

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

**Vergleich von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern
bei Kurzinterventionen zu problematischem
Alkoholkonsum**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck

- Aus der medizinischen Fakultät -

Vorgelegt von

Elisabeth Karoline Enß
aus Bielefeld

Lübeck 2006

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. F. Hohagen

2. Berichterstatterin:

Priv.-Doz. Dr. Roth-Isigkeit

Tag der mündlichen Prüfung:

12.02.2007

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 12.02.2007

gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach

-Dekan der Medizinischen Fakultät-

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|-----------------|
| <u>1. EINLEITUNG</u> | <u>6</u> |
| 1.1 EPIDEMIOLOGIE | 6 |
| 1.2 SOZIOÖKONOMISCHE FOLGEN | 7 |
| 1.3 ZIELSETZUNG | 7 |
| <u>2. THEORETISCHER HINTERGRUND</u> | <u>9</u> |
| 2.1 DEFINITIONEN VON ALKOHOLMISSBRAUCH UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT ... | 9 |
| 2.1.1. Alkoholmissbrauch | 9 |
| 2.1.1.1 Schädlicher Gebrauch (ICD 10; F10.1) | 9 |
| 2.1.1.2 Alkoholmissbrauch (DSM IV; 305.00)..... | 9 |
| 2.1.2 Alkoholabhängigkeit..... | 10 |
| 2.1.2.1 Abhängigkeitssyndrom (ICD 10; F10.2) | 10 |
| 2.1.2.2 Alkoholabhängigkeit (DSM IV; 303.90) | 11 |
| 2.2 FOLGEN DES ALKOHOLKONSUMS | 12 |
| 2.2.1 Neuropsychiatrische Folgen..... | 12 |
| 2.2.2 Somatische Alkoholfolgen..... | 13 |
| 2.3 DIE ALLGEMEINARZTPRAXIS ALS SETTING | 14 |
| 2.4 TRANSTHEORETISCHES MODELL | 15 |
| 2.4.1 Einleitung..... | 15 |
| 2.4.2 Beschreibung des TTM..... | 15 |
| 2.4.3 Bezug zur Studie | 17 |
| 2.5 LITERATUR | 17 |
| 2.5.1 Literaturübersicht der Studien, die in Arztpraxen durchgeführt wurden | 17 |
| 2.5.1.1 Geschlechterverteilung | 18 |
| 2.5.1.2 Altersverteilung von Studienteilnehmern | 21 |
| 2.5.1.3 Alkoholkonsum der Studienteilnehmer | 22 |
| 2.5.1.4 Rauchverhalten der Studienteilnehmer | 23 |
| 2.5.1.5 Bildungsniveau | 24 |
| 2.5.1.6 Weitere Charakteristika von Studienteilnehmern | 24 |
| 2.5.1.7 Follow-up in Studien mit negativem Befund zu Unterschieden zwischen Nicht-Teilnehmern und Teilnehmern..... | 24 |
| 2.5.2 Literaturübersicht zu Nicht-Teilnehmern anhand von Befragungen zu anderen Themen..... | 27 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.5.3 | Gegenüberstellung von Verweigerermerkmalen bei Studien zum Thema Alkohol und bei anderen Befragungen | 33 |
| 2.6 | FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN..... | 34 |
| 2.6.1 | Fragestellung..... | 34 |
| 2.6.2 | Hypothesen | 35 |
| 3. | <u>METHODEN.....</u> | 36 |
| 3.1 | DATENERHEBUNG..... | 36 |
| 3.1.1 | Überblick..... | 36 |
| 3.1.2 | Eigene Leistung | 37 |
| 3.2 | STUDIENDESIGN..... | 37 |
| 3.2.1 | Rekrutierung der Studienteilnehmer | 37 |
| 3.2.2 | Diagnostik der Studienteilnehmer..... | 39 |
| 3.2.2 | Katamnesen..... | 40 |
| 3.3 | VERWENDETE INSTRUMENTE | 41 |
| 3.3.1 | LAST..... | 41 |
| 3.3.2 | AUDIT | 42 |
| 3.3.3 | FTND-G..... | 44 |
| 3.3.4 | RCQ-G | 45 |
| 3.3.5 | MHI-5 | 46 |
| 3.3.6 | Soziodemographische Angaben..... | 47 |
| 3.3.7 | Statistische Auswertung..... | 48 |
| 3.4 | STICHPROBENBESCHREIBUNG | 48 |
| 4. | <u>ERGEBNISSE.....</u> | 51 |
| 4.1 | VERGLEICHE DER NICHT-TEILNEHMER-GRUPPEN | 51 |
| 4.1.1 | Gruppeneinteilungen..... | 51 |
| 4.1.2 | Vergleich Screeningteilnehmer und POT-Screening..... | 53 |
| 4.1.3 | Vergleich der Nicht-Teilnehmer | 54 |
| 4.1.4 | Vergleich Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer..... | 57 |
| 4.1.5 | Vergleich der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer bei der Katamnese. | 60 |
| 4.2 | ZUSAMMENFASSUNG | 61 |

| | |
|---|------------------|
| <u>5. DISKUSSION.....</u> | <u>62</u> |
| 5.1 VERGLEICH DER LITERATUR MIT EIGENEN ERGEBNISSEN..... | 62 |
| 5.2 STÄRKEN DER ARBEIT | 67 |
| 5.3 LIMITATIONEN DER ARBEIT | 68 |
| 5.4 AUSBLICK | 68 |
| | |
| <u>6. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</u> | <u>69</u> |
| | |
| <u>7. ANHANG.....</u> | <u>70</u> |
| | |
| <u>8. LITERATURVERZEICHNIS.....</u> | <u>80</u> |
| | |
| <u>9. ZUSAMMENFASSUNG</u> | <u>88</u> |
| | |
| <u>10. DANKSAGUNG.....</u> | <u>89</u> |
| | |
| <u>11. CURRICULUM VITAE.....</u> | <u>90</u> |

1. EINLEITUNG

Alkohol ist auf der einen Seite ein Genussmittel, auf der anderen Seite handelt es sich um eine Substanz mit toxischer Wirkung und Suchtpotential. Je höher die Menge des Konsums ist und je länger er andauert, desto höher ist das Risiko an negativen Folgen. Dazu gehören somatische und psychische Erkrankungen sowie psychosoziale und ökonomische Konsequenzen. Da der Alkoholkonsum weit verbreitet ist, spielen besonders Präventionsmaßnahmen eine wichtige Rolle um diese negativen Folgen zu vermindern.

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Zum internationalen Vergleich des Alkoholkonsums einer Bevölkerung bietet sich der Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols pro Jahr an. Für das Jahr 1997 betrug er für Deutschland 10,8 l. Auf die Getränkearten verteilt waren das durchschnittlich pro Kopf 131,2 l Bier, 18,1 l Wein, 4,9 l Sekt und 6,1 l Spirituosen (Bühringer et al., 2000). Im Jahr 2003 sank der Pro-Kopf-Konsum auf 10,2 l reinen Alkohols (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DHS, 2005). Insgesamt entwickelt sich der Konsum jedoch nur sehr langsam zurück, so sank er zwischen 1970 und 2002 lediglich um 1,7%. Deutschland liegt an vierter Stelle bezogen auf den Alkoholkonsum in der Europäischen Union, hinter Portugal, Luxemburg und Frankreich (Bühringer et al., 2000). Im weltweiten Vergleich liegt der Alkoholkonsum in Deutschland im Jahr 2002 auf Rang fünf (DHS, 2005).

Als Indikator für riskanten Alkoholkonsum gelten Konsumgrenzen pro Tag, und zwar 20g Reinalkohol pro Tag für Frauen und 30g Reinalkohol pro Tag für Männer. Wird mehr konsumiert, muss auf Dauer mit psychischen, physischen und sozialen Folgeschäden gerechnet werden (Bühringer et al., 2000). Auffällig ist, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede im Alkoholkonsum gibt. Männer konsumieren deutlich mehr Alkohol, so weisen 15,2% (vs. 5,5% der Frauen) einen riskanten Konsum (bis zu 40g Reinalkohol für Frauen und 60g für Männer pro Tag) auf, 4,6% (vs. 1,2% der Frauen) einen gefährlichen (bis 80g/ 120g Reinalkohol pro Tag) und 1,3% (vs. 0,4% der Frauen) einen Hochkonsum (über 80g/120g Reinalkohol pro Tag). Ein viertel der Personen, die Alkohol konsumieren hat einen gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum (Bühringer et al., 2000). Es bestehen regionale Unterschiede für die Zahl der Risikokonsumenten. Über dem Bundesdurchschnitt liegen dabei Berlin, Bayern, Sachsen

und Sachsen-Anhalt (Bühringer et al., 2000). In Bayern haben 12,1% der Personen einen riskanten Alkoholkonsum, 3,4% einen Gefährlichen und 0,9% einen Hochkonsum. In Berlin haben 14,0% ein riskantes Trinkverhalten, 5,1% trinken Alkohol in gefährlichen Mengen und 1,8% sind Personen mit einem Hochkonsum. Der Risikokonsum beträgt in Sachsen 13,4%, in Sachsen-Anhalt 12,1%. Gefährliche Mengen konsumieren in Sachsen 4,5%, in Sachsen-Anhalt 2,8%. Hochkonsum tritt in Sachsen-Anhalt etwa doppelt so häufig auf wie in Sachsen (1,5% vs. 0,7%).

1.2 SOZIOÖKONOMISCHE FOLGEN

Negative Folgen des Alkoholkonsums sind eine Vielzahl somatischer und psychischer Erkrankungen, sowie sozialer Veränderungen. Zu den somatischen Störungen gehören dabei Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, der Bauchspeicheldrüse sowie Herz-/Kreislauf- und Krebserkrankungen, Bluthochdruck und Ernährungsstörungen (Bühringer et al., 2000). Soziale Störungen zeigen sich besonders im Familienleben, im Arbeitsbereich, in der Öffentlichkeit sowie in einer Reduktion des Bekannten- und Freundeskreises. An ökonomischen Auswirkungen eines riskanten Alkoholkonsums treten Arbeitslosigkeit oder eine Minderung der Arbeitskraft (3,2 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage bedingt durch Alkohol 1993), Obdachlosigkeit, Frühberentung und Rehabilitation auf. Jedes vierte Gewaltdelikt geschieht unter Alkoholeinfluss, ein noch höherer Prozentsatz findet sich bei den Tötungsdelikten. 8,6% der Verkehrsunfälle mit Personenschäden sind 1997 unter Alkoholeinfluss geschehen, bei den Unfällen mit Todesfolge waren es sogar 16,9%. Die Behandlung von Personen aufgrund von Alkoholabhängigkeit oder schädlichem Konsum erfolgte 1997 in 150.000 Fällen. Alkoholranke haben insgesamt eine um ca. 20 Jahre reduzierte Lebenserwartung. Die Gesamtkosten alkoholbezogener Krankheiten für das Jahr 1995 lagen bei 40 Mrd. DM (Bühringer et al., 2000).

1.3 ZIELSETZUNG

Diese Zahlen verdeutlichen die Wichtigkeit, den Alkoholkonsum in Deutschland zu senken. Bei 1,6 Mio. Alkoholabhängigen oder Personen mit Alkoholmissbrauch und 2,65 Mio. Personen mit riskantem Alkoholkonsum ist es notwendig sich mit Präventionsmaßnahmen auseinander zu setzen. Besonders geeignet ist die Allgemeinarztpraxis als Setting für ein alkoholbezogenes Screening, da 86,3% der

Alkoholabhängigen mindestens einmal jährlich den Hausarzt aufsuchen (Rumpf et al., 2000). Systematische Stichprobenfehler bei den Auswertungen eines Screenings ergeben sich aber durch den oft üblichen Nicht-Antwörter-Anteil von 25 - 35% (Bühringer et al., 2000). Deshalb ist es von großer Bedeutung sich mit den Nicht-Teilnehmern von Screening-Untersuchungen und Interventionen zu beschäftigen, um in zukünftigen Studien die Ausschöpfung und damit die Repräsentativität zu erhöhen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Merkmale von Nicht-Teilnehmern zu untersuchen um festzustellen, ob diese sich von Teilnehmern unterscheiden und sie gegebenenfalls gezielter ansprechen zu können.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 DEFINITIONEN VON ALKOHOLMISSBRAUCH UND ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Die ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen; Dilling et al., 1993) und das DSM IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen; Saß et al., 1994) gelten derzeit als Standard zur Diagnostik und Klassifizierung psychischer Störungen. Um eine möglichst eindeutige begriffliche Trennung der alkoholbezogenen Störungen zu gewährleisten, werden im folgenden Abschnitt ihre Definitionen dargestellt.

2.1.1. Alkoholmissbrauch

2.1.1.1 Schädlicher Gebrauch (ICD 10; F10.1)

Als schädlichen Gebrauch von Alkohol bezeichnet man nach der ICD 10 ein Konsummuster, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann sich in einer körperlichen oder einer psychischen Störung äußern. Als diagnostischer Anhaltspunkt können auch die häufig entstehenden negativen sozialen Folgen betrachtet werden. Weiterhin sei die akute Alkoholintoxikation erwähnt, die aber nur als ein vorübergehender „Gesundheitsschaden“ zu sehen ist und daher keinen diagnostischen Beweis darstellt.

2.1.1.2 Alkoholmissbrauch (DSM IV; 305.00)

Im DSM IV handelt es sich beim Alkoholmissbrauch um ein unangepasstes Muster von Alkoholgebrauch, das zu klinisch bedeutsamer Beeinträchtigung führt. Mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums müssen erfüllt sein, um die Diagnose stellen zu können:

1. Die betroffene Person weist einen wiederholten Alkoholmissbrauch auf, der zum Versagen bei der Ausführung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder im Haushalt führt.
2. Der Alkoholmissbrauch findet wiederholt in Situationen statt, in denen es aufgrund des Alkoholkonsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
3. Es treten wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz auf.

4. Der Missbrauch wird fortgesetzt, obwohl es wiederholt zu zwischenmenschlichen Problemen kommt, die durch den Alkoholkonsum ausgelöst oder verstärkt werden. Dabei dürfen für die Diagnose Alkoholmissbrauch nie die Kriterien für Alkoholabhängigkeit erfüllt worden sein.

Im Vergleich zur ICD 10, sind beim DSM IV die Kriterien für den Alkoholmissbrauch genauer festgelegt. In der ICD 10 existiert nur der „Schädliche Alkoholgebrauch“, der die negativen sozialen Folgen als Kriterium vernachlässigt. Lediglich körperliche und psychische Folgen werden festgelegt. Bei den Forschungskriterien der ICD 10 spielen aber auch soziale Aspekte eine Rolle (Dilling et al., 1994). Beim DSM IV spielen gerade die sozialen Effekte des Alkoholmissbrauchs eine große Rolle und sind Grundlage der 4 Kriterien. Bei der ICD 10 werden außerdem keine Angaben zur Häufigkeit der Probleme gemacht, anders beim DSM IV, das sich auf einen festgelegten 12-Monats-Zeitraum bezieht.

2.1.2 Alkoholabhängigkeit

2.1.2.1 Abhängigkeitssyndrom (ICD 10; F10.2)

Beim Abhängigkeitssyndrom handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, verhaltensorientierter und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum der Substanz für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen. Dabei müssen während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt worden sein:

1. Es besteht ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Die Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung oder der Menge des Konsums ist vermindert.
3. Es tritt ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums von Alkohol auf, oder Entzugssymptome werden durch die Aufnahme verwandter Substanzen gemildert.
4. Entwicklung einer Toleranz gegenüber Alkohol, die Dosis muss gesteigert werden, um die ursprüngliche Wirkung zu erreichen.
5. Andere Vergnügen oder Interessen werden zunehmend zugunsten des Alkoholkonsums vernachlässigt. Es besteht ein erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren und sich von den Folgen zu erholen.

6. Der Alkoholkonsum wird trotz des Nachweises schädlicher Folgen fortgeführt.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal ist ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol, ungeachtet des gesellschaftlich vorgegebenen Trinkverhaltens. Weiterhin kann das Abhängigkeitssyndrom unterteilt werden in Zustände aktiver Abhängigkeit, ständigen Substanzgebrauchs, episodischen Substanzgebrauchs, Teilnahme an einem Ersatzdrogenprogramm, Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten, Abstinenz in beschützender Umgebung oder aktueller Abstinenz.

2.1.2.2 Alkoholabhängigkeit (DSM IV; 303.90)

Bei der Alkoholabhängigkeit laut DSM IV handelt es sich um einen unangepassten Alkoholkonsum, der zu klinisch bedeutsamer Beeinträchtigung oder Leiden führt. Es müssen mindestens drei der folgenden Kriterien in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

1. Es besteht eine Toleranzentwicklung gegenüber Alkohol, die sich entweder in einer Dosissteigerung bei gleicher Wirkung oder einer Wirkungsminderung bei gleicher Dosis äußert.
2. Entzugssymptome als charakteristische Zeichen von Alkoholentzug oder Konsum von Alkohol, um Entzugssymptome zu lindern.
3. Alkohol wird länger oder in größeren Mengen als beabsichtigt eingenommen.
4. Es besteht der Wunsch den Alkoholkonsum zu kontrollieren, hierzu zählen auch erfolglose Versuche.
5. Viel Zeit wird benötigt, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren und sich von den Wirkungen zu erholen.
6. Aufgrund des Alkoholkonsums werden wichtige soziale und berufliche Aktivitäten aufgegeben oder eingeschränkt.
7. Trotz Kenntnis eines anhaltenden psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Alkoholmissbrauch ausgelöst oder verstärkt wird, wird der Alkoholkonsum fortgesetzt.

Es bestehen weiterhin die Zusatzkodierungen, ob eine körperliche Abhängigkeit vorliegt oder nicht und die Verlaufszusatzkodierungen früh voll-/ teilremittiert, anhaltend voll-/ teilremittiert, bei agonistischer Therapie, in geschützter Umgebung.

Im Vergleich zur Definition der Alkoholabhängigkeit in der ICD 10 ist festzustellen, dass die Kriterien 4 und 5 beim DSM IV gesondert aufgeführt werden, wohingegen sie in der ICD 10 unter Punkt 5 zusammengefasst sind. Inhaltlich bestehen in der Auswahl der Kriterien keine Unterschiede, wohl aber im zeitlichen Rahmen. Bei der ICD 10 müssen mindestens drei Symptome gleichzeitig auftreten, während sie beim DSM IV nur im gleichen 12-Monats-Zeitraum liegen müssen.

2.2 FOLGEN DES ALKOHOLKONSUMS

Alkoholabhängigkeit und ein erhöhter Alkoholkonsum haben vielfältige körperliche und psychische Folgen (Feuerlein et al., 1998). Im Folgenden sollen die wichtigsten Effekte des Alkoholkonsums und Erkrankungen, die durch einen riskanten Alkoholkonsum ausgelöst werden, dargestellt werden.

2.2.1 Neuropsychiatrische Folgen

Eine akute Folge der vermehrten Einnahme von Alkohol ist der Rausch. Man kann den Alkoholrausch in drei Schweregrade einteilen, dabei treten leichte Rauschzustände bei einer Blutalkoholkonzentration (BAK) von 0,5 - 1,5 Promille auf, mittelgradige Rauschzustände bei einer BAK von 1,5 - 2,5 Promille und schwere Rauschzustände bei einer BAK über 2,5 Promille. Dabei stehen klinisch neurologische Auffälligkeiten, Störungen der motorischen Koordination und psychische Veränderungen im Vordergrund, es kommt zu einer zunehmenden Bewusstseinsstörung, die bei schweren Intoxikationen im alkoholischen Koma münden kann (Feuerlein et al., 1998). Daneben gibt es den pathologischen Rausch, bei dem ausgeprägte Verhaltensänderungen sowie Dämmerzustände und psychotische Symptome schon nach dem Konsum relativ geringer Mengen Alkohol ausgelöst werden können.

Wird Alkohol über einen längeren Zeitraum kontinuierlich eingenommen, kommt es bei verminderter Alkoholfuhr zu einem Alkoholentzugssyndrom. Die akute Form ist gekennzeichnet durch internistische, vegetative, neurologische und psychische Störungen, die nach einigen Tagen wieder abklingen. Treten die Störungen als Spätsymptome nach wochenlangem Beschwerdefreiheit auf, so spricht man von einem protrahierten Alkoholentzugssyndrom (Feuerlein et al., 1998).

Weitere neurologische Ausfälle können durch einen erhöhten Alkoholkonsum ausgelöst werden. Das Wernicke-Korsakow-Syndrom ist durch die Trias Ophthalmoplegie, Ataxie

und Bewusstseinsstörungen gekennzeichnet. Bei der alkoholischen Kleinhirnatrophie findet sich vorwiegend eine Stand- und Gangataxie. Zu den häufigsten alkoholbedingten neurologischen Störungen gehören die alkoholische Polyneuropathie und extrapyramidale Störungen wie Tremor oder Dyskinesien. Die Nicotinsäuremangel-Enzephalopathie hat als Kernsymptome Dermatitis, Diarrhö und Demenz, wobei die psychischen Störungen wie Stupor und Verwirrheitszustände dominieren. Epileptische Anfälle treten beim Alkoholentzug gehäuft auf, meist in Form von Grand-Mal-Anfällen (Feuerlein et al., 1998). Ein erhöhtes Schlaganfallrisiko besteht ebenfalls bei Alkoholmissbrauch (Reid et al., 1999).

Schwerwiegende psychiatrische Störungen können nach langem erhöhten Alkoholkonsum auftreten. Das Delirium tremens ist gekennzeichnet durch Desorientiertheit, illusionäre Verkennungen und optische Halluzinationen. Bei der Alkoholhalluzinose dominieren akustische Halluzinationen sowie Verfolgungsideen und Angst. Zu den Wahnkrankheiten der Alkoholkranken zählen der Eifersuchtswahn und paranoide Störungen (Feuerlein et al., 1998).

2.2.2 Somatische Alkoholfolgen

Bei chronischem Alkoholmissbrauch kann fast jedes Organsystem in Mitleidenschaft gezogen werden (Feuerlein et al., 1998). Zunächst werden die internistischen Störungen erwähnt, bei denen Leberstörungen an erster Stelle stehen. Die Alkoholfettleber ist die häufigste alkoholbedingte Störung, es kommt zu einer Verfettung und Enzyminduktion der Leberzellen. Klinisch sind die Beschwerden oft unspezifisch und gering. Bei andauernder Schädigung der Leber kann sich eine Alkoholhepatitis entwickeln, die durch gastrointestinale Beschwerden, Fieber und ggf. einen Ikterus gekennzeichnet ist. Eine akute Hepatitis kann in eine chronische Verlaufsform übergehen, die entweder chronisch-persistierend oder chronisch-aggressiv verläuft. Schließlich kann sich eine alkoholische Leberzirrhose entwickeln. Bei der kompensierten, inaktiven Form stehen Müdigkeit, Appetitmangel, Depressivität und Verdauungsbeschwerden im Vordergrund, wohingegen bei der dekompensierten Form eine portale Hypertension, Varizenbildung, Ikterus und Bewusstseinsstörungen dominieren. Bei einer schweren Lebererkrankung kann sich unabhängig von der Ursache eine hepatische Enzephalopathie entwickeln. Kennzeichnend dafür sind die Bewusstseinsstörungen unterschiedlichen Schweregrades sowie psychische und neurologische Störungen. Bei 5 - 15% der Patienten mit

chronischer Leberschädigung kann sich ein hepatozelluläres Karzinom entwickeln, bei der im Einzelfall eine Lebertransplantation in Frage kommt (Feuerlein et al., 1998).

Auch das Pankreas kann durch Alkoholmissbrauch geschädigt werden. Eine akute oder chronische Pankreatitis äußert sich in Schmerzen, kann aber auch klinisch stumm verlaufen. Gastrointestinale Störungen betreffen die Mundhöhle oder den Ösophagus in Form einer entzündlichen Veränderung, ebenso den Magen oder den Darm als erosive Gastritis oder Duodenitis (Feuerlein et al., 1998).

