

Frühintervention bei Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch

U. John*, U. Hapke*, H.-J. Rumpf*

Suchtkrankenversorgung, die auf die klassische Therapiekette zentriert oder gar begrenzt ist, greift zu kurz: Sie kann dem Bedarf an Suchtkrankenversorgung nicht gerecht werden. Grundsätzlich ist Bedarf an Versorgung in einer Region im Zusammenwirken dreier Elemente zu betrachten: 1. Krankheiten, 2. Leistungen der Suchtkrankenversorgung, der medizinischen und psychosozialen Versorgung und 3. ihre Inanspruchnahme (vgl. John et al., 1999). Das Ziel eines Gesundheitswesens besteht in der effizienten Vernetzung der drei Elemente. Suchtkrankenversorgung muss auf der Basis von Bedarfsschätzungen so differenziert sein, dass sie mindestens den Stadien der Entwicklung und des Verlaufs von Substanzstörungen, den Stadien der Absicht zur Änderung des Konsumverhaltens und den unterschiedlichen Ausprägungen der Bereitschaft zur Inanspruchnahme gerecht wird. Eine solchermaßen vollständigere Suchtkrankenhilfe ist nur unter Einbeziehung von Prävention, insbesondere Frühintervention, zu realisieren. Deshalb sollen in diesem Beitrag einige aktuelle Entwicklungen der Frühintervention dargestellt werden, begrenzt auf Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch. Weitergehend ist das Thema in anderen Arbeiten dargestellt (John, 1994, 1997; John et al., 1998, 1999; John, Rumpf & Hapke, 2000).

Ausgangslage für die Frühintervention bilden die Ist-Analyse sowie eine Konzeption von Suchtkrankenversorgung auf Basis des Standes der Wissenschaft. Dabei ist der Bedarf an Suchtkrankenversorgung in einer Bevölkerung mit den Mitteln zu betrachten, die uns dazu bis heute zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund erläutern wir besonders aussichtsreiche Ansätze der Frühintervention. Alkoholabhängigkeit und -missbrauch werden im Folgenden gemäß den internationalen Klassifikationssystemen der Erkrankungen, DSM-IV und ICD-10, verstanden.

Ausgangslage

Die Suchtkrankenversorgung in Deutschland befindet sich generell in einem Stadium des sehr guten Ausbaus der stationären Entwöhnungsbehandlungen. Es wird aber nicht ausreichend der Notwendigkeit nachgekommen, bevölkerungsbezogene Maßnahmen für alle alkoholabhängigen Patienten bereitzustellen. Dabei liegen mittlerweile geeignete

Ansätze mit ersten Ergebnissen vor (Hapke et al., 1996; Hapke, Rumpf & John, 1997; Hapke, Rumpf, Hill & John, 1997; Hapke et al., 1998a, 1998b, 1999; John et al., 1999; Rumpf, Hapke & John, 1997; Velicer et al., 1999). Die Rehabilitationsmaßnahmen erreichen trotz eines liberalen Antragsverfahrens in den einzelnen Bundesländern nur wenige Alkoholabhängige, wenn der Bedarf für therapeutische Hilfeleistungen aufgrund erwarteter Zahlen von Alkoholabhängigen in der Bevölkerung sowie in der medizinischen Versorgung als Basis genommen wird. Die ambulante Rehabilitation lässt mit ihrer gegenwärtigen Zielgruppendefinition keine Erhöhung der Erreichbarkeit von Alkoholabhängigen oder -missbrauchern erwarten. Sie bringt noch stärker als die stationäre eine Selektion der Patienten in der Art und Weise mit sich, dass besonders ausgeprägte soziale Integration sowie weitere positive Prädiktoren des Therapieerfolges gegeben sein müssen. Die ambulante Rehabilitation weist zudem bisher bescheidene Versorgungszahlen auf (Holz & Leune, 1999).

