

Kurzintervention bei Patienten mit einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus

Ulfert Hapke, Hans-Jürgen Rumpf, Jeannette Riedel, Karin Bott, Barbara Wedler, Jennis Freyer, Ulrich John

Früherkennung und Interventionen bei riskantem Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol

Die hohe Prävalenz von Patienten mit riskantem Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol von 10-20% in Krankenhäusern ist durch eine Reihe von Studien gut belegt (Hapke, 2000; John et al. 2003). Für die medizinische Behandlung sind die häufigen Alkoholfolgeerkrankungen von besonderer Bedeutung (Gerke, Hapke, Rumpf & John, 1997). Von gesundheitsökonomischer Relevanz ist der Sachverhalt, dass chirurgische Patienten mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit längere Liegezeiten aufweisen und für die Innere Medizin wurde festgestellt, dass Patienten mit Infektionen, Neoplasien oder gastrointestinalen Erkrankungen signifikant länger in stationärer Behandlung sind, wenn sie eine Alkoholproblematik aufweisen (Gerke, Hapke, Rumpf & John, 1998). Frühberatungen aufgrund von Alkoholfolgeerkrankungen können durch frühzeitige Motivierung für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme verhindert werden.

Durch zwei Forschungsprogramme des Bundesministeriums für Gesundheit (1992-1995) (John, U., Hapke, U., Rumpf et al., 1996) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (seit 2001) (John, Hapke, Rumpf et al., 2002) konnten effiziente Konzepte der Früherkennung (Hapke, Rumpf & John, 1998; Rumpf, Hapke, Hill & John, 1997; Rumpf, Hapke & John, 2001) und Intervention (Hapke, 2000; Hapke, Rumpf & John, 2002) entwickelt werden. Der Krankenhausaufenthalt ist durch die Herauslösung des Patienten aus dem sozialen Umfeld, dem Erleben eines Entzuges und/oder der Konfrontation mit einer somatischen Erkrankung ein motivational günstiger Zeitpunkt für eine Intervention (Rumpf, Hapke, Meyer & John, 1999). Die Aufgabe sollte hierbei sein, Einfluss auf die Trinkgewohnheiten des Patienten zu nehmen und alkoholabhängige Patienten in das bestehende Behandlungsnetz weiterzuleiten, das mit Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Fachambulanzen, Schwerpunktpraxen und spezialisierten Kliniken für Beratung, Therapie, Entzug und Entwöhnung ausgewiesen ist, wobei die Erfolgsraten bei Nutzung einiger dieser Angebote mittlerweile bei über 50% liegen (Mann, 2002).

Die zitierten Forschungsarbeiten der Autoren wurden mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (326-4914-8/38) sowie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (01 EB 0120, 01 EB 0121 und 01 EB 9406) durchgeführt.

Bei der Intervention im Form einer Kurzberatung hat sich die Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2002) besonders bewährt (Demmel, 2001; Hapke, Kremer & Rumpf, 2000; John, Hapke & Rumpf, 2001).

Identifikation von Patienten mit einer Alkoholproblematik

Für die Erkennung von Patienten mit Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol eignen sich Fragen, die mögliche Probleme im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum zum Gegenstand haben. Ein diagnostisch besonders effizientes Verfahren hierzu ist der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) (Rumpf, Hapke & John, 2001). Er wurde eigens für das Screening in der medizinischen Versorgung entwickelt und ist mit lediglich sieben Fragen an den Patienten ökonomisch und praktikabel. Die Fragen können mündlich gestellt oder durch den Patienten angekreuzt werden. Treffen zwei der sieben erfragten Aspekte zu, besteht eine positive Screening-Diagnose. Bei den Laborparametern haben vor allem eine Gesamtinformation aus GGT, ALAT, ASAT, MCV, Kreatinin und Harnstoff diagnostischen Wert, einzelne Parameter, wie z.B. auch das CDT, haben sich nicht als hinreichend diagnostisch effizient erwiesen und sind Fragebogenverfahren deutlich unterlegen (Aertgeerts, Buntinx, Ansoms & Fevery, 2001). Laborwerte können dafür genutzt werden, dem Patienten objektiv vor Augen zu führen, welche Auswirkung der Alkoholkonsum auf körperliche Funktionen hat, sollten jedoch nicht dazu genutzt werden, den Patienten konfrontativ zu „überführen“. Anlass zur Beratung geben auch vorliegende gesundheitliche Störungen und Erkrankungen, die sich nach ihrem Grad der Assoziation zum Alkoholkonsum wie folgt differenzieren lassen (Gerke, Hapke, Rumpf & John, 1997; Hapke, Rumpf & John, 2002):

