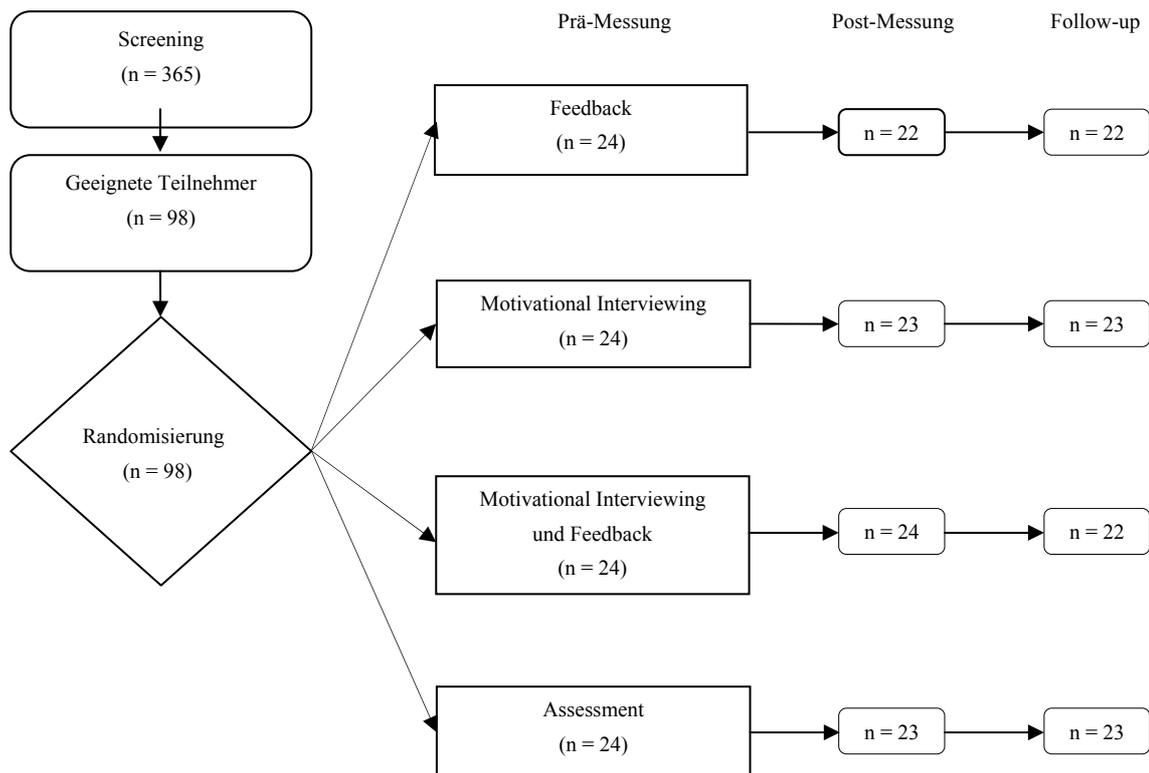


Abbildung 4. Gesamtstichprobe und Drop-outs

Stichprobenbeschreibung

Die Gruppen unterschieden sich in ihren Ausgangsdaten weder hinsichtlich der soziodemographischen Variablen (Tabelle 6 & 7) noch bezüglich des Alkoholkonsums oder der Konsequenzen des Konsums signifikant voneinander (Tabelle 8). Die darüber hinaus erfassten Alkoholkennwerte, die zu allen drei Terminen erhoben wurden, wiesen in ihren Ausgangsdaten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede auf (Tabelle 9). Auch die Anzahl der positiven Screenings des Gesundheitsfragebogens für Patienten (Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede (Tabelle 10).

Tabelle 6

Gesamtstichprobe: Alter, Größe, Gewicht, Geschlecht, Familienstand, Paarbeziehung, Schulabschluss

	Feedback		MI ¹		Feedback + MI		Kontrollgruppe		F(df _z ,df _i) ²	p
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
Alter	24.45	(9.17)	25.00	(6.45)	24.86	(6.60)	25.83	(9.60)	0.12(3,86)	.95
Größe, cm	175.36	(9.76)	175.89	(8.21)	172.55	(8.96)	174.39	(6.62)	0.68(3,86)	.57
Gewicht, kg	72.91	(14.35)	74.83	(14.38)	70.00	(19.85)	68.39	(12.88)	0.79(3,86)	.51
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	χ^2 (df)	<i>p</i>
Geschlecht									2.90(3)	.41
Frauen	13	(59.1)	11	(47.8)	15	(68.2)	16	(69.6)		
Familienstand									3.71(6)	.72
ledig	20	(90.9)	22	(95.7)	21	(95.5)	20	(87)		
verheiratet ³	2	(9.1)	1	(4.3)	1	(4.5)	2	(8.7)		
geschieden	--	--	--	--	--	--	1	(4.3)		
Paarbeziehung									7.28(6)	.30
allein stehend	12	(54.5)	11	(47.8)	9	(40.9)	13	(56.5)		
kurze Beziehung ⁴	--	--	--	--	3	(13.6)	1	(4.3)		
feste Beziehung ⁵	10	(45.5)	12	(52.2)	10	(45.5)	9	(39.1)		
Schulabschluss									9.96(9)	.35
Hauptschule	--	--	--	--	--	--	1	(4.3)		
Mittlere Reife	1	(4.5)	1	(4.3)	--	--	3	(13.0)		
(Fach-)Abitur	21	(95.5)	22	(95.7)	21	(95.5)	19	(82.6)		
Polytechnische	--	--	--	--	1	(4.5)	--	--		
Oberschule										

Anmerkung. ¹Motivational Interviewing; ²df zwischen bzw. innerhalb der Gruppen; ³Verheiratet, zusammen lebend; ⁴Kurzweilige Beziehung(en), d.h. länger als ein Monat

⁵Die Beziehung dauert länger als ein halbes Jahr an.

Tabelle 7

Gesamtstichprobe: Hochschulabschluss, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Staatsangehörigkeit und Muttersprache

	Feedback		MI ¹		Feedback + MI		Kontrollgruppe		χ^2 (df)	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Hochschulabschluss									0.49(3)	1.00
Nein	19	(86.4)	21	(91.3)	20	(90.9)	20	(87.0)		
Berufsausbildung									2.35(6)	.86
keine	13	(59.1)	14	(60.9)	14	(63.6)	14	(60.9)		
abgebrochen	1	(4.5)	--	--	1	(4.5)	--	--		
abgeschlossen	8	(36.4)	9	(39.1)	7	(31.8)	9	(39.1)		
Erwerbstätigkeit									13.01(15)	.60
Angestellte(r)	3	(13.6)	4	(17.4)	--	--	3	(13.0)		
Beamte(r)	--	--	--	--	--	--	--	--		
Arbeiter(in)	--	--	--	--	1	(4.5)	1	(4.3)		
Selbständige(r)	--	--	1	(4.3)	--	--	1	(4.3)		
Arbeitslose(r)	--	--	1	(4.3)	--	--	1	(4.3)		
Student(in)	19	(86.4)	17	(73.9)	20	(90.9)	17	(73.9)		
Hausfrau/-mann	--	--	--	--	1	(4.5)	--	--		
Staatsangehörigkeit									3.13(3)	.37
deutsch	21	(95.5)	23	(100)	22	(100)	23	(100)		
andere	1	(4.5)	--	--	--	--	--	--		
Muttersprache									5.22(6)	.52
deutsch	21	(95.5)	22	(95.7)	20	(90.9)	23	(100)		
andere	--	--	--	--	1	(4.5)	--	--		
bilingual	1	(4.5)	--	--	1	(4.5)	--	--		

Anmerkung. ¹Motivational Interviewing

Tabelle 8

Gesamtstichprobe: Alkoholkonsum und Konsequenzen des Konsums

	Feedback		MI ¹		Feedback + MI		Kontrollgruppe		F(df)	p
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
AUDIT ²	11.1	(4.4)	9.5	(4.7)	12.4	(7.4)	12.5	(6.7)	1.20(3)	.32
DrInC ³	17.1	(7.0)	16.1	(6.3)	17.9	(9.7)	17.8	(6.6)	0.27(3)	.85

Anmerkung. ¹Motivational Interviewing, ²Alcohol Use Disorder Identification Test; ³Drinker's Inventory of Consequences.

Tabelle 9

Gesamtstichprobe: Alkoholkennwerte und MI-spezifische Variablen

	Feedback		MI ¹		Feedback + MI		Kontrollgruppe		F(df)	p
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
QFI ²	39.0	(35.7)	26.2	(18.3)	35.9	(36.7)	39.5	(33.0)	0.87 (3)	.46
TLFB ³	26.2	(17.9)	21.0	(9.8)	28.5	(27.9)	30.3	(27.4)	0.76(3)	.52
AUDIT-4 ⁴	10.3	(4.0)	8.7	(4.1)	11.6	(6.8)	11.7	(6.2)	1.53(3)	.21
DrInC-4 ⁵	6.1	(4.6)	3.6	(3.2)	6.5	(6.5)	6.0	(4.4)	1.75(3)	.16
Importance ⁶	4.2	(3.0)	3.4	(3.0)	4.2	(3.0)	3.6	(3.2)	0.44(3)	.73
Confidence ⁶	7.0	(2.4)	7.9	(2.1)	8.0	(2.2)	7.3	(2.5)	0.89(3)	.46

Anmerkung. ¹Motivational Interviewing, ²Quantity-Frequency-Index; ³Timeline-Followback Interview; ⁴Alcohol Use Disorder Identification Test, 4-Wochen-Version; ⁵Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version; ⁶Importance und Confidence Ruler ergeben zusammen den sogenannten Readiness Ruler mit einem Range von 0 bis 10.

Tabelle 10

Gesamtstichprobe: Screening psychischer Störungen durch den Gesundheitsfragebogen für Patienten¹

	Feedback		MI ²		Feedback + MI		Kontrollgruppe		χ^2 (df)	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Somatoformes Syndrom	3	(13.6)	4	(17.4)	3	(13.6)	2	(8.7)	0.76(3)	.86
Major Depression	1	(4.5)			1	(4.5)			2.14(3)	.54
Depressive Symptome			3	(13.0)			1	(4.3)	6.05(3)	.11
Paniksyndrom			1	(4.3)	1	(4.5)			2.05(3)	.56
Andere Angstsymptome					1	(4.5)			3.13(3)	.37
Binge Eating	1	(4.5)			2	(9.1)			3.95(3)	.27
Alkoholsyndrom	11	(50.0)	9	(39.1)	13	(59.1)	14	(60.9)	2.19(3)	.53

Anmerkung . ¹Angegeben wird die Anzahl positivee Screenings in dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (*Patient Health Questionnaire*, deutsche Version PHQ-D).

²Motivational Interviewing

In dem folgenden Abschnitt wird zunächst das *Procedere* der »Nüchternen Bestandsaufnahme« in chronologischer Reihenfolge beschrieben, bevor in einem nächsten Abschnitt detailliert auf die eingesetzten Instrumente eingegangen wird.

Procedere

Versuchleiterschulung

Die »Nüchternen Bestandsaufnahme« wurde von insgesamt vier Diplom-Psychologinnen durchgeführt, die sich alle in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin befanden.

Alle Versuchsleiterinnen nahmen vor Projektbeginn an einer umfangreichen MI-Schulung teil. Diese bestand aus einem eintägigen Trainings-Workshop bei einem Mitglied des offiziellen Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT), ergänzendem Literaturstudium (Demmel, 2005; Miller & Rollnick, 2002), einer Lehr-DVD (Demmel & Peltenburg, 2006), sowie praktischen Methodentrainings zur Anwendung des manualisierten Gesprächsleitfadens und der einzelnen Interventionen. Während der gesamten Projektphase fand darüber hinaus eine fortlaufende und verpflichtende vierzehntägige Gruppensupervision bei einem Mitglied und Ausbilder des MINT statt. Alle Materialien der Versuchsleiterschulung können Anhang A entnommen werden.

Rekrutierung

Das Projekt wurde in verschiedenen Print- und Onlinemedien beworben, um einen möglichst großen Bekanntheitsgrad zu erzielen. Hierbei wurden neben Radiobeiträgen und Aushängen Kleinanzeigen und Pressemitteilungen aufgegeben. Hausärzte, Internisten, Apotheken und Beratungsstellen wurden telefonisch über das Angebot informiert und erhielten bei Interesse schriftliche Informationen und Flyer für Interessierte. Ergänzend wurde in verschiedenen Gruppen sozialer Netzwerke (MeinVZ, StudiVZ, Facebook) online auf das Angebot aufmerksam gemacht (Anhang B). Um sicherzustellen, dass die Teilnehmer³ zu allen Terminen erscheinen konnten, wurde das

³ Auf die Nennung beider Geschlechtsformen wird aus ökonomischen Gründen verzichtet.

Projekt ausschließlich in Münster und dem angrenzenden Münsterland beworben. Die Rekrutierung und Datenerhebung fand in der Zeit von Juni 2008 bis Juni 2009 statt.

Screening und Randomisierung

An der »Nüchternen Bestandsaufnahme« Interessierte konnten an einem telefonischen Screening teilnehmen, welches mit Hilfe eines standardisierten Screeningbogens durch geschulte Projektmitarbeiter durchgeführt wurde.

Zu Beginn des Gespräches wurde zunächst über Ablauf und Ziele der Studie informiert, bevor die mündliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an dem sich anschließenden Screening eingeholt wurde. Teilnehmer, die bereits eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung bezüglich suchtspezifischer Probleme oder anderer psychischer Störungen wahrgenommen hatten, wurden ebenso aus dem Projekt ausgeschlossen wie Teilnehmer mit unauffälligem Alkoholkonsum. Erfüllten die Teilnehmer jedoch die Kriterien riskanten Alkoholkonsums (20 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen bzw. 30 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer) und waren darüber hinaus zwischen 18 und 60 Jahre alt, wurden sie bei Interesse zu drei persönlichen Terminen eingeladen. Alle Teilnehmer wurden hierbei randomisiert einer der vier Versuchsbedingungen zugewiesen:

Tabelle 11

Übersicht Experimentalgruppen

Gruppe	Intervention	Abkürzung
Experimentalgruppe 1	Feedback	F
Experimentalgruppe 2	Motivational Interviewing	MI
Experimentalgruppe 3a	Motivational Interviewing + Feedback	F + MI
Experimentalgruppe 3b	Feedback + Motivational Interviewing	
Experimentalgruppe 4	Kontrollgruppe (Assessment only)	K

Die Randomisierung der Teilnehmer erfolgte für das gesamte Projekt vor der Durchführung der Telefonscreenings, damit die Zuweisung zu einzelnen Experimentalgruppen nicht durch Projektmitarbeiter oder Screening-Ergebnisse beeinflusst werden konnte. Die Projektleitung definierte hierzu in einem ersten Schritt fortlaufende Chiffren für alle Teilnehmer (23001, 23002, 23003 usw.), bevor in einem zweiten Schritt »blind« Zettel gezogen wurden, um eine zufällige Zuweisung der

Chiffren zu den Experimentalbedingungen vorzunehmen. Die sogenannte »Randomisierte Liste« erhielt der für die Screenings zuständige Mitarbeiter, so dass er jeweils wusste, welcher Gruppe der nächste geeignete und interessierte Teilnehmer zugewiesen werden musste. Bezüglich der Zuweisung zu einzelnen Versuchsleitern wurde in Abhängigkeit von den Terminmöglichkeiten der Teilnehmer und Mitarbeiter auf eine ausbalancierte Verteilung geachtet.

Fragebogen und Interview

Zu Beginn des ersten persönlichen Termins erhielten alle Teilnehmer eine schriftliche Projektinformation sowie ein Formular zur Erteilung einer Einverständniserklärung für Tonbandaufnahmen und Studienteilnahme (Anhang E). Die schriftlichen Informationen wurden zur Mitnahme ausgehändigt, da sie neben Informationen zur »Nüchternen Bestandsaufnahme« auch Kontaktdaten der Studienleitung enthielt.

Im Anschluss füllten die Teilnehmer ein Fragebogenpaket aus (Anhang E), bevor sie im Timeline-Followback Interview (TLFB, Sobell & Sobell, 1992, 2000) detaillierte zu ihrem Alkoholkonsum der letzten 28 Tage befragt wurden (Anhang F).

Interventionen

Alle Interventionen wurden manualisiert durchgeführt (Anhang D) und mit Einverständnis der Teilnehmer auf Tonträgern aufgenommen. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe nahmen, wie alle Teilnehmer, am TLFB-Interview teil, füllten Fragebögen aus und erhielten die gleichen Informationsbroschüren. Nach Beendigung des ersten Follow-ups nahmen sie auf Empfehlung der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) an beiden Interventionen (Feedback plus MI) teil, da sie als Risikokonsumenten nicht unnötig lange auf eine Intervention warten sollten. Die ursprüngliche Projektplanung sah eine Teilnahme an beiden Interventionen nach Abschluss des zweiten Follow-up-Termins vor.

Feedback

Die Teilnehmer, die an der Intervention »Feedback« teilnahmen, erhielten eine unmittelbare, sachliche und wertungsfreie Rückmeldung zu ihrem AUDIT-Wert sowie der durchschnittlich konsumierten Trinkmenge in Gramm Reinalkohol pro Tag (erfasst

durch den sogenannten Quantity-Frequency-Index - QFI). Damit die rückgemeldeten Werte besser eingeordnet werden konnten, wurden den Teilnehmern kritische Cut-off-Werte genannt und ein sogenanntes Percentilfeedback gegeben, welches den alters- und geschlechtsspezifischen Vergleich zu einer Referenzgruppe ermöglichte. Der Versuchsleiter ging hierbei nonkonfrontativ und MI-b vor.

Motivational Interviewing

Die Intervention »Motivational Interviewing« bestand in der manualisierten Durchführung des sogenannten »Value Card Sort« (VCS; Miller et al., 2001), der für den deutschsprachigen Raum adaptiert wurde. Ziel des VCS ist die Erzeugung von Diskrepanzen zwischen eigenen Werten und Zielvorstellungen einerseits und dem aktuell gezeigten Problemverhalten (hier: riskanter Alkoholkonsum) andererseits.

Die Teilnehmer erhielten ein Kartenset aus insgesamt 57 Karten, die jeweils ein Item der deutschsprachigen Version des Schwartz Value Surveys enthielten (Glöckner-Rist, 2009). In einem ersten Schritt wurde der jeweilige Teilnehmer durch den Versuchsleiter dazu angeleitet, zehn Karten mit persönlich wichtigen Werten auszuwählen, bevor im Anschluss aus diesen zehn Karten diejenigen ausgewählt werden mussten, die nach Meinung des Teilnehmers in irgendeinem Zusammenhang zum Thema »Alkohol« standen. Der Versuchsleiter übernahm bei der Auswahl der Karten und Zusammenhänge keine beratende oder kommentierende Funktion.

Die nicht gewählten Karten wurden zur Seite gelegt, bevor in einem nächsten Schritt die übrig gebliebenen Karten daraufhin überprüft wurden, welche persönlichen Werte nicht zu dem eigenen Trinkverhalten passten. Der Versuchsleiter reagierte auf die Äußerungen des Teilnehmers mit *reflective listening*, um Change Talk zu initiieren und zu fördern. Abschließend fasste er mit Einverständnis des Teilnehmers noch einmal alle Werte, die nicht zum Trinkverhalten des Teilnehmers passten sowie die zugehörigen Überlegungen zusammen.

Informationsmaterial

Am Ende des ersten persönlichen Termins erhielten alle Teilnehmer verschiedene themenspezifische Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ergänzt wurden diese Broschüren durch ein Informationspapier, welches neben

alkoholspezifischen Informationen Kontaktdaten verschiedener Beratungsstellen und Behandlungseinrichtungen im Münsterland enthielt (Anhang H).

Die Teilnehmer wurden noch einmal mündlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Verlosung informiert und konnten bei Interesse ein Teilnehmerlos ausfüllen. Zum Abschluss erhielten die Teilnehmer einen Terminzettel, der über den nächsten vereinbarten Termin, Treffpunkt und Kontaktdaten der Studienkoordinatorin informierte.

Follow up

Alle Teilnehmer nahmen 28 und 56 Tage (jeweils +/-7 Tage) nach dem ersten persönlichen Termin an einer Follow-up-Untersuchung teil. Hierbei wurde eine gekürzte Version des Fragebogenpaketes ausgefüllt (Tabelle 12) und erneut der Alkoholkonsum der jeweils letzten 28 Tage (+/-7 Tage) mit Hilfe des TLFB-Interviews exploriert.

I n s t r u m e n t e

Alle Teilnehmer nahmen, wie bereits beschrieben, zunächst an einem standardisierten Telefonscreening teil, bevor sie während der drei persönlichen Termine ein Fragebogenpaket ausfüllten und am TLFB-Interview teilnahmen.

Screeningbogen

Der standardisierte Screeningbogen sah vor, dass interessierte Teilnehmer zunächst durch den Projektmitarbeiter über das inhaltliche Angebot und den organisatorischen Ablauf der »Nüchternen Bestandsaufnahme« informiert wurden. Im Anschluss wurde erfragt, ob weiterhin Interesse bestehe und der Anrufer bereit sei, einige Fragen zu möglichen Vorbehandlungen sowie dem eigenen Alkoholkonsum zu beantworten. Bei vorliegendem Einverständnis wurden Alter, mögliche Vorbehandlungen im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten, Alkohol oder illegalen Drogen sowie Vorbehandlungen bezüglich anderer psychischer Probleme erfragt. Hierbei wurden sowohl ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen als auch Aufenthalte in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken erfasst. War der Interessent zwischen 18 und 60 Jahren und hatte bisher noch

keine Vorbehandlungen in Anspruch genommen, wurden im Anschluss Fragen zum Alkoholkonsum gestellt. Hierbei wurde zunächst die Anzahl der Trinktage innerhalb der letzten 28 Tage exploriert, bevor der Teilnehmer Angaben zu Trinkmengen eines typischen Trinktages machen musste. Hierbei wurden Bier, Wein, Sekt und Spirituosen in den für Deutschland üblichen Trinkmengen erfasst (0,2, 0,33 oder 0,5 Liter Bier, 0,2 Liter Wein oder Sekt, 0,02 Liter Spirituosen). Unmittelbar während des Screenings wurde durch den Versuchsleiter der QFI errechnet. Dieser gibt Auskunft über die täglich konsumierte Menge Reinalkohol.

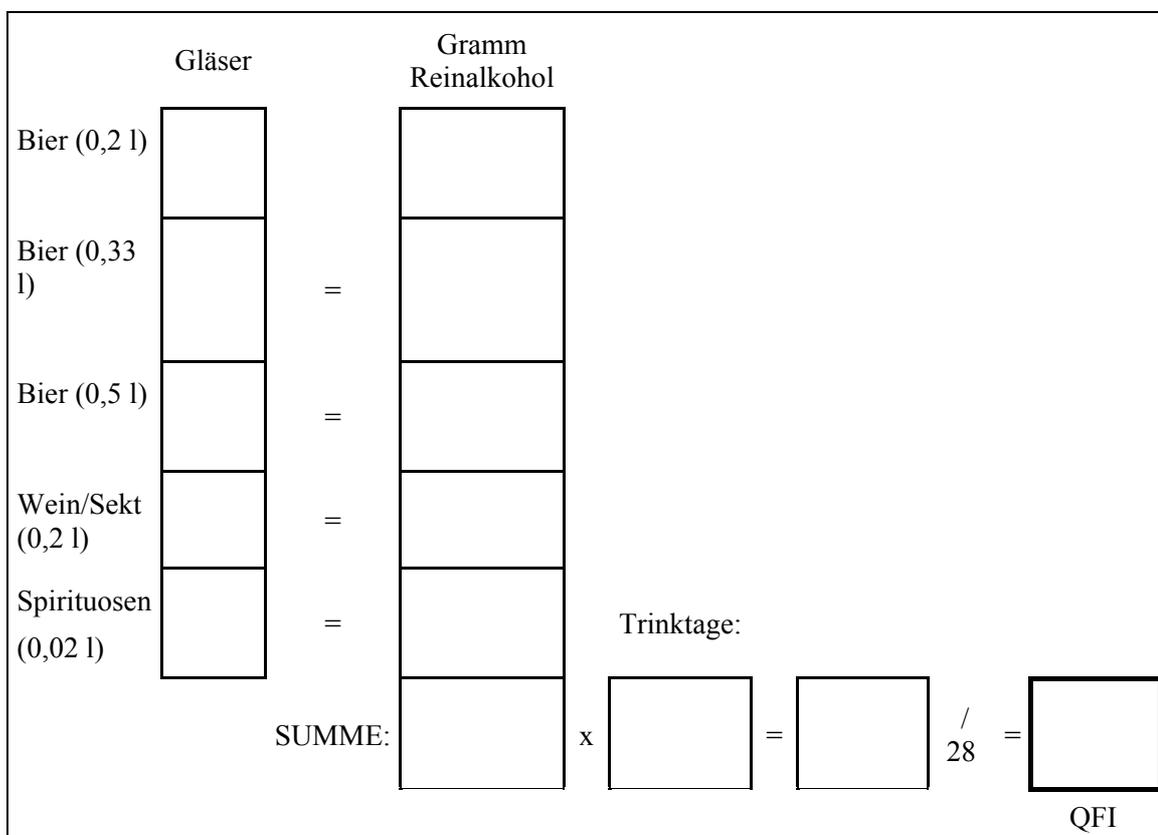


Abbildung 5. Quantity-Frequency-Index

Lag der errechnete QFI über den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagenen Grenzwerten von 20 Gramm Reinalkohol pro Tag für Frauen und 30 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer, wurden die Interessenten aufgrund des riskanten Alkoholkonsums weiterhin in das Angebot der »Nüchternen Bestandsaufnahme« eingeschlossen.

Die alkoholspezifischen Fragen wurden um die Einschätzung der Wichtigkeit und Zuversicht hinsichtlich einer Veränderung des eigenen Alkoholkonsums ergänzt (*importance* und *confidence ruler*). Hierbei konnten die Teilnehmer auf einer elfstufigen Likert-Skala Werte von 0 (unwichtig bzw. überhaupt nicht zuversichtlich) bis 10 (sehr wichtig bzw. absolut zuversichtlich) angeben (Abbildung 1).

Bestand abschließend Interesse zur Teilnahme an der »Nüchternen Bestandsaufnahme« wurden drei persönliche Termine im Abstand von jeweils 28 Tagen (+/- 7 Tagen) vereinbart und Name und Telefonnummer erfasst. Gab der Teilnehmer ebenfalls seine Anschrift an, erhielt er im Anschluss an das Screening eine schriftliche Anfahrtsbeschreibung sowie eine Übersicht über alle vereinbarten Termine.

Fragebogen

Der Fragebogen wurde jeweils zu Beginn der einzelnen persönlichen Termine ausgehändigt und im Beisein des Versuchsleiters ausgefüllt. Eine Übersicht über die eingesetzten Instrumente gibt Tabelle 12. Alle Fragebögen können Anhang E entnommen werden.

Tabelle 12

Eingesetzte Instrumente

Screeningfragebogen	Fragebogenpaket	Follow-up-Fragebogen
Ein- und Ausschlusskriterien		
QFI ¹		
<i>Readiness-Ruler</i> ²		
	Soziodemographische Daten	--
	AUDIT-4 ³	AUDIT-4
	QFI	QFI
	DrInC-4 ⁴	DrInC-4
	DrInC ⁵	--
	CAEQ-B ⁶	CAEQ-B
	<i>Readiness-Ruler</i>	<i>Readiness-Ruler</i>
	AUDIT ⁷	--
	PHQ-D ⁸	--

Anmerkung . ¹Quantity-Frequency-Index; ²Der *Readiness-Ruler* setzt sich aus den beiden Items *Importance* und *Confidence* zusammen. ³Alcohol Use Disorder Identification Test, 4-Wochen-Version; ⁴Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version; ⁵Drinker's Inventory of Consequences; ⁶Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire-Brief; ⁷Alcohol Use Disorder Identification Test; ⁸Gesundheitsfragebogen für Patienten beziehungsweise Patient Health Questionnaire-Deutsche Version

Soziodemographische Daten

Die Teilnehmer wurden in einer ersten Fragebogensektion gebeten, verschiedene soziodemographische Daten anzugeben. Hierbei wurden entsprechend der Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2001) Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Muttersprache, Schulabschluss, Hochschulabschluss, Ausbildung und Status der Erwerbstätigkeit erfasst.

Alcohol Use Disorder Identification Test

Die münsteraner Version des deutschsprachigen Alcohol Use Disorder Identification Tests (AUDIT; Rist, Scheuren, Demmel, Hagen & Aulhorn, 2003) wurde in das Fragebogenpaket des ersten Studientermins aufgenommen, da Daepfen, Yersin, Landry, Pecooud und Decrey (2000) zeigen konnten, dass der Test genauso valide eingesetzt werden kann, wenn er in ein umfangreiches Fragebogenpaket integriert wird (Daepfen, Yersin, Landry, Pecooud & Decrey, 2000).

Der Fragebogen besteht ebenso wie das ursprünglich von der WHO entwickelte Screeninginstrument (Babor, de la Fuente, Saunders & Grant, 1992) aus zehn Fragen, die sich auf den Alkoholkonsum der letzten zwölf Monate beziehen. Hierbei werden sowohl Menge und Häufigkeit des Konsums als auch Symptome und Konsequenzen eines missbräuchlichen oder abhängigen Konsummusters erfasst.

Der Test wird durch die Bildung eines Gesamtscores ausgewertet, wobei die ersten acht Fragen mit null bis vier Punkten, die letzten beiden Fragen mit null, zwei oder vier Punkten bewertet werden. Da verschiedene Studien niedrigere als von der WHO vorgeschlagene Cut-off-Werte empfehlen (Allen, Litten, Fertig & Babor, 1997) wurden in der »Nüchternen Bestandsaufnahme« die von Rist et al. (2003) vorgeschlagenen Cut-off-Werte von sieben Punkten für Männer und vier Punkten für Frauen verwendet.

Ergänzend zu der Originalversion des Fragebogens, die sich bei der Beantwortung der Fragen auf die letzten zwölf Monate bezieht, wurde ein AUDIT in das Fragebogenpaket aufgenommen, der die letzten vier Wochen vor der Befragung erfasste (AUDIT-4). Hierbei wurde lediglich das Zeitfenster, nicht aber die Formulierung der Items verändert.