Herzerkrankungen treten ebenfalls vermehrt unter starkem Alkoholkonsum auf. Dazu gehören insbesondere die Kardiomyopathie, kardiale Arrhythmien und die arterielle Hypertonie. Hämatologische und immunologische Veränderungen äußern sich in Blutbildveränderungen und autoimmunologischen Prozessen. Stoffwechselstörungen sowie endokrine Störungen kommen ebenfalls bei Alkoholabhängigen häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung.

Durch Alkoholmissbrauch kann auch das Muskelsystem geschädigt werden. Zu den häufigsten Störungen gehören die akute und chronische Myopathie sowie die Rhabdomyolyse (Feuerlein et al., 1998).

Es wurde ebenfalls ein erhöhtes Risiko ein Mammakarzinom zu entwickeln bei Frauen mit Alkoholmissbrauch gefunden (Reid et al., 1999). Bei der Alkoholembryopathie besteht eine Schädigung des Embryos bzw. des Fetus durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Diese kann sich in körperlichen, geistigen und verhaltensbezogenen Störungen des Kindes äußern (Loock et al., 2005).

2.3 DIE ALLGEMEINARZTPRAXIS ALS SETTING

Screeningverfahren gelten als effektive Methode um alkoholbezogene Störungen aufzudecken (Rumpf et al., 1997). Die Erfassung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch sollte dabei in der medizinischen Basisversorgung erfolgen, da 92,7% der Personen mit einer Alkoholerkrankung mindestens einmal pro Jahr Kontakt zur medizinischen Versorgung haben (Rumpf et al., 2000). Die Inanspruchnahme suchtspezifischer Einrichtungen ist hingegen gering. Da in Arztpraxen die Prävalenz alkoholbezogener Störungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist (Hill et al., 1998), erweist sich dieses Setting als besonders günstig für eine Erfassung der Personen mit einer alkoholbezogenen Störung, und zwar in Form eines Screenings und einer nachfolgenden Intervention.

2.4 TRANSTHEORETISCHES MODELL

2.4.1 Einleitung

Das Transtheoretische Modell (TTM) ist ein Erklärungsmodell für menschliche Verhaltensänderungen (Keller et al., 1999). Es vereinigt in sich mehrere Ansätze, die zu Verhaltensänderungen führen. Eine Verhaltensänderung ist dabei ein Prozess, der ein aktives Durchlaufen aufeinander aufbauender Änderungsstufen mit sich bringt. Die wichtigsten Kernannahmen des TTM sind, dass die verschiedenen Stadien der Verhaltensänderung durch gezielte Intervention beeinflusst werden können und dass so die Fähigkeiten zur Selbstkontrolle verbessert werden können. Fünf Stufen werden unterschiedlich schnell durchlaufen, bis es zur anhaltenden Verhaltensänderung kommt.

2.4.2 Beschreibung des TTM

Die erste Stufe ist die Phase der Absichtslosigkeit. Es besteht keine Intention zur Veränderung eines Problemverhaltens in den nächsten 6 Monaten, außerdem besteht ein Widerstand gegen das Erkennen des Problemverhaltens. Diese Stufe kann ein stabiler Zustand sein. Darauf folgt die Stufe der Absichtsbildung, bei der eine Auseinandersetzung mit dem Risikoverhalten besteht, dabei allerdings keine konkreten Maßnahmen ergriffen werden. In der Phase der Vorbereitung soll eine Veränderung unmittelbar, im Fall eines erhöhten Alkoholkonsums, innerhalb von 30 Tagen, begonnen werden. Es besteht eine hohe Motivation für die Änderung des Problemverhaltens. In der vierten Phase, der Stufe der Handlung, macht die Person aktive Versuche, problematisches Verhalten abzubauen, hat ein hohes Maß an Engagement und Entschlossenheit. In dieser Phase besteht allerdings auch das Risiko für einen Rückfall in das Problemverhalten. Die Phase der Aufrechterhaltung schließt sich an, dabei besteht das Zielverhalten seit mehr als 6 Monaten, es kann jedoch, je nach Problemverhalten immer noch ein aktiver Prozess sein, das Zielverhalten aufrecht zu erhalten (Keller et al., 1999). Ein integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses stellt der Rückfall dar. Darunter versteht man die Regression auf eine niedrigere Stufe, er kann aber auch durch konstruktive Verarbeitung eine Annäherung an das Zielverhalten darstellen.

Um eine Verhaltensänderung zu fördern, können verschiedene Strategien genutzt werden. Unterschieden werden kognitiv-affektive und verhaltensorientierte Strategien. Die kognitiv-affektiven Strategien beziehen sich auf subjektive Bewertungsprozesse und

emotionales Erleben von Verhaltensweisen. So spielt die Steigerung des Problembewusstseins eine wichtige Rolle, wie z.B. ein bewusstes wahrnehmen der Gründe, Konsequenzen und Veränderungswege für ein Problemverhalten. Ein emotionaler Bezug zum Problemverhalten sollte hergestellt werden, beispielsweise eine persönliche Betroffenheit gegenüber dem Verhalten. Außerdem gilt es, eine Neubewertung der persönlichen Umwelt vorzunehmen und damit ein bewusstes Wahrnehmen von emotionalen und kognitiven Konsequenzen des eigenen Problemverhaltens zu ermöglichen. Eine Selbstneubewertung schließt das Wahrnehmen der Konsequenzen für die eigene Person in den Änderungsprozess mit ein. Hilfreich ist auch das Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen, die die Veränderung des Problemverhaltens erleichtern. Die verhaltensorientierten Strategien sind für die Stufen der Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung relevant. Dabei spielt die Selbstverpflichtung eine große Rolle, sie geht einher mit der Überzeugung, dass eine Veränderung möglich ist und dass mehrere Handlungsmöglichkeiten vorhanden sind, zwischen denen bewusst gewählt werden kann. Eine Kontrolle der Umwelt kann erfolgen, indem Auslöser für Problemverhalten entfernt werden. Die Gegenkonditionierung dient dazu, ungünstige Verhaltensweisen durch günstigere zu ersetzen. Durch das Einfordern und Annehmen konkreter sozialer Unterstützung macht die Person sich hilfreiche Beziehungen zu Nutze. Selbstverstärkend kann man sich außerdem für Schritte belohnen, die in die richtige Richtung zur Verhaltensänderung führen.

Die Entscheidungsbalance ist ein Instrument zur Charakterisierung der aktuellen Veränderungsmotivation. Sie besteht aus den subjektiv gewichteten Vor- und Nachteilen, die eine Verhaltensänderung mit sich bringt. Je nachdem, auf welcher Stufe der Verhaltensänderungen sich eine Person befindet überwiegen die Vor- oder Nachteile. Zur differenzierten Abstufung des Veränderungsprozesses wird die Selbstwirksamkeitserwartung herangezogen. Sie steht für das Ausmaß an Zuversicht, ein bestimmtes Zielverhalten unter widrigen Bedingungen zu erreichen. Im Laufe eines Änderungsprozesses nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung in Gegensatz zur situativen Versuchung zu.

2.4.3 Bezug zur Studie

Das TTM gilt als Erklärungsmodell für Verhaltensänderungen. Dies trifft auch für Änderungen im Suchtverhalten zu. Das Transtheoretische Modell wird in vorliegender Studie zur Überprüfung der Änderungsbereitschaft im Bezug auf Tabak- und Alkoholkonsum eingesetzt. Auch hier werden verschiedene Stadien der Verhaltensänderung durchlaufen und können abgefragt werden. Dabei werden lediglich die Stufen der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Vorbereitung/ Handlung berechnet.

2.5 LITERATUR

2.5.1 Literaturübersicht der Studien, die in Arztpraxen durchgeführt wurden

In der Literatur über bisher durchgeführte Screening-Untersuchungen in Arztpraxen zum Thema Alkoholkonsum lassen sich oft nur wenig Angaben zu Screening- oder Studienverweigerern¹ finden. Zumeist ist lediglich die Rate der Verweigerungen angegeben. Genauere Angaben über Gründe für Verweigerungen oder ein Vergleich demographischer Variablen zwischen Verweigerern und Teilnehmern ist nur in einigen Studien zu finden. Um eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse zu berücksichtigen ist jedoch das Wissen um mögliche Unterschiede von Bedeutung. Im Folgenden werden die in Arztpraxen durchgeführten Studien vorgestellt, besonderes Augenmerk wird dabei auf die Nicht-Teilnehmer gerichtet.

Grundlage der Literatursuche dieser Arbeit waren Recherchen in der Datenbank Medline unter folgenden Stichworten, die auch kombiniert wurden: alcohol, alcoholism, screening, brief intervention, refusal, dropout und nonrespondents. Des Weiteren wurden alle Studien, die sich mit dem Thema der Kurzintervention in Arztpraxen beschäftigten zur zusätzlichen Literatursuche herangezogen. Dabei wurden besonders Arbeiten der letzten Jahre berücksichtigt.

¹ Es wurde in der Arbeit insgesamt vermieden, von „Verweigerern“ zu sprechen, im Rahmen der Literaturübersicht jedoch wurden die Originalbegriffe der Autoren verwendet bzw. übersetzt.

2.5.1.1 Geschlechterverteilung

In drei der untersuchten Studien sind Frauen eher zu einer Studienteilnahme bereit als Männer. Bei Wallace et al. (1988) nahmen nach dem Ausfüllen eines Fragebogens im Durchschnitt 61,2% der Patienten an der weiteren Untersuchung, einer Gesundheitsberatung, teil. Davon waren 63,8% der Frauen und 59,6% der Männer zu einer Studienteilnahme bereit. Von den Personen, die zum Interview nach 6 bzw. 12 Monaten gebeten wurden, erschienen 86,0% der Männer und 83,5% der Frauen. Bei Männern in der Behandlungsgruppe war die Anwesenheit zum Interview mit 89,2% signifikant höher als in der Kontrollgruppe mit 82,9%. Die Teilnahmeraten in der Behandlungsgruppe, so Wallace, waren nicht beeinflusst vom Geschlecht, bei teilnehmenden Männern waren allerdings ältere Personen und weniger starke Trinker stärker vertreten. Bei der Intervention waren die Teilnehmerzahlen rückläufig. So nahmen von den Männern 83,3% an einer Interventionssitzung teil, 57,2% an zweien, 31,4% waren bei drei Sitzungen anwesend und 18,6% nahmen an vier oder mehr Interventionssitzungen teil. Bei den Frauen war eine ähnliche Entwicklung zu beobachten.

Burge et al. (1997) untersuchten die Effekte von alkoholbezogener Kurzintervention bei mexikanisch-amerikanischen Patienten. Auch hier nahmen mehr Frauen als Männer an der Studie teil. Sie nahmen das Gesundheitssystem häufiger in Anspruch als Männer, und fühlten sich in dieser Situation wohler als Männer, so Burge. Die Studie wurde von 42 Allgemeinärzten in San Antonio, Texas, durchgeführt. 4.045 Patienten zwischen 18 und 78 Jahren wurden anhand eines Interviews nach Gesundheitsrisiken, unter anderem erhöhtem Alkoholkonsum, gescreent. 31 Patienten (> 1%) lehnten das Screening ab. Von den positiv gescreenten Personen (8% der Gesamtgruppe) lehnten weitere 14% die Teilnahme ab, bzw. waren nicht in der Lage, teilzunehmen. Die übrigen 279 Patienten wurden auf eine von drei Interventionsgruppen oder die Kontrollgruppe verteilt. Nach 12 Monaten waren noch 78% zum Interview bereit, nach 18 Monaten waren es 77%. Die Gruppe, die eine Psychoedukation erhielt, hatte mit 52% die niedrigste Teilnehmerrate. Von den nicht zu erreichenden Patienten (n = 55) waren 25 nicht kontaktierbar, 11 lehnten direkt ab, 6 starben, 6 zogen um und 7 waren in einem Gefängnis außerhalb von San Antonio untergebracht. Frauen waren allgemein eher zu Folgeinterviews bereit und nahmen auch häufiger an dem Aufklärungsprogramm über die Folgen des Alkoholkonsums teil. Dass besonders junge Männer schwer zu erreichen sind, führt

Burge darauf zurück, dass sie sich eher gegen eine Behandlung wehren oder das abwehrende Verhalten schon die Folge des erhöhten Alkoholkonsums ist, der ja auch in dieser Gruppe gehäuft auftritt.

Vinson et al. (2004) fanden bei einer Screeninguntersuchung von 2.800 Patienten in der medizinischen Basisversorgung ebenfalls, dass Frauen mit 62 – 67% häufiger vertreten waren als Männer. Insgesamt hatte die von ihnen durchgeführte Studie eine Ausschöpfung von 83 – 87%.

Auch Edwards und Rollnick (1997) fassen die Problematik der Verweigerer für mehrere Studien zusammen (Heather et al., 1987; Wallace et al., 1988; Romelsjö et al., 1989; Scott et al., 1990; Babor et al., 1996). Sie bezweifeln, ob generelle Aussagen zu der Effektivität solcher Kurzinterventionen gemacht werden können, wenn es doch scheint, als gäbe es lediglich eine ganz bestimmte Gruppe, die zugänglich für Kurzinterventionen sei und somit überproportional in solchen Untersuchungen vertreten. Die Teilnahmerate schwankt zwischen 44,3% und 83,2% (Mittel: 70,6%). Bei einigen von Edwards und Rollnick (1997) untersuchten Studien wird die Angabe gemacht, dass sich Teilnehmer und Verweigerer in einigen Merkmalen unterscheiden, unter anderem auch, dass Frauen eher zu einer Studienteilnahme bereit sind als Männer. Mc Menamin (1994) stellt in einer in Neuseeland durchgeführten Studie fest, dass Frauen nach einem positiven Alkoholscreening eher bereit waren, eine klinische Untersuchung und den Folgetermin für eine Alkoholberatung wahrzunehmen. Beim Screening hingegen waren mehr Männer als Frauen zu einem weiteren Treffen mit einer Krankenschwester oder einem Arzt bereit. Andere Autoren berichten hingegen, dass sie in ihren Studien eine entgegengesetzte Feststellung gemacht haben. Dort sind Männer mit einer Studienteilnahme eher einverstanden als Frauen. So untersuchten Anderson und Scott (1990; 1992) das Trinkverhalten von Männern (1992) und Frauen (1990) in zwei separaten Studien. In 8 Allgemeinarztpraxen wurden 8.483 Männer gescreent, von denen 698 zu einem weiteren Interview eingeladen wurden. Von ihnen erschienen 52% zum Interview, bei der Studie mit Frauen waren es lediglich 47%, die der Einladung zum Interview folgten. Allerdings nahmen mit 86% mehr Frauen als Männer (83%) bis zum Ende der Studie, ein Jahr später, teil. Aalto et al. (2000b; 2001) führten zwei Studien in Finnland durch, die sich mit den Effekten einer Kurzintervention zur Alkoholreduktion bei Frauen (2000a) und Männern (2001) mit erhöhtem Alkoholkonsum beschäftigten. Über einen 3-Jahres-Zeitraum wurde die Verringerung des Alkoholkonsums in drei verschiedenen Gruppen, zwei Interventionsgruppen und einer Kontrollgruppe, untersucht. Von 7.539 gescreenten

Patientinnen in Allgemeinarztpraxen oder Ambulanzen wurden 353 als Risikotrinkerinnen identifiziert. Von ihnen waren 38,8% bereit, weiter an der Studie teilzunehmen. Bei einer zweiten Konsultation nach 3 Wochen erschienen 5,4% nicht zum Termin. Die verbliebenen 118 Patientinnen wurden zufällig auf drei Studiengruppen verteilt. Gruppe A erhielt Interventionen in 4-Monats-Abständen über den gesamten Zeitraum von 3 Jahren, Gruppe B erhielt Interventionen alle 8 Monate und die Kontrollgruppe C wurde einmalig beraten, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Nach drei Jahren nahmen noch 55% aus der Interventionsgruppe A teil, bei Gruppe B waren es 76% und bei der Kontrollgruppe 68%. Die Unterschiede in der Teilnehmerrate der einzelnen Gruppen waren jedoch nicht signifikant. Die Gruppen unterschieden sich lediglich im mittleren Erythrozytenvolumen (MCV) und in ihrem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand signifikant voneinander. Die hohen Verweigererraten führen die Autoren zum Teil auf die lange Studiendauer zurück.

Ein Jahr später wurden bei gleichem Setting nur Männer untersucht. Von den 4.258 gescreenten Personen erfüllten 15,45% die Einschlusskriterien. Von ihnen waren 53% bereit, an der Studie teilzunehmen. Zu dem ersten Termin nach 1-3 Wochen erschienen 15,4% nicht. Die übrigen 296 Patienten wurde randomisiert auf drei Gruppen verteilt, Gruppe A erhielt eine intensivere Intervention als Gruppe B und Gruppe C stellte die Kontrollgruppe dar. Nach Beendigung der Studie nach drei Jahren, waren noch 66 Teilnehmer in Gruppe A (61%), 69 Teilnehmer in Gruppe B (70%) und 67 Teilnehmer in der Kontrollgruppe C (76%). Aalto et al. (2000b) verglichen die Ergebnisse beider Studien miteinander. Es wurden die Complianceraten starker Trinker bezüglich des Alkoholinterventionsprogrammes dargestellt. Insgesamt nahmen 81,1% der für die Studien ausgewählten Personen teil. 33,9% der Patienten, die gescreent wurden und einen riskanten Alkoholkonsum aufwiesen, wurden ausgeschlossen. 17,9% der befragten Personen lehnten die Teilnahme an einer Kurzintervention ab. Nur 48,2% der Patienten waren insgesamt bereit an der Studie teilzunehmen. Dabei nahmen Männer fast doppelt so häufig teil wie Frauen (53,2% der Männer vs. 38,8% der Frauen).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in einem Teil der Studien Frauen eher zu einer Teilnahme bereit waren als Männer. Andere Untersuchungen stehen im Gegensatz dazu, hier sind Männer häufiger als Teilnehmer vertreten. Die folgende Tabelle soll dies veranschaulichen.

Tabelle 1: Geschlechterverteilung in Studien:

| Frauen häufiger Teilnehmerinnen | Männer häufiger Teilnehmer |
|--|-----------------------------------|
| Wallace et al. (1988) | Anderson und Scott (1992) |
| Burge et al. (1997) | Aalto et al. (2000b; 2001) |
| Edwards und Rollnick (1997) | |
| Mc Menamin (1994) | |
| Vinson (2004) | |

2.5.1.2 Altersverteilung von Studienteilnehmern

In mehreren Studien sind ältere Personen leichter für eine Studienteilnahme zu motivieren als jüngere. So fanden Wallace et al. (1988), dass ältere Patienten eher einer Teilnahme zustimmten als jüngere. Auch Aalto et al. (2000b) fanden unter den Studienteilnehmern mehr ältere Personen. Sie stimmten einer Teilnahme 1,8 mal häufiger zu als jüngere Patienten. Burge et al. (1997) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass ältere Patienten häufiger bereit zu einer Studienteilnahme waren, dieses Ergebnis wurde auch in der WHO-Studie (Babor et al., 1996) festgestellt. Richmond et al. (1995) publizierten eine Arbeit über eine in Australien durchgeführte Studie zum Thema Kurzintervention in Arztpraxen. In 40 Gemeinschaftspraxen wurden Patienten zwischen 18 und 70 Jahren mit einem Gesundheits- und Fitnessfragebogen im Wartezimmer gescreent. Von den 14.725 ausgeteilten Fragebögen wurden 11,6% nicht vollständig ausgefüllt. Von den Übrigen waren 6,9% der Patienten über der als riskant angesehenen Konsummenge an Alkohol (über 35g Alkohol/ Woche für Männer; über 21g/ Woche für Frauen) und sollten somit in die Studie eingeschlossen werden. 79,8% wurden von ihrem Arzt gebeten, an der Studie teilzunehmen, 19,0% wurden verfehlt und 1,2% waren nicht erreichbar, weil sie die Praxis vorzeitig verließen. Von den durch den Arzt angesprochenen Patienten lehnten 34,5% die Studienteilnahme ab. Im weiteren Verlauf wurden 5,4% nicht mehr erreicht und 13,7% ausgeschlossen. Es wurden 378 Patienten in die Studie aufgenommen und einer von vier Gruppen zugewiesen, die unterschiedlich intensive Interventionen erhielten. Nach 6 Monaten nahmen noch 277 (73%) der Patienten teil, nach 12 Monaten waren es 197 (69%). Die Nichtteilnehmer waren zu 45% Verweigerer und zu 55% nicht mehr erreichbar. Die Gruppe, die am meisten Intervention erhielt, hatte eine Teilnehmerrate von 49% im Verlauf der Studie. Sie unterschied sich

von den anderen Gruppen lediglich in einem signifikant höheren sozioökonomischen Status. Richmond et al. (1995) führen die niedrigen Teilnehmerraten auf die möglichst realistische Einbettung der Studienbedingungen in die Allgemeinarztpraxis zurück. Bei anderen Studien sei durch ein speziell arrangiertes Design, das dem realen Alltag nicht entspricht, eine höhere Teilnahmerate zustande gekommen. Zwischen den Patienten die teilnahmen und den Nicht-Teilnehmern bestanden signifikante Unterschiede. Die Teilnehmer waren signifikant älter als die Verweigerer. Edwards und Rollnick (1997) fanden bei Ihrer Metaanalyse ebenfalls, dass ältere Patienten leichter einer Studienteilnahme zustimmten als jüngere.

Zusammenfassend wurde in den erwähnten Studien einstimmig festgestellt, dass ältere Personen einer Studienteilnahme eher zustimmen als jüngere Personen.

2.5.1.3 Alkoholkonsum der Studienteilnehmer

Personen mit geringerem Alkoholkonsum nehmen häufiger an Studien teil als Personen mit einem Hochkonsum. Zu diesem Ergebnis kommen viele Studien. So fanden beispielsweise Anderson und Scott (1992), dass weniger starke Trinker unter den Teilnehmern häufiger vertreten waren als starke Trinker. Auch Wallace et al. (1988) stellten fest, dass eher Personen teilnahmen, die im Screening einen niedrigeren Punktwert als Maß für den Alkoholkonsum gegenüber denen aufwiesen, die ablehnten. Richmond et al. (1995) kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Verweigerer einen höheren Alkoholkonsum aufwiesen als die Studienteilnehmer. Um zu überprüfen, ob eine Kurzintervention als Sekundärprävention wirksam ist, führte die WHO eine Studie (Babor et al., 1996) parallel in 8 Ländern durch (Australien, Kenia, Mexiko, Norwegen, Großbritannien, Russland, USA, Zimbabwe). Die Untersuchungen wurden in Krankenhausstationen, Notfallambulanzen, Polikliniken und einer Gesundheitscreening-Stelle durchgeführt. Die Enduntersuchung fand nach 9 Monaten statt. 75% der Personen standen für die abschließende Befragung zur Verfügung. Die Verweigerer wiesen gegenüber den teilnehmenden Personen einen niedrigeren sozioökonomischen Status auf und gaben eine ausgeprägtere Alkoholproblematik an, die Teilnehmer waren also ebenfalls Personen mit einem niedrigeren Alkoholkonsum. Auch Edwards und Rollnick (1997) kamen in ihren Untersuchungen zu diesem Ergebnis. Die von Bien et al. (1993) untersuchten Studien zeigten ebenfalls, dass dort Teilnehmer einen niedrigeren Alkoholkonsum haben als Verweigerer. Diese Daten erhoben Bien et al. (1993) in einer

Übersichtsarbeit, die sich mit der Effektivität von Kurzinterventionen unter verschiedenen Rahmenbedingungen beschäftigt. Einerseits wurden Studien verglichen, die ihre Teilnehmer in der medizinischen Grundversorgung rekrutierten, andererseits über die Medien geworbene Personen und Hilfe-Suchende Personen. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass es einen großen Unterschied bezüglich der Anzahl der Personen gibt, die eine Intervention angeboten bekommen gegenüber denen, die tatsächlich an einer Intervention teilnehmen. Auch in der Zeit zwischen der Randomisierung von möglichen Teilnehmern und der tatsächlichen Intervention gibt es Verweigerer, z.T. bis zu 20%. Bien kritisiert, dass diese Personen oft aus der Statistik gestrichen werden und damit die Interpretation der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich ist. Häufig sind die „Aussteiger“ aus Studien die stärkeren Trinker. Bien betont die Wichtigkeit, dass Teilnehmer-Charakteristika näher untersucht werden, und vermutet, dass auch das Ergebnis der Kurzintervention stark von diesen persönlichen Faktoren der Probanden abhängt.

