

Minimalinterventionen: Chancen für die Frühintervention von Alkoholproblemen in der medizinischen Versorgung?

Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Janina Grothues, Susa Reinhardt, Christan Meyer, Ulfert Hapke und Ulrich John

Versorgungslage

Auf Grundlage einer vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Expertise ist in Deutschland mit 1,6 Millionen Personen zu rechnen, die eine aktuelle Alkoholabhängigkeit aufweisen. Hinzu kommen noch etwa 3,2 Millionen Personen, die früher einmal die Diagnose der Alkoholabhängigkeit erfüllt haben (Bühner et al., 2000). Weiterhin weisen 2,7 Millionen Personen einen aktuellen Alkoholmissbrauch auf. Insgesamt betreiben 8,3 Millionen Individuen einen riskanten Alkoholkonsum (30-60 g Reinalkohol für Männer, 20-40 g für Frauen), 3,4 Millionen einen gefährlichem Konsum (60-120 g pro Tag für Männer, 40-80 g für Frauen) und 440000 Personen Hochkonsum (mehr als 120 g bei Männern und mehr als 80 g bei Frauen). Die Kosten der alkoholbezogenen Erkrankungen werden pro Jahr auf ca. 20 Milliarden EUR geschätzt (Bergmann & Horch, 2002).

Trotz der bedeutsamen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Folgen ist die Versorgungslage von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen oder riskantem Konsum defizitär. Eine in Lübeck und Umgebung durchgeführte Bevölkerungsuntersuchung an 4075 Personen ergab, dass von den alkoholabhängigen Individuen nur ein kleiner Teil eine alkoholbezogene Behandlung erhält. Von jenen, die eine aktuelle Alkoholabhängigkeit innerhalb der letzten zwölf Monate aufwiesen, hatten 70,9% keinerlei Kontakt zu sucht-spezifischen Hilfen. 14,5% wiesen geringfügige Hilfen auf, z.B. bis zu drei Kontakten zur Beratungsstelle oder bis zu zehn Selbsthilfegruppen-Besuchen. Bei weiteren 14,5% ging die Hilfe darüber hinaus (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof, & John, 2000).

Die Daten der selben Studie ergaben, dass 80% der alkoholabhängigen Personen mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Hausarzt, einem praktischen Arzt oder einem Internisten haben. Bei Alkoholmissbrauchern lag diese Rate bei 67,4%. Weiterhin waren 24,5% der Abhängigen einmal im Jahr in einem Krankenhaus. Die Daten zeigen, dass Einrichtungen der medizinischen Versorgung einen günstigen Zugangsweg zu Personen mit problematischem Alkoholkonsum darstellen. In Entsprechung hierzu zeigen sich

auch dort hohe Prävalenzraten von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch. In einer Lübecker Untersuchung wiesen 12,7% der 18-65jährigen Krankenhauspatienten eine Alkoholabhängigkeit auf und 4,8% einen Alkoholmissbrauch. In zwölf randomisiert ausgewählten Arztpraxen hatten 7,2% eine Abhängigkeit und 3,5% einen Missbrauch (Hill, Rumpf, Hapke, Driessen, & John, 1998; John, Hapke, Rumpf, Hill, & Dilling, 1996; John, Rumpf, & Hapke, 1999). Eine weitere Zahl, die belegt, welchen Stellenwert die medizinische Versorgung in der Behandlung Alkoholabhängiger einnimmt, ist die Schätzung, dass von allen stationär aufgenommenen Alkoholabhängigen in einem Jahr 91% in Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden, 6% in psychiatrischen Krankenhäusern und weitere 3% in den spezialisierten Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung (John, Hapke, & Rumpf, 2001).

Diese Ausgangslage macht deutlich, dass Einrichtungen der medizinischen Versorgung geeignet sind, um frühzeitig und proaktiv, also auf den Betroffenen zugehend, Interventionen anzubieten, die es ermöglichen, die Trinkmenge zu reduzieren, abstinent zu werden oder weitergehende Hilfe in Anspruch zu nehmen. Tatsächlich ist trotz vielfältiger Bemühungen derzeit keine entsprechende Versorgung mit Maßnahmen der Frühentdeckung und Kurzintervention in Deutschland gegeben, obgleich solche Interventionen wirksam sind (Moyer, Finney, Swearingen, & Vergun, 2002; Wilk, Jensen, & Havighurst, 1997). Daten aus anderen Ländern zeigen, dass nur wenige Ärzte Patienten mit problematischem Alkoholkonsum beraten (Bradley, Curry, Koepsell, & Larson, 1995).

Zwar gibt es eine Reihe von Maßnahmen zur Erhöhung der Interventionsraten. Dazu geeignet sind Informationsmaterialien (Richmond & Anderson, 1994) sowie Weiterbildungsmaßnahmen und nachfolgende Unterstützung (Gomel, Wutzke, Hardcastle, Lapsley, & Reznik, 1998; Kaner et al., 2001; Lock, Kaner, Heather, McAvoy, & Gilvarry, 1999). Aber trotz solcher Maßnahmen konnten in einem von der WHO unterstützten Projekt mit maximalem Unterstützungsaufwand lediglich erreicht werden, dass 26% der Patienten mit Hilfe eines Screenings auf Alkoholprobleme

untersucht und 18% der Patienten mit einem riskanten Alkoholkonsum vom Arzt beraten wurden (Gomel et al., 1998). Diese Daten zeigen, dass eine Versorgung aller Patienten in diesem Bereich schwierig ist. Zu den Hauptgründen, nicht zu intervenieren, gehörten in einer englischen Stichprobe von Hausärzten mangelnde Zeit und mangelnde Ausbildung (Kaner, Heather, McAvoy, Lock, & Gilvarry, 1999). In einer Befragung von Hausärzten in Lübeck und 46 angrenzenden Gemeinden wurden die folgenden Gründe in absteigender Reihenfolge am häufigsten genannt: Zeitmangel, Frühinterventionen kosten mehr als dass sie nutzen, schlechte Mitarbeit des Patienten, mangelnde Motivation des Patienten, mangelnde Ausbildung des Arztes und mangelnde Erfolgsaussichten (eigene unveröffentlichte Daten).

