

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer

Schweregradbestimmung bei chronischer Alkoholabhängigkeit

**Die Evaluation des EuropASI-Interviews im Hinblick auf Reliabilität und
Validität an einer Stichprobe von 65 Tübinger Alkoholkranken**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Corinna Abrolat, geb. Orlinski
aus Peine

2002

Dekan: Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter: Professor Dr. K. Mann

2. Berichterstatter: Professor Dr. J. Wolffgramm

Vorwort

Suchtkrankheiten sind seit Jahrzehnten ein unverändert aktuelles Problem, nicht nur unter volkswirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkten, sondern auch in medizinischer Hinsicht.

Die Diagnostik der Alkoholabhängigkeit wird zwar vielfältiger, die Individualität im Erscheinungsbild der Krankheit erfordert jedoch eine zunehmende Differenziertheit zur Optimierung der Therapieerfolge.

In diesem Zusammenhang möchte ich an erster Stelle meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. K. Mann danken, der mir diese Dissertation ermöglichte und den Fortgang meiner Arbeit auch über seinen Wechsel von der Universitätsklinik Tübingen an das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim begleitete. Außerdem geht mein Dank an die Patienten, die an dem Interview teilnahmen, ohne deren Bereitschaft diese Studie nicht durchführbar gewesen wäre.

Großen persönlichen Dank schulde ich Herrn Dr. K. Ackermann, der mir als Betreuer jederzeit mit seiner konstruktiven Kritik, seinen Anregungen und Hinweisen, insbesondere im statistischen Teil dieser Arbeit, die notwendige sachliche und fachliche Unterstützung zukommen ließ.

Darüber hinaus gilt mein Dank meinem Ehemann Joachim Robert Abrolat, der nicht nur mein Ansprechpartner für technische und formale Probleme war, sondern mir auch durch seine tägliche Aufmunterung über die Höhen und Tiefen des Entstehungsprozesses hinweghalf.

Stellvertretend für den Kreis meiner Freunde möchte ich zudem Frau Annette Dulle danken, die mir in der Korrekturphase eine wichtige Hilfestellung bot. In schwierigen Zeiten verstanden es vor allem Frau Brita Horn sowie meine Schwester, Frau Dr. Catharina Stein, mir den notwendigen Mut zuzusprechen.

Nicht zuletzt danke ich meinen Eltern, Monika und Hans-Jürgen Orlinski, die mir meine Ausbildung ermöglichten und mich stets verständnisvoll begleiteten.

Meinem Sohn Robert Clemens

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen	4
Verzeichnis der Abbildungen	6
Verzeichnis der Abkürzungen.....	7
1 Einleitung.....	11
1.1 Stellenwert des Alkoholproblems in Deutschland (epidemiologische Daten)	11
1.2 Therapie der Alkoholabhängigkeit in Deutschland	12
1.3 Definitionen des Abhängigkeitsbegriffes.....	13
1.3.1 Aktuelle Terminologie.....	13
1.3.2 Der Alkoholismusbegriff in seiner geschichtlichen Entwicklung .	14
1.4 Aspekte der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit.....	15
1.4.1 Methodische Vorüberlegungen.....	15
1.4.2 Schwierigkeiten der Erkennung einer Abhängigkeit.....	17
1.4.3 Klassifikationssysteme als Werkzeuge der Diagnostik.....	18
1.4.3.1 DSM IV	19
1.4.3.2 ICD 10.....	19
1.4.4 Eigenschaften diagnostischer Tests	22
1.4.5 Exemplarische Testverfahren	23
1.4.5.1 Screeningtests.....	23
1.4.5.2 Tests zum Schweregrad der Abhängigkeit.....	26
1.5 Wissenschaftlicher Beitrag	29
1.6 Stand der Forschung	30
2 Methodik.....	32
2.1 Charakterisierung des Patientengutes	32
2.1.1 Stichprobenbeschreibung	32

2.1.2	Beschreibung der Station	36
2.2	Beschreibung des Untersuchungsinstrumentes	37
2.2.1	Die mündliche Befragung als Erhebungstechnik	37
2.2.2	Der European Addiction Severity Index (EuropASI)	38
2.2.3	Inhaltliche Darstellung des EuropASI.....	39
2.3	Methodisches Vorgehen.....	41
2.3.1	Auswertung orientiert an den Testgütekriterien	42
2.3.2	Kriterien der Auswertung des EuropASI mittels Composite Score.....	43
2.4	Angewandte Statistik.....	44
2.4.1	Der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson.....	45
2.4.2	Berechnung der Internen Konsistenz	46
2.4.3	Itemanalyse	48
3	Ergebnisse.....	49
3.1	Composite Scores der Subskalen bezogen auf die Gesamtgruppe.....	49
3.2	Composite Scores der einzelnen Untersuchungsteilnehmer.....	50
3.3	Interne Konsistenz der Subskalen	52
3.4	Korrelationen der Summenmeßwerte der Subskalen untereinander	53
3.5	Schweregrad-Rating nach Einschätzung des Interviewers	54
3.6	Selbsteinschätzung der Patienten.....	58
3.7	Itemanalyse der Subskalen.....	61
3.7.1	Körperlicher Zustand	61
3.7.2	Arbeits- und Unterhaltssituation.....	62
3.7.3	Alkoholgebrauch.....	64
3.7.4	Drogengebrauch.....	65
3.7.5	Rechtliche Probleme	65
3.7.6	Familiäre Situation	67
3.7.7	Psychischer Status	68

4	Diskussion.....	71
4.1	Ergebnisinterpretation.....	71
4.1.1	Interpretation der Composite Scores im Forschungskontext	71
4.1.2	Inhaltliche Anmerkungen	73
4.1.3	Interpretation der Schweregrad-Ratings	74
4.1.4	Interpretation der Selbsteinschätzung	76
4.1.5	Übereinstimmung von Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung (Schweregrad-Rating)	76
4.2	Beurteilung der Ergebnisse im Hinblick auf die zentralen Testgütekriterien Reliabilität und Validität.....	77
4.2.1	Reliabilitätskriterien des EuropASI.....	77
4.2.2	Validitätskriterien des EuropASI.....	78
4.3	Theoretische und methodische Einschränkungen	81
4.3.1	Die Selbstdarstellung als Fehlerquelle	81
4.3.2	Soziale Erwünschtheit als Fehlerquelle	82
4.3.3	Antworttendenzen als Fehlerquelle	83
4.3.4	Gefährdungen der externen Validität.....	83
4.3.4.1	Der Pretest-Effekt als Störfaktor	84
4.3.4.2	Der Hawthorne-Effekt als Störfaktor	84
4.3.5	Interviewereffekte	84
5	Zusammenfassung und Schlußfolgerung	86
	Literaturverzeichnis.....	89
	Anhang	97

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Ein- und Ausschlußkriterien zur Teilnahme an der Untersuchung	33
Tabelle 2: Composite Scores der Gruppe.....	50
Tabelle 3: Interne Konsistenz der EuropASI Subskalen mittels Cronbach's Alpha-Koeffizient	53
Tabelle 4: Interkorrelationen der Subskalen mittels Bravais-Pearson- Korrelationskoeffizient	54
Tabelle 5: Grad der Behandlungsbedürftigkeit nach Einschätzung des Interviewers	55
Tabelle 6: Korrelationen der Schweregrad-Ratings untereinander.....	55
Tabelle 7: Korrelationen von Schweregrad-Rating und Composite Score	57
Tabelle 8: Problembelastung nach Selbsteinschätzung der Patienten.....	58
Tabelle 9: Korrelationen von Selbsteinschätzung und Composite Score	59
Tabelle 10: Korrelationen von Selbsteinschätzung des Patienten und Schweregrad-Rating des Interviewers	60
Tabelle 11: Itemanalyse zum Problembereich Körperlicher Zustand	61
Tabelle 12: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zum Körperlichen Zustand	62
Tabelle 13: Itemanalyse zum Problembereich Arbeits- und Unterhaltungssituation.....	62
Tabelle 14: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Arbeits- und Unterhaltungssituation.....	63
Tabelle 15: Itemanalyse zum Problembereich Zufriedenheit mit der Arbeit.....	63
Tabelle 16: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Zufriedenheit mit der Arbeit.....	63
Tabelle 17: Itemanalyse zum Problembereich Alkoholgebrauch.....	64
Tabelle 18: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zum Alkoholgebrauch	64
Tabelle 19: Itemanalyse zum Problembereich Rechtliche Situation.....	66
Tabelle 20: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Rechtlichen Situation.....	66
Tabelle 21: Itemanalyse zum Problembereich Familiäre Situation.....	67

Tabelle 22: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Familiären Situation.....	67
Tabelle 23: Itemanalyse zum Problembereich Sozialbeziehungen.....	67
Tabelle 24: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zu den Sozialbeziehungen	68
Tabelle 25: Itemanalyse zum Problembereich Psychischer Status	68
Tabelle 26: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zum Psychischen Status	69
Tabelle 27: Composite Scores im Vergleich.....	72
Tabelle 28: Schweregrad-Ratings im Vergleich.....	75

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Störungen durch Substanzkonsum im DSM IV (Auszug)	20
Abbildung 2: Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in der ICD 10 (Auszug)	21
Abbildung 3: Geschlechtsverteilung der Interviewteilnehmer, N=65	34
Abbildung 4: Familienstand der Interviewteilnehmer, N=65	34
Abbildung 5: Bildungsstand der Interviewteilnehmer, N=65	35
Abbildung 6: Einzelauswertung der Problemgewichtung nach Subskalen geordnet	52

Verzeichnis der Abkürzungen

ALC	Alkoholgebrauch
Alpha	Korrelationskoeffizient nach Cronbach
ASI	Addiction Severity Index
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AUI	Alcohol Use Inventory
BDA	Basler Drogen- und Alkoholfragebogen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CAGE	Anfangskürzel des Fragebogens: C ut down, A nnoyance, G uilty, E ye Opener
d.h.	das heißt
DM	Deutsche Mark
DRU	Drogengebrauch
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Version
dt.	deutsche
ECON	Arbeits- und Unterhaltssituation
et al.	und weitere Autoren
etc.	et cetera
EuropASI	European Addiction Severity Index
FAM	Familiäre Situation
GABS	Göttinger Abhängigkeitsskala
ICD 10	International Classification of Diseases, 10. Revision

KFA	Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete
LAST	Lübecker Alkoholabhängigkeits-Screening-Test
LEG	Rechtliche Situation
MALT	Münchener Alkoholismustest
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test
MED	Körperlicher Zustand
N, n	Anzahl
o.ä.	oder ähnliche
OTH	Soziale Situation
PSY	Psychischer Status
resp.	respektive
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben
SADQ	Severity of Alcohol Dependence Questionnaire
SAT	Zufriedenheit mit der Arbeits- und Unterhaltssituation
Scree T-9	9-Item-Screening-Test
SD	Standard Deviation
Tab.	Tabelle
TAI	Trierer Alkoholismus Inventar
USA	United States of America
u.U.	unter Umständen
u.v.m.	und viele mehr
v.a.	vor allem

VÄSE	Deutscher CAGE-Fragebogen (Anfangskürzel): V erringern des Alkoholkonsums, Ä rger durch Vorwürfe, S chuldgefühle, E instiegstrunk am Morgen als Wachmacher
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Abkürzungen der zitierten Items:

Alkprob	An wieviel Tagen der letzten 30 Alkoholprobleme
Angst	Angst, Spannungszustände in den letzten 30 Tagen
Anklage	Zur Zeit Anklageerwartung
Bedarf 1	Bedarf an Behandlung der körperlichen Probleme
Bedarf 2	Bedarf an Beratung wegen beruflicher Probleme
Bedarf 3	Bedarf an Rechtsberatung
Bedarf 5	Bedarf an Beratung/Behandlung wegen fam. u./o.. soz. Probl.
Bedarf 6	Bedarf an psychiatrischer Behandlung
Bedarf A	Bedarf an Alkoholtherapie
Bedarf Dr	Bedarf an Drogentherapie
Behand 6	Wie wichtig ist Behandlung der psychischen Probleme
Behand 1	Wie wichtig ist jetzt Behandlung der körperlichen Probleme
Belast 1	Belastung der gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen
Belast 2	Belastung der beruflichen Probleme in den letzten 30 Tagen
Belast 6	Belastung der psychischen/ emotionalen Probleme in den letzten 30 Tagen
Belast Al	Belastung der Alkoholprobleme in den letzten 30 Tagen
Belast Dr	Belastung der Drogenprobleme in den letzten 30 Tagen

Belast Fa	Belastung der Familienprobleme in den letzten 30 Tagen
Belast So	Belastung der Probleme mit der sozialen Umgebung in den letzten 30 Tagen
Berat 3	Wie wichtig ist jetzt eine Rechtsberatung
Berat Fa	Wie wichtig ist jetzt eine Beratung wegen Familienproblemen
Berat So	Wie wichtig ist jetzt eine Beratung wegen Problemen mit der sozialen Umgebung
Berufpro	An wieviel Tagen berufliche Probleme in den letzten 30 Tagen
Depre	Depressionen in den letzten 30 Tagen
Erwerb	Erwerbstätigkeit
Gearb	An wieviel Tagen der letzten 30 Tage gearbeitet
Gebra31	Alkoholgebrauch in den letzten 30 Tagen
Gebra32	Trunkenheit in den letzten 30 Tagen
Geldalk	Geldausgabe für Alkohol in den letzten 30 Tagen
Gelitt	Wieviel Tage an psychischen Problemen gelitten in den letzten 30 Tagen
Illegein	Illegale Einkünfte in den letzten 30 Tagen
Illegge	An wieviel Tagen in illegale Geschäfte verwickelt in den letzten 30 Tagen
KonflFam	Wie oft Konflikte mit Familie in den letzten 30 Tagen
KonflSo	Wie oft Konflikte mit sozialer Umgebung in den letzten 30 Tagen
Konze	Konzentrationsstörungen in den letzten 30 Tagen
Medips	Medikamente für psychische Probleme in den letzten 30 Tagen
Rechtspr	Wie ernst sind jetzt die Rechtsprobleme
Suizge	Suizidgedanken in den letzten 30 Tagen
TherapiA	Wie wichtig ist jetzt eine Therapie der Alkoholprobleme
Unterh	Hauptquelle für den Lebensunterhalt
Zeit 3	An wieviel Tagen in den letzten 30 gesundheitliche Probleme

1 Einleitung

1.1 Stellenwert des Alkoholproblems in Deutschland (epidemiologische Daten)

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gibt in seiner aktuellen Studie zu Alkoholkonsum und Folgeschäden in Deutschland bekannt, daß Alkoholmißbrauch derzeit bei 2.65 Millionen Menschen (4% der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren) vorliegt. Akut alkoholabhängig sind 1,6 Millionen Menschen, was 2,4% dieser Bevölkerungsgruppe entspricht.

Jährlich sterben rund 42.000 Personen direkt oder indirekt an den Folgen des Alkohols. Arbeitsunfähigkeit, Invalidität wegen Alkoholabhängigkeit und Alkoholpsychosen werden jährlich in circa 92.000 Fällen festgestellt. Der volkswirtschaftliche Schaden durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität beläuft sich auf etwa 40 Milliarden DM jährlich (Richter, 2000). Unter Berücksichtigung der direkten und indirekten Krankheits- und Behandlungskosten wie Invalidität und Frühberentung sowie Produktionsausfall durch Fehlzeiten, Leistungsminde- rung und alkoholbedingte Betriebs- und Verkehrsunfälle werden die wirtschaftli- chen Belastungen für den Staat sogar auf das Doppelte geschätzt (Möller, 1996).

Trunkenheit spielt bei 60% der 150.000 Verurteilungen wegen Straftaten im Straßenverkehr eine Rolle (Richter, 2000), von den Verkehrsunfällen mit Per- sonenschäden ereignen sich rund 11% unter Alkoholeinfluß (Simon, 1997), wo- bei mit zunehmender Schwere der Unfälle der Anteil der Alkoholbeeinflussung steigt.

In der Kriminalstatistik wurden 1986 erstmals Straftaten ausgewiesen, die unter Alkoholeinfluß verübt wurden (Rußland, 1989).

1997 standen nach polizeilichem Erkenntnisstand 7,7% aller Tatverdächtigen bei der Tatausführung unter Alkoholeinfluß (1995: 7,2%, 1996: 7,6%) (Polizeili- che Kriminalstatistik, Wiesbaden 1998).

Untersuchungsergebnisse über den Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und den sozialen Folgen zeigen, daß mit steigendem Alkoholkonsum auch die Wahrscheinlichkeit negativer sozialer Konsequenzen zunimmt (Room, 1994; Edwards, 1997).

Damit zeigt sich, daß der Alkoholismus nicht nur ein medizinisches, sondern gleichermaßen auch ein erhebliches soziales Problem darstellt.

1.2 Therapie der Alkoholabhängigkeit in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland erkennt das Bundessozialgericht erst mit dem Urteil vom 18.06.1968 den Alkoholismus als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung an, jedoch mit der Einschränkung, daß es eine selbstverschuldete Krankheit sei.

Das Bundesverwaltungsgericht rückt mit dem Urteil vom 09.10.1980 erstmalig vom Selbstverschuldungsprinzip ab und befindet, daß der Alkoholismus eine Krankheit ist. Nach diesem Urteil kann der Alkoholkranke jedoch bei Rückfälligkeit mitverantwortlich gemacht werden.

Therapiekosten, die durch eine Entzugs- bzw. Entgiftungsbehandlung entstehen, werden von den Krankenkassen getragen, die Entwöhnung in den Fachkliniken hingegen von den Rentenversicherungsanstalten.

Den akuten Entzug betreffend gibt es jedoch noch Unstimmigkeiten zwischen Krankenhausärzten und Kostenträgern, denn die Krankenkassen halten einen Krankenhausaufenthalt von drei Tagen für ausreichend, vor allem bei rückfälligen Alkoholikern. Die Psychiater setzen weithin auf ein Konzept, welches eine Motivationsphase an die Entgiftung anschließt (Flöhl, 2000).

Zur Behandlung von Alkoholikern existieren derzeit verschiedenartige anerkannte Therapieverfahren, wobei einerseits ambulante von stationären Therapieformen unterschieden werden, andererseits Entgiftungsbehandlungen von Entwöhnungsbehandlungen.

In spezifische Behandlung, d.h. in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, begeben sich jährlich nur etwa 30.000 behandlungsbedürftige Alkoholiker, was bei einer Gesamtzahl von etwa 2,6 Millionen nur 1,2% der Betroffenen entspricht. Einer stationären Entgiftungsbehandlung unterziehen sich pro Jahr rund 62.000 weitere Alkoholiker, was einem Anteil von 2,4% entspricht.

Eine alkoholspezifische ambulante oder stationäre Behandlung (Selbsthilfegruppen sind hierbei nicht erfaßt) nehmen insgesamt etwa 8,3% der Alkoholiker pro Jahr in Anspruch.

Circa 600.000 Alkoholiker (23% der geschätzten Gesamtzahl der Alkoholiker) werden dagegen jährlich in Allgemeinkrankenhäusern stationär behandelt.

Die Prävalenz von Alkoholikern beträgt in Inneren Abteilungen in Kliniken bis zu 20%, unter den traumatisierten Patienten liegt der Anteil an Alkoholkranken teilweise sogar bei 50% (Spieß, 1999).

1.3 Definitionen des Abhängigkeitsbegriffes

1.3.1 Aktuelle Terminologie

Abhängigkeit oder Sucht sind charakterisiert durch ein zwanghaftes Bedürfnis und Angewiesensein auf bestimmte Substanzen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1968 beschlossen, den unscharfen Begriff „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen.

Das unbezwingbare Verlangen eine bestimmte Substanz einzunehmen bzw. einem bestimmten Verhalten nachzukommen (bei der nichtstoffgebundenen Abhängigkeit) mit dem anschließenden Gefühl der Erleichterung, kennzeichnet die psychische Abhängigkeit.

Die physische Abhängigkeit ist im wesentlichen durch Toleranzentwicklung sowie das Auftreten von Entzugerscheinungen charakterisiert. Durch das Suchtverhalten bzw. das Suchtmittel wird vorübergehend eine als unbefriedigend

oder unerträglich empfundene Situation scheinbar gebessert (Möller, Lax, Dreister, 1996).

Mißbrauch bedeutet unangemessener Gebrauch einer Substanz bzw. Droge. Die wiederholte Einnahme führt schließlich zur Gewöhnung, mit der psychischen Folge des zwanghaften Bedürfnisses und der körperlichen Konsequenz der Dosissteigerung.

Unter Alkoholmißbrauch wird ein Alkoholkonsum verstanden, der gegenüber der soziokulturellen Norm erhöht ist, in unangemessener Form erfolgt und mit vorübergehenden, deutlichen psychischen und physischen Funktionsstörungen des Konsumenten einhergeht.

Die Alkoholabhängigkeit (chronischer Alkoholismus) ist definiert durch das Vorhandensein einer seelischen und/oder körperlichen Abhängigkeit vom Alkohol, was sich psychisch in unwiderstehlichem Verlangen häufig mit Kontrollverlust einhergehend sowie in Toleranzsteigerung und Entzugserscheinungen physisch äußert.

1.3.2 Der Alkoholismusbegriff in seiner geschichtlichen Entwicklung

Vor der Entwicklung operationalisierter Diagnosekriterien in den siebziger Jahren divergierten die Auffassungen über den Alkoholmißbrauch derart, daß keine einheitliche internationale Terminologie existierte.

Der schwedische Arzt Magnus Huss (1848) hat den Begriff „chronischer Alkoholismus“ geprägt, bezogen auf die körperlichen Folgeschäden nach längerfristigem erhöhten Alkoholkonsum (Barbor, 1986).

1916 definierte der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler Alkoholiker als diejenigen, die der Trunk körperlich, psychisch oder in ihrem sozialen Umfeld geschädigt hat.

Erst 1954 setzte sich bei der Weltgesundheitsorganisation die Ansicht durch, daß Alkoholismus eine Krankheit ist: „Alkoholiker sind jene exzessiven Trinker, deren Alkoholabhängigkeit einen Grad erreicht hat, daß sie sich in einer merkli-

chen geistigen Störung äußert oder in einer Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Gesundheit, der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie der sozialen und wirtschaftlichen Existenz. Sie bedürfen daher einer medizinischen Behandlung.“

Die American Medical Association ordnete 1960 den Alkoholismus als „psychogene Erkrankung ohne erkennbare Ursachen oder Strukturveränderungen“ den soziopathischen Persönlichkeitsstörungen zu (Keller, 1960).

Jellinek definierte Alkoholismus als „jeglichen Gebrauch alkoholischer Getränke, der dem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt“ (Jellinek, 1960).

Die definitorischen Unschärfen und Abweichungen der verschiedenen Alkoholismus-Definitionen resultieren zum einen aus den heterogenen alkoholischen Zustandsbildern und Verläufen, zum anderen aus den national unterschiedlichen Einstellungen und Bewertungen der Alkoholprobleme.

Im folgenden wird Abhängigkeit mit Alkoholabhängigkeit bzw. chronischem Alkoholismus gleichgesetzt.

1.4 Aspekte der Diagnostik der Alkoholabhängigkeit

1.4.1 Methodische Vorüberlegungen

Im gleichen Maße wie sich die Behandlungsmöglichkeiten der Alkoholkrankheit verbessern und weiterentwickeln, wächst auch der Bedarf an einer präziseren Diagnostik.