Personen mit einem höheren Alkoholkonsum fühlen sich in Gesprächssituationen über ihr Trinkverhalten weniger wohl als Personen mit einem geringeren Konsum (Vinson et al., 2004). Ebenso wurde in dieser Untersuchung festgestellt, dass auch die beratenden Ärzte das Thema Alkohol leichter bei Personen mit geringerem Konsum thematisierten als bei Hochkonsumenten.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass Personen mit einem erhöhten Alkoholkonsum weniger an Studien teilnehmen als Personen, die nur kleinere Mengen Alkohol trinken.

2.5.1.4 Rauchverhalten der Studienteilnehmer

Das Rauchverhalten der Teilnehmer im Gegensatz zu dem der Verweigerer wurde in einigen Studien erwähnt. So fanden Aalto et al. (2001), dass starke Raucher (> 20 Zigaretten/ Tag) 1,6 mal häufiger an dem Interventionsprogramm teilnahmen als Nichtraucher. Gegensätzlich verhalten sich die Ergebnisse von Richmond et al. (1995) sowie Edwards und Rollnick (1997), bei denen die teilnehmenden Patienten häufiger Nichtraucher waren als die Verweigerer.

2.5.1.5 Bildungsniveau

Einen Unterschied im Bildungsniveau der Teilnehmer gegenüber den Nicht-Teilnehmern stellten Babor et al. (1992) im Rahmen der WHO-Studie fest. Hier war es so, dass die Studienteilnehmer ein höheres Bildungsniveau hatten als die Nicht-Teilnehmer. Ebenso verhält es sich bei den Studien von Richmond et al. (1995) sowie der Metaanalyse von Edwards und Rollnick (1997).

2.5.1.6 Weitere Charakteristika von Studienteilnehmern

Im folgenden Abschnitt werden noch weitere Charakteristika genannt, bei denen Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Studienverweigerern gefunden wurden. Bei Burge et al. (1997) waren die Teilnehmer häufiger arbeitslos und hatten dadurch möglicherweise eher Zeit, an der Studie teilzunehmen.

Romelsjö et al. (1989) publizierten eine in Schweden durchgeführte Studie, in der einige Angaben zu Verweigerern zu finden sind. Es wurden im Rahmen einer allgemeinen Gesundheitsstudie die Teilnehmer zu ihrem Alkoholkonsum befragt. Die Daten wurden mit einem Fragebogen erhoben. Den Personen, die den Fragebogen nicht direkt beantworteten, wurde der Fragebogen zugesandt oder sie wurden telefonisch kontaktiert und zu einer allgemeinen Gesundheitsuntersuchung eingeladen. Daraufhin wurden sie zunächst von einer Krankenschwester, bei Auffälligkeiten im Alkoholkonsum auch von einem Allgemeinarzt untersucht und befragt. In der Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren nahmen zunächst 58,8% der Personen an der Gesundheitsuntersuchung teil. Sie entsprachen in sozialen und ökonomischen Kriterien der Stockholmer Allgemeinbevölkerung. Allerdings war bei den nicht teilnehmenden Personen die Scheidungsrate höher, sie waren häufiger unverheiratet und Ausländer.

2.5.1.7 Follow-up in Studien mit negativem Befund zu Unterschieden zwischen Nicht-Teilnehmern und Teilnehmern

Im Folgenden werden die Studien zum Thema Alkohol dargestellt, die keine genauen Angaben über Charakteristika von Nicht-Teilnehmern gegenüber Studienteilnehmern machen. Bei ihnen werden hauptsächlich die Angaben über die Teilnehmeraten und

„Follow-up“-Raten herausgestellt. Bei den überprüften Variablen ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

In Großbritannien wurde 1985 eine Studie durchgeführt (Heather et al., 1985), bei der ein neues Interventionsschema (DRAMS scheme: drinking reasonably and moderately with self-control) auf seinen Vorteil in der Effektivität gegenüber einer Gruppe mit wenig Intervention und einer Kontrollgruppe untersucht wurde. Das Screening der Patienten auf einen erhöhten Alkoholkonsum wurde in 8 Allgemeinarztpraxen vorgenommen. 104 Personen nahmen an dem Screening und dem Erstinterview teil. Es liegen keine Angaben über die Zahl der gescreeenten Personen vor. Nach 6 Monaten wurde eine Wiedervorstellung angeboten, bei der 88% der Gesamtgruppe teilnahmen; in der DRAMS Gruppe waren es 85%, in der Gruppe mit Kurzintervention 94% und in der Kontrollgruppe 84%. Die weitere Studienteilnahme lehnten 2% der Patienten ab. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten, die sich nicht wieder vorstellten und denen, die an der Studie teilnahmen. Von den Patienten, die zur Wiedervorstellung kamen, nahmen 83,5% an dem zweiten Interview teil. Bei 60,5% der Patienten waren Angaben bezüglich des Trinkverhaltens von einer dem Patienten vertrauten Person vorhanden, bei 73,6% konnte eine abschließende Blutuntersuchung durchgeführt werden, bei der die Blutalkoholkonzentration, das Mittlere Erythrozytenvolumen und die Gamma Glutamyltransferase (GGT) bestimmt wurden.

Auch in einer von Senft et al. (1997) veröffentlichten Studie in Portland/Oregon, wurden lediglich Aussagen zu Verweigererraten gemacht. 12% der befragten Personen eines HMO Settings (Health Maintenance Organisation) lehnten es ab, einen Screeningfragebogen auszufüllen. Vor der Randomisierung in einzelne Untergruppen der Studie lehnten nochmals 17% eine weitere Teilnahme ab. Bei diesen Personen im Vergleich zu Studienteilnehmern fanden Senft et al. keine Unterschiede in Geschlecht, Ethnizität, Bildung, Familienstand, AUDIT-Punktwert (Alcohol Use Disorders Identification Test) oder Stärke des Alkoholkonsums. Unter den Teilnehmern beendeten 84% die Studie nach 6 Monaten und 80% nahmen bis zum Studienende teil. Hierbei war auffällig, dass Mitglieder der Interventionsgruppe signifikant weniger bereit waren an der Studie bis zum Ende teilzunehmen als Teilnehmer der Kontrollgruppe.

Bei Fleming et al. (1997) konnten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Verweigerern gefunden werden. Die von den Verweigerern angegebenen Gründen, nicht weiter teilzunehmen, waren Zeitmangel, Krankheit in der Familie, Transportprobleme und die fehlende Möglichkeit, von der Arbeit fernzubleiben.

Diese Gruppe der Verweigerer unterschied sich nicht von den Teilnehmern in Alter, Geschlecht, Alkoholkonsum, Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen, Arbeitsverhältnis, Familienstand, Bildung und psychischer Gesundheit. Allerdings differenziert Fleming nicht näher, welche Gruppen er auf diese Merkmale genau untersucht hat.

Piccinelli et al. (1997) führten eine Studie zur Validierung des AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) durch, bei der 500 Patienten in 10 Allgemeinarztpraxen gescreent wurden. Die Teilnehmerrate für das Screening war hoch, 96,4% der Patienten waren bereit, den Fragebogen auszufüllen. Über die 3,6%, die eine Teilnahme ablehnten, sind keine näheren Angaben gemacht worden.

Kaner et al. (2001) führten in Großbritannien eine Studie durch, bei der die Charakteristika von Arzt und Patient untersucht wurden, die bei einem positiven Screeningfragebogen zu einer Kurzintervention führten. Es wurden 12.814 Personen gescreent, dabei lehnten es 3% der Patienten ab, einen Fragebogen auszufüllen. Von 32% Risikotrinkern erhielten lediglich 50% eine Kurzintervention. Besonders benachteiligt waren dabei Frauen, Studenten und Akademiker. Bevorzugt interveniert wurde bei Männern, Arbeitslosen oder Personen aus technischen Berufen. Positive Prädiktoren für eine Kurzintervention waren Ärzte mit einem speziellen Training im Umgang mit Alkoholpatienten und längere Gesprächszeiten während eines Termins. Es fand also eine Selektion bei der Durchführung von Kurzinterventionen in Arztpraxen statt, die hauptsächlich mit persönlichen Faktoren von Arzt und Patient zusammenhängen, so Kaner.

Eine Metaanalyse wurde von Beich et al. (2003) veröffentlicht. Darin sollte der tatsächliche Effekt der Kurzintervention in Arztpraxen untersucht werden, wenn berücksichtigt wird, dass viele Patienten, aus nicht immer angegebenen Gründen, von diesen Studien ausgeschlossen werden oder nicht mehr erscheinen. Acht Studien wurden in die Analysen mit eingeschlossen. Beich stellte fest, dass 65% - 97% der positiv gescreenten Patienten nicht zur Kurzintervention erschienen. Davon wurden einige aufgrund des Studienprotokolls ausgeschlossen, andere lehnten die weitere Teilnahme ab oder wurden aus unspezifischen Gründen nicht eingeschlossen. Durch diese Verzerrung, so Beich, könnte der Eindruck entstehen, die Kurzintervention sei effektiver, als sie in der Praxis tatsächlich ist.

2.5.2 Literaturübersicht zu Nicht-Teilnehmern anhand von Befragungen zu anderen Themen

Einige Studien beschäftigen sich damit herauszufinden, warum Personen bei Umfragen oder Untersuchungen eine Teilnahme verweigern. Da Verweigerungen zentrales Thema dieser Arbeit sind, soll im folgenden Abschnitt auf Charakteristika „typischer“ Verweigerer eingegangen werden sowie auf die Gründe, nicht an einer Befragung oder Studie teilzunehmen.

Schräpler (2000) beschreibt in seinem Artikel die Verweigerermerkmale bei Umfragenverweigerungen anhand des SOEP (Sozio-oekonomisches Panel), einer Längsschnittstudie mit dem Ziel, eine Mikrodatenbasis für die BRD zu erstellen, die seit 1984 erhoben wird. Laut Schräpler nehmen Personen an Studien teil, wenn für sie die Kosten-Nutzen-Abwägung positiv ausfällt, d.h., der Nutzen ist für sie größer, wenn sie an der Studie teilnehmen, als der Schaden, wenn sie nicht an der Studie teilnehmen. Außerdem spielen zufällige Faktoren und Situationsmerkmale eine Rolle bei der Entscheidung, ob zu einer Studienteilnahme zugestimmt wird. Die Ausschöpfungsquote des SOEP lag bei 60,6%, von den Ausfällen waren 81,0% Verweigerer, die übrigen Ausfälle kamen durch Sprachschwierigkeiten, Nichterreichbarkeit und sogenannte qualitätsneutrale Ausfälle wie eine falsche Adresse, ein unbewohntes Haus oder kein Privathaushalt zustande. Folgende Ergebnisse leiten sich aus der Untersuchung des SOEP ab: generell führt höhere Bildung zu einer höheren Kooperationsbereitschaft für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie. Eine geringere Kooperationsbereitschaft ist von älteren Befragten und weiblichen Personen zu erwarten, da diese beispielsweise größere Furcht haben, unbekannte Personen in die Wohnung einzulassen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich Frauen mit höherer Bildung signifikant häufiger nach erneutem Kontakt doch noch zu einer Teilnahme bewegen lassen als die übrige Bevölkerung. Bei 32,0% der Personen konnte auch nach mehrmaligem Kontakt keine Teilnahme erreicht werden, wohingegen 5,4% während späterer Kontakte zur Konversion überzeugt werden konnten. Aktive Verweigerer, das sind Personen, die nach mehrmaligem Kontakt nicht zu einer Studienteilnahme bereit waren, waren zu 67,0% männlich und 33,0% weiblich. Die meisten Einwilligungen zur sofortigen Teilnahme bestanden im mittleren Befragungsalter (50 - 70jährige). Auch Merkmale des jeweiligen Interviewers oder der Kontaktperson spielen eine Rolle bei der Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an einer Studie. Interviewermerkmale, die sich positiv auf eine

Teilnahme auswirkten, waren Berufstätigkeit sowie niedrigere Bildung und ältere Interviewer. Eine Ausnahme fand sich allerdings bei jüngeren Frauen, die überdurchschnittlich häufig ältere Männer zur Konversion bewegen konnten.

Abbildung 1: Zusammenfassung Verweigerermerkmale nach Schröpfer

| |
|---|
| <p>Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei...</p> <p>negativer Kosten-Nutzen-Relation</p> <p>ungünstiger Situation</p> <p>Personen mit niedrigerer Bildung</p> <p>älteren Personen</p> <p>Frauen</p> <p>ungünstiger Interaktion mit dem Interviewer</p> |
|---|

Mohl (1989) stellte fest, dass in vielen psychiatrischen Studien hohe Verweigererraten existieren. Faktoren, die mit einer Verweigerung zusammenhängen, sind das Einkommen des Patienten, Motivation für eine Psychotherapie, Bildung, sozioökonomischer Status, Klarheit über vorhandene Probleme, Geschlecht, Alter, Rasse, und Wartelisten-Zeit bis zu einem Therapietermin. In der angegebenen Studie von Mohl ergab sich eine Verweigererrate beim Screening von 47%, nach dem Screening lehnten nochmals 16,7% der Personen ab, mit einer Therapie zu beginnen; diese Verweigerer wurden im Bezug auf 42 Variablen untersucht, es fanden sich lediglich signifikante Unterschiede in der Ethnizität (Lateinamerikaner lehnten zu einem höheren Prozentsatz ab), psychiatrischer Vorgeschichte (bei Verweigerern war seltener eine psychiatrische Vorgeschichte vorhanden), Alkoholvergangenheit (Verweigerer hatten seltener ein Alkoholproblem in der Vergangenheit), Umgang mit Problemen (Verweigerer waren eher Personen, die ein Problembewusstsein hatten), Wartezeit (Verweigerer warteten kürzer als Studienteilnehmer auf ihren Therapietermin), Therapieform (Verweigerern wurde weniger oft Einzeltherapie angeboten).

Abbildung 2: Zusammenfassung Verweigerermerkmale nach Mohl

| |
|--|
| <p>Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei...</p> <p>Lateinamerikanern</p> <p>Personen ohne psychiatrische Vorgeschichte</p> <p>Personen ohne Alkoholprobleme in der Vergangenheit</p> <p>Personen mit Problembewusstsein</p> <p>Personen mit kürzerer Wartezeit auf einen Therapietermin</p> <p>Personen, die einer Gruppentherapie zugeteilt waren</p> |
|--|

DeMaio (1980) untersuchte die Gründe für Verweigerungen bei Bevölkerungsumfragen und suchte nach Charakteristika, die Verweigerer kennzeichnen. Dabei fand sie heraus, dass die Verweigererrate während der gesamten (16-monatigen) Studie konstant war. Es verweigerten zwischen 2,3% und 2,9% der Befragten Personen. Personen mittleren Alters (30 - 49 Jahre) und ältere Befragte (über 50 Jahre) lehnten häufiger ab als jüngere Personen. Es waren keine Rassenunterschiede und keine Unterschiede im Geschlecht der Personen festzustellen. Haushalte mit geringem Einkommen lehnten weniger häufig ab als die übrigen Einkommensgruppen. In städtischen Gegenden lehnten mehr Personen ab als in ländlichen Gebieten. Als Gründe für Verweigerungen wurden die Verletzung der Privatsphäre, die Freiwilligkeit der Teilnahme und ungünstige Erfahrungen mit einer Studienteilnahme in der Vergangenheit angegeben.

Abbildung 3: Zusammenfassung Verweigerermerkmale nach DeMaio

| |
|---|
| <p>Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei...</p> <p>Personen mittleren und höheren Alters</p> <p>Personen mit höherem Einkommen</p> <p>Personen aus städtischen Gebieten</p> |
|---|

Mika (2002) veröffentlichte einen Artikel über den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Bereitschaft, sich für sozialwissenschaftliche Untersuchungen befragen zu lassen. Dabei stellte sich heraus, dass politisch eher links orientierte Personen häufiger an der Bevölkerungsbefragung teilnahmen als Personen anderer politischer Orientierung. Es waren generell Mitglieder der Mittelschicht eher zu einer Befragung bereit. Ein älterer Interviewer und einer mit einem niedrigeren Bildungsniveau konnte mit höherer Wahrscheinlichkeit Personen zur Teilnahme an Studien bewegen. Personen, die schon

einmal befragt worden sind, stimmten leichter einer weiteren Befragung zu als Personen, die zum ersten Mal an einer Bevölkerungsumfrage teilnahmen.

Abbildung 4: Zusammenfassung Verweigerermerkmale nach Mika

| |
|--|
| <p>Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei...</p> <p>Personen, die nicht politisch links orientiert sind</p> <p>Personen, die nicht der Mittelschicht angehören</p> <p>Personen, die noch nie an einer Umfrage teilgenommen haben</p> <p>Interviewermerkmale: Mehr Erfolg haben ältere Interviewer mit niedrigerem Bildungsniveau</p> |
|--|

Noonan (1973) führte eine Studie durch, die Personen untersuchte, die nach Anmeldung zur Psychotherapie nicht erschienen. Er verglich 64 Personen, die nicht teilnahmen, mit 64 Personen, die zur Therapie erschienen. Die Verweigerer wurden telefonisch kontaktiert und nach ihren Gründen für die Nicht-Teilnahme gefragt. Demographische Variablen waren unter den Gruppen gleich, ebenso das Durchschnittsalter und die Zeit zwischen Terminvergabe und Therapiebeginn. Zwischen den Gruppen ergaben sich keine Unterschiede in Bildung, Familienstand, und Geschlecht. Festgestellt wurde, dass die Personen, die nicht zur Therapie erschienen, ihre Problematik nur vage oder ausweichend benannten, wohingegen die Teilnehmer spezifische Angaben zu ihren Problemen machen konnten. Im Gegensatz dazu stehen die Aussagen von Mohl (1989), der herausfand, dass Personen mit einem Problembewusstsein eher Verweigerer waren. Bei Noonan (1973) konnten 39% der Nicht-Teilnehmer nicht sagen, warum sie den Termin nicht wahrgenommen hatten. 35% gaben an, ihre Problematik habe sich in der Zwischenzeit sehr gebessert, so dass keine Therapie mehr notwendig sei. In 23% der Fälle wurde angegeben, dass Ängstlichkeit bezüglich des Ergebnisses dieses Termins dazu geführt habe, nicht zu erscheinen. 3% der Personen leugneten, die Ambulanz je kontaktiert zu haben. Noonan weist darauf hin, dass der erste Kontakt mit Patienten ausführlicher und empathischer sein müsse, um diese Verweigerungen zu verhindern.

Abbildung 5: Zusammenfassung Verweigerermerkmale nach Noonan

| |
|---|
| <p>Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei...</p> <p>Personen mit wenig Problembewusstsein</p> <p>Personen, die keine aktuellen Probleme mehr hatten</p> <p>Personen, die Angst vor dem therapeutischen Termin hatten</p> |
|---|

In „The silent minority: nonrespondents on sample surveys“ beschäftigt Goyder (1987) sich mit den Gründen für Verweigerungen von wissenschaftlichen Studien und Bevölkerungsumfragen. Bei postalischen Erhebungen unterscheidet sich die Teilnehmerrate nur geringfügig von der Teilnehmerrate bei persönlichem Kontakt zwischen Mitarbeiter und Befragtem. Bei telefonischen Erhebungen sind jedoch mehr Rückrufe notwendig, um eine ebenso hohe Ausschöpfung zu erhalten.

Einige Aspekte spielen bei der Entscheidung des Probanden für oder wider einer Studienteilnahme eine Rolle. So werden Entscheidungen über die Einstellung gegenüber einer Studienteilnahme von den Probanden häufig schon im Vorfeld getroffen. Dies ist z.B. der Fall, wenn Personen antworten, dass sie sich in ihrer Privatsphäre gestört fühlen oder Sorge um die Vertraulichkeit der Studie haben. Auch wenn Personen enthusiastisch einer Befragung entgegen sehen, weil sie demokratische Konsequenzen haben könnte, geht dem ein Entscheidungsprozeß voraus. Das Verhalten und die Erfahrungen mit Studien in der Vergangenheit beeinflussen die Entscheidung über eine weitere Studienteilnahme. Allerdings kann auch der erhoffte Nutzen eine individuelle und unterschiedliche Entscheidung gegenüber Vorigen hervorrufen. Das Verhalten kann als Kosten-Nutzen-Abwägung betrachtet werden, bei der der Proband eine rationelle Lösung für sich findet. Dies machen sich auch Methoden zu Nutze, die Anreize wie Geld oder Geschenke bei Studienteilnahme anbieten. Durch diese Anreize wird zwar die Teilnehmerrate erhöht, es kann jedoch auch die Qualität der Antworten darunter leiden. Interessanterweise steigt die Qualität der Antworten aber auch wieder, wenn die Anreize stärker sind, wie z.B. eine größere Summe Geld. Bei den sogenannten „hard-core“ Verweigerern sind jedoch weder Geschenke wirkungsvoll, noch ein intensiver persönlicher Kontakt, weil die Entscheidungsfreiheit einer Person demonstriert werden soll.

Die Wechselwirkung zwischen Forscher oder Mitarbeiter und Proband spielt eine wesentliche Rolle für die Höhe der Teilnehmerrate (auch betont von Schräpler, 2000). Für eine Teilnahme spricht beispielsweise die erhöhte persönliche Aufmerksamkeit, die

der Proband erhält; er wird als wichtig genug angesehen, um wieder und wieder kontaktiert zu werden. Gegen eine Teilnahme spricht bei gleicher Ausgangssituation, dass jeder weitere Kontakt dem Probanden impliziert, dass er versagt hat, normgerecht auf den Mitarbeiter einzugehen und nicht „gut mitgespielt“ hat. Dadurch können Schuldgefühle bei Nicht-Teilnahme provoziert werden. Dennoch sollte der Forscher offensichtlich machen, dass die Kosten, bei der Studie teilzunehmen, wesentlich geringer sind, als der Nutzen, den der Proband daraus zieht. Auch der soziale Status einer Person spielt für die Bereitschaft einer Studienteilnahme eine Rolle. Die soziale „Mitte“ der Bevölkerung ist stärker vertreten als „Randgruppen“, sowohl die unteren Schichten als auch die hohen Schichten sind unterrepräsentiert. Verweigerer repräsentieren sowohl die intelligentesten als auch die am wenigsten intelligenten Personen einer Gesellschaft überproportional. Der sozial am Rande Stehende empfindet die Interaktion mit dem „Mittelklasse-Interviewer“ als unangenehm, wohingegen der sozial Integrierte zwar den Wert von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu schätzen weiß, noch mehr aber seine eigene Privatsphäre schätzt.

Der Zeitgeist spielt für die Teilnahmeraten bei Studien ebenfalls eine Rolle. In Zeiten, in denen die Wahrung der Privatsphäre sehr hoch gehalten wird, sind die Teilnahmeraten oft auf einem Tiefpunkt. Auch altruistische Ideale können Grund für eine Studienteilnahme sein, aus dem Gedanken heraus, dass mit der eigenen Teilnahme Anderen geholfen wird. Insgesamt stellt Goyder die Teilnahme an einer Studie als einen teils rationellen, teils unbewussten Entscheidungsprozeß dar, der durch viele Faktoren beeinflusst werden kann, wie z.B. die soziale Stellung, die aktuelle Situation oder die Interaktion mit dem Befragendem.