Quantity-Frequency-Index

Der Alkoholkonsum der Teilnehmer wurde neben anderen Erhebungsmethoden durch den sogenannten Quantity-Frequency-Index (QFI) erfasst. Dieser erfragt, wie bereits im Screeningbogen beschrieben, die Anzahl der Trinktage während der letzten 28 Tage sowie die Trinkmenge eines typischen Trinktages während dieses Zeitraumes. Hierbei wurden Bier, Wein, Sekt und Spirituosen in den für Deutschland üblichen Trinkmengen erfasst (0.2l, 0.33l oder 0.5l Bier, 0.2l Wein oder Sekt, 0.02l Spirituosen). Die Angaben der Teilnehmer wurden entsprechend der von Bühringer et al. (2002) publizierten Richtlinien in konsumierte Gramm Reinalkohol pro Tag umgerechnet (Abbildung 6)

Durchschnittlicher Alkoholgehalt alkoholischer Getränkearten:	
Bier	4.8 Vol.-%
Wein/Sekt	11.0 Vol.-%
Spirituosen	33.0 Vol.-%
Berechnungsformel:	
Alkoholgehalt in Gramm = Volumen in cm ³ x Alkoholgehalt in Vol.-% x 0.8g/cm ³	
Beispiele	
0.5 l Bier	= 500 cm ³ x 4.8/100 x 0.8g/cm ³ = ca. 19.2 g Alkohol
0.2 l Wein	= 200 cm ³ x 11/100 x 0.8g/cm ³ = ca. 17.6 g Alkohol
0.02 l Korn	= 20 cm ³ x 33/100 x 0.8g/cm ³ = ca. 5.28 g Alkohol

Abbildung 6. Alkoholgehalt verschiedener Getränke

Drinker's Inventory of Consequences

Der »Drinker's Inventory of Consequences« (DrInC) wurde im Rahmen des von dem National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) geförderten Projekts MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity) als Instrument zur Erfassung negativer Konsequenzen des missbräuchlichen und abhängigen Alkoholkonsums entwickelt (Miller, Tonigan, & Longabaugh, 1995).

Die Originalversion des Fragebogens beinhaltet neben fünf Kontrollfragen 45 Items, die den folgenden fünf Subskalen zugeordnet werden können: (1) Physische Konsequenzen, (2) Intrapersonale Konsequenzen, (3) Soziale Verpflichtungen, (4) Interpersonale Konsequenzen und (5) Konsequenzen der Impulskontrolle. Zwei verschiedene Fragebogenversionen erfassen negative Konsequenzen der letzten drei Monate sowie der gesamten Lebensspanne. Konsequenzen der letzten drei Monate werden hierbei durch eine vierstufige Likertskala (0 = nie bis 4 = täglich oder beinahe täglich), Konsequenzen der gesamten Lebensspanne durch ein binäres Antwortformat (Ja-/Nein-Antworten) erfasst. Beide Versionen weisen zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften auf (Miller et al., 1995).

Die deutschsprachige Version des DrInC verzichtet auf die fünf Kontrollitems der Originalversion und beinhaltet 46 Items, die zur Anpassung an die Kultur und das Rechtssystem sprachlich leicht modifiziert wurden. Alle Fragen können durch binäre Antwortkategorien (Ja/Nein) beantwortet werden und beziehen sich sowohl auf die gesamte Lebensspanne als auch auf die letzten sechs Monate. In einer ersten wissenschaftlichen Untersuchung zeigte sich eine schwer interpretierbare Zweifaktoren-Lösung mit den Subskalen »Destruktives Verhalten« und »Intrapersonale Konsequenzen«. Die psychometrischen Eigenschaften wurden für beide Fragebogenversionen als zufriedenstellend eingeschätzt (Laumeyer, 2002).

In das Fragebogenpaket der »Nüchternen Bestandsaufnahme« wurden beide Fragebogenversionen aufgenommen, wobei aufgrund der Follow-up-Zeiträume kurzfristige Konsequenzen der letzten vier Wochen und nicht des letzten halben Jahres erfasst wurden.

Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire

Der Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire (CAEQ) erfasst durch insgesamt 51 Items fünf verschiedene, faktorenanalytisch begründete Facetten positiver und negativer Alkoholwirkungserwartungen: (1) Erleichterung des Sozialkontakts, (2) Spannungsreduktion und Affektregulation, (3) Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit und des körperlichen Wohlbefindens, (4) Steigerung der Aggressivität, (5) Intensivierung des Sexualempfindens (Demmel & Hagen, 2003a, 2003b). Der Fragebogen zeichnet sich durch eine präzise Formulierung der Fragen sowie ein mehrstufiges Antwortformat aus und kann als valides und reliables

Messinstrument zur Erfassung von Alkoholwirkungserwartungen angesehen werden. Die in dieser Arbeit eingesetzte Kurzform des CAEQ (CAEQ-B) ist in gleicher Weise geeignet, Alkoholwirkungserwartungen für verschiedene Alters- und Konsumgruppen zu erfassen, da die Subskalen der Kurz- und Langform adäquate bis gute Reliabilitäten aufweisen (Nicolai, 2007).

Die Teilnehmer wurden gebeten, anhand einer fünfstufigen Skala einzuschätzen, ob Alkohol bei ihnen auf die jeweils beschriebene Art und Weise wirkt (1 = keinesfalls, 2 = wahrscheinlich nicht, 3 = vielleicht, 4 = ziemlich wahrscheinlich, 5 = ganz sicher).

Da die Auswertung des CAEQ-B in einer anderen Studie des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität erfolgte, wird die vorliegende Arbeit nicht weiter auf die Auswertung des Fragebogens eingehen.

Readiness Ruler

Anhand der beiden Items *importance* und *confidence* sollten die Teilnehmer auf elfstufigen Likert-Skalen einschätzen, wie wichtig ihnen eine Veränderung des eigenen Alkoholkonsums sei (*importance ruler*) und wie zuversichtlich sie seien, eine Veränderung realisieren zu können (*confidence ruler*). Beide Skalen umfassen Werte von 0 (unwichtig bzw. überhaupt nicht zuversichtlich) bis 10 (sehr wichtig bzw. absolut zuversichtlich) und werden zusammengefasst als *readiness ruler* bezeichnet (adaptiert von Miller & Rollnick, 2002; siehe auch Demmel, 2005).

Gesundheitsfragebogen für Patienten

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) wurde als Screeninginstrument zur Diagnostik und Erkennung der häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin entwickelt (Löwe et al., 2002). Die Komplettversion des Fragebogens umfasst Fragen zur Diagnostik somatoformer Störungen, depressiver Störungen, Angststörungen, Essstörungen und missbräuchlichen Alkoholkonsums. Ergänzend werden Fragen zu Stressoren und psychosozialer Funktionsfähigkeit gestellt und Frauen zu Menstruation, Schwangerschaft und Geburt befragt. Das Antwortformat variiert je nach Störungsbereich von binären Ja-/Nein-Angaben bis hin zu Häufigkeitsangaben, die das Ausmaß der Beeinträchtigung erfragen (überhaupt nicht, an einzelnen Tagen, an mehr als der Hälfte der Tage, beinahe jeden Tag). Die kategoriale Auswertung erfolgt gemäß der Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; Saß, Wittchen & Zaudig, 2003).

Erste deutsche Validierungsstudien konnten gute Übereinstimmungen zwischen dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV und dem PHQ-D zeigen, so dass die Testautoren von einer guten Validität des Fragebogens ausgehen (Löwe et al., 2002).

Follow-up-Fragebogen

Der Follow-up-Fragebogen setzte sich aus verschiedenen Fragebögen des ersten Fragebogenpakets zusammen, so dass an dieser Stelle keine erneute Beschreibung der Testverfahren erfolgt. Hierzu gehörten AUDIT-4, DrInC-4, QFI, CAEQ-B sowie Fragen zu Wichtigkeit und Zuversicht bezüglich der Veränderung des eigenen Alkoholkonsums (Tabelle 12). Der Fragebogen wurde allen Teilnehmern 28 und 56 Tage (jeweils +/-7 Tage) nach dem ersten persönlichen Termin ausgehändigt und erneut im Beisein des Versuchsleiters ausgefüllt.

Timeline-Followback Interview

Das Timeline-Followback Interview erfasst den täglichen Alkoholkonsum, wobei eine retrospektive, kalenderbasierte Einschätzung für jeden einzelnen Tag vorgenommen wird. Hierbei wird mit der Exploration des Vortags begonnen und dann systematisch »rückwärts« exploriert (Sobell & Sobell, 1992, 2002).

	- 1	- 2	- 3	- 4	- 5	- 6	- 7
Wochentag und Datum:							
Bier (0,2 l):							
Wein/Sekt (0,2 l):							
Spirituosen (0,02 l):							
Sonstiges							
Reinalkohol in g							

Abbildung 7. Timeline-Followback Interview

Der Interviewer bietet ergänzend zu einem vorgelegten Kalender saliente Erinnerungshilfen, wie zum Beispiel Feiertage, Wochenenden oder bestimmte Ereignisse an. Diese Anker können, ebenso wie die Nutzung eines persönlichen Kalenders, einen zeitlichen Rahmen aufbauen, der die Erinnerung an einzelne Trinktage erleichtert (Agrawal, Sobell & Sobell, 2008).

Da die explorierte Zeitspanne in bisherigen Untersuchungen von 30 Tagen bis zu einem Jahr variierte (Fishburne & Brown, 2006; Sobell, Agrawal & Sobell, 2003) wurde das TLFB-Interview an die Follow-up-Zeiträume der »Nüchternen Bestandsaufnahme« angepasst. Teilnehmer wurden mit Hilfe ihres eigenen Kalenders bezüglich des Alkoholkonsums der letzten 28 Tage (+/-7 Tage) befragt. Für jeden Tag wurden verschiedene alkoholische Getränke (Bier, Wein, Sekt, Spirituosen) in für Deutschland üblichen Trinkmengen erfasst. Die Angaben der Teilnehmer wurden, analog zu der Berechnung des QFI in konsumierte Gramm Reinalkohol pro Tag umgerechnet (Bühringer et al., 2002). Der gesamte Interviewleitfaden des TLFB kann Anhang F entnommen werden.

Manualtreue - Check

Durchführung

Zur Überprüfung der Manualtreue wurden zunächst alle 90 Audiotapes auf Vollständigkeit der Aufnahmen hin überprüft und unvollständige Aufnahmen ($n = 10$) aus den weiteren Auswertungen ausgeschlossen.

Tabelle 13

Anzahl vollständiger Audiotapes in der jeweiligen Experimentalgruppe

Interventionsgruppe	Anzahl vollständiger Audiotapes
Feedback	19
MI ¹	19
Feedback + MI / MI + Feedback	20
Kontrollgruppe	22

Anmerkung. ¹Motivational Interviewing

In einem zweiten Schritt wurden die 80 verbleibenden Audiotapes von zwei unabhängigen Ratern anhand des manualisierten Interventionsleitfadens bewertet.

Hierbei wurden null Punkte für fehlende Inhalte, ein Punkt für formelle oder organisatorische Inhalte und zwei Punkte für Interventionsinhalte vergeben.

Da die einzelnen Interventionen aufgrund der individuellen Modifikation (z. B. Anzahl der ausgewählten Karten im VCS, Anzahl der durch den Teilnehmer getätigten Aussagen, Anzahl der Nachfragen im Rahmen des Percentilfeedbacks) unterschiedlich ausfallen konnten, wurde die erreichte Gesamtpunktzahl in Prozent errechnet. Hierzu wurde für jede Intervention eine individuelle Maximalpunktzahl festgelegt, damit die Daten der beiden Rater und der verschiedenen Interventionsgruppen untereinander vergleichbar waren.

Statistische Datenanalysen

Alle Analysen wurden mit dem Softwarepaket PASW Statistik (Predictive Analysis SoftWare, Version 18) durchgeführt. Die Daten wurden hinsichtlich der Voraussetzungen für eine metrische Datenanalyse überprüft: Neben der visuellen Kontrolle von Quantil-Quantil-Plots, die zur Anwendung kamen, um die Normalverteilungsannahme zu überprüfen (Anhang I), wurde der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität angewandt. Für die Auswertung wurde ein a-priori Signifikanzniveau von $\alpha < .05$ festgelegt. Zur Überprüfung der Hypothesen wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau zugrunde gelegt. Nicht normalverteilte Daten wurden logarithmisch zur Basis zehn transformiert, wobei rechtssteil verteilte Daten vor der Transformation invertiert und Konstanten von eins addiert wurden, sofern in den Ausgangsdaten Werte < 1 vorlagen (Osborne, 2002).

Gruppenunterschiede in den Prä-Werten wurden mittels parametrischer und nicht-parametrischer Signifikanztests geprüft. Für intervallskalierte Daten wurden hierbei univariate Varianzanalysen (ANOVA) berechnet, während für nominalverteilte Daten der Chi-Quadrat-Test zur Anwendung kam (siehe Tabellen 6 - 10).

Durch eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation wurde die faktorielle Struktur der Lifetimeversion des DrinC überprüft, bevor Items mit negativen Korrelationen ausgeschlossen und Cronbachs Alpha bestimmt wurde.

Gruppenunterschiede in den Post-Werten wurden durch Kovarianzanalysen (ANCOVA) getestet, wobei jeweils die Prä-Werte der zu überprüfenden abhängigen Variablen als Kovariate einbezogen wurden.

Um zu überprüfen, ob durch die Interventionen statistisch signifikante Veränderungen stattgefunden haben, wurden Mittelwerte zweier Variablen mittels *t*-Tests für gepaarte Stichproben verglichen. Hierbei wurden sowohl Prä-Post- als auch Follow-up-Analysen durchgeführt.

E r g e b n i s s e

F a k t o r e n s t r u k t u r d e s D r I n C

Die Überprüfung der Faktorenstruktur der deutschsprachigen Lifetime-Version des DrInC (*Drinker Inventory of Consequences*) konnte die von Laumeyer (2002) vorgeschlagene zweifaktorielle Lösung nicht replizieren. Laumeyer extrahierte die Faktoren »Destruktives Verhalten« und »Intrapersonale Konsequenzen« nach den Kriterien (1) Ladung auf dem entsprechenden Faktor $\geq .40$ und (2) Ladung auf dem verbleibenden Faktor $\geq .30$, fand aber darüber hinaus eine sogenannte »Restkategorie« von 17 Items, die auf keinem der beiden Faktoren hohe Ladungen zeigten.

Die Analyse der 46 Fragebogenitems erfolgte auf der Basis von 87 Studienteilnehmern und ergab nach Kayser-Guttman Kriterium 15 Faktoren mit einem Eigenwert ≥ 1 (Tabelle 14). Eine inhaltliche Interpretation ist somit nicht möglich.

Tabelle 14

Eigenwerte, Gesamtvarianz und kummulierte Varianz der Faktoren

Faktor	Eigenwert	% der Varianz	Kummulierte %
1	8.504	18.897	18.897
2	3.630	8.067	26.964
3	2.460	5.467	32.431
4	2.194	4.875	37.306
5	1.911	4.247	41.554
6	1.791	3.980	45.534
7	1.708	3.795	49.328
8	1.570	3.488	52.816
9	1.491	3.313	56.129
10	1.424	3.164	59.293
11	1.262	2.805	62.098
12	1.140	2.532	64.631
13	1.117	2.483	67.114
14	1.033	2.294	69.408
15	1.007	2.239	71.647

Versucht man die Anzahl der Faktoren mit Hilfe des Scree-Tests (Cattell, 1966) zu reduzieren, bietet sich ebenfalls keine eindeutige Lösung an (Abbildung 8).

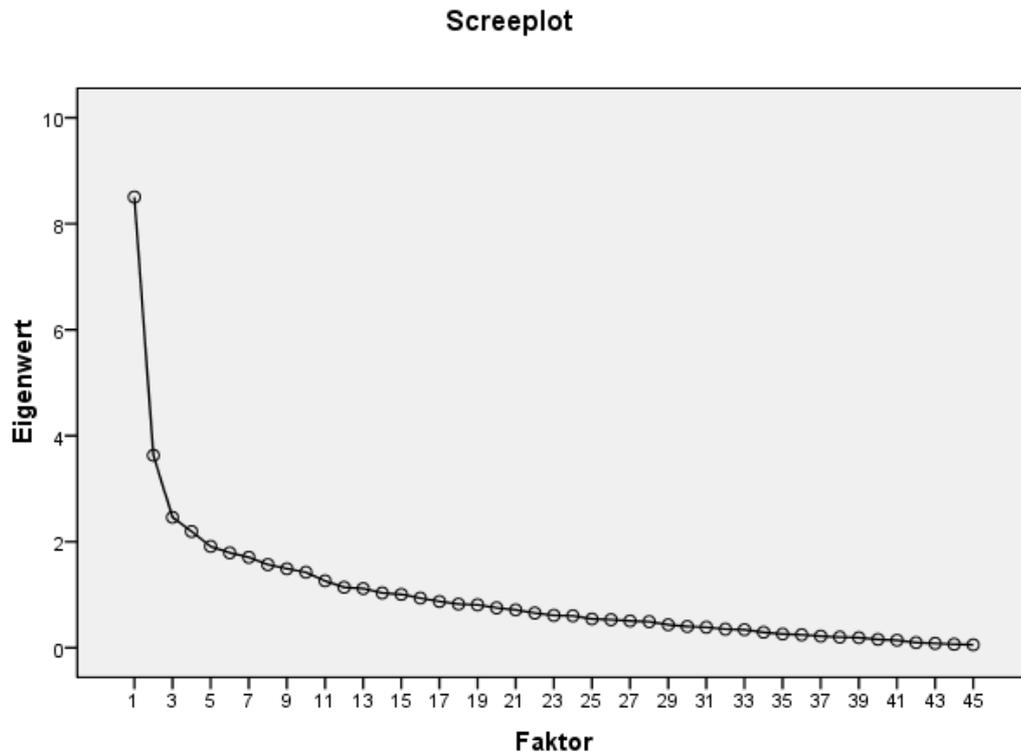


Abbildung 8. Scree-Test DrInC

Da die ersten drei extrahierten Faktoren mit Eigenwert > 1 lediglich eine kummulierte Gesamtvarianz von 32.4% erklären können, wurde für die weiteren statistischen Analysen entschieden, den Gesamtsummenwert des DrInC zu berechnen und auf die Bildung von Subskalen zu verzichten. Diese Lösung wurde ebenfalls für den DrInC-4 übernommen.

Zur Bestimmung der internen Konsistenz wurde Cronbachs Alpha berechnet, wobei zuvor Item 5 (*»Mir wurde wegen Trunkenheit am Steuer der Führerschein abgenommen.«*) und Item 28 (*»Ich habe meine Arbeit verloren oder bin von der Schule geflogen, weil ich zu viel getrunken habe.«*) aufgrund negativer Korrelationen ausgeschlossen wurden. Berücksichtigt man alle 46 Items, liegt Cronbachs Alpha bei $\alpha = .888$, nach Ausschluss der beiden genannten Items ergibt sich mit $\alpha = .890$ eine minimale Verbesserung.

Prä-Post-Analysen

Überprüfung von Gruppenunterschieden

In die statistischen Analysen wurden alle Teilnehmer einbezogen, die die drei Termine der »Nüchternen Bestandsaufnahme« wahrgenommen hatten ($n = 90$). Dieses Vorgehen entspricht einer sogenannten *Completer-Analyse* (Hiller, Bleichhard & Schindler, 2009). Die zentralen Outcome-Maße der Prä-Post-Analysen waren: (1) Alkoholkonsum, erfasst durch (a) QFI, (b) TLFB-Interview und (c) Summenscore des AUDIT-4 sowie (2) Konsequenzen des Konsums, erfasst durch den DrInC-4. Um die Schiefe der Verteilung zu adjustieren, wurden die Daten vor den Analysen logarithmisch zur Basis zehn transformiert (Anhang I). Die Post-Daten wurden mit Hilfe von ANCOVAs auf signifikante Gruppenunterschiede überprüft, wobei die jeweiligen Prä-Daten als Kovariate einbezogen wurden. Tabelle 16 zeigt, dass keine signifikanten Gruppenunterschiede in den Post-Daten gefunden werden konnten. Für alle weiteren Analysen wurden daher alle vier Gruppen zusammengefasst und keine weiteren Überprüfungen hinsichtlich eines Gruppeneffektes vorgenommen.

Alkoholkonsum

Die Signifikanz der Veränderung des Alkoholkonsums wurde durch *t*-Tests für abhängige Stichproben überprüft. Das Konfidenzintervall wurde bei 95% angelegt. Der Fallausschluss bei fehlenden Werten erfolgte Test für Test. In allen Outcome-Maßen zeigten die Analysen eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums zwischen den Prä- und Post-Werten (Tabelle 15).

Tabelle 15

Prä-Post-Analysen: Alkoholkonsum

	Prä		Post		T(df)	<i>p</i>
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
QFI ¹	35.11	(31.6)	28.47	(25.0)	3.35(89)	.001
TLFB ²	26.50	(21.9)	22.05	(16.9)	3.35(88)	.001
AUDIT-4 ³	10.57	(5.5)	9.16	(5.7)	4.61(89)	.000

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

¹Quantity-Frequency-Index; ²Timeline-Followback Interview; ³Alcohol Use Disorder Identifikation Tests, 4-Wochen-Version

Tabelle 16

ANCOVAs Post-Daten: Alkoholkenwerte und MI-spezifische Variablen

	Feedback		MI ¹		Feedback + MI		Kontrollgruppe		F(df)	<i>p</i>
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
QFI ²	27.10	(17.7)	24.09	(14.8)	25.49	(29.3)	37.02	(33.0)	0.81(3)	.491
TLFB ³	20.96	(13.3)	23.61	(15.1)	17.94	(17.0)	25.30	(21.2)	1.81(3)	.152
AUDIT-4 ⁴	9.09	(3.7)	7.65	(4.1)	9.09	(7.2)	10.78	(6.9)	1.51(3)	.217
DrInC-4 ⁵	5.77	(5.5)	6.04	(4.0)	6.00	(6.2)	8.13	(8.1)	1.61(3)	.194
<i>Importance</i> ⁶	4.27	(2.6)	3.65	(2.6)	4.68	(3.2)	4.35	(3.1)	0.41(3)	.743
<i>Confidence</i> ⁶	8.09	(2.2)	8.00	(1.9)	8.41	(1.4)	7.52	(2.3)	2.19(3)	.096

Anmerkung. ¹Motivational Interviewing; ²Quantity-Frequency-Index; ³Timeline-Followback Interview; ⁴Alcohol Use Disorder Identifikation Test, 4-Wochen-Version; ⁵Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version; ⁶Importance und Confidence Ruler ergeben zusammen den sogenannten Readiness Ruler mit einem Range von 0 bis 10. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

Konsequenzen des Alkoholkonsums

Veränderungen in den Konsequenzen des Konsums wurden mit Hilfe eines abhängigen *t*-Tests überprüft. Das Konfidenzintervall wurde erneut bei 95% angelegt. Die Analysen zeigten, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Prä- und Post-Werten vorlagen (Tabelle 17).

Tabelle 17

Prä-Post-Analysen: Konsequenzen des Alkoholkonsums

	Prä		Post		T(df)	<i>p</i>
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
DrInC-4 ¹	5.49	(4.8)	6.50	(6.1)	-1.63(88)	.107

Anmerkung. ¹Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version. Es werden Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

Differenzen zwischen Teilnehmern mit großen und kleinen QFI-Veränderungen

Um zu überprüfen, ob es Unterschiede zwischen Teilnehmern mit großen und kleinen Prä-Post-Veränderungen gibt, wurde die Gesamtstichprobe ($n = 90$) am Median des QFI gesplittet. Hierbei wurden erneut alle Personen zusammengefasst, da die vorherigen statistischen Analysen gezeigt hatten, dass es in den Post-Werten keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen gab. Die varianzanalytische Überprüfung zeigte auch in diesen Analysen keine signifikanten Unterschiede (Tabellen 18 - 20).

Tabelle 18

Median-Split: Zentrale soziodemographische Variablen

	Gruppe 1		Gruppe 2		F(df _z ,df _i)	<i>p</i>
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
Alter	24.47	(8.52)	25.62	(7.42)	0.47(1,88)	.494
Geschlecht	1.40	(.50)	1.38	(.49)	0.05(1,88)	.831
Schulabschluss	4.91	(.42)	4.78	(.67)	1.28(1,88)	.260

Anmerkung. Gruppe 1: > Median, d.h. große Veränderung im QFI von Prä zu Post

Tabelle 19

Median-Split: Alkoholkonsum

	Gruppe 1		Gruppe 2		F(df _z ,df _i)	p
	M	(SD)	M	(SD)		
QFI Screening ¹	44.66	(23.71)	40.40	(23.47)	0.73(1,88)	.394
AUDIT ²	11.01	(6.14)	11.60	(5.86)	0.16(1,88)	.687
DrInC ³	16.51	(7.56)	17.96	(7.29)	0.85(1,88)	.359
PHQ-D ⁴ Screening Alkoholsyndrom	0.45	(0.50)	0.61	(0.49)	2.24(1,86)	.138

Anmerkung . Gruppe 1: > Median, d.h. große Veränderung im QFI von Prä zu Post;

¹Quantity-Frequency-Index; ²Alcohol Use Disorder Identification Test; ³Drinker's Inventory of Consequences; ⁴Gesundheitsfragebogen für Patienten, deutsche Version des Patient Health Questionnaire

Tabelle 20

Median-Split: Alkoholkennwerte und MI-spezifische Variablen

	Gruppe 1		Gruppe 2		F(df _z ,df _i)	p
	M	(SD)	M	(SD)		
TLFB ¹	1.33	(0.31)	1.36	(0.25)	0.20(1,88)	.657
AUDIT-4 ²	1.02	(0.21)	1.02	(0.21)	0.03(1,88)	.864
DrInC-4 ³	0.66	(0.40)	0.66	(0.37)	0.11(1,87)	.746
Importance ⁴	4.09	(3.03)	4.09	(3.03)	0.64(1,88)	.426
Confidence ⁴	0.42	(0.30)	0.43	(0.29)	0.43(1,88)	.514

Anmerkung . Gruppe 1: > Median, d.h. große Veränderung im QFI von Prä zu Post; ¹Timeline-Followback Interview; ²Alcohol Use Disorder Identifikation Tests, 4-Wochen-Version; ³Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version ⁴Importance und Confidence Ruler ergeben zusammen den sogenannten Readiness Ruler. Range = 0 bis 10.

Follow-up-Analysen

Die Follow-up-Analysen wurden analog zu den Prä-Post-Analysen für die zusammengefassten Gruppen durchgeführt. Hierbei konnten jedoch nur die drei Interventionsgruppen ($n = 67$) berücksichtigt werden, da für die Kontrollgruppe keine Follow-up-Werte vorlagen.

Die Follow-up-Daten wurden ebenfalls logarithmisch zur Basis zehn transformiert, um die Schiefe der Verteilung zu adjustieren und die Testwerte zwischen den Messzeitpunkten vergleichbar zu machen (Osborne, 2002).

Alkoholkonsum

Veränderungen des Alkoholkonsums wurden mittels abhängiger *t*-Tests auf Signifikanz überprüft, wobei sowohl Veränderungen zwischen Post- und Follow-up-Werten, als auch zwischen Prä- und Follow-up-Werten überprüft wurden. Das Konfidenzintervall wurde, wie in vorherigen Analysen, bei 95% angelegt. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung des Alkoholkonsums zwischen den Post- und Follow-up Daten (Tabelle 21), aber eine signifikante Reduktion des Konsums von Prä- zu Follow-up-Werten (Tabelle 22).

Tabelle 21

Post-Follow-up-Analysen: Alkoholkonsum

	Post		Follow-up		T(df)	<i>p</i>
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
QFI ¹	25.54	(21.1)	23.79	(22.6)	1.35(66)	.183
TLFB ²	20.92	(15.1)	23.14	(24.6)	0.95(65)	.350
AUDIT-4 ³	8.60	(5.2)	8.73	(5.6)	0.34(66)	.925

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

¹Quantity-Frequency-Index; ²Timeline-Followback Interview; ³Alcohol Use Disorder Identifikation Tests, 4-Wochen-Version

Tabelle 22

Prä-Follow-up-Analysen: Alkoholkonsum

	Prä		Follow-up		T(df)	<i>p</i>
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
QFI ¹	33.59	(31.3)	23.79	(22.6)	3.84(66)	.000
TLFB ²	25.20	(19.8)	23.14	(24.6)	3.04(66)	.003
AUDIT-4 ³	10.18	(5.2)	8.73	(5.6)	3.75(66)	.000

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

¹Quantity-Frequency-Index; ²Timeline-Followback Interview; ³Alcohol Use Disorder Identifikation Tests, 4-Wochen-Version

Konsequenzen des Alkoholkonsums

Die Konsequenzen des Konsums veränderten sich weder zwischen Post- und Follow-up-Messung (Tabelle 23) noch zwischen Prä- und Follow-up-Messung signifikant (Tabelle 24).

Tabelle 23

Post-Follow-up-Analysen: Konsequenzen des Alkoholkonsums

	Post		Follow-up		T(df)	p
	M	(SD)	M	(SD)		
DrInC-4 ¹	5.94	(5.2)	6.22	(6.3)	.337(66)	.737

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben. ¹ Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version

Tabelle 24

Prä-Follow-up-Analysen: Konsequenzen des Alkoholkonsums

	Prä		Follow-up		T(df)	p
	M	(SD)	M	(SD)		
DrInC-4 ¹	5.33	(5.0)	6.22	(6.3)	-1.02(65)	.311

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben. ¹ Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version

MI-spezifische Variablen

Neben den zentralen Outcome-Maßen, die Veränderungen und Konsequenzen des Alkoholkonsums erfasst haben, wurden mit dem *importance-* und *confidence ruler* zwei MI-spezifische Variablen erhoben, die ebenfalls auf signifikante Veränderungen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten überprüft werden sollten. Hierbei wurden erneut die verschiedenen Gruppen zusammengefasst, da die ANCOVAs der Post-Daten keine signifikanten Gruppenunterschiede zeigen konnten (Tabelle 16). Die visuelle Überprüfung der Normalverteilung mittels Quantil-Quantil-Plots (Anhang I) zeigte rechtssteil verteilte Daten des *confidence rulers*, so dass die Daten vor der Transformation invertiert wurden.

Prä-Post-Analysen

Die Prä-Post-Analysen zeigen eine signifikante Zunahme der Zuversicht, den Konsum reduzieren zu können, sofern dies gewünscht ist (*confidence ruler*). Die Wichtigkeit einer Konsumreduktion (*importance ruler*) veränderte sich hingegen nicht signifikant (Tabelle 25). Das Konfidenzintervall wurde erneut bei 95% angelegt.