Die Erfassung von Ausprägungen des Alkoholismus ist zur differenzierten Berücksichtigung von Untergruppen Alkoholabhängiger sowohl in der Forschung als auch in der Therapie erforderlich. Abhängig von der diagnostischen Zielsetzung stehen unterschiedliche Fragestellungen im Vordergrund. So kann der Schwerpunkt auf der Bestimmung des Alkoholkonsums liegen, auf der Ausprägung des Abhängigkeitssyndroms, auf der Erfassung häufig beeinträchtigter

Lebensbereiche (z.B. Arbeit oder Partnerschaft), auf einer individuellen Prognose (z.B. bei Begutachtungen) oder auf einer Therapiezuordnung. D.h. Symptome und Ausprägung der Alkoholabhängigkeit sollten separaten Messungen unterliegen, da die Probleme, die im Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch auftreten können, individuell oft sehr unterschiedlich ausgeprägt sind bei gleich starken Symptomen (John, Veltup, 1992).

Die Grundlage von Versuchen, die Schwere der Abhängigkeit abzubilden, stellt das Abhängigkeitssyndrom dar, welches eine Differenzierung in Symptome und Sekundärmerkmale (zumeist Konsequenzen) ermöglicht (Edwards, Gross, 1976; Edwards, 1986). Das Abhängigkeitssyndrom wird als Zusammenspiel physiologischer und psychologischer Symptome beschrieben. Zur Definition werden zum einen die Anzahl der vorhandenen Elemente, zum anderen deren Ausprägung bestimmt. Es gilt folglich kein „Alles-oder-Nichts-Gesetz“. Die Abhängigkeit wird entlang eines Kontinuums nach verschiedenen Schweregraden eingeschätzt.

Da die meisten alkoholbezogenen Störungen auf somatischem und auf psychosozialen Gebiet nicht alkoholspezifisch sind, sondern erst durch den Kontext des anamnestisch geklärten Alkoholmißbrauchs ihre spezifische Bedeutung gewinnen, versucht man mit einer differenzierteren Diagnostik unter Zuhilfenahme von Frage- und Kriterienkatalogen unterschiedlicher Zusammenstellung diesem Problem näherzukommen.

Die Erhebung diagnostischer Informationen auf der Basis von Selbstaussagen der Alkoholabhängigen ist nur einer unter weiteren methodischen Ansätzen, auf den allerdings, trotz der Einflüsse durch Abwehrmechanismen, nicht verzichtet werden kann (John, 1992). Die Anwendung Klinischer Tests, Screening-Tests, Laboruntersuchungen, Interviewverfahren und nicht zuletzt eine Kombination dieser Verfahren ergänzen die Diagnostik.

1.4.2 Schwierigkeiten der Erkennung einer Abhängigkeit

Die Diagnose des Vorliegens einer Abhängigkeit gestaltet sich insbesondere in frühen Stadien oft schwierig.

Die Erfassung der Abhängigkeitssymptome bildet dabei nur einen Teil der diagnostischen Information, eine weitere diagnostische Dimension umfaßt die Ausprägung der Abhängigkeit.

Laborchemische Untersuchungen sind zwar objektiv, geben jedoch in der Regel nur Auskunft über eine aktuelle Substanzaufnahme und sind somit in Abstinenzphasen nur begrenzt aussagefähig. Hinzu kommt, daß mit diesen Untersuchungen zwar mit einer großen Wahrscheinlichkeit der Verdacht auf das Vorliegen eines Alkoholmißbrauchs geäußert werden kann, diese Befundmuster aber keinen Beweiswert für die Erkennung oder den Ausschluß eines Alkoholmißbrauchs oder gar einer Abhängigkeit darstellen. Gleiches gilt für die körperliche Untersuchung.

Das klinische Bild des Alkoholismus kann sich aus verschiedenen internistischen, neurologischen und psychiatrischen Symptomen und unterschiedlichen psychosozialen Folgen zusammensetzen. Pathognomonische Symptome oder Syndrome des Alkoholismus gibt es weder auf somatischem noch auf sozialem Gebiet. Selbst das Alkoholentzugssyndrom ist, phänomenologisch gesehen, weitgehend unspezifisch.

Im klinischen Alltag orientiert sich die Diagnose am Auftreten von Kontrollverlust, Toleranzsteigerung, Entzugerscheinungen und deren psychischen, körperlichen und sozialen Folgeproblemen. Analysen von Blut- und Urinproben werden ergänzend hinzugezogen.

Zu einer umfassenden Diagnostik und Problemerkennung gehören neben der Erfassung und Quantifizierung des Alkoholkonsums (nach Menge, Frequenz und Variabilität) auch die Klärung der Ausgangssituation und der Lebenslage des Abhängigen einschließlich des sozialen Umfeldes. Die Beurteilung der sozialen und personellen Ressourcen sowie der Behandlungsmotivation sind für die Klassifizierung und Therapiezuordnung ebenfalls nicht unerheblich.

In Anbetracht der Verleugnungs-, Dissimulations- und Bagatellisierungstendenzen von Abhängigen, die bereits einen Bestandteil der Suchterkrankung darstellen, kommt auch fremdanamnestischen Angaben eine nicht unwesentliche Bedeutung zu.

Abgesehen von dem diagnostischen Gespräch bzw. Interview durch den behandelnden Arzt, der medizinisch-körperlichen Untersuchung und der klinisch-chemischen Laboruntersuchung stellen auch Selbstbeurteilungsangaben und Fremdanamnese eine wichtige Informationsquelle in der Diagnostik dar.

„Die Klärung der diagnostischen Klassifikation ist nicht nur für den Untersucher wichtig, sondern stellt in vielen Fällen gleichzeitig auch einen ersten therapeutischen Schritt im gesamten Veränderungsprozeß dar“ (Feuerlein, 1998).

1.4.3 Klassifikationssysteme als Werkzeuge der Diagnostik

In dem Versuch der Definition und Abgrenzung von Mißbrauch und Abhängigkeit wird die Mehrdimensionalität des Krankheitsbildes und die Unschärfe in der Klassifizierung deutlich.

Für wissenschaftliche Zwecke und zur Optimierung der internationalen Vergleichbarkeit wurden Mitte der 70er Jahre operationalisierte Diagnosekriterien definiert.

Ziel dieser Operationalisierung bei der Erfassung von Substanzabhängigkeit und –mißbrauch war nicht nur die Erhöhung der Reliabilität und Validität, sondern auch die Verbesserung der Effizienz der Diagnostik (Lachner, Wittchen in Mann 1998).

Das Abhängigkeitssyndrom bildet eine Grundlage der Alkoholismusdefinition in den neuesten Versionen der internationalen Klassifikationssysteme der Krankheiten *ICD 10* und *DSM IV*.

1.4.3.1 DSM IV

Die Amerikanische Psychiatrische Assoziation hat zur Klassifikation und Vereinheitlichung der Nomenklatur in der Psychiatrie das **Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) herausgegeben, welches 1952 in seiner ersten Auflage erschien und seit 1994 in der vierten Version (DSM IV) vorliegt; die deutsche Ausgabe davon gibt es seit 1996. Dieses eher forschungsorientierte Klassifikationssystem differenziert unter dem Thema „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen“ zwischen „Störungen durch Substanzkonsum“ wie Substanzabhängigkeit und Substanzmißbrauch und „Substanzinduzierte Störungen“ wie Intoxikation, Entzug, Delir u.v.m.. Erfasst wird auch eine Vielzahl spezifischer Substanzarten (vgl. Abbildung 1).

1.4.3.2 ICD 10

Die **International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death** (ICD) ist eine Gliederung der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, die für medizinstatistische Zwecke entwickelt wurde. Die ICD, die seit der 6. zehnjährlichen Revision in der Verantwortung der WHO weiterentwickelt wird und zur Zeit in der 10. Revision (ICD 10) vorliegt, ist in ihrer aktuellen Fassung von 1993 der einzige weltweit akzeptierte Standard zur Klassifizierung von Diagnosen, Symptomen und sonstigen medizinischen Behandlungsgründen. In Deutschland wird sie obligatorisch seit 1996 in der Dokumentation des ambulanten Operierens und seit 1998 in der Verschlüsselung der Todesursachen eingesetzt.

Der ICD 10 Diagnosenthesaurus unterscheidet in der Rubrik „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ zwischen akuter Intoxikation, schädlichem Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 1: Störungen durch Substanzkonsum im DSM IV (Auszug)

1.1 Substanzabhängigkeit

Patienten zeigen ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, trotz Einsicht in die Schädlichkeit des Konsums und seiner Folgen.

Drei oder mehr der folgenden Symptome sind für eine Diagnose von Substanzabhängigkeit notwendig:

Kriterium 1: Toleranz

Kriterium 1a: Verlangen nach Dosissteigerung

Kriterium 1b: Verminderte Wirkung bei gleicher Dosis

Kriterium 2: Entzugssymptome

Kriterium 2a: charakteristisches Entzugssyndrom

Kriterium 2b: Wiederaufnahme der Substanz zur Linderung oder Vermeidung
(mit körperlicher Abhängigkeit, falls wenigstens ein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt)

Kriterium 3: vermehrter Konsum als beabsichtigt

Kriterium 4: Wunsch, den Gebrauch zu reduzieren, trotzdem keine Kontrolle möglich

Kriterium 5: Zeitaspekt (Verfügbarkeit, Konsum, Erholung)

Kriterium 6: Aufgabe oder Reduktion von sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten

Kriterium 7: trotz Einsicht in körperliche oder psychische Probleme
(ohne körperliche Abhängigkeit, falls kein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt)

Craving bezeichnet einen subjektiv starken Drang zur Substanzeinnahme. Damit entspricht es dem allgemeinen Konstrukt von psychischer Abhängigkeit. Im Rahmen des DSM IV erhält es keine spezielle Diagnose. Es kann im Zusammenhang mit allen Substanzen erlebt werden.

1.2 Substanzmißbrauch

Patienten zeigen ein fehlangepaßtes Muster von Substanzgebrauch, das zu sozialen Schwierigkeiten und einem klinisch bedeutsamen Leiden führt.

Mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb derselben 12 Monatsperiode:

Kriterium A: Substanzgebrauch trotz wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen

Kriterium A1: Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen

Kriterium A2: Inkaufnahme körperlicher Gefährdung

Kriterium A3: Probleme mit dem Gesetz

Kriterium A4: soziale oder zwischenmenschliche Probleme

Kriterium B: Kriterien für Substanzabhängigkeit sind nicht erfüllt

Quelle: Saß, Wittchen, Zaudig, (1991) (Gesamtauszug s. Anhang)

Abbildung 2: Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in der ICD 10 (Auszug)

.1 Schädlicher Gebrauch

Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Mißbrauch psychotroper Substanzen

.2 Abhängigkeitssyndrom

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Chronischer Alkoholismus

Dipsomanie

Nicht näher bezeichnete Drogensucht

.3 Entzugssyndrom

Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden.

Quelle: ICD 10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision (Gesamtauszug s. Anhang)

1.4.4 Eigenschaften diagnostischer Tests

Zur Vereinfachung und Objektivierung der Diagnose des Alkoholismus wurden eine Reihe von Erhebungsinstrumenten entwickelt.

Jeder Test, der den Anspruch der Wissenschaftlichkeit erhebt, muß in seiner Funktion als standardisiertes Beobachtungsinstrument sowohl normiert sein als auch einen hohen Grad an Objektivität (Sachlichkeit), Reliabilität (Zuverlässigkeit), und Validität (Gültigkeit) besitzen.

