

# Screening und Kurzintervention reloaded: Ein Modellprojekt ist ein Modellprojekt ist ein ...

Ralf Demmel

Calvin: "The more you know, the harder it is to take decisive action ... Once you become informed, you start seeing complexities and shades of gray ... You realize that nothing is as clear and simple as it first appears ... Ultimately, knowledge is paralyzing ... Being a man of action I can't afford to take that risk."

Hobbes: "You're ignorant ... But at least you act on it."

Bill Watterson, Calvin & Hobbes

Vieles spricht dafür, Hausärzte zu Suchttherapeuten zu machen: Alkoholabhängige Patienten nehmen selten die Hilfe eines Psychiaters oder Psychotherapeuten in Anspruch, suchen aber mehr oder weniger regelmäßig ihren Hausarzt auf (Wienberg, 2001). Spezifische Hilfen – zum Beispiel berufliche oder medizinische Rehabilitation – erreichen zahlreiche Patienten erst nach langjähriger Abhängigkeit (Sonntag & Welsch, 2004). Eine möglichst frühe Förderung der Behandlungsmotivation hingegen kann der Entwicklung einer Abhängigkeit bzw. einer Chronifizierung möglicherweise vorbeugen (zusammenfassend Heather, 1998).

Screening und Kurzintervention sind in hohem Maße kosteneffizient: geringen Kosten stehen beträchtliche soziale und gesundheitliche Schäden exzessiven Alkoholkonsums gegenüber (Fleming et al., 2002). Dennoch ist eine breite und dauerhafte Implementierung bislang nicht gelungen: Die überwiegende Mehrzahl der Hausärzte ist mit Verfahren wie dem Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Bohn, Babor & Kranzler, 1995) nicht vertraut, Zeitdruck (zum Beispiel Rush, Powell, Crowe & Ellis, 1995), unzureichende Ausbildung (zusammenfassend Richmond & Anderson, 1994) und Zweifel am Erfolg der Maßnahmen (Arborelius & Damström Thakker, 1995) erschweren den Transfer, trotz eines „Verdachts“ wird häufig von einer Intervention abgesehen (Kaner, Heather, Brodie, Lock & McAvoy, 2001), Leitlinien erscheinen niedergelassenen Ärzten mitunter realitätsfremd und praxisuntauglich (Berner, Habbig & Härter, 2004), die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen macht ein sachliches und unaufgeregtes Gespräch oftmals unmöglich (Fortney et al., 2004), der Mythos des „uneinsichtigen Alkoholikers“ lässt eine frühe Inter-

vention zwecklos erscheinen (Glatt, 1975). Muss die Wissenschaft umdenken?

## Screening: Beyond CAGE ...

Ein gutes Screeningverfahren sollte sich durch hohe Sensitivität und Spezifität auszeichnen. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften empfiehlt die Anwendung so genannter "paper and pencil screening tests" (Rist, Demmel, Hapke, Kremer & Rumpf, 2004), da deren Treffsicherheit – entgegen der Meinung zahlreicher Fachleute und trotz der Gefahr einer „Beschönigung“ des Konsums

– höher ist als die herkömmlicher biochemischer Tests (zum Beispiel Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001). Diese setzen zudem eine Blutentnahme sowie mehr oder weniger aufwendige Analysen voraus (Trennung von „Blutkuchen“ und Serum durch Zentrifugieren, Bestimmung der Enzyme im Serum etc.). Ein "paper and pencil test" hingegen ist schnell und kostengünstig: Durchführung und Auswertung setzen lediglich eine minimale Schulung voraus und nehmen nur wenige Minuten in Anspruch. Instrumente wie der AUDIT (Abbildung 1) wurden im Gegensatz zu älteren Verfahren wie CAGE (Mayfield, McLeod &

### Alcohol Use Disorders Identification Test (deutschsprachige Version AUDIT-G-M)

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

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

Wenn Sie während der letzten 12 Monate Alkohol getrunken haben, wie viele Gläser haben Sie dann üblicherweise an einem Tag getrunken?