Tabelle 25

Prä-Post-Analysen: MI-spezifische Variablen

	Prä		Post		T(df)	p
	M	(SD)	M	(SD)		
<i>Importance</i> ¹	3.83	(3.0)	4.23	(2.9)	-1.55(89)	.125
<i>Confidence</i> ¹	7.53	(2.3)	8.00	(2.0)	2.43(89)	.017

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

¹Readiness Ruler mit einem Range von 0 bis 10

Follow-up-Analysen

Die Follow-up-Analysen wurden ebenfalls für alle Teilnehmer gemeinsam durchgeführt, wobei erneut nur die Teilnehmer berücksichtigt wurden, für die Follow-up-Daten vorlagen ($n = 67$). Die Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden somit ausgeschlossen. Analog zu den zentralen Outcome-Maßen wurden Veränderungen zwischen Post- und Follow-up- und zwischen Prä- und Follow-up-Zeiträumen auf Signifikanz überprüft. Erneut kamen t -Tests für abhängige Stichproben zur Anwendung.

Die Post- und Follow-up-Daten des *importance*- und *confidence rulers* weisen keine signifikanten Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeiträumen auf.

Tabelle 26

Post-Follow-up-Analysen: MI-spezifische Variablen

	Post		Follow-up		T(df)	p
	M	(SD)	M	(SD)		
<i>Importance</i> ¹	4.19	(2.8)	4.07	(2.9)	0.53(66)	.597
<i>Confidence</i> ¹	8.16	(1.8)	8.13	(2.0)	0.49(66)	.624

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

¹Readiness Ruler mit einem Range von 0 bis 10

Vergleicht man hingegen die Prä- und Follow-up-Daten (Tabelle 27) zeigt sich eine signifikante Zunahme der Überzeugung beziehungsweise Zuversicht, den Konsum reduzieren zu können, sofern dieses gewünscht wäre (*confidence ruler*). Der *importance ruler* veränderte sich auch von Prä- zu Follow-up nicht signifikant, was bedeutet, dass es keine signifikante Zu- oder Abnahme der Wichtigkeit oder Dringlichkeit einer Konsumreduktion gab.

Tabelle 27

Prä-Follow-up-Analysen: MI-spezifische Variablen

	Prä		Follow-up		T(df)	p
	M	(SD)	M	(SD)		
<i>Importance</i> ¹	3.93	(3.0)	4.07	(2.9)	-0.44(66)	.661
<i>Confidence</i> ¹	7.61	(2.2)	8.13	(2.0)	2.41(66)	.019

Anmerkung. Es werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte angegeben.

¹Readiness Ruler mit einem Range von 0 bis 10

Drop-out-Analysen

Um zu prüfen, ob es signifikante Gruppenunterschiede zur Erklärung der Drop-outs gibt, wurden Teilnehmer, die nur zu einem oder zwei Terminen der »Nüchternen Bestandsaufnahme« erschienen sind ($n = 8$) mit den Teilnehmern verglichen, die alle drei Termine wahrgenommen haben ($n = 90$).

Aufgrund der großen Stichprobenunterschiede und der Annahme, dass Voraussetzungen für ein verteilungsgebundenes Verfahren wie den t -Test nicht erfüllt sind, wurde auf den U -Test von Mann und Whitney (1947) zurückgegriffen.

Der Vergleich der Ränge der beiden unabhängigen Stichproben zeigt, dass in den Prä-Daten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden (Tabelle 28-30). Es wurden daher neben den durchgeführten *Completers*-Analysen keine weiteren *Intention-to-Treat* (ITT) Analysen für die zentralen Outcome-Maße und MI-spezifischen Variablen durchgeführt.

Tabelle 28

Drop-out-Analyse I: Soziodemographische Variablen

	<i>U</i>	<i>p</i>
Alter	315.00	.557
Geschlecht	320.00	.540
Familienstand	343.50	.652
Partnerbeziehung	258.00	.374
Höchster erreichter Schulabschluss	343.00	.642
Berufsausbildung	340.50	.766
Erwerbstätigkeit	342.50	.736
Staatsangehörigkeit	356.00	.766

Tabelle 29

Drop-out-Analyse II: Alkoholkonsum und Konsequenzen des Konsums

	<i>U</i>	<i>p</i>
QFI Screening ¹	316.50	.572
PHQ-D ² Positives Screening Alkoholsyndrom	340.00	.854
AUDIT ³	307.00	.491
DrInC ⁴	314.00	.550

Anmerkung . ¹Quantity-Frequency-Index des Telefonscreenings; ²Gesundheitsfragebogen für Patienten, deutsche Version des Patient Health Questionnaire; ³Alcohol Use Disorder Identification Test; ⁴Drinker's Inventory of Consequences

Tabelle 30

Drop-out-Analyse III: Alkoholkennwerte und MI-spezifische Variablen

	<i>U</i>	<i>p</i>
QFI ¹	273.00	.259
TLFB ²	279.00	.293
AUDIT-4 ³	314.50	.554
DrInC-4 ⁴	218.00	.069
<i>Importance</i> ⁵	225.00	.077
<i>Confidence</i> ⁵	278.00	.279

Anmerkung. ¹Quantity-Frequency-Index; ²Timeline-Followback Interview; ³Alcohol Use Disorder Identification Test, 4-Wochen-Version; ⁴Drinker's Inventory of Consequences, 4-Wochen-Version; ⁵Importance und Confidence Ruler ergeben zusammen den sogenannten Readiness Ruler mit einem Range von 0 bis 10.

Manualtreue - Check

Die Überprüfung der Manualtreue erfolgte durch zwei unabhängige Projektmitarbeiter und wurde für jede Interventionsgruppe einzeln durchgeführt. Hierbei wurden alle vollständigen Audioaufzeichnungen berücksichtigt ($n = 80$). Da die maximal zu erreichende Gesamtpunktzahl aufgrund der verschiedenen Interventionsgruppen und der individuellen Anpassung des manualisierten Gesprächsleitfadens variierte, wurden die erreichten Punktzahlen in Abhängigkeit von der jeweiligen Maximalpunktzahl in Prozentangaben umgerechnet.

Es zeigte sich, dass ein hohes Maß an Manualtreue erzielt wurde. Der Median der erreichten Gesamtpunktzahl lag bei beiden Ratern in allen vier Gruppen bei über 90%. Die Mittelwerte variieren je nach Gruppe und Rater von 89% bis 94% mit einer Standardabweichung von 4% bis 7% (Tabelle 31). Die Einschätzungen der beiden unabhängigen Rater korrelieren in allen vier Interventionsgruppen signifikant miteinander ($r = .470-.753$).

Tabelle 31

Manualtreue und Beurteilerübereinstimmung

	Feedback		MI		Feedback + MI		Kontrollgruppe	
	Rater A	Rater B	Rater A	Rater B	Rater A	Rater B	Rater A	Rater B
N	19	19	19	19	20	20	22	22
M ¹	93.53	93.84	89.11	89.84	91.75	92.40	92.32	93.41
(SD) ¹	(4.62)	(5.50)	(6.80)	(6.87)	(5.27)	(3.71)	(6.68)	(7.70)
Med ¹	95.00	95.00	91.00	91.00	92.00	93.50	93.00	93.41
Range ¹	17	18	31	33	20	12	27	27
Min ¹	83	82	69	67	78	86	73	73
Max ¹	100	100	100	100	98	98	100	100
r	.470		.698		.629		.753	

Anmerkung . ¹Alle Angaben in Prozent (%)

D i s k u s s i o n

Die vorliegende Arbeit versuchte als erste deutsche Studie zentrale Wirkfaktoren motivationaler Kurzinterventionen (Miller & Rollnick, 1991, 2002) unter strenger Kontrolle der Manualtreue zu identifizieren. Hierzu wurden sowohl die isolierten als auch die additiven Effekte einzelner Interventionen auf den Alkoholkonsum von Personen mit riskantem Alkoholkonsum überprüft. Eine Kontrollgruppe nahm ebenfalls an allen Studienterminen, Fragebogenerhebungen und dem TLFB-Interview teil, erhielt aber außer den an alle Gruppen ausgegebenen Informationsmaterialien keine Interventionen, bevor die Post-Daten erhoben worden waren.

Alle Teilnehmer der »Nüchternen Bestandsaufnahme« wurden vor der Durchführung des standardisierten Telefonscreenings randomisiert einer von vier Gruppen zugewiesen, damit die Screeningergebnisse keinen Einfluss auf die Randomisierung haben konnten. Die Teilnehmer wurden über diese zufällige Zuweisung informiert, bevor sie eine Einverständniserklärung zur Teilnahme und Tonbandaufnahme unterschrieben. Sie erhielten im weiteren Verlauf entweder (1) MI-gerechtes Feedback, (2) MI, bestehend aus dem Value Card Sort, (3) MI und Feedback oder (4) nahmen an der Kontrollgruppe teil. Personen mit riskantem Alkoholkonsum wurden während des Screenings anhand des QFI (Frauen: 20g Reinalkohol/Tag, Männer: 30g Reinalkohol/Tag).

Die Kurzinterventionen »Motivational Interviewing« und »Feedback only« waren relativ leicht zu erlernen, da sie nicht zu komplex und durch einen manualisierten Interventionsleitfaden hoch strukturiert waren. Die Versuchsleiter erhielten umfangreiche Vorbereitungsliteratur (Demmel, 2005; Miller & Rollnick, 2002), sahen eine DVD mit Modellrollenspielen (Demmel & Peltenburg, 2006) und wurden durch einen offiziellen Trainer des internationalen MINT in einem eintägigen Workshop geschult. Hierbei wurden neben der Handhabung des Interventionsleitfadens vor allem zentrale Grundprinzipien des MI sowie spezifische Behandlungstechniken (z. B. *reflective listening*) vermittelt. Die Versuchsleiter erprobten in Rollenspielen die Anwendung der einzelnen Interventionen und Materialien und nahmen während des gesamten Projektes an einer fortlaufenden Gruppensupervision teil. Alle zur Verfügung stehenden Materialien waren leicht verständlich und klar strukturiert.

Trotz des methodisch durchdachten Designs und der gründlich geschulten Versuchsleiter konnten die zentralen Fragestellungen der Studie nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Im Folgenden soll daher zunächst auf die einzelnen Fragestellungen der »Nüchternen Bestandsaufnahme« eingegangen werden, bevor verschiedene Erklärungsansätze diskutiert und Implikationen für die weitere Forschung abgeleitet werden.

Alkoholkonsum

Die Analysen der Post-Daten zeigten keine signifikanten Gruppenunterschiede in den zentralen Outcome-Maßen (QFI, TLFB, AUDIT-4) und somit keine Überlegenheit der isolierten (*Fragestellung 1*) oder kombinierten Interventionen (*Fragestellung 2*) gegenüber einer Kontrollgruppe. Darüber hinaus konnte keine Überlegenheit der kombinierten Intervention »Feedback plus MI« gegenüber den isolierten Interventionen »Feedback only« oder »MI« gezeigt werden (*Fragestellung 3*).

Die Gruppen wurden aufgrund der Ergebnisse der ANCOVAs zu einer Gruppe zusammengefasst, bevor die Prä-Post- und Follow-up-Unterschiede der zentralen Outcome-Maße analysiert wurden. Die Prä-Post-Analysen zeigten nach 28 (+/- 7) Tagen eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums in allen drei Outcome-Maßen (QFI, TLFB, AUDIT-4), die auch zum Follow-up-Zeitpunkt (56 +/- 7 Tage) noch signifikant war. Zwischen der Post-Messung und dem Follow-up zeigten sich wie erwartet keine signifikanten Veränderungen. Diese Ergebnisse lassen sich mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten vergleichen, die ebenfalls keine Gruppenunterschiede aufzeigen konnten. Aalto et al. (2000, 2001) und Freyer-Adam et al. (2007) verglichen die Wirksamkeit verschiedener AMIs mit einer Kontrollgruppe und konnten für Personen mit riskantem Alkoholkonsum zwar eine signifikante Konsumreduktion, nicht aber eine Überlegenheit der AMIs nachweisen. Auch Juarez et al. (2006) und Walters et al. (2009), die die Wirksamkeit verschiedener AMIs mit einer Kontrollgruppe verglichen, erzielten ähnliche Ergebnisse. Lediglich die Gruppe »AMI plus Feedback« erzielte bei Walters et al. (2009) signifikant größere Effekte als die Gruppen »AMI«, und »Feedback« oder die Kontrollgruppe. Die Gruppen »AMI« und »Feedback« waren der Kontrollgruppe hingegen nicht überlegen.

Konsequenzen des Alkoholkonsums

Eine der zentralen Fragenstellungen der »Nüchternen Bestandsaufnahme« war neben der Überprüfung der Veränderungen des Alkoholkonsums auch die Überprüfung einer möglichen Reduktion der konsumbedingten Konsequenzen durch die Interventionen (*Fragestellung 4*). Die Analyse der Post-Daten zeigte jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede, so dass die Gruppen erneut für weitere Analysen zusammengefasst wurden. Die Prä-Post- und Follow-up-Analysen zeigten keine signifikanten Veränderungen der Konsequenzen des Alkoholkonsums. Diese Ergebnisse entsprechen Befunden von Borsary und Carey (2000) und Walters et al. (2009), die jedoch ausschließlich Personen mit exzessivem Alkoholkonsum untersuchten. Ein möglicher Erklärungsansatz für die mangelnden Veränderungen der Konsequenzen des Alkoholkonsums bezieht sich auf die relativ kurzen Follow-up-Zeiträume der vorliegenden Arbeit. Falls eine Veränderung der Konsumgewohnheiten eine Veränderung des Lebensstils zur Folge haben sollte (z. B. weniger lange ausgehen, nicht mehr in riskante Situationen geraten), könnte diese nicht durch ein vier- oder achtwöchiges Follow-up abgebildet werden (Borsari & Carey, 2000). Die Studienlage ist jedoch bezüglich der Veränderungen alkoholbedingter Konsequenzen in Folge von AMIs uneinheitlich. Andere Arbeiten konnten eine signifikante Reduktion konsumbezogener Konsequenzen nachweisen (z. B. Juarez et al., 2006; Longabaugh et al., 2001; McNalley et al., 2005; Monti et al., 2007). Monti et al. (2007) argumentierten jedoch zum Beispiel, dass die Abnahme der alkoholbedingten Verletzungen auch auf die Behandlung in einer Unfallambulanz nach einem entsprechenden Ereignis zurückgeführt werden kann. Longabaugh et al. (2001) erzielten bei den Teilnehmern einer AMI-Sitzung nur dann eine Reduktion entsprechender Konsequenzen, wenn diese zusätzlich an einer Auffrischungssitzung teilnahmen.

MI-spezifische Variablen

Bezüglich der MI-spezifischen Variablen zeigte sich keine signifikante Veränderung der Wichtigkeit einer Verhaltensänderung in den Post- oder Follow-up-Daten (*Fragestellung 5*), wohl aber eine signifikante Zunahme der Zuversicht, den Konsum reduzieren zu können, sofern dies gewünscht oder geplant sei (*Fragestellung 6*). Die Zuversicht veränderte sich zwischen der Post- und Follow-up-Messung nicht

signifikant, war aber zum Zeitpunkt des Follow-ups immer noch signifikant größer als vor den Interventionen. Diese Ergebnisse lassen sich mit Studien von Daepfen et al. (2010) und Freyer-Adam et al. (2008) vergleichen. Beide Forschergruppen untersuchten den Einfluss verschiedener AMIs auf einen problematischen Alkoholkonsum (riskanter Konsum oder *binge drinking*) und konnten keine signifikanten Veränderungen der Wichtigkeit oder Zuversicht hinsichtlich einer Verhaltensänderung feststellen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich somit in den wissenschaftlichen Kontext verschiedener Studien der medizinischen Grundversorgung, nicht aber in den Kontext zahlreicher Meta-Analysen und Reviews (z. B. Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Vasilaki et al., 2006) integrieren. Burke et al. (2003) zeigten zum Beispiel, dass AMIs im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne spezifische Intervention kleine bis mittlere ($d = 0.25 - 0.53$) Effektstärken erzielten und im Vergleich zu spezifischen Alternativbehandlungen eine äquivalente Wirksamkeit ($d = 0.09$) bei deutlich kürzerer Dauer der AMIs erreichten.

Erklärungsansätze und Implikationen für weitere Forschung

In der Diskussion verschiedener Erklärungsansätze sollte generell berücksichtigt werden, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern, in denen die Effektivität motivationaler Kurzinterventionen überprüft wurde, seit vielen Jahren unverändert zu den Hochkonsumländern zählt (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011). Im Jahr 2009 ergab sich, bezogen auf die gesamte deutsche Bevölkerung, ein Pro-Kopf-Konsum von 9,7 Litern Reinalkohol pro Person. Dieser steigt auf annähernd zwölf Liter Reinalkohol pro Person an, wenn man Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren aus den Analysen ausschließt (Rang 11 im internationalen Vergleich; WHO, 2010). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein erhöhter Alkoholkonsum akzeptiert und in vielen Situationen (z. B. Restaurants, Bars, private Feiern, Mahlzeiten) als »normal« angesehen wird. Auch exzessiver Alkoholkonsum (*binge drinking*) ist in einigen Subgruppen, wie zum Beispiel unter Studenten, weit verbreitet. Ein aktueller Gesundheitssurvey NRW (Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010) zeigt, dass

30% der 3307 befragten Studierenden ein- bis dreimal pro Monat exzessiv Alkohol⁴ konsumieren. 15.7% der befragten Studenten (6.2% der Frauen und 26.3% der Männer) betreiben sogar mindestens einmal pro Woche exzessiven Alkoholkonsum.

Im Jahr 2009 wurden 471 Millionen Euro⁵ für die Bewerbung alkoholischer Getränke aufgewendet (Gaertner et al., 2011). Einstellungen zum Thema Alkohol können daher ebenso wie die Einschätzung des eigenen Konsums in Relation zu Vergleichsgruppen anders ausfallen, als in Ländern mit geringerem Konsum und strengeren Regelungen. Die Motivation, ein als »normal« wahrgenommenes Trinkverhalten zu reduzieren, kann daher geringer sein als in anderen Ländern. Dies könnte ein erster Erklärungsansatz dafür sein, dass die vorliegende Studie andere Ergebnisse als einige erfolgreiche Studien anderer Länder, wie zum Beispiel der USA (Rang 27; z. B. Borsari & Carey, 2000; Longabaugh et al., 2001; McNally, 2005) hervorbringt. Kulturelle Faktoren, die einen moderierenden Einfluss auf die Effektivität von AMIs haben könnten, sollten daher in der aktuellen Forschung Berücksichtigung finden.

Screening und Randomisierung

Alle Teilnehmer der »Nüchternen Bestandsaufnahme« nahmen an einem standardisierten Telefonscreening teil, welches durch eine geschulte Projektmitarbeiterin durchgeführt wurde. Erfüllten die Teilnehmer das durch den QFI operationalisierte Kriterium riskanten Alkoholkonsums, wurden sie randomisiert einer der vier Versuchsbedingungen zugewiesen. Die Randomisierung erfolgte bereits vor Durchführung des Screenings, so dass eine Beeinflussung der Gruppenzuweisung in Abhängigkeit vom Screeningergebnis ausgeschlossen werden konnte. Die Analysen der Prä-Daten zeigten wie erwartet eine erfolgreiche Randomisierung. Die Gruppen unterschieden sich weder hinsichtlich soziodemographischer Daten noch bezüglich des Alkoholkonsums, der Konsequenzen des Konsums oder der MI-spezifischen Variablen (*importance* und *confidence ruler*) signifikant voneinander.

Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass der in dieser Studie eingesetzte QFI ein äußerst kurzfristiges Screening-Maß ist, welches lediglich den durchschnittlichen Konsum der letzten vier Wochen abbildet. Problematisch ist auch, dass Tage mit

⁴ Konsum von mindestens fünf (Männer) oder vier (Frauen) Gläsern Alkohol pro Trinkgelegenheit

⁵ Angabe bezieht sich auf die klassischen Medien

besonders wenig oder besonders viel Konsum nicht ausreichend erfasst werden (Webb, Redman, Sanson-Fisher & Gibberd, 1990). Vergleicht man in der vorliegenden Arbeit die Screening-Werte des QFI mit den QFI-Werten des ersten persönlichen Termins fällt auf, dass zu diesem zweiten Messzeitpunkt nur noch 51 Personen (56.7%) das Kriterium riskanten Alkoholkonsums erfüllen. Die Reduktion des Alkoholkonsums könnte daher auch auf ein als »Regression zur Mitte« bezeichnetes Phänomen zurückgeführt werden, da einige Teilnehmer eventuell zu einem Zeitpunkt kontaktiert wurden, zu dem sie überproportional viel Alkohol im Vergleich zu ihren üblichen Trinkmengen konsumiert haben. Diese Teilnehmer kehren nach Fleming und Baier-Manwell (1999) schnell zu ihren üblichen, unauffälligen Trinkmengen zurück, nachdem sie ein konsumbezogenes Assessment absolviert haben. Eine Möglichkeit, diesem Phänomen gerecht zu werden, könnte die Aufnahme weiterer Screening-Instrumente sein, die ein längeres Zeitfenster abbilden. So könnte der QFI zum Beispiel mit dem in vielen Studien eingesetzten AUDIT (Rist et al., 2003) kombiniert werden (vgl. z. B. Bernstein et al., 2010; Freyer-Adam et al., 2007; Longabaugh et al., 2001; Monti et al., 2007). Der AUDIT erfasst als Screening-Instrument einen Zeitraum von zwölf Monaten und lässt daher stabilere Aussagen zu als der QFI. Dieses Vorgehen scheint auch im Hinblick auf die Überprüfung der Wirksamkeit motivationaler Kurzinterventionen sinnvoll zu sein, da bisher keine präventiven Effekte für Personen ohne problematischen Alkoholkonsum nachgewiesen werden konnten. Daepfen et al. (2010) zeigten zum Beispiel an einer Stichprobe von Personen mit und ohne exzessiven Alkoholkonsum, dass eine AMI-Sitzung ohne Feedback nur bei Teilnehmern mit *binge drinking* zu einer signifikanten Reduktion des Alkoholkonsums und einer Veränderung MI-spezifischer Variablen führen konnte.

Stichprobe

Die Analyse der Teilnehmer zeigte eine hoch selektive Stichprobe, die die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse beinahe unmöglich macht. Die Stichprobe setzte sich primär aus Studenten (81.1%) und Personen mit Allgemeiner Hochschulreife (92.2%) zusammen. Das Durchschnittsalter der 55 Frauen (61.1%) und 35 Männer (38.9%) lag bei 25 Jahren ($SD = 8$). Es muss daher von einem Rekrutierungsbias zugunsten einzelner Werbestrategien (soziale Netzwerke und Internetplattformen,

Aushänge in Universitäten etc.) und Personengruppen ausgegangen werden. In Folgestudien sollte der Einsatz verschiedener Werbestrategien daher je nach Zielgruppe stärker eingegrenzt oder ausgebaut, zumindest aber ausgewogener gestaltet werden.

Die Follow-up-Raten der »Nüchternen Bestandsaufnahme« lagen bei 93.9% für die Post- und 91.8% für die Follow-up-Messung, was auf eine hohe Compliance der Teilnehmer hindeutet. Überraschend gering erscheint vor diesem Hintergrund die Einschätzung der Wichtigkeit einer Verhaltensänderung bezüglich des eigenen Alkoholkonsums ($M = 3.83$, $SD = 3.03$), die jedoch vor dem Hintergrund des insgesamt hohen Alkoholkonsums in Deutschland (s. o.) verstanden werden kann.

Ein weiterer, die Stichprobe betreffender Erklärungsansatz bezieht sich auf die Teilnehmerzahl der »Nüchternen Bestandsaufnahme«. Die 98 Teilnehmer wurden auf vier verschiedene Gruppen aufgeteilt, so dass die Teilnehmerzahl pro Experimentalbedingung bei unter 25 Personen lag. Die mangelnde Effektivität der überprüften Kurzinterventionen kann daher auch auf eine zu geringe Stichprobengröße zurückgeführt werden, zumal acht weitere Teilnehmer aus den statistischen Analysen ausgeschlossen werden mussten.⁶ Neben einer repräsentativeren Stichprobe sollte daher in Folgestudien auch auf eine adäquate Stichprobengröße geachtet werden, damit ein ausreichendes Maß an statistischer Power erzielt werden kann.

Versuchsleiter

Die große Herausforderung der Versuchsleiterschulung bestand in einer komprimierten Vermittlung unverzichtbarer Lerninhalte innerhalb eines relativ geringen Zeitfensters. Die Schulung wurde von einem qualifizierten Trainer des MINT durchgeführt, der den Schwerpunkt der Fortbildung auf die Einübung des manualisierten Interventionsleitfadens legte. Darüber hinaus wurden MI-spezifische Behandlungsprinzipien und klientenzentrierte, MI-unspezifische Behandlungstechniken vermittelt. Zeitgleich wurde darauf geachtet, dass die Versuchsleiter systematisch für Widerstand auslösende und nicht MI-gerechte Interaktionsstrategien sensibilisiert wurden, indem entsprechende Fehler und Fallen in der Gesprächsführung aufgezeigt wurden. Alle Versuchsleiter waren Diplom-Psychologen in fortgeschrittener Psychotherapieausbildung. Da wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass

⁶ Keine Teilnahme an der Post- oder Follow-up-Messung

Trainingserfolge durch ergänzende Lernmethoden (z. B. Feedback, Supervision) nachhaltig verbessert werden können (Heaven, Clegg & Maguire, 2006; Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004; Miller, Sorensen, Selzer & Brigham, 2006; Smith et al., 2007; Walters, Madson, Baer & Ziedonis, 2005), wurde während der gesamten Projektlaufzeit eine verpflichtende, vierzehntägige Gruppensupervision unter Leitung des MINT-Trainers durchgeführt.

Um die Versuchsleiter noch besser auf die Umsetzung des manualisierten Interventionsleitfadens vorzubereiten, hätten die Schulungsinhalte durch verschiedene Lehrinhalte und Methoden weiter ergänzt und vertieft werden können. So hätten zum Beispiel Rollenspiele mit simulierten Patienten durchgeführt werden können, die ein unmittelbares Feedback zur standardisierten Trainingssituationen durch den MINT-Trainer ermöglicht hätten. Zur Überprüfung kommunikativer Fertigkeiten und der daraus resultierenden Ableitung möglicher Verbesserungsvorschläge hätten Rollenskripte transkribiert und zum Beispiel durch ein Kodierungssystem wie das von Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson und Miller (2005) entwickelte MITI (*Motivational Interviewing Treatment Integrity Code*) beurteilt werden können. Das MITI kann als »Instrument zur Überprüfung der Behandlungsintegrität im Sinne der Einhaltung wesentlicher von Miller und Rollnick (1991, 2002) formulierter Behandlungsprinzipien und der gleichzeitigen Registrierung MI-inkompatibler Gesprächsstrategien« (Hagen, 2010, S. 71) eingesetzt werden. Durch die Analyse möglicher Lehr-Rollenspiele oder durch die Analyse anonymisierter Transkripte hätten darüber hinaus funktionale und dysfunktionale Interaktionsstrategien illustriert werden können. Zur Überprüfung der Effektivität der Versuchsleiterschulung hätte eine Einschätzung der Versuchsleiter (z. B. Selbstevaluation, subjektiv wahrgenommene Verhaltens- und Einstellungsänderungen) vorgenommen, oder eine Abfrage MI-spezifischen Wissens in Form von Multiple-Choice oder Kurzantwortfragebögen durchgeführt werden können. Die Versuchsleiter erhielten zwar in der vorliegenden Arbeit verschiedene Fallvignetten, die sie vor und nach der Schulung bearbeiteten, diese konnten aber nicht objektiv ausgewertet werden, da der Trainer selbst die Evaluation seiner eigenen Schulung hätte durchführen müssen. Hinsichtlich aller Überlegungen, die Versuchsleiterschulung durch weitere Lehrinhalte und Methoden zu ergänzen, muss jedoch berücksichtigt werden, dass zeitintensivere, wenn auch nachweislich effektivere

Lehrmethoden häufig mit einer deutlich nachlassenden Compliance der Seminarteilnehmer einhergehen (Baer, Rosengren, Dunn, Wells, Ogle & Hartzler, 2004; Bennett et al., 2007; Mitcheson, Bhavsar & McCambridge, 2009; Moyers, Manuel, Wilson, Hendrickson, Talcott & Durand, 2008).

Assessment

Ein weiterer Erklärungsansatz, der sich auf die Reduktion des Alkoholkonsums in der Kontrollgruppe bezieht, ist die aufwendige Assessment-Prozedur (Fleming & Baier-Manwell, 1999; Kypri, Langley, Saunders & Cashell-Smith, 2006). Kypri et al. (2006) konnten zum Beispiel an Personen mit riskantem Alkoholkonsum zeigen, dass ein kurzes Assessment, welches zusätzlich zu der Ausgabe einer Informationsbroschüre durchgeführt wurde, der alleinigen Ausgabe der Broschüre an eine Kontrollgruppe überlegen war. Personen, die an einem zehnminütigen Assessment teilgenommen hatten, erreichten in einem Ein-Jahres-Follow-up geringere AUDIT-Werte und berichteten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe einen insgesamt reduzierten Alkoholkonsum, weniger exzessive Trinktage sowie weniger konsumbedingte Konsequenzen und Probleme.

Alle Teilnehmer der »Nüchternen Bestandsaufnahme«, auch die Teilnehmer der Kontrollgruppe, absolvierten vor der eigentlichen Intervention ein umfangreiches Assessment, bestehend aus einem Fragebogenpaket und dem TLFB-Interview. Das Fragebogenpaket beinhaltete neben einigen Fragen zur Person verschiedene Fragen zum Thema Alkohol (z. B. Konsequenzen des Konsums, Wichtigkeit und Zuversicht bezüglich einer Verhaltensänderung, QFI) und richtete damit verstärkt die Aufmerksamkeit auf die Thematik. Darüber hinaus erfragte das TLFB-Interview detailliert den Konsum der letzten Wochen. Eventuell überschätzten die Teilnehmer während des Screenings ihren Alkoholkonsum und gaben diesen im Rahmen des Assessments (z. B. unterstützt durch das kalenderbasierte TLFB-Interview) nun akkurater an. Die Teilnehmer konnten erahnen, dass das TLFB-Interview während der Post-Messung erneut durchgeführt wird, da sie dazu aufgefordert wurden, wieder ihren persönlichen Kalender mitzubringen. Diese Information könnte ungewollt zu einer Verhaltensbeobachtung geführt haben, die als reaktives Verfahren bereits zu einer

Verhaltensänderung führen kann (Reinecker, 2000). Die Reaktivität hängt hierbei nach Reinecker (2000) in besonderer Weise mit der Selbstregulation einer Person zusammen:

Die Selbstbeobachtung eigenen Verhaltens unterbricht die Verhaltenskette und setzt kognitive Prozesse des Vergleichs mit eigenen Standards und der Bewertung in Gang. Damit kommen motivationale Prozesse ins Spiel, die die Bereitschaft zur Veränderung und auch das damit verbundene konkrete Verhalten in Gang setzen. (S. 531)

Um in folgenden Untersuchungen mögliche Effekte des Assessments oder einer Selbstbeobachtung besser kontrollieren zu könnten, sollte zusätzlich zu einer »Assessment-Gruppe« eine Wartelistenkontrollgruppe implementiert werden. Auf diese Weise könnten mögliche Effekt eines Assessments mit den Ergebnissen einer »echten« Kontrollgruppe verglichen werden.