Die Konstruktion und Validierung von diagnostischen Instrumenten zur Erfassung des Alkoholismus stellt die Besonderheit, daß diese Validierung nicht nur an einer Kontrollgruppe von nicht alkoholgefährdeten Gesunden, sondern auch an psychisch oder physisch Kranken durchgeführt wird, da das grundlegende Problem für den Kliniker die Unterscheidung zwischen Alkoholikern und Nichtalkoholikern in einer Krankenpopulation darstellt. Die durch nichtalkoholische Ursachen mitbedingten Störungen körperlicher, psychischer und sozialer Art müssen demzufolge bei der Testkonstruktion mit berücksichtigt werden. Somit muß ein Test nicht nur sensitiv sein, um einen möglichst großen Teil der alkoholbedingten Schäden zu erfassen, er muß auch eine hinreichende Spezifität aufweisen, um alkoholbedingte von nichtalkoholbedingten Schäden zu differenzieren.

Je nach inhaltlichem Schwerpunkt kann die Klärung des Vorliegens einer Alkoholabhängigkeit mittels unterschiedlichster diagnostischer Verfahren erfolgen.

Die verschiedenen Erhebungsinstrumente im Bereich der Alkoholismusdiagnostik lassen sich je nach Untersuchungszweck z. B. einteilen in:

- Verfahren zur Globaldiagnose, d.h. Bestimmung des Vorliegens eines Abhängigkeitssyndroms, Identifizierung von Alkoholabhängigen
- Verfahren zur Erfassung des Schweregrades der Alkoholabhängigkeit und der Folgeschäden
- Fragebögen zur Erfassung der Lebenssituation
- Fragebögen zur Ressourcenbeurteilung

- Fragebögen zur Feststellung der Behandlungsmotivation
- Fragebögen zur Abschätzung der Abstinenzzuversicht
- Fragebögen zur Bestimmung des Trinkverhaltens
- Fragebögen zur Erfassung der Verlaufsdynamik
- Entzugsskalen
- Klinische Verfahren, d.h. liegt das Gewicht auf der Diagnostik somatischer alkoholinduzierter Schäden, werden entsprechend klinische Tests (Körperliche Untersuchung) und klinisch-chemische Verfahren (Laboruntersuchungen) angewandt

Auf die häufig ergänzend durchgeführten klinischen Untersuchungsverfahren soll im folgenden nicht näher eingegangen werden, da sich die vorliegende Studie ausschließlich mit dem Interviewverfahren befaßt.

1.4.5 Exemplarische Testverfahren

1.4.5.1 Screeningtests

Instrumente zur reinen Alkoholismusdiagnose im Sinne der Erfassung alkoholbezogener Störungen bzw. Identifizierung von Alkoholabhängigen werden als Screening-Verfahren bezeichnet. Screeningtests verzeichnen abhängiges Trinkverhalten, wie es das Alkoholabhängigkeitssyndrom beschreibt, und psychosoziale Schäden, um eine Diagnose zu erstellen. Zwischen chronischem Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit wird in der Regel nicht unterschieden.

9-Item-Screening-Test (Scree T-9)

Der Scree T-9 (Richter et al., 1990) identifiziert mit neun Items Konsumenten mit Risikokonsum bzw. schädlichem Gebrauch und unterscheidet diese als einziger Screeningtest sowohl von Alkoholabhängigen als auch von den Normal-

trinkern. Die neun Items setzen sich aus fünf semistrukturierten Interview-Fragen und vier objektiven, d.h. nicht von den Patienten berichteten Indikatoren wie beispielsweise der Gesichtsröte oder Laborwerten, zusammen.

Dieser Test ist bei Unsicherheiten in der alkoholbezogenen Diagnostik zu empfehlen, z. B. wenn der Patient ein Alkoholproblem leugnet.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Der AUDIT (Babor et al., 1993) ist ein auch in deutscher Version vorliegender Fragebogen zur Screening-Diagnostik alkoholbezogener Störungen, der im Auftrag der WHO entwickelt wurde. Er ermöglicht insbesondere die Identifizierung von Personen mit gefährlichem Alkoholgebrauch. Von den zehn Items beziehen sich drei Fragen auf den Alkoholkonsum, drei auf eine Alkoholabhängigkeit und vier auf Alkoholmißbrauch, wobei die Datenerhebung ausschließlich auf Selbstaussagen der Betroffenen beruht.

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

Der MAST (Selzer, 1971) besteht aus 25 dichotomen Items in Form eines Selbsteinschätzungsteils bezüglich des Trinkverhaltens und negativer Konsequenzen sowie eines Interviewteils, der sich auf Mißbrauchs- und Abhängigkeitssymptome bezieht. Aus dem MAST sind zwei weitere Verfahren mit jeweils reduzierter Itemzahl entwickelt worden (BMAST, Pokorny et al., 1972; SMAST, Selzer et al., 1975).

Deutscher CAGE-Fragebogen (VÄSE)

Der CAGE-Test (Mayfield, 1979) ist ein sehr kurzer Fragebogen zur Selbstbeurteilung. Er dient primär der Identifizierung von Personen mit Alkoholproblemen bzw. der Erkennung einer Abhängigkeit (vorhanden versus nicht vorhanden). Er besteht aus nur 4 Items, deren Anfangskürzel den Namen bedingen: **C**ut down (Verringern des Alkoholkonsums), **A**nnoyance (Ärger durch Vorwürfe), **G**uilty

(Schuldgefühle) und **E**ye Opener (**E**instiegstrunk am Morgen als Wachmacher). Die deutsche Version ist der sogenannte VÄSE-Test (John, 1996), dessen Namen sich entsprechend aus den Anfangsbuchstaben in Klammern ergibt.

Der CAGE und der MAST sind häufig untersuchte und angewandte Screening-Instrumente, die auch eine gute Vergleichbarkeit aufweisen. Im direkten Vergleich zeigt der MAST eine höhere Sensitivität als der CAGE, wobei sich der CAGE offensichtlich besser für ältere Patienten eignet (Connors et al., 1995).

Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA)

Auch der KFA (Feuerlein et al., 1989) ist ein reiner Selbstbeurteilungsfragebogen, der als Screening-Verfahren verwendet wird. Er besteht aus 22 Items, wobei jede mit Ja beantwortete Frage mit einem Punkt, einige Fragen auch mit mehr Punkten bewertet werden. Bei einer Punktzahl von sechs und mehr liegt eine Alkoholgefährdung vor. Sein Einsatz wird von den Testentwicklern zur Abklärung und Bestätigung von Alkoholabhängigkeit resp. -mißbrauch im klinischen Bereich sowie insbesondere in epidemiologischen Studien zur Erfassung von Alkoholgefährdeten empfohlen.

Münchener Alkoholismustest (MALT)

Eine Kombination aus Selbst- und Fremdbeurteilung stellt der MALT (Feuerlein et al., 1979, 1989) dar. Als Screening-Instrument zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit dient er zur Überprüfung eines vorliegenden Verdachts auf einen problematischen Alkoholkonsum. Darüber hinaus kann er auch als Such-Test (z.B. Vorsorgeuntersuchungen in Betrieben) oder für epidemiologische und gutachterliche Zwecke eingesetzt werden. Er umfaßt einen Selbstbeurteilungsteil (MALT-S) mit 24 Items und einen Fremdbeurteilungsteil (MALT-F) mit klinischen Befunden (neurologische und laborchemische Untersuchungen) über 7 Items.

Der MALT hebt sich von anderen Verfahren besonders durch den Einbezug des somatischen Bereiches im Fremdbeurteilungsteil durch einen Arzt ab. Diese in Kombination mit einem Fragebogen erhobenen Untersuchungsergebnisse versprechen eine hohe Screening Erfolgsquote.

Lübecker Alkoholabhängigkeits-Screening-Test (LAST)

Der LAST (Rumpf et al., 1997) ist ein auf Selbstaussagen beruhender Fragebogen mit sieben Items zur Screening-Diagnostik alkoholbezogener Störungen. Dieses Verfahren, basierend auf den Items des CAGE und des MAST (s.o.), zeigt gegenüber den Ursprungsverfahren jedoch Vorteile im Hinblick auf Sensitivität und Ökonomie (Küfner, 2000).

Im klinischen Alltag erfordert die Entdeckung von Personen mit Alkoholproblemen ein ökonomisches Vorgehen, das auf umfangreiche diagnostische Verfahren verzichtet. Seit Anfang der 70er Jahre sind eine Reihe von Screening-Verfahren entwickelt worden, die auf Selbsteinschätzungen der Probanden beruhen. Obgleich eine Tendenz zur Leugnung bei Patienten mit Alkoholproblemen besteht, haben sich Selbstaussagen nicht nur als reliabel und valide erwiesen, sie weisen zudem eine höhere diagnostische Genauigkeit auf als einzelne Laborparameter (Beresford et al., 1990) oder ein verdecktes Screening (Rumpf et al., 1998).

1.4.5.2 Tests zum Schweregrad der Abhängigkeit

Zur Quantifizierung einer Abhängigkeit dienen Tests, die den Schweregrad abbilden. In ihnen werden Stellungnahmen von als alkoholabhängig diagnostizierten Personen erhoben, die u.a. zur Behandlungsplanung bzw. zur differentialdiagnostischen Therapiezuordnung herangezogen werden können.

Alkoholabhängigkeit wird nicht als eindimensionales Konstrukt verstanden, sondern als Syndrom, das auf einer psychischen, somatischen oder sozialen Ebene zu Veränderungen führen kann (Scheller et al., 1984).

Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)

Der SADQ (Stockwell et al., 1979) bildet die wesentlichen Elemente des Abhängigkeitssyndroms auf der Grundlage gestufter Symptommhäufigkeiten in anzukreuzenden Antwortkategorien ab. Er deckt die von Edwards und Gross beschriebenen Symptome des Alkoholabhängigkeitssyndroms nicht vollständig ab, sondern konzentriert sich vorwiegend auf die Entzugssymptomatologie, um tatsächlich die Schwere der Abhängigkeit und nicht die Merkmale schweren Trinkens zu erfassen (vgl. Jacobi et al., 1987). Die vom SADQ abgedeckten fünf inhaltlichen Bereiche sind körperliche und affektive Entzugerscheinungen, unwiderstehliches Verlangen und Entzugs-Linderungs-Trinken, typische tägliche Trinkmenge sowie das Wiederauftreten der Symptome nach Abstinenz.

Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)

Die GABS (Jacobi et al., 1987) entspricht der deutschen Adaptation des SADQ. Gleich der englischen Originalfassung basiert auch sie auf dem Alkoholabhängigkeitssyndrom und dient der Erfassung des Schweregrades einer Abhängigkeit. Berücksichtigt werden psychologische und physiologische Merkmale, wie Einengung des Trinkverhaltens, übergroße Bedeutung des Alkohols, erhöhte Alkoholtoleranz, wiederholt auftretende Entzugssymptome, Trinken zur Beseitigung der Entzugssymptomatik, unwiderstehliches Verlangen zu trinken sowie das erneute Auftreten des Syndroms nach Abstinenzphasen.

Dieses Instrument eignet sich zur Quantifizierung einer Alkoholabhängigkeit von Probanden, bei denen bereits eine Abhängigkeit festgestellt wurde.

Alcohol Use Inventory (AUI)

Das AUI (Wanberg et al., 1977) ist ein aus 160 Items bestehender Selbstbeurteilungsfragebogen zur funktionalen Analyse des Trinkverhaltens. Identifiziert werden unterschiedliche Konsummuster und Störungen alkoholauffälliger Personen.

Trierer Alkoholismus Inventar (TAI)

Das TAI (Scheller et al., 1984), die deutsche Bearbeitung dieses Fragebogens, basiert mit seinen 77 Items auf dem AUI. Es erhebt Erlebens- und Verhaltensweisen von Alkoholabhängigen zu sieben Bereichen der Abhängigkeit, um suchtbezogene und änderungsrelevante Personenmerkmale zu erfassen. Mit Hilfe des Antwortprofils soll eine differenzierte Behandlungsplanung erleichtert werden.

Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA)

Der BDA (Ladewig et al., 1976) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches den Schweregrad einer Abhängigkeitserkrankung durch psychotrope Substanzen mißt, wobei der Fragebogen nicht auf eine spezielle Zielgruppe beschränkt ist. Die Testentwickler gehen von einem mehrdimensionalen Abhängigkeitsmodell aus und versuchen pathologische Verhaltensaspekte drogen- oder alkoholgewohnter Probanden herauszuarbeiten. Der Test ist demzufolge primär für Personen geeignet, deren Alkoholkonsum die Norm übersteigt. Das Abhängigkeitssyndrom wird dabei nicht systematisch erfaßt.

European Addiction Severity Index (Europ ASI)

Der EuropASI (Gsellhofer et al., 1994) basiert auf dem amerikanischen Addiction Severity Index (ASI) (McLellan, 1980, 5. Version McLellan, 1992). Auch er ist ein semistrukturiertes multidimensionales Interview für Diagnostik und Evaluation im Bereich von Alkohol- und Drogenmißbrauch bzw. -abhängigkeit. Es werden für sieben Lebensbereiche Anzahl, Dauer und Intensität von aktuell und längerfristig bestehenden Problemen erfragt. Dazu enthält der EuropASI 150 Items, die den sieben Subskalen körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltungssituation, Alkoholgebrauch, Drogengebrauch, rechtliche Situation, Familie und Sozialbeziehungen sowie psychischer Status zugeordnet sind. Der Behandlungsbedarf wird zu jedem Bereich zusammenfassend auf einer Rating-Skala

beurteilt. Ein Profil von Schweregraden für jeden Bereich soll die für die Behandlung relevanten Probleme abbilden (McLellan et al., 1980).

Diesen sogenannten mehrdimensionalen Instrumenten ist gemeinsam, daß sie das Abhängigkeitssyndrom auf mehreren Ebenen abbilden und unterschiedliche Schweregrade unterstellen. Sie sind nicht als Screening-Verfahren konzipiert, sondern sollen vielmehr zur Differentialdiagnostik und zur Indikationsstellung für bestimmte Therapien herangezogen werden.

1.5 Wissenschaftlicher Beitrag

Hinsichtlich der hohen Prävalenz sozialer, somatischer und psychiatrischer Komorbidität ist eine präzise Diagnostik der Alkoholkrankheit dringend erforderlich. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es notwendig, unter Berücksichtigung der Varianz in Genese, Verlauf und Erscheinungsbild, weitere diagnostische Instrumente für die Einleitung entsprechender Maßnahmen zu entwickeln.

In Studien, die die Effizienz und Effektivität der Behandlung von Alkoholabhängigen aus Kostengesichtspunkten untersuchten, konnte gezeigt werden, daß in Zukunft von enormer Bedeutung sein wird „noch sehr viel früher als bisher Suchtprobleme zu diagnostizieren und [...] frühzeitig zu intervenieren“ (Mann, 2000).

Der European Addiction Severity Index (EuropASI) als Instrument zur quantitativen Erfassung von Substanzmißbrauch und –abhängigkeit, soll das Abbilden sämtlicher Probleme ermöglichen, die bei Drogen- respektive Alkoholabhängigkeit von Bedeutung sind. Ein Schweregradprofil der jeweiligen Problembereiche soll therapierrelevante Daten zusammenfassen und damit eine differenzierte Behandlungsplanung erlauben (McLellan et al., 1980).

Der Leitgedanke dieser Untersuchung ist die Bewertung ausgewählter Aspekte der Reliabilität und Validität der deutschen Version des EuropASI-Interviews in

einer Gruppe von 65 Alkoholkranken, die sich in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen zu einer sechswöchigen stationären Entwöhnungstherapie befanden. Hervorgehoben werden insbesondere die interne Konsistenz und die Trennschärfe.

1.6 Stand der Forschung

In den bisherigen Studien beziehen sich die Angaben zu den Gütekriterien der deutschen Form des EuropASI teilweise auf eine vorläufige Version von 1994 (Gsellhofer, 1998; Scheuren, 2000), teilweise auf die publizierte Version von 1999 (Weiler, Vogt & Küfner, 2000). Bezüglich einiger Items unterscheiden sich beide Versionen. Die Ergebnisse werden deshalb für die drei Untersuchungen getrennt berichtet.

Die aufgeführten Ergebnisse zur deutschen Version des Europ-ASI beruhen auf den Auswertungen der Daten aus folgenden Untersuchungen:

1. 104 Drogen- und 22 Alkoholpatienten mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren bei einem Anteil von 77% Männern in stationärer Behandlung (Gsellhofer, 1998)
2. 177 männliche alkoholabhängige Patienten mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren einer Suchtaufnahmestation (Scheuren, 2000)
3. 240 drogenabhängige Patienten mit einem Durchschnittsalter von 29,9 Jahren und einem Männeranteil von 62,9% vor Aufnahme zu einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (Weiler et al., 2000)

Reliabilität

Retest-Reliabilität: Gsellhofer (1998) erhob bei einem Teil der Probanden drei Tage nach dem Erstinterview die life-time-Angaben des Bereichs Psychischer

Zustand ein zweites Mal ($N = 40$). Die Übereinstimmungsrate lag zwischen 75% und 98%.

Interviewerübereinstimmung: Gsellhofer (1998) ließ die Schweregradeinschätzungen für 22 Probanden von zwei unabhängigen Ratern bestimmen, die gemeinsam an den jeweiligen Interviews teilnahmen. Die Spearman-Korrelation dieser Urteile lag zwischen $r = .67$ und $r = .96$ (Mittelwert $r = .87$).

Replizierbarkeit der Schweregradeinschätzungen ohne Patientenkontakt: Scheuren (2000) verglich Schweregradeinschätzungen, die lediglich aufgrund der Itemangaben zu den einzelnen Bereichen erstellt werden, mit solchen, die nach der Durchführung des ASI mit dem Patienten erstellt wurden. Die Schweregradeinschätzungen unterschieden sich nicht im Niveau. Die Übereinstimmung variierte für die verschiedenen Bereiche zwischen $r = .13$ und $r = .87$ (Spearman-Brown-Vorhersageformel).

Interne Konsistenz: Nach Gsellhofer (1998) variieren Cronbachs Alpha für die Composite Scores zwischen .60 für den Bereich Arbeits- und Unterhaltungssituation und .89 für den Bereich Alkoholgebrauch. Der mittlere Koeffizient betrug .73. Weiler et al. (2000) ermittelten Alpha Werte nach Cronbach zwischen .62 (Soziale Beziehungen) und .93 (Ökonomische Situation). Der mittlere Koeffizient betrug .78. Interne Konsistenz belegen auch multiple Regressionsanalysen für ausgewählte Items von Gsellhofer (1998) und Scheuren (2000), in denen der Beitrag der Items eines Bereichs zum Schweregradurteil dieses Bereichs ermittelt wird.

Validität

Kriteriumsvalidität: Unabhängig von der Durchführung des EuropASI beurteilten 34 Ärzte den Therapiebedarf der Patienten anhand eines Expertenfragebogen. Die Spearman-Korrelation zwischen diesem externen Kriterium und den Schweregradeinschätzungen des EuropASI liegt zwischen $r = .27$ und $r = .67$ (Gsellhofer, 1998).

2 Methodik

2.1 Charakterisierung des Patientengutes

2.1.1 Stichprobenbeschreibung

In der Zeit zwischen Mai 1995 und Februar 1996 unterzogen sich insgesamt 90 Patienten (73 Männer und 17 Frauen) der sechswöchigen stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung auf Station B6 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, von denen 65 im Rahmen unserer Untersuchung befragt wurden.

Die Entscheidung sich interviewen zu lassen, blieb den Patienten freigestellt. Nur sechs der befragten Patienten (ausschließlich Männer) lehnten die Befragung durch das Interview ab.

In die Untersuchung aufgenommen wurden alle Patienten mit der Diagnose der Alkoholabhängigkeit, die freiwillig an der sechswöchigen Entwöhnungsbehandlung auf Station B teilnahmen. Die Diagnosestellung erfolgte durch den behandelnden Arzt gemäß den Kriterien nach ICD 10 und DSM IV.

Nicht aufgenommen werden sollten Patienten, die zusätzlich an psychiatrischen Erkrankungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen leiden sowie Patienten mit alkoholischer Enzephalopathie oder Korsakow-Syndrom. Derartige Diagnosen trafen jedoch in dem oben genannten Untersuchungszeitraum auf keinen Patienten zu.

Ausgeschlossen wurden außerdem diejenigen rückfälligen Patienten, die erst vor kurzem an einer Entwöhnungsbehandlung teilgenommen hatten und für maximal eine Woche wieder aufgenommen wurden. Von diesen sogenannten Krisenpatienten gab es während der Datenerhebung insgesamt drei Fälle.

Weitere Ein- und Ausschlußkriterien sind unten aufgeführt.

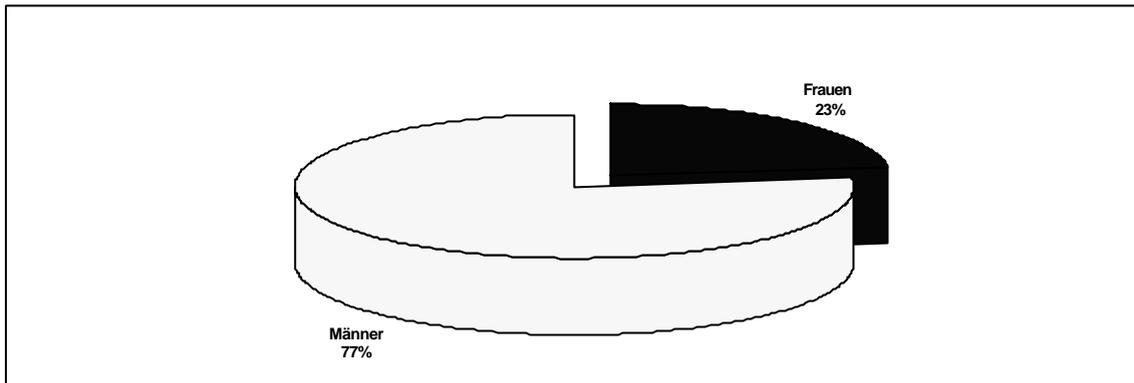
Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Untersuchung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Diagnose und Selbsteinschätzung der Alkoholabhängigkeit	Krisenpatienten Psychiatrische Erkrankung als Zweitdiagnose
Patienten, die schon vor Beginn der Therapie abstinent gelebt haben	Geistige Behinderung
Freiwillige Teilnahme an der Behandlung und am Interview	Demenz
Alter über 18 Jahren Ein- oder mehrere Vorbehandlungen wegen Alkoholproblemen	Korsakow-Syndrom
Patienten, die sich im Moment zur Entwöhnungsbehandlung auf Station B6 befinden	Wernicke Enzephalopathie
	Patienten in der Entzugsphase
	Nicht-freiwillige Teilnahme
	Kinder und Jugendliche bis zum 18.Lebensjahr

Quelle: Eigene Darstellung

Der Altersdurchschnitt lag zum Zeitpunkt der Untersuchung bei 42 Jahren, bei einer Spanne von 24 bis 61 Jahren. 15 der befragten Patienten (23%) sind Frauen, 50 Untersuchungsteilnehmer (77%) sind Männer (s. Abbildung 1: Geschlechtsverteilung).