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

Wie oft haben Sie während der letzten 12 Monate sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken (zum Beispiel beim Abendessen, auf einer Party)?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 0  nein
- 2  ja, aber nicht während der letzten 12 Monate
- 4  ja, während der letzten 12 Monate

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

- 0  nein
- 2  ja, aber nicht während der letzten 12 Monate
- 4  ja, während der letzten 12 Monate

**Anmerkungen.**

Positives Screening bei mehr als sechs (Männer) bzw. drei Punkten (Frauen). Ausführliche Darstellung in Rist, Scheuren, Demmel, Hagen & Aulhorn (2003).  
 · Ein Glas entspricht 0.33 l Bier, 0.25 l Wein/Sekt oder 0.02 l Spirituosen.

Abb. 1: Alcohol Use Disorders Identification Test (deutschsprachige Version AUDIT-G-M)

Hall, 1974) oder MAST (MAST = Michigan Alcoholism Screening Test; Selzer, 1971) entwickelt, um neben Symptomen einer Alkoholabhängigkeit (Item 4 bis 6) und den Konsequenzen eines schädlichen Konsums (Item 7 bis 10) insbesondere Häufigkeit und Ausmaß des Alkoholkonsums (Item 1 bis 3) zu erfassen und so einen riskanten Konsum gegebenenfalls möglichst früh zu erkennen: "Alcohol screening tests have often been used for case-finding, that is, identifying persons who are already showing serious alcohol problems. The purpose of AUDIT is to give primary emphasis to screening, not case-finding" (Babor, de la Fuente, Saunders & Grant, 1992, p. 1)

Um eine breite Anwendung des AUDIT zu fördern, wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Kurzversionen publiziert (zum Beispiel Gordon et al., 2001). Sowohl der recht umfangreiche AUDIT als auch der wesentlich ökonomischere LAST (LAST = Lübecker Alkoholabhängigkeits und -missbrauchs-Screening-Test; Rumpf, Hapke, Hill & John, 1997) sollen – so der Anspruch der Autoren – die Abgrenzung verschiedener „Alkoholprobleme“ ermöglichen (Abhängigkeit oder Missbrauch oder schädlicher Konsum oder riskanter Konsum oder ...). Der Nutzen solcher „Differentialdiagnostik“ erscheint jedoch – insbesondere wenn sich an ein positives Screening eine opportunistische Kurzintervention anschließen soll – fraglich. Ziel der Intervention wird zunächst stets die Förderung der Veränderungsbereitschaft sein: weniger das Ausmaß des exzessiven Alkoholkonsums, sondern vielmehr die Motivation des Patienten sollte das Gespräch leiten (siehe zum Beispiel Demmel, 2003). Darüber hinaus wird jeglicher Versuch einer „Differentialdiagnostik“ die Intervention zwangsläufig überfrachten und die Chancen einer dauerhaften Etablierung sekundärpräventiver Maßnahmen reduzieren. Vorrang sollte daher die Entwicklung bzw. Übersetzung und Adaptation „sparsamer“ Screeningverfahren haben: Zur Identifikation von Risikogruppen bieten sich gegenwärtig unter anderem die "quantity-frequency method" (zusammenfassend Del Boca & Darkes, 2003), verschiedene Kurzversionen des AUDIT (zum Beispiel Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998) und so genannte "single item screenings" (zum Beispiel Williams & Vinson, 2001) an.

**Motivation:  
Ready for a change?**

Lassen sich Patienten entsprechend ihrer Veränderungsbereitschaft zuverlässig kategorisieren? Und verbessert eine darauf abgestimmte Behandlung die Prognose? Vor dem Hintergrund der bislang vorlie-

genden Literatur erscheint dies – wie schon der Nutzen eines „Screenings nach Kategorien“ – fragwürdig (zur Kritik am Transtheoretischen Modell der intentionalen Verhaltensänderung siehe ausführlich Bandura, 1998; Carey, Purnine, Maiso & Carey, 1999; Davidson, 1998). Möglicherweise sind die vielfach beschriebenen „stages of change“ (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) lediglich ein Artefakt – eine nahe liegende Konsequenz des dichotomen Antwortformats der verschiedenen Verfahren zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft. Es ist zudem recht unwahrscheinlich, dass Hausärzte regelmäßig zunächst das Ausmaß des Problems (Riskanter Konsum? Schädlicher Konsum? Abhängigkeit?) und anschließend die Motivation des Patienten (Precontemplation? Contemplation? Preparation? Action?) einschätzen werden, um schließlich eine Schweregrad und Veränderungsbereitschaft entsprechenden Intervention durchzuführen (siehe zum Beispiel den Beratungsleitfaden der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Um auf einfachem Wege eine Passung zwischen Motivation und Intervention zu gewährleisten und darüber hinaus einen „change talk“ (Beispiel 1; siehe auch Miller & Rollnick, 2002) einzuleiten, kann der Arzt das Gespräch beispielsweise mit dem so genannten „importance and confidence rating“ eröffnen (Rollnick, Mason & Butler, 1999; siehe auch Demmel, 2005). **hier Beispiel mit Kasten einfügen**