Wenn die Bereitschaft oder Möglichkeit der Ärzte, Frühinterventionen durchzuführen, begrenzt ist, sind besonders ökonomische Methoden notwendig. Solche Minimalinterventionen bestehen zum Einen im Austeilen von schriftlichen Informationen, die bereits einen Effekt zeigen können. Derartige Informationen können entweder die Form von Broschüren (Selbsthilfemanuale) aufweisen oder es kann sich um individualisierte persönliche Rückmeldungen handeln (Expertensysteme). In beiden Fällen ist es von entscheidender Bedeutung, die Bereitschaft zur Änderung des Trinkverhaltens als Grundlage zu nehmen, um effektive Maßnahmen anzubieten.

Änderungsmotivation

Um auch wenig änderungsbereite Personen im Sinne bevölkerungsorientierter Maßnahmen zu erreichen, ist es erforderlich, die Zielgruppe differenziert nach der individuellen Änderungsbereitschaft der Betroffenen zu betrachten (John et al., 2002). Hierzu hat sich das Transtheoretische Modell (TTM) der intentionalen Verhaltensänderung (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska, Redding, & Evers, 1997) als besonders fruchtbares methodisches Konzept erwiesen. Es werden fünf aufeinander aufbauende *Stadien der Änderungsbereitschaft* unterschieden (Keller, Velicer, & Prochaska, 1999). Prochaska und DiClemente weisen darauf hin, dass nur wenige Betroffene die Sta-

dien der Änderung in einer Richtung durchlaufen. Das Modell sieht vor, dass eine Person zu jeder Zeit ein Stadium verlassen und in eines der folgenden oder einer der vorangegangenen Stadien zurückkehren kann.

Im Stadium der *Absichtslosigkeit* findet keine Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten statt, eine Änderung wird nicht in Erwägung gezogen. Dies kann sowohl in einem Mangel an relevanten Informationen, als auch in einem Mangel an Problembewusstsein beziehungsweise ungünstigen Konsequenzen des entsprechenden Risikoverhaltens begründet liegen. In der Stufe der Absichtslosigkeit finden sich auch Personen, die sich nach mehreren Rückfällen keinen Erfolg von weiteren Änderungsversuchen mehr versprechen. Personen im Stadium der Absichtslosigkeit tendieren dazu, Informationen bezüglich ihres Risikokonsums auszublenden und eine bewusste Auseinandersetzung mit der Thematik zu vermeiden.

Das Stadium der *Absichtsbildung* ist durch zunehmende Auseinandersetzung mit dem eigenen Trinkverhalten gekennzeichnet. Die betroffene Person wägt Argumente für und wider eine Änderung ihres Alkoholtrinkverhaltens ab. Oftmals stehen die Vor- und Nachteile des persönlichen Konsums in ausgewogener Balance, was dazu führt dass noch keine konkreten Schritte zur Änderung des Verhaltens unternommen werden. Die Person ändert jedoch gleichzeitig ihre Einstellung zum eigenen Alkoholkonsum und nimmt sich vor, eine Änderung ihres Verhaltens in absehbarer Zeit, d.h. „in den nächsten sechs Monaten“, einzuleiten. Personen können jedoch sowohl im Stadium der Absichtslosigkeit, als auch im Stadium der Absichtsbildung sehr lange verharren, ohne dass ein weiteres Fortschreiten im Änderungsprozess erkennbar wird.

Im Stadium der *Vorbereitung* wird eine klare Entscheidung für eine Änderung des Trinkverhaltens getroffen, die Person plant konkrete Maßnahmen zur Änderung ihres Trinkverhaltens. Oftmals werden bereits erste Schritte unternommen, um diese Pläne in die Tat umzusetzen. Der Rahmen der Vorbereitung ist zeitlich eng begrenzt (meist die „nächsten 30 Tage“) und wird somit als „Durchgangsstufe“ (Keller et al., 1999) beschrieben.

Im Stadium der *Handlung* führen die konkret geplanten Maßnahmen zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung. Eine Person befindet sich im Stadium der *Aufrechterhaltung*, wenn das Zielverhalten seit mindestens sechs Monaten stabil beibehalten werden konnte.

Das Ziel entsprechender Interventionen zur Verhaltensänderung besteht darin,

die betreffende Person zum Schritt in das nächsthöhere Stadium zu motivieren. Dabei sind einige Änderungsprozesse, d.h. Aktivitäten und Ereignisse, die ein riskantes Verhalten und damit zusammenhängende Kognitionen und Emotionen beeinflussen und verändern (DiClemente, 1991), in einzelnen Stadien bedeutsamer und werden häufiger genutzt als andere (Perz, DiClemente, & Carbonari, 1996).

Auf subjektive Bewertungsprozesse und das emotionale Erleben bezogene Strategien sind bedeutsam bei frühen Stadien der Verhaltensänderung (Absichtslosigkeit und Absichtsbildung):

1. Steigern des Problembewusstseins
2. Emotionales Erleben
3. Neubewertung der persönlichen Umwelt
4. Selbstneubewertung
5. Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen

Auf das Verhalten bezogene Strategien sind bedeutsam bei den späteren Stufen der Verhaltensänderung (Vorbereitung bis Aufrechterhaltung):

6. Selbstverpflichtung
7. Kontrolle der Umwelt
8. Gegenkonditionierung
9. Nutzen hilfreicher Beziehungen und
10. Selbstverstärkung

Neben den Stufen und den Strategien der Verhaltensänderung gibt es zwei weitere bedeutsame Variablen („abhängige Variablen“). Das Konstrukt der Entscheidungsbalance stellt die wahrgenommenen subjektiven Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung in den Vordergrund. Bei der Progression über die verschiedenen Stadien erfolgt eine Veränderung in der Gewichtung der Vor- und Nachteile: je weiter fortgeschritten jemand in den Stadien ist, desto wichtiger werden die Vorteile der Verhaltensänderung. Ein zweites Konstrukt ist die Selbstwirksamkeitserwartung im Zusammenhang mit situativen Versuchungen. Im Kontext des TTM beschreibt sie die Zuversicht eines Individuums, ein bestimmtes Zielverhalten auch in Situationen mit Verlockungen oder Anfechtungen zu zeigen.