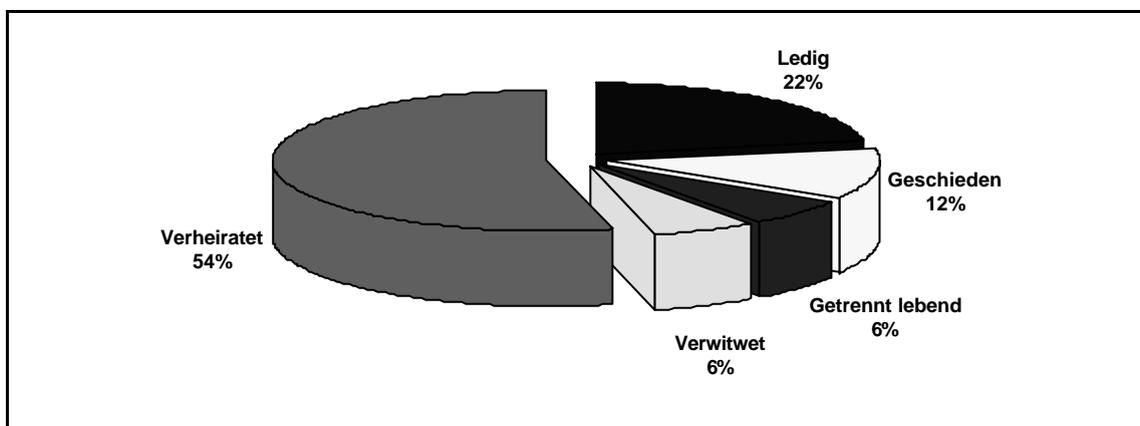
Abbildung 3: Geschlechtsverteilung der Interviewteilnehmer, N=65



Quelle: Eigene Darstellung

Von den 65 Befragten waren zum Interviewzeitpunkt 54% verheiratet, 22% ledig, 18% geschieden bzw. getrennt lebend und 6% verwitwet (s. Abbildung Familienstand).

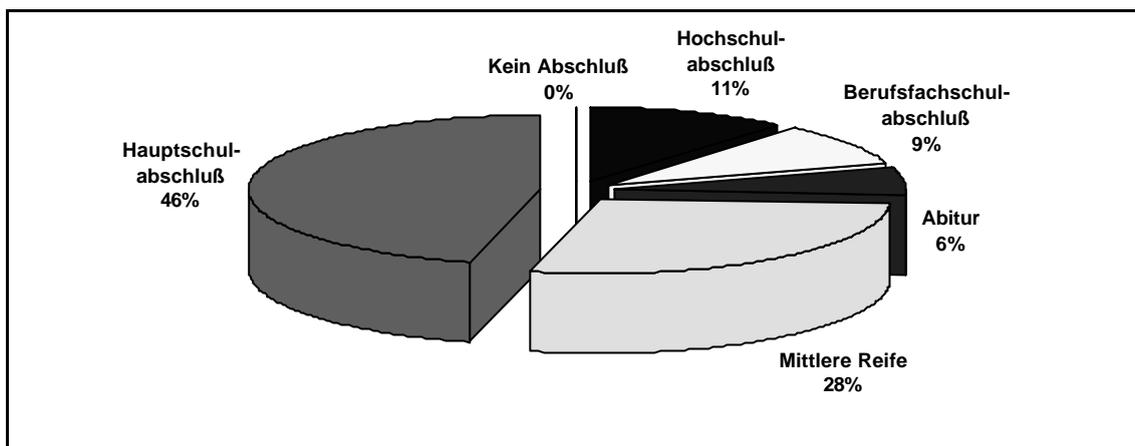
Abbildung 4: Familienstand der Interviewteilnehmer, N=65



Quelle: Eigene Darstellung

Als höchst erzielten Abschluß gaben 46% einen Hauptschulabschluß, 28% die Mittlere Reife, 6% das Abitur, 9% den Abschluß einer Berufsfachschule und 11% einen Hochschulabschluß an (s. Abbildung: Bildungsstand). Eine abgeschlossene Berufsausbildung lag bei 91% der interviewten Patienten vor.

Abbildung 5: Bildungsstand der Interviewteilnehmer, N=65



Quelle: Eigene Darstellung

Ihren Lebensunterhalt bestritten 68% aus ihrer Erwerbstätigkeit, 14% bezogen Arbeitslosengeld oder -hilfe und 3% lebten derzeit von Sozialhilfe.

Im Durchschnitt waren die Patienten seit ihrem 33. Lebensjahr alkoholabhängig, wobei ein regelmäßiger Alkoholkonsum ab einem Alter von 22 Jahren und ein Mißbrauch ab dem 29. Lebensjahr im Mittel angegeben wurde.

Die durchschnittliche Dauer der Abhängigkeit (Kontrollverlust, körperliche Anzeichen vgl.) wurde mit 8 Jahren angegeben bei einer Trinkmenge von durchschnittlich 135g Alkohol pro Tag im letzten Monat bzw. 148g Alkohol pro Tag im letzten Jahr.

Vor Therapiebeginn waren die Patienten im Mittel 19 Tage abstinent.

An Vorbehandlungen haben 30% der Interviewteilnehmer erst eine, 17% zwei bis sechs stationäre Entgiftungen, 3% eine ambulante Entgiftung und 33% der Patienten haben noch keine stationäre Entgiftung durchgeführt. 75% haben auch noch an keiner Selbsthilfegruppe teilgenommen.

Weitere 3% haben eine ambulante und eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in Anspruch genommen. Weitere 17% haben bereits ein bis zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt und für 83% der Befragten ist dies die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung.

Der längste Zeitraum zwischen der ersten Behandlung überhaupt und diesem stationären Aufenthalt beträgt 15 Jahre. Das Gros der Patienten, die bereits eine Vorbehandlung angaben, hatten diese jedoch weniger als 12 Monate vor der aktuellen Entwöhnungstherapie.

2.1.2 Beschreibung der Station

In der Universitätsnervenklinik Tübingen wurde 1975 unter der Leitung von Hans Heimann eine Spezialstation für Alkoholabhängige eingerichtet.

Ziel dieser offenen Station war neben der körperlichen Entgiftung die Förderung der Motivation zu längerfristigen Entziehungsmaßnahmen. Der stationäre Aufenthalt von zunächst drei Wochen hatte seinen Schwerpunkt dabei auf der Gruppentherapie und dem pädagogischen Rollenspiel. Nach der Entlassung folgte eine halbjährige ambulante Weiterbehandlung einmal pro Woche.

In den folgenden Jahren wurde das Konzept bezüglich Patientenzahl, Aufnahmemodus und Aufenthaltsdauer mehrmals modifiziert.

Seit 1978 beträgt nun die stationäre Behandlungsdauer sechs Wochen und die ambulante Nachbehandlung ein Jahr. Die ambulante Weiterbetreuung erfolgt durch die Gruppentherapeuten der stationären Behandlungsphase. Es werden seither immer zwölf Patienten gleichzeitig als geschlossene Gruppe aufgenommen. 1990 wurde zusätzlich eine geschlossene Entgiftungs- und Motivationsstation eingerichtet.

Das Therapiekonzept kombiniert eine sechswöchige stationäre Behandlung mit einer anschließenden einjährigen ambulanten Gruppenbehandlung.

Die psychotherapeutisch geprägte Entwöhnungsbehandlung der offenen Station B verfolgt als Behandlungsziel die absolute Abstinenz. Auch in der stationären Phase steht die Gruppentherapie im Vordergrund. So werden gruppentherapeutische Sitzungen dreimal pro Woche, pädagogische Rollenspiele, Informationsgruppen, Beschäftigungstherapie und autogenes Training jeweils zweimal pro Woche, Bewegungstherapie dreimal pro Woche und nicht zuletzt Außenak-

tivitäten und Abendveranstaltungen regelmäßig durchgeführt. Außerdem finden einmal wöchentlich Gruppengespräche mit den Angehörigen statt. Sogenannte Bezugstherapeuten, die den Patienten zugeordnet werden, stehen für Einzelgespräche zur Verfügung.

Mit diesem „Tübinger Modell“ einer gemeindenahen, integrierten Behandlung konnte bei steigender Zahl Alkoholkranker eine Entlastung der allgemeinpsychiatrischen Stationen von den Suchtkranken erreicht werden.

2.2 Beschreibung des Untersuchungsinstrumentes

2.2.1 Die mündliche Befragung als Erhebungstechnik

Die am häufigsten angewandte Methode zur Datenerhebung in den empirischen Sozialwissenschaften ist nach Bortz/Döring (1995) die Befragung.

Unterschieden wird dabei zwischen der mündlichen Befragung in Form von Interviews und der schriftlichen Befragung mittels Fragebögen.

Zur Bestimmung der Schwere der Abhängigkeit sieht sowohl das ASI-Interview im amerikanischen Original als auch die deutsche Version des EuropASI-Interviews die mündliche Befragung in Form eines persönlichen Interviews als Erhebungstechnik vor.

Die einzelnen Varianten der mündlichen Befragung werden kategorisiert nach dem Ausmaß der Standardisierung, dem Autoritätsanspruch des Interviewers, der Art des Kontaktes (z. B. direkt oder telefonisch), der Anzahl der befragten Personen, der Anzahl der Interviewer und nicht zuletzt nach der Funktion (z. B. ermittelnd oder vermittelnd).

Auch die deutsche Version des European Addiction Severity Index-Interview (EuropASI) (Gsellhofer et al., 1994) ist ein standardisiertes bzw. vollständig strukturiertes Interview, d. h. Wortlaut und Reihenfolge der überwiegend geschlossenen Fragen sind verbindlich vorgegeben, ebenso die Antwortmöglichkeiten.

Die Begleitumstände der Befragung wurden weitgehend standardisiert, d.h. die Befragung erfolgte von nur einem Interviewer, persönlich und einzeln, zumeist im Patientenzimmer sowie unter Ausschluß eventueller Zuhörer. Die Untersuchung fand jeweils frühestens acht Tage nach der stationären Aufnahme statt. Die Zeiten waren individuell abgesprochen und an den Stationsablauf angepaßt.

Der Autoritätsanspruch dieses Interviews ist neutral, d.h. der Befragte ist im Vergleich zum Interviewer ein gleichwertiger Partner, der in seiner Rolle als Informationsgeber unabhängig von seinen Antworten voll akzeptiert wird. Betont wird dabei die informationssuchende Funktion. Der Interviewer (die Autorin) ist distanziert und verweist auf das wissenschaftliche Anliegen der Untersuchung unter Wahrung der Anonymität.

2.2.2 Der European Addiction Severity Index (EuropASI)

Der Addiction Severity Index (ASI) wurde 1980 in den USA erstmalig eingeführt. Die deutsche Übersetzung des European Addiction Severity Index ist ein Produkt der Mitarbeiter der deutschen Arbeitsgruppe (B. Gsellhofer, H. Küfner, M. Vogt und D. Weiler, 1994) nach dem amerikanischen Original von T. McLellan in seiner 5. Auflage (1992) und der europäischen Version EuropASI von A. Kokkevi, Ch. Hartgers, P. Blanken, E.-M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta, und A. Uchtenhagen (1993). Dabei wurden einige Items, die auf die Verhältnisse in deutschsprachigen Ländern nicht wörtlich übertragbar oder nicht relevant waren, umformuliert.

Der EuropASI besteht aus 150 Items, die sieben inhaltlichen Bereichen (Subskalen) zugeordnet sind (s.o.).

Es werden für jeden dieser Bereiche Informationen ermittelt aus den Interviewfragen zu den Problemen, aus den Selbsteinschätzungen der Patienten, aus den Therapeuteneinschätzungen zum Interventionsbedarf sowie zur Zuverlässigkeit der Patientenangaben und nicht zuletzt aus den Kommentaren des h-

interviewers. Die Fragen zu Anzahl, Dauer und Ausmaß der Schwierigkeiten beziehen sich jeweils auf die beiden Zeitfenster „gesamte Lebensdauer“ und innerhalb der „letzten 30 Tage“ vor der stationären Aufnahme bzw. der aktuellen Behandlung. Die Selbsteinschätzungen zur Problembelastung bzw. zum Beratungs- oder Behandlungsbedarf erfolgen anhand einer Skala von 0 (gar kein Problem) bis 4 (extremes Problem).