Abbildung 6: Zusammenfassung Verweigerermerkmale nach Goyder

| |
|--|
| <p>Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei...</p> <p>telefonischer Rekrutierung</p> <p>vorher getroffener Entscheidung gegen Teilnahme</p> <p>negativer Kosten-Nutzen-Relation</p> <p>sozialen „Randgruppen“</p> <p>betontem Schutz der Privatsphäre (Zeitgeist)</p> |
|--|

Anhand der aufgeführten Charakteristika kann verdeutlicht werden, dass die Beschäftigung mit Studienverweigerern ein wesentlicher Schritt ist, um die Bereitschaft

zur Teilnahme an wissenschaftlichen Studien zu erhöhen und damit für eine größere Repräsentativität der Ergebnisse zu sorgen.

2.5.3 Gegenüberstellung von Verweigerermerkmalen bei Studien zum Thema Alkohol und bei anderen Befragungen

Befragt man die Literatur zum Thema Verweigerung bei Screeninguntersuchungen stellt man fest, dass einige Merkmale herausgearbeitet werden können, die Nicht-Teilnehmer von Teilnehmern unterscheiden. Die folgende Abbildung soll die wichtigsten Befunde verdeutlichen.

Abbildung 7: Zusammenfassung wichtiger Verweigerermerkmale in Alkoholstudien

Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei:

| | |
|--|--|
| Frauen | Anderson und Scott, 1992; Aalto et al., 2000b; 2001 |
| Männern | Wallace et al., 1988; Burge et al., 1997; Edwards und Rollnick, 1997; Mc Menamin, 1994; Vinson et al., 2004 |
| Jüngeren Personen | Wallace et al., 1988; Richmond et al., 1995; Babor et al., 1996; Burge et al., 1997; Edwards und Rollnick, 1997; Aalto et al., 2000b |
| Hohem Alkoholkonsum | Wallace et al., 1988; Anderson und Scott, 1992; Bien et al. 1993; Richmond et al., 1995; Babor et al., 1996; Edwards und Rollnick 1997 |
| Rauchern | Richmond et al., 1995; Edwards und Rollnick, 1997 |
| Nichtrauchern | Aalto et al., 2001 |
| Niedrigem Bildungsniveau | Richmond et al. 1995; Babor et al., 1996; Edwards und Rollnick, 1997 |
| Berufstätigkeit | Burge et al., 1997 |
| Höherer Scheidungsrate/ Ledigen | Romelsjö et al., 1989 |
| Ausländern | Romelsjö et al., 1989 |

Abbildung 8: Zusammenfassung wichtiger Verweigerermerkmale bei Befragungen zu anderen Themen

Verweigerungen sind wahrscheinlicher bei:

| | |
|--|---|
| Frauen | Schräpler, 2000 |
| Älteren Personen | DeMaio, 1980; Schräpler, 2000, Goyder, 1987 |
| Negativer Kosten-Nutzen-Relation | Goyder, 1987; Schräpler, 2000 |
| Soziale Randgruppen | Goyder, 1987; Mika, 2002 |
| Lateinamerikanern | Mohl, 1989 |
| Niedrigem Bildungsniveau | Schräpler, 2000 |
| Ungünstiger Interaktion mit dem Interviewer | Schräpler, 2000; Mika, 2002 |
| Personen ohne psychiatrische Vorgeschichte | Mohl, 1989 |
| Personen mit Problembewusstsein und ohne | Mohl, 1989; Noonan, 1973 |
| Personen mit höherem Einkommen | DeMaio, 1980 |
| Personen aus städtischen Gebieten | DeMaio, 1980 |
| Telefonischer Rekrutierung | Goyder, 1987 |
| Betontem Schutz der Privatsphäre | Goyder, 1987 |

2.6 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

2.6.1 Fragestellung

Da Screening- und Studien-Nicht-Teilnehmer eine erhebliche Verzerrung eines Ergebnisses bewirken können, ist es wichtig, Merkmale dieser Personen zu analysieren. Ziel der vorliegenden Studie ist es, signifikante Unterschiede bei der Beantwortung eines Screeningfragebogens zum Alkoholkonsum zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern zu untersuchen. Eine Ablehnung kann zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb des Studienablaufs erfolgen. Ob sich auch diese Untergruppen unterscheiden, soll geprüft werden. Dabei wird unterschieden zwischen Personen, die schon in der Arztpraxis keinen Screeningfragebogen ausfüllen möchten, denjenigen, die nach einem positiven Screening kein Interesse haben, an der weiteren Studie teilzunehmen und

Personen, die nach anfänglicher Zustimmung nicht mehr erreicht werden konnten. Demgegenüber stehen die Studienteilnehmer.

2.6.2 Hypothesen

Die Angaben aus der Literatur sind in einigen Punkten widersprüchlich, was die Charakteristika von Nicht-Teilnehmern angeht, sowie ob es überhaupt Unterschiede zwischen Nicht-Teilnehmern und Teilnehmern gibt. So sagen beispielsweise Wallace et al. (1988) sowie Burge et al. (1997), dass Frauen eher bereit sind an Studien teilzunehmen, wohingegen Anderson und Scott (1992) und Aalto et al. (2001) fanden, dass Männer eher bereit zu einer Studienteilnahme sind. Ebenso widersprüchliche Ergebnisse finden sich für das Rauchverhalten, Alter, Familienstand, Alkoholkonsum, die psychische Gesundheit und Bildung.

Keine Befunde finden sich zur Änderungsmotivation hinsichtlich des Alkoholkonsums sowie anderen Verhaltensweisen wie beispielsweise dem Rauchen.

In der vorliegenden Arbeit sollen bei einer großen Stichprobenzahl Merkmale von Nicht-Teilnehmern herausgearbeitet werden, die Klarheit schaffen, ob es Personengruppen gibt, die eher verweigern als andere. Finden sich signifikante Unterschiede, so könnte man sich diese in zukünftigen Untersuchungen zunutze machen und auf diese Personen beispielsweise gezielter eingehen. Die Daten sind weiterhin zur Interpretation der Studienresultate, beispielsweise im Bezug auf mögliche Verzerrungen, wichtig.

3. METHODEN

3.1 DATENERHEBUNG

3.1.1 Überblick

Daten zur Bearbeitung der Fragestellungen liefert die im Folgenden beschriebene Studie, die im Rahmen des Forschungsverbundes EARLINT (**E**arly substance use **I**ntervention) geplant und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde. Es handelt sich dabei um eine Querschnittserhebung zur Effektivität von Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen, die am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, in der Zeit von November 2001 bis September 2004 unter dem Projekttitel „Stepped Interventions for Problem Drinkers“ (SIP) durchgeführt wurde. Der hierfür genehmigte Ethikantrag vom 12.06.2001 trägt das Aktenzeichen 01-073.

Ziel der Studie war es, herkömmliche Verfahren der Kurzintervention bei Hausarzt-Patienten zu riskantem Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit, mit einem gestuften Vorgehen zu vergleichen (Rumpf et al., 2001e).

Die Adressen für die in Frage kommenden internistischen und allgemeinärztlichen Praxen in Lübeck und Großraum Lübeck stammten aus dem Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein (Hallenbetriebe Neumünster GmbH, 2002). Alle Ärzte wurden telefonisch kontaktiert und um Teilnahme gebeten. Eingeschlossen wurden Praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Internisten mit hausärztlicher Funktion aus dem Einzugsgebiet der Stadt Lübeck sowie aus 4 Praxen in Kiel. So wurden 241 Arztpraxen ermittelt, von denen 233 kontaktiert werden konnten. Dies geschah mittels eines Anschreibens, das auf die Durchführung der Studie hinwies, eine kurze Beschreibung des Projekts enthielt und eine finanzielle Entlohnung von 150 Euro in Aussicht stellte. Außerdem wurde eine Kontaktaufnahme in den nächsten Tagen angekündigt und ein Artikel beigelegt, der über das gestufte Beratungskonzept des Projektes SIP informierte (Rumpf et al., 2001e). Im Erhebungszeitraum wurden die Daten von 106 Arztpraxen erhoben. Einige Praxen wurden während des Zeitraums zweimal besucht. Es handelte sich um 63 Allgemeinarztpraxen, 22 waren Praktische Ärzte und 21 Internisten.

3.1.2 Eigene Leistung

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit war in Arztpraxen zur Verteilung der Screeningfragebögen sowie zur Rekrutierung der Studienteilnehmer tätig. Dabei wurden von ihr Arztpraxen sowohl komplett, als auch in Vertretung mit anderen Mitarbeitern abgedeckt. Im Anschluss wurden von ihr ein Teil der ermittelten Daten in das SPSS-System eingegeben. Insgesamt wurde der praktische Teil der Arbeit über einen Zeitraum von 3 Monaten durchgeführt.

3.2 STUDIENDESIGN

3.2.1 Rekrutierung der Studienteilnehmer

Insgesamt führten 25 Mitarbeiter das Screening in den Hausarztpraxen durch. Dabei waren zwei Arzhelferinnen und eine Fremdsprachenkorrespondentin als feste Mitarbeiterinnen angestellt. Zusätzlich arbeiteten zeitweilig bis zu zehn wissenschaftliche Hilfskräfte und sechs medizinische Doktoranden an dem Projekt mit. Ihre Aufgabe bestand darin, während der offiziellen Öffnungszeiten der Arztpraxen jeden geeigneten Patienten, der die Sprechstunde des Arztes besuchte, um die Studienteilnahme zu bitten und das Screening durchführen zu können. Die Mitarbeiter erhielten zu Beginn ihrer Tätigkeit eine Einführung in das Projekt sowie eine Schulung zum geeigneten Umgang mit den Patienten. Über die gesamte Projektdauer war eine wissenschaftliche Hilfskraft für die Dateneingabe und Datenkontrolle verantwortlich. Wöchentliche Treffen wurden zum Qualitätsmanagement durchgeführt.

Weiterhin arbeiteten vier Psychologinnen und ein Psychologe über unterschiedliche Zeiträume hinweg als wissenschaftliche Angestellte an dem Projekt mit. Sie waren verantwortlich für die Bearbeitung und Dokumentation der Studienteilnehmer, die Durchführung der Interventionen sowie die Organisation des Projekts. Alle wissenschaftlichen Angestellten wiesen bereits Erfahrung mit der Arbeit im Suchtbereich auf, sowie in der Führung von Beratungsgesprächen. Sie nahmen an einer Schulung zur Motivierenden Gesprächsführung (Miller und Rollnick, 1999) teil und erwarben Kenntnisse im Behaviour Change Counselling (Rollnick et al., 1988). Der Projektleiter Dr. Rumpf war Ansprechpartner für projektbezogene Fragen, außerdem wurde durch regelmäßige Kooperationstreffen im Rahmen des Forschungsverbundes EARLINT eine weitere Qualitätssicherung ermöglicht.

Ein wichtiger Aspekt bestand darin, geeignete Studienteilnehmer zu gewinnen. Jede teilnehmende Arztpraxis wurde von Mitarbeitern der Studie 10 Arbeitstage aufgesucht. Zum Teil waren verschiedene Mitarbeiter für die Abdeckung der offiziellen Öffnungszeiten in den Praxen anwesend. Jeder Patient wurde mit einer kurzen Vorstellung angesprochen und gebeten, einen „Gesundheitsfragebogen“ (siehe Anhang) auszufüllen. Dieser enthielt eine kurze Information über die Studie und Fragen zur Soziodemographie (Alter, Geschlecht) allgemeinem Gesundheitszustand, zum Alkoholkonsum (AUDIT, LAST und ergänzende Items) und zu Angst/ Depression (MHI-5) (siehe: Instrumente).

Als Einschlusskriterien für eine Studienteilnahme galten:

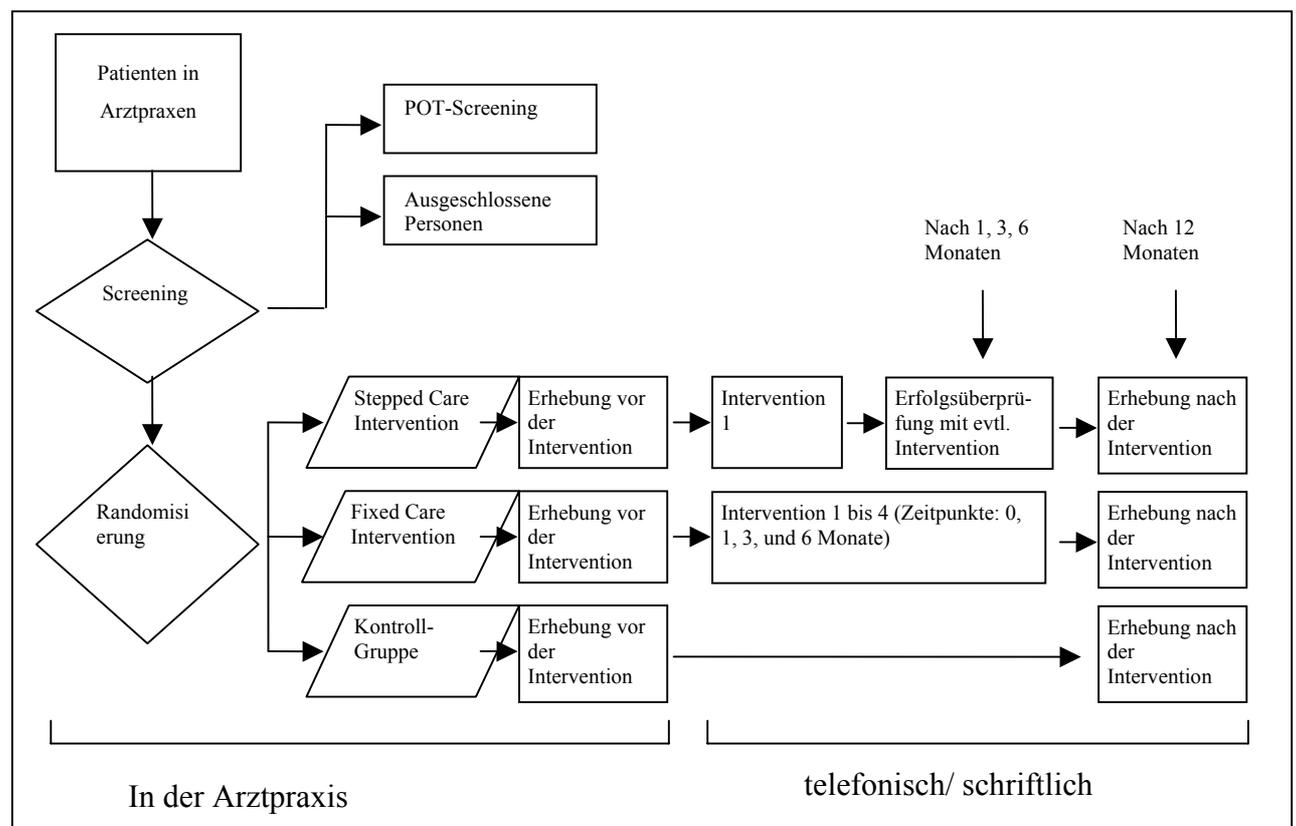
- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- Patienten mussten einen Sprechstundentermin wahrnehmen
- Ausreichende Deutschkenntnisse um an den späteren Beratungen teilnehmen zu können
- Keine zu schwere gesundheitliche Beeinträchtigung
- Telefonische Erreichbarkeit gewährleistet

Wollte der Patient nicht teilnehmen, wurde er nach seinen Gründen gefragt und gebeten, einen Nicht-Teilnehmer-Bogen I (siehe Anhang) auszufüllen. Patienten, die bereits teilgenommen hatten, wurden auf einer Strichliste mitgeführt, ebenso wie Patienten, die zu krank waren oder keine ausreichenden Deutschkenntnisse besaßen. Unterstützend wurde den Patienten Hilfe bei der Bearbeitung des Fragebogens angeboten, z.B. durch Vorlesen der Fragen. Nach Ausfüllen des Screenings wurde der Bogen an den Mitarbeiter zurückgegeben, um dann auf Vollständigkeit geprüft zu werden und den Punktwert der alkoholbezogenen Tests (AUDIT, LAST) festzustellen. War der Punktwert erhöht (Schwellenwert für den AUDIT waren 5, für den LAST 2 Punkte; siehe: Instrumente) wurde der Patient auf eine weitere Studienteilnahme angesprochen. Meist stand dazu ein separater Raum zur Verfügung. Wenn es zeitlich möglich war, wurde ein weiterer kurzer Fragebogen zur Änderungsmotivation sowie Screeningfragen zu Angst- und depressiven Störungen vorgegeben (siehe Anhang). Entsprechend stehen diese Daten nur für einen Teil der Teilnehmer zur Verfügung. Bei Verweigerung bei positivem Screening wurde der Patient gebeten, einen Nicht-Teilnehmer-Bogen II auszufüllen. War der Patient bereit teilzunehmen, wurde er um Adresse und Telefonnummer gebeten und seine Unterschrift eingeholt. Der Patient wurde außerdem gebeten, eine Erklärung zu unterschreiben, durch

die er ein Einverständnis zum Mitschnitt der Telefonate gab, der der Qualitätssicherung diene.

Die Einverständniserklärung mit Adresse und Telefonnummer des Studienteilnehmers wurde an die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projekts übergeben. Zum Durchlauf und Ergebnis der Screeningfragebögen füllten die Mitarbeiter in den Arztpraxen für jeden Tag eine Kurzstatistik aus. Insgesamt wurden 16.557 Personen angesprochen, von denen 10.803 das Screening ausfüllten (siehe: Stichprobenbeschreibung).

Grafik 1: Überblick Studie



Von den wissenschaftlichen Mitarbeitern erhielten die Studienteilnehmer einen umfangreichen Fragebogen zugeschickt, mit der Bitte diesen auszufüllen und zurückzusenden. Für diese Arbeit relevant war darin der RCQ (Readiness-to-change-Questionnaire).

Anbei erhielten die Studienteilnehmer ein Anschreiben mit Erklärungen zur Studie, ein Informationsschreiben zum Ausfüllen des Fragebogens und ein Listenheft zur Bearbeitung des M-CIDIs (Munich Composite International Diagnostic Interview). Anschließend wurden die telefonischen Kontaktversuche seitens der wissenschaftlichen

Mitarbeiter begonnen. Es wurde ein Kontaktprotokoll geführt, auf dem die Kontaktversuche festgehalten wurden. Konnte ein Teilnehmer erreicht werden, wurde eine telefonische Diagnostik durchgeführt (M-CIDI). Nach dieser Diagnostik wurde die endgültige Entscheidung für einen Einschluss in die Studie getroffen:

- Einschluss über die Alkoholgrammzahlen: Täglicher Konsum von mehr als 30g Reinalkohol bei Männern und mehr als 20g bei Frauen. Bei unregelmäßigem Alkoholkonsum wurde die Menge auf eine Woche umgerechnet.
- Einschluss über Rauschtrinken (binge drinking): Alkoholkonsum von mindestens 80g bei Männern und 60g bei Frauen mindestens zweimal monatlich; diese Kriterien mussten in den letzten 4 Wochen erfüllt worden sein.
- Erfüllen der Kriterien für Alkoholabhängigkeit oder –missbrauch (siehe: Theoretischer Hintergrund)

Als Ausschlusskriterien galten ein täglicher oder fast täglicher Drogenkonsum außer Cannabis und eine therapeutische Behandlung die den Alkoholkonsum als Schwerpunkt beinhaltete.

Die Personen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt und eine Einverständniserklärung ausgefüllt hatten, wurden blind auf die drei bis fünf wissenschaftlichen Mitarbeiter verteilt, von denen sie randomisiert auf eine der drei Studiengruppen aufgeteilt wurden (Kontrollgruppe, Stepped-Care-Gruppe, Fixed-Care-Gruppe).

3.2.2 Katamnesen

Zwölf Monate nach Erhebung der Diagnostik wurde bei allen Studienteilnehmern eine Katamnese durchgeführt. Kontaktversuche wurden frühestens 14 Tage vor dem Stichtag für die Befragung begonnen. Die Gespräche fanden zum Großteil telefonisch statt, um die Ausschöpfung zu erhöhen in Einzelfällen aber auch persönlich. In dieser Arbeit analysierte Daten aus dem Follow-up betreffen folgende Erhebungsinstrumente:

- RCQ
- MHI-5
- Erweiterter FTND und Stadienalgorithmus zum Rauchen
- soziodemographische Daten

3.3 VERWENDETE INSTRUMENTE

3.3.1 LAST

Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) ist ein aus sieben Items bestehendes Screening-Verfahren. Der LAST wurde entwickelt, um ein ökonomisches und sensitives Screening für alkoholbezogene Störungen in der medizinischen Basisversorgung einsetzen zu können (Rumpf et al., 2001b). Screening-Verfahren haben sich als Mittel der Wahl zur kosten- und zeitsparenden Erfassung alkoholbezogener Störungen herausgestellt. Die medizinische Versorgung ist ein guter Zugangsweg für die Einleitung von Interventionen, da eine erhöhte Änderungsbereitschaft vorhanden sein kann und alkoholbezogene Störungen bei diesen Patienten häufiger vorkommen als in der Allgemeinbevölkerung. Als Anforderung besteht also ein geringer Durchführungs- und Auswertungsaufwand und eine hohe Sensitivität und Spezifität. Es sollen sowohl Risikokonsumenten als auch Personen mit manifesten alkoholbezogenen Störungen erkannt werden.

Es wurden zwei Stichproben untersucht, in einem Allgemeinkrankenhaus in Lübeck und in Lübecker Allgemeinarztpraxen. Anschließend fand eine Validierung im zuvor genannten Allgemeinkrankenhaus mit einer weiteren Stichprobe statt. Die sieben Items setzen sich zusammen aus zwei Fragen der deutschen Version des CAGE und fünf Fragen der deutschen Version des MAST. Durch die Kombination von Fragen zu leichten und schweren alkoholbezogenen Störungen sollte ein breiter Bereich von Störungen erfasst werden können. Die Reduktion auf die sieben Items fand mit Hilfe statistischer Verfahren statt.

Mit einer Sensitivität (Rate der richtig identifizierten Personen mit alkoholbezogenen Störungen) zwischen 0,63 und 0,87 lag der LAST höher als die verglichenen Testverfahren (CAGE, BMAST, SMAST, MAST). Die Spezifität (Rate der richtig identifizierten Personen ohne eine alkoholbezogene Störung) zwischen 0,88 und 0,93 lag geringfügig unter der der anderen Testverfahren, was sich durch die höhere Sensitivität erklären lässt. Die Treffsicherheit des LAST stimmt in allen drei Stichproben mit der der anderen Tests überein. Bei der Prüfung, ob der LAST auch Risikokonsumenten aufdecken kann, hatte er eine hohe Treffsicherheit und ist den anderen Screening-Verfahren nicht signifikant unterlegen. Es ergibt sich für den LAST eine gute Sensitivität für die Aufdeckung von Alkoholabhängigkeit, -missbrauch und dem Verdacht auf Alkoholabhängigkeit/ -missbrauch bei Einbußen in der Spezifität und somit auch in der

Treffsicherheit. Im Vergleich zu anderen Verfahren ist der LAST unbeeinflusst vom Geschlecht der Patienten. Bei den Stichproben im Allgemeinkrankenhaus zeigt er sich, wie die anderen Verfahren auch, für Frauen sensitiver als für Männer, in der Allgemeinarztpraxis hingegen für Männer sensitiver. In internistischen Stationen ist er sensitiver als in chirurgischen, in der Treffsicherheit bestehen jedoch keine deutlichen Unterschiede. Gegenüber den anderen Testverfahren zeigt der LAST einen leichten Vorteil beim negativen prädiktiven Wert, der positive prädiktive Wert ist leicht erniedrigt gegenüber Verfahren mit höherer Itemanzahl (Rumpf et al., 2001b).

Die Items werden dichotom mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet (z.B. Item 3: „Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt?“ oder Item 5 „Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen?“).

Der LAST kann gut in der medizinischen Basisversorgung eingesetzt werden (Rumpf et al., 2001b). Geschultes Personal ist für die Durchführung des Tests nicht notwendig. Er kann sowohl schriftlich als auch mündlich durchgeführt werden, wobei die Papier-Bleistift-Bearbeitung empfohlen wird, um Einflüsse im Sinne sozialer Erwünschtheit zu minimieren. Für jede auffällig beantwortete Frage (Item 1 „Nein“, Item 2-7 „Ja“) wird ein Punkt vergeben. Zwei oder mehr Punkte deuten auf eine Alkoholabhängigkeit, einen Alkoholmissbrauch oder auf einen riskanten Alkoholkonsum hin. Es wird eine weiterführende Diagnostik und Exploration empfohlen, auf eine Beratungsmöglichkeit zum Thema Alkohol sollte hingewiesen werden.