Ergänzend könnte eine unmittelbare Post-Messung durchgeführt werden, um mögliche initiale Effekte einzelner Interventionen besser überprüfen zu können. Die Post-Messung der »Nüchternen Bestandsaufnahme« wurde erst nach 28 (+/- 7) Tagen durchgeführt, so dass frühe gruppenspezifische Effekte eventuell nicht beobachtet werden konnten.

Interventionen

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit lag im Hinblick auf die Optimierung des Behandlungserfolges auf der Identifikation zentraler Wirkmechanismen und der strengen Kontrolle der Manualtreue. In dieser ersten deutschen Studie wurden daher einzelne Behandlungsbausteine motivationaler Kurzinterventionen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Die standardisierten Interventionen wurden präzise in einem detaillierten Interventionsleitfaden beschrieben und entsprachen den von Miller und Rollnick (1991, 2002) formulierten Behandlungsprinzipien. Vergleicht man die eingesetzten Interventionen mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten, die signifikante Gruppenunterschiede und eine Überlegenheit von AMIs nachweisen konnten, zeigt sich, dass diese häufig eine Vielzahl von Behandlungsbausteinen kombinieren (Borsari & Carey, 2000; Longabaugh et al., 2001; McNalley et al., 2005; Monti et al., 2007; Walters et al., 2009). Es muss daher überlegt werden, ob es einen Dosiseffekt gibt, der die Überlegenheit anderer AMIs erklären kann, oder ob bestimmte Interventionen

besser geeignet sind, als der in dieser Arbeit eingesetzte Value Card Sort. Burke et al. (2003) unterstützen diese Hypothese, da sie annehmen, dass AMIs, die über 60 Minuten dauern, größere Effektstärken erzielen. Monti et al. (2007) kombinierten zum Beispiel den DCU mit einer konkreten Zieldefinition und der Entwicklung eines Veränderungsplans, während Longabaugh et al. (2001) eine *decisional balance* Aufgabe durchführten, bevor sie ebenfalls mit ihren Teilnehmern einen Veränderungsplan entwickelten. Noch umfangreicher gestalteten Walters et al. (2009) ihre AMI-Sitzung. Sie sprachen mit ihren Teilnehmern über den individuellen Alkoholkonsum und daraus resultierende Konsequenzen, thematisierten die Amivalenz bezüglich einer Veränderung und setzten den *readiness ruler* ein. Darüber hinaus wurden mögliche Veränderungen diskutiert und bei Interesse ein Veränderungsplan erarbeitet.

Ein weiterer, die Interventionen betreffender Diskussionsansatz bezieht sich auf die Frage, ob die Versuchsleiter die Interventionen wirklich MI-gerecht umgesetzt und somit bei den Teilnehmern Change Talk ausgelöst haben. Die leicht zu erlernenden Interventionen, der Gesprächsleitfaden, die gegebenen Beispielformulierungen sowie die fortlaufende Gruppensupervision können dies nicht vollständig garantieren. In Folgeanalysen könnten daher sowohl Teilnehmerantworten (DARN-CAT) als auch das Gesprächsverhalten der Versuchsleiter analysiert werden. Die Audioaufzeichnungen müssten hierzu transkribiert und an ein unabhängiges Institut übermittelt werden, welches die Gespräche zum Beispiel anhand des MITI (Moyers et al., 2005) kodiert.

Manualtreue

Die strenge Kontrolle der Manualtreue sollte aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ebenfalls kritisch diskutiert werden. Die Versuchsleiter der »Nüchternen Bestandsaufnahme« erzielten zwar ein hohes Maß an Manualtreue, konnten die Interventionen daher aber auch nur geringfügig oder gar nicht an die individuelle Veränderungsbereitschaft der Teilnehmer anpassen. Amrhein et al. (2003) konnten ebenfalls keine Überlegenheit einer hochmanualisierten Intervention nachweisen. Die Analysen der durchgeführten Interventionen zeigten zum Beispiel, dass Behandlungsbausteine aufgrund des Manuals unabhängig davon, ob ein Patient bereit war oder nicht, umgesetzt wurden. Ein hoch strukturiertes Manual kann daher die individuelle Anpassung an die Veränderungsbereitschaft des Klienten durch die

eingeschränkte Flexibilität erschweren. Dieser Hypothese entsprechen auch Ergebnisse von Hetteema et al. (2005), die bei weniger manualisierten Kurzinterventionen stärkere Effekte finden konnten.

Es lassen sich somit verschiedene, teilweise konkurrierende Erklärungsansätze für die mangelnde Effektivität der verschiedenen Interventionen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe identifizieren. Eine systematische Überprüfung der daraus resultierenden Implikationen für weitere Forschung wäre erstrebenswert, um langfristig einen effektiven Beitrag zu indizierten Präventionsmaßnahmen leisten zu können.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Theoretischer Hintergrund

Motivational Interviewing (MI) kann vor dem Hintergrund der Ergebnisse verschiedener Meta-Analysen (z. B. Burke et al., 2003; Hettema et al.) derzeit für die Behandlung von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen empfohlen werden. Wesentliche Merkmale des klientenzentrierten und direktiven Behandlungsansatzes sind (1) der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen, (2) die Förderung der Veränderungsbereitschaft und Zuversicht des Klienten und (3) die Vereinbarung der Behandlungsziele in gegenseitigem Einvernehmen (Miller & Rollnick, 2002). Die zunehmende Erweiterung der Anwendungsbereiche und die Entwicklung zahlreicher Adaptationen (AMIs) gehen jedoch häufig mit einer vagen Beschreibung der Behandlungsprogramme, einem Mangel an reliablen Instrumenten und einem äußerst geringen Interesse an der (Prozess-)Evaluation von Trainingsmaßnahmen einher (Demmel, 2003). Ein möglicher Ansatzpunkt zur Identifikation zentraler Wirkmechanismen sollte daher die Überprüfung der Effektivität einzelner Behandlungsbausteine unter strenger Kontrolle der Manualtreue sein (Burke et al., 2003; Demmel, 2005). Ergänzend sollten Maßnahmen zur Überprüfung der Behandlungsintegrität, wie Tonbandaufnahmen und Supervision, etabliert werden.

Fragestellung

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, ob die isolierten oder kombinierten Interventionen »Motivational Interviewing« und »Feedback« erfolgreich den riskanten Alkoholkonsum oder die daraus resultierende Konsequenzen reduzieren kann. Darüber hinaus soll die Überlegenheit der Interventionen gegenüber einer Kontrollgruppe und die Überlegenheit der kombinierten gegenüber den isolierten Interventionen überprüft werden.

Methode

Nach einem standardisierten Telefonscreening wurden 18 bis 60-jährige Teilnehmer mit riskantem Alkoholkonsum einer von vier Versuchsbedingungen zugewiesen, wobei die Randomisierung bereits vor Projektbeginn durchgeführt wurde. Die Teilnehmer absolvierten an drei Terminen im Abstand von jeweils 28 (+/- 7) Tagen

ein umfangreiches Assessment und nahmen darüber hinaus an folgenden Interventionen teil: (1) Feedback, (2) MI, (3) Feedback plus MI, (4) Kontrollgruppe.

Ergebnisse

Analyse der Prä- und Post-Daten zeigten weder signifikante Unterschiede in den Ausgangs- noch in den Post-Daten, so dass die Gruppen für alle weiteren Analysen zusammengefasst wurden. Es zeigte sich zwar eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums in allen Outcome-Maßen (QFI, TLFB, AUDIT-4), nicht aber eine Reduktion der Konsequenzen des Konsums (DrInC-4). Die Überprüfung MI-spezifischer Variablen zeigte keine Veränderung in der Wichtigkeit einer Verhaltensänderung, wohl aber eine signifikante Zunahme der Zuversicht, den Konsum reduzieren zu können. Die Überprüfung der Audiodateien zeigte ein hohes Maß an Manualtreue. Der Median der erreichten Gesamtpunktzahl lag in allen vier Gruppen bei über 90%. Die Einschätzungen der beiden unabhängigen Rater korrelierten in allen vier Interventionsgruppen signifikant miteinander.

Diskussion

Die verschiedenen Kurzinterventionen waren der Kontrollgruppe trotz des methodisch durchdachten Designs, der erfolgreichen Randomisierung und der gründlich geschulten Versuchsleiter nicht überlegen.

Gründe hierfür können in der Ausbildung der Versuchsleiter, im Screening (QFI, Regression zur Mitte), in der Stichprobe (Rekrutierungsbias, Stichprobengröße), in einem umfangreichen Assessment oder in den Interventionen selber (zu geringe Dosis, manualisierte Durchführung) liegen. Darüber hinaus muss die Wirksamkeit motivationaler Kurzinterventionen vor dem Hintergrund eines extrem hohen Konsums von Alkohol in der deutschen Allgemeinbevölkerung diskutiert werden.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

- Aalto, M., Saksanen, R., Laine, P., Forsström, R., Raikaa, M., Kiviluoto, M. et al. (2000). Brief interventions for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1680-1687.
- Aalto, M., Seppä, K., Mattila, P., Mustonen, H., Ruuth, K., Hyvärinen, H. et al. (2001). Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: A three-year randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 224-230.
- Agrawal, S., Sobell, M. & Sobell, L. (2008). The Timeline Followback: A scientifically and clinically useful tool for assessing substance abuse. In R. F. Belli, F. P. Stafford & D. F. Alwin (Hrsg.), *Calendar and time diary methods in life course research* (S. 57-68). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Allen, J., Litten, R., Fertig, J. & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(4), 613-619.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 862-878.
- Babor, T. F. (1994). Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: Does dissuasion make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1127-1140.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity* (Second Edition). Oxford: Oxford University Press.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. & Grant, M. (1992). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C., Rist, F. (2008). Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(11), 423-429.

- Ball, S. A., Todd, M., Tennen, H., Armeli, S. Mohr, C., Affleck, G. et al. (2007). Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. *Addictive Behaviors, 32*, 1105-1118.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L. & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence, 73*, 99-106.
- Bell, A. & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing in practice: A structured approach. In F. Rotgers, D. S. Keller & J. Morgenstern (Hrsg.). *Treating substance abuse: Theory and technique*. (S. 266-285). New York NY: Guilford Press.
- Bennett, G. A., Moore, J., Vaughan, T., Rouse, L., Gibbins, J. A., Thomas, P. et al. (2007). Strengthening motivational interviewing skills following initial training: A randomized trial of workplace-based reflective practice. *Addictive Behaviors, 32*, 2963-2975.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence, 77*, 49-59.
- Bernstein, J., Heeren, T., Edward, E., Dorfman, D., Bliss, C., Winter, M. et al. (2010). A brief motivational interview in a pediatric emergency department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. *Academic Emergency Medicine, 17* (8), 890-902.
- Bien, T. H., Miller, W. R. & Borouhgs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 21*, 347-356.
- Bien, T. H., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction, 88*, 315-336.
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational interviewing with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 728-733.

- Britt, E., Hudson, S. M. & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education and Counseling*, 53, 147-155.
- Brodie, D. A. & Inoue, A. (2005). Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 518-527.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.
- Brug, J., Spikmans, F., Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R. & Fereira, I. (2007). Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39, 8-12.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B. et al. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B. et al. (2002). *Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany*. Seattle, WA: Hogrefe and Huber.
- Burger, M., Bronstrup, A. & Pietrzik, K. (2004). Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: A systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Preventive Medicine*, 39, 111-127.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: what we know so far. In W. R. Miller & S. Rollnick (Hrsg.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.) (S. 217-250). New York: The Guildford Press.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.

- Ceperich, S. D. & Ingersoll, K. S. (2011). Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *Journal of Behavioral Medicine*, (in press).
- Channon, S. J., Huws-Thomas, M. V., Rollnick, S., Hood, K., Cannings-John, R. L., Rogers, C. et al. (2007). A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care*, *30*, 1390-1395.
- Daepfen, J., Bertholet, N., Gaume, J., Fortini, C., Raouzi, M. & Gmel, G. (2011). Efficacy of brief motivational intervention in reducing binge drinking in young men: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *113*, 69-75.
- Daepfen, J., Yersin, B., Landry, U., Pecoud, A. & Decrey, H. (2000). Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) embedded within a general health risk screening questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *24*, 659-665.
- Demmel, R. (2000). Prävention. In T. Poehlke, I. Flenker, A. Follmann, F. Rist und G. Kremer (Hrsg.), *Suchtmedizinische Versorgung. Band 1: Grundlagen der Behandlung* (S. 53-63). Berlin: Springer.
- Demmel, R. (2001). Motivational interviewing: Ein Literaturüberblick, *Sucht*, *47*, 171-188.
- Demmel, R. (2003). Motivational Interviewing: Mission Impossible? oder Kann man Empathie lernen? In H.-J. Rumpf & R. Hüllinghorst (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen* (S. 177-199). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Demmel, R. (2005). Motivational Interviewing. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 228-233). Berlin: Springer.
- Demmel, R. & Hagen, J. (2003a). The Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire: I. Scale development. *Sucht*, *49*, 292-299.
- Demmel, R. & Hagen, J. (2003b). The Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire: II. Prediction of alcohol use and clinical utility. *Sucht*, *49*, 300-305.

- Demmel, R. & Peltenburg, M. (2006). *Motivational Interviewing: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe* [DVD]. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen [Special issue]. *Sucht*, 47(2).
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A harm reduction approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Draycott, S. & Dabbs, A. (1998a). Cognitive dissonance 1: An overview of the literature and its integration into theory and practice of clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 341-353.
- Draycott, S. & Dabbs, A. (1998b). Cognitive dissonance 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 355-364.
- Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Dunn, E. C., Neighbors, C. & Larimer, M. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 44-52.
- Fishburne, J. & Brown, J. (2006). How do college students estimate their drinking? Comparing consumption patterns among quantity-frequency, graduated frequency, and timeline follow-back methods. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50(1), 15-33.
- Fleming, M., Baier-Manwell, L. (1999). Brief Intervention in Primary Care Settings. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 128-137.
- Freyer-Adam, J., Coder, B., Baumeister, S. E., Bischof, G., Riedel, J., Paatsch, K. et al. (2008). Brief alcohol intervention for general hospital inpatients: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 233-243.
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C. & John, U. (2011). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2011* (29-50). Geesthacht: Neuland.

- Glöckner-Rist, A. (2009). Der Schwartz Value Survey (SVS). In A. Glöckner-Rist (Hrsg.), *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. ZIS Version 13.00. Bonn: GESIS.
- Hagen, J. (2010). *Motivational Interviewing: Evaluation einer ärztlichen Fortbildung*. Unveröffentlichte Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R. & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*, 285-287.
- Heather, N. (1996). The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive Behaviors*, *21*(6), 857-868.
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A. & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, *15*, 29-38.
- Heaven, C., Clegg, J. & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, *60*, 313-325.
- Helmer, S., Mikolajczyk, R., Meier, S. & Krämer, A. (2010). Drogenkonsum von Studierenden – Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Public Health Forum*, *18*(2), 21.e1-21.e3. Internet: <http://www.elsevier.de/phf>
- Hester, R. K., Squires, D. D. & Delaney, H. D. (2004). The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *28*, 159– 169.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 91-111.
- Hiller, W., Beichhard, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive der Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie*, *57*(1), 7-22.
- Juárez, P., Walters, S. T., Daugherty, M. & Radi, C. (2006). A randomized trial of motivational interviewing and feedback with heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, *36* (6), 233-246.

- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M. & Hester, R. (1992). *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph Series. Volume 3: Cognitive-behavioral coping skills therapy manual. A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C. & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology, 11*, 319-332.
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A. & Bühringer, G. (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht, 57*(2), 119-129.
- Kypri, K., Langle, J. D., Saunders, J. B. & Cashell-Smith, M. L. (2006). Assessment may conceal therapeutic benefit: findings from a randomized controlled trial for hazardous drinking. *Addiction, 102*, 62-70.
- Laumeyer, S. (2002). *Psychometrische Eigenschaften und Faktorenstruktur einer deutschsprachigen Version des Drinker Inventory of Consequences (DrInC)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Longabaugh, R., Woolard, R. F., Nirenberg, T. D., Minugh, A. P., Becker, B., Clifford, P. R. et al. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 806-816.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual und Testunterlagen* (2. Auflage). Karlsruhe: Pfizer.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice, 20* (2), 137-160.
- Mann, H. & Whitney, D. (1947). On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of mathematical Statistics, 18*, 50-60.
- Martino, S., Carroll, K. M., Nich, C. & Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction, 101*, 1479-1492.

- McNally, A. M., Palfai, T. P. & Kahler, C. W. (2005). Motivational interventions for heavy drinking college students: examining the role of discrepancy-related psychological processes. *Psychology of Addictive Behaviors, 19* (1), 79-87.
- Mhurchu, C. N., Margetts, B. M. & Speller, V. (1998). Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. *Clinical Science, 95*, 479-487.
- Miller, W. R., C'de Baca, J., Matthews, D. B. & Wilbourne, P.L. (2001). Personal values card sort. Verfügbar unter <http://casaa.unm.edu>.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guildford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapie, 37*, 129-140.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2010). What makes it Motivational Interviewing? Presentation at the International Conference on Motivational Interviewing (ICMI). Stockholm, June 6, 2010. Abgerufen von <http://ww.fhi.se/Dokuments/ICMI/Dokumentation/June-6/Miller-and-Rollnick-june6-pre-conference-workshop.de>
- Miller, W. R. & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Howard & P. E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. & Brigham, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 25-39.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G. & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy, 16*, 251-268.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabaugh, R. (1995). The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): an instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. *Project MATCH Monograph Series Volume 4*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD.

- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1050-1062.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. & Rychtarik, R. G. (1992/1999). *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph Series. Volume 2: Motivational enhancement therapy manual. A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and alcohol dependence*. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Mitcheson, L., Bhavsar, K. & McCambridge, J. (2009). Randomized trial of training and supervision in motivational interviewing with adolescent drug treatment practitioners. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*, 73-78.
- Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Gwaltney, C. J., Spirito, A., Rohsenow, D. J. et al. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction, 102*, 1234-1243.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E. & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction, 97*, 279-292.
- Moyers, T. B., Manuel, J. K., Wilson, P. G., Hendrickson, S. M. L., Talcott, W. & Durand, P. (2008). A randomized trial investigating training in motivational interviewing for behavioral health providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 149-162.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L. & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, 19-26.
- Murphy, J. G., Duchnick, J. J., Vuchinich, R. E., Davison, J. W., Karg, R. S., Olson, A. et al. (2001). Relative efficacy of a brief motivational intervention for college student drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors, 15* (4), 373-379.
- Nicolai, J. (2007). *The Comprehensive Alcohol Expectancy Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis, Measurement Invariance, and Concurrent Validity*. Unveröffentlichte Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

- Nowinski, J., Baker, S. & Carroll, K. (1992). *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph Series. Volume 1: Twelve step facilitation therapy manual. A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Osborne, J. (2002). Notes on the use of data transformations. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8 (6), 1-8.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), 36-46.
- Pabst, A., Piontek, D. Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56(5), 327-336.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300-1311.
- Reinecker, H. (2000). Selbstmanagement. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1*. (S. 525-540). Berlin, Germany: Springer-Verlag.
- Rist, F., Demmel, R., Hapke, U., Kremer, G. & Rumpf, H.-J. (2004). Riskanter, schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF. *Sucht*, 50(2), 102-112.
- Rist, F., Scheuren, B., Demmel, R., Hagen, J. & Aulhorn, I. (2003). Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Küfner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES): Version 3.00*. Mannheim, Germany: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

- Roberts, L. J., Neal, D. J., Kivlahan, D. R., Baer, J. S. & Marlatt, G. A. (2000). Individual drinking changes following a brief intervention among college students: Clinical significance in an indicated preventive context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 500-505.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of a science, Volume 3: Formulations of the person and the social context* (S. 184-256). New York, NY: McGraw-Hill.
- Rollnick, S. & Bell, A. (1991). Brief motivational interviewing for use by the nonspecialist. In W. R. Miller & S. Rollnick (Hrsg.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour* (S. 203-213). New York, NY: The Guilford Press.
- Rollnick, S., Heather, N. & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health UK*, 1, 25-37.
- Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Rollnick, S. & Miller, W. R., (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York, NY: The Guilford Press.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A. & John, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(5), 894-898.
- 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, 9-17.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR) Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Saitz, R., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2008* (205-208). Geesthacht: Neuland.

- Saitz, R., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Horton, N. J., Freedner, N., Dukes, K. et al. (2007). Brief interventions for medical inpatients with unhealthy alcohol use. *American College of Physicians, 146*(3), 167-178.
- Schmaling, K. B., Blume, A. W. & Afari, N. (2001). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing to change attitudes about adherence to medications for asthma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 8*, 167-171.
- Schneider, R. J., Casey, J. & Kohn, R. (2000). Motivational versus confrontational interviewing: A comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs. *The Journal of Behavioral Health Services and Research, 27*, 60-74.
- Seitz, H. K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205-208). Geesthacht: Neuland.
- Smith, J. L., Amrhein, P. C., Brooks, A. C., Carpenter, K. M., Levin, D., Schreiber, E. A. et al. (2007). Providing life supervision via teleconferencing improves acquisition of motivational interviewing skills after workshop attendance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33*, 163-168.
- Sobell, L., Agrawal, S., Sobell, M., Leo, G., Young, L., Cunningham, J. et al. (2003). Comparison of a Quick Drinking Screen with the Timeline Followback for Individuals with Alcohol Problems. *Journal of Studies on Alcohol, 64* (6), 858-861.
- Sobell, L. & Sobell, M. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods* (S. 41-72). Totowa, NJ US: Humana Press.
- Sobell, L. & Sobell, M. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). In American Psychiatric Association (Hrsg.), *Handbook of Psychiatric Measures* (S. 477-479). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J. et al. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of Pediatrics, 396*-402.

- Tappin, D. M., Lumsden, M. A., Gilmour, W. H., Crawford, F., McIntyre, D., Stone, D. H. et al. (2005). Randomised controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers quit or cut down. *British Medical Journals*, 331, 373-377.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G. & Cox, H. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 328-335.
- Walters, S. T., Madson, S. A., Baer, J. S. & Ziedonis, D. M. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: A systematic review. *Journal of Substance Treatment*, 29, 283-293.
- Walters, S. T., Vader, A. M., Harris, T. R., Field, C. A. & Jouriles, E. N. (2009). Dismantling motivational interviewing and feedback for college drinkers: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (1), 64-73.
- Webb, G., Redmann, S., Sanson-Fisher, R., Gibberd, R. (1990). Comparison of a quantity-frequency method and a diary method of measuring alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(3), 271-277.
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 557-580.
- World Health Organization (2010). Global Alcohol Database. Internet: <http://www.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>.
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M. & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification*, 30, 315-340.
- Zimmer, V. (2007). *A Brief Intervention for Alcohol Problems and Smoking Delivered by General Practitioners: A Randomised Controlled Trial*. Unveröffentlichte Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

A n h a n g

Anhang A: Versuchsleiterschulung

Literatur

- Demmel, R. (2005). Motivational Interviewing. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 228-233). Berlin: Springer.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.

Lehr-DVD

- Demmel, R. & Peltenburg, M. (2006). *Motivational Interviewing: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe* [DVD]. Geesthacht: Neuland.

Ralf Demmel & Michael Peltenburg

Motivational Interviewing: Kommunikation auf gleicher Augenhöhe



© 2006 Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Vertrieb: www.NEULAND.com

Anhang A: Versuchsleiterschulung

Präsentation

Motivational Interviewing:
Psychotherapie auf Augenhöhe

Ralf Demmel
Universität Münster



William R. Miller



Stephen Rollnick

📖 Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York, NY: Guilford Press.

📖 Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861.

Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *SÜCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 47, 171-188.

Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.

Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

Hettema, Steele & Miller (2005)

- + Alkoholabhängigkeit (N = 31)
- + Drogenabhängigkeit (N = 14)
- Nikotinabhängigkeit (N = 6)
- + Bewegung/Ernährung (N = 4)
- + Bewässerung (N = 4)
- Essstörungen (N = 1)
- + Compliance (N = 5)
- + Glücksspiel (N = 1)
- + HIV/AIDS (N = 5)

N = number of randomized controlled trials

Burke, Arkowitz, & Menchola (2003)

- + Alkoholabhängigkeit (N = 15)
- + Drogenabhängigkeit (N = 5)
- Nikotinabhängigkeit (N = 2)
- + Bewegung/Ernährung (N = 4)
- HIV/AIDS (N = 2)

N = number of randomized controlled trials

Was ist Motivational Interviewing?

Motivational interviewing is a directive, client-centered counselling style for eliciting behaviour change by helping clients to explore and resolve ambivalence.

Oxford English Dictionary

interview (a) mutual view (of each other);
(b) a view, glance, glimpse (of a thing)

Angewandte Sozialpsychologie

- (1) Express empathy (Empathie)
- (2) Develop discrepancy (Motivation)
- (3) Roll with resistance (Widerstand)
- (4) Support self-efficacy (Zuversicht)

Angewandte Sozialpsychologie

- (1) Express empathy (Selbstwahrnehmung)
- (2) Develop discrepancy (Kognitive Dissonanz)
- (3) Roll with resistance (Psychologische Reaktanz)
- (4) Support self-efficacy (Selbstwirksamkeit)

Angewandte Sozialpsychologie

- (1) Express empathy (Empathie)

Angetäuschte Empathie

- ✓ Dauer des Gesprächs
- ✓ Nonverbale Kommunikation
- ✓ Floskeln (»Ich verstehe das!«)
- ✓ Paralinguistik (»Mmh ... «)
- ✓ Erwartungen (Halo-Effekte etc.)

Sie trinken mehr als 87% der Männer Ihrer Altersgruppe

Mehr als 87% . . . ? Das kann doch gar nicht sein . . . Wenn ich mir so meine Kollegen anschau . . . die trinken doch alle viel mehr als ich . . .

How not to do it .

Das höre ich hier ständig

Sie verschwenden meine Zeit .

Lassen Sie uns doch offen miteinander sprechen .

Motivational Interviewing

Das überrascht Sie!

Das können Sie kaum glauben!

Das haben Sie nicht erwartet!

Das sehen Sie anders!

Sie finden nicht, dass Sie besonders viel trinken!

aufmerksames Zuhören
+ kurze Zusammenfassung
= Reflective Listening

📖 Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). Oxford: Oxford University Press.

Lambert & Barley (2002)

techniques (15%)
expectancy (15%)
extratherapeutic change (30%)
common factors (40%)

Varianzaufklärung

6 Monate	67%
12 Monate	42%
24 Monate	26%

Empathie – na und ???

- (1) Missverständnisse vermeiden
- (2) Wechsel der Perspektive »belegen«
- (3) »Selbsterkenntnis« fördern
- (4) »Widerstand« reduzieren

Also wenn ich mir so meine Kollegen anschau ... die trinken doch alle viel mehr als ich ...

- (1) Das höre ich hier ständig ...
- (2) Das sehen Sie ganz anders: Sie finden nicht, dass Sie besonders viel trinken ...
- (3) Ich wollte mit Ihnen eigentlich gar nicht über Ihre Kollegen sprechen ...
- (4) Lassen Sie uns doch offen miteinander reden ...

Also wenn ich mir so meine Kollegen anschau ... die trinken doch alle viel mehr als ich ...

- (1) Das höre ich hier ständig ...
- (2) Das sehen Sie ganz anders: Sie finden nicht, dass Sie besonders viel trinken ...
- (3) Ich wollte mit Ihnen eigentlich gar nicht über Ihre Kollegen sprechen ...
- (4) Lassen Sie uns doch offen miteinander reden ...

Da hat man einmal was getrunken und wird angehalten ... Ja, glauben Sie denn wirklich, andere lassen den Wagen stehen, wenn die was getrunken haben?

- (1) Aber es geht jetzt doch um Sie ... Was die anderen machen, ist doch völlig egal ...
- (2) Es ärgert Sie gewaltig, dass ausgerechnet Sie jetzt hier auf der Anklagebank sitzen ...
- (3) Rein statistisch ist das ganz unwahrscheinlich, dass die Polizei jemanden anhält, der "nur mal eben ausnahmsweise" etwas mehr getrunken hat ...
- (4) Sie sollten das nicht auf die leichte Schulter nehmen!

Da hat man einmal was getrunken und wird angehalten ... Ja, glauben Sie denn wirklich, andere lassen den Wagen stehen, wenn die was getrunken haben?

- (1) Aber es geht jetzt doch um Sie ... Was die anderen machen, ist doch völlig egal ...
- (2) Es ärgert Sie gewaltig, dass ausgerechnet Sie jetzt hier auf der Anklagebank sitzen ...
- (3) Rein statistisch ist das ganz unwahrscheinlich, dass die Polizei jemanden anhält, der "nur mal eben ausnahmsweise" etwas mehr getrunken hat ...
- (4) Sie sollten das nicht auf die leichte Schulter nehmen!

Ich bin nur hierher gekommen, weil mein Vater das wollte ... Der regt sich fürchterlich auf, weil ich ab und an mal kiffe ... total bescheuert ...

- (1) Ihren Eltern liegt offensichtlich viel an Ihnen ... Vielleicht sollten Sie ihre Sorgen ernster nehmen ...
- (2) Ihr Vater hat nicht ganz Unrecht: Cannabis ist nicht so harmlos, wie viele Leute denken.
- (3) Sie meinen, Ihr Vater übertreibt ... Sie sind nur hier, weil er Druck macht ...
- (4) Was machen Sie denn sonst so in Ihrer Freizeit? Kiffen Ihre Freunde auch?

Ich bin nur hierher gekommen, weil mein Vater das wollte ... Der regt sich fürchterlich auf, weil ich ab und an mal kiffe ... total bescheuert ...