- I. Akute alkoholbedingte gesundheitliche Störungen, wie Intoxikationen, pathologische Alkoholintoxikationen oder Alkoholentzugssyndrome und häufig hiermit verbundene Komplikationen, wie Krampfanfälle, Delirien oder vegetative Störungen.
- II. Chronisch degenerative Alkoholfolgeerkrankungen, die ätiologisch einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum haben und bei Patienten mit geringem oder moderatem Alkoholkonsum nicht oder nur äußerst selten vorkommen, wie zum Beispiel äthyltoxische Leberzirrhosen oder Polyneuropathien.
- III. Gesundheitliche Störungen, Erkrankungen oder Verletzungen, die bei Vorliegen von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit gehäuft auftreten, deren Auftreten aber nicht ausschließlich bzw. nicht immer auf Alkoholkonsum zurückzuführen ist, wie z.B. Traumata des Kopfes und der oberen Extremitäten oder gastrointestinale Blutungen.

Wichtig ist, dem Patienten die Zusammenhänge zwischen seinem Alkoholkonsum und diesen negativen Konsequenzen in verständlicher Art und Weise zu verdeutlichen.

Risikokonsum – Missbrauch – Abhängigkeit

Gemäß des internationalen Klassifikationssystems der Erkrankungen ICD-10 besteht eine Alkoholabhängigkeit, wenn mindestens drei der folgenden acht Kriterien erfüllt sind (WHO, 2000):

1. starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren,
2. verminderte Kontrollfähigkeit, den Alkoholkonsum zu beenden,
3. Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu lindern,
4. körperliches Entzugssyndrom,
5. Nachweis einer Toleranzentwicklung,
6. eingegengtes Trinkverhalten, das heißt Alkoholkonsum eher nach dem psychischen oder physischen Bedarf als nach äußeren Anlässen,
7. Vernachlässigung von Interessen zugunsten des Alkoholkonsums,
8. anhaltender Konsum trotz Nachweises der schädlichen Folgen.

Alkoholmissbrauch, bzw. schädlicher Gebrauch gemäß ICD-10 liegt dann vor, wenn trotz einer nachweisbaren Schädigung durch Alkoholkonsum das schädigende Gebrauchsmuster fortgesetzt wird. Ein riskanter Alkoholkonsum (s. Abb. 1) liegt dann vor, wenn durchschnittlich so hohe Trinkmengen getrunken werden, dass ein erhöhtes Risiko für eine gesundheitliche Schädigung besteht. Ebenfalls riskant ist es, wenn Trinkmengen des hoch gefährlichen Konsums häufiger als einmal im Monat zugeführt werden (binge-drinking). Bei Alkoholabhängigkeit ist Alkoholabstinenz als wichtigstes Behandlungsziel anzusehen. Bei Alkoholmissbrauch besteht das Ziel, das Gebrauchsmuster so zu verändern, dass die negativen Konsequenzen in Zukunft nicht mehr auftreten. Bei riskantem Konsum sollte eine Reduktion der Trinkmenge ins Auge gefasst werden. Die konkrete Umsetzung von Trinkzielen wird durch die Verwendung von Berechnungstabellen (s. Abb. 2) gefördert.

Motivation und Intervention

Wir wissen heute, dass die Motivation zur Änderung von Trinkverhalten nicht vom Himmel fällt, sondern das Resultat psychologischer Prozesse ist, die sich je nach Stadium der Änderungsabsicht unterscheiden (Miller & Rollnick, 2002). Hierbei wird zwischen dem Stadium der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung unterschieden (Keller, 1999). Im Stadium der Absichtslosigkeit besteht keine Motivation das Konsumverhalten zu ändern. Das Stadium der Absichtsbildung ist vor allem durch ein Anwachsen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten und seinen Konsequenzen charakterisiert. Die Person wägt Argumente ab, die für eine Änderung des Konsumverhaltens und

Abb. 1: Wann ist Trinken ein Risiko?
Tabelle für durchschnittliche Trinkmengen pro Tag