### Transfer: Entering the real world ...

Eine minimale Intervention kann auch scheinbar unmotivierte Patienten veranlassen, den Konsum von Alkohol zu reduzieren (zusammenfassend Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002). Trotz intensiver Forschungsförderung und zahlreicher Kampagnen scheint die Ärzteschaft jedoch dauerhaft in Kontemplation zu verharren. Sind Hausärzte unmotiviert? Oder sind die vorgeschlagenen Lösungen realitätsfremd? Wie lassen sich Entmutigung und Frustration vermeiden? Beich, Gannik und Malterud (2002) schließen aus den Ergebnissen einer Befragung dänischer Hausärzte, dass die Implementierung sekundärpräventiver Maßnahmen an der Realität der medizinischen Basisversorgung scheitern muss: „The screening based brief intervention leaves the general practitioner with a sense of failure in achieving rapport and compliance ...“ (p. 873). Vor praxisuntauglichen Konzepten wurde bereits zuvor vielfach gewarnt: The clinicians' personal frustration can result in their own Cutting back in the use

#### Beispiel 1

**Arzt:** Sie waren so nett, diesen Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank! Den Fragebogen kennen Sie noch nicht, ist neu. Wir haben uns angewöhnt, jedem Patienten, den wir eine Weile nicht gesehen haben, diesen Fragebogen zu geben. So sind wir immer auf dem Laufenden. Hier wird unter anderem nach dem Alkoholkonsum gefragt, und wir haben das eben schnell ausgewertet. Soll ich Ihnen was zu den Ergebnissen sagen? Interessiert Sie das?

**Patient:** Ja klar, wenn Sie da schon die Ergebnisse haben ...

**Arzt:** Okay ... Wir vergleichen die Angaben immer mit dem Konsum der Allgemeinbevölkerung. Das haben wir auch mit Ihren Angaben gemacht: Sie trinken demnach mehr als 87 Prozent der Männer Ihrer Altersgruppe. Das ist recht viel. Was meinen Sie dazu?

**Patient:** So viel? Also wenn ich mir so meine Kollegen anschau ... die trinken doch alle viel mehr als ich. Das kann doch gar nicht sein ...

**Arzt:** Das erstaunt Sie, hätten Sie nicht gedacht ...

**Patient:** Nee, wirklich nicht ... und da haben Sie sich nicht vertan?

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

**Patient:** Mmh, tatsächlich ... trotzdem komisch ...

**Arzt:** Sie sind skeptisch ... Ist vielleicht auch gar nicht so wichtig, ob es nun 80 oder 90 Prozent sind ... oder wie auch immer ... Ich überfalle Sie jetzt hier mit der Sache, darf ich Ihnen trotzdem noch eine Frage dazu stellen?

**Patient:** Ja, ja, nur zu ...

**Arzt:** Wie wichtig ist es Ihnen, weniger Alkohol zu trinken? Wenn Sie jetzt mal so darüber nachdenken ... Nehmen wir mal an, „unwichtig“ wäre eine „0“ und „sehr wichtig“ die „10“ ... Welche Zahl würden Sie ankreuzen?

**Patient:** Na ja, eigentlich glaube ich ja nicht, dass ich ein Alkoholproblem habe ... sagen wir mal „3“ ...

**Arzt:** Okay, eine „3“ ... Andere Dinge sind zur Zeit offensichtlich wichtiger. Aber es ist Ihnen auch nicht völlig unwichtig. Warum nicht „0“?

**Patient:** Warum nicht „0“? Sie stellen Fragen ... Also, jetzt haben Sie mir ja gesagt, dass ich wohl doch recht viel trinke ... und so gesund ist es ja wahrscheinlich auch nicht ...