Selbsthilfemanuale

Die Wirksamkeit von schriftlichen Informationen zur Trinkmengenreduktion ist gut belegt (Apodaca & Miller, 2003). Selbsthilfemanuale zur Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenzlerlangung bieten aus Sicht bevölkerungsorientierter Suchtkrankenhilfe eine hohe Erreichbarkeit der Zielgruppe bei geringem Ressourceneinsatz. Sie sollten daher so beschaffen sein, dass sie für Personen in den unterschiedlichen Stadien der Änderungsbereitschaft

hilfreich sind und somit auch Betroffene, die zunächst keine Änderung ihres Verhaltens anstreben, zur Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz motivieren. Befunde zum Einsatz stadienbezogener Selbsthilfemanuale finden sich vorwiegend im Bereich der Raucherentwöhnung (DiClemente et al., 1991; Rossi, 1993; Rumpf, Meyer, Hapke, Dilling, & John, 1998). Eine Evaluation derartiger Manuale nach inhaltlichen Kriterien findet sich bei Schumann, Hapke, & John (1999). Aufgrund empirischer Erhebungen ließ sich nachweisen, dass entsprechende Programme auf dem Hintergrund des TTM eine große Anzahl von Rauchern und damit auch Raucher mit geringer Änderungsmotivation erreichen (Goldberg et al., 1994; Pallonen et al., 1994; Prochaska, DiClemente, Velicer, & Rossi, 1993; Salmen & Behrendt, 1996). Ein Vergleich zur Effektivität nicht-stadienbezogener Selbsthilfemanuale zur Raucherentwöhnung mit einem auf den Stadien des TTM basierenden Manuals ergab eine äquivalente Erfolgsquote über einen Zeitraum von sechs und zwölf Monaten. Im Hinblick auf langfristige Abstinenz nach 18 Monaten ergab sich jedoch eine signifikant höhere Abstinenzrate nach Einsatz des stadienbezogenen Manuals (Prochaska et al., 1993). Die Nutzung von Selbsthilfemanualen im Bereich der Alkoholforschung ist international gut dokumentiert (Cunningham, Sdao-Jarvie, Koski-Jannes, & Breslin, 2001; Finfgeld, 2000). Die Effektivität diesbezüglicher Selbsthilfebroschüren wird häufig im Zusammenhang mit der nicht-homogenen Änderungsbereitschaft der Zielgruppe diskutiert (Savage, Hollin, & Hayward, 1990). Auch in Deutschland liegt derzeit zum Thema Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz eine übersichtliche Reihe von benutzerfreundlichen und informativen Selbsthilfemanualen vor (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BzgA; Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS). Diese Manuale sind jedoch nicht differenziert nach den Stadien der Änderungsbereitschaft aufgebaut. Weiterführende Literaturrecherchen in mehreren medizinischen Datenbanken ergaben ebenfalls keine Befunde zu Selbsthilfemanualen im Rahmen der Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz unter besonderer Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells. Auf diesem Hintergrund wurde ein Manual entwickelt, welches nunmehr für den deutschsprachigen Bereich vorliegt (Rumpf et al., 2004).

Der Druck erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Barmer Krankenkasse durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), bei der das Manual auch bezogen werden kann.

Grundlage für die Erstellung des Selbsthilfemanuals ist das TTM der Verhaltensän-

derung. Aufgebaut und gegliedert nach den im vorhergehenden Text umrissenen fünf Stadien der Änderungsbereitschaft (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung) ermöglicht es den gezielten Zugang zu den jeweils relevanten Textabschnitten für die entsprechende Phase der Verhaltensänderung. Der stadienumfassende Aufbau innerhalb eines einzigen Manuals ermöglicht die Nutzung durch eine weite Zielgruppe von Risikokonsumenten, Missbrauchern sowie Abhängigen für alle Phasen der Änderungsmotivation. Dies ermöglicht es einer Person, sich in Abhängigkeit ihrer derzeitigen Änderungsmotivation innerhalb des Manuals in verschiedenen Stadien zu bewegen. Angestrebt ist eine Steigerung der Handlungsmotivation, d.h. ein Fortschreiten in das nächsthöhere Änderungsstadium mit dem Ziel der entsprechenden Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz.

Einzelne Bausteine des Manuals wurden unter Berücksichtigung verhaltenstherapeutischer Modelle und Erkenntnisse erstellt. Sie umfassen vor allem Informationsvermittlung, Selbstbeobachtung, Vertragsmanagement, Analyse von Risikofaktoren und Situations-Reiz-Kontrolle, Selbstverstärkung, Nutzung sozialer Unterstützung und Rückfallprävention (Marlatt, 1985; Marlatt, 1985a; Marlatt & Gordon, 1980, 1985). Der Fokus des gesamten Manuals liegt auf dem Aspekt der Selbstbeobachtung sowie der Betonung der Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit des Einzelnen. Hierdurch soll eine konfrontative Haltung und das Auftreten von Widerstand vermieden werden. Eine solche konfrontative Wirkung kann sich, gemäß den Erkenntnissen der Motivierenden Gesprächsführung („Motivational Interviewing“) (Miller & Rollnick, 2002; Miller & Rollnick, 1999), kontraproduktiv auf den Änderungsprozess auswirken und besonders in frühen Stadien der Änderungsbereitschaft zu Problemverdrängung und Ablehnung der zu vermittelnden Informationen führen. Therapeutische Bausteine der Motivierenden Gesprächsführung sowie seiner „Adaption für die Anwendung in der medizinischen Versorgung, des „Behaviour Change Counselling“ (Rollnick, Mason, & Butler, 1999), wurden in Abhängigkeit der Änderungsprozesse des TTM verwendet, d.h. innerhalb der einzelnen stadienbezogenen Textabschnitte werden die jeweils angemessenen Änderungsprozesse unterstützt und gefördert. Eine zusammenfassende Übersicht der einzelnen Bausteine und ihre Anwendung in den Stadien des Manuals findet sich in Tabelle 1.