	Frauen		Männer	
bis	0,2 l Wein oder 0,5 l Bier oder 3 Schnaps (à 0,2 cl)	risikoarm	0,3 l Wein oder 0,75 l Bier oder 5 Schnaps (à 0,2 cl)	
	0,2 - 0,4 l Wein oder 0,5 - 1,0 l Bier oder 3 - 6 Schnaps (à 0,2 cl)		riskant	0,3 - 0,5 l Wein oder 0,75 - 1,5 l Bier oder 5 - 10 Schnaps (à 0,2 cl)

Risikoarmer Konsum beschreibt die Grenzen, bis zu denen für einen gesunden Menschen der Alkoholkonsum unbedenklich ist. Das gilt nicht für Schwangere oder Menschen mit Erkrankungen, bei denen Alkoholkonsum ein zusätzliches Risiko darstellt.

Bei **riskantem Alkoholkonsum** besteht ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Schäden.

Bei **gefährlichem Konsum** ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass sich negative Konsequenzen einstellen werden.

Bei **hoch gefährlichem Konsum** besteht dringender Handlungsbedarf, weil der Körper erheblich geschädigt wird. Wer häufiger als ein mal im Monat hochgefährlichen Konsum betreibt, hat ein erhöhtes Gesundheitsrisiko.

solche, die dagegen sprechen. Im Stadium der Vorbereitung plant sie Aktivitäten, im Stadium der Handlung unternimmt sie konkrete Schritte, sucht z.B. eine Selbsthilfegruppe auf. Im Stadium der Aufrechterhaltung wird das Zielverhalten, z.B. die Abstinenz, aufrechterhalten.

Abb. 2: Alkoholische Getränke – Alkoholgehalt in Volumen % sowie Ausschankmengen und darin enthaltene Alkoholmengen (g/l)

Bier	Volumen %	g/0,2l	g/0,33l	g/l
Export, Pils, Alt- und Lagerbier, Weizenbier	4 – 6	6 – 10	11 – 16	32 – 48
Starkbiere, Bock, Doppelbock, Märzenbier	5 – 8	8 – 13	13 – 22	40 – 66
Wein	Volumen %	g/0,2l	g/0,7l	g/l
Weißwein	10 – 12	17 – 19	59 – 67	85 – 95
Rotwein	10 – 13	17 – 21	59 – 73	85 – 105
Sekt	9 – 14	15 – 23	53 – 79	75 – 113
Spirituosen	Volumen %	g/2 cl	g/4 cl	g/l
Liköre (Eier-, Sahne-, Schokoladenlikör)	20	3	6	162
Bitter- und Kräuterliköre	30	5	10	247
Bitter, Klarer, Korn	32	5	10	264
Edelkirsch, Aquavit, Jägermeister, Kümmerring usw.	35	6	12	290
Weinbrand, Gin, Obstler, Edelkorn	38	6	12	316
Doppelkorn, Rum, Bacardi, Bommerlunder, Obstbrände	40	7	13	333
Whisky, Calvados	43	7	14	360
Meine jetzige durchschnittliche tägliche Trinkmenge: _____				
Meine zukünftige durchschnittliche tägliche Trinkmenge: _____				
Meine jetzige maximale Trinkmenge 1x pro Monat: _____				
Meine zukünftige maximale Trinkmenge 1x pro Monat: _____				

Beratungen im Stadium der Absichtslosigkeit

Die Beratungen in der Phase der Absichtslosigkeit beinhalten die vier Bestandteile *Informationen anbieten*, *Probleme bestimmen*, *Diskrepanzen entwickeln* und *Anbindung* ermöglichen.

1. Informationen anbieten

Hierbei werden Informationen angeboten, die sich auf den Alkoholkonsum und die resultierenden Konsequenzen beziehen, z.B. über Risikokonsum (s. Abb. 1), vorliegende Laborbefunde und die aktuellen Beschwerden.