3.3.2 AUDIT

Der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als einfache Screening-Methode entwickelt (Babor et al., 2001), um Personen mit einem erhöhten Alkoholkonsum zu identifizieren. Der AUDIT soll Personen mit einem Risikokonsum aufdecken, ebenso wie Personen mit einem Alkoholmissbrauch oder einer bestehenden Abhängigkeit. Da vermehrter Alkoholkonsum Mitursache vieler Krankheiten, Unfälle, sozialer und rechtlicher Probleme ist, ist ein frühes Eingreifen - noch vor dem Entstehen einer Alkoholabhängigkeit - sinnvoll. Durch die Entwicklung des AUDIT sollte es Ärzten erleichtert werden, Leute zu erkennen, die von einer Frühintervention profitieren würden. Auch eine Aussage über den vermutlichen Schweregrad der alkoholbezogenen Störung

kann durch den Einsatz dieses Screening-Verfahrens ermöglicht werden. Außerdem können Patienten in einer Sitzung auf ihren Umgang mit Alkohol angesprochen werden. Der AUDIT besteht aus 10 Fragen zum Alkoholkonsum in den letzten zwölf Monaten, zu Abhängigkeitssymptomen und alkoholbedingten Problemen. Die Vorteile bestehen darin, dass der AUDIT international erprobt wurde (entwickelt in Norwegen, Australien, Kenia, Bulgarien, Mexiko, USA), dass er sowohl Risikokonsum als auch Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit identifizieren kann, dass er kurz ist und schnell und flexibel durchführbar, dass er mit den Diagnosekriterien für alkoholbezogene Störungen vereinbar ist und dass er sich auf den aktuellen Alkoholkonsum bezieht. Die Items 1 – 3 beschäftigen sich mit Risikokonsum, die Items 4 – 6 fragen nach Abhängigkeitssymptomen und die Items 7 – 10 nach Alkoholmissbrauch. Der am häufigsten genutzte Trennwert (Cut-off) liegt bei 8 Punkten, in der vorliegenden Studie wurde jedoch, um eine bessere Sensitivität zu erreichen ein Wert von 5 Punkten gewählt. Mit diesem Wert werden Risikokonsum und Alkoholmissbrauch besser erfasst (Rumpf et al., 2001c) sowie alkoholbezogene Störungen bei weiblichen Patienten (Reinert und Allen, 2002). Eine große Anzahl von Studien wurde durchgeführt, wobei der AUDIT Sensitivitäten um 0,95 erreichte und Spezifitäten um 0,85. Verschiedene Subpopulationen wurden untersucht, unter anderem Patienten in der medizinischen Basisversorgung, Personen in Notaufnahmen, Drogenkonsumenten, Arbeitslose, Studenten, ältere Krankenhauspatienten und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Für Männer und Frauen ist der AUDIT gleichermaßen anwendbar. Im Vergleich zu anderen Screening-Verfahren schnitt der AUDIT ebenso gut oder besser ab. Änderungen in der Reihenfolge der Fragen oder dem exakten Wortlaut schienen die AUDIT – Werte nicht zu beeinflussen. Der AUDIT ist in vielen Nationen eingesetzt worden und in viele Sprachen übersetzt.

Bei der Anwendung des AUDIT sollte der Patient, unabhängig davon, ob er die schriftliche oder mündliche Form durchführt, eine kurze Einführung über das Ziel des Fragebogens sowie die Wichtigkeit einer wahrheitsgemäßen Beantwortung erhalten. Da im Test nach „Standardgetränken“ gefragt wird, muss dem Patient erläutert werden, was darunter zu verstehen ist. Dabei sind Trinkgewohnheiten des Landes und typische Mengen zu berücksichtigen. Es wird von 10g reinen Ethanol pro Standardgetränk ausgegangen. Dies muss vom Untersucher für die landesüblichen Getränke umgerechnet werden. Vorteile der mündlichen Version des AUDIT bestehen darin, dass bei uneindeutigen Antworten nachgefragt werden kann, dass er auch bei Patienten mit nicht

ausreichender Lesefähigkeit durchgeführt werden und dass ein nahtloser Übergang zu einer Rückmeldung sowie Ratschlägen erfolgen kann. Dabei ist es seitens des Untersuchers wichtig darauf zu achten, dass der genaue Wortlaut der Fragen vorgelesen wird und die Reihenfolge einbehalten wird. Vorteile der schriftlichen Version bestehen darin, dass weniger Zeit benötigt wird, die Organisation einfacher ist, dass auch ein Computersystem die Auswertung übernehmen kann und dass die Antworten ehrlicher sind. Bei der mündlichen Version besteht an zwei Stellen die Möglichkeit, Fragen zu überspringen, die bei der schriftlichen Variante aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht gegeben ist. In der vorliegenden Studie jedoch, besteht auch in der schriftlichen Version die Möglichkeit, Teile des Screenings zu überspringen, und zwar wenn Item 1 „Wie häufig trinken Sie ein alkoholhaltiges Getränk?“ mit „Nie“ beantwortet wird. Jedes Item hat eine Reihe von Antwortmöglichkeiten, die auf einer Skala von 0 – 4 bewertet werden. Die Punkte der 10 Fragen werden addiert. Bei einem Wert von 8 – 15 Punkten liegt vermutlich ein Risikokonsum vor, Ratschläge, weniger zu trinken wären in diesem Fall sinnvoll, so die allgemeine Empfehlung der Autoren. Bei einem Wert von 19 – 20 sollte der Patient engmaschiger beobachtet werden, da vermutlich eine alkoholbezogene Störung vorliegt und bei einem Wert über 20 Punkten ist weitere Diagnostik notwendig, da bereits eine Alkoholabhängigkeit bestehen könnte. Höhere Werte beinhalten eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen erhöhten Alkoholkonsum. In unserer Studie wurde ein Cut-off von 5 Punkten gewählt.

Bei der deutschen Version des AUDIT (AUDIT-G-L) wurde ein Cronbachs Alpha von 0,75 gefunden (Rumpf et al., 2003), die mindestens geforderten 0,70 sind damit erfüllt. Die Sensitivität ist bei Anwendung des ursprünglich empfohlenen Cut off von 8 als zu gering zu bewerten, die Autoren verwendeten einen Cut off von 5 und erreichten damit eine erhöhte Sensitivität bei leicht verringerter Spezifität.

3.3.3 FTND-G

Der Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND, Heatherton et al. 1991) ist die Weiterentwicklung des Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ; Fagerström, 1978), bei dem die Prinzipien von Abhängigkeit und die pharmakologischen Charakteristika von Nikotin dargestellt werden sollten. Beim FTND wurden zwei Items der ursprünglich acht entfernt, bei weiteren zwei Items wurde die Wertung verändert. Dadurch sollten die psychometrischen Probleme des FTQ (Tate und Schmitz, 1993) überwunden werden. Die

deutsche Version FTND-G (Schumann et al., 2003) wurde bereits in Studien eingesetzt (u.a. Rumpf et al., 1995; Hapke et al., 1998; Meyer et al., 2000). Der Fragebogen besteht aus 6 Items (z.B. „Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie Ihre erste Zigarette?“; „Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, dass Sie den größten Teil des Tages im Bett verbringen?“), die unterschiedliche Beantwortungsmöglichkeiten aufweisen. Für die Auswertung werden daher zunächst die Beantwortungen der Items gewichtet und dann ein Summenwert errechnet. Schoberberger und Kunze (1999) schlagen laut Schumann (2003) folgende Auswertungskategorien vor:

- 0-2 Punkte = sehr geringe/ keine Nikotinabhängigkeit
- 3-4 Punkte = geringe Nikotinabhängigkeit
- 5-10 Punkte = mittlere bis hohe Nikotinabhängigkeit

Im allgemeinen gilt ein Wert von mindestens 7 Punkten für die Diagnose einer Abhängigkeit, kann aber empirisch nicht begründet werden (Etter et al., 1999). Der FTND-G besteht aus zwei Skalen, dem Rauchmuster (Item 1, 2, 4, 6) und dem morgendlichen Rauchen (Item 3 und 5). Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) betragen für den FTND-G .57, dabei für die Skala Rauchmuster .56, für die Skala Morgendliches Rauchen .24 und müssen als unzureichend eingestuft werden.

3.3.4 RCQ-G

Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum RCQ-G (Hannöver et al., 2001) ist eine deutsche Übersetzung des „Readiness to Change Questionnaire“ RTCQ (Rollnick et al., 1992). Dieses Instrument wurde zur Erfassung der Änderungsbereitschaft von Probanden mit schwerem Alkoholkonsum bezüglich ihres Trinkverhaltens entwickelt. Die deutsche Version wurde an Probanden im Rahmen einer Untersuchung zu Übergängen im Verlauf des Gebrauchs von Alkohol und Nikotin geprüft (Hapke et al., 1998). Der theoretische Hintergrund findet sich im Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (Prochaska und Di Clemente, 1986), bei dem die Änderung des Verhaltens als Prozess verstanden wird, bei dem aufeinander aufbauende Stufen durchlaufen werden. Die Stufen der Verhaltensänderung sind die „Absichtslosigkeit“, „Absichtsbildung“, „Vorbereitung“, „Handlung“ und „Aufrechterhaltung“ (siehe: Theoretischer Hintergrund).

Der RCQ-G besteht aus 12 Items: 1. Ich glaube, dass ich zu viel trinke. (Absichtslosigkeit) 2. Ich versuche, weniger zu trinken als früher oder gar nicht mehr zu

trinken. (Handlung) 3. Ich trinke gern, aber manchmal trinke ich zuviel. (Absichtsbildung) 4. Manchmal denke ich, dass ich weniger oder gar nicht mehr trinken sollte. (Absichtsbildung) 5. Über mein Trinken nachzudenken ist reine Zeitverschwendung. (Absichtslosigkeit) 6. Ich habe erst vor kurzem meine Trinkgewohnheiten geändert. (Handlung) 7. Jeder kann darüber **reden**, dass er wegen des Trinkens etwas tun will, aber ich **tue** tatsächlich etwas. (Handlung) 8. Ich bin an dem Punkt angelangt, wo ich darüber nachdenken sollte, weniger oder gar keinen Alkohol mehr zu trinken. (Absichtsbildung) 9. Mein Trinken ist manchmal ein Problem. (Absichtsbildung) 10. Ich finde es notwendig für mich, über eine Änderung meines Trinkens nachzudenken. (Absichtslosigkeit) 11. Ich ändere meine Trinkgewohnheiten genau jetzt im Moment. (Handlung) 12. Weniger Alkohol zu trinken ergibt für mich einen Sinn. (Absichtslosigkeit). Die Antworten erfolgen auf Ratingskalen von eins bis fünf und den beiden Ankern „stimme überhaupt nicht zu“ (1) und „stimme sehr zu“ (5). Die Evaluation der Änderungsmotivation erfolgt durch die Summierung der Items einer Gruppe. Dabei repräsentiert der Itempool mit dem höchsten Gesamtwert das entsprechende Stadium der Änderungsbereitschaft. Zur Beurteilung der internen Konsistenz wurde Cronbachs Alpha für die drei Subskalen berechnet. Sie beträgt für die Skala der „Absichtslosigkeit“ .67, für die Skala der „Absichtsbildung“ .80 und für die Skala der „Handlung“ .83. Für die drei Subgruppen „Risikokonsum“, „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ unterscheiden sich die Cronbachs Alpha kaum. Die Konstruktvalidität wurde für die Beziehungen des RCQ-G mit den Ausprägungen der ADBS-G (Alcohol Decisional Balance Scale, Deutsche Version; Hannover et al., 2003) geprüft. Wie durch die Annahmen des transtheoretischen Modells vorhergesagt, waren die Ausprägungen der ADBS-G Skalen bei Probanden, die der Stufe der „Absichtsbildung“ zugeordnet worden waren höher als in den anderen Stadien der Änderungsbereitschaft.

3.3.5 MHI-5

Der Fragebogen MHI-5 (Berwick et al., 1991) ist eine Kurzform des Mental Health Inventory (38 Items; Veith und Ware, 1983; Davies-Avery et al., 1988) zur Erfassung psychischer Störungen in der medizinischen Basisversorgung. Die fünf Items stellen ein Screening für Angststörungen und depressive Störungen dar. Als besonders geeignet zeigte sich der MHI-5 für die Erfassung affektiver und Angsterkrankungen (Rumpf et al., 2001d). Hauptsächlich akute Störungen werden erfasst, so beziehen sich die Fragen auf

Stimmungen, die innerhalb des letzten Monats aufgetreten sind. Eingeleitet werden die Fragen durch die Aufforderung „Bitte geben Sie anhand der Skala an, wie häufig Sie im letzten Monat die folgenden Stimmungen hatten“. In den Items wird abwechselnd nach positiven und negativen Gefühlszuständen gefragt (bidirektional):

1. Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr nervös?
2. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich ruhig und gelassen gefühlt?
3. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich niedergeschlagen und traurig gefühlt?
4. Wie häufig im letzten Monat waren Sie sehr glücklich?
5. Wie häufig im letzten Monat haben Sie sich so niedergeschlagen gefühlt, dass Sie nichts aufheitern konnte?

Zur Beantwortung wurde eine fünfstufige Likert-Skala verwendet mit den Werten null bis vier und den Ankern „nie“ (0) und „immer“ (4). Bei den Items 2 und 4 wurden die Antwortvorgaben umkodiert. So ergibt sich bei einem hohen Summenwert auf der Skala eine hohe psychische Belastung. In der vorliegenden Arbeit wurde ein transformierter Summenwert zum Gruppenvergleich herangezogen. Im Gegensatz zur Originalskala (6-stufige Likert-Skala) wurde hier eine 5-stufige Likert-Skala aus Gründen der Kompatibilität mit weiteren Instrumenten des Fragebogens eingesetzt. Die 5-stufige Skala hat eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von .74 (Rumpf et al., 2001d) und ist damit niedriger als die Vergleichsstudien mit Verwendung einer 6-stufigen Skala (.89, McHorney und Ware, 1995; .88, McCabe et al., 1996). Im Hinblick auf die Summenwerte ergab sich jedoch eine gute Vergleichbarkeit beider Skalen (Rumpf et al., 2001d).

Receiving Operator Characteristic (ROC) – Kurven variieren mit verschiedenen Cut-off Werten je nach psychischer Diagnose und befinden sich zwischen 60 für affektive Störungen und 70 für Angststörungen. Fasst man beide Störungen zusammen, so bietet sich ein Wert von 65 an (Rumpf et al., 2001d). Bei einem Cut-off Wert von 60 findet sich eine Sensitivität von .83 für den MHI-5, die Spezifität liegt bei .78. Diese Befunde stammen aus einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (Rumpf et al., 2001d).

3.3.6 Soziodemographische Angaben

Die für die Vergleiche wichtigen soziodemographischen Angaben der Befragten wurden ebenfalls im Rahmen des Screeningfragebogens erhoben (siehe Anhang). Es wurde nach

Geschlecht und Alter der Patienten gefragt. Dann folgte eine Frage zum allgemeinen Gesundheitszustand mit den Antwortmöglichkeiten „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“. Außerdem wurden die Patienten gebeten, den Familienstand anzugeben, z.B. ob sie ledig, in fester Partnerschaft lebend, verheiratet, geschieden/ getrennt lebend oder verwitwet seien. Die nächste Frage bezog sich auf den erreichten Schulabschluss der Patienten, dabei standen 6 Antwortmöglichkeiten (noch Besuch einer Schule, kein Abschluss, Volks- oder Hauptschule, POS 8./9. Klasse, Realschule, Fachhochschulreife, Abitur/ Hochschulreife) und ein Feld für nicht aufgeführte Schulabschlüsse zur Verfügung.

3.3.7 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der einzelnen Variablen erfolgte mit dem Programm SPSS (Version 12.0). Bei einigen Variablen wurde der Mittelwert berechnet sowie dessen Standardabweichung, für die Vergleiche bei dichotomen oder kategorialen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet sowie bei ordinalem Skalenniveau der U-Test nach Mann-Whitney und der t-Test (bei Intervallskalierung). Wurden mehrere Gruppen hinsichtlich ordinaler Daten miteinander verglichen, ist der Kruskal-Wallis-Test angewandt worden, bei intervallskalierten Daten die einfaktorielle ANOVA.

3.4 STICHPROBENBESCHREIBUNG

An dem Screening in Hausarztpraxen haben 10.803 Personen teilgenommen.

Davon waren 44,0% Männer ($n = 4727$) und 56,0% Frauen ($n = 6007$).

Es ergibt sich eine ungefähr gleichmäßige Verteilung der Patienten auf die einzelnen Altersgruppen, wobei jeder Jahrgang mit 1,1% - 2,7% vertreten ist. Es wurde das Trinkverhalten von Personen zwischen 18 und 65 Jahren untersucht. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Personen auf die verschiedenen Altersgruppen. Das Durchschnittsalter der Patienten der Hausarztpraxis betrug 41,26 Jahre ($SD = 13,84$).

Tabelle 2: Altersverteilung der Befragten

| Altersgruppe | Prozent (Anzahl n) |
|---------------------|---------------------------|
| 18-29 Jahre | 24,4 (n = 2600) |
| 30-39 Jahre | 22,2 (n = 2386) |
| 40-49 Jahre | 21,6 (n = 2323) |
| 50-59 Jahre | 18,3 (n = 1968) |
| 60-65 Jahre | 13,1 (n = 1417) |

Über ihren allgemeinen Gesundheitszustand befragt, gab der überwiegende Teil (70,4%) der Patienten an, zufrieden zu sein. 29,6% (n = 3167) der Patienten sahen hingegen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ an. Genauere Angaben sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

| Gesundheitszustand | Anteil der Befragten in % |
|---------------------------|----------------------------------|
| ausgezeichnet | 3,4 |
| sehr gut | 14,4 |
| gut | 52,6 |
| weniger gut | 24,8 |
| schlecht | 4,8 |

Auf die Frage nach ihrem Familienstand gaben 21,7% (n = 1927) der Personen an, ledig zu sein, 8,0% lebten getrennt oder geschieden (n = 707) und 2,7% waren verwitwet (n = 242). 18,9% hingegen lebten in einer festen Partnerschaft (n = 1683) und der größte Anteil der Befragten (48,7%; n = 4327) war verheiratet. Der größere Anteil der Personen (67,6%) lebte mit einem Partner, 32,4% lebten hingegen allein.

Eine weitere Frage sollte den Ausbildungsstand der Personen erfassen. Es haben 1,3% (n = 116) der Personen angegeben, noch keinen Abschluss erreicht zu haben, da sie noch zur Schule gingen; 2,2% (n = 194) gaben an, keinen Abschluss erreicht zu haben und auch nicht mehr zur Schule zu gehen; die größte Gruppe mit 39,1% (n = 3424) hatte einen Abschluss an einer Volks-/Hauptschule/POS 8./9. Klasse erreicht; 33,1% (n = 2901) erreichten einen Abschluss an einer Realschule/POS, 9,0% (n = 789) schlossen mit der Fachhochschulreife ihre Schulbildung ab und 14,8% (n = 1297) beendeten ihre

Schullaufbahn mit dem Abitur/EOS, Hochschulreife. 0,5% (n = 42) hatten einen anderen Schulabschluss und zwar in einer Sonderschule, Förderschule oder im Ausland.

Zu ihrem Rauchverhalten gaben 42,5% (n = 4559) der Befragten an, innerhalb der letzten 4 Wochen mindestens eine Zigarette am Tag geraucht zu haben; davon waren 49,2% Männer, 50,8% Frauen. 57,5% (n = 6142) gaben an, Nichtraucher zu sein. Von den im AUDIT positiv gescreenten Personen (AUDIT > 4 Punkte) waren 60,7% Raucher, wohingegen bei den AUDIT-negativen lediglich 38,0% Raucher waren. Dieser Zusammenhang zwischen höherer Trinkmenge und Rauchen ist signifikant ($\chi^2 = 357,6$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Ein im AUDIT positives Testergebnis hatten 19,5% (n = 2096) der Personen, 80,5% hatten einen Testwert unter 5 Punkten.

Der AUDIT hatte einen Mittelwert von 3,2 (SD = 4,21) bei den Patienten der Hausarztpraxis. Die Geschlechterverteilung bei einem positiven AUDIT - Wert war folgendermaßen: der überwiegende Anteil (71,0%; n = 1483) waren Männer, der kleinere Anteil mit 29,0% (n = 605) Frauen. Im LAST zeigten 11,9% (n = 974) ein positives Testergebnis (LAST > 1), 88,1% ein negatives. Von den LAST- Positiven waren 30,0% Frauen und 70,0% Männer, die Geschlechterverteilung entsprach also der des AUDIT und der Verteilung der gesamten Stichprobe. Beim LAST- Wert lag der Mittelwert bei 0,52 (SD = 1,09).

4. ERGEBNISSE

4.1 VERGLEICHE DER NICHT-TEILNEHMER-GRUPPEN

4.1.1 Gruppeneinteilungen

Eine Gruppe bilden die Personen, die bereits das Screening ablehnten (POT-Screening = Personen ohne Teilnahmebereitschaft für das Screening; Gruppe 1; n = 662). Von diesen Personen wurden die Gründe für die Ablehnung der Studienteilnahme, das Alter und das Geschlecht erfragt, diese Daten sind jedoch nur zum Teil verwertbar, da einige Personen auch diese Angaben ablehnten (n = 118). So wird im Folgenden von dieser Gruppe nur das Alter und die Geschlechterverteilung näher untersucht, sowie deskriptiv einige Gründe für die Nicht-Teilnahme.

Die Personen, die an dem Screening teilgenommen haben (n = 10.803) werden als Gruppe 2 zusammengefasst, unabhängig davon, ob sich, bei positivem Screeningergebnis, eine Studienteilnahme angeschlossen hat oder nicht. Ihr gemeinsames Charakteristikum ist die initiale Bereitschaft, den Fragebogen auszufüllen.

Von den 10.803 befragten Personen sind 2.239 (20,7%) positiv gescreent worden (AUDIT > 4 Punkte und/ oder LAST > 1 Punkt). 664 Personen (29,7%) stellten sich bei weitergehender Diagnostik als Falsch-Positive heraus, so dass insgesamt 1575 (14,6%) als richtig positiv gescreente Personen verblieben.

Nach dem Ausfüllen des Screeningfragebogens in den Arztpraxen lehnten 829 (37,0%) der AUDIT- oder LAST-Positiven Personen die weitere Teilnahme an der Studie ab, darunter 71,0% Männer und 29,0% Frauen. Diese Gruppe entspricht im Folgenden den „POT-Studie“ (Personen ohne Teilnahmebereitschaft – Studie) und wird als Gruppe 3 bezeichnet.