Tab. 1: Inhaltliche Bausteine und ihre stadienbezogene Anwendung innerhalb des Manuals

Das Manual „Umgang mit Alkohol. Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen“

Einleitend werden die Zielgruppe des Manuals festgelegt und Informationen zu alkoholassoziierten Gesundheitsstörungen und risikoarmen Trinkmengen vermittelt. Beispiele zur praktischen Anwendung der Informationen erleichtern die Selbsteinschätzung des persönlichen Risikos verbunden mit dem eigenen Trinkverhalten. Es folgt eine knappe Übersicht zu den einzelnen Stadien der Änderung und deren Beschreibung, sowie ein Überblick zum Aufbau der Broschüre, um der Person einen Eindruck zum zugrundeliegenden Theorieansatz zu ermöglichen und zugleich die Handhabung des Manuals zu erleichtern. Ein kurzer und übersichtlicher Selbsttest zu Beginn der Broschüre ermöglicht dem Leser eine Einschätzung zum persönlichen Stadium der Änderung und verweist an die jeweils relevanten Textabschnitte des Manuals. Ein erneuter Selbsttest am Ende eines jeden stadienbezogenen Abschnittes ermöglicht, über die auf den vorausgegangenen Seiten vermittelten Informationen

und Strategien zu reflektieren und bei eventueller Änderung auf motivationaler und verhaltensbezogener Ebene ebenfalls denjenigen Abschnitt für das neue Stadium der Änderung zu nutzen. Durch schriftliche Anleitungen und Übungen in allen Stadien des Manuals werden die jeweiligen Änderungsprozesse unterstützt, die kognitive Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten gefördert, sowie die Selbstverpflichtung verstärkt.

Informationen zu alkoholassoziierten Gesundheitsrisiken sowie risikoarmen Trinkmengen finden sich verstärkt in den Stadien der *Absichtslosigkeit* und *Absichtsbildung*, um kognitiv-affektive Prozesse der Änderung anzuregen. Durch Analyse des eigenen Alkoholtrinkverhaltens und das Generieren von Vor- und Nachteilen des persönlichen Alkoholkonsums soll ein Empfinden von Ambivalenz in Bezug auf die eigene Änderungsbereitschaft geweckt werden. Durch Widerspiegelung dieser Ambivalenz anhand visueller Gegenüberstellung der positiven und negativen Aspekte wird das Problembewusstsein der Person gefördert. Durch kognitive Auseinandersetzung mit möglichen Konsequenzen einer Verhaltensän-

Inhaltliche Bausteine	Beschreibung	Verstärkte Anwendung in den Stadien
Informationsvermittlung	Informationen zu alkoholassoziierten Gesundheitsrisiken und -störungen sowie risikoarmen Trinkmengen	Absichtslosigkeit, Absichtsbildung
Förderung von Ambivalenz	Differenzierte Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen des persönlichen Trinkverhaltens	Absichtslosigkeit, Absichtsbildung
Resistenzreduktion	Betonung und Förderung von Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortlichkeit	Absichtslosigkeit, Absichtsbildung
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	Differenzierte Auseinandersetzung mit positiven und negativen Erwartungshaltungen zur Verhaltensänderung, Exploration von Handlungswichtigkeit und Erfolgszuversicht, Verstärkung handlungsorientierter Kognitionen, Generieren von realistischen Handlungsoptionen	Absichtsbildung, Vorbereitung
Selbstbeobachtung	Analyse situationaler, personaler und emotionaler Bedingungen des Alkoholkonsums, Risikosituationen	Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung
Selbstverpflichtung, Handlungsplan und Vertragsmanagement	(Schriftliche) Erarbeitung der persönlichen Handlungszielsetzung und realistischer Handlungsstrategien und -hilfen	Alle Stadien
Situations-Reiz-Kontrolle	Einsatz alternativer Verhaltensweisen zur Veränderung von Verhaltensketten	Vorbereitung
Risikomanagement	Umgang mit situationalen, emotionalen und personalen Risikofaktoren	Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung
Soziale Unterstützung	Nutzung von sozialer Unterstützung zur Verhaltensänderung	Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung
Selbstverstärkung	Belohnung änderungsrelevanter Handlungsschritte die zu Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz führen	Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung
Bilanzierung	Reflexion der Risiken des eigenen Trinkverhaltens, Zielsetzung, persönliche Gründe zur Verhaltensänderung und Handlungsplan, Bilanz bisheriger Erfolge und Veränderungen	Handlung, Aufrechterhaltung
Rückfallprophylaxe	Strategien und Techniken zur Rückfallvermeidung und Sicherung langfristiger Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz	Handlung, Aufrechterhaltung

derung wird eine Handlungszielrichtung generiert und die Entscheidungsfindung erleichtert.

Zur Förderung verhaltensbezogener Änderungsprozesse finden die therapeutischen Bausteine Selbstbeobachtung, Selbstverpflichtung, Handlungsplan und Vertragsmanagement, Situations-Reiz-Kontrolle, Risikomanagement, Soziale Unterstützung, Reflexion und Rückfallprophylaxe verstärkte Anwendung in den späteren Stadien. Anhand von Selbstbeobachtung wird die Analyse situativer, personaler und emotionaler Bedingungen des Alkoholkonsums sowie individueller Risikosituationen ermöglicht. Erarbeitung persönlicher Handlungszielsetzungen und schrittweise Erarbeitung der geplanten Vorgehensweisen und Strategien, eines Handlungsplanes, erleichtert die realistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und ermöglicht zielorientiertes und strukturiertes Vorgehen. Situations-Reiz-Kontrolle umfasst die Erarbeitung und das Einsetzen von alternativen Verhaltensweisen zur Veränderung von Verhaltensketten. Risikomanagement ermöglicht den gezielten und konstruktiven Umgang mit individuellen Risikosituationen in Bezug auf angestrebte Handlungsziele. Zur Festigung erfolgreicher Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz im Rahmen der Rückfallprophylaxe werden persönliche Gründe und Faktoren, die eine Person ursprünglich zur Verhaltensänderung bewog, erneut rekonstruiert, um Handlungsintentionen zu verstärken und Handlungserfolge zu verdeutlichen. Zum Umgang mit Rückfällen werden Versagensängste diskutiert und abgeschwächt, die Person wird angeleitet, hilfreiche Erfahrungen mit der angestrebten Trinkmengenreduktion bzw. Abstinenz zu generieren und einzelne Strategien für weitere Handlungsansätze vertiefend zu nutzen. Die insgesamt knapp 50 Seiten umfassende Broschüre erlaubt es dem Leser, in Abhängigkeit von seiner Motivationslage wirkungsvolle Strategien zu nutzen, die den Änderungsprozess vorantreiben.