- (1) Ihren Eltern liegt offensichtlich viel an Ihnen ... Vielleicht sollten Sie ihre Sorgen ernster nehmen ...
- (2) Ihr Vater hat nicht ganz Unrecht: Cannabis ist nicht so harmlos, wie viele Leute denken.
- (3) Sie meinen, Ihr Vater übertreibt ... Sie sind nur hier, weil er Druck macht ...
- (4) Was machen Sie denn sonst so in Ihrer Freizeit? Kiffen Ihre Freunde auch?

Ich habe meinem Sohn gestern eine geknallt ... Danach habe ich mich ganz elend gefühlt. Das darf einfach nicht passieren ...

- (1) Das passiert jedem mal ... Nehmen Sie sich das nicht so zu Herzen ...
- (2) Und gerade weil es Ihnen so wichtig ist, die Kinder nicht zu schlagen, machen Sie sich Vorwürfe ...
- (3) Was hat er denn gemacht? Warum haben Sie ihn denn ge schlagen?
- (4) Wahrscheinlich hat Ihr Sohn das besser weggesteckt als Sie ...

Ich habe meinem Sohn gestern eine geknallt ... Danach habe ich mich ganz elend gefühlt. Das darf einfach nicht passieren ...

- (1) Das passiert jedem mal ... Nehmen Sie sich das nicht so zu Herzen ...
- (2) Und gerade weil es Ihnen so wichtig ist, die Kinder nicht zu schlagen, machen Sie sich Vorwürfe ...
- (3) Was hat er denn gemacht? Warum haben Sie ihn denn ge schlagen?
- (4) Wahrscheinlich hat Ihr Sohn das besser weggesteckt als Sie ...

Ich weiß nicht, was ich machen soll ... Ich weiß ja noch nicht mal, von wem das Kind ist, wahrscheinlich von irgendeinem Freier. Zuerst dachte ich: »Auf jeden Fall abtreiben!«, aber vielleicht sollte ich das Kind behalten und 'ne Therapie machen ... Vielleicht komme ich dann endlich vom Stoff los, wenn ich mich um das Kind kümmern muss ...

- (1) Ein mutiger Schritt: Das kann eine Chance, ein Neuanfang sein ...
- (2) Haben Sie sich das gut überlegt? Ich bin da offen gestanden nicht so zuversichtlich ...
- (3) Sie sind hin und her gerissen: Einerseits wissen Sie nicht, wie das werden soll ... andererseits verbinden Sie mit dem Baby aber auch große Hoffnungen ...
- (4) Wie wollen Sie denn für sich und das Kind sorgen?

Ich weiß nicht, was ich machen soll ... Ich weiß ja noch nicht mal, von wem das Kind ist, wahrscheinlich von irgendeinem Freier. Zuerst dachte ich: »Auf jeden Fall abtreiben!«, aber vielleicht sollte ich das Kind behalten und 'ne Therapie machen ... Vielleicht komme ich dann endlich vom Stoff los, wenn ich mich um das Kind kümmern muss ...

- (1) Ein mutiger Schritt: Das kann eine Chance, ein Neuanfang sein ...
- (2) Haben Sie sich das gut überlegt? Ich bin da offen gestanden nicht so zuversichtlich ...
- (3) Sie sind hin und her gerissen: Einerseits wissen Sie nicht, wie das werden soll ... andererseits verbinden Sie mit dem Baby aber auch große Hoffnungen ...
- (4) Wie wollen Sie denn für sich und das Kind sorgen?

Angewandte Sozialpsychologie

- (1) Express empathy (Empathie)
- (2) Develop discrepancy (Motivation)

Wie wichtig ist es Ihnen, weniger Alkohol zu trinken?
Wie denken Sie im Moment darüber?

unwichtig 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 sehr wichtig

Wie wichtig ist es Ihnen, weniger Alkohol zu trinken?
Wie denken Sie im Moment darüber?

unwichtig 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 sehr wichtig

Okay, eine »3« ... Andere Dinge sind zur Zeit offensichtlich wichtiger. Aber ganz unwichtig ist es Ihnen auch nicht ... Warum nicht »0«?

Also eine »3« ... Könnte sich das mal ändern? Dass Sie also sagen: Ich sollte vielleicht doch weniger trinken. Wann bzw. wie könnte aus der »3« eine »4« oder »5« werden?

Im Moment erscheint es Ihnen nicht so wichtig, weniger zu trinken. Was sind denn die guten Seiten am Alkohol? ... Und was sind die weniger guten Seiten?

Feedback

- sachliche und wertungsfreie Rückmeldung
- Vergleich mit Referenzgruppe (Alter, Geschlecht etc.)
- Schlussfolgerungen werden dem Patienten überlassen
- Interpretationshilfe wird lediglich angeboten
- keine Beweisführung, keine »Entlarvung«
- Diagnostik ja, »Etikettierung« nein

Sie trinken mehr als 87% der Männer Ihrer Altersgruppe

Angewandte Sozialpsychologie

- (1) Express empathy (Empathie)
- (2) Develop discrepancy (Motivation)
- (3) Roll with resistance (Widerstand)

Widerstand? Reaktanz!

Ambivalenz

Widerstand: Was tun?

- Simple Reflection
- Amplified Reflection
- Double-Sided Reflection
- Shifting Focus
- Agreement with a Twist
- Reframing

Angewandte Sozialpsychologie

- (1) Express empathy (Empathie)
- (2) Develop discrepancy (Motivation)
- (3) Roll with resistance (Widerstand)
- (4) Support self-efficacy (Zuversicht)

Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, weniger Alkohol zu trinken:
Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie das schaffen würden?

überhaupt nicht 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 absolut

PD Dr. rer. nat. Ralf Demmel, Dipl.-Psych.
Psychologischer Psychotherapeut (VT)
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Psychologisches Institut I
Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie
Fliederstr. 21, 48149 Münster
Tel: (02 51) 83-3 41 94
Fax: (02 51) 83-3 13 31
E-Mail: demmel@psy.uni-muenster.de

Anhang A: Versuchsleiterschulung

Liste mit DONT's

- (1) Nicht zu viel in zu kurzer Zeit erreichen wollen!
- (2) Patienten nicht im Unklaren über die Ziele der Intervention lassen!
- (3) Nicht »um den heißen Brei reden«!
- (4) Nicht pathologisieren!
- (5) Keine »Krankheitseinsicht« erzwingen!
- (6) Nicht moralisieren!
- (7) Nicht »überführen« oder »entlarven«!
- (8) Nicht »verordnen«!
- (9) Nicht zu viel reden!
- (10) Nicht drängen!
- (11) Nicht »in die Enge treiben«!
- (12) Nicht »ausfragen« oder »verhören«!
- (13) Nicht ohne Erlaubnis loslegen!
- (14) Nicht (ab)werten!
- (15) Nicht »übereifrig« sein!
- (16) Nicht plötzlich das Thema wechseln!
- (17) Keine Vorwürfe machen!
- (18) Den Patienten nicht »in eine Schublade stecken«!
- (19) Keine Anschuldigungen machen!
- (20) Nicht (herum)argumentieren!
- (21) Nicht ermahnen!
- (22) Nicht »dozieren«!
- (23) Kein schlechtes Gewissen machen!
- (24) Nicht durch »Logik« überzeugen wollen!
- (25) Nicht »das letzte Wort haben wollen«!
- (26) Nicht »pfiFFiger« oder »schlauer« sein wollen!
- (27) Nicht »die Richtung verlieren«!
- (28) Den Patienten nicht »schwimmen« lassen!
- (29) Nicht »predigen«!
- (30) Nicht »herumdeuteln«!
- (31) Nicht »abwürgen«!
- (32) Nicht ins Wort fallen!

Anhang B: Projektwerbung

Pressemitteilung

Nüchterne Bestandsaufnahme des eigenen Alkoholkonsums

Alkohol – ein heikles Thema: Wie viel ist zu viel? Wer sollte seinen Konsum einschränken? Welche Mengen schaden der Gesundheit?

Die Berichterstattung der Medien ist mitunter widersprüchlich und für den Laien ist es zudem oft schwierig, die verschiedenen Informationen einzuordnen („Ist Rotwein denn nun wirklich gesund?“).

Das Psychologische Institut I der Universität Münster bietet daher im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie einen kostenlosen und anonymen „Alkohol-Check-up“ an. Die Ergebnisse eines ausführlichen Interviews sollen den Teilnehmern Gelegenheit zu einer sachlichen Bewertung ihrer persönlichen Gewohnheiten – einer „nüchternen“ Bestandsaufnahme – geben: Wie viel trinke ich im Vergleich zu anderen Männern bzw. Frauen? Sollte ich mir wegen meines Alkoholkonsums Sorgen machen? Ist mein derzeitiger Alkoholkonsum mit meinen persönlichen Zielen vereinbar?

Der Aufwand ist überschaubar: Die Teilnahme dauert insgesamt drei bis vier Stunden (drei Termine im Abstand von jeweils 28 Tagen).

Anmeldung und weitere Auskünfte ab dem 19.05.2008 montags bis freitags zwischen 16.00 und 18.00 Uhr (Tel. 0251/83-34112) oder per E-mail an langenber@uni-muenster.de (Betreff: Nüchterne Bestandsaufnahme).

Anhang B: Projektwerbung

Anschreiben und Faktenblatt

WWU | Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft | Fliednerstraße 21 | 48149 Münster

Martin Mustermann
Musterstraße 1

12345 Musterstadt

PD. Dr. Ralf Demmel

Projektleitung

Fliednerstraße 21
48149 Münster

PD. Dr. Ralf Demmel
Tel. +49 251 83-34194
Fax +49 251 83-31333

demmel@psy.uni-muenster.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

Alkoholabhängigkeit ist ein Stigma. Die Behandlung alkoholabhängiger Patienten ist in vielerlei Hinsicht hochschwierig: So erreichen Behandlungsangebote die meisten Patienten – wenn überhaupt – erst nach weit fortgeschrittener Abhängigkeitsentwicklung. Die Ergebnisse zahlreicher Studien belegen jedoch, dass bereits eine minimale Intervention die Behandlungsmotivation alkoholabhängiger Patienten fördern kann. Die Praxistauglichkeit solcher Interventionen konnten wir in einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie bereits nachweisen. Nun möchten wir einen Schritt weitergehen.

In Kooperation mit der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie bietet die Universität Münster Patienten zwischen 18 und 60 Jahren die Gelegenheit zu einer »nüchternen Bestandsaufnahme«. Diese niedrigschwellige Intervention soll die Bereitschaft, weiterführende Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen, erhöhen und so möglichst früh der Entwicklung einer (schweren) Abhängigkeit vorbeugen. Da dieses Angebot (drei Gespräche von jeweils einer halben bis zu einer Stunde) im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsvorhabens evaluiert wird, ist die Teilnahme kostenlos.

Interessierte Patienten können sich ab sofort donnerstags von 10.00 Uhr bis 19.00 Uhr über die Nüchterne Bestandsaufnahme informieren (Tel: 0251 / 83-39415).

Selbstverständlich gebe ich Ihnen auch gerne persönlich Auskunft über unser Angebot.

Mit freundlichem Gruß



Ralf Demmel

Das Wichtigste in Kürze

Das Angebot

- Kostenloser „Alkohol-Check-up“ im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie
- Zwei Follow-up's nach 4 und 8 Wochen

Ziele

- Frühintervention
- Sekundäre Prävention von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch

Ablauf

- Erste Kontaktaufnahme per Telefon
- Aufklärung, Screening, Terminvereinbarung
- Drei Termine im Abstand von jeweils 28 Tagen
- Dauer: zwischen 30 und 120 Minuten pro Termin
- Diagnostik, ein Gespräch, zwei Follow-up's

Teilnehmer

- Männer und Frauen
- Alter: 18 bis 60 Jahre
- Keine psychiatrische oder psychotherapeutische Vorbehandlung

Ort

- Psychologisches Institut I der Westfälischen Wilhelms-Universität, Fliednerstraße 21, 48149 Münster

Kosten

- Keine

Mitarbeiter

- Leitung: Priv.-Doz. Dr.rer.nat. Ralf Demmel, Hochschuldozent für Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Koordination: Andrea Langenberg, Dipl.Psychologin
- Ein Team aus Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Kontakt

- Information und Kontaktaufnahme: Frau Andrea Langenberg, donnerstags von 10.00 bis 19.00 unter (0251) 83-39 415
- E- mail: langenberg@uni-muenster. de



Psychologisches Institut I
Klinische Psychologie / Psychotherapie
und Psychologische Diagnostik

Nüchterne Bestandsaufnahme



Psychologisches Institut I
Fliednerstraße 21 | 48149 Münster

PD. Dr. Ralf Demmel

Fliednerstraße 21
48149 Münster

Tel. +49 251 83-34194
Fax +49 251 83-31333

E-mail: demmel@psy.uni-muenster.de

wissen.leben
WWU Münster

Anhang B: Projektwerbung

Flyer

Anfahrt

Anschrift

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
 Psychologisches Institut I
 Klinische Psychologie/Psychotherapie und
 Psychologische Diagnostik
 Fliednerstraße 21
 48149 Münster
www.psy.uni-muenster.de

Öffentliche Verkehrsmittel

Ab Hauptbahnhof Münster Buslinie 5, 11 oder 12
 Richtung Gievenbeck bis Haltestelle
 „Schreiberstraße“. Von-Esmarch-Straße
 überqueren und in Fliednerstraße einbiegen.

Mit dem PKW

Autobahn aus Richtung Süden/Westen
 A1/A43 bis Münster Süd, B 219 stadteinwärts.
 Links auf Kolde-Ring. Am Coesfelder Kreuz links
 in Von-Esmarch-Straße, dann zweite Kreuzung
 links in Fliednerstraße abbiegen.

Autobahn aus Richtung Norden
 A1 bis Münster Nord, dann B 54 stadteinwärts.
 Rechts auf Orleans-Ring. Am Coesfelder Kreuz
 rechts in Von-Esmarch-Straße, dann zweite
 Kreuzung links in die Fliednerstraße.

Nüchterne Bestandsaufnahme



Angebot	Das Wichtigste in Kürze	Kontakt
<p>Ein Gläschen in Ehren, kann niemand verwehren... Wirklich nicht?</p> <p>Alkohol – ein heikles Thema. Darüber redet man nicht gerne. Schnell misslingt ein Gespräch und gerät zu einem Schlagabtausch. Außerdem hört man in den Medien auch viel Widersprüchliches und für den Laien ist es oft schwierig, das alles richtig einzuordnen (»Wie viel ist denn eigentlich zu viel?«).</p>	<p>Wer kann teilnehmen?</p> <p>Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 60 Jahren.</p> <p>Unser Angebot ist auf Interessierte zugeschnitten, die sich <u>erstmalig</u> beraten lassen möchten und bislang nicht wegen anderer Probleme, zum Beispiel einer Depression oder Ängsten, von einem Psychotherapeuten oder Psychiater behandelt wurden.</p>	<p>Leitung</p> <p>Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel Dipl. Psychologe Hochschullehrer für Klinische Psychologie und Psychotherapie Psychologischer Psychotherapeut (VT)</p> <p>An wen muss ich mich wenden, wenn ich Interesse habe?</p>
<p>Wir möchten Ihnen daher Gelegenheit zu einer nüchternen Bestandsaufnahme geben.</p> <p>Wie viel trinke ich im Vergleich zu anderen Männern und Frauen? Sollte ich mir wegen meines Alkoholkonsums Sorgen machen? Muss ich mit Folgen für meine Gesundheit rechnen?</p>	<p>Ist die Teilnahme sehr aufwendig?</p> <p>Nein! Die Teilnehmer sprechen dreimal mit einer Mitarbeiterin der Ambulanz. Die Gespräche dauern jeweils eine halbe bis zwei Stunden (einschließlich Ausfüllen eines Fragebogens).</p>	<p>Andrea Langenberg, Dipl. Psychologin E-Mail: langenberg@uni-muenster.de Tel.: (02 51) 83 – 3 94 15</p> <p>Frau Langenberg leitet das Team der nüchternen Bestandsaufnahme und vereinbart mit Ihnen die Termine.</p>
<p>Im Laufe von drei Gesprächen werden wir versuchen, gemeinsam Antworten auf diese und andere – Ihrer (!) – Fragen zu finden.</p>	<p>Wo muss ich hin?</p> <p>Sie finden uns in der Fliedherstraße 21 (Nähe Uni-Klinik-Türme) in Münster. Anfahrt: siehe Rückseite</p>	<p>Wann und wie kann ich mich anmelden?</p> <p>Donnerstag, 10:00 bis 19:00 Uhr Tel.: (02 51) 83 – 3 94 15</p>
<p>Ich würde mich freuen, wenn möglichst viele die Gelegenheit zu einer nüchternen Bestandsaufnahme nutzen.</p>	<p>Was kostet die Teilnahme?</p> <p>Da wir im Rahmen eines Kooperationsprojekts den Erfolg des Angebots überprüfen möchten, entstehen für die Teilnehmer keinerlei Kosten.</p>	<p>Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an unser Sekretariat. Tel.: (02 51) 83 – 3 41 12</p>
<p>PD Dr. Ralf Demmel</p>		<p>Sie können uns auch eine E-mail schreiben: langenberg@uni-muenster.de</p>

Anhang C: Screening

Screeningbogen

Gesprächsführer:	Datum:
------------------	--------

_____, Universität Münster, guten Tag!

Ok! Ich würde Ihnen gerne erst einmal kurz erzählen, worum es eigentlich geht und Ihnen dann einige Fragen stellen. Einverstanden?Okay....

Informationen zur Studie (bitte langsam erklären, da wir nicht genau wissen, wie detailliert die Presse unseren Presstext wirklich abdruckt!)

Die Universität Münster bietet derzeit im Rahmen einer Studie die Möglichkeit zu einer kostenlosen „nüchternen Bestandsaufnahme“ des eigenen Alkoholkonsums an.

Hierbei werden die Teilnehmer unter anderem in Fragebögen und persönlichen Gesprächen zu ihrem Alkoholkonsum befragt und bekommen Rückmeldung zu ihren Angaben oder sprechen mit einer Projektmitarbeiterin über mögliche Motive, den Alkoholkonsum einzuschränken.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen einen Beitrag zur Verbesserung von Präventionsmaßnahmen leisten.

Organisatorisch sieht es so aus, dass es drei Termine im Abstand von jeweils 28 Tagen, also jeweils vier Wochen gibt, die **insgesamt** circa drei bis vier Stunden dauern.

Abklärung Interesse

Haben Sie Interesse teilzunehmen?

1 ja

2 nein

(→ **Ende: Kein Interesse**)

Information über Fragen + Erklärungen zum Abbruch der Befragung

Gut, dann würde ich Ihnen jetzt gerne einige Fragen zu möglichen Vorbehandlungen stellen und Sie dann kurz zu Ihrem Alkoholkonsum befragen. Einverstanden?

1 ja

2 nein

(→ **Ende: Ablehnung Telefonscreening**)

O.k., wichtig wäre noch der Hinweis, dass Sie die Befragung natürlich jederzeit abbrechen könne, wenn Sie die von mir erfragten Informationen – aus welchen Gründen auch immer - nicht geben möchten. Gut. Wollen wir starten? Okay.....

Allgemeine Fragen zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien

Darf ich vorab noch fragen wie alt Sie sind?

_____ Jahre

- 1 < 18 oder > 60 Jahre (→ **Ausschluss Alter**)
 2 18 – 60 Jahre

Okay, dann würde ich Ihnen jetzt gerne einige Fragen zu möglichen Vorbehandlungen stellen.

Wurden Sie schon einmal wegen irgendwelcher Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten, Alkohol oder illegalen Drogen behandelt?

- 1 ja (→ **Ausschluss Vorbehandlung**)
 2 nein

Waren Sie jemals wegen psychischer Probleme bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater in Behandlung?

- 1 ja (→ **Ausschluss Komorbidität**)
 2 nein

Waren Sie schon einmal Patient in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik?

- 1 ja (→ **Ausschluss Komorbidität**)
 2 nein

Wenn Ausschluss, dann

Alter

Wir dürfen lediglich Personen zwischen 18 und 60 Jahren in unsere Studie aufnehmen...

Alkoholabhängigkeit/Komorbidität

Da wir eine wissenschaftliche Studie durchführen und keine umfangreiche Behandlung anbieten, dürfen wir leider nur Personen aufnehmen, die bisher noch nicht wegen irgendwelcher Probleme behandelt worden sind.

Sucht:

Wir würden Ihnen aber gerne, wenn Sie Interesse haben, die Kontaktdaten der suchtspezifischen Ambulanz der LWL-Klinik Münster geben, damit Sie dort Kontakt aufnehmen können (Tel.: 0251/591-4877).

Andere Komorbiditäten:

Wir würden Ihnen aber gerne, wenn Sie Interesse haben, die Kontaktdaten unserer Ambulanz geben, damit Sie dort Kontakt aufnehmen können (Tel.: 0251/83-34140).

Wenn Einschluss, dann

Dann würde ich Ihnen jetzt gerne einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum stellen:

*Fragen zum Alkoholkonsum***ITEM 1**

An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 28 Tage (also während der letzten vier Wochen) Alkohol getrunken?

an _____ Tagen (Minimum = 0; Maximum = 28)

Bei der nächsten Frage, die ich Ihnen stellen möchte, sind mehrere Antworten möglich. Sie können zum Beispiel angeben, dass Sie Bier und Spirituosen getrunken haben oder ausschließlich Wein usw.

ITEM 2

Wenn Sie während der letzten 28 Tage Alkohol getrunken haben: Wie viele Gläser von welchen Getränken haben Sie dann **an einem typischen Tag** getrunken?

Bier (0,2 l)	_____	Gläser
Bier (0,33 l)	_____	Gläser
Bier (0,5 l)	_____	Gläser
Wein/Sekt (0,2 l)	_____	Gläser
Spirituosen (0,02 l)	_____	Gläser

Einen Moment mal bitte kurz.....

(An dieser Stelle bitte schnell die oben genannten Gläser übertragen, Gramm Reinalkohol in der zugehörigen Tabelle nachschauen, aufsummieren, mit der Anzahl der Trinktage [siehe erstes Alkoholitem] multiplizieren und dann durch 28 teilen. Das Ergebnis ist der QF-Index [graues Feld], der den durchschnittlichen Konsum Reinalkohol pro Tag angibt. Der Wert sollte für Frauen > 20 und für Männer > 30 sein, damit eine Teilnahme an der Studie möglich ist)

Wenn Einschluss, dann

Okay... weiter geht's! Bei der nächsten Frage geht es um das gesamte letzte Jahr. Es interessiert uns, wie oft Sie in den letzten 12 Monaten bei einzelnen Gelegenheiten bestimmte Trinkmengen konsumiert haben. Also wie oft es im letzten Jahr Tage gab, an denen Sie bestimmte Mengen Alkohol getrunken haben. Ich lese mal die Frage vor.....

Info: erst die Frage vorlesen, Verständnis klären, dann Antwortalternativen (s.u.) erklären

Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate bei einer Gelegenheit (zum Beispiel beim Abendessen, auf einer Party) **mindestens 3 Liter Bier (entspricht 6 Gläsern á 0,5 l) **oder mindestens 1,2 Liter Wein** (entspricht 6 Gläsern á 0,2 l oder 1³/₄ Flaschen) **oder mindestens 0,4 Liter Schnaps** (entspricht 21 „Pinnchen“ oder etwas mehr als ½ Flasche) **getrunken?****

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Info: Antwortalternativen wie folgt erklären:

O.k., es gibt für diese Frage fünf verschiedene Antwortmöglichkeiten, von denen Sie eine auswählen sollen.

Sie sollen bei der Antwort einschätzen wie viele Gelegenheiten es im letzten Jahr gab, an denen Sie mindestens die gerade vorgelesenen Mengen Alkohol getrunken haben. Also mindestens 3 Liter Bier an einem Abend, oder mindestens 1,2 Liter Wein an einem Abend, oder mindestens 0,4 Liter Spirituosen an einem Abend. O.k.? Gut.....

Antwortmöglichkeit 1 ist 0, d.h. es ist im letzten Jahr nie vorgekommen, dass Sie bei einer Gelegenheit eine entsprechende Menge Alkohol getrunken haben.

Antwortmöglichkeit 2 ist "Ich habe im letzten Jahr seltener als 1x im Monat eine entsprechende Menge Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken",

Antwortmöglichkeit 3 ist „Ich habe im letzten Jahr jeden Monat eine entsprechende Menge Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken“

....*usw.*....

Info: Bei den nächsten beiden Items bitte erst die Skala erklären und dann die Frage stellen.

O.k., für die nächsten beiden Fragen gibt es eine Skala, die von 0 bis 10 geht. Also fast wie ein Schulnotensystem, nur mit mehr Möglichkeiten. Sie sollen auf der Skala Ihren aktuellen Standpunkt einschätzen.

Bei der ersten Frage bedeutet die 0 „völlig unwichtig“ und die 10 bedeutet „sehr wichtig“. Ich stelle Ihnen erst einmal die Frage, dann wird es glaube ich deutlicher. Also.....

Wie wichtig ist es Ihnen, weniger Alkohol zu trinken?	
Wie denken Sie im Moment darüber?	
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
unwichtig	sehr wichtig

O.k. Bei der zweiten Frage geht die Skala wieder von 0 bis 10, aber jetzt bedeutet 0 „überhaupt nicht zuversichtlich“ und 10 bedeutet „absolut zuversichtlich“.

Ich lese jetzt wieder die Frage vor.....(*Frage*).....0 bedeutet.....(*Erklärung der Skala wdh.*)

Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, weniger Alkohol zu trinken:	
Wie zuversichtlich sind Sie, dass Ihnen das gelingen würde?	
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
überhaupt nicht zuversichtlich	absolut zuversichtlich

O.k.! Vielen Dank für Ihre Antworten.

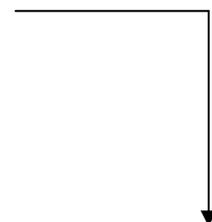
Wir würden Sie gerne zu unserer Studie zur „Nüchternen Bestandsaufnahme“ einladen.

Wie ich ja schon eingangs berichtet habe, unterteilt sich die „Nüchterne Bestandsaufnahme“ in drei Termine im Abstand von jeweils 28 Tagen (also jeweils vier Wochen).

Alle drei Termine finden im Fachbereich Psychologie der Uni Münster, Fliegerstraße 21 statt und dauern zwischen 30 und 120 Minuten.

Wenn Sie Interesse haben, würde ich gerne schon heute mit Ihnen diese drei Termine planen. Einverstanden?

- 1 ja (→ **Chiffre vergeben!**)
- 2 nein (→ **Ende: Kein Interesse**)



Ja? Gut, dann lassen Sie uns doch mal gemeinsam nach möglichen Terminen schauen.
Gut wäre, wenn wir einen Wochentag finden, an dem Sie prinzipiell immer Zeit haben.....

Chiffre:

Interne Info: An dieser Stelle noch einmal ein wichtiger Hinweis zur Terminplanung!

Bitte bei der Terminvergabe darauf achten, dass, wenn möglich, jeweils exakt 28 Tage zwischen den Terminen liegen. Wenn die Pbn absolut nicht können, geht auch eine „kleine Verschiebung“ von maximal sieben Tagen vor oder zurück. In diesem Fall soll der dritte Termin trotzdem 56 Tage (genau acht Wochen) nach dem ersten Termin stattfinden. Also nicht von dem verschobenen zweiten Termin ausgehen!! Wenn auch beim dritten Termin keine exakte Terminvereinbarung möglich ist, gilt auch hier die Verschiebung um +/- sieben Tage.

Bitte in der randomisierten Liste nachschauen, an welcher Intervention der aktuelle Anrufer teilnehmen wird. Aus der Interventionsgruppe ergibt sich die zeitliche Planung der drei Termine. Im Folgenden noch einmal eine Übersicht:

Gruppe 1 = Feedback: MZP 1 = 60min, MZP 2 = 30min, MZP 3 = 30 min

Gruppe 2 = MI: MZP 1 = 120min, MZP 2 = 30min, MZP 3 = 30min

Gruppe 3 = MI + F MZP 1 = 120 min, MZP 2 = 30min, MZP 3 = 30min

Gruppe 4 = Kontrolle: MZP 1 = 60 min, MZP 2 = 90 min, MZP 3 = 30 min

1. Termin: ____ / ____ 2008, Uhrzeit: _____ Uhr

2. Termin: ____ / ____ 2008, Uhrzeit: _____ Uhr

3. Termin: ____ / ____ 2008, Uhrzeit: _____ Uhr

**O.k. Wir treffen uns an allen drei Terminen im Eingangsbereich der Fliednerstraße 21.
Wenn Sie in das Hauptgebäude kommen, ist auf der linken Seite direkt die
Hausmeisterloge. Dort werden Sie von uns abgeholt.**

Ganz wichtig wäre uns noch, dass sie zu allen drei Terminen Ihren Kalender mitbringen.

weiter.....

Wir möchten Ihnen noch ein paar Unterlagen schicken, unter anderem einige Informationen und eine Wegbeschreibung. Sind Sie damit einverstanden?

*Info: Wir schicken eine Wegbeschreibung, Terminbestätigung, Infos zum Treffpunkt etc.
Wenn jemand keine Anschrift angeben möchte: Kein Ausschlussgrund!!!! Alle Infos
(Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung) werden noch einmal vor Ort gegeben!)
ABER: Name und Telefonnummer müssen erfasst werden!*

Name: _____ **muss erfasst werden**
 Straße: _____
 PLZ/Wohnort: _____
 Telefon: _____ **muss erfasst werden**

Wenn Anschrift bekannt, dann:

Sie bekommen dann in den nächsten Tagen noch einmal Post von uns.

O.k. Ich glaube, dann haben wir es soweit. Also wie gesagt: **Bitte bringen Sie zu jedem Termin Ihren Kalender mit.**

Sollten Sie kurzfristig einen der vereinbarten Termine doch nicht wahrnehmen können, oder sich doch noch einmal gegen die Teilnahme entscheiden, würde ich Sie bitten, uns rechtzeitig telefonisch unter der Nummer 0251-83-34140 oder per E-mail (an: Langenberg@uni-muenster.de) zu informieren.

Dann verabschiede ich mich erst einmal und wir sehen uns am (siehe erster Termin)

____ / ____ 2008 um _____ Uhr im Eingangsbereich der Fliednerstraße 21.

Bis dahin alles Gute! Auf Wiederhören.

Bitte Chiffre auf die erste Seite übertragen.