Der Zeitaufwand pro Interview beträgt circa 45 bis 60 Minuten.

In der Auswertung werden wichtige Items mit einer bestimmten Gewichtung in sogenannten „Composite Scores“ zu den jeweiligen Bereichen verrechnet. Dadurch können zusammenfassende Aussagen zu den einzelnen Problembereichen getroffen werden, die von den subjektiven Beurteiler- und Patienteneinschätzungen unabhängig sind.

2.2.3 Inhaltliche Darstellung des EuropASI

In der deutschen Version des EuropASI-Interviews sind die Fragen strukturiert nach verschiedenen Lebensbereichen bestimmten Fragegruppen zugeordnet.

Zum ersten Gliederungspunkt im EuropASI gehören die sogenannten *Allgemeinen Angaben*. Hier wird außer nach dem Aufnahme-Datum, dem Alter und dem Geschlecht des Patienten noch nach dem Wohnort, der Dauer der aktuellen Adresse, Eigentum, Staatsangehörigkeit des Patienten und dem Geburtsland der Eltern sowie nach dem Aufenthaltsort im letzten Monat vor der Aufnahme gefragt.

Im Bereich *Körperlicher Zustand* steht die Frage nach organischen Erkrankungen, die nicht als Alkoholfolgekrankheit zu klassifizieren sind, im Vordergrund.

Außerdem wird nach der Anzahl der Krankenhausaufenthalte, Hepatitis-Infektionen, HIV-Test, einer Rente wegen körperlicher Probleme und dem letzten Arztbesuch gefragt.

Die Fragen zur *Arbeits- und Unterhaltungssituation* beziehen sich auf Schulbildung, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit und letztem Beschäftigungsverhältnis. Es

interessieren weiterhin die längste Arbeitslosigkeit, Schulden und die Quelle des Lebensunterhaltes.

In der Untergruppe *Rechtliche Probleme* wird nach Führerscheinentzug, Verkehrsdelikten mit und ohne Alkohol, sonstigen Delikten und Verurteilungen gefragt. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Straftaten, die sich nicht auf den Straßenverkehr beziehen.

Von Interesse ist darüber hinaus das Vorliegen einer Rechtsgrundlage dieser Behandlung, d.h. ob diese von einem Richter, Bewährungshelfer o.ä. veranlaßt wurde.

Die familiäre Belastung bezüglich Sucht- und psychiatrischen Erkrankungen wird unter *Familiärer Hintergrund* abgehandelt.

Erfragt wird eine Alkoholproblematik nach Einschätzung des Patienten bei Verwandten ersten und zweiten Grades. Nach psychischen Problemen wird ganz allgemein gefragt, d.h. weder psychiatrische Erkrankungen noch Suizide in der Familie werden extra erfragt. Ein weiterer Punkt der familiären Belastung ist die Frage nach Drogenmißbrauch.

Die Rubrik *Drogen- und Alkoholgebrauch* umfaßt Fragen nach dem Alter beim ersten Alkoholkonsum, dem Alter bzw. den Jahren des regelmäßigen Alkoholkonsums und Alkoholmißbrauchs, dem Gebrauch bzw. der Einnahme anderer Suchtstoffe, den Abstinenzperioden, der Anzahl der Delirien und den Vorbehandlungen.

Hier ist vor allem der Zeitraum der letzten vier Wochen vor der Aufnahme von Bedeutung, wobei der Alkoholkonsum während dieser Zeit unterteilt wird in jeglichen Gebrauch und den Gebrauch bis zur Trunkenheit. Des weiteren interessiert wieviel Geld für Alkohol ausgegeben wurde, die Häufigkeit des Alkoholverlangens, ob Entzugerscheinungen und an wieviel Tagen Alkoholprobleme auftraten.

Unter *Familie und Sozialbeziehungen* wird der Familienstand und die Wohnsituation erfragt.

An den Lebensgewohnheiten des Partners wird im EuropASI-Interview nur in bezug auf seinen Alkohol- bzw. Drogenkonsum geforscht. Es wird allerdings auch nach Freunden, Freizeitaktivitäten, Langeweile, Zufriedenheit, persönlichen Beziehungen, Schwierigkeiten und Konflikten in der Familie und im Bekanntenkreis sowie nach emotionalem, physischem und psychischem Mißbrauch gefragt.

In die Kategorie *Psychischer Status* fallen im EuropASI die Fragen nach den stationären bzw. ambulanten Behandlungen, nach einer Rente wegen psychischer Probleme, nach belastenden Ereignissen im letzten halben Jahr und nach Zeiträumen, in denen bestimmte psychische Probleme aufgetreten sind. Es werden als psychische Probleme, die nicht als Resultat des Alkoholmißbrauchs zu verstehen sind, Depressionen, Ängste, Halluzinationen, Konzentrationsstörungen, gewalttätiges Verhalten, Medikamente für psychische Probleme, Suizidgedanken und -versuche einzeln aufgeführt und auch hier wieder unterteilt in den Zeitraum der letzten 30 Tage sowie insgesamt im Leben.

Ein Schweregrad-Rating des Interviewers bezüglich des Ausmaßes der jeweiligen Probleme, d.h. der Grad, in dem der Proband nach Einschätzung des Interviewers einer Behandlung bedarf, wird am Ende jeder Untergruppe registriert, zusammen mit einem Zuverlässigkeits-Rating, d.h. inwieweit eine falsche Selbstdarstellung des Patienten vorliegen könnte (EuropASI-Fragebogen im Original s. Anhang).

2.3 Methodisches Vorgehen

Die Durchführung des EuropASI-Interviews unter Mitarbeit der beschriebenen 65 Patienten, fand frühestens eine Woche nach der stationären Aufnahme bei einer Gesamtaufenthaltsdauer von sechs Wochen statt.

Es waren jeweils Einzelbefragungen durch die Autorin, mit jedem Patienten persönlich und auf freiwilliger Basis.

Als Ort der Gespräche diene in der Regel das Patientenzimmer bzw. ein anderer ungestörter Raum unter Ausschluß weiterer Anwesender.

2.3.1 Auswertung orientiert an den Testgütekriterien

Untersuchungsablauf und –auswertung orientieren sich an den drei zentralen Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität.

Die Objektivität eines Tests gibt an, in welchem Ausmaß die Testergebnisse vom Testanwender unabhängig sind.

Eine hohe Durchführungsobjektivität, wird durch standardisierte Instruktionen mit Hilfe des „Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem EuropASI“ erreicht.

Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind durch die Art der Itemformulierung, die weitgehend vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und vor allem durch die Auswertung mit Hilfe des EuropASI Composite Scores gegeben.

Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit der eine Skala oder ein Test – bei verschiedenen Personen und wiederholt – ein bestimmtes Merkmal, in unserer Untersuchung die Schwere der Abhängigkeit, mißt (unabhängig davon, ob der Test dieses Merkmal auch zu messen beansprucht, dies ist ein Problem der Validität).

Mit den vier Methoden Retest, Paralleltest, Testhalbierung und Interne Konsistenz kann die Zuverlässigkeit eindimensionaler Testskalen berechnet werden. Paralleltest- und Retest-Reliabilität sind mit einem hohen untersuchungstechnischen Aufwand, der nicht zuletzt die Patienten zusätzlich belastet, verbunden. Die Bestimmung der Reliabilität nach der Testhalbierungs-Methode hängt stark von der Art der zufälligen Testhalbierung ab. Zu stabileren Schätzungen der Reliabilität führt die Berechnung der internen Konsistenz, die auch dieser Untersuchung zugrunde liegt.

Validität (auch Gültigkeit) bezieht sich auf die Frage, ob ein Item (eine Skala, ein Test, ein Fragebogen) das mißt, was es zu messen vorgibt.

In der gegenwärtigen Untersuchung gibt die Validität an, wie gut der EuropASI in der Lage ist, die Schwere der Abhängigkeit abzubilden.

Da die Inhaltsvalidität eine Zielvorgabe bei der Testkonstruktion bzw. bei der Adaptation des EuropASI an die amerikanische Version darstellt, wird hierauf nicht näher eingegangen. Die kriterienbezogene Validität messen wir anhand der Übereinstimmung von Testwert, der in unserer Untersuchung dem sogenannten Composite Score entspricht, und dem Schweregrad-Rating des Interviewers bzw. der Selbsteinschätzung des Patienten. Schweregrad-Rating und Selbsteinschätzung dienen in der vorliegenden Studie als korrespondierendes manifestes Merkmal. Über die Korrelation von Composite Score und den Kriteriumswerten, die mit Hilfe des Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizienten ermittelt werden, definiert sich die Kriteriumsvalidität dieses Interviews. Da Test- und Kriteriumswert zum selben Meßzeitpunkt erhoben wurden, handelt es sich in unserer Studie um die sog. Übereinstimmungsvalidität (Concurrent Validity).

2.3.2 Kriterien der Auswertung des EuropASI mittels Composite Score

Zur Auswertung des EuropASI Interviews existiert ein vorläufiges Verfahren der Berechnung von gewichteten Summenscores (sog. *Composite Scores*) nach Koeter und Hartgers des Amsterdam Institute for Addiction Research, August 1997. Wie im Original quantifizieren diese Werte den Bedarf nach weiterer Behandlung.

Aus der Berechnung nach Maßgabe des Composite Scores ergeben sich Zahlenwerte zwischen 0 (kein Problem) und 1 (schwerwiegendes Problem). Die Formeln der Berechnung sind so gewählt, daß auch in Fällen einer großen Schwankungsbreite der Antworten (z.B. wieviel Geld in den letzten 30 Tagen für Alkohol ausgegeben oder wieviel Alkohol in dieser Zeit getrunken wurde), mitunter nur durch Zuhilfenahme des natürlichen Logarithmus ein übersichtlicher und gut vergleichbarer Zahlenwert ermittelt werden kann.

Für diese Scores werden nur diejenigen Fragen zur Berechnung herangezogen, die sich auf die letzten 30 Tage beziehen oder aber auf die aktuelle Situation

Bezug nehmen. Deshalb sind sie für eine Erfassung der Veränderung des Patientenzustandes und der Behandlungseffektivität in Verlaufsstudien geeignet (McLellan et al., 1992).

Diese zunächst vorläufige Version der Erstellung des EuropASI Composite Scores basiert auf einer europäischen Studie, an der vier europäische Großstädte (München, Rom, Amsterdam und Athen) teilnahmen, die einen reliablen Score mit einem Alpha-Koeffizienten von Cronbach zwischen 0,70 und 0,90 (Koeter et Hartgers, 1997) nachweisen konnten.

Zur Bestimmung des Composite Scores, wird zunächst ein Score für jeden Problembereich separat errechnet.

Die Bereiche Arbeits- und Unterhaltssituation, Alkohol- und Drogengebrauch sowie Familie und Sozialbeziehungen sind unterteilt, so daß hier jeweils zwei Scores berechnet werden.

Aufgrund der Komplexität bei der Erfassung der Schwere ist zur besseren Vergleichbarkeit eine Auswahl repräsentativer Fragen notwendig, die sich quantitativ erfassen lassen.

2.4 Angewandte Statistik

Die statistische Planung und Auswertung wurde in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Klaus Ackermann vom Institut für seelische Gesundheit in Mannheim vorgenommen.

Zur Auswertung wurde das SAS-System der Version 6.12 verwendet. Nachdem zunächst der sogenannte Composite Score des Amsterdam Institute for Addiction Research (August 1997) für die europäische Version des ASI (EuropASI) errechnet wurde, konnten die Ergebnisse zur Bestimmung von Reliabilität und Validität miteinander korreliert werden.

Das Hauptanliegen bei der Analyse des erhobenen Datenmaterials ist das Erkennen von Abhängigkeiten und Zusammenhängen der Items bzw. Subskalen.

Einerseits sollen qualitative Aussagen getroffen werden, andererseits sollen die Zusammenhänge auch quantifiziert werden.