**Arzt:** So 'ne Rückmeldung bringt Sie schon ins Grübeln, und Sie machen sich auch etwas Sorgen wegen Ihrer Gesundheit ...

**Patient:** Ich rauche ja ziemlich viel und beides zusammen, also ich meine Rauchen und Trinken, ist ja besonders schädlich ... hab' ich neulich in der Zeitung gelesen ...

**Arzt:** Stimmt leider ... Gibt es noch 'nen anderen Grund? Warum nicht „0“?

**Patient:** Mein Ältester, der wird jetzt bald 16 ... na ja, dann fangen die ja schon an zu trinken in dem Alter ... und das sehe ich eigentlich nicht so gerne ... Da kann ich schlecht was gegen sagen, wenn ich selbst ... Sie verstehen ...

**Arzt:** Sie wollen ihm ein gutes Vorbild sein ...

**Patient:** Na ja, zumindest kein schlechtes ... Und meine Frau sagt auch schon mal was. Ist ja so 'ne Gewohnheit geworden ... am Abend zwei, drei Bier ... das geht schnell ... Und schlanker wird man ja auch nicht ...

**Arzt:** Da sprechen Sie 'nen wichtigen Punkt an: Alkohol hat tatsächlich viele Kalorien! Und über Ihr Gewicht haben wir ja auch schon ab und an mal gesprochen.

**Patient:** Stimmt ... ein paar Kilo weniger wären nicht schlecht ...

**Arzt:** Darf ich mal kurz zusammenfassen?

**Patient:** Ja, klar ...

**Arzt:** Also, einerseits haben Sie sich wegen Ihres Alkoholkonsums bisher wenig Sorgen gemacht, andererseits haben Sie aber schon festgestellt, dass das Bier am Feierabend so etwas wie eine feste Angewohnheit geworden ist und Ihre Frau auch schon mal was sagt. Außerdem wissen Sie, dass – gerade weil Sie auch ein ziemlich starker Raucher sind – Alkohol Ihrer Gesundheit schaden könnte. Schließlich möchten Sie Ihrem Sohn auch ein gutes Vorbild sein und vielleicht sogar etwas abnehmen. Trifft es das so in etwa?

**Patient:** Ja, ja, schon ... grad wegen Jochen, meinem Sohn, mach' ich mir schon Sorgen, hat auch Probleme in der Schule ... Wenn der jetzt mit den anderen Jungs trinkt ... und dann dauert es ja auch nich' mehr lange und er fährt Auto ...

**Arzt:** Sie würden ihm gerne ein paar schlechte Erfahrungen ersparen ...

**Patient:** Genau das ...

**Arzt:** Wie wollen wir verbleiben? Was schlagen Sie vor?

**Patient:** Na ja, spricht ja schon alles irgendwie dafür, dass ich weniger trinke ... aber wie das immer so is' mit den guten Vorsätzen ...

**Arzt:** Leichter gesagt als getan ...

**Patient:** Allerdings ...

**Arzt:** Was würden es Ihnen denn leichter machen?

**Patient:** Gute Frage ...

...

**Anmerkungen.** Aus Demmel und Hagen (2004).

Copyright 2004 bei Karl Demeter Verlag im Georg Thieme Verlag. Wiedergabe mit Genehmigung.

of screening instruments for substance abuse, Annoyance with yet another recommendation to screen for this issue, occasional Guilt that this preventive activity is no longer part of their routine medical practice, and Eye avoidance of any literature addressing this issue. The "CAGEing" of CAGE may be a consequence of inadequate training in the appropriate clinical approach to the patient after the detection of a substance abuse problem. (Samet, Rollnick & Barnes, 1996, p. 2288)

Es erscheint nicht sehr zukunftssträftig, aufwendige Modellprojekte zu finanzieren, deren Nachhaltigkeit aufgrund eines offensichtlichen Mangels an ökologischer Validität angezweifelt werden muss. Externe Validität schließt strenge Kontrolle der Internen Validität keinesfalls aus, setzt aber die Entwicklung praxistauglicher Programme – und somit auch innovativer Fortbildungskonzepte voraus.