Expertensysteme

Expertensysteme sind Computerprogramme, die den menschlichen Experten bei der Problemlösung im weitesten Sinne unterstützen sollen (Martin-Diener, Suter, & Somaini, 1999). Feedback-Systeme dienen gleichfalls der Unterstützung der Fachexperten, allerdings in sehr viel bescheidenerem Rahmen, eher im Sinne einer detaillierten und schriftlichen Rückmeldung von gegebenen Informationen. In diesem Beitrag werden die beiden Begriffe synonym verwendet, denn im Zusammenhang mit dem Transtheoretischen Modell werden in der Literatur die computergestützten Interventionssysteme

zur Verhaltensänderung oft als „Expertensysteme“ bezeichnet, sind aber relativ einfach strukturiert und auch für Laien überschaubar (Martin-Diener et al., 1999).

Für die Entwicklung eines computerisierter Feedbacks muss man sich zunächst über den eigentlichen Inhalt einer solchen Rückmeldung Gedanken machen. Laut der Taxonomie von DiClemente et al. gibt es drei verschiedenen Arten von Feedback (DiClemente, Marinilli, Singh, & Bellino, 2001):

- I. Generelle Informationen, die für eine ganze Gruppe relevant sein können
 1. Basierend auf der gesamten Population
 2. Basierend auf einer Subgruppe der Population
- II. An die Charakteristiken der Teilnehmer angepasstes Material
 1. Basierend auf demographischen Charakteristiken (Geschlecht, Alter, Zugehörigkeit...)
 2. Basierend auf den Charakteristiken des Risikos
- III. Individualisierte Informationen basierend auf einer vorangegangenen Erhebung
 1. Quelle des Vergleiches
 - a. Normativ (bezogen auf die Vergleichsgruppe)
 - b. Ipsativ (bezogen auf frühere Angaben der selben Person)
 2. Inhalt
 - a. Informationen über das Risiko/Problem
 - b. Derzeitiger Status
 - c. Möglichkeiten der Änderung

Dabei ist zu betonen, dass individualisierte Rückmeldungen vom Nutzer weniger Energie und Aufwand erfordern, um die dargebotenen Informationen der eigenen Angaben mit der tatsächlich empfundenen Situation zu verbinden, also als persönlich relevant zu verarbeiten.

Es liegen bereits positive Erfahrungen mit solchen Expertensystemen aus verschiedenen Bereichen vor. Ein Feedbacksystem, welches den Anforderungen der individualisierten Information auf Grundlage einer vorangegangenen Erhebung entspricht, wurde von Prochaska und Mitarbeitern für die Raucherentwöhnung entwickelt (Prochaska et al., 1993). Dieses Programm gibt in zeitlichen Abständen von 0,3 und 6 Monaten normative, später auch ipsative Rückmeldungen, die den Veränderungen in Einstellungen des Klienten Rechnung tragen. Die Expertensysteme für den Bereich der Tabakentwöhnung haben sich in mehreren Studien als wirksam erwiesen (Etter & Pernerger, 2001; Prochaska et al., 1993; Velicer, Prochaska, Fava, Laforge, & Rossi, 1999).

Für den Bereich der alkoholbezogenen Störungen gibt es im deutschsprachigen Raum bisher keine entsprechende Anwendung. International hat es einige erste Ansätze gegeben (z.B. Cunningham, Humphreys, & Koski-Jännes, 2000; Hester & Delaney, 1997), die erste Hinweise auf eine Wirksamkeit liefern, allerdings eine Reihe von Mängeln aufweisen und bislang noch unzureichend untersucht wurden (Übersicht bei Bischof, Reinhardt, Grothues, John, & Rumpf, in press).

Entwicklung von Extra

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderter Projektes zu Frühinterventionen bei Hausärzten (Rumpf et al., 2003) wurde ein individuelles computerisiertes Feedback für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen oder riskantem Konsum entwickelt: Der Expertentest und -ratgeber Alkohol (Extra). Neben der Studienversion ist ebenfalls mit Unterstützung des Ministeriums für Gesundheit Soziales und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein, der IKK und den Guttemplern eine Internetversion entwickelt worden, die in Kürze online zur Verfügung stehen wird (www.extra.uni-luebeck.de).

Für die jeweilige Individuelle Rückmeldung werden Elemente genutzt, die auf dem oben beschriebenen TTM beruhen. Ergänzend zum TTM werden in der Rückmeldung Konzepte normativer Rückmeldung von Trinkmengen und Motivierender Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999) genutzt.

Die Basis zur Berechnung der Algorithmen, die für das Feedback genutzt werden, sind Daten, die durch einen Fragebogen am Beginn der Studienteilnahme von jedem Probanden erhoben werden. Dabei werden folgende Konstrukte und Variablen erfasst:

1. Stadien der Verhaltensänderung
2. Entscheidungsbalance: Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums
3. Strategien der Änderung
4. Selbstwirksamkeitserwartung und situative Versuchung
5. Angaben zu Trinkmenge, Trinkfrequenz und zum Binge-Drinking (Trinkmengen von mehr als 60 Gramm Reinalkohol pro Gelegenheit für Frauen und 80 Gramm pro Gelegenheit für Männer)

Die schriftliche Rückmeldung enthält u.a. folgende Elemente: Nach der persönlichen Anrede des Teilnehmers wird in einem kurzen Einleitungstext Auskunft zum Feedback gegeben. Es folgt eine Rückmeldung zu den Stadien der Änderungsbereitschaft. Je nachdem, ob sich die Person im Stadium der Absichtslosigkeit

keit, der Absichtsbildung, der Vorbereitung oder der Handlung befindet, wird der passende Eintrag aus verschiedenen Textbausteinen ausgewählt. Hierfür ein exemplarischer Textbaustein für einen Studienteilnehmer im Stadium der Absichtsbildung:

Sie machen sich Gedanken über den Alkoholkonsum, sind sich aber unschlüssig, ob Sie etwas daran ändern möchten. Im Moment sehen Sie dafür keine ausreichende Notwendigkeit. Für Sie sind besonders die Selten x-xx der beiliegenden Broschüre interessant. Sie können dort einige wertvolle Anregungen und Informationen finden, die auf Ihre Situation passen.