Die methodisch entwickeltste Studie zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in der medizinischen Versorgung (Allgemeinarztpraxen, Allgemeinkrankenhaus) legt nahe, dass mehr als 91 % der während eines definierten Zeitraumes stationär behandelten Alkoholabhängigen sich in Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern, weitere 6 % in psychiatrischen Krankenhäusern und lediglich 3 % in den dafür vorgesehenen Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung befinden (John et al., 1996). Diese bisher umfangreichste Untersuchung zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in einem Allgemeinkrankenhaus zeigt auch, dass 70,8 % der aktuell alkoholabhängigen Patienten im letzten Jahr keine formelle Suchthilfe in Anspruch genommen hatten (Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung, Beratung oder Selbsthilfegruppe; Rumpf et al., 1998). Eine Bevölkerungsuntersuchung zu suchtmittelbezogenen Störungen, ebenfalls bei 18- bis 64-jährigen (n = 4075; Meyer et al., eingereicht) ergab, dass 70,9 % der gegenwärtig Alkoholabhängigen noch nie Kontakt zu professioneller Suchtkrankenhilfe gehabt hatten, 14,5 % zeigten eine geringe Inanspruchnahme, z. B. weniger als 10 Selbsthilfegruppenbesuche, und weitere 14,5 % nahmen Suchtkrankenhil-

fe in Anspruch, z. B. in Form von zehn oder mehr Selbsthilfegruppenbesuchen, mindestens viermaligem Aufsuchen einer Beratungsstelle oder einer Entwöhnungsbehandlung. Gleichzeitig hatten 80,0 % der Alkoholabhängigen in den letzten zwölf Monaten eine Arztpraxis aufgesucht (Rumpf et al., in Druck). Da die Ergebnisse an 18- bis 64-jährigen Patienten gewonnen wurden, handelt es sich um Stichproben, für die prinzipiell die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit angestrebt wird.

Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäuser sind wichtige Schnittstellen zwischen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation für alkoholabhängige Patienten. Die Patienten befinden sich psychologisch in einer Situation mehr oder minder ausgeprägter Besorgnis um ihre Gesundheit, die für eine Intervention außerordentlich günstig ist (Rumpf, Hapke & John, 1997). Auch die Aufnahme in ein Krankenhaus kann begünstigende motivationale Veränderungen zur Folge haben. Dieses soll am Beispiel der Alkoholabhängigkeit verdeutlicht werden (Rumpf, Hapke & John, 1997). Folgende motivationsfördernde Spezifika des Settings im Allgemeinkrankenhaus lassen sich annehmen: 1. Konfrontation mit einer somatischen Erkrankung (häufig als Folge des Alkoholkonsums), 2. die während des Krankenhausaufenthaltes bestehende Abstinenz, 3. eine zeitweilige Herauslösung aus dem sozialen Kontext.

Die Krankenhausaufnahme erfolgt in der Regel in einer somatischen oder psychischen Krise, wobei die Erkrankung indirekt oder direkt mit dem Alkoholkonsum zusammenhängen kann. Handelt es sich bei der Erkrankung um keine direkte Folge des Alkoholkonsums, erfolgt zumindest eine allgemeine Aufmerksamkeitserhöhung in Bezug auf die eigene Gesundheit. Insgesamt kann eine Diskrepanz zwischen dem erlebten Gesundheitszustand und dem Konsumverhalten wahrgenommen werden. Besonders wenn die Erkrankung eine direkte Verbindung zu hohem Alkoholkonsum aufweist, ergibt sich für den Patienten eine Rückmeldung über die Schwere seines Alkoholkonsums (Hapke, 1999). Die postulierte Erhöhung der Änderungsbereitschaft bei alkoholabhängigen Patienten im Krankenhaus ließ sich auch empirisch gegenüber einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung nachweisen (Rumpf et al., 1999).