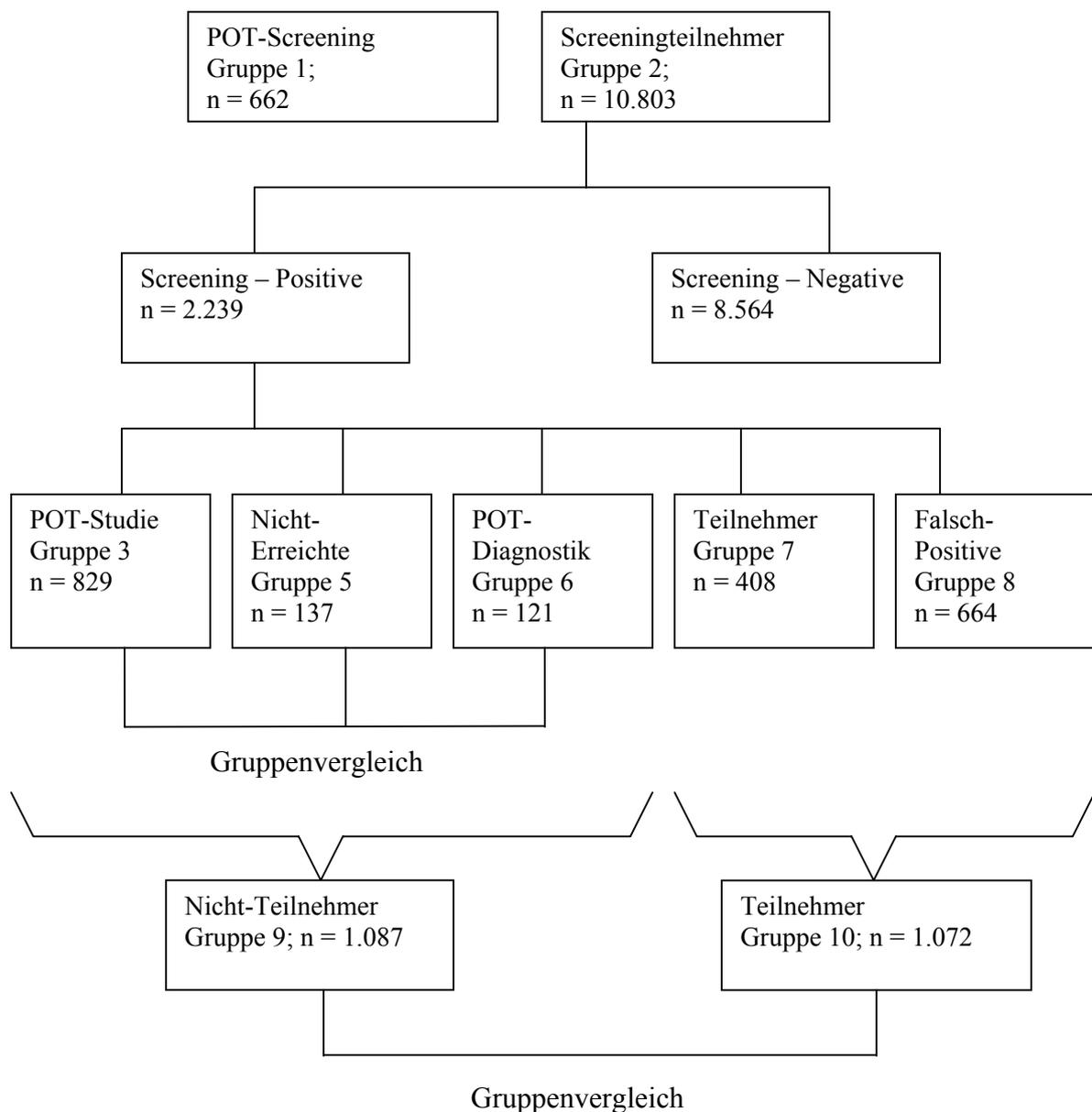
In der nächsten Gruppe, die sich zwar zunächst zur Studienteilnahme bereit erklärte, später jedoch die weitere Diagnostik (als postalische Erhebung oder in Form von Telefonaten) nicht weiterführte, befanden sich 121 Personen (5,3% der Screeningpositiven). Die häufigsten dafür angegebenen Gründe, nicht weiter teilzunehmen, waren Zeitmangel oder zu hoher Zeitaufwand und nicht vorhandenes Interesse an der Studie. In dieser Gruppe der „POT-Diagnostik“ (Personen ohne Teilnahmebereitschaft – Diagnostik; Gruppe 6) waren 64,2% männlich und 35,8% weiblich.

Zu der Gruppe, der zunächst an einer Studienteilnahme interessierten Patienten mit einem positiven Screeningergebnis, gehört auch ein Teil der Personen, die später von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen wurden: darunter befanden sich Personen, die kein Telefon besaßen ($n = 44$), die sich bereits in therapeutischer Behandlung befanden ($n = 10$), einen regelmäßigen Drogenkonsum (außer Cannabis) hatten ($n = 3$), nach Interviewereinschätzung zu krank für eine Studienteilnahme waren ($n = 3$) oder aus anderen Gründen ausgeschlossen wurden (sie standen z.B. unter Vormundschaft; $n = 20$). Diese Gruppe wird auch von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen. Weiterhin gab es Personen, die sich zunächst für die Studie interessierten, später aber nicht mehr erreicht werden konnten. Gründe hierfür waren eine in der Praxis falsch angegebene Adresse oder Telefonnummer oder die Nicht-Erreichbarkeit nach wiederholten Versuchen (mindestens 10 telefonische und 2 postalische Kontaktversuche). In den weiteren Ausführungen wird diese Gruppe von 137 Personen (6,1% der Screeningpositiven) als „Nicht-Erreichte“ (Gruppe 5) bezeichnet. Von ihnen waren 76,6% Männer und 23,4% Frauen.

Als „Teilnehmer“ (Gruppe 7) in die Studie aufgenommen wurden 408 Personen (18,2% der positiv gescreenten Personen), die auf die Kontrollgruppe, Stepped-Intervention-Care-Gruppe und Fixed-Care-Gruppe randomisiert wurden. Die Gruppe der Teilnehmer bestand zu 68,1% aus Männern und 31,9% aus Frauen. Außerdem sind bei den Teilnehmern die Falsch-Positiven enthalten, die einen Anteil von 29,7% der Screeningpositiven ausmachen. Dies ist notwendig, um einen Vergleich mit den Nicht-Teilnehmern durchführen zu können, bei denen die Falsch-Positiven in der Stichprobe aufgrund der fehlenden Teilnahme nicht herausgefiltert werden konnten.

Die folgende Grafik veranschaulicht die Gruppeneinteilungen.

Grafik 2: Gruppeneinteilungen



4.1.2 Vergleich Screeningteilnehmer und POT-Screening

Zunächst folgt ein Vergleich der Personen, die das Screening in der Arztpraxis ablehnten mit jenen Personen, die das initiale Screening durchführten (Gruppe 1 vs. Gruppe 2).

In der Gruppe der POT-Screening waren signifikant mehr Männer als in der Gruppe der Screeningteilnehmer ($\chi^2 = 61,8$; $df = 2$; $p < 0,001$). Der Anteil der Männer betrug 51,1% bei den POT-Screening und 44,0% bei den Screeningteilnehmern, dort nahmen also mit 56% mehr Frauen als Männer teil. Die Personen, die sich zum Screening bereit erklärten, waren im Altersdurchschnitt signifikant jünger als die Personen, die das

Screening ablehnten ($t = -4,7$; $df = 11330$; $p < 0,001$). Die Screeningteilnehmer hatten ein Durchschnittsalter von 41,26 Jahren ($SD = 13,84$) wohingegen die POT-Screening ein Durchschnittsalter von 43,95 Jahren ($SD = 13,49$) hatten. Die Personen, die schon beim Erstkontakt ablehnten sind also häufiger Männer und älter als die Personen, die sich zum Screening bereit erklärten.

Auf dem Nicht-Teilnehmer-Bogen I hatten die Befragten die Möglichkeit für ihre Ablehnung der Studienteilnahme Gründe anzugeben, wobei ein Katalog von Gründen vorgegeben war, sowie die Möglichkeit bestand, weitere individuelle Gründe zu benennen. 29,2% der Personen gaben an, dass sie nicht an der Studie interessiert seien. Sie fühlten sich zu krank, um einen Fragebogen auszufüllen, gaben 17,7% der Patienten an. Die anderen Antwortmöglichkeiten wurden jeweils lediglich von wenigen Personen angegeben, wie beispielsweise, dass Sorge bestünde, der Datenschutz würde nicht gewahrt (0,8%), der Arzt könne informiert werden (0,8%) oder sie empfänden den Fragebogen als Belästigung (9,2%). Als weitere Gründe gaben die POT-Screening in 12,2% der Fälle an, sie wollten „nichts mit der Medizinischen Universität zu Lübeck zu tun haben“. 5,7% der Personen gaben an, sie hätten schon so viele Fragebögen ausgefüllt, dass sie „dazu keine Lust“ mehr hätten. Einige Personen hatten ihre Lesebrille vergessen und wollten sich die Fragen nicht von einem Mitarbeiter vorlesen lassen (8,1%).

4.1.3 Vergleich der Nicht-Teilnehmer

Als Nächstes folgt der Vergleich der Nicht-Teilnehmer (Gruppe 3, 5 und 6) untereinander, es werden also die Personen verglichen, die in der Arztpraxis ablehnten (POT-Studie) mit denen, die im Laufe der weiteren Diagnostik ablehnten (POT-Diagnostik) und denen, die nach anfänglicher Bereitschaft zur Studienteilnahme nicht mehr erreicht werden konnten (Nicht-Erreichte). Es wird deutlich, dass sich die beiden Nicht-Teilnehmergruppen ähneln und sich von den Nicht-Erreichten unterscheiden. Von den POT-Studie waren 71,1% Männer und 28,9% Frauen, bei den POT-Diagnostik waren es 64,5% Männer und 35,5% Frauen. Bei den Nicht-Erreichten war der Anteil der Männer 76,6% und der der Frauen 23,4%. Die Geschlechterverteilung der drei Gruppen unterschied sich nicht signifikant voneinander ($\chi^2 = 4,6$; $df = 2$; $p = 0,098$). Im Durchschnittsalter der Personen hingegen, konnte man signifikante Unterschiede erkennen, und zwar dass die Nicht-Erreichten im Durchschnitt 30,57 Jahre alt waren, die POT-Studie 39,94 Jahre alt waren und die POT-Diagnostik durchschnittlich 39,50 Jahre

alt waren ($F = 28,79$; $df = 2$; $p < 0,001$). Ein weiteres Item war die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand. Dabei war bei den POT-Studie ein Mittelwert im Gesundheitszustand von 3,16 zu erheben (Median = 3,0; SD = 0,81), bei den Nicht-Erreichten ein Mittelwert von 2,96 (Median = 3,0; SD = 0,86) und bei den POT-Diagnostik ein Mittelwert von 3,11 (Median = 3,0; SD = 0,72). Die Punktwerte rangierten von „1“ für einen ausgezeichneten Gesundheitszustand bis „5“ für einen schlechten Gesundheitszustand. Daraus ergibt sich, dass sich die drei Gruppen signifikant in der Einschätzung ihres Gesundheitszustands unterschieden (Kruskal-Wallis-H: $\chi^2 = 7,6$; $df = 2$; $p < 0,05$).

Tabelle 4: Gruppenvergleiche Durchschnittsalter

| Gruppe | Durchschnittsalter (Jahre) |
|---------------------|---------------------------------------|
| POT-Studie (3) | 39,94 |
| Nicht-Erreichte (5) | 30,57 |
| POT-Diagnostik (6) | 39,50 |
| <i>Statistik</i> | $F = 28,79$; $df = 2$; $p < 0,001$ |

Es gab signifikante Unterschiede hinsichtlich des Familienstandes zwischen den Nicht-Erreichten, von denen 56,4% alleine lebten, den POT-Studie, von denen 38,1% nicht mit einem Partner zusammen wohnten und den POT-Diagnostik, von denen lediglich 28,1% alleine lebten ($\chi^2 = 35,9$; $df = 8$; $p < 0,001$). Die exakten Daten liefert Tabelle 5.

Tabelle 5: Familienstand der Nicht-Teilnehmer-Gruppen

| Gruppe | Ledig (%) | Fester Partner (%) | Verheiratet (%) | Getrennt (%) | Verwitwet (%) |
|---------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 3 | 28,8 | 22,6 | 39,3 | 8,0 | 1,2 |
| 5 | 45,5 | 30,0 | 13,6 | 8,2 | 2,7 |
| 6 | 22,0 | 26,8 | 45,8 | 3,7 | 2,4 |

Kruskal-Wallis-H: $\chi^2 = 17,3$; $df = 2$; $p < 0,001$

Zu ihrem Rauchverhalten befragt, gaben 77,4% der Nicht-Erreichten an, Raucher zu sein, 57,5% der POT-Studie und 57,7% der POT-Diagnostik. Damit unterschieden sich die drei Gruppen signifikant in ihrem Rauchverhalten ($\chi^2 = 19,5$; $df = 2$; $p < 0,001$). Bezüglich der mittels des FTND bestimmten Nikotinabhängigkeit unterschieden sich die drei Gruppen nicht signifikant voneinander ($\chi^2 = 16,38$; $df = 20$; $p = 0,69$). Bei den

POT-Studie war der durchschnittliche AUDIT-Wert 8,36 (SD = 5,43), bei den Nicht-Erreichten lag er höher mit 10,96 (SD = 6,33) und bei den POT-Diagnostik niedriger bei 9,02 Punkten (SD = 4,90). Der Alkoholkonsum bzw. die damit verbundenen Probleme unterschieden sich signifikant bei den untersuchten Nicht-Teilnehmergruppen (Kruskal-Wallis-H: $\chi^2 = 40,6$; $df = 2$; $p < 0,001$; Tabelle 6). Unterteilt man die AUDIT-Items bezüglich der Konsummenge (Item 1 – 3) und den Items zu den alkoholbezogenen Störungen (Item 4 – 10), so finden sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen POT-Studie und POT-Diagnostik und den nicht erreichten Personen. Nicht-Erreichte haben einen höheren AUDIT-Wert beim Alkoholkonsum sowie bei den Items zu den alkoholbezogenen Störungen als die anderen Nicht-Teilnehmergruppen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Signifikante Unterschiede im Gruppenvergleich

| Gruppe | Raucher (%) | AUDIT- Mittel wert (Punkte) | Kon- sum- menge (Punkte) | Alkohol- Bezogene Störungen (Punkte) |
|---------------------|---|--|--|---|
| POT-Studie (3) | 57,5 | 8,36 | 8,18 | 9,63 |
| Nicht-Erreichte (5) | 77,4 | 10,96 | 8,79 | 11,1 |
| POT-Diagnostik (6) | 57,9 | 9,02 | 8,46 | 9,82 |
| <i>Statistik</i> | $\chi^2 = 40,6$; $df = 2$; $p < 0,001$ | $\chi^2 = 19,5$; $df = 2$; $p < 0,001$ | $\chi^2 = 16,9$; $df = 2$; $p < 0,001$ | $\chi^2 = 30,1$; $df = 2$; $p < 0,001$ |

Die Ergebnisse des anderen Alkoholscreeningtests, der in dem Fragebogen verwendet wurde (LAST), unterschieden sich zwischen den drei Gruppen nicht signifikant (Kruskal-Wallis-H: $\chi^2 = 0,75$; $df = 2$; $p = 0,68$). Weiterhin wurde die seelische Gesundheit der Patienten abgefragt, die Fragen bezogen sich auf Angst und Depression. Es konnten keine signifikanten Unterschiede im transformierten Summenwert für die seelische Gesundheit zwischen POT-Studie, Nicht-Erreichten und POT-Diagnostik gefunden werden ($\chi^2 = 3,76$; $df = 2$; $p = 0,15$).

In der Schulbildung unterschieden sich die Gruppen signifikant voneinander ($\chi^2 = 21,48$; $df = 12$; $p < 0,05$). Besonders die Gruppe der Nicht-Erreichten weist ein niedrigeres Bildungsniveau auf, als die beiden Nicht-Teilnehmergruppen. Tabelle 7 zeigt die Zahlen.

Tabelle 7: Vergleich der Nicht-Teilnehmer in der Schulbildung

| Schulbildung/ -abschluss | Gruppe 3 (%) | Gruppe 5 (%) | Gruppe 6 (%) |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Noch Schule | 1,9 | 2,8 | 0,0 |
| Kein Abschluss | 2,7 | 6,4 | 0,0 |
| Volks-/Hauptschulabschluss/ POS 8./9. Klasse | 41,1 | 41,3 | 46,3 |
| Realschulabschluss | 27,5 | 31,2 | 28,0 |
| Fachhochschulreife | 8,7 | 7,3 | 14,6 |
| Abitur | 17,5 | 9,2 | 11,0 |

$\chi^2 = 21,48$; $df = 12$, $p < 0,05$

Die anhand des Transtheoretischen Modells eingeteilte Änderungsbereitschaft bezüglich des Tabakkonsums unterschied sich in den drei Gruppen, die nicht an der weiteren Studie teilnahmen, nicht signifikant voneinander (Kruskal-Wallis-H: $\chi^2 = 0,3$; $df = 2$; $p = 0,85$). So waren im Durchschnitt 72,2% in der Phase der Absichtslosigkeit, 22,3% befanden sich im Stadium der Absichtsbildung und 5,5% in der Phase der Vorbereitung für eine Verhaltensänderung. Auch in der Änderungsbereitschaft bezüglich Alkoholkonsums gab es keine signifikanten Unterschiede in den einzelnen Gruppen (Kruskal-Wallis-H: $\chi^2 = 1,0$; $df = 2$; $p = 0,60$). Durchschnittlich 66,9% waren in der Phase der Absichtslosigkeit, 18,0% in der Absichtsbildung und 15,2% handelten bereits.

4.1.4 Vergleich Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer

Nachdem die einzelnen Gruppen der Personen, die nicht an der Studie teilgenommen haben untereinander verglichen wurden, folgt nun ein Vergleich der Nicht-Teilnehmer (Gruppe 9 = Gruppe 3 + 5 + 6) mit den Studienteilnehmern (Gruppe 10). Die Gruppe der Nicht-Teilnehmer wird trotz der vorher dargestellten Unterschiede zusammengefasst, um einen besseren Überblick zu ermöglichen.

Das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmer unterschied sich von dem der Nicht-Teilnehmer. Die Teilnehmer waren signifikant jünger mit einem Durchschnittsalter von 36,94 Jahren ($SD = 13,70$) gegenüber den Nicht-Teilnehmern, die im Durchschnitt 38,61 Jahre ($SD = 13,61$) alt waren ($t = 2,7$; $df = 2017$; $p < 0,05$).

Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands unterschied sich signifikant zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ($U = 581548$; $p < 0,05$). Die Teilnehmer der Studie schätzten ihren subjektiven Gesundheitszustand besser ein als diejenigen Personen, die zu einer Studienteilnahme nicht bereit waren oder in Verlauf ausschieden oder die Personen, die im Verlauf der Studie nicht mehr telefonisch oder postalisch erreichbar waren.

Bezüglich der Geschlechterverteilung bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern und den Nichtteilnehmern ($\chi^2 = 3,2$; $df = 1$; $p = 0,07$). Die teilnehmenden Patienten waren zu 68,2% Männer und zu 31,8% Frauen, bei den Nicht-Erreichten und POT- Studie/-Diagnostik war ein Anteil von 71,9% männlich und ein Anteil von 28,1% weiblich.

Die AUDIT- und LAST-Werte unterschieden sich nicht signifikant zwischen den Teilnehmern und den Nicht-Teilnehmern (AUDIT: $U = 572564$; $p = 0,48$; LAST: $U = 567652$; $p = 0,70$). In ihrem Rauchverhalten unterschieden sich die Gruppen ebenfalls nicht signifikant voneinander, allerdings war eine Tendenz zu erkennen ($\chi^2 = 3,1$; $df = 1$; $p = 0,079$). Bei den Teilnehmern waren mit 56,5% weniger Personen Raucher gegenüber 60,4% in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer.

Auch bei den Angaben zum Familienstand bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ($\chi^2 = 5,59$; $df = 4$; $p = 0,33$).

Die Angaben zur psychischen Gesundheit unterschieden sich nicht wesentlich zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ($U = 518952$; $p = 0,81$). Bei der Schulbildung hingegen gab es signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ($\chi^2 = 23,1$; $df = 6$; $p < 0,01$). Von den Teilnehmern hatten 1,3% keinen Schulabschluss, wohingegen die Nicht-Teilnehmer mehr als doppelt so häufig keinen Schulabschluss erreicht hatten. Ebenso war der Anteil der Personen mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss bei den Teilnehmern niedriger als bei den Nicht-Teilnehmern. Einen Realschulabschluss hatten von den Teilnehmern 32,7% gegenüber den Nicht-Teilnehmern mit 28,0%. Bei den Teilnehmern beendete ein höherer Anteil die Schullaufbahn mit einer Fachhochschulreife gegenüber den Nicht-Teilnehmern. Beim Abitur waren ebenfalls Unterschiede zu erkennen: Ein größerer Anteil der Studienteilnehmer erreichte das Abitur, bei den Nicht-Teilnehmern waren es weniger. Die Teilnehmer wiesen ein höheres Bildungsniveau auf als die Nicht-Teilnehmer. Tabelle 8 veranschaulicht diese Zahlen.

Tabelle 8: Vergleich Schulbildung

| Schulbildung/ -abschluss | Studienteilnehmer (%) | Nichtteilnehmer (%) |
|---|-----------------------|---------------------|
| Noch Schule | 1,9 | 1,9 |
| Kein Abschluss | 1,3 | 2,9 |
| Volks-/Hauptschulabschluss/ POS 8./9. Klasse | 32,7 | 41,6 |
| Realschulabschluss | 32,7 | 28,0 |
| Fachhochschulreife | 11,2 | 9,1 |
| Abitur | 19,7 | 15,8 |

$\chi^2 = 23,1$; $df = 6$; $p = 0,001$

Vergleicht man die Änderungsbereitschaft bezüglich des Tabakkonsums zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern, so ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2 = 2,02$; $df = 2$; $p = 0,36$). Die Teilnehmer dieser Studie waren folglich nicht von vorneherein eher zu einer Verhaltensänderung bereit als die Nicht-Teilnehmer. In der Phase der Absichtslosigkeit befanden sich 68,6% der Teilnehmer und 72,2% der Nicht-Teilnehmer, in der Phase der Absichtsbildung 24,9% der Teilnehmer versus 22,3% der Nicht-Teilnehmer und in der Phase der Handlung 6,6% der Teilnehmer gegenüber 5,5% der Nicht-Teilnehmer. Auch die Nikotinabhängigkeit (FTND) unterschied sich nicht signifikant zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ($\chi^2 = 6,56$; $df = 10$; $p = 0,76$).

Ebenso verhielt es sich mit der Änderungsbereitschaft bezogen auf den Alkoholkonsum. Auch hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ($\chi^2 = 0,14$; $df = 2$; $p = 0,99$). In der Phase der Absichtslosigkeit befanden sich 67,1% der Teilnehmer und 66,9% der Nicht-Teilnehmer, in der Phase der Absichtsbildung 17,7% der Teilnehmer und 18,0% der Nicht-Teilnehmer und in der Phase der Handlung 15,2% beider Gruppen.

Fasst man diesen Gruppenvergleich zusammen, so ergibt sich, dass die signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern im Alter, in der Schulbildung und im subjektiven Gesundheitszustand bestanden: Studienteilnehmer waren jünger als die Nicht-Teilnehmer, wiesen ein höheres Bildungsniveau auf und schätzten ihren Gesundheitszustand als besser ein.

4.1.5 Vergleich der Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer bei der Katamnese

Die Katamnese stellte den Schlusspunkt der vorliegenden Untersuchung dar. Zu diesem Zeitpunkt (1 Jahr nach Beginn der Studie) waren nicht mehr sämtliche Personen, die anfänglich an der Studie teilnahmen, zu einer weiteren Befragung bereit. Von den 408 Teilnehmern sind Katamnese-Daten von 374 Personen erhoben worden (91,7%), 4 Personen lehnten im Verlauf ab, 3 verstarben und 27 (6,6%) konnten nicht mehr erreicht werden. Fasst man die Ablehnenden und Nicht-Erreichten zu einer Gruppe der Nicht-Teilnehmer zusammen und vergleicht sie mit den Teilnehmern, so finden sich signifikante Unterschiede. Auch hier spielt die Schulbildung eine Rolle für die weitere Studienteilnahme. Studienteilnehmer haben einen signifikant höhere Schulbildung als die nicht teilnehmenden Personen ($\chi^2 = 31,85$; $df = 6$; $p < 0,001$). So sind in der Gruppe derer, die einen Realschulabschluss oder höheren Schulabschluss erreichten 66,1% der Studienteilnehmer, wohingegen von den Nicht-Teilnehmern 44,0% einen Real-/Fachhochschulabschluss erreicht haben und keiner das Abitur. Tabelle 9 veranschaulicht die Zahlen.