### Fortbildung: Inside the black box ...

Suchtmedizin ist – trotz beeindruckender Fortschritte der biomedizinischen Forschung – weit überwiegend sprechende Medizin. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient bestimmt den weiteren Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung mit: Konfrontation und Bevormundung we-

cken Reaktanz, Empathie und der Verzicht auf Konfrontation hingegen fördern Veränderung (zum Beispiel Miller, Benefield & Tonigan, 1993). Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend notwendig, Fähigkeiten wie aufmerksam Zuhören und empathisches Verstehen zu schulen. Ärztliche Fortbildungen sind jedoch selten mehr als ein Appetizer: Rollenspiele mit so genannten standardisierten Patienten oder qualifiziertes Feedback sind eher die Ausnahme als die Regel (zum Beispiel Roter et al., 2004). Arbeitsüberlastung und Zeitdruck lassen die Teilnahme an einem Kommunikationstraining als teuren Luxus erscheinen. Was tun?

In der Literatur finden sich in der Regel nur vage Beschreibungen der Fortbildungsmaßnahmen, die Ärzte auf Gespräche mit „unmotivierten“ oder „schwierigen“ Patienten vorbereiten sollen: das geringe Interesse an interner Validität geht häufig mit mangelnder Transparenz einher, allgemeine Schlussfolgerungen sind daher kaum möglich (zusammenfassend Cegala & Broz, 2002). Der Erfolg herkömmlicher Fortbildungen scheint jedoch eher gering zu sein (zum Beispiel Baer et al., 2004). Der Verzicht auf Verhaltensbeobachtung und Feedback fördert zudem eine unrealistische – meist allzu optimistische – Einschätzung der erreichten Fortschritte und „immunisiert“ die Teilnehmer gegenüber weiteren Fortbil-

dungsangeboten: "The single-workshop approach to clinical training may thus even serve as a kind of inoculation against further learning, inflating clinician self-efficacy without altering practice behavior enough to improve client outcomes" (Miller & Mount, 2001, p. 468).

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderter Studie (Project BRIAN: Brief Intervention for Alcohol Problems and Nicotine Dependence) wurde daher ein Fortbildungsprogramm entwickelt und evaluiert, das neben Rollenspielen mit standardisierten Patienten unter anderem die Auswertung verschiedener Audioaufzeichnungen und ein detailliertes Feedback einschließt (Abbildung 2).

Erste Analysen belegen neben der hohen Akzeptanz des Konzepts eine – auch vom Gesprächspartner wahrgenommene – Veränderung der Arzt-Patient-Kommunikation (Demmel et al., 2004).

### Resümee

Trotz umfangreicher Forschungsförderung ist die Etablierung sekundärpräventiver Maßnahmen bislang nicht gelungen. Zahlreiche Kampagnen appellieren lediglich an den guten Willen der Ärzte, suchen eine Einstellungsänderung zu erreichen oder informieren über Möglichkeiten der Intervention. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen erscheinen diese Initiativen jedoch wenig aussichtsreich. Forschung, die sich in weitaus stärkerem Maße als bislang den Erfordernissen der medizinischen Grundversorgung verpflichtet, Fortbildung, die Hausärzten einen erkennbaren Mehrwert bietet – nicht nur Gespräche über „das Trinken“ sind schwierig – sowie eine Abkehr von allzu kurzfristigen Kostenerwägungen werden die Kluft zwischen „Theorie“ und „Praxis“ möglicherweise ein Stück schließen.

### Literatur:

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., & Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 206-217.

Abb. 2

Instruktion	Rollenspiel I	Workshop I	Workshop II	Rollenspiel I	Implementierung	Booster Session
	Standardisierter Patient Hr. K...*	Rational & Leitfaden Standardisierte Patientin Fr. L.*	Auswertung I Standardisierte Patienten Fr. L., Hr. S. & Fr. G.*	Standardisierter Patient Hr. K...*	Screening (AUDIT etc.) Kurzintervention	Auswertung I, Trouble Shooting Standardisierte Patientin Fr. S.*
Dauer:	10-30 Minuten	drei Stunden	drei Stunden	10-30 Minuten		drei Stunden

Anmerkungen. Aus Demmel (2003). Copyright 2003 bei Lambertus-Verlag. Wiedergabe mit Genehmigung.