Die Trennung von Entgiftung und Rehabilitation ist im Lichte des Standes der Wissenschaft überholt. Der Rehabilitationserfolg wird aufgrund des heutigen Wissens entscheidend dadurch erhöht, dass Rehabilitationsangebote an Orte in der Gesellschaft getragen werden, an denen Alkoholabhängige für Veränderung besonders empfänglich sind. Dies ist neben der Arbeitswelt und den familiären Bezügen besonders die medizinische Versorgung. Auf eine quasi „naturwüchsige“ Entstehung von Motivation zu warten macht insbesondere deshalb keinen Sinn, weil wir heute über die zitierten Interventionsmöglichkeiten verfügen, die Motivation zu beeinflussen. Zudem lässt sich die Idee der Rehabilitation, Maßnahmen auf thememotivierte Rehabilitanden zu begrenzen, nur bedingt realisieren, wie aus Fachkrankenhäusern hinreichend bekannt ist.

Frühintervention

Frühinterventionen erfordern grundsätzlich mindestens zwei Bestandteile: 1. ein Screening und 2. die Intervention selber. Das Screening sollte den Gebrauch psychotroper Substanzen umfassen. Im Alkoholbereich wurde kürzlich ein Sieben-Item-Fragebogen entwickelt, der sich international gegenüber den älteren Fragebögen in der Sensitivität als überlegen erwies (Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening Test, LAST; Rumpf, Hapke, Hill & John, 1997). Im Bereich der Intervention wurden verschiedene Kurzinterventionen, wie ärztlicher Ratschlag zum Beenden des Konsums, Selbsthilfemanuale usw., untersucht (John, 1994).

Entscheidend für den Einsatz von Interventionen ist, dass auch Personen mit geringer Motivation erreicht werden. Einen geeigneten Ansatz bildet das Transtheoretische Modell (Prochaska & Velicer, 1997). Es hat die Änderung im Verhalten zum Ziel, auch bei solchen Personen, die noch nicht änderungsbereit sind. Dementsprechend werden Stadien der Änderungsabsicht differenziert. Im Stadium der Absichtslosigkeit bestehen keine Wünsche, das Konsumverhalten zu ändern. Das Stadium der Absichtsbildung ist vor allem durch ein Anwachsen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten und seinen Konsequenzen charakterisiert. Es gibt ein Abwägen der Person von Argumenten, die für eine Änderung des Konsumverhaltens, und von Argumenten, die dagegen sprechen. Im Stadium der Vorbereitung werden Aktivitäten geplant, im Stadium der Handlung konkrete Schritte unternommen, z. B. ein Selbsthilfegruppenbesuch. Im Stadium der Aufrechterhaltung wird das Zielverhalten, z. B. die Abstinenz, aufrecht erhal-

ten. Das Stadienmodell ist übertragbar auf unterschiedliche Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Änderung des Substanzgebrauches, Aktivitäten, die zur Abstinenz führen können oder die Abstinenz selber (vgl. Keller et al., 1999).

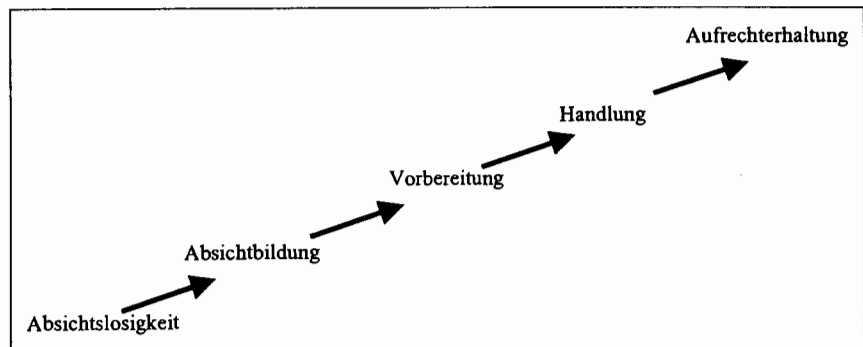


Abbildung 1: Stadien der Änderungsabsicht

Die Motivation, jeweils in das nächsthöhere Stadium voranzuschreiten, ergibt sich aus den „Prozessen“, z. B. Re-Evaluation eigener Einstellungen, eigenen Verhaltens oder einer Situation (vgl. Keller et al., 1999). Das Transtheoretische Modell erlaubt eine Fülle von Instrumenten der Frühintervention, um einer regional bedarfsgerechten Suchtkrankenversorgung näher zu kommen (John et al., 1999). Einen richtungsweisenden Ansatz für Interventionen, insbesondere in frühen Stadien der Änderungsabsicht, bildet die Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999; Hapke et al., 2000).

Motivierende Gesprächsführung wurde im Kontext der Behandlung von substanzabhängigen Menschen entwickelt. Ziel der Motivierenden Gesprächsführung ist die Förderung der Motivation, an seinem Substanzkonsum und den resultierenden Problemen etwas zu ändern. Es baut auf Grundsätzen der Humanistischen Psychotherapieschulen auf, ist jedoch direkter und integriert unterschiedliche Konzepte und Methoden. Beratungs- und Behandlungsstrategien sind spezifisch auf unterschiedliche psychologische Prozesse abgestimmt, die im jeweiligen Stadium der Änderungsabsicht Verhaltens- und Einstellungsänderungen fördern können. Wichtig für ein Setting mit einer motivational niedrigen Zugangsschwelle zur Beratungs-situation ist der Fokus, den Miller & Rollnick dem Konzept gaben: Es sei besonders nützlich für Betroffene, die keine Änderungsbereitschaft oder aber Ambivalenz zeigen. Hierfür schlagen sie fünf Grundprinzipien, fünf allgemeine Techniken der Gesprächsführung, strukturierende themenzentrierte Vorgehensweisen und spezifische Strategien im Umgang mit Widerstand vor.

Fünf 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. Vermeidung von konfrontativen, moralisierenden und stigmatisierenden Argumentationen.
4. Abwehr ist eine gestörte Interaktion zwischen Klient und Berater, die es zu bearbeiten gilt.
5. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit wird als ein wichtiges Element von erfolgreicher intentionaler Verhaltensänderung angesehen, die der Berater durch seine Intervention vermitteln soll.

Fünf allgemeine Techniken der Gesprächsführung

1. Offene Fragen stellen, die den Klienten ermutigen, von sich zu berichten. Es sollen Fragen vermieden werden, 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 geht auf Arbeiten von Rogers (Rogers, 1992) zurück. Durch das reflektierende Zuhören erhält der Berater Zugang zu der Lebenswelt und den zentralen Konzepten des Klienten. Dem Klienten wird hierbei Raum gegeben, ein differenzierteres Bewusstsein über seine jetzige Lebenssituation zu entwickeln. Kontraindiziert sind hierbei: direkte Anweisungen, Warnungen oder Drohungen, Überredungen mit verschiedenen Argumentationen, Moralisierungen, Schuldzuweisungen oder andere Vorgehensweisen, die dem Klienten

eine passive Rolle zuweisen bei der Bearbeitung und Interpretation seiner jetzigen Lebenssituation.

3. Bestätigen und Unterstützen des Klienten. Hierunter sind positive Rückmeldungen zu verstehen. Sie signalisieren dem Patienten, dass er verstanden und angenommen wird. In der Regel geschieht dieses durch kurze Bemerkungen. Hat der Klient z. B. gerade berichtet, dass es ihm sehr schwer gefallen ist, ins Krankenhaus zu gehen, weil er sich wegen seiner Alkoholproblematik schämt, so könnte der Berater zum Beispiel bestätigen: „Das war ein schwerer Schritt für Sie, aber Sie haben es geschafft“.
4. Zusammenfassen zwischen zwei Gesprächsblöcken oder zum Ende der Beratung durch den Berater. Hierbei werden Gesprächsteile zusammengeführt und in eine Struktur gebracht. Dem Klienten wird verdeutlicht, welches Stück Weg in dem Gesprächsabschnitt zurückgelegt wurde. Das Für und Wider, z. B. des Alkoholkonsums, aus der Sicht des Klienten und seine Ambivalenz können hierbei verdeutlicht werden.
5. Äußerungen zur Eigenmotivation herausarbeiten. Motive für Änderungsbereitschaft werden von den Klienten auf kognitiver, affektiver oder intentionaler Ebene geäußert. So ist die Äußerung eines Klienten „Ich habe durch meine Bauchspeicheldrüsenentzündung das erste Mal direkt zu spüren bekommen, dass mir Alkohol auch schaden kann.“ die Anerkennung eines Problems auf kognitiver Ebene. Auf affektiver Ebene spielt der Ausdruck von Sorge oft eine große Rolle bei der Herausarbeitung von Änderungsbereitschaft. Häufig wird die Besorgnis nicht gleich verbalisiert, sondern ist nur aus Gestik oder Mimik zu erschließen. Auch intentionale Änderungsabsichten werden nicht immer offen geäußert, sondern indirekt, z. B. durch die Frage: „Was tun denn Ihre anderen Klienten, wenn sie mit dem Trinken aufhören wollen?“.