Tabelle 9: Schulbildung der Katamneseteilnehmer gegenüber den Nicht-Teilnehmern

| Schulbildung/ -abschluss | Studienteilnehmer (%) | Nichtteilnehmer (%) |
|---|------------------------------|----------------------------|
| Noch Schule | 1,7 | 4,0 |
| Kein Abschluss | 0,3 | 12,0 |
| Volks-/Hauptschulabschluss/ POS 8./9. Klasse | 31,8 | 40,0 |
| Realschulabschluss | 31,5 | 36,0 |
| Fachhochschulreife | 11,1 | 8,0 |
| Abitur | 22,5 | 0,0 |

$\chi^2 = 31,85$; $df = 6$; $p < 0,001$

Der AUDIT kann in Items bezüglich Konsummenge oder Items zu alkoholbezogenen Störungen aufgeteilt werden. Zu diesen Variablen können jedoch aufgrund zu geringer Fallzahlen (374 vs. 31 Personen) keine statistischen Aussagen getroffen werden, da der hier notwendige Mann-Whitney-U-Test nicht durchführbar ist. Zusammenfassend haben die Studienteilnehmer, die an der Katamnese teilgenommen haben, gegenüber denen, die im Verlauf der Studie nicht mehr teilnahmen und eine höhere Schulbildung.

Bei den übrigen untersuchten Merkmalen wie Alter ($t = 1,6$; $df = 399$; $p = 0,11$), Geschlecht ($\chi^2 = 1,49$; $df = 1$; $p = 0,22$), Rauchverhalten ($\chi^2 = 0,72$; $df = 1$; $p = 0,39$), Gesundheitszustand ($\chi^2 = 3,32$; $df = 4$; $p = 0,5$), Familienstand ($\chi^2 = 7,27$; $df = 4$; $p = 0,12$), Änderungsmotivation von Trink- ($\chi^2 = 2,01$; $df = 2$; $p = 0,36$) und Rauchverhalten ($\chi^2 = 2,97$; $df = 2$; $p = 0,22$), FTND ($\chi^2 = 5,36$; $df = 10$; $p = 0,86$) und dem transformierten Summenwert für die seelische Gesundheit ($\chi^2 = 15,81$; $df = 20$; $p = 0,73$) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern der Katamnese.

4.2 ZUSAMMENFASSUNG

Zusammengefasst zeigen die Befunde, dass Personen, die beim Erstkontakt ablehnten, häufiger als die Screeningteilnehmer männlich waren. Außerdem lehnten ältere Personen zu diesem Zeitpunkt häufiger ab als jüngere.

Personen, die in der Arztpraxis ablehnten, die weitere Diagnostik ablehnten oder nicht mehr erreicht werden konnten, nachdem das Screening ausgefüllt wurde, waren älter als die Studienteilnehmer, hatten ein niedrigeres Bildungsniveau und einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand.

Die Personen, die bis zur Katamnese an der Studie teilnahmen hatten ein höheres Bildungsniveau als die Personen, die im Verlauf der Studie nicht mehr teilnahmen.

Tabelle 10: Übersicht signifikanter Unterschiede bei Teilnehmern in Screening und Studie sowie Katamnese

| <i>Screening</i> | <u>Teilnehmer</u> |
|------------------|--------------------------|
| Geschlecht | Häufiger Frauen |
| Alter | Jünger |

| <i>Studie</i> | <u>Teilnehmer</u> |
|--------------------|-------------------------------|
| Alter | Jünger |
| Bildung | Höheres Bildungsniveau |
| Gesundheitszustand | „Besserer“ Gesundheitszustand |

| <i>Katamnese</i> | <u>Teilnehmer</u> |
|------------------|--------------------------|
| Bildung | Höheres Bildungsniveau |

5. DISKUSSION

5.1 VERGLEICH DER LITERATUR MIT EIGENEN ERGEBNISSEN

Nicht-Teilnehmer stellen bei zahlreichen Untersuchungen ein Problem dar, da sie sowohl eine statistische Verzerrung der Ergebnisse bewirken, als auch die Repräsentativität einer Stichprobe mindern können. In der Literatur über Screeninguntersuchungen in Arztpraxen zum Thema Alkohol finden sich zum Teil widersprüchliche Aussagen zu Merkmalen, die Nicht-Teilnehmer kennzeichnen.

So sagen die Mehrzahl der Studien wie Wallace et al. (1988), Burge et al. (1997), Edwards und Rollnick (1997) und Mc Menamin (1994) aus, dass Frauen eher zu einer Studienteilnahme bereit sind als Männer. Zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen lediglich Anderson und Scott (1992) und Aalto et al. (2000b), die herausfanden, dass sich Männer leichter für eine Studienteilnahme gewinnen lassen als Frauen. Alle genannten Studien bezogen sich auf Sekundärprävention bei Alkoholerkrankungen und rekrutierten ihre Teilnehmer über einen Screeningfragebogen. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass bei dieser großen Stichprobe ebenfalls Frauen eher bereit waren, den Screeningfragebogen zum Gesundheitsverhalten zu beantworten. Bei der Frage um eine Studienteilnahme bei positivem Testergebnis konnten keine signifikanten Unterschiede bei der Verteilung der Geschlechter gefunden werden. Männer und Frauen sind somit repräsentativ vertreten.

Bezogen auf das Alter der Studienteilnehmer findet man in der Literatur zum Thema alkoholbezogener Störungen ein einheitliches Ergebnis. Dort sind ältere Personen eher zu einer Studienteilnahme bereit als jüngere. Unsere Ergebnisse zeigen jedoch, dass die jüngere Altersgruppe bevorzugt sowohl an dem Screeningfragebogen als auch an der Studie teilgenommen hat. Untersucht man die Studien, bei denen Aussagen zum Alter der Nicht-Teilnehmer gemacht wurden, so ergeben sich Unterschiede gegenüber unserer Untersuchung sowohl in den Einschlusskriterien sowie im zugelassenen Altersspektrum der Studienteilnehmer. Bei Babor et al. (1996) reicht das Altersspektrum von 18 bis 70 Jahren, eine Alkoholabhängigkeit gilt als Ausschlusskriterium. Wallace et al. (1988) befragten Personen zwischen 17 und 69 Jahren, es werden keine genauen Angaben gemacht zu Ausschlusskriterien und Alterdurchschnitt der Studienverweigerer. Ein Altersspektrum von 18 bis 70 Jahren findet sich bei Richmond et al. (1995), es wurden

Personen mit einer alkoholbezogenen Störung in der Vorgeschichte sowie einer aktuellen Alkoholabhängigkeit von der Studienteilnahme ausgeschlossen. Aalto et al. (2000b) schlossen Personen zwischen 20 und 60 Jahren in ihre Untersuchungen mit ein, ausgeschlossen wurden ebenfalls Personen mit einer bestehenden Alkoholabhängigkeit. Bei einer niedrigen Ausschöpfungsquote von 48,2% könnte eine Verzerrung der Ergebnisse entstanden sein. Die einzige Studie, die alkoholabhängige Personen mit einbezieht wurde von Burge et al. (1997) durchgeführt. Studienteilnehmer hatten dort ein Altersspektrum von 18-78 Jahren, das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 37,5 Jahren, das der Verweigerer bei 38,5 Jahren. In unserer Studie hatten die Studienteilnehmer ein Durchschnittsalter von 36,94 Jahren gegenüber den Nicht-Teilnehmern mit 38,6 Jahren. Unsere Stichprobe ist insgesamt jünger und lässt dadurch Unterschiede zu Nicht-Teilnehmern eher deutlich werden. Diese Zahlen verdeutlichen einen geringen Unterschied im Durchschnittsalter von Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei unserer Studie im Vergleich zu der Untersuchung von Burge et al. (1997). In beiden Arbeiten war das Kriterium Alkoholabhängigkeit kein Ausschlussgrund. Dies könnte die abweichenden Befunde unserer Untersuchung gegenüber der Mehrzahl der Studien teilweise erklären. Außerdem sind sämtliche Studien im Ausland durchgeführt worden, eventuell sind auch kulturelle Unterschiede verantwortlich für ein Abweichen von den üblichen Befunden. Vergleichbare Studien in der medizinischen Basisversorgung zum Thema Alkohol aus Deutschland lagen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht vor. Tabelle 11 verdeutlicht die Befunde in der Literatur, sowie der eigenen Untersuchung.

Tabelle 11: Studien mit einem signifikanten Unterschied im Alter der Studienteilnehmer gegenüber den Nicht-Teilnehmern verglichen bezüglich Altersspektrum und Einschluss alkoholabhängiger Personen

| Studie | Altersspektrum | Alkoholabhängige eingeschlossen |
|------------------------|-----------------------|--|
| Wallace et al. (1988) | 17-69 Jahre | nein |
| Richmond et al. (1995) | 18-70 Jahre | nein |
| Babor et al. (1996) | 18-70 Jahre | nein |
| Burge et al. (1997) | 18-78 Jahre | ja |
| Aalto et al. (2000b) | 20-60 Jahre | nein |
| Vorliegende Studie | 18-65 Jahre | ja |

Schräpler (2000) und DeMaio (1980) fanden heraus, dass ältere Personen eher ablehnten als jüngere Personen. Es handelte sich bei den Untersuchungen um Bevölkerungsumfragen, die nicht gezielt Alkoholkonsum thematisierten. Schräpler führte Untersuchungen über Verweigerer anhand eines Sozio-oekonomischen Panels durch. Als Erklärung dafür, dass ältere Personen eher ablehnten, benannte Schräpler, dass mit zunehmendem Alter das Sicherheitsverhalten steigt und die Bereitschaft, eine fremde Person in die Wohnung zu lassen abnimmt. Bei mehrfacher Kontaktierung konnten besonders ältere Männer doch noch zu einer Teilnahme bewegt werden. Auch ein Interviewerwechsel wirkte sich bei einigen Personen positiv auf eine Teilnahme an der Befragung aus. Bei Goyder (1987) waren ältere Personen ebenfalls häufiger Verweigerer als jüngere. Auch DeMaio (1980) fand heraus, dass ältere Menschen und Personen mittleren Alters bei einer Bevölkerungsumfrage häufiger ablehnten als Jüngere. Ab einem Alter von über 50 Jahren jedoch waren die Personen bei erneutem Kontakt oft noch für eine Studienteilnahme zu gewinnen. Bei unserer Untersuchung besteht ein Großteil der Nicht-Teilnehmer aus POT-Studie, die nach Ausfüllen des Screenings die weitere Studienteilnahme ablehnten. Ein erneuter Kontaktversuch fand bei diesen Personen nicht statt. Vielleicht hätte auch hier durch mehrfache Kontakte doch noch eine Teilnahme erreicht werden können.

Ein weiterer Grund für die bei uns gefundenen Ergebnisse bezüglich des Teilnehmeralters könnte der Einsatz von Incentives darstellen. Bei der vorliegenden Studie wurde den Studienteilnehmer bei Teilnahme ein Einkaufsgutschein in Höhe von 20€ in Aussicht gestellt. Möglicherweise reagieren unterschiedliche Altersgruppen verschieden auf diese Prämien, vielleicht sind eher jüngere Menschen daran interessiert als ältere. Goyder (1987) findet einen Zusammenhang zwischen Incentives und Teilnahmeraten. So ist bei niedrigen Geldsummen von einer erhöhten Teilnahmerate bei sinkender Qualität der Aussagen auszugehen, bei höheren Beträgen würde aber auch die Qualität der Antworten wieder ansteigen. Über eine bestimmte Altersgruppe, die besonders auf Incentives reagiert, macht er keine Angaben. In den Studien von Wallace et al. (1988), Richmond et al. (1995), Babor et al. (1996), und Aalto et al. (2000b) finden sich keine Bemerkungen darüber, dass Incentives genutzt wurden. Bei diesen Studien wurde herausgefunden, dass Verweigerungen bei jüngeren Teilnehmern wahrscheinlicher sind als bei älteren. Bei Burge et al. (1997) wurden lediglich dem Arzt, der die Interventionen durchführte pro Patient 20\$ bezahlt, die Patienten erhielten keine Incentives. Bei den Studien, die ebenfalls herausfanden, dass ältere Personen eher eine

Teilnahme ablehnen, werden nur teilweise Angaben zu Incentives gemacht. DeMaio (1980) erwähnt jedoch, dass Personen mit einem niedrigeren Einkommen eher verweigern als besser situierte Personen. Für sie könnte also eine Geldprämie einen Anreiz für eine Studienteilnahme ausmachen. Schröppler (2000) gibt keine Auskunft über den Einsatz von Incentives in der von ihm untersuchten Stichprobe.

Sowohl Schröppler (2000) als auch DeMaio (1980) betonten die Wichtigkeit der Interviewer-Probanden-Interaktion. Ob sich eine Person für eine Studienteilnahme entscheidet, hinge wesentlich von dem Interviewer ab. Bei unserer Studie sind zu dieser Vermutung keine Daten verfügbar, es ist jedoch anzunehmen, dass auch hier persönliche Interaktionen zwischen Proband und Interviewer eine Rolle spielen für die Bereitschaft zur Studienteilnahme, sowie für das Durchschnittsalter der Teilnehmer. Auch der bei Schröppler (2000) erwähnte Wechsel des Interviewers war bei unserer Untersuchung nicht durchführbar, es ist aber gut denkbar, dass sich dadurch die Ausschöpfungsquote erhöht hätte.

Einige Studien finden ebenfalls einen Unterschied im Alkoholkonsum von Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern (Wallace et al., 1988; Anderson und Scott, 1992; Richmond et al., 1995; Babor et al., 1996; Edwards und Rollnick, 1997). Eine ausgewogene Verteilung findet sich in unserer Studie, bei der keine statistisch signifikanten Unterschiede im Alkoholkonsum gefunden werden zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern.

Richmond (1995) und Edwards und Rollnick (1997) fanden, dass Teilnehmer eher Nichtraucher waren, wohingegen bei Aalto et al. (2000b) eher Raucher an Alkoholinterventionen teilnahmen. Unsere Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. Bei Wallace et al. (1988), Romelsjö et al. (1989), Anderson und Scott (1992), Babor et al. (1996) und Burge et al. (1997) wurden keine näheren Angaben zum Rauchverhalten erhoben, bzw. verglichen.

Dass Studienteilnehmer ein höheres Bildungsniveau aufweisen als Nicht-Teilnehmer fanden schon Richmond et al. (1995), Babor et al. (1996), und Edwards und Rollnick (1997). Auch in der vorliegenden Studie ist bei Teilnehmern ein höheres Niveau der

Schulbildung gefunden worden als bei Nicht-Teilnehmern. So wiesen die Teilnehmer zu 63,6% einen Realschulabschluss, die Fachhochschulreife oder das Abitur auf, gegenüber 56,9% bei den Nicht-Teilnehmern. Diese Bildungsunterschiede spielen jedoch bei der Entscheidung für ein initiales Screening in der Arztpraxis keine signifikante Rolle. Dies betont die Wichtigkeit eines gut verständlichen Screening-Instruments, das nicht zu schwer zu bearbeiten sein sollte und somit die Bereitschaft zu einer späteren Studienteilnahme vergrößert.

Die vorliegende Untersuchung zeigte, dass sich Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer bezüglich der subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands signifikant voneinander dahingehend unterschieden, dass Teilnehmer sich „gesünder“ einschätzten als Nicht-Teilnehmer. Die Daten lassen sich dadurch erklären, dass bei schlechtem Gesundheitszustand eher eine gedankliche Einengung auf Beschwerden vorliegt und die Bereitschaft zur Studienteilnahme dadurch negativ beeinflusst wird. In der Literatur werden keine Angaben zu Befunden bezüglich des Gesundheitszustands gemacht.

Eine besondere Gruppe innerhalb der Nicht-Teilnehmer stellen die Nicht-Erreichten dar. Sie unterscheiden sich in einigen Merkmalen von den POT-Studie und POT-Diagnostik. Die Nicht-Erreichten waren jünger als die übrigen Nicht-Teilnehmer-Gruppen. Eine Ursache für das Scheitern der Kontaktversuche in dieser Gruppe könnte darin begründet sein, dass jüngere Personen häufiger eine Handynummer für spätere Kontakte angegeben haben. Bei möglicherweise häufigerem Wechsel des Anbieters ließe sich die telefonische Nicht-Erreichbarkeit zum Teil erklären. Auch die insgesamt größere Mobilität jüngerer Personen durch Arbeitsplatzwechsel könnte die Erreichbarkeit dieser Personengruppe vermindern.

Auch bezüglich des Familienstandes unterschieden sich die drei Gruppen signifikant voneinander. Nicht-Erreichte lebten zu einem größeren Anteil allein, dadurch wurde möglicherweise die Kontaktaufnahme erschwert. In einem Haushalt mit mehreren Personen ist anzunehmen, dass öfter jemand erreichbar ist. Auch hier spielt die Bildung eine Rolle, so haben die Nicht-Erreichten gegenüber den anderen Nicht-Teilnehmer-Gruppen ein niedrigeres Bildungsniveau. Die Punktwerte im Screening der Nicht-Erreichten lag gegenüber den POT-Studie und POT-Diagnostik höher, sowohl bezüglich der Items zu alkoholbezogenen Störungen als auch der Konsummenge. Auch dieses

Ergebnis legt nahe, dass es sich um eine spezielle Gruppe handelt, die im Verlauf einer Studie nicht mehr erreichbar ist.

Die Personen, die an der Katamnese teilnahmen haben eine höhere Schulbildung als die Nicht-Teilnehmer. Unter den Nicht-Teilnehmern hat nur ein geringer Prozentsatz aktiv die weitere Teilnahme an der Studie verweigert, der überwiegende Teil war nicht mehr zu erreichen. Deshalb ist es schwer Aussagen über besondere Merkmale von Nicht-Teilnehmern zu treffen, die Folgen für eine höhere Teilnahmerate bis zum Studieneende haben könnten.

Die Daten weisen darauf hin, dass die Gefahr selektierter Stichproben bei Studien zur Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum besteht. Dies ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. Weiterhin liefert die Arbeit Anhaltspunkte, in welchen Merkmalen Unterschiede gefunden werden können. Zukünftige Studien sollten diese Merkmale erfassen und bei stark selektierten Stichproben eine Auswertung mittels gewichteter Datensätze erwägen.

5.2 STÄRKEN DER ARBEIT

Vorzüge dieser Arbeit sind die große Stichprobenzahl von 10.803 gescreenten Personen und die damit verbundene gute statistische Aussagekraft. Nur wenige Studien weisen ähnlich große Zahlen an untersuchten Personen auf. Besonders im deutschsprachigen Raum sind noch wenige große Studien speziell in der medizinischen Basisversorgung durchgeführt worden. Außerdem wurde hier erstmalig eine gezielte Untersuchung der Nicht-Teilnehmer auf charakteristische Merkmale durchgeführt. Dabei sind gerade Nicht-Teilnehmer oft ein „unbeliebtes“ Thema, da sie die Statistik verzerren können und eine gute Repräsentativität der Studie herausgestellt werden soll. Deshalb ist es umso wichtiger, sich mit dem Thema Ablehnung zu beschäftigen, da viele Untersuchungen ja auch ökonomische und soziale Konsequenzen mit sich bringen. Dass bei der vorliegenden Studie nur wenig signifikante Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern gefunden wurden (lediglich Alter und Bildungsstand) zeigt, dass keine erhebliche Selektion der Studienpopulation entstanden ist. Dadurch erhöht sich die Aussagekraft der Untersuchung.

5.3 LIMITATIONEN DER ARBEIT

Für eine Studie ist es zum Nachteil, wenn sich Nicht-Teilnehmer von Teilnehmern in wesentlichen Punkten unterscheiden. Es sollen möglichst alle Personen gleichermaßen erfasst werden, was nicht gegeben wäre, wenn die Studienteilnehmer sich von Nicht-Teilnehmern in wesentlichen demographischen Merkmalen unterscheiden. Dadurch ist auch bei der vorliegenden Studie die Repräsentativität nur teilweise gegeben, z.B. werden Frauen, jüngere Personen und Personen mit einem hohen Niveau der Schulbildung bevorzugt erfasst.

In dieser Studie wurde ein naturalistisches Design verwendet. Es ist keine experimentelle Prüfung von speziellen Einflussfaktoren wie zum Beispiel Incentives oder Interviewerstil durchgeführt worden.

5.4 AUSBLICK

Gerade im Bezug auf die Bildungsunterschiede sollte ein Augenmerk auf die allgemeine Verständlichkeit eines Fragebogens gerichtet sein. Auch die Interaktion mit dem Interviewer sollte für den Probanden eine Hilfestellung bieten, um offen gebliebene Fragen klären zu können. Um in Zukunft die Unterschiede ausgleichen zu können, ist es lohnenswert, weitere, auch experimentelle Untersuchungen durchzuführen, um die Bedeutung von Belohnungen, Interviewerstil und weiteren Einflussfaktoren zu prüfen. Dadurch könnte man unter Umständen gezielter auf bestimmte Gruppen, die potentielle Nicht-Teilnehmer sind, eingehen. Eine Nicht-Teilnahme könnte sich eventuell abwenden lassen und die Ausschöpfungsquote, als wesentlicher Bestandteil der Repräsentativität, erhöht werden. Hierbei besteht jedoch immer die Problematik, dass Personen, die eine Studienteilnahme ablehnen, schwierig zu befragen sind. Weiterhin ist aus ethischer Sicht das Recht auf Ablehnung der Studienteilnahme sicherzustellen.

6. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

| | |
|----------------|---|
| AUDIT | Alcohol Use Disorders Identification Test |
| BMAST | Brief Michigan Alcoholism Screening Test |
| CAGE | 4-Item Fragebogen zum Alkoholkonsum (Cut down drinking? Annoyed by people criticize your drinking? Guilty about drinking? Eye opener in the morning?) |
| DSM IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Edition |
| FTND | Fagerström-Test for Nicotine Dependence |
| FTQ | Fagerström Tolerance Questionnaire |
| ICD 10 | International Classification of Diseases, 10. Edition |
| LAST | Lübecker Alkoholabhängigkeits- und –missbrauchs – Screening –Test |
| MAST | Michigan Alcoholism Screening Test |
| M-CIDI | Munich Composite International Diagnostic Interview |
| MHI-5 | Mental Health Inventory, 5 Items |
| POT-Diagnostik | Personen ohne Teilnahmebereitschaft – Diagnostik |
| POT-Screening | Personen ohne Teilnahmebereitschaft – Screening |
| POT-Studie | Personen ohne Teilnahmebereitschaft – Studie |
| RCQ-G | Readiness to change Questionnaire, deutsche Version |
| SMAST | Short Michigan Alcoholism Screening Test |
| TTM | Transtheoretisches Modell |

7. ANHANG

Auf den folgenden Seiten befinden sich die für die Studie relevanten Fragebögen:

- Nicht-Teilnehmer-Bogen I (S. 71)
- Studienfragebogen (S. 72-78)
- RCQ (S. 79)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir respektieren Ihren Wunsch, derzeit nicht an unserer Studie „Gesundheitsverhalten in Arzt-praxen“ teilzunehmen. Wir können Ihnen versichern, dass Ihre Entscheidung nicht an den Arzt weitergegeben wird und natürlich auch keinerlei Auswirkung auf Ihre Behandlung haben wird. Wir möchten Sie jedoch abschließend um einen kurzen Gefallen bitten:

Damit wir auch in Zukunft einen sinnvollen Beitrag zur medizinischen Versorgung liefern können, sind wir ständig bemüht, unsere Forschungsstudien zu verbessern und für alle Beteiligten so angenehm wie möglich zu gestalten. Sie können zu diesen Verbesserungen beitragen, indem Sie uns die Gründe für Ihre Nichtteilnahme kurz nennen. Auf Wunsch sind unsere Mitarbeiter gerne beim Ausfüllen behilflich. Natürlich werden auch hier wieder Ihre Angaben anonym ausgewertet.