Aufbauend auf einem Fragebogen zur Entscheidungsbalance, der die Wichtigkeit von Vor- und Nachteilen hinsichtlich des Alkoholtrinkens erfasst, wird berechnet, ob eher die Vor- oder die Nachteile des Alkoholkonsums bei dem jeweiligen Klienten überwiegen. Entsprechend kann daraufhin aus drei Textblöcken der passende Eintrag ausgewählt werden (Überwiegen der Vorteile, Überwiegen der Nachteile oder beide sind gleichgewichtig). Es erfolgt anschließend in einer Tabelle eine Auflistung von jeweils drei Items zu den Vor- und den Nachteilen und ihre Gegenüberstellung. Dabei werden die Angaben mit den höchsten Bewertungen aus dem Erhebungsinstrument ausgewählt. Falls es keine klaren Unterschiede gibt, wird dieses entsprechend als Text vermerkt. Ein Beispieltext bei einem Überwiegen der positiven Seiten des Alkoholkonsums könnte folgendermaßen lauten:

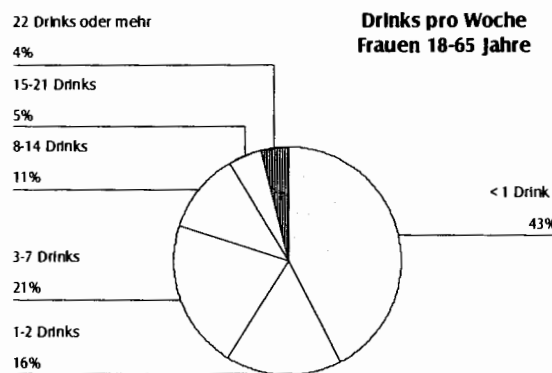
Es gibt bei Ihnen sowohl einige Dinge, die Ihnen am Alkoholtrinken gut gefallen, als auch einige Aspekte, die Ihnen weniger gut gefallen. Dies geht vielen Menschen so. Insgesamt hat sich aufgrund der von Ihnen ausgefüllten Fragebögen ergeben, dass bei Ihnen derzeit die positiven Seiten des Alkoholtrinkens überwiegen. Das heißt, sie machen sich derzeit nicht so viele Gedanken über die negativen Seiten oder empfinden die angenehmen Dinge am Alkohol als wichtiger. Es ist oftmals interessant, die beiden Seiten der Medaille einmal gegenüberzustellen. Wir haben daher jeweils drei der wichtigsten positiven und negativen Aspekte, die sich aus Ihren Fragebögen ergaben, für Sie aufgeschrieben:

Angenehme Dinge

- Sie haben mehr Selbstvertrauen, wenn Sie Alkohol trinken.
- Alkoholische Getränke schmecken Ihnen gut.
- Alkohol zu trinken hilft Ihnen locker zu sein und sich zu äußern.

Ausgehend von den Angaben im Fragebogen erfolgt entsprechend der wöchentlichen Trinkmenge eine Eingruppierung der Studienteilnehmer. Die jeweilige Zugehörigkeit der Person zu einer der Gruppen wird in einem Kreisdiagramm schraffiert herausgestellt. In einem Kasten wird noch einmal das erhöhte Risiko bei mehr als 14 alkoholischen Getränken bei gesundheitlich nicht beeinträchtigten Frauen und entsprechend 21 Getränken bei gesunden Männern betont. Beispielhaft für eine weibliche Studienteilnehmerin mit mehr als 22 Drinks pro Woche:

Wenn Sie wissen möchten, wie viel Sie im Vergleich zu anderen Personen aus der Allgemeinbevölkerung trinken, so können Sie dies dem Diagramm entnehmen. Ein Drink entspricht etwa 0,2 l. Bier, 0,1 l. Wein oder 0,02 cl. Spirituosen. Ihr Alkoholkonsum liegt innerhalb des schraffierten Tortenstücks. Damit trinken Sie mehr Alkohol als 96% der Frauen zwischen 18 und 65 Jahren.



Bei Frauen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen gilt ein Konsum von mehr als 2 Drinks pro Tag bzw. 14 Drinks in der Woche als gesundheitlich riskant.

Es erfolgt eine zweite Möglichkeit, das Risiko des Alkoholkonsums einzuschätzen, indem ein Balkendiagramm gezeigt wird, nachdem bei steigender Trinkmenge die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen deutlich zunimmt. Eine grafische Hervorhebung des jeweils passenden

meldung zu den erlebnisbezogenen Strategien gegeben. Dabei sind Normdaten aus einer Bevölkerungsstichprobe (Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling, & John, 2000) herangezogen und jeweils ein Textbaustein für hohe bzw. niedrige Nutzung der Strategien ausgewählt worden. Die Entscheidung, ob hohe oder niedrige Werte vorliegen, wird anhand des Wertes, den die Hälfte der Bevölkerung erreicht (Median) getroffen. Es erfolgen jeweils Rückmeldungen zu den Prozessen „Steigern des Problembewusstseins“, „emotionales Erleben“, „Neubewertung der persönlichen Umwelt“, „Selbstneubewertung“ und „Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen“. Falls der Studienteilnehmer im Stadium „Vorbereitung“ oder „Handlung“ ist, wird eine Rückmeldung gegeben zu den Strategien „Selbstverpflichtung“, „Kontrolle der Umwelt“, „Gegenkonditionierung“, „Nutzen hilfreicher Beziehungen“ und „Selbstverstärkung“. Hier wiederum ein Beispiel für einen Textbaustein:

Es beeindruckt Sie insgesamt weniger, wenn Sie von negativen Folgen des Alkoholkonsums hören. Versuchen Sie sich einmal vorzustellen, welche Bedeutung diese Informationen für Sie

Anschließend erfolgt ein Vergleich der individuellen Trinkmenge mit der Allgemeinbevölkerung in Prozentangaben.