Die Motivierende Gesprächsführung mit Schwerpunkten, die nach den Stadien der Änderungsabsicht definiert sind, erscheint besonders für die Frühintervention in der medizinischen Versorgung geeignet. In unserer Studie zur Prävalenz alkoholbezogener Störungen in einem Allgemeinkrankenhaus, die 12,7 % aktual Alkoholabhängige und zusätzlich 4,8 % Alkoholmissbraucher unter den Patienten ergab, verfolgten wir diesen Ansatz (John et al., 1996). Die Alkoholabhängigen wurden bis zu ca. 60 Minuten beraten aufgrund der dargestellten Grundsätze. Ziel war die Förderung der Inanspruchnahme

weiterer Hilfen. Die Raten der Inanspruchnahme erhöhten sich z. B. bei Selbsthilfegruppen von 10,5 % auf 27,2 % im Laufe von 12 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt, bei weiterer Suchtberatung von 8,8 % auf 37,7 %, bei Entwöhnung von 2,6 % auf 12,3 %. Darüber hinaus lagen die Abstinenzraten für jeden der ersten zwölf Monate bei ca. 30 % oder höher (John et al., 1996). Insgesamt eignen sich Grundsätze Motivierender Gesprächsführung sowohl für Einzelberatungen als auch für Motivationsbehandlungen, auch in stationären Behandlungsprogrammen (John, Veltrup et al., 2000). Für eine Routine im Allgemeinkrankenhaus ist aufgrund des bisherigen Wissens ein Suchtliaisondienst mit ständiger Präsenz von Suchtberatern im stationären Bereich besonders sinnvoll. Mittlerweile werden in der stadionspezifischen Motivierenden Gesprächsführung Fortbildungen durchgeführt, die sich bewähren (Hapke et al., 1999).

Fazit

1. Soll die Wirksamkeit der Suchtkrankenversorgung bevölkerungsrelevant werden, ist eine Ausweitung der Aktivitäten vorzunehmen auf eine präventive Orientierung. Die Frühintervention ist im Rahmen der Sekundärprävention dabei von besonderer Bedeutung. Die medizinische Versorgung bietet sich neben dem Arbeitsleben und familiären Bezügen als ein wichtiger gesellschaftlicher Bereich, in dem Menschen mit Problemen im Umgang mit psychotropen Substanzen ausgezeichnet „abzuholen“ sind.
2. Mittlerweile liegen Konzepte zur Durchführung von Frühintervention vor. Es kommt darauf an, diese zu nutzen.

Literatur

- Hapke, U. (1999). *Sekundärpräventive Interventionen bei Patienten mit einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde*. Hamburg: Universität Hamburg: Dissertation.
- Hapke, U., Kremer, G. & Rumpf, H.-J. (2000). Motivational Interviewing. In Stimmer, F. (Ed.), *Suchtlexikon*. 410-413. München: Oldenbourg.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & John, U. (1997). Alkoholprobleme in der medizinischen Basisversorgung – Prävalenz und sekundärpräventive Strategien. In Aktion Psychisch Kranke (Ed.), *Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen*. 49-59. Freiburg: Lambertus.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1996). Beratung von alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Alkohol, Konsum und Missbrauch. Alkoholismus, Therapie und Hilfe*. 345-354. Freiburg: Lambertus.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1997). Alkoholabhängigkeit und -missbrauch im Allgemeinkrankenhaus – Förderung der Inanspruch-

Anmerkung

Die zitierten Forschungsarbeiten der Autoren wurden mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (326-4914-8/38) sowie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (07 EB 9421 und 01 EB 9406) durchgeführt.

nahme suchtspezifischer Versorgungsangebote. In John, U. & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen*. 101-108. Freiburg: Lambertus.

Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1998a). *Grundprinzipien motivierender Beratung*. Bremen: Schriftenreihe zur Suchtkrankenhilfe des Senators für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz – Referat Suchtkrankenhilfe, Band 2.

Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1998b). Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counselling by physicians' routine clinical practice versus screening questionnaires. *Addiction*, 93, 208-209.

Hapke, U., Rumpf, H.-J., Schumann, A. & John, U. (1999). Beratung von Menschen mit problematischem Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum auf Basis des Transtheoretischen Modells. In Keller, S. (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung: das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. 81 - 91. Freiburg.

Holz, A. & Leune, J. (1999). Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2000*. 139-160. Geesthacht: Neuland.

John, U. (1994). Ansätze zur Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Rahmen der medizinischen Behandlung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 99-105.

John, U. (1997). Bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung bei Alkoholkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit. In John, U. & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen*. 11-26. Freiburg: Lambertus.

John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (1998). Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz und Konsum psychotroper Substanzen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6, 58-74.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Baden-Baden: Nomos.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Schumann, A. & Bischof, G. (1999). Das TTM als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung – der Ansatz der Community Medicine. In Keller, S. (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. 45-55. Freiburg: Lambertus.

John, U., Rumpf, H.-J. & Hapke, U. (2000). *Bevölkerungsorientierte Suchtkrankenversorgung*. Greifswald: Universität Greifswald. Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin.

John, U., Veltrup, C., Drlessen, M., Wetterling, T. & Dilling, H. (2000). *Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen*. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin.

Keller, S., Velicer, W. F. & Prochaska, J. O. (1999). Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In Keller, S. (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. 17-44. Freiburg: Lambertus.

Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (eingereicht). Prevalence of alcohol consumption, abuse and dependence in a country with high per capita consumption: findings from the German TACOS study.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

Rogers, C. R. (1992). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. 1957 [classical article]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 827-832.

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

Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (1997). Spezifika des Settings im Allgemeinkrankenhaus und

ihre Bedeutung für die Vernetzung von Suchthilfen. In John, U. & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Ed.), *Regionale Suchtkrankenversorgung. Konzepte und Kooperationen*. 93-100. Freiburg: Lambertus.

Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (1998). Previous help-seeking and motivation to change drinking behavior in alcohol-dependent general hospital patients. *General Hospital Psychiatry*, 20, 115-119.

Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (1999). Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry*, 21, 348-353.

Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. & John, U. (in Druck). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Laforge, R. G. & Rossi, J. S. (1999). Interactive versus noninteractive interventions and dose-response relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting. *Health Psychology*, 1, 21-28.

Die Autoren:

* Prof. Dr. Ulrich John
 Dr. Ulfert Hapke, Dipl.-Psych.,
 Dipl.-Soz. päd.
 Ernst-Moritz-Arndt-Universität
 Greifswald
 Medizinische Fakultät
 Institut für Epidemiologie und
 Sozialmedizin
 Walther-Rathenau-Straße 48,
 17487 Greifswald
 Internet: <http://www.medizin.uni-greifswald.de/epidem>
 Email: ujohn@mail.uni-greifswald.de
hapke@mail.uni-greifswald.de

** Dr. Hans-Jürgen Rumpf, Dipl.-Psych.
 Medizinische Universität zu Lübeck
 Klinik für Psychiatrie
 Ratzeburger Allee 160
 23538 Lübeck
 Email:
rumpf.h@psychiatry.mu-luebeck.de