2. Probleme bestimmen

Eine Bezugnahme zu der Person des jeweiligen Patienten ergibt sich durch seine Fragen zu den Informationen, bei ihm bestehende Gesundheitsstörungen, die mit dem Alkoholkonsum assoziiert sind, oder, sofern durchgeführt, aus einzelnen Antworten aus Screening-Fragebögen. Wenn dem Patienten eine direkte Thematisierung von Trinkverhalten und Folgeproblemen unangenehm ist, wird zunächst versucht, diese Gefühle selbst zum Gegenstand des Gespräches zu machen. Zeigt sich auch hierbei ein deutlicher Widerstand, wird das respektiert und das Thema gewechselt. Vielen Patienten fällt es leichter, zunächst über ihren Stress, Probleme am Arbeitsplatz oder ähnliches zu sprechen. Der Respekt gegenüber Verletzlichkeiten des Patienten, die sich häufig zunächst in Widerstand und Abwehr äußern, ist hierbei ein entscheidendes Grundprinzip. Bei der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Patienten ist aber ein direktes Ansprechen des Alkoholkonsums und der damit verbundenen Sorgen unproblematisch.

3. Diskrepanzen entwickeln

Ergänzend zur Bestimmung der Problemlage wird darauf geachtet, Gesundheitswünsche, Ziele und Wünsche bezüglich der individuellen Befindlichkeit und Lebensführung zu explorieren. Hierbei werden Diskrepanzen zwischen dem Alkoholkonsum, subjektiv positiven Effekten (z.B. Entspannung) des Alkoholkonsums und den negativen Konsequenzen gegenübergestellt. Die Beurteilung der Schwere oder Bedeutsamkeit dieser Konsequenzen wird dem Patienten überlassen und vor dem Hintergrund seiner subjektiven Wünsche, Ziele und Werte reflektiert.

4. Anbindung

Viele Patienten, die gegenwärtig keine Änderungsabsicht haben, werden später evtl. einmal Hilfe suchen, weil sie aufgrund sozialer, zwischenmenschlicher oder gesundheitlicher Probleme in Bedrängnis geraten oder schlicht etwas für ihre Gesundheit tun wollen. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, den Patienten eine Telefonnummer oder Anschrift einer entsprechenden Anlaufstelle zu hinterlassen. In gleicher Weise wird bei Patienten verfahren, die zwar abstinentmotiviert sind, jedoch keine Unterstützung durch Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung in Anspruch nehmen wollen.

Beratungen in der Phase der Absichtsbildung

Beratungen in der Phase der Absichtsbildung beinhalten die vier Elemente *Diskrepanzen fördern*, *Informationen über Hilfen geben*, *Ziele definieren* und *Anbindung*.

1. Diskrepanzen fördern

In der Phase der Absichtsbildung wird zunächst exploriert, welche Diskrepanzen der Patient bei sich selbst beobachtet hat. Auf der Grundlage einer positiven Rückmeldung über diesen Prozess der Auseinandersetzung wird versucht, die einzelnen Diskrepanzen möglichst klar herauszuarbeiten.

2. Informationen über Hilfen

Den Patienten werden Informationen über das suchtspezifische Hilfesystem angeboten. Darüber hinaus werden die Patienten über weitere Hilfen informiert (z.B. Sozialdienst, Krankenhausesseelsorge), wenn hierfür eine Indikation besteht.

3. Ziele definieren

Die Patienten werden darin unterstützt, konkrete Ziele auf der Grundlage der präzisierten Diskrepanzen herzuleiten. Hierbei wird kein Wert darauf gelegt, möglichst umfassend alle Problembereiche abzudecken. In der Regel werden nur einige wenige Ziele herausgearbeitet, deren Realisierung realistisch erscheint.

4. Anbindung

Die Anbindung des Patienten erfolgt mit der Zielsetzung, die Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik zu fördern. Der Patient wird darauf hingewiesen, dass er bei regelmäßiger Kontrolle seiner Laborwerte durch den Hausarzt mehr über die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums erfahren kann. Hierdurch soll die bewusste Auseinandersetzung des Patienten mit seinen alkoholbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhöht werden. Dem Patienten werden weitergehende Beratungskontakte angeboten, die kein Abstinenzgebot implizieren. Hierdurch soll die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme von Hilfen gesenkt werden.

Beratungen in der Phase Vorbereitung und Handlung

Die Beratung in der Phase Vorbereitung und Handlung beinhaltet die Elemente *Ziele konkretisieren* und *Anbindung*.