Wir bitten Sie, die für Sie zutreffenden Begründungen im jeweiligen Kästchen anzukreuzen (mehrere Angaben sind möglich):

- Die Studie interessiert mich nicht.
- Ich habe keine Zeit, einen Fragebogen auszufüllen.
- Ich empfinde es als Belästigung, im Wartezimmer angesprochen zu werden.
- Ich möchte nicht, dass andere Patienten im Wartezimmer meine persönlichen Angaben sehen könnten.
- Ich bin mit der Betreuung meines Kindes/meiner Kinder beschäftigt und kann daher keinen Fragebogen ausfüllen.
- Die Studienmitarbeiter sind nicht freundlich genug.
- Ich fühle mich zu krank, um einen Fragebogen auszufüllen.
- Ich habe Sorge, dass sich die Teilnahme an der Studie auf meine ärztliche Behandlung auswirken könnte.
- Ich habe Sorge, dass mein Arzt über meine Angaben informiert werden könnte.
- Ich halte es nicht für angemessen, beim Arzt einen Fragebogen auszufüllen zu den Themen:
- Rauchen
- Alkohol
- Seelische Gesundheit
- Ich habe andere Gründe, nämlich:
-
-

Zum Abschluss bitten wir Sie noch um einige statistische Angaben:

Sind Sie: männlich weiblich

Ihr Alter: _____ Jahre

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mühe!



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

Fragebogen zum Gesundheitsverhalten – Kurzfragebogen - I

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

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

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Zunächst einige kurze Fragen zu Ihrer Person:

Ihr Geschlecht: männlich weiblich

Ihr Alter: _____ Jahre

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

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

Sind Sie zur Zeit:

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

Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?

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

1. **Haben Sie in den letzten vier Wochen mindestens eine Zigarette am Tag geraucht?**
 Ja wenn Nein , dann bitte weiter mit Frage 12
2. **Wieviele Zigaretten haben Sie in den letzten 4 Wochen üblicherweise pro Tag geraucht?**
 Anzahl: Zigaretten
3. **Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht mit dem Rauchen aufzuhören?**
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Ja, vor mehr als 12 Monaten | <input type="checkbox"/> |
| Ja, innerhalb der letzten 12 Monate | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> |
4. **Haben Sie vor, mit dem Rauchen aufzuhören?**
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen | <input type="checkbox"/> |
| Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate | <input type="checkbox"/> |
| Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> |
5. **Wie bald, nachdem Sie aufwachen, rauchen Sie Ihre erste Zigarette?**
- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Innerhalb von 5 Minuten | <input type="checkbox"/> |
| Innerhalb einer halben Stunde | <input type="checkbox"/> |
| Innerhalb einer Stunde | <input type="checkbox"/> |
| Nach einer Stunde | <input type="checkbox"/> |
6. **Finden Sie es schwierig, an Orten nicht zu rauchen, wo es verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino)?**
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-------------------------------|
7. **Bei welcher Zigarette im Laufe des Tages würde es Ihnen am schwersten fallen, diese aufzugeben?**
- | | |
|---|--------------------------------------|
| Bei der ersten morgens <input type="checkbox"/> | Bei anderen <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------------|
8. **Rauchen Sie morgens mehr als am Rest des Tages?**
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-------------------------------|
9. **Rauchen Sie, wenn Sie so krank sind, daß Sie den größten Teil des Tages im Bett verbringen?**
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-------------------------------|

10. **Haben Sie jemals einen ernsthaften Versuch gemacht, Ihren Zigarettenkonsum deutlich zu verringern?**
- Ja, vor mehr als 12 Monaten
- Ja, innerhalb der letzten 12 Monate
- Nein
11. **Haben Sie vor, Ihren Zigarettenkonsum deutlich zu verringern?**
- Ja, innerhalb der nächsten 4 Wochen
- Ja, innerhalb der nächsten 6 Monate
- Ja, innerhalb der nächsten 5 Jahre
- Nein
12. **Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?**
- Niemals..... ₀
- ↳ Bei Niemals, bitte weiter mit Frage 36
- 1 mal im Monat oder seltener..... ₁
- 2 bis 4 mal im Monat..... ₂
- 2 bis 3 mal pro Woche..... ₃
- 4 mal oder mehrmals in der Woche ₄
13. **Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?**
Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine kleine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.
- 1 - 2..... ₀
- 3 - 4..... ₁
- 5 - 6..... ₂
- 7 - 9..... ₃
- 10 oder mehr..... ₄
14. **Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?**
- Niemals..... ₀
- Seltener als 1 mal im Monat ₁
- 1 mal im Monat..... ₂
- 1 mal pro Woche..... ₃
- Täglich oder fast täglich..... ₄
15. **Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?**
- Niemals..... ₀
- Seltener als 1 mal im Monat ₁
- 1 mal im Monat..... ₂
- 1 mal pro Woche..... ₃
- Täglich oder fast täglich..... ₄

16. **Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?**
- Niemals..... ₀
 Seltener als 1 mal im Monat ₁
 1 mal im Monat..... ₂
 1 mal pro Woche..... ₃
 Täglich oder fast täglich..... ₄
17. **Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?**
- Niemals..... ₀
 Seltener als 1 mal im Monat ₁
 1 mal im Monat..... ₂
 1 mal pro Woche..... ₃
 Täglich oder fast täglich..... ₄
18. **Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?**
- Niemals..... ₀
 Seltener als 1 mal im Monat ₁
 1 mal im Monat..... ₂
 1 mal pro Woche..... ₃
 Täglich oder fast täglich..... ₄
19. **Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?**
- Niemals..... ₀
 Seltener als 1 mal im Monat ₁
 1 mal im Monat..... ₂
 1 mal pro Woche..... ₃
 Täglich oder fast täglich..... ₄
20. **Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?**
- Nein..... ₀
 Ja, aber nicht im letzten Jahr.. ₂
 Ja, im letzten Jahr ₄
21. **Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?**
- Nein..... ₀
 Ja, aber nicht im letzten Jahr.. ₂
 Ja, im letzten Jahr ₄
22. **Wann haben Sie zum letzten Mal Alkohol getrunken?**
- In den letzten 24 Stunden.....
 Vor 2 bis 3 Tagen.....
 Vor mehr als 4 Tagen.....

23. Wann haben Sie zum letzten Mal mehr als 4 (bei Frauen) bzw. 5 (bei Männern) alkoholische Getränke an einem Tag getrunken? Nie.....
 Vor mehr als 12 Monaten.....
 Vor 3 bis 12 Monaten.....
 Innerhalb der letzten 3 Monate.....
24. Sind Sie immer in der Lage, Ihren Alkoholkonsum zu beenden, wenn Sie das wollen? JA NEIN
 ₁ ₀
25. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten? ₁ ₀
26. Haben Sie schon einmal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gewissen gehabt oder sich schuldig gefühlt? ₁ ₀
27. Haben Ihre (Ehe-)Partner oder Ihre Eltern oder andere nahe Verwandte sich schon einmal über Ihr Trinken Sorgen gemacht oder sich beklagt? ₁ ₀
28. Haben Sie wegen des Trinkens einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen? ₁ ₀
29. Ist Ihnen schon einmal gesagt worden, Sie hätten eine Störung der Leber (z.B. Fettleber oder Leberzirrhose)? ₁ ₀
30. Waren Sie einmal in einem Krankenhaus wegen Ihres Alkoholkonsums? ₁ ₀
31. Haben Sie schon einmal ein Alkoholproblem gehabt?
32. Haben Sie im letzten Jahr einmal mehr Alkohol getrunken, als Sie vorgehabt hatten?
33. Haben Sie im letzten Jahr einmal das Gefühl gehabt, daß Sie weniger Alkohol trinken möchten oder sollten?
34. Nach wie vielen alkoholischen Getränken spüren Sie die ersten Wirkungen des Alkohols? ca. _____ Getränke
35. Nach wie vielen alkoholischen Getränken schlafen Sie ein oder kippen Sie um? Wenn Sie niemals so viel Alkohol trinken, dass Sie einschlafen oder umkippen, dann geben Sie bitte die höchste Anzahl an Getränken an, die Sie trinken. ca. _____ Getränke

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

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

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Aalto M., Saksanen R., Laine P., Forsström R., Raikaa M., Kiviluoto M., Seppä K., Sillanaukee P. „Brief Intervention for Female Heavy Drinkers in Routine General Practice: A 3-Year Randomized Controlled Study“ *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24: 1680-1686; (2000a)
- Aalto M., Sillanaukee P. „Compliance Rate and Associated Factors for Entering an Alcohol Brief Intervention Treatment Programme“ *Alcohol & Alcoholism* 35: 372-376; (2000b)
- Aalto M., Seppä K., Mattila P., Mustonen H., Ruuth K., Hyvärinen H., Pulkkinen H., Alho H., Sillanaukee P. „Brief Intervention For Male Heavy Drinkers in Routine General Practice: a Three-Year Randomized Controlled Study“ *Alcohol & Alcoholism* 36: 224-230; (2001)
- Anderson P., Scott E. „The effect of general practitioners’ advice to heavy drinking men“ *British Journal of Addiction* 87: 891-900; (1992)
- Babor T. F. „A Cross-National Trial of Brief Interventions with Heavy Drinkers“ *American Journal of Public Health* 86: 948-955; (1996)
- Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. G. „The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care.“ Second Edition. *WHO*, Geneva; (2001)
- Babor T. F. „Combined analyses of outcome data: The cross-national generalizability of Brief Interventions“ *WHO/ PSA* 91.5; 233-258; (1992)
- Beich A., Thorsen T., Rollnick S. „Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis“ *BMJ* 327: 536-540; (2003)

Berwick D. M., Murphy J. M., Goldman P. A., Ware J. E., Barsky A. J., Weinstein M. C. „Performance of a five-item mental health screening test.“ *Medical Care*, 29, 169-176; (1991)

Bien T., Miller W., Tonigan S. „Brief interventions for alcohol problems: a review“ *Addiction* 88: 315-336; (1993)

Bühringer G., Augustin R., Bergmann E., Bloomfield K., Funk W., Junge B., Kraus L., Merfert-Diete C., Rumpf H.-J., Simon R., Töppich J., Kümmler P., Meyer C., Renner I., Horch K., Stander V. „*Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland.*“ Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden; (2000)

Burge S., Amodei N., Elkin B., Catala S., Rodriguez A., Lane P., Seale P. „An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients“ *Addiction* 92: 1705-1716; (1997)

Davies-Avery A., Sherbourne C. D., Peterson J. R., Ware J. E. „Scoring manual: adult health status and patient satisfaction measures used in RAND’s Health Insurance Experiment.“ Sante Monica, CA: The RAND Corporation; (1988)

DeMaio T. „Refusals: Who, Where and Why“ *Public Opinion Quarterly* 44: 223-233; (1980)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). „Jahrbuch Sucht 2005“. *Neuland Verlagsgesellschaft mbH*, Geesthacht (2005)

Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H. ICD-10 Klinisch diagnostische Leitlinien Kapitel V „*Internationale Klassifikation psychischer Störungen*“; (1993)

Dilling H., Mombour W., Schmidt M. H., Schulte-Markwort E. „*Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien*“ Bern: Huber; (1994)

- Edwards A., Rollnick S. „Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects“ *Addiction* 92: 1699-1704; (1997)
- Etter J. F., Duc T. V., Perneger T. V. „Validity of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers.“ *Addiction*, 94, 269-281; (1999)
- Fagerström K.-O. „Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with Reference to individualization of treatment.“ *Addictive Behaviors*, 3, 235-241; (1978)
- Fleming M., Lawton Berry K., Manwell L., Johnson K., London R. „Brief Physician Advice for Problem Drinkers“ *JAMA* 277: 1039-1045; (1997)
- Feuerlein W., Kufner H., Soyka M. „Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit“ *Thieme Verlag, 5.Auflage* (1998)
- Goyder J. „The silent minority: nonrespondents on sample surveys“ *Polity Press, Cambridge* (1987)
- Hannöver W., Rumpf H.-J., Meyer C., Hapke U., John U. „Der Fragebogen zur Änderungsbereitschaft bei Alkoholkonsum (RCQ-D).“ *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner. Retrieved from the World Wide Web (2001)
- Hapke U., Rumpf H.-J., Meyer C., Dilling H., John U. „Substance use, abuse and Dependence among adult population in a rural and urban region of Northern Germany.“ *European Addiction Research*, 4, 208-209; (1998)
- Heather N., Champion P., Neville R., Maccabe D. „Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme)“ *Journal of the Royal College of General Practitioners* 37: 358-363; (1987)

- Heatheron T. F., Kozlowski L. T., Frecker R. C., Fagerström K.-O. „The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.“ *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127; (1991)
- Hallenbetriebe Neumünster GmbH. „*Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein*“, Herausgegeben in Zusammenarbeit mit den zuständigen Kammern und Verbänden; Verlag Handbuch für das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein; 49. Jahrgang; (2002)
- Hill A., Rumpf H.-J., Hapke U., Driessen M., John U. „Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice in Germany – a representative study.“ *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22; 935-940; (1998)
- Kaner E., Heather N., Brodie J., Lock C., McAvoy B. „Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care“ *British Journal of General Practice* 51: 822-827; (2001)
- Keller S., Velicer W. F., Prochaska J. O. „Motivation zur Verhaltensänderung. Das TTM in Forschung und Praxis.“ *Lambertus Forschung*, 17-44; (1999)
- Loock C., Conry J., Cook L., Chudley A. E., Rosales T. „Identifying fetal alcohol spectrum disorder in primary care“ *CMAJ* 2005; 172; 628-630; (2005)
- McCabe C. J., Thomas K. J., Brazier J. E., Coleman P. „Measuring the mental health Status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5).“ *British Journal of Psychiatry*, 169, 517-521; (1996)
- McHorney C. A., Ware J. E. „Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey.“ *Medical Care*, 33, 15-28; (1995)
- McMenamin J. „Screening for alcohol use disorder in general practice“ *NZ Med J* 107: 54-57; (1994)

- Meyer C., Rumpf H.-J., Hapke U., Dilling H., John U. „Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOS Study.“ *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 539-547; (2000)
- Mika T. „Wer nimmt teil an Panel-Befragungen? Untersuchung über die Bedingungen der erfolgreichen Kontaktierung für sozialwissenschaftliche Untersuchungen“ *ZUMA-Nachrichten* 51: 38-48; (2002)
- Miller W. R., Rollnick S. „*Motivierende Gesprächsführung: ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen.*“ Freiburg im Breisgau: Lambertus; (1999)
- Mohl P. C. „Psychotherapy Refusers“ *Comprehensive Psychiatry* 30: 245-250; (1989)
- Noonan J. R. „A followup of pretherapy dropouts“ *Journal of community psychology* 1: 43-44; (1973)
- Ockene J., Adams A., Hurley T., Wheeler E., Herbert J. „Brief Physician- and Nurse Practitioner-Delivered Counseling for High-Risk Drinkers“ *Arch Intern Med* 159: 2198-2205; (1999)
- Piccinelli M., Tessari E., Bortolomasi M., Piasere O., Semenzin M., Garzotto N., Tansella M. „Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study“ *BMJ* 314: 420-424; (1997)
- Prochaska J. O., DiClemente C. C. „The transtheoretical approach“ in J. C. Nocrass (Ed.), *Handbook of electric psychotherapy* (pp.163-200). New York: Brunner & Mazel; (1986)
- Richmond R., Heather N., Wodak A., Kehoe L., Webster I. „Controlled evaluation of a general practise-based brief intervention for excessive drinking“ *Addiction* 90: 119-132; (1995)

Reid M.C., Fiellin D., O'Connor P. „Hazardous and Harmful Alcohol Consumption In Primary Care“ *Arch Intern Med* 159: 1681- 1689; (1999)

Reinert D., Allen J. „The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research.“ *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 272-279; (2002)

Rollnick S., Heather N., Gold R., Hall W. „Development of a short „readiness to change“ questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers.“ *British Journal of Addiction*, 87, 743-754; (1992)

Rollnick S., Mason P., Butler C. „*Health behaviour change: A guide for practitioners*.“ Edinburgh: Churchill Livingstone (1999)

Romelsjö A., Andersson L., Barrner H., Borg S., Granstrand C., Hultman O., Hässler A., Källqvist A., Magnusson P., Morgell R., Nyman K., Olofsson A., Olsson E., Rhedin A., Wikblad O. „A Randomised Study of Secondary Prevention of Early Stage Problem Drinkers in Primary Health Care“ *British Journal of Addiction* 84: 1319-1327; (1989)

Rumpf H.-J., Hapke U., John U. „*Deutsche Übersetzung des Fagerström Test for Nicotine Dependence*.“ Greifswald: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Lübeck: Klinik für Psychiatrie; (1995)

Rumpf H.-J., Hapke U., Hill A., John U. „Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices.“ *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21; 894-898; (1997)

Rumpf H.-J., Meyer C., Hapke U., Bischof G., John U. „Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und –missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie.“ *Sucht*, 46; 9-17; (2000)

Rumpf H.-J., Hapke U., John U. „Lübecker Alkoholabhängigkeits und – Missbrauchs - Screening-Test.“ *Manual*. Hogrefe-Verlag; (2001b)

- Rumpf H.-J., Hapke U., Meyer C., John U. „Screening for alcohol use disorders and hazardous drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires.“ *Alcohol and Alcoholism*; (2001c)
- Rumpf H.-J., Meyer C., Hapke U., John U. „Screening for mental health: Validity of MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard.“ *Psychiatry Research* 105, 243-253; (2001d)
- Rumpf H.-J., Bischof G., Hapke U., Meyer C., Broocks A., Junghanns K., Hohagen F., John U. „Das Lübecker Projekt SIP.“ *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 12/2001; (2001e)
- Rumpf H.-J., Meyer C., Hapke U., John U. „Deutsche Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-L)“ A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (HRSG.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00 Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen; (2003)
- Saß H., Wittchen H.-U., Zaudig M. „*Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*“; Deutsche Bearbeitung. Hogrefe Verlag. (1994)
- Schumann A., Rumpf H.-J., Meyer C., Hapke U., John U. „Deutsche Version des Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND-G) und des Heaviness of Smoking Index (HSI-G).“ In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (HRSG.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00 Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. (2003)
- Senft R., Polen M., Freeborn D., Hollis J. „Brief Intervention in a Primary Care Setting for Hazardous Drinkers“ *American Journal of Preventive Medicine* 13: 464-470; (1997)
- Schoberberger R., Kunze M. „*Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie.*“ Wien: Springer (1999)

Schräpler J. P. „Was kann man am Beispiel des SOEP bezüglich Nonresponse lernen?“
ZUMA-Nachrichten 46: 117-149; (2000)

Scott E., Anderson P. „Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption“ *Drug and Alcohol Review* 10: 313-321; (1990)

Tate J. C., Schmitz J. M. „A proposed revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire.“ *Addictive Behaviors*, 18, 135-143; (1993)

Veith C. T., Ware J. E. „The structure of psychological distress and well-being in general populations.“ *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730; (1983)

Vinson D. C., Galliher J. M., Reidinger C., Kappus J. A. „Comfortably Engaging: Which Approach to Alcohol Screening Should We Use?“ *Ann Fam Med* 2; 398-404; (2004)

Wallace P., Cutler S., Haines A. „Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption“ *BMJ* 297: 663-668; (1988)

Ware J. E., Sherbourne C. D. „The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection.“ *Medical Care*, 30, 473-483; (1992)

9. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Alkoholabhängigkeit und riskanter Alkoholkonsum haben eine Vielfalt negativer psychischer, körperlicher und sozialer Folgen. Die betroffenen Personen können mittels eines Screenings in der medizinischen Basisversorgung zu einem großen Prozentsatz einer Sekundärprävention zugeführt werden. Immer wieder jedoch stellt die Ablehnung einer Teilnahme ein Problem für die Repräsentativität und Wirksamkeit einer Studie dar. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen ob sich Nicht-Teilnehmer von Teilnehmern einer Studie in demographischen Merkmalen oder in der Ausprägung ihres Suchtverhaltens unterscheiden. In der Literatur finden sich nur wenige, zum Teil widersprüchliche Angaben diesbezüglich.

Methode: In einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zu Kurzinterventionen bei problematischem Alkoholkonsum in Hausarztpraxen wurden 10.803 Personen gescreent. Bei positivem Befund erfolgte eine weitere Diagnostik und bei erfüllen der Einschlusskriterien eine Beratung sowie eine Katamnese nach 12 Monaten. Die jeweiligen Nicht-Teilnehmer zu den einzelnen Zeitpunkten (Screening, Diagnostik, Beratung, Katamnese) wurden hinsichtlich u. a. soziodemographischen und alkoholbezogenen Variablen sowie der Änderungsmotivation für das Suchtverhalten verglichen.

Ergebnisse: Diejenigen, die das Screening ablehnten waren signifikant älter als die Screeningteilnehmer und häufiger männlich. Personen, die bei einem positiven Screening keine Teilnahmebereitschaft zeigten, waren älter als die Studienteilnehmer, wiesen ein niedrigeres Bildungsniveau auf und schätzten ihren Gesundheitszustand als besser ein. Die Personen, die zum Zeitpunkt der Katamnese nicht mehr erreichbar waren hatten ein niedrigeres Bildungsniveau als die Teilnehmer.

Diskussion: Es gibt demnach signifikante Unterschiede zwischen Personen, die bereit zu einer Studienteilnahme sind gegenüber denen, die sich dagegen entscheiden. Die gefundenen Bildungsunterschiede können in der Literatur bestätigt werden. Dass Männer häufiger Nicht-Teilnehmer sind als Frauen fanden ebenfalls einige Untersuchungen heraus, jedoch gibt es auch Befunde, die das Gegenteil zeigen. Ältere Personen sind in vergleichbaren Studien zum Thema Alkohol häufiger Teilnehmer, bei uns jedoch seltener. Dieser Befund lässt sich dadurch erklären, dass bei dem überwiegenden Anteil der Studien Alkoholabhängige ausgeschlossen wurden, bei uns hingegen nicht. Bei Untersuchungen zu anderen Themen, waren ebenfalls ältere Personen seltener Teilnehmer.

10. DANKSAGUNG

Ich danke Herrn Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf für das Thema der Arbeit sowie die vielfältigen Anregungen und die gute Betreuung.

Auch danken möchte ich Frau Dipl. Psych. Susa Reinhardt für die vielen Hilfestellungen und die Motivierung.

Und Frau Dipl. Psych. Ira Löhrmann für die „Starthilfe“ bei der Literaturrecherche.

Ich bedanke mich bei dem gesamten Team der Studiengruppe „Stepped Intervention Care Project“ für die gute Einarbeitung sowie für die Mithilfe bei dem Projekt.

Ich danke Herrn Prof. Dr. F. Hohagen für die Möglichkeit einer Dissertation in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Lübeck.

Meinen Eltern, Geschwistern und Freunden möchte ich herzlich für ihre Unterstützung danken.

11. CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten:

Name: Elisabeth Karoline Enß
 Adresse: Marlesgrube 61
 23552 Lübeck
 Telefon: 0451-6126089
 Geburtsdatum: 21.10.1979
 Geburtsort: Bielefeld

Schulbildung:

08/86-05/99 Durch beruflich bedingte Umzüge meiner Eltern Besuch von Schulen in Berlin, Aachen, Princeton (USA)
 05/99 Abitur, St.-Leonhard-Gymnasium, Aachen (Note: 1,8)
 Leistungskurse: Englisch, Biologie

Studium:

10/99 Beginn des Medizinstudiums, Universität Marburg
 09/01 Ärztliche Vorprüfung (Physikum)
 09/02 1. Staatsexamen
 10/02 Fortführung des Medizinstudiums, Universität Lübeck
 01/03 Beginn der Dissertation zum Thema: „Vergleich von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern bei Kurzinterventionen zu problematischem Alkoholkonsum“, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Lübeck
 03/05 2. Staatsexamen
 04/05–03/06 Praktisches Jahr
 05/06 3. Staatsexamen

Auslandsaufenthalte:

1995 4 Wochen Sprachschule, Kent, Großbritannien
 08/96–07/97 Princeton High School, Princeton, New Jersey, USA
 03/02 Famulatur Innere Medizin, Wien, Österreich