Anhang C: Screening

Umrechnungstabellen

Anzahl Gläser	Bier			Wein/Sekt	Spirituosen
	(0,2 l)	(0,33 l)	(0,5 l)	(0,2 l)	(0,02 l)
1	7,68	12,672	19,2	17,6	5,28
2	15,36	25,344	38,4	35,2	10,56
3	23,04	38,016	57,6	52,8	15,84
4	30,72	50,688	76,8	70,4	21,12
5	38,40	63,360	96,0	88,0	26,40
6	46,08	76,032	115,2	105,6	31,68
7	53,76	88,704	134,4	123,2	36,96
8	61,44	101,376	153,6	140,8	42,24
9	69,12	114,048	172,8	158,4	47,52
10	76,80	126,720	192,0	176,0	52,80
11	84,48	139,392	211,2	193,6	58,08
12	92,16	152,064	230,4	211,2	63,36
13	99,84	164,736	249,6	228,8	68,64
14	107,52	177,408	268,8	246,4	73,92
15	115,20	190,080	288,0	264,0	79,20
16	122,88	202,752	307,2	281,6	84,48
17	130,56	215,424	326,4	299,2	89,76
18	138,24	228,096	345,6	316,8	95,04
19	145,92	240,768	364,8	334,4	100,32
20	153,60	253,440	384,0	352,0	105,60

☞ Sollten die angegebenen Werte nicht ausreichen, finden Sie auf der Rückseite eine Fortsetzung der Tabelle.

1. Lesen Sie in der Tabelle für die angegebenen Alkoholmengen in Gläsern für jedes Getränk die Mengen in Gramm Reinalkohol ab.
2. Summieren Sie die Reinalkoholmengen aller konsumierten Getränke auf.
3. Multiplizieren Sie diesen Wert mit der Anzahl der Trinktage.
4. Teilen Sie diese Zahl durch 28

Anzahl Gläser	Bier			Wein/Sekt	Spirituosen
	(0,2 l)	(0,33 l)	(0,5 l)	(0,2 l)	(0,02 l)
21	161,28	266,112	403,2	369,6	110,88
22	168,96	278,784	422,4	387,2	116,16
23	176,64	291,456	441,6	404,8	121,44
24	184,32	304,128	460,8	422,4	126,72
25	192,00	316,800	480,0	440,0	132,00
26	199,68	329,472	499,2	457,6	137,28
27	207,36	342,144	518,4	475,2	142,56
28	215,04	354,816	537,6	492,8	147,84
29	222,72	367,488	556,8	510,4	153,12
30	230,40	380,160	576,0	528,0	158,40
31	238,08	392,832	595,2	545,6	163,68
32	245,76	405,504	614,4	563,2	168,96
33	253,44	418,176	633,6	580,8	174,24
34	261,12	430,848	652,8	598,4	179,52
35	268,80	443,520	672,0	616,0	184,80
36	276,48	456,192	691,2	633,6	190,08
37	284,16	468,864	710,4	651,2	195,36
38	291,84	481,536	729,6	668,8	200,64
39	299,52	494,208	748,8	686,4	205,92
40	307,20	506,880	768,0	704,0	211,20

Eine Flasche Spirituosen (0,7 l) entspricht 35 Gläsern á 0,02 l.

Eine Flasche Wein/Sekt (0,7 l) entspricht 3,5 Gläsern á 0,2 l.

Anhang D: Interventionsleitfaden

Nüchterne Bestandsaufnahme

Begrüßung, Vorstellung und Einleitung

Th: Guten Tag Herr/Frau.... Herzlich willkommen zur „Nüchternen Bestandsaufnahme“. Ich bin _____. Ich bin Diplom-Psychologin und Mitarbeiterin der Studie zur „Nüchternen Bestandsaufnahme des eigenen Alkoholkonsums“. Haben Sie gut hergefunden? Wir müssen noch einmal quer durch das Gebäude zu dem Raum, in dem wir heute sind.

(im Gesprächsraum)

Erklärung zur Tonbandaufnahme + Einverständniserklärung I

Th: Eine Sache muss ich gleich vorab besprechen, bevor wir inhaltlich einsteigen. Da dies ja eine wissenschaftliche Studie ist, zeichnen wir die Gespräche auf Tonband auf, um später Aussagen über die Qualität unserer Arbeit machen zu können. Das Ganze geschieht anonym, also ohne Angabe ihres Namens. Sind Sie damit einverstanden?
O.k., dann müssten Sie hier einmal die entsprechende Einverständniserklärung unterschreiben. Sie wird separat von Ihren restlichen Unterlagen aufbewahrt, so dass wir sie später nicht mehr Ihren persönlichen Angaben zuordnen können, da alle weiteren Angaben und Daten mit einer Chiffre und nicht mehr mit Ihrem Namen versehen werden.

(Tonbandaufnahme starten!)

Dankeschön

Th: Vielen Dank noch einmal, dass Sie an unserer Studie teilnehmen und heute hergekommen sind.

Informationen zum Ablauf

Th: Gut. Ich erzähle mal kurz wie der Termin heute aussehen wird, bevor wir starten. Wir haben heute xy min Zeit (je nach Interventionsgruppe anpassen) und nachdem wir einige formale Dinge besprochen haben, werde ich Ihnen ein Fragebogenpaket geben, in dem Sie verschiedene Angaben, unter anderem zum Thema Alkohol machen sollen. Dann werden wir ein Interview führen, in dem es noch einmal ganz konkret um den Alkoholkonsum der letzten vier Wochen geht. Abschließend werden wir uns nach einer kurzen Pause noch einmal zu einem Gespräch zusammen setzen.

Einverständnis einholen

Th: Sind Sie damit einverstanden? Gut. Wollen wir dann starten?

Formale Inhalte besprechen + Einverständniserklärung II

Th: Gut, dann besprechen wir erst einmal die formalen Dinge, bevor wir inhaltlich einsteigen. Ich würde ich Ihnen gerne noch einmal ein Informationsblatt geben, das sie sich in Ruhe durchlesen sollen. Darin werden Sie noch einmal detailliert über den Ablauf der Studie informiert. Das Infoblatt ist für Ihre Unterlagen bestimmt. Im Anschluss müssten Sie, sofern sie einverstanden sind, noch diese Einverständniserklärung unterschreiben. Sie wird genau wie die erste Einverständniserklärung separat von Ihren restlichen Unterlagen aufbewahrt, so dass wir sie später nicht mehr Ihren persönlichen Angaben zuordnen können. Bitte fragen Sie mich auf jeden Fall, wenn Ihnen irgendetwas unklar oder unverständlich ist.

Instruktion Fragebogen

Th: O.k., vielen Dank! Dann würde ich Ihnen jetzt erst einmal das Fragebogenpaket geben. Auf dem Deckblatt stehen noch einmal die gleichen Informationen wie auf dem Informationsblatt, das sie gerade erhalten haben. Bitte beantworten Sie jede Frage, da wir nur vollständig ausgefüllte Fragebögen verwenden können.

Instruktion Timeline Followback

Th: Sie haben ja bereits einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum beantwortet. Sie werden dabei gemerkt haben, dass es schwer ist, genau anzugeben, wie viel man gewöhnlich trinkt. Die Erinnerung kann aber besser werden, wenn man sich die letzten Tage einzeln vorstellt und überlegt, was an den Tagen geschehen ist. Wir wollen in dieser Untersuchung herausfinden, wie zuverlässig diese Erinnerungsmethode ist. Wir wollen jetzt mit Hilfe eines Kalenders die letzten 28 (+/- 7) Tage anschauen. Wir beginnen mit dem gestrigen Tag. Was haben Sie gestern gemacht? Und was haben Sie gestern getrunken? Was haben Sie vorgestern gemacht? Und was haben Sie vorgestern getrunken? usw.

Information zum weiteren Ablauf I

Th: O.k., vielen Dank. Jetzt machen wir erst einmal fünf Minuten Pause und dann geht es gleich weiter.

(nach der Pause)

Informationen zum weiteren Ablauf II

Je nach Intervention geht es jetzt unterschiedlich weiter.....

Gruppe 1: Feedback

Th: O.k., dann würde ich Ihnen gerne heute noch Rückmeldung zu Ihren Angaben geben. Einverstanden?

**Springe zu Seite
4**

Gruppe 2: MI (Value Card Sort)

Th: O.k., dann würde ich mich jetzt gerne noch einmal mit Ihnen zusammensetzen, und mit Ihnen über Dinge sprechen, die Ihnen in Ihrem Leben wichtig sind. Einverstanden?

**Springe zu Seite
6**

Gruppe 3a: Feedback + MI (Value Card Sort)

Th: O.k., dann würde ich Ihnen gerne heute noch Rückmeldung zu Ihren Angaben geben und dann im Anschluss mit Ihnen über Dinge sprechen, die Ihnen in Ihrem Leben wichtig sind.

**Springe zu Seite
4**

Gruppe 3b: MI (Value Card Sort) + Feedback

Th: O.k., dann würde ich mich jetzt gerne noch einmal mit Ihnen zusammensetzen, und mit Ihnen über Dinge sprechen, die Ihnen in Ihrem Leben wichtig sind. Danach würde ich Ihnen gerne heute noch Rückmeldung zu Ihren Angaben geben. Einverstanden?

**Springe zu Seite
6**

Gruppe 4: Kontrollgruppe

Kontrollgruppe: Direkt weiter zu Verabschiedung und Ausblick!

**Springe zu Seite
8**

Seite 4: Feedback

Th: Okay,dann würde ich Ihnen gerne heute noch Rückmeldung zu Ihren Angaben geben.
Einverstanden?

AUDIT-Feedback

Th: Um zu erfahren, ob durch Ihren Alkoholkonsum ein persönliches Risiko besteht, haben wir einen von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten Test eingesetzt, der Störungen durch den Gebrauch von Alkohol identifizieren soll. (= *Alcohol Use Disorders Identification Test = AUDIT*). Dieser Test hat einen kritischen Wert zur Identifizierung von riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit, der für Frauen bei 4 Punkten und für Männer bei 7 Punkten liegt.

Th: Ihr persönlicher Punktwert liegt bei _____ Punkten, also über (*bzw. unter*) dem kritischen Cut-off-Wert.

Th: *Reflective listening*
z.B. "Das überrascht Sie!" „Das erstaunt Sie, hätten Sie nicht gedacht....“

Th: Aber wir möchten Ihnen noch weitere Ergebnisse zurückmelden....
Einverstanden?

Percentilfeedback

Th: Aus Ihren Angaben in dem ausgefüllten Fragebogen und der detaillierten Befragung zu Ihrem Alkoholkonsum konnten wir errechnen, wie viel Gramm Reinalkohol Sie durchschnittlich täglich trinken. Reinalkohol meint dabei die tatsächliche Grammzahl an Alkohol, die in alkoholischen Getränken enthalten ist.

(für Interessierte: die Grammzahl kann man ausrechnen, wenn man die Menge des Getränkes, z.B. 0,5 l Bier, mit dem Alkoholgehalt, z.B. 4,8 Vol.-% und dem spezifischen Gewicht von Alkohol [= 0,8 g/cm³]multipliziert)

Th: Sie konsumieren aktuell durchschnittlich _____ g Reinalkohol pro Tag
(QFI)

Die Weltgesundheitsorganisation hat definiert, dass riskanter Alkoholkonsum, bei dem Gesundheitsschädigungen nicht ausgeschlossen werden können, bereits bei einem Wert von über 20 g Reinalkohol/Tag für Frauen und 30 g Reinalkohol /Tag bei Männern beginnt.

Th: Okay..... Wir vergleichen die Angaben immer mit dem Konsum der Allgemeinbevölkerung. Das haben wir auch mit Ihren Angaben gemacht: Sie trinken demnach mehr als xy Prozent der Männer (bzw. Frauen) ihrer Altersgruppe.
Das ist recht viel. Was meinen Sie dazu?

Th: *Reflective listening*
z.B. "Das überrascht Sie!" „Das erstaunt Sie, hätten Sie nicht gedacht....“

Bei Skepsis des Probanden (z.B. Nee, wirklich nicht....und da haben Sie sich nicht vertan?)

Th: Glaube nicht, aber wir können ja noch mal gemeinsam einen Blick in die Tabelle werfen. Schauen Sie hier.....

Th: Okay.... das möchte ich erst einmal so stehen lassen.

Je nach Interventionsgruppe geht es jetzt unterschiedlich weiter.....

Gruppe 1: Feedback

**Springe zu
Seite 8**

Gruppe 3a: Feedback + MI (Value Card Sort)

Th: Gut, dann kommen wir jetzt noch mal zu was völlig anderem.

**Springe zu
Seite 6**

Gruppe 3b: MI (Value Card Sort) + Feedback

**Springe zu
Seite 8**

Seite 6: MI (Value Card Sort)Einführung – Karten auswählen

Th: Okay,ich würde Sie bitten, sich einfach mal diese Karten anzuschauen und zehn Karten auswählen mit Dingen, die Ihnen wichtig sind.
Ja, das sind ganz schön viele Karten..... Wahrscheinlich ist es einfacher, wenn Sie erst einmal grob aussortierten, was für Sie überhaupt nicht relevant ist..... Wenn Ihnen irgendetwas ganz besonders wichtig ist und Sie es nicht auf den Karten wiederfinden, habe ich hier auch noch ein paar leere Exemplare mitgebracht. Dann können Sie es ganz einfach ergänzen.

Info:

Der Proband soll sich die Karten in Ruhe anschauen und 10 Karten auswählen. Es können auch ein bis zwei Karten mehr oder weniger sein. („lieber mal mitnehmen“) Der Pbn soll sich nicht verkopfen. Er muss keine Rangreihenfolge bilden!

Auswahl von Karten, die in irgendeiner Beziehung zum Alkohol stehen

Th: Okay.... ich lege die übrigen Karten mal zur Seite.....

Jetzt würde ich Sie in einem nächsten Schritt bitten, mal zu schauen, ob es bei diesen Karten Dinge gibt, die in irgendeiner Beziehung zum Alkohol stehen. Ja, irgendeine Beziehung.

Gibt es irgendeinen Zusammenhang?

Info:

Wenn der Proband schon während des Aussuchens beginnt zu begründen/zu erzählen: Reflective listening

Th: *Reflective listening*
z.B. “Sie machen sich Sorgen um Ihre Gesundheit“

Info:

Der Proband kann beliebig viele Karten aus seinen 10 gewählten Karten aussuchen, die übrigen werden im Anschluss zur Seite gelegt (s.u.)

Th: Dann packe ich die restlichen Karten mal weg.

Erklärung / Begründung

Th: Gut. „Warum machen wir das Ganze eigentlich?“
Die Karten beschreiben Dinge, die einem wichtig sind. Und sie helfen uns dabei herauszufinden, ob es einen Grund gibt, weniger zu trinken.

Auswahl von Karten, die nicht dazu passen, das man trinkt

Th: Was ist Ihnen wichtig? Und was passt nicht zum Alkohol?

Gibt es irgendwas, von dem Sie sagen würden 'das passt eigentlich nicht dazu, dass ich trinke'? Also, von den Karten, die hier noch liegen.

Info:

*Der Pbn soll seine Karten nicht sortieren nach „passt“ und „passt nicht“, sondern **nur raussuchen, was nicht dazu passt, dass er trinkt.***

Bei jeder ausgewählten Karte: reflective listening

Wir legen die Karten, die nicht dazu passen, dass er trinkt, auf eine Seite.

Bei den Dingen, die nicht dazu passen, dass er trinkt: verstehendes Nachfragen

(z.B. „Inwiefern?“; „Beschreiben Sie mal...“; „Wie ist das denn dann?“

Fazit und Zusammenfassung

Th: Es sind also xy (Anzahl der Karten nennen) Dinge, die Ihnen eigentlich recht wichtig sind im Leben, die nicht so recht dazu passen, dass Sie Alkohol trinken...

Th: Darf ich noch mal zusammenfassen?

Info:

Noch einmal Karten aufgreifen und reflektieren, die nicht zum Alkoholkonsum passen

Th: Ist es neu für Sie, das so zu sehen?

Th: Okay..... Ich würde das gerne erstmal so stehen lassen.....

Je nach Interventionsgruppe geht es jetzt unterschiedlich weiter.....

Gruppe 2: MI (Value Card Sort)

**Springe zu
Seite 8**

Gruppe 3a: Feedback + MI (Value Card Sort)

**Springe zu
Seite 8**

Gruppe 3b: MI (Value Card Sort) + Feedback

Th: Gut, dann kommen wir jetzt noch mal zu was völlig anderem.

**Springe zu
Seite 4**

Seite 8: Abschluss

Verlosung Infomaterial und Ausblick

Th: O.k., das war das Wesentliche, was ich heute mit Ihnen machen wollte.
Vielleicht haben Sie noch eine Frage?

Gut, dann würde ich Ihnen gerne noch was zu lesen mitgeben. Da können Sie mal reinschauen, wenn Sie Interesse haben. Das sind zwei Broschüren und Infomaterial mit Kontaktadressen, das wir selber zusammengestellt haben.

O.k., ich hatte ja schon am Anfang erzählt, dass es für alle Teilnehmer nach Beendigung der Studie eine Verlosung geben wird. Wenn Sie Interesse haben, daran teilzunehmen, müssten Sie noch diesen Bogen ausfüllen. Das ist sozusagen Ihr Los.

Gut. Dann verbleiben wir erst einmal so und Sie sehen mich am xx.yy.zzzz. wieder. Ich gebe Ihnen aber auch noch mal diesen Terminzettel zur Erinnerung mit. O.k. wir holen Sie dann genau wie heute im Eingangsbereich ab, da wir vielleicht in einem anderen Raum sein werden.
Einverstanden?

Info:

Was tun, wenn Personen ungeduldig sind, jetzt schon Rückmeldung oder einen Ratschlag möchten?

Th: Die Informationen, die wir jetzt haben, reichen noch nicht aus, um das zu sagen. Es wäre unseriös, Ihnen auf dieser Grundlage einen Ratschlag zu geben. Das können wir abschließend erst nach acht Wochen sagen.

Bitte im Anschluss notieren, damit Pbn nach MZP 3 wirklich eine Rückmeldung/Empfehlung bekommt und der VL, der den Termin übernimmt, informiert ist

Anhang E: Fragebogenpaket

Studie zur „nüchternen Bestandsaufnahme“

Die Universität Münster (Psychologisches Institut I) bietet derzeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie die Möglichkeit zu einer kostenlosen „nüchternen Bestandsaufnahme“ des eigenen Alkoholkonsums an. Die Ergebnisse dieser Studie sollen einen Beitrag zur Verbesserung von Präventionsmaßnahmen leisten.

Mehr als hundert Teilnehmer werden zufällig einer von vier Gruppen zugeordnet.

Alle Teilnehmer werden in einem Fragebogen und persönlichen Gespräch unter anderem um Angaben zu ihrer Person (Alter, Familienstand etc.) sowie zum Konsum von Alkohol gebeten.

Die Teilnehmer der Gruppe 1 erhalten unmittelbar im Anschluss an das Gespräch Rückmeldung zu den von ihnen gemachten Angaben. Die Teilnehmer der Gruppe 2 sprechen mit einer Mitarbeiterin des Projektes über mögliche Motive den Alkoholkonsum einzuschränken. Die Teilnehmer der Gruppe 3 werden unmittelbar über die Ergebnisse der Auswertung ihrer Angaben informiert, und sprechen mit einer Projektmitarbeiterin über mögliche Motive den Alkoholkonsum einzuschränken. Die Teilnehmer der Gruppe 4 erhalten vier Wochen nach dem ersten Termin eine Rückmeldung zu den von ihnen gemachten Angaben, und sprechen mit einer Mitarbeiterin des Projekts über mögliche Motive den Alkoholkonsum zu reduzieren.

Alle Teilnehmer werden sowohl nach vier als auch nach acht Wochen nach dem ersten Termin noch einmal gebeten Fragebögen auszufüllen, und in einem persönlichen Gespräch Angaben zu ihrem Alkoholkonsum zu machen.

Sowohl das Ausfüllen der Fragebögen als auch die Erfassung des Alkoholkonsums nehmen einige Zeit in Anspruch – voraussichtlich 60 - 90 min. Dennoch möchten wir Sie bitten, diese im deutschsprachigen Raum bislang einmalige Studie zu unterstützen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Alle Angaben zu Ihrer Person verbleiben nur bei den Projektleitern, die der Schweigepflicht unterliegen. Die Daten werden anonymisiert (auf der Basis einer Codeliste) eingegeben und weiterverarbeitet. Über die Codeliste und die Angaben zu Ihrer Person verfügen nur die Projektleiter. Beides (Codeliste und Angaben zur Person) wird unmittelbar nach Abschluss der Studie und der Auswertung vernichtet.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit – ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen – Ihre Einwilligung widerrufen und die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Nach Abschluss der Studie nehmen alle Teilnehmer an einer Verlosung teil, bei der folgende Geldbeträge verlost werden: 1 x 150,- €, 2 x 100,- €, 5 x 75,- € und 10 x 50,- €.

Einverständniserklärung

Ich wurde heute über den Ablauf und die Ziele der Studie „Nüchterne Bestandsaufnahme“ durch die Universität Münster informiert sowie über das Verfahren der Anonymisierung der erhobenen Daten aufgeklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben anonym gespeichert und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

Meine Einverständniserklärung bezieht sich lediglich auf Angaben, die ich im Rahmen dieser Studie mache.

Ich wurde darüber informiert, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit – ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen – meine Einwilligung widerrufen und die Löschung meiner Daten verlangen kann.

Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-mail:	

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Einverständniserklärung Tonbandaufnahme

Ich wurde heute über die Tonbandaufnahmen im Rahmen der Studie „Nüchterne Bestandsaufnahme“ durch die Universität Münster informiert sowie über das Verfahren der Anonymisierung der erhobenen Daten aufgeklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben anonym gespeichert und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden.

Meine Einverständniserklärung bezieht sich lediglich auf Angaben, die ich im Rahmen dieser Studie mache.

Ich wurde darüber informiert, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit – ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen – meine Einwilligung widerrufen und die Löschung meiner Daten verlangen kann.

Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-mail:	

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

- Alter:** _____ Jahre (bitte eintragen)
- Geschlecht:**
- 1 weiblich
 - 2 männlich
- Größe:** _____ cm (bitte eintragen)
- Gewicht:** _____ kg (bitte eintragen)
- Familienstand:**
- 1 ledig
 - 2 eingetragene Lebenspartnerschaft
 - 3 verheiratet, zusammenlebend
 - 4 verheiratet, getrennt lebend
 - 5 geschieden
 - 6 verwitwet
- Partnerbeziehung:**
- 1 allein stehend
 - 2 zeitweilige Beziehung(en) (länger als ein Monat)
 - 3 feste Beziehung (länger als ein halbes Jahr)
- Staatsangehörigkeit:**
- 1 deutsch
 - 2 andere: _____ (bitte eintragen)
- Muttersprache(n):**
- 1 deutsch
 - 2 andere: _____ (bitte eintragen)
- höchster erreichter Schulabschluss:**
- 0 kein Abschluss
 - 1 Sonderschulabschluss
 - 2 Hauptschul-/Volksschulabschluss
 - 3 Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss
 - 4 Abschluss der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule
 - 5 (Fach-)Abitur
 - 6 anderer Schulabschluss: _____ (bitte eintragen)
- Hochschulabschluss (Universität, FH etc.):**
- 0 nein
 - 1 ja
- Berufsausbildung:**
- 0 keine
 - 1 abgebrochen
 - 2 abgeschlossen (Lehre etc.)

Die folgende Frage bezieht sich auf die Tätigkeit, die Sie überwiegend ausüben. Wählen Sie bitte nur eine Antwortkategorie aus.

Erwerbstätigkeit:

- 1 Auszubildende(r)
- 2 Umschüler(in)
- 3 Angestellte(r)
- 4 Beamte(r)
- 5 Arbeiter(in) / Facharbeiter(in)
- 6 Selbständige(r) / Freiberufler(in)
- 7 Arbeitslose(r)
- 8 Sozialhilfeempfänger(in)
- 9 Schüler(in)
- 10 Student(in)
- 11 Grundwehr- / Zivildienstleistender
- 12 Elternzeit (»Erziehungsurlaub«)
- 13 Hausmann/Hausfrau
- 14 Rentner(in)
- 15 sonstige: _____ (bitte eintragen)

AUDIT-4

Auf den folgenden drei Seiten finden Sie Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum **in den letzten 4 Wochen**.

Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen Alkohol getrunken?

- 0 nie
- 1 einmal im Monat oder seltener
- 2 zwei- bis viermal im Monat
- 3 zwei- bis dreimal die Woche
- 4 viermal die Woche oder öfter

Wenn Sie während der letzten 4 Wochen Alkohol getrunken haben, wie viele Gläser haben Sie dann üblicherweise an einem Tag getrunken? Ein Glas entspricht 0,5 l Bier, 0,2 l Wein / Sekt oder 3,5 „Pinnchen“ Schnaps (0,075 l Spirituosen)

- 0 1 bis 2 Gläser pro Tag
- 1 3 bis 4 Gläser pro Tag
- 2 5 bis 6 Gläser pro Tag
- 3 7 bis 9 Gläser pro Tag
- 4 10 oder mehr Gläser pro Tag

Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen bei einer Gelegenheit (zum Beispiel beim Abendessen, auf einer Party) mindestens 3 Liter Bier (entspricht 6 Gläsern á 0,5 l) oder mindestens 1,2 Liter Wein (entspricht 6 Gläsern á 0,2 l oder 1³/₄ Flaschen) oder mindestens 0,4 Liter Schnaps (entspricht 21 „Pinnchen“ oder etwas mehr als ½ Flasche) getrunken?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft konnten Sie während der letzten 4 Wochen nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft konnten Sie während der letzten 4 Wochen Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft hatten Sie während der letzten 4 Wochen Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Haben Sie sich schon mal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon mal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nein
- 2 ja, aber nicht während der letzten 4 Wochen
- 4 ja, während der letzten 4 Wochen

Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

- 0 nein
- 2 ja, aber nicht während der letzten 4 Wochen
- 4 ja, während der letzten 4 Wochen

An wie vielen Tagen haben Sie während der letzten 28 Tage Alkohol getrunken?

an _____ Tagen (Minimum = 0; Maximum = 28)

Bei der folgenden Frage sind Mehrfachantworten möglich. Sie können zum Beispiel angeben, dass Sie Bier und Spirituosen getrunken haben oder ausschließlich Wein etc.

Wenn Sie während der letzten 28 Tage Alkohol getrunken haben: Wie viele Gläser von welchen Getränken haben Sie dann **an einem typischen Tag** getrunken?

Bier (0,2 l) _____ Gläser

Bier (0,33 l) _____ Gläser

Bier (0,5 l) _____ Gläser

Wein / Sekt (0,2 l) _____ Gläser

Spirituosen (0,02 l) _____ Gläser

Alkoholkonsum kann schädliche Folgen haben. Auf den folgenden Seiten werden eine Reihe dieser negativen Konsequenzen beschrieben. Wir möchten Sie um zwei Angaben bitten:

- (1) Hatte Alkoholkonsum jemals in Ihrem Leben die beschriebenen Konsequenzen?
- (2) Hatte Alkoholkonsum während der vergangenen vier Wochen die beschriebenen Konsequenzen?

Kreuzen Sie bitte jeweils "ja" oder "nein" an und beantworten Sie bitte jede Frage. Wir können lediglich vollständige Fragebögen auswerten.

Vielen Dank!

	jemals in meinem Leben		während der letzten 4 Wochen	
1. Ich bin schon mal in ernste Schwierigkeiten geraten, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
2. Es ist schon mal zu Handgreiflichkeiten gekommen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
3. Ich habe schon mal etwas kaputt gemacht, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
4. Meine Kinder haben schon mal darunter leiden müssen, dass ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
5. Mir wurde wegen „Trunkenheit am Steuer“ der Führerschein abgenommen.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
6. Ich bin meinen Verpflichtungen nicht nachgekommen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
7. Trinken hat eine Menge Geld gekostet.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
8. Ich war schon mal unglücklich darüber, dass ich zu viel trinke.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
9. Das Verhältnis zu einem guten Freund hat darunter gelitten, dass ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
10. Ich habe schon mal die Beherrschung verloren, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
11. Meine Familie musste darunter leiden, dass ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
12. Ich bin schon mal mit dem Auto oder Motorrad gefahren, obwohl ich etwas getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)

	jemals in meinem Leben		während der letzten 4 Wochen	
13. Ich habe mein Äußeres vernachlässigt, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
14. Ich war rücksichtslos gegenüber anderen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
15. Ich war unvorsichtig, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
16. Andere Leute haben sich schon mal Sorgen darüber gemacht, dass ich zu viel trinke.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
17. Ich habe schon mal etwas peinliches gesagt oder getan, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
18. Ich habe schon mal einen Unfall gebaut, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
19. Ich habe mich schon mal dafür geschämt, dass ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
20. Ich habe schon mal schlecht geschlafen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
21. Ich hatte schon mal einen Kater.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
22. Ich habe mich schon mal schuldig gefühlt, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
23. Ich habe deutlich zugenommen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
24. Ich habe schon mal Drogen genommen, als ich betrunken war.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
25. Ich habe einen Freund verloren, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
26. Meine schlechten Seiten sind zum Vorschein gekommen, wenn ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
27. Ich habe meinem Ansehen geschadet, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
28. Ich habe meine Arbeit verloren oder bin von der Schule geflogen, weil ich zu viel getrunken habe	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
29. Ich habe mich schon mal danebenbenommen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
30. Ich habe schon mal jemanden verletzt, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
31. Ich habe meine Interessen und meine Hobbys vernachlässigt, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)

	jemals in meinem Leben		während der letzten 4 Wochen	
32. Ich habe mehr geraucht, wenn ich getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
33. Meine Leistungen im Beruf oder in der Schule haben schon mal darunter gelitten, dass ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
34. Ich bin mit dem Gesetz in Konflikt geraten, weil ich zu viel getrunken habe (ausgenommen „Trunkenheit am Steuer“).	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
35. Meine Ehe (oder Partnerschaft) ist in die Brüche gegangen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
36. Ich habe schon mal blau gemacht oder die Schule geschwänzt, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
37. Ich bin in finanzielle Schwierigkeiten geraten, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
38. Ich hatte schlechteren Sex, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
39. Ich habe mich schlecht ernährt, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
40. Ich habe mich schon mal übergeben müssen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
41. Mein Leben ist anders verlaufen, als ich es mir gewünscht habe, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
42. Ich habe meiner Gesundheit geschadet, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
43. Meine Ehe oder Partnerschaft hat darunter gelitten, dass ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
44. Ich hatte weniger Sex, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
45. Ich habe mich schon einmal verletzt, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)
46. Ich bin schon einmal unnötige Risiken eingegangen, weil ich zu viel getrunken habe.	nein (0)	ja (1)	nein (0)	ja (1)

Auf der folgenden Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen über die Wirkung von Alkohol.