1. Ziele konkretisieren

In der Phase der Umsetzung hat der Patient bereits Zielvorstellungen zur Änderung des bisherigen Verhaltens entwickelt. Diese Ziele können sehr klar und konkret sein, z.B. ich möchte eine Entwöhnungsbehandlung beginnen oder sehr diffus, z.B. ich muss mein Leben vollständig ändern. Die Beratung legt ihren Schwerpunkt darauf, die Umsetzung von Zielen in Form einer konkreten Hand-

lungsplanung zu unterstützen. Die Umsetzung von Zielsetzungen, die sich auf das Trinkverhalten beziehen, wird an konkreten Beispielen aus der Lebenswelt des Patienten bearbeitet, z.B. Trinkmengenreduktion, den Umgang mit Alkohol am Arbeitsplatz oder Vereinbarungen mit dem Ehepartner.

2. Anbindung

Den Patienten werden regelmäßige Besuche des Hausarztes empfohlen, wobei ein Rückgang pathologischer Laborwerte als positiver Verstärker fungiert. Beinhaltet die Umsetzung der Ziele eine Inanspruchnahme von weitergehenden Hilfen, so werden die Patienten dabei unterstützt, noch möglichst während des Krankenhausaufenthaltes mit den entsprechenden Einrichtungen Kontakt aufzunehmen.

Beratungen in der Phase der Aufrechterhaltung

Patienten, die ihren Alkoholkonsum bereits vor dem Krankenhausaufenthalt beendet haben, werden in das Konzept miteinbezogen. Die Beratung umfasst die Elemente *positive Rückmeldung geben*, *Beratungsbedarf prüfen* und *Inanspruchnahme thematisieren*.

1. Positive Rückmeldung geben

Viele abstinenten Alkoholabhängige erhalten selten positive Rückmeldungen über die erreichte Verhaltensänderung. Bei der Besprechung der aktuellen gesundheitlichen Probleme soll den Patienten eine positive Rückmeldung über die bewältigte Problematik gegeben werden. Wenn Befunde aus früheren Aufenthalten vorliegen, wird dem Patienten der Rückgang pathologischer Laborwerte mitgeteilt.

2. Beratungsbedarf prüfen

In den ersten Jahren der Abstinenz findet eine Adaptierung an die geänderte Lebensführung statt. Häufig werden Probleme, die in der Trinkzeit nicht realisiert wurden, erst nach Beendigung des Alkoholkonsums deutlicher wahrgenommen. In der Beratung werden aus diesem Grunde die aktuelle Zufriedenheit mit der geänderten Lebenssituation und die Reaktion des sozialen Umfeldes exploriert und bei Bedarf werden Möglichkeiten weitergehender Behandlung aufgezeigt.

3. Inanspruchnahme thematisieren

Ein weiterer Bestandteil der Beratung ist die Thematisierung der bisherigen Inanspruchnahme von Hilfen. Hierbei werden negative Erfahrungen aufgearbeitet und Informationen über alternative Hilfeangebote aufgezeigt.

Motivierende Gesprächsführung

Für eine effektive Beratung im Setting des Allgemeinkrankenhauses hat sich die Motivierende Gesprächsführung besonders bewährt (Miller & Rollnick, 2002; Hapke, Kremer & Rumpf, 2000; Hapke, 2000). Motivierende Gesprächsführung wurde im Kontext der Behandlung von substanzabhängigen Menschen entwickelt. Ziel der Motivierenden Gesprächsführung ist die Förderung der Motivation, den Substanzkonsum und resultierende Probleme zu ändern. Beratungs- und Behandlungsstrategien sind spezifisch auf unterschiedliche psychologische Prozesse abgestimmt, die im jeweiligen Stadium der Änderungsbereitschaft Verhaltens- und Einstellungsänderungen fördern können und einen konstruktiven Umgang mit Abwehrprozessen ermöglichen. Das Konzept ist besonders nützlich für Betroffene, die keine Änderungsbereitschaft zeigen oder ambivalent sind.

Vier Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung

1. Eine empathische Grundhaltung des Beraters, die es dem Klienten erleichtert, seine Zurückhaltung aufzugeben und sich zu öffnen.
2. Förderung der Wahrnehmung von Diskrepanzen zwischen Zielen und Wünschen des Klienten und seinem Substanzkonsum.
3. Abwehr ist eine gestörte Interaktion zwischen Klient und Berater, die es zu thematisieren gilt. z.B. „Es scheint ihnen schwer zu fallen, mit mir über ihren Alkoholkonsum zu sprechen. Welche Gründe gibt es dafür?“
4. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit wird als ein wichtiges Element von erfolgreicher intentionaler Verhaltensänderung angesehen, die der Berater durch seine Intervention vermitteln soll.