Balkens im Säulendiagramm erleichtert dem Probanden die Zuordnung in die entsprechende Gruppe. Schließlich wird

und ihr Umfeld haben können, indem Sie sich dieses genau ausmalen. Sie denken eher wenig darüber nach, welche Auswirkungen Ihr Alkoholkonsum auf andere Menschen hat. Vielleicht gibt es für Sie auch keinen Anlass dazu. Für einige kann es sinnvoll sein, sich in die Situation der Ihnen nahestehenden Menschen hineinzudenken. Für Sie gibt es Punkte, wo der Alkoholkonsum mit Ihren Einstellungen und Ihrem Erleben nicht übereinstimmt. Das mag ein Argument sein, weiter über Vorteile einer möglichen Änderung nachzudenken. Verglichen mit anderen, achten Sie vermehrt auf Information, in denen darüber berichtet wird, welche negativen Dinge mit Alkoholtrinken verbunden sein können. Damit gehen Sie einen Schritt in die Richtung, Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Das kann Sie voranbringen. Es fällt Ihnen auf, dass in der Öffentlichkeit und in der Gesellschaft Hilfen und Hinweise gegeben werden, vorsichtig mit Alkohol umzugehen. Hat das eine Bedeutung für Ihren eigenen Alkoholkonsum?

Wie oben bereits beschrieben, stehen die Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung und der situativen Versuchungen in einem Zusammenhang mit der Motivation das Verhalten zu ändern. Daher wird im Anschluss eine Rückmeldung zur Selbstwirksamkeitserwartung, den Alkoholkonsum kontrollieren zu können bzw. nicht trinken zu müssen, gegeben. Das hat für Personen in dem Stadium der Absichtsbildung noch keine große Bedeutung, so dass hier kein solches Feedback erstellt wird. Für Personen in dem Stadium Absichtsbildung wird, ein Textblock bei hoher bzw. bei niedriger Selbstwirksamkeitserwartung gegeben. Hier ein Textbaustein für einen Studienteilnehmer mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung:

Wenn man seinen Alkoholkonsum verändern möchte, ist es wichtig, diejenigen Situationen genau zu kennen, in denen es einem schwer fallen könnte, wenig bzw. keinen Alkohol zu trinken. Ihren Angaben entnehmen wir, dass Sie verglichen mit anderen wenig Zutrauen in Ihre Fertigkeiten haben, auch in kritischen Situationen bei Ihren Zielen zu bleiben. Dies ist möglicherweise ein wichtiger Hinderungsgrund für Sie, konkrete Veränderungen zu planen. Vergewissern Sie sich solche Situationen und überlegen Sie, wie Sie mit solchen Situationen besser umgehen können und welche Alternativen zum Alkoholtrinken es dabei für Sie geben könnte. Lesen Sie hierzu auch die Seiten x-xx.

Die Zuversicht, seinen Alkoholkonsum kontrollieren zu können, hängt mit Versuchungen, in bestimmten Situationen zu trinken, zusammen. Daher wird für Personen, die in den Stadien Vorbereitung und Handlung sind, neben der Rückmeldung über hohe oder niedrige Selbstwirksamkeit auch angegeben, in welchen Situationen die höchste Versuchung auftritt. Das erfolgt nur für diejenigen Studienteilnehmer, die niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen haben. Dabei wird unterschieden zwischen vier Gruppen von Situationen: bei körperlichen Beschwerden, bei negativer Stimmung, in positiven sozialen Situationen und bei Verlangen nach Alkohol. Die Skala mit der höchsten Bewertung aus dem Fragebogen wird als Textbaustein rückgemeldet. Wenn alle vier Skalen gleichrangig bewertet wurden, wird kein Text eingefügt. Hier soll ein Beispiel für Versuchung in Situationen mit negativer Stimmung dargestellt werden:

Ihren Angaben konnten wir entnehmen, dass es Ihnen besonders bei negativen Stimmungszuständen schwer fällt, wenig bzw. keinen Alkohol zu trinken. Folgendes kann hilfreich sein:

- Alternativen entwickeln
- Musik hören, sich entspannen
- Stressige Situationen melden
- Mit Freunden sprechen
- Sich in Erinnerung führen, dass Alkohol keine Probleme löst

Im Rahmen der bereits oben erwähnten Studie zu Frühinterventionen in Arztpraxen wurden Extra eingesetzt. Daten einer 1-Monats-Katamnese zeigen erste Hinweise zur Wirksamkeit (Bischof et al., in press). Derzeit wird das Verfahren in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie bei Patienten eines Allgemeinkrankenhauses auf seine Effektivität untersucht.

Ausblick

Durch das Manual „Umgang mit Alkohol. Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen“ und das computergestützte Feedbacksystem Extra eröffnen sich für den deutschsprachigen Bereich neue Möglichkeiten der Kurzintervention in der medizinischen Versorgung. In Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern könnten solche Verfahren nach Einsatz eines Routinescreenings bei auffälligen Patienten genutzt werden. Dabei wird zunächst vorausgesetzt, dass eine ähnliche Wirksamkeit vorliegt wie bei den Verfahren aus dem Tabakbereich. Die Verfahren bieten aber eine wertvolle Alternative, wenn der Arzt keine Möglichkeit hat, eine Beratung durchzuführen. Weiterhin können beide Minimalinter-

ventionen auch neben dem ärztlichen Gespräch wirkungsvolle adjuvante Methoden darstellen.

Förderhinweis: Die genannten Arbeiten wurden gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (01 EB 0121; 01 EB 0421), das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein, der IKK Schleswig-Holstein und den Guttemplern.