Wir möchten Sie bitten einzuschätzen, ob Alkohol bei Ihnen in der jeweils beschriebenen Art und Weise wirkt.

Beurteilt werden soll anhand einer fünfstufigen Skala:

	1 = keinesfalls
	2 = wahrscheinlich nicht
	3 = vielleicht
WENN ICH ALKOHOL	4 = ziemlich wahrscheinlich
GETRUNKEN HABE, ...	5 = ganz sicher
	
habe ich weniger Hunger.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Wenn Sie zum Beispiel der Meinung sind, dass Alkohol bei Ihnen “keinesfalls” so wie beschrieben wirkt, kreuzen Sie bitte die “1” an. Wenn Alkohol bei Ihnen “ganz sicher” in der beschriebenen Art und Weise wirkt, kreuzen Sie bitte die “5” an etc.

Uns interessiert, wie Alkohol **bei Ihnen** wirkt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Die Wirkung von Alkohol kann von Person zu Person sehr verschieden sein!

WENN ICH ALKOHOL
GETRUNKEN HABE,

1 = keinesfalls
2 = wahrscheinlich nicht
3 = vielleicht
4 = ziemlich wahrscheinlich
5 = ganz sicher



- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. finde ich alles irgendwie lustiger – auf jeden Fall lache ich mehr. | <input type="checkbox"/> |
| 2. kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen. | <input type="checkbox"/> |
| 3. kann ich meine Probleme und Sorgen vergessen. | <input type="checkbox"/> |
| 4. steigt mein Selbstvertrauen. | <input type="checkbox"/> |
| 5. bin ich lockerer und ungezwungener. | <input type="checkbox"/> |
| 6. kann ich besser abschalten. | <input type="checkbox"/> |
| 7. fällt es mir leichter, auf andere Menschen zuzugehen. | <input type="checkbox"/> |
| 8. kann ich einer Unterhaltung nicht mehr richtig folgen. | <input type="checkbox"/> |
| 9. genieße ich Sex noch mehr. | <input type="checkbox"/> |
| 10. lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach. | <input type="checkbox"/> |
| 11. habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren. | <input type="checkbox"/> |
| 12. werde ich schneller aggressiv. | <input type="checkbox"/> |
| 13. bin ich reizbar und aufbrausend. | <input type="checkbox"/> |
| 14. empfinde ich stärker beim Sex. | <input type="checkbox"/> |
| 15. bin ich nicht mehr so schüchtern. | <input type="checkbox"/> |
| 16. werde ich träge. | <input type="checkbox"/> |
| 17. bin ich nicht mehr so verspannt. | <input type="checkbox"/> |
| 18. breche ich eher einen Streit vom Zaun. | <input type="checkbox"/> |
| 19. habe ich mehr Lust auf Sex. | <input type="checkbox"/> |

Bitte kreuzen Sie jeweils eine Ziffer an!

Wie wichtig ist es Ihnen, weniger Alkohol zu trinken? Wie denken Sie im Moment darüber?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
unwichtig		sehr wichtig

Wenn Sie sich jetzt vornehmen würden, weniger Alkohol zu trinken: Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie das schaffen würden?		
0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10		
überhaupt nicht		absolut

AUDIT-GM

Auf den folgenden drei Seiten finden Sie Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum **in den letzten 12 Monaten**.

Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken?

- 0 nie
- 1 einmal im Monat oder seltener
- 2 zwei- bis viermal im Monat
- 3 zwei- bis dreimal die Woche
- 4 viermal die Woche oder öfter

Wenn Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken haben, wie viele Gläser haben Sie dann üblicherweise an einem Tag getrunken? Ein Glas entspricht 0,5 l Bier, 0,2 l Wein / Sekt oder 3,5 „Pinnchen“ Schnaps (0,075 l Spirituosen)

- 0 1 bis 2 Gläser pro Tag
- 1 3 bis 4 Gläser pro Tag
- 2 5 bis 6 Gläser pro Tag
- 3 7 bis 9 Gläser pro Tag
- 4 10 oder mehr Gläser pro Tag

Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate bei einer Gelegenheit (zum Beispiel beim Abendessen, auf einer Party) mindestens 3 Liter Bier (entspricht 6 Gläsern á 0,5 l) oder mindestens 1,2 Liter Wein (entspricht 6 Gläsern á 0,2 l oder 1³/₄ Flaschen) oder mindestens 0,4 Liter Schnaps (entspricht 21 „Pinnchen“ oder etwas mehr als ½ Flasche) getrunken?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft konnten Sie während der letzten 12 Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht, um in die Gänge zu kommen?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Wie oft waren Sie während der letzten 12 Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nie
- 1 seltener als einmal im Monat
- 2 jeden Monat
- 3 jede Woche
- 4 jeden Tag oder fast jeden Tag

Haben Sie sich schon mal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon mal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- 0 nein
- 2 ja, aber nicht während der letzten 4 Wochen
- 4 ja, während der letzten 4 Wochen

Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

- 0 nein
- 2 ja, aber nicht während der letzten 4 Wochen
- 4 ja, während der letzten 4 Wochen

PHQ-D

Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1	Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
a.	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüfte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
a.	wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d.	Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Fragen zum Thema „Angst“			NEIN		JA
a.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke? (plötzliches Gefühl der Flucht oder Panik) ?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.					
b.	Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c.	Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d.	Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und / oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.			NEIN		JA
a.	Bekamen Sie schlecht Luft?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
b.	Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
c.	Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
d.	Haben Sie geschwitzt?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
e.	Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
f.	Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
g.	Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	würden Durchfall bekommen?			
h.	Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a.	Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.				
b.	Gefühl der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Fragen zum Thema „Essen“		NEIN	JA
a.	Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wie viel</u> und <u>was</u> Sie essen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 9.				
c.	Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?		NEIN	JA
a.	Sich selbst zum Erbrechen gebracht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c.	Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>
9	Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?	NEIN <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.

10	Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate <u>mehr als einmal</u> eine der folgenden Situationen eingetreten?	NEIN	JA
a.	Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Glas Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen (S. 16-18) beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

überhaupt nicht erschwert	etwas erschwert	relativ stark erschwert	sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden <u>Beschwerden beeinträchtigt?</u>	nicht beeinträchtigt	wenig beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
a.	Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freund/Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber - z.B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13	Sind Sie im <u>letzten Jahr</u> geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?	NEIN	JA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

15	Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depression oder Stress?	NEIN	JA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt

- a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

Monatsblutung ist unverändert	Keine Monatsblutung aufgrund von Schwangerschaft oder kürzlicher Geburt	Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr	Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrogenen) oder Verhütung durch die Pille	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				NEIN (oder trifft nicht zu)	JA
b.	Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung <u>ausgeprägte</u> Probleme mit Ihrer Stimmung – z.B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Wenn „JA“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Haben Sie Schwierigkeiten schwanger zu werden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang F: Timeline-Followback

Timeline followback

Instruktion für den Interviewer

Den Teilnehmer informieren.

Sie haben ja bereits einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum beantwortet. Sie werden dabei gemerkt haben, dass es schwer ist, genau anzugeben, wie viel man gewöhnlich trinkt. Die Erinnerung kann aber besser werden, wenn man sich die letzten Tage einzeln vorstellt und überlegt, was an den Tagen geschehen ist. Wir wollen in dieser Untersuchung herausfinden, wie zuverlässig diese Erinnerungsmethode ist.

Wir wollen jetzt mit Hilfe eines Kalenders die letzten 28 (+/- 7) Tage anschauen. Wir beginnen mit dem gestrigen Tag.

Die vorangegangenen 28 Tage (+/- 7 Tage) in umgekehrter Reihenfolge (gestern, vorgestern etc.) mit Datum und Wochentag in die Timeline followback-Tabelle eintragen.

Mithilfe eines Kalenders zusammen mit dem Probanden die letzten 28 Tage (+/-7 Tage) durchgehen und den Probanden fragen, was er an den jeweiligen Tagen gemacht und wie viele Gläser Alkohol er an jedem einzelnen dieser Tage getrunken hat.

Was haben Sie gestern gemacht? Und was haben Sie gestern getrunken?

Was haben Sie vorgestern gemacht? Und was haben Sie vorgestern getrunken?

USW.

Die verschiedenen Alkoholika für jeden Tag durchgehen und die jeweilige Anzahl der Gläser in der Tabelle notieren.

Die Reinalkoholmengen für die verschiedenen Alkoholika in der Tabelle ablesen und für jeden Tag summieren.

Datum:	VL:	MZP:	Chiffre:
--------	-----	------	----------

	- 1	- 2	- 3	- 4	- 5	- 6	- 7
<i>Wochentag und Datum:</i>							
Bier (0,2 l):							
Bier (0,33 l):							
Bier (0,5 l):							
Wein/Sekt (0,2 l):							
Spirituosen (0,02 l):							
Sonstiges							
<i>Reinalkohol in g</i>							

(...)

	- 29	- 30	- 31	- 32	- 33	- 34	- 35
<i>Wochentag und Datum:</i>							
Bier (0,2 l):							
Bier (0,33 l):							
Bier (0,5 l):							
Wein/Sekt (0,2 l):							
Spirituosen (0,02 l):							
Sonstiges							
<i>Reinalkohol in g</i>							

Haben Sie in den letzten _____ Tagen eher weniger oder eher mehr getrunken als gewöhnlich? Oder würden Sie sagen, es war genauso viel wie gewöhnlich?

Eher weniger Genau so viel wie gewöhnlich Eher mehr

Anhang G: Interventionsmaterial

Percentilfeedback

**Alkoholkonsum bei Männern
(in Gramm Reinalkohol pro Tag)**

Altersgruppe		Kumulierte Prozente
18 – 29 Jahre	Abstinent	–
	1 – 10 g	18,7
	11 – 20 g	55,5
	21 – 30 g	72,7
	31 – 40 g	83,4
	41 – 50 g	90,4
	51 – 60 g	93,1
	61 – 70 g	95,6
	71 – 80 g	96,5
	81 – 90 g	97,2
	91 – 100 g	97,4
	101 – 120 g	98,1
über 120 g	98,7	
30 – 49 Jahre	Abstinent	–
	1 – 10 g	13,8
	11 – 20 g	46,0
	21 – 30 g	67,2
	31 – 40 g	78,1
	41 – 50 g	86,3
	51 – 60 g	90,5
	61 – 70 g	93,7
	71 – 80 g	95,4
	81 – 90 g	96,4
	91 – 100 g	97,1
	101 – 120 g	97,8
über 120 g	98,5	
50 – 60 Jahre	Abstinent	–
	1 – 10 g	12,9
	11 – 20 g	38,8
	21 – 30 g	59,0
	31 – 40 g	72,6
	41 – 50 g	82,3
	51 – 60 g	86,8
	61 – 70 g	91,4
	71 – 80 g	93,8
	81 – 90 g	95,4
	91 – 100 g	96,4
	101 – 120 g	97,5
über 120 g	98,3	

**Alkoholkonsum bei Frauen
(in Gramm Reinalkohol pro Tag)**

Altersgruppe		Kumulierte Prozente
18 – 29 Jahre	Abstinent	–
	1 – 10 g	31,7
	11 – 20 g	85,1
	21 – 30 g	94,7
	31 – 40 g	97,9
	41 – 50 g	99,1
	51 – 60 g	99,5
	61 – 70 g	99,7
	71 – 80 g	–
	81 – 90 g	–
	91 – 100 g	–
	101 – 120 g	–
über 120 g	99,8	
30 – 49 Jahre	Abstinent	–
	1 – 10 g	24,6
	11 – 20 g	79,0
	21 – 30 g	91,3
	31 – 40 g	95,8
	41 – 50 g	97,6
	51 – 60 g	98,6
	61 – 70 g	99,0
	71 – 80 g	99,3
	81 – 90 g	99,5
	91 – 100 g	99,6
	101 – 120 g	–
über 120 g	99,6	
50 – 60 Jahre	Abstinent	–
	1 – 10 g	30,3
	11 – 20 g	79,6
	21 – 30 g	92,2
	31 – 40 g	95,2
	41 – 50 g	98,2
	51 – 60 g	98,9
	61 – 70 g	99,1
	71 – 80 g	–
	81 – 90 g	–
	91 – 100 g	99,5
	101 – 120 g	–
über 120 g	99,7	

Anhang G: Interventionsmaterial

Value Card Sort

<p style="text-align: center;">Gleichheit (gleiche Chancen für alle)</p>	<p style="text-align: center;">Soziale Gerechtigkeit (Ungerechtigkeiten beseitigen, sich um die Schwachen kümmern)</p>
<p style="text-align: center;">Innere Harmonie (im Frieden mit mir selbst)</p>	<p style="text-align: center;">Unabhängig (selbständig, sich auf sich selbst verlassen)</p>
<p style="text-align: center;">Soziale Macht (Kontrolle über alles, Dominanz)</p>	<p style="text-align: center;">Gemäßigt (extreme Gefühle und Haltungen vermeiden)</p>
<p style="text-align: center;">Vergnügen (Erfüllung von Wünschen)</p>	<p style="text-align: center;">Loyal (verlässlich gegenüber meinen Freunden und Gruppen)</p>
<p style="text-align: center;">Freiheit (Freiheit des Handelns und Denkens)</p>	<p style="text-align: center;">Ehrgeizig (hart arbeiten, zielstrebig)</p>
<p style="text-align: center;">Ein geistiges Leben (Betonung geistiger, nicht materieller Interessen)</p>	<p style="text-align: center;">Tolerant (gegenüber verschiedenen Ideen und Überzeugungen)</p>
<p style="text-align: center;">Zugehörigkeitsgefühl (das Gefühl, dass sich andere um mich kümmern)</p>	<p style="text-align: center;">Demütig (bescheiden, selbstlos)</p>
<p style="text-align: center;">Soziale Ordnung (Stabilität der Gesellschaft)</p>	<p style="text-align: center;">Wagemutig (Abenteuer und Risiko suchen)</p>
<p style="text-align: center;">Ein anregendes Leben (anregende Erfahrungen)</p>	<p style="text-align: center;">Umwelt schützen (die Natur schützen)</p>

<p>Ein Sinn im Leben (ein Zweck im Leben)</p>	<p>Einflussreich (Einfluss auf Menschen und Ereignisse ausüben)</p>
<p>Höflichkeit (gute Umgangsformen)</p>	<p>Ehrerbietig gegenüber Eltern und älteren Menschen (respektvoll)</p>
<p>Reichtum (materieller Besitz, Geld)</p>	<p>Eigene Ziele wählen (eigene Absichten verfolgen)</p>
<p>Nationale Sicherheit (Schutz meiner Nation gegen Feinde)</p>	<p>Verantwortlich (zuverlässig, verlässlich)</p>
<p>Selbstachtung (Glauben an den eigenen Wert)</p>	<p>Neugierig (interessiert an allem, erkunden)</p>
<p>Ausgleich von Gefälligkeiten (Vermeiden von Dankesschuld)</p>	<p>Vergeben (bereit, anderen zu vergeben)</p>
<p>Kreativität (Originalität, Phantasie)</p>	<p>Erfolgreich (Ziele erreichen)</p>
<p>Eine Welt in Frieden (frei von Krieg und Konflikt)</p>	<p>Sauber (ordentlich)</p>
<p>Achtung vor der Tradition (Erhaltung ehrwürdiger Sitten)</p>	<p>Sich verwöhnen (sich etwas Gutes tun)</p>

<p style="text-align: center;">Reife Liebe (tiefe geistige und emotionale Intimität)</p>	<p style="text-align: center;">Gesund (physisch und geistig nicht krank)</p>
<p style="text-align: center;">Selbstdisziplin (Selbstbeherrschung, Widerstand gegen Versuchung)</p>	<p style="text-align: center;">Fähig (kompetent, effektiv und effizient)</p>
<p style="text-align: center;">Ein Privatleben (das Recht auf Privatsphäre)</p>	<p style="text-align: center;">Alle Seiten des Lebens akzeptieren (die Lebensumstände hinnehmen)</p>
<p style="text-align: center;">Familiäre Sicherheit (Sicherheit für die geliebten Personen)</p>	<p style="text-align: center;">Ehrlich (echt, aufrichtig)</p>
<p style="text-align: center;">Soziale Anerkennung (Achtung, Zustimmung durch andere)</p>	<p style="text-align: center;">In der Öffentlichkeit Ansehen bewahren (das Gesicht wahren)</p>
<p style="text-align: center;">Einheit mit der Natur (Einpassung in die Natur)</p>	<p style="text-align: center;">Gehorsam (Pflichten erfüllen)</p>
<p style="text-align: center;">Ein abwechslungsreiches Leben (Herausforderungen, Neues und Veränderungen)</p>	<p style="text-align: center;">Fromm (religiöse Glaubensinhalte annehmen)</p>
<p style="text-align: center;">Weisheit (ein reifes Verständnis des Lebens)</p>	<p style="text-align: center;">Das Leben genießen (Freude am Essen, Erotik und Vergnügen usw.)</p>
<p style="text-align: center;">Autorität (das Recht zu führen und zu bestimmen)</p>	<p style="text-align: center;">Hilfsbereit (sich für das Wohlergehen anderer einsetzen)</p>

Wahre Freundschaft (enge, unterstützende Freunde)	Intelligent (logisch denken)
Eine Welt der Schönheit (Schönheit der Natur und der Künste)	

Anmerkung: Die Originalkarten wurden in DinA6 präsentiert.

Anhang H: Informationsmaterial
Informationen und Beratungsstellen



Psychologisches Institut I, Psychologische Diagnostik und Klinische Psychologie, Fliednerstr. 21, 48149 Münster

Informationen zum Thema Alkohol und Beratungsangebote

Allgemeine Informationen

Heutzutage sind alkoholische Getränke fester Bestandteil unserer Alltagskultur. Man trinkt Bier, Wein, Sekt oder Spirituosen

- zum Essen oder gegen den Durst
- zu geselligen Anlässen, Festen und Feiern aller Art
- als kleine „Besonderheit“ im Alltag
- wenn man Probleme hat und Entspannung sucht

Immer noch geht es dabei um das rechte Maß. Der mäßige Konsum alkoholischer Getränke ist gesellschaftlich akzeptiert, unkontrollierter Konsum und Trunkenheit dagegen werden weithin abgelehnt.

Reiner Alkohol, genauer: Äthylalkohol oder Äthanol, ist eine farblose, brennbare und brennend schmeckende Flüssigkeit. In der Umgangssprache bezeichnet Alkohol den berausenden Bestandteil aller alkoholischen Getränke, welche chemisch gesehen Lösungen des Äthanol in verschiedensten Pflanzensäften und -extrakten sind; ihr Alkoholgehalt wird in Prozent vom Volumen (Vol.-%) angegeben.

Das spezifische Gewicht von Alkohol liegt bei etwa $0,8 \text{ g/cm}^3$. Der Alkoholgehalt in Gramm errechnet sich daher nach der Formel: Alkoholgehalt in Vol.-% \times Volumen in $\text{cm}^3 \times 0,8 \text{ g/cm}^3$.

Ein Alkoholgehalt von mehr als 0,5 Vol.-% ist nach dem Lebensmittelgesetz kennzeichnungspflichtig. Das heißt umgekehrt, dass auch alkoholfreie Getränke geringe Mengen Alkohol enthalten dürfen. Bei sog. alkoholfreiem Bier und Malzbier können das bis zu fünf Gramm pro Liter sein.

Chemisches

Durchschnittlicher Alkoholgehalt alkoholischer Getränkearten

- Bier ca. 4,8 Vol.-%
- Wein/Sekt ca. 11,0 Vol.-%
- Spirituosen ca. 33,0 Vol.-%

Genauere Angaben zum Alkoholgehalt finden sich auf dem Flaschenetikett.

Alkoholgehalt eines Getränkes in Gramm = Volumen in cm^3 x Alkoholgehalt in Vol.-% x $0,8 \text{ g/cm}^3$

Danach enthalten

- 0,5 l Bier = $500 \text{ cm}^3 \times 4,8/100 \times 0,8 \text{ g/cm}^3$ = ca. 19,2 g Alkohol
- 0,2 l Wein = $200 \text{ cm}^3 \times 11/100 \times 0,8 \text{ g/cm}^3$ = ca. 17,6 g Alkohol
- 0,02 l Korn = $20 \text{ cm}^3 \times 33/100 \times 0,8 \text{ g/cm}^3$ = ca. 5,28 g Alkohol

Aktueller Konsum

Der Markt für alkoholische Getränke ist in Deutschland weitgehend frei, das heißt, er regelt sich im Wesentlichen über Angebot und Nachfrage selbst. Das gegenwärtige Angebot kennzeichnen Vielfalt, ständige Erhältlichkeit und niedrige Preise.

Natürlich trinken nicht alle gleich viel:

- Etwa sieben bis zwölf Prozent der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger leben alkoholabstinent
- Männer trinken durchschnittlich nach wie vor deutlich mehr als Frauen
- Am meisten trinken die Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters
- Getrunken wird – von den Männern und damit insgesamt – am liebsten Bier (127,5 Liter pro Kopf und Jahr). Bei den Frauen sind Bier und Wein bzw. Sekt annähernd gleich beliebt. Pro Kopf sind es hierbei 18,0 bzw. 4,9 Liter jährlich.

Wirkung

Alkohol dringt über die Schleimhäute rasch in die Blutbahn und durchströmt den gesamten Organismus. Er beeinflusst vor allem die Zentren des Gehirns, die das Bewusstsein und die Gefühle steuern und wirkt zunächst anregend, später betäubend.

Ab ca. 0,2 Promille verändern sich subjektives Erleben und persönliches Verhalten. Man fühlt sich zwangloser und freier. Der Widerstand gegen weiteren Alkoholkonsum sinkt. Sehfähigkeit, Konzentrationsvermögen und Bewegungskoordination lassen nach.

Bei ca. einem Promille Blutalkoholkonzentration beginnt das Rauschstadium mit läppisch-heiterer oder depressiver Stimmung. Es kommt zu Gleichgewichts- und Sprachstörungen.

Bei ca. zwei Promille wird das Betäubungsstadium erreicht. Störungen des Gedächtnisses und der Orientierung treten auf.

Die Alkoholkonzentration im Blut kann näherungsweise (!) nach folgender Formel errechnet werden: Getrunkenen Alkohol in Gramm / Körpergewicht in kg x 0,7 (bei Männern) bzw. 0,6 (bei Frauen). Anzuwenden ist diese Formel nur unter „normalen“ Umständen: Ist man erregt oder müde, oder hat man seit längerem nichts gegessen, verstärkt sich die Wirkung des Alkohols.

Der getrunkene Alkohol wird von der Leber in mehreren Stufen zu Wasser und Kohlendioxid abgebaut. Der Alkoholgehalt des Blutes sinkt dabei bei Männern durchschnittlich um 0,15 Promille pro Stunde. Bei Frauen beträgt dieser Wert 0,13 Promille. Bis eine Blutalkoholkonzentration von 0,5 Promille abgebaut ist, dauert es danach etwa drei bis vier Stunden.

Gefährdung und Missbrauch

Missbrauch und Abhängigkeit beginnen fast immer unspektakulär. Schließlich ist es „Allgemeinwissen“, dass Alkohol entspannt, anregt, tröstet, wärmt, belohnt, kurzum: das Leben angenehmer macht. Die maßvolle Anwendung dieses „Heilmittels“ wird allgemein akzeptiert. Wer jedoch regelmäßig Alkohol trinkt, um z. B. Stress, Ärger, Wut oder Trauer besser aushalten zu können, ist gefährdet. Und je öfter Alkohol scheinbar für Wohlbefinden sorgt, desto weniger gelingt es, schwierige Situationen ohne Alkohol zu bewältigen. Ein kritischer Punkt ist erreicht, wenn man sich ohne Alkohol kaum noch wohlfühlen kann.

Erste Warnzeichen sind Gedächtnislücken nach durchzechten Nächten, Einschlafstörungen und Unruhe, wenn man nichts getrunken hat. Weitere Folgen wie Streitereien mit Angehörigen über Alkohol, nachlassende Leistungsfähigkeit im Beruf, Schuld- und Schamgefühle können hinzukommen. Neben der allmählichen Gewöhnung können schwerwiegende Probleme und besondere Belastungen einen erhöhten Alkoholkonsum auslösen. Wer auch mittelfristig keine Chance sieht, seine Lage zu verbessern, läuft große Gefahr, abhängig zu werden.

Gesundheitliche Folgen

Die Empfindlichkeit gegenüber Alkohol ist von Mensch zu Mensch verschieden. Ein absolut sicherer Grenzwert, der für wirklich alle gilt, kann daher nicht angegeben werden. Fachleute bezeichnen deshalb heute einen Alkoholkonsum, der nur in Ausnahmefällen die Gesundheit schädigt, als risikoarm. Riskanter Konsum beginnt für Frauen bereits bei einem Konsum von mehr als 20 g reinem Alkohol pro Tag, für Männer liegt dieser Wert mit 30 g reinem Alkohol pro Tag etwas höher. Um diese Werte, die in Gramm Reinalkohol angegeben werden, besser einordnen zu können hier noch einmal einige veranschaulichende Zahlen (siehe auch Seite 1):

- 0,5 l Bier enthalten ca. 19,2 g Alkohol
- 0,2 l Wein enthalten ca. 17,6 g Alkohol
- 0,02 l Korn enthalten ca. 5,28 g Alkohol

Falsch ist die Ansicht, zu schweren gesundheitlichen Schäden könne es nur in Folge von Alkoholabhängigkeit kommen. Auch hoher gewohnheitsmäßiger Konsum birgt große Risiken und senkt die Lebenserwartung deutlich.

In erster Linie nimmt die Leber Schaden, die den Alkohol im Körper abbaut. Leberschwellungen, Leberverfettung und schließlich Leberzirrhose sind mögliche Folgen. Hormonell bedingt baut die weibliche Leber Alkohol langsamer ab und ist deutlich anfälliger für alkoholbedingte Schädigungen. Gleichfalls besonders gefährdet ist das Gehirn. Jeder Rausch zerstört Millionen von Gehirnzellen. Zuerst leiden Gedächtnis und Konzentrationsvermögen, Kritik- und Urteilsfähigkeit, später die Intelligenz, bis hin zu völligem geistigen Abbau. Weitere Risiken kommen hinzu: Bauspeicheldrüse, Magen und Darm können sich entzünden. Die Gefahr von Krebserkrankungen der Leber, des Magens, im Bereich von Mund- und Rachenhöhle, des Kehlkopfes und der Speiseröhre steigt.

Wenn Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren wollen und dabei Unterstützung wünschen, oder weitere Fragen haben, finden Sie im Folgenden einige hilfreiche Adressen von Ansprechpartnern und Beratungsstellen.

Beratungsangebote

Caritasverband für die Stadt Münster e.V.
Suchtberatung, Josefstraße 2, 48151 Münster
Tel. 0251-53 009 401

Evangelische Beratungsdienste GmbH
Suchtberatung, Hörsterplatz 29, 48147 Münster
Tel. 0251-490 150
E-Mail: gemeindedienst@diakonie-muenster.de

Suchtberatung - Online
www.beratung-caritas.de

Ambulanzen

Psychotherapie-Ambulanz, WWU Münster
Fliednerstraße 21, 48149 Münster
Offene Sprechstunde: Di 11-12, Do 17-18 Uhr
Tel.: 0251-8334140
E-mail: pta@uni-muenster.de

Suchtambulanz der LWL-Klinik Münster
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster
Tel. 0251-591-4877

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie
Salzstraße 52, 48143 Münster
Tel.: 0251-4 183 440
E-mail: muenster@christoph-dornier-stiftung.de

Literatur:

Alkohol – Basisinformationen. Eine Broschüre der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm; gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), www.bzga.de im Rahmen ihrer Kampagne „Alkohol – Verantwortung setzt Grenzen“.