2.4.1 Der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson

Von der Wortbedeutung her ist eine Korrelation zunächst nichts weiter als eine Wechselbeziehung oder ein Zusammenhang zwischen (mindestens) zwei Variablen.

Korrelationen geben nur Auskunft über die Richtung und Enge eines Zusammenhangs, nicht jedoch über seine Ursachen. Eine Korrelation ist kein Kausalzusammenhang.

Neben Grafiken werden in dieser Untersuchung zur Darstellung des Zusammenhanges zweier Variablen auch Berechnungen von Korrelationskoeffizienten angegeben. Der Begriff Korrelation wird nachfolgend auch als Abkürzung für Korrelationsmaß oder Korrelationskoeffizient benutzt.

Sind zwei Merkmale (X und Y) metrisch skaliert und nicht unabhängig, kann ihre Abhängigkeit mit der Korrelationsrechnung quantifiziert werden. Der Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient bezeichnet dieses Zusammenhangsmaß für metrische Variablen. Er wird berechnet als Kovarianz der beiden interessierenden Variablen, dividiert durch das Produkt der Standardabweichungen der beiden Variablen. Der Nenner hat lediglich eine normierende Funktion. Er sorgt dafür, daß $-1 \leq r \leq +1$ gilt und daß der Korrelationskoeffizient maßstabsunabhängig wird. Dieses normierte Zusammenhangsmaß kann demzufolge nur Werte zwischen +1 (perfekter positiver Zusammenhang) und -1 (perfekter negativer Zusammenhang) annehmen. Beträgt der Wert -1 oder 1, so sind die Veränderlichen total voneinander abhängig. Ein Wert von 0 indiziert die Abwesenheit eines (linearen) Zusammenhanges.

$$r = \frac{\text{cov}(x, y)}{\sqrt{\text{var}(x) \text{var}(y)}} = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}} \quad -1 \leq r \leq 1$$

cov(x,y)	Kovarianz zwischen X und Y
var(x)	Varianz von X
var(y)	Varianz von Y
\bar{x}	arithmetisches Mittel von X
\bar{y}	arithmetisches Mittel von Y
n	Anzahl von (y _i , x _i); Anzahl der statistischen Einheiten

In der Praxis taucht ein Wert für r größer 0,5 nur selten auf, man betrachtet einen Wert zwischen 0,3 und 0,5 als ein Indiz für einen starken Zusammenhang. Je größer die Zahl der Merkmalsträger, desto aussagekräftiger ist r.

Die Interpretation des Korrelationskoeffizienten muß immer vor dem Hintergrund einer linearen Regressionsfunktion erfolgen. Wäre in einem konkreten Fall eine nichtlineare Funktion angemessen, dann könnte sich beispielsweise ein r-Wert nahe bei 0 ergeben, weil gleichwohl eine lineare Funktion unterstellt wird.

2.4.2 Berechnung der Internen Konsistenz

Die interne oder innere Konsistenz einer Skala bezeichnet zunächst die Forderung nach weitgehender Widerspruchsfreiheit, Eindimensionalität und Zuverlässigkeit der die Skala bildenden Items. Das mathematisch-statistische Maß dafür ist der Alpha-Koeffizient.

Interne Konsistenzschätzungen stellen eine Erweiterung der Testhalbierungsmethode dar, indem jedes Item wie ein „Paralleltest“ behandelt wird.

Zur Berechnung wird in dieser Untersuchung der Alpha-Koeffizient nach Cronbach (1951) herangezogen, da dieser sowohl auf dichotome als auch auf polytome Items anwendbar ist. Der Alpha-Koeffizient ist die Kennziffer für den Wert der internen Konsistenz und als solcher ein Maß für die Zuverlässigkeit der Skala.

Er wird wie folgt definiert:

$$\alpha = \frac{p}{p-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^p S_{Item}^2}{S_{Testwert}^2} \right)$$

Mathematisch gesehen handelt es sich um eine Korrelation "über alles", d.h. es werden die Werte aller Items über alle Personen korreliert, was dazu führt, dass bei der Itemanalyse sowohl die Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen den Items als auch die zwischen den Versuchspersonen berücksichtigt werden, aber trotzdem nur eine Maßzahl entsteht.

Der Alpha-Koeffizient kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen. In bestimmten Kontexten gelten Skalen mit Alphawerten zwischen 0,7 und 0,8 bereits als brauchbar. Je höher der Alphawert wird, desto besser ist die interne Konsistenz der Skala. Nach Bortz, Döring (1995) gelten Werte zwischen 0,8 und 0,9 als mittelmäßig, über 0,9 als hoch.

Der Koeffizient ist um so höher, je mehr Items die Skala enthält (p = Anzahl der Items) und je höher die Item-Interkorrelationen sind. Er wird daher auch als Homogenitätsindex bezeichnet.

Die interne Konsistenz (Cronbach α) gilt als untere Schranke der Reliabilität, nach Krauth wird man damit dem Test keine höhere Meßgenauigkeit zuschreiben, als tatsächlich vorhanden ist. Ein weiterer Vorteil dieses Koeffizienten ist seine leichte Schätzbarkeit (Krauth, 1995)

Erfahrungsgemäß erreicht man nur mit einer eindimensionalen Skala hohe Werte des Alpha-Koeffizienten, denn die Eindimensionalität ist eines der Kriterien der internen Konsistenz.

"Die Dimensionalität eines Tests gibt an, ob nur ein Merkmal bzw. Konstrukt erfaßt wird (eindimensionaler Test), oder ob mit den Testitems mehrere Konstrukte bzw. Teil-Konstrukte operationalisiert werden (mehrdimensionaler Test)." (Bortz/Döring, 1995, S. 202).

Die Mehrdimensionalität des ASI erfordert eine separate Bestimmung des Alpha-Koeffizienten für die jeweiligen Untertests. Das heißt, auch wenn die Subskalen untereinander kaum korrelieren, können die zu einem Bereich gehörenden Items hoch korrelieren.

2.4.3 Itemanalyse

Die Itemanalyse ist ein statistisches Verfahren, mit welchem man die Qualität einer Skala (= Instrument zur Messung von Variablen) überprüfen und optimieren kann.

Als Item bezeichnen wir die einzelnen Fragen unseres Interviews, zur Erfassung der zu messenden Variablen. Diese Items werden mit Hilfe der Itemanalyse, welche aus der Berechnung der Trennschärfe sowie der Berechnung des Alpha-Koeffizienten besteht, im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit untersucht. Mit Hilfe der Itemanalyse kann keine Aussagen über die Untersuchungsteilnehmer getroffen werden, sondern nur über die Items.

Die Trennschärfe eines Items ist der Korrelationskoeffizient zwischen den Antworten jedes Probanden auf dieses eine Item und ihrer Werte bzgl. der gesamten Skala. Anders ausgedrückt: "Der Trennschärfe eines Items ist zu entnehmen, wie gut das gesamte Testergebnis aufgrund der Beantwortung eines einzelnen Items vorhersagbar ist." (Bortz/Döring 1995, S. 200)

Die Trennschärfe kann nur Werte zwischen -1 und +1 annehmen, je höher die Werte im positiven Bereich liegen, desto besser. Zusätzlich gilt noch, daß Items mit hohen Trennschärfewerten in der Regel zu einem hohen Alphawert für die Gesamtskala führen.

3 Ergebnisse

Dem statistischen Prozedere von McLellan et al. (1985) folgend, werden sogenannte Subskalen konstruiert, die den Untertests bzw. Problembereichen des EuropASI-Interviews entsprechen. Orientiert an diesen Problemgebieten werden demnach nur bestimmte Items zur Berechnung eines vergleichbaren Summenmeßwertes, dem sogenannten Composite Score, herangezogen. Im folgenden werden die Bezeichnungen Subskala und Untertest sowie Summenmeßwert und Composite Score synonym verwendet.

3.1 Composite Scores der Subskalen bezogen auf die Gesamtgruppe

Tabelle 1 zeigt die Summenmeßwerte der einzelnen Untertests für die gesamte Gruppe.

Aufgrund der geringen Anzahl der befragten Patienten (65 Probanden, davon 50 Männer und 15 Frauen), wird nicht nach Geschlecht differenziert.

Da die Werte des Composite Scores zwischen 0.00 und 1.00 liegen können, nehmen wir zur besseren Übersicht folgende Einteilung vor:

bis 0,44: Probleme geringen Ausmaßes

0,45 bis 0,74: Probleme mäßigen Ausmaßes

0,75 bis 1,00: Probleme schweren Ausmaßes

Die Werte der einzelnen Problemgebiete für die Gruppe in ihrer Gesamtheit liegen alle im Bereich bis 0.44, was demzufolge bedeutet, daß sowohl die Alkoholproblematik als auch Probleme in anderen Lebensbereichen insgesamt als eher leichtgradig einzustufen sind.

Tabelle 2: Composite Scores der Gruppe.

Problemgebiet	N	Mean	SD	Minimum	Maximum
Körperlicher Zustand (MED)	65	0.17	0.23	0,00	0.92
Arbeit und Unterhalt (ECON)	64	0.32	0.44	0,00	1.00
Zufriedenheit (SAT)	65	0.21	0.33	0,00	1.00
Alkoholgebrauch (ALC)	65	0.35	0.16	0.13	0.67
Drogengebrauch (DRU)	65	0.00	0.01	0,00	0.06
Rechtl. Situation (LEG)	65	0.09	0.21	0,00	0.92
Familiäre Situation (FAM)	65	0.16	0.21	0,00	0.69
Soziale Situation (OTH)	65	0.08	0.17	0,00	0.69
Psychischer Zustand (PSY)	65	0.12	0.16	0,00	0.59

Quelle: Eigene Berechnungen

3.2 Composite Scores der einzelnen Untersuchungsteilnehmer

Die Einzelauswertung zeigt im Gegensatz zur Gesamtgruppenauswertung, daß bei einigen Patienten durchaus in bestimmten Lebensbereichen schwerwiegende Probleme vorhanden sind (siehe Diagramm zur Einzelauswertung).

So liegt der Composite Score zum *körperlichen Zustand* bei insgesamt 9,2% (sechs Patienten) im mäßigen Bereich, bei 4,6% (drei Patienten) finden sich schwerwiegende Probleme.

Die *Arbeits- und Unterhaltssituation* weist bei 6,2% (vier der Befragten) mäßiggradige, dafür aber bei 26,2% (17 Patienten) erhebliche Probleme auf. Die *Zufriedenheit* mit der wirtschaftlichen Situation wird von 9,2% (sechs Patienten) als mittelmäßig, von 15,4% (zehn Probanden) als sehr problematisch empfunden.

Von den Untersuchungsteilnehmern werten 26,2 % (17) ihren Alkoholmißbrauch als mittelschwer. Der problematische Alkoholkonsum wird zwar von niemandem als extreme Belastung eingestuft, die übrigen 73,8% (48 Patienten) sind sich jedoch des krankhaften Umganges mit Alkohol bewußt, schätzen ihn aber dennoch als geringer belastend ein.

Der *Drogengebrauch* spielt als Problemgebiet in der untersuchten Population keine Rolle, d.h. er wird von 3,1% (zwei Patienten) als geringes Problem, von der übrigen Gruppe als problemlos angesehen. In den folgenden Korrelationsanalysen wird der Wert dieses Bereiches deshalb auch entsprechend vernachlässigt.

Mit der *rechtlichen Situation* haben jeweils 4,6% (drei Patienten) ein mittelschweres bzw. schwerwiegendes Problem.

Im *familiären Bereich* werden keinerlei gravierende, jedoch von 15,4% (zehn der Befragten) mäßiggradige Probleme angegeben. Nur 6,2% (vier Patienten) scheinen problematische *soziale Beziehungen* zu haben, auch hier nicht schwerwiegender Art.