Vier allgemeine Techniken der Gesprächsführung

1. Offene Fragen stellen: Diese sollen den Klienten ermutigen, von sich zu berichten. Es sollen Fragen vermieden werden, die Antwortalternativen bereits vorgeben oder die lediglich ein ja oder nein zur Antwort erfordern. Die Fragen des Beraters sollten keine wertenden Implikationen bezüglich möglicher Antworten enthalten.
2. Reflektierendes Zuhören im Sinne eines einführenden, nicht wertenden Verstehens: Durch das reflektierende Zuhören erhält der Berater Zugang zu der Lebenswelt und den zentralen Konzepten des Patienten. Kontraindiziert sind hierbei: direkte Anweisungen, Warnungen oder Drohungen, Überredungen mit verschiedenen Argumentationen, Moralisierungen, Schuldzuweisungen oder andere Vorgehensweisen, die dem Klienten eine passive Rolle bei der Bearbeitung und Interpretation seiner jetzigen Lebenssituation zuweisen.
3. Bestätigen und Unterstützen des Klienten: Positive Rückmeldungen signalisieren dem Patienten, dass er verstanden und angenommen wird.

4. Zusammenfassungen: Zwischen zwei Gesprächsblöcken oder zum Ende der Beratung wird eine Zusammenfassung durch den Berater empfohlen. Hierbei werden Gesprächsteile zusammengeführt und in eine Struktur gebracht.

Ziel der Beratung ist es, Äußerungen zur Eigenmotivation herauszuarbeiten. Die Motive der Änderungsbereitschaft werden von den Klienten auf kognitiver, affektiver oder intentionaler Ebene geäußert. Es gilt diese Prozesse zu verstärken, indem man sie fokussiert. Die Motivierende Gesprächsführung ist für die Frühintervention in der medizinischen Versorgung grundsätzlich gut geeignet und wirksam (Hapke, 2000). Eine Ausbildung in Motivierender Gesprächsführung findet traditionell in zwei- bis dreitägigen workshops statt. Für den Bereich der medizinischen Versorgung hat sich das „context-bound communication skills training“ als vorteilhaft erwiesen (Rollnick, Kinnersley & Butler, 2002). Die Inhalte werden hierbei den Ärzten jeweils kurz erläutert und im konkreten Patientenkontakt trainiert.

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, 172-173.
- Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 47, 171-188.
- Gerke, P., Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1997). Alcohol-related diseases in general hospital patients. *Alcohol & Alcoholism*, 32, (2), 179-184.
- Gerke, P., Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1998). Liegezeiten von Patienten mit Alkoholmißbrauch oder Alkoholabhängigkeit in Innerer Medizin und Chirurgie. *Versicherungsmedizin*, 50, (2), 67-70.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (2002) Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen. In K. Mann (Hrsg.), *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen* (S. 46-58). Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Hapke, U., Kremer, G. & Rumpf, H.-J. (2000). Motivational interviewing. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 410-413). München: Oldenbourg-Verlag.
- Hapke, U. (2000). Sekundärpräventive Interventionen bei Patienten mit einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1998). Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counselling by physicians' routine clinical practice versus screening questionnaires. *Addiction*, 93 (12), 1777-1886.
- John, U., Hill, A., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & Meyer, C. (2003). Alcohol high risk drinking, abuse and dependence among tobacco smoking medical care patients and the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 69 (2), 189-195.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Bischof, G., Schumann, A., Hannöwer, W., Thyrian, R., Bott, K., Freyberger, H.J., Möllmann, R., Fusch, C., Hessel, F., Wasem, J. & Hohagen, F. (2002). Der Suchtforschungsverbund: Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen. *Sucht*, 48 (3), 209-216.
- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (2001). Mißbrauch oder Abhängigkeit vom Alkohol. *Frühdagnostik und Frühintervention in der Praxis*. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, (38), A2438-A2442.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.), Bd. 71., Baden-Baden: Nomos.
- Mann, K. (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99:A 632-644 Heft 10.
- Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In S. Keller (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis* (pp. 17-44). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