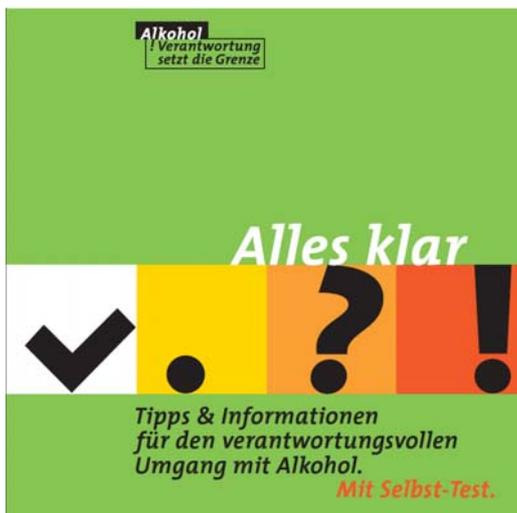
Anhang H: Informationsmaterial

Broschüren



Download unter:

<http://www.dhs.de/infomaterial/broschueren-und-faltblaetter.html>



Download unter:

<http://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/alles-klar-tipps-und-informationen-fuer-den-verantwortungsvollen-umgang-mit-alkohol/>

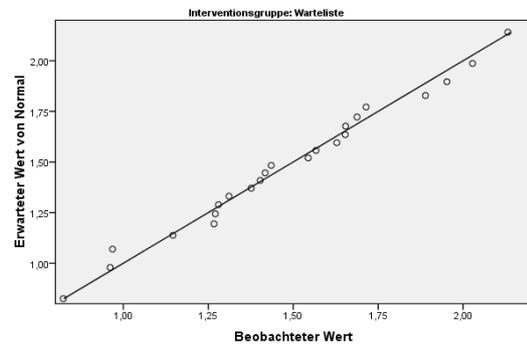
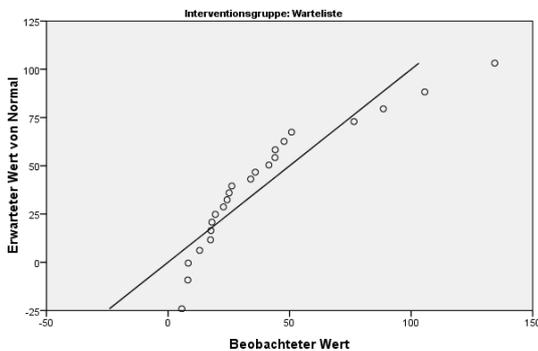
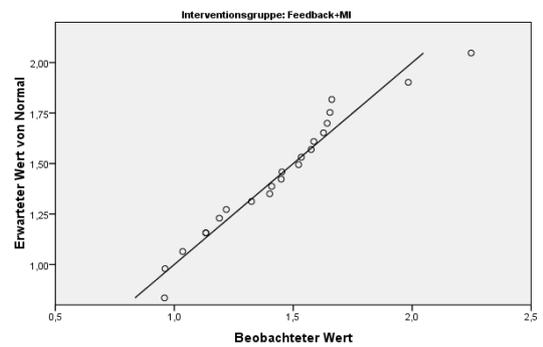
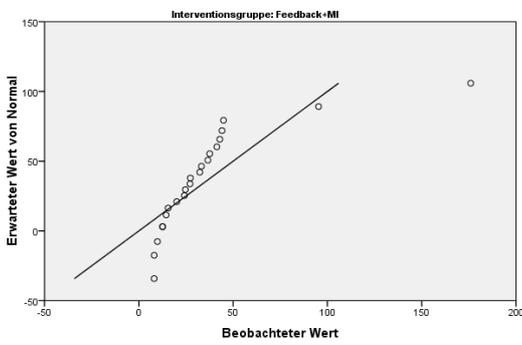
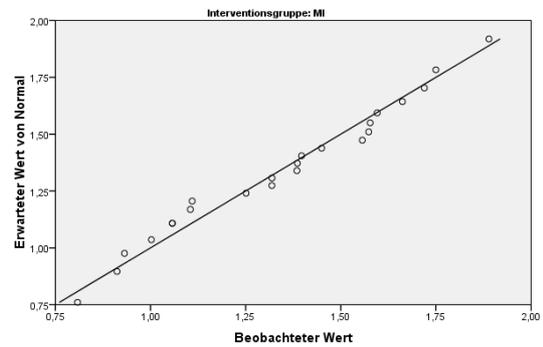
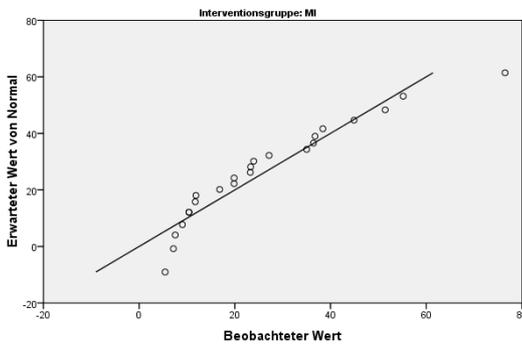
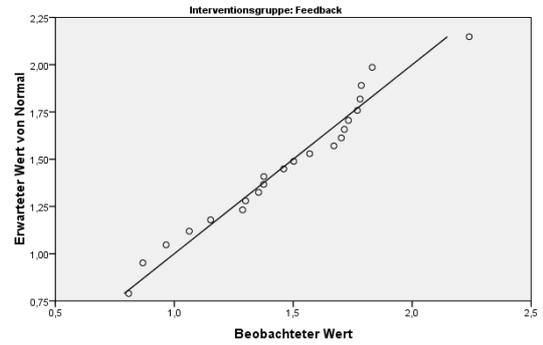
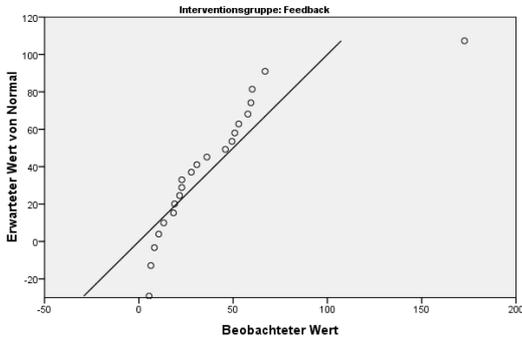
Anhang I: Statistische Auswertung

Quantil-Quantil-Plots

QFI

Rohdaten

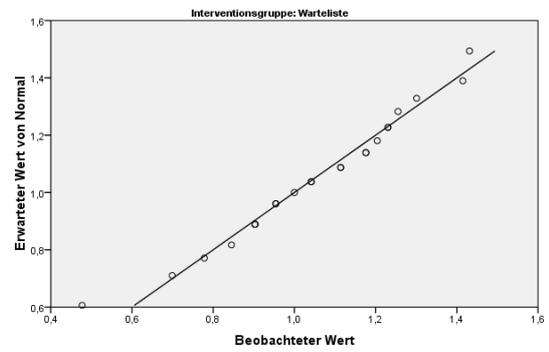
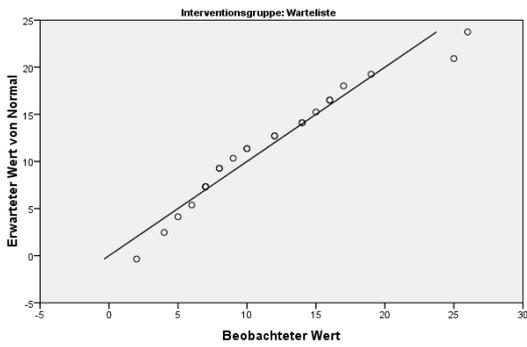
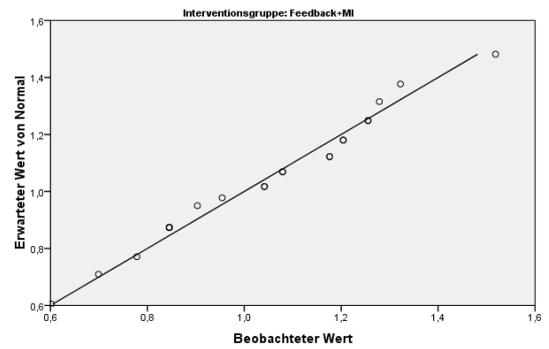
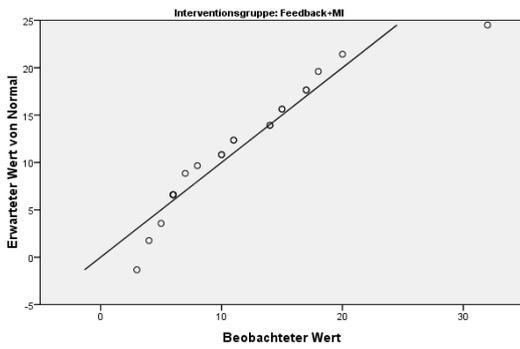
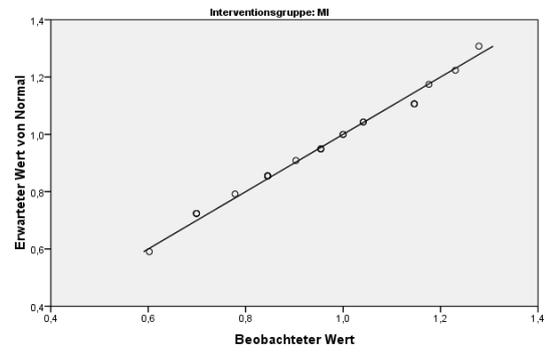
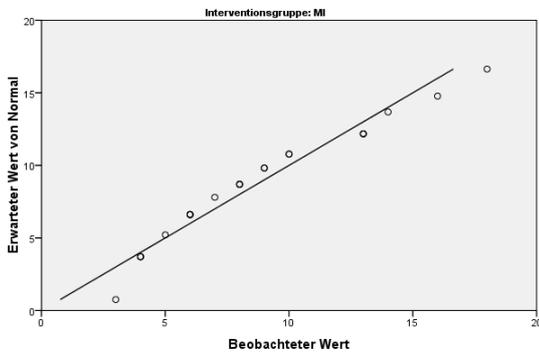
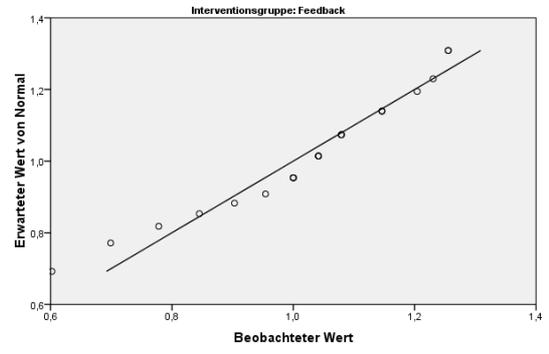
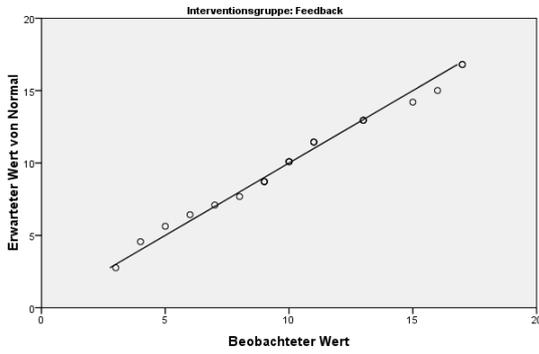
Transformierte Werte



AUDIT-4

Rohdaten

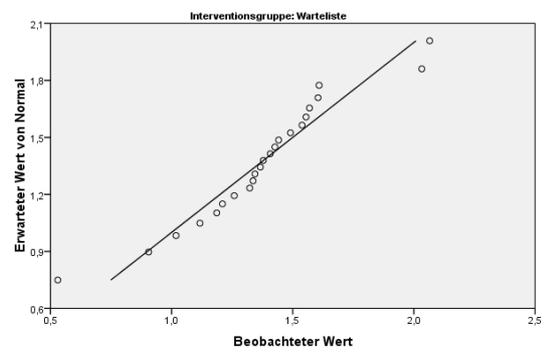
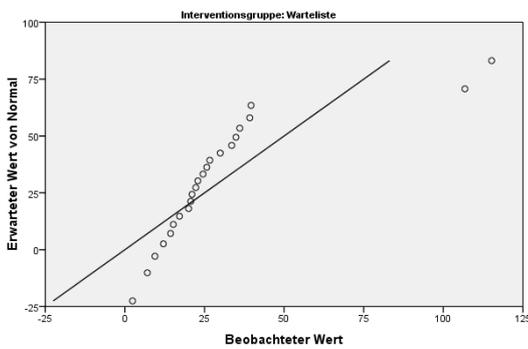
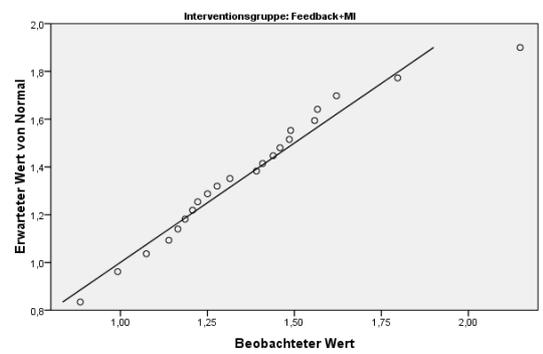
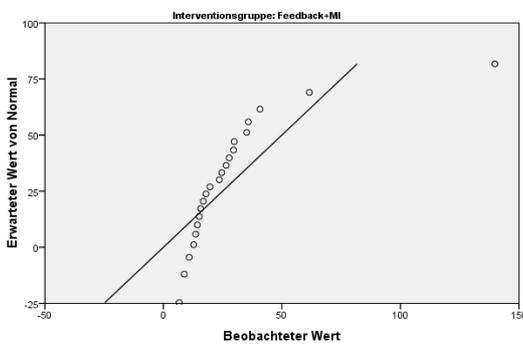
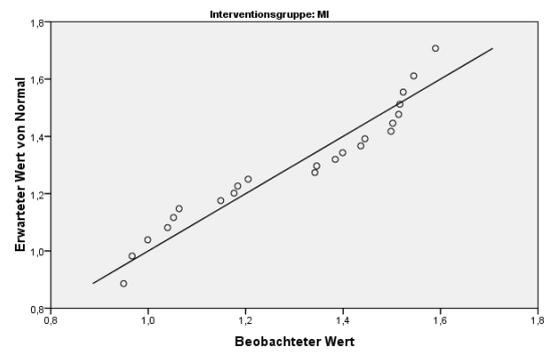
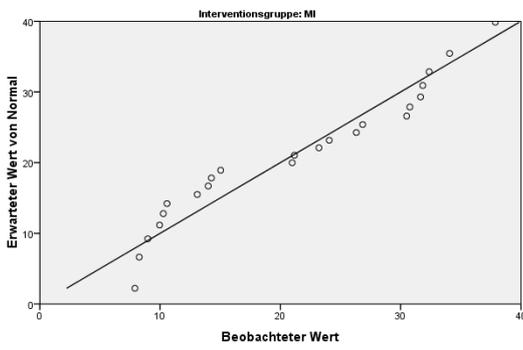
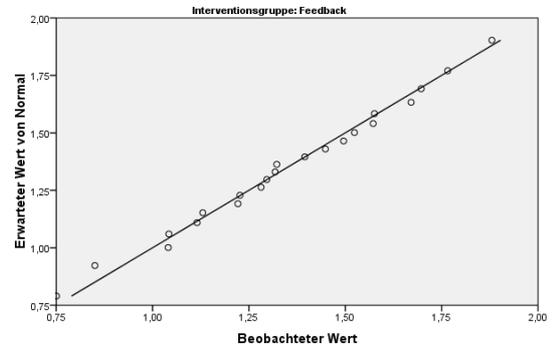
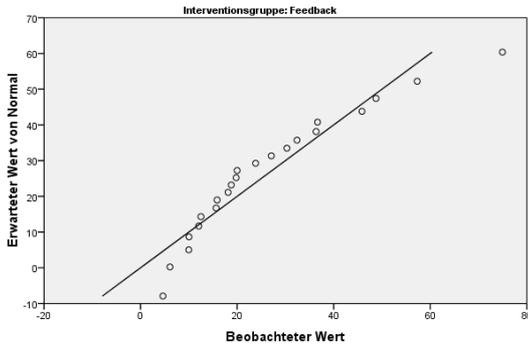
Transformierte Werte



TLFB

Rohdaten

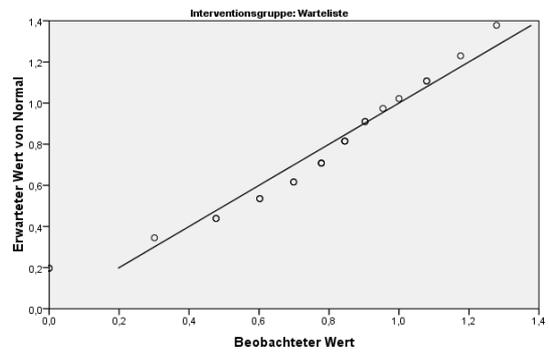
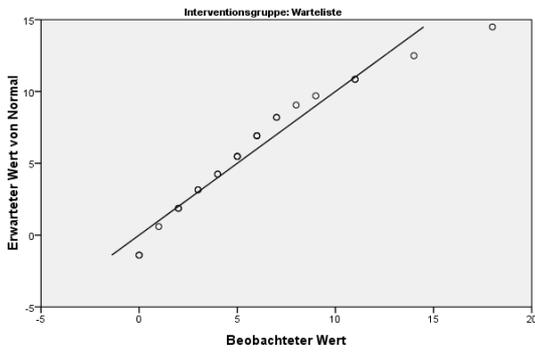
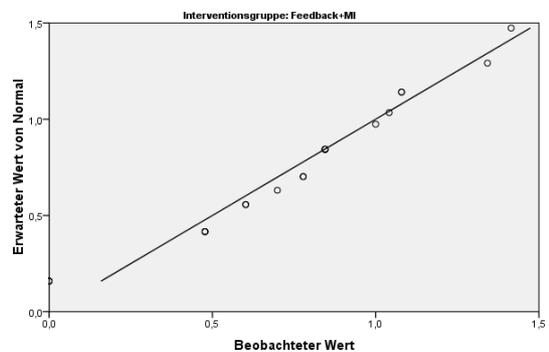
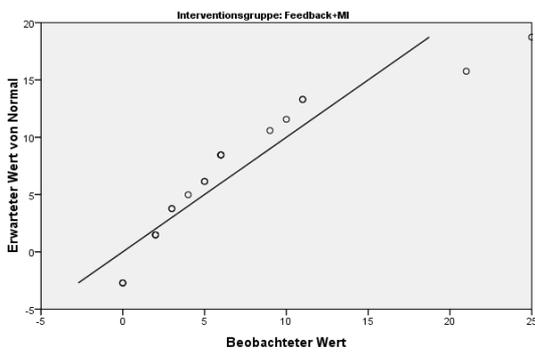
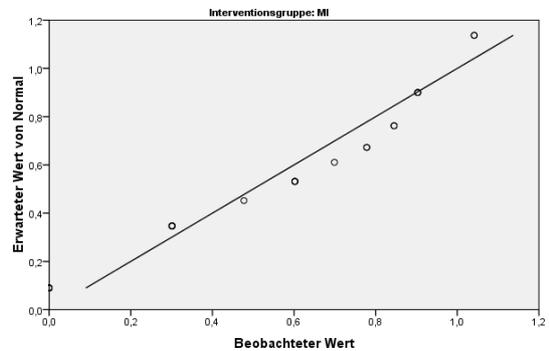
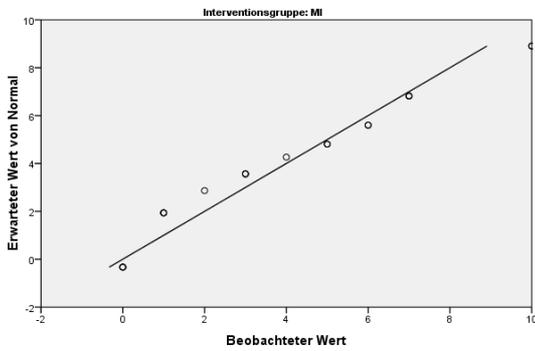
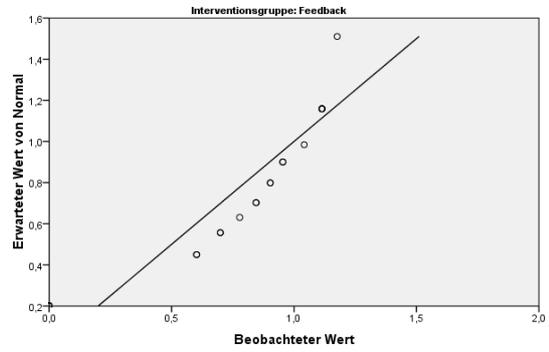
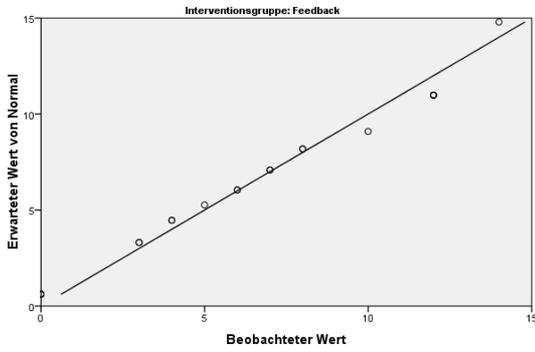
Transformierte Werte



DrInC-4

Rohdaten

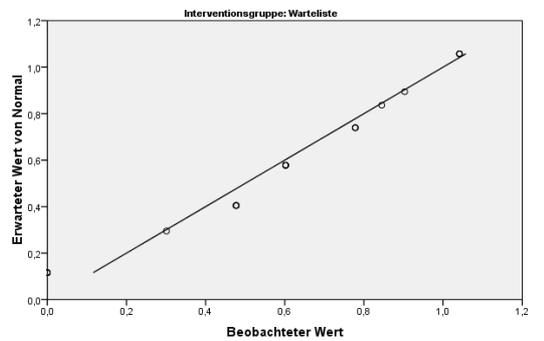
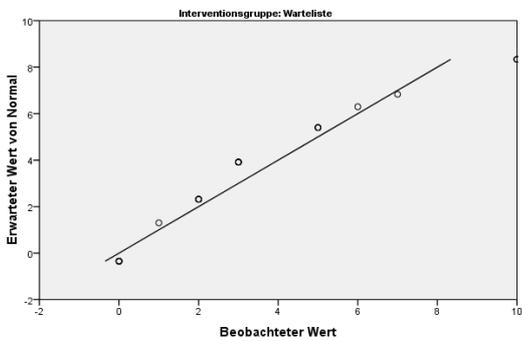
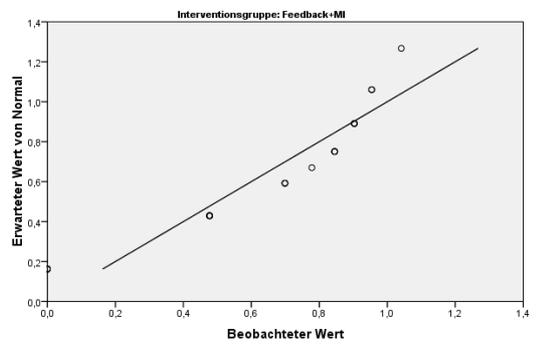
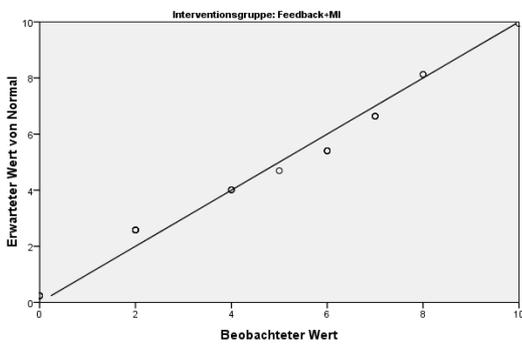
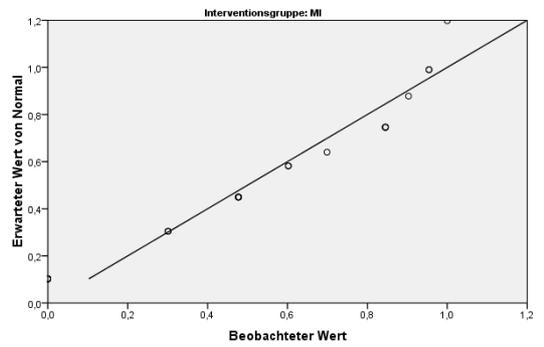
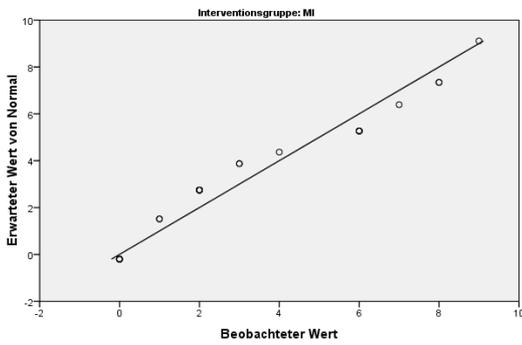
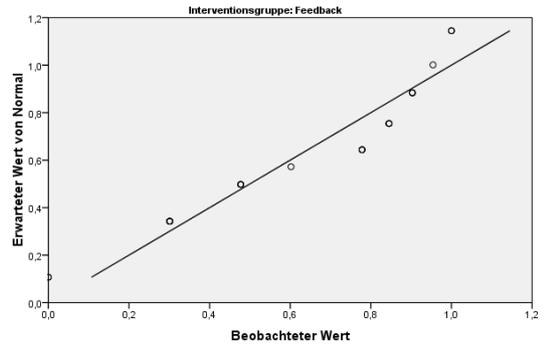
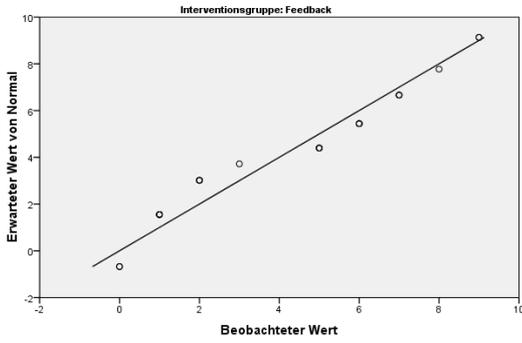
Transformierte Werte



Importance Ruler

Rohdaten

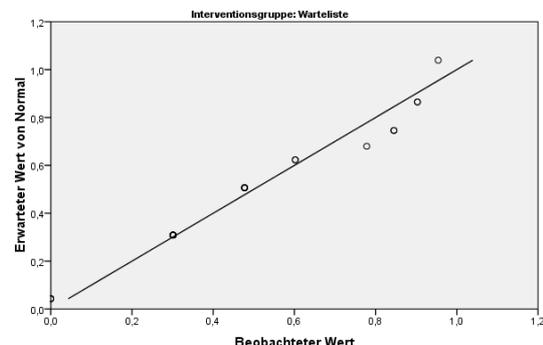
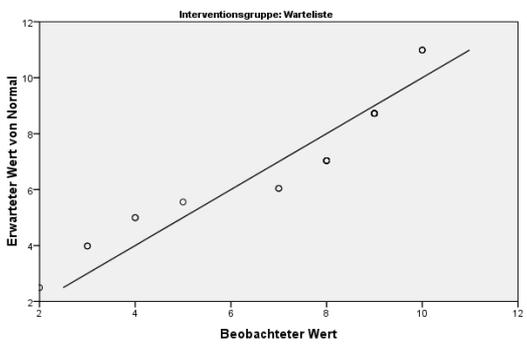
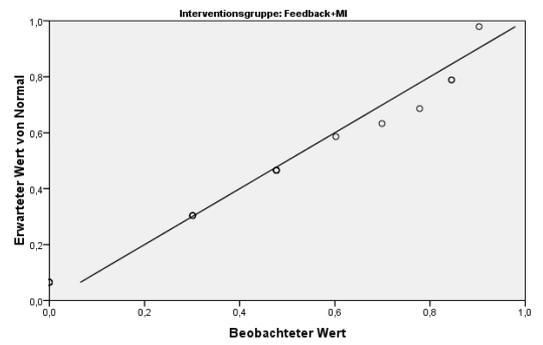
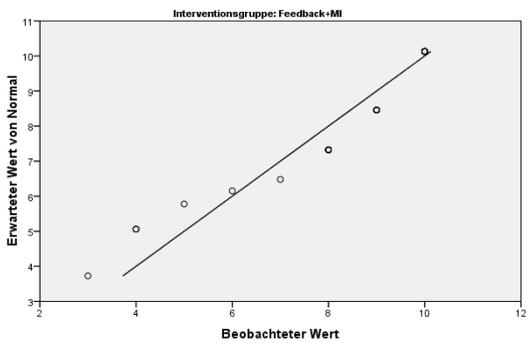
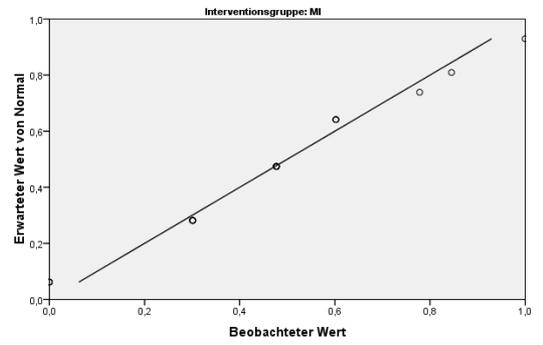
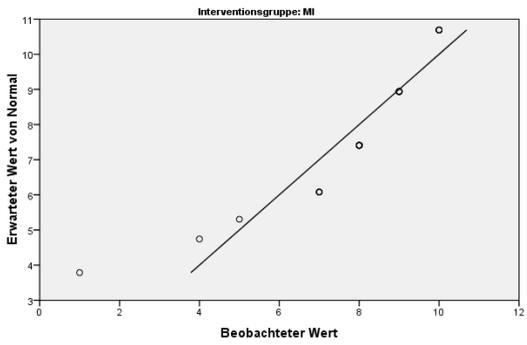
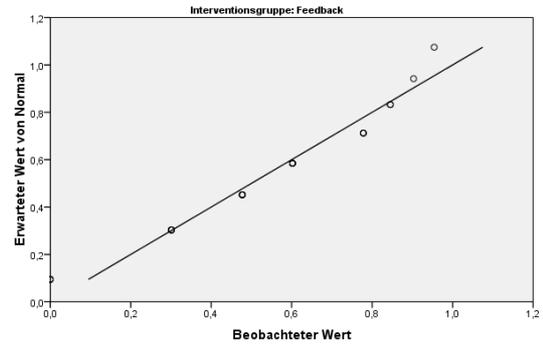
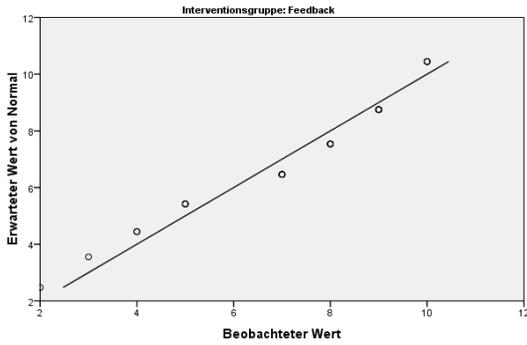
Transformierte Werte



Confidence Ruler

Rohdaten

Transformierte Werte



D a n k s a g u n g

Die Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie hat mich in meinem Promotionsvorhaben wissenschaftlich gefördert und durch ein Promotionsstipendium unterstützt. Ich möchte daher allen Verantwortlichen an dieser Stelle danken.

Mein größter Dank gilt Herrn Priv.-Doz. Dr. Ralf Demmel für die weit über diese Promotion hinaus gehende Förderung. Ich möchte mich bei Dir für die Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit, sowie die vielen konstruktiven Anregungen, Ratschläge und Gespräche bedanken. Ohne Dich wäre dieses Promotionsprojekt nie entstanden.

Herrn Prof. Dr. Fred Rist möchte ich ebenfalls für die engagierte Betreuung und Begutachtung dieser Arbeit danken. Sie haben mich durch Ihre kompetenten Ideen und Ratschläge immer wieder unterstützt und somit zu einem erfolgreichen Abschluss meiner Promotion beigetragen.

Carina Ezerski, Nicole Salzmänn und Katja Baust sowie dem gesamten Team der »Nüchternen Bestandsaufnahme« möchte ich für die angenehme kollegiale Zusammenarbeit danken. Ohne Eure Mithilfe und Euer Engagement wäre dieses Forschungsprojekt so nicht umsetzbar gewesen.

Antina Arndt, Dr. Anna Höcker, Yvonne Wiepen und Dr. Verena Zimmer möchte ich neben meinem freundschaftlichen Dank für die vielen fachlichen Anmerkungen, ausdauerndes Korrekturlesen und unterstützenden Worte danken. Eure Ratschläge und Rückmeldungen haben mich an meine Forschung und die Fertigstellung dieser Arbeit glauben lassen.

Mein ganz persönlicher Dank gilt meiner Familie, meinen Freunden und Dir Frank. Durch Eure liebevolle Unterstützung, Eurer Verständnis und die vielen schönen Momente habt Ihr es mir ermöglicht, meine Arbeit mit Ausdauer und dem Blick für die wesentlichen Dinge des Lebens abzuschließen.