- Arborelius, E. & Damström Thakker, K. (1995). Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice*, 12, 419-422.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 99-106.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.
- Beich, A., Gannik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: Qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal*, 325, 870-874.
- Berner, M. M., Habbig, S., & Härter, M. (2004). Qualität aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen: Eine systematische Übersicht und inhaltliche Analyse. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 72, 696-704.
- Bohn, M. J., Babor, T. F., & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 423-432.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Ed.). (2001). *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonnell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-1795.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 245-266.
- Cegala, D. J. & Broz, S. L. (2002). Physician communication skills training: A review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Medical Education*, 36, 1004-1016.
- Davidson, R. (1998). The transtheoretical model: A critical overview. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 25-38). New York, NY: Plenum Press.
- Del Boca, F. K. & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: State of the science and challenges for research. *Addiction*, 98, 1-12.
- Demmel, R. (2003). Motivational Interviewing: Mission impossible? oder Kann man Empathie lernen? In H.-J. Rumpf & R. Hüllinghorst (Eds.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen* (pp. 177-199). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Demmel, R. (2005). Motivational Interviewing. In M. Linden & M. Hautzinger (Eds.), *Verhaltenstherapiemanual* (pp. 228-233). Berlin: Springer.
- Demmel, R., Aulhorn, I., Hagen, J., Nicolai, J., Zimmer, V., & Rist, F. (2004). Project BRIAN: A brief intervention adapted from motivational interviewing. [Abstract]. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 89.
- Demmel, R. & Hagen, J. (2004). Alkoholabhängigkeit: heikles Thema – schwierige Patienten? *psychoneuro*, 2, 62-64.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., & Barry, K. L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 36-43.
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 31, 418-429.
- Glatt, M. M. (1975). Today's enjoyment – tomorrow's dependency: The road towards the rock-bottom and the way back. *British Journal of Addiction*, 70, 25-34.
- Gordon, A. J., Maisto, S. A., McNeil, M., Kraemer, K. L., Conigliaro, R. L., Kelley, M. E. et al. (2001). Three questions can detect hazardous drinkers. *The Journal of Family Practice*, 50, 313-320.
- Heather, N. (1998). Using brief opportunities for change in medical settings. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 133-147). New York, NY: Plenum Press.
- Kaner, E. F. S., Heather, N., Brodie, J., Lock, C. A., & McAvoy, B. R. (2001). Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *British Journal of General Practice*, 51, 822-827.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R. & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457-471.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief Interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Richmond, R. L. & Anderson, P. (1994). Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK: III. Dissemination of interventions. *Addiction*, 89, 49-62.
- Rist, F., Demmel, R., Hapke, U., Kremer, G., & Rumpf, H.-J. (2004). Riskanter, schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 50, 102-112.
- Rist, F., Scheuren, B., Demmel, R., Hagen, J., & Aulhorn, I. (2003). Der Münsteraner Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-G-M). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Eds.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich. Version 3.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e.V.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Roter, D. L., Larson, S., Shintzky, H., Chernoff, R., Serwint, J. R., Adamo, G. et al. (2004). Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education*, 38, 145-157.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Hill, A., & John, U. (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 894-898.
- Rush, B. R., Powell, L. Y., Crowe, T. G., & Ellis, K. (1995). Early intervention for alcohol use: Family physicians' motivations and perceived barriers. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 863-869.
- Samet, J. H., Rollnick, S., & Barnes, H. (1996). Beyond CAGE. A brief clinical approach after detection of substance abuse. *Archives of Internal Medicine*, 156, 2287-2293.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Sonntag, D. & Welsch, K. (2004). Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für stationäre Einrichtungen. [Special issue]. *SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 50, S32-S53.
- Wienberg, G. (2001). Die "vergessene Mehrheit" heute – Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. In G. Wienberg & M. Driessen (Eds.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit* (pp. 228-241). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Williams, R. & Vinson, D. C. (2001). Validation of a single screening question for problem drinking. *The Journal of Family Practice*, 50, 307-312.

### Korrespondenz bitte an:

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel,  
Dipl.-Psych.  
Westfälische Wilhelms-Universität  
Münster  
Psychologisches Institut I  
Psychologische Diagnostik und  
Klinische Psychologie  
Fliegenerstr. 21, 48149 Münster  
Tel: +49 (0) 251 83-3 41 94  
Fax: +49 (0) 251 83-3 13 31  
E-Mail: demmel@psy.uni-muenster.de