Literatur:

- Apodaca, T. R., & Miller, W. R. (2003). A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology, 59*(3), 289-304.
- Bergmann, E., & Horch, K. (2002). *Kosten alkoholassoziierter Krankheiten*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Bischof, G., Reinhardt, S., Grothues, J., John, U., & Rumpf, H.-J. (in press). The Expert Test and Report and Report on Alcohol (EXTRA): Development and evaluation of a computerized software program for problem drinkers. In F. Columbus (Ed.), *Progress in Alcoholism Research*. New York: Nova Publishers.
- Bradley, K. A., Curry, S. J., Koepsell, T. D., & Larson, E. B. (1995). Primary and secondary prevention of alcohol problems: U.S. internist attitudes and practices. *Journal of General Internal Medicine, 10*, 67-72.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R., & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*.
- Cunningham, J. A., Humphreys, K., & Koski-Jännes, A. (2000). Providing personalized feedback for problem drinking on the internet: a pilot project. *Journal of Studies on Alcohol, 61*, 794-798.
- Cunningham, R., Sdao-Jarvie, K., Koski-Jännes, A., & Breslin, F. C. (2001). Using self-help materials to motivate change at assessment for alcohol treatment. *Journal of substance abuse, 20*(4), 301-304.
- DiClemente, C. C. (1991). Motivational Interviewing and Stages of Change. In W. R. Miller, Rollnick, S. (Ed.), *Motivational Interviewing* (pp. 191-203). New York: The Guilford Press.
- DiClemente, C. C., Marlinton, A. S., Singh, M., & Bellino, L. E. (2001). The role of feedback in the process of health behavior change. *American Journal of Health Behavior, 25*, 217-227.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295-304.
- Etter, J. F., & Perneger, T. V. (2001). Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program: a randomized trial. *Arch Intern Med, 161*(21), 2596-2601.

- Finfgeld, D. L. (2000). Use of self-help manuals to treat problem drinkers. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 38(4), 20-27.
- Goldberg, D. N., Hoffmann, A. M., Farinha, M. F., Marder, D. C., Tinson-Mitchem, L., Burton, D., & Smith, E. G. (1994). Physician delivery of smoking cessation advice based on the stages-of-change model. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 267-274.
- Gomel, M. K., Wutzke, S. E., Hardcastle, D. M., Lapsley, H., & Reznik, R. B. (1998). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47, 203-211.
- Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1997). Behavioral self-control program for windows: results of a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 686-693.
- Hill, A., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Driessen, M., & John, U. (1998). Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice in Germany - a representative study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 935-940.
- John, U., Hapke, U., & Rumpf, H.-J. (2001). Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, A 2438-2442.
- 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 Verlags-Gesellschaft.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Bischof, G., Hanke, M., Schumann, A., Riedel, J., Hannöber, W., Tyrian, J. R., Bott, K., & Michael, A. (2002). Prävention von Gesundheitsstörungen aufgrund von Tabakrauchen und Alkoholkonsum - der Beitrag zur Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. *Sucht*, 48(4), 284-295.
- John, U., Rumpf, H. J., & Hapke, U. (1999). Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital - an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 786-794.
- Kaner, E. F., Wutzke, S., Saunders, J. B., Powell, A., Morawski, J., & Bouix, J. C. (2001). Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol*, 62(5), 621-627.
- Kaner, E. F. S., Heather, N., McAvoy, B. R., Lock, C. A., & Gilvarry, E. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 559-566.
- 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.
- Lock, C. A., Kaner, E. F., Heather, N., McAvoy, B. R., & Gilvarry, E. (1999). A randomized trial of three marketing strategies to disseminate a screening and brief alcohol intervention programme to general practitioners. *Br J Gen Pract*, 49(446), 695-698.
- Marlatt, G. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In R. J. Gordon (Ed.), *Relapse prevention* (pp. 128-200). New York: Guilford.
- Marlatt, G. A. (1985a). Coping and substance abuse: Implications for research, prevention and treatment. In T. A. Wills (Ed.), *Coping and substance use* (pp. 367-386). Orlando: Academic Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In S. M. Davidson (Ed.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Bruner & Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin-Diener, E., Suter, T., & Somaini, B. (1999). Computergestützte Interventionsprogramme: Entwicklung, Wirksamkeit und Umsetzung. In S. Keller (Ed.), *Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H., & John, U. (2000). 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.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. (2. ed.). New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- 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.
- Pallonen, U. E., Leskinen, L., Prochaska, J. O., Willey, C. J., Kääriäinen, R., & Salonen, J. T. (1994). A 2-year self-help smoking cessation manual intervention among middle-aged Finnish men: An application of the transtheoretical model. *Preventive Medicine*, 23, 507-514.
- Perz, C. A., DiClemente, C. C., & Carbonari, J. P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15, 462-468.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12, 399-405.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (1997). The transtheoretical model and stages of change. In B. K. Rimer (Ed.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (pp. 60-84). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 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.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Rossi, J. S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 22, 399-405.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2004). *Umgang mit Alkohol. Informationen, Tests und Hilfen in 5 Phasen*. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Hapke, U., Meyer, C., John, U., Broocks, A., Junghanns, K., & Hohagen, F. (2003). Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der Allgemeinarztpraxis: Ein Stepped-Care Ansatz. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5, 37-40.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, 9-17.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Dilling, H., & John, U. (1998). Stadien der Änderungsbereitschaft bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung [Stages of motivation to change in smokers of the general population]. *Das Gesundheitswesen*, 60, 592 - 597.
- Salmen, S., & Behrendt, A. (1996). Erfolgreiche Raucherentwöhnung in der Rehabilitation- Das Stage Model der Verhaltensänderung. *Praxis der Klinischen Verhaltenstherapie und Rehabilitation*, 9, 82-86.
- Savage, S. A., Hollin, C. R., & Hayward, A. J. (1990). Self-help manuals for problem drinking: the relative effects of their educational and therapeutic components. *British Journal of Clinical Psychology*, 29 (Pt 4), 373-382.
- Schumann, A., Hapke, U., & John, U. (1999). Selbsthilfemanuale zur Raucherentwöhnung: Bewertung anhand inhaltlicher und formaler Kriterien. *Sucht*, 45(14), 250-262.
- 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.
- Wilk, A. I., Jensen, N. M., & Havighurst, T. C. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274-283.

Referenzadresse:

Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf
Ltd. Psychologe
Forschungsgruppe S:TEP
(Substanzmissbrauch:Therapie
Epidemiologie und Prävention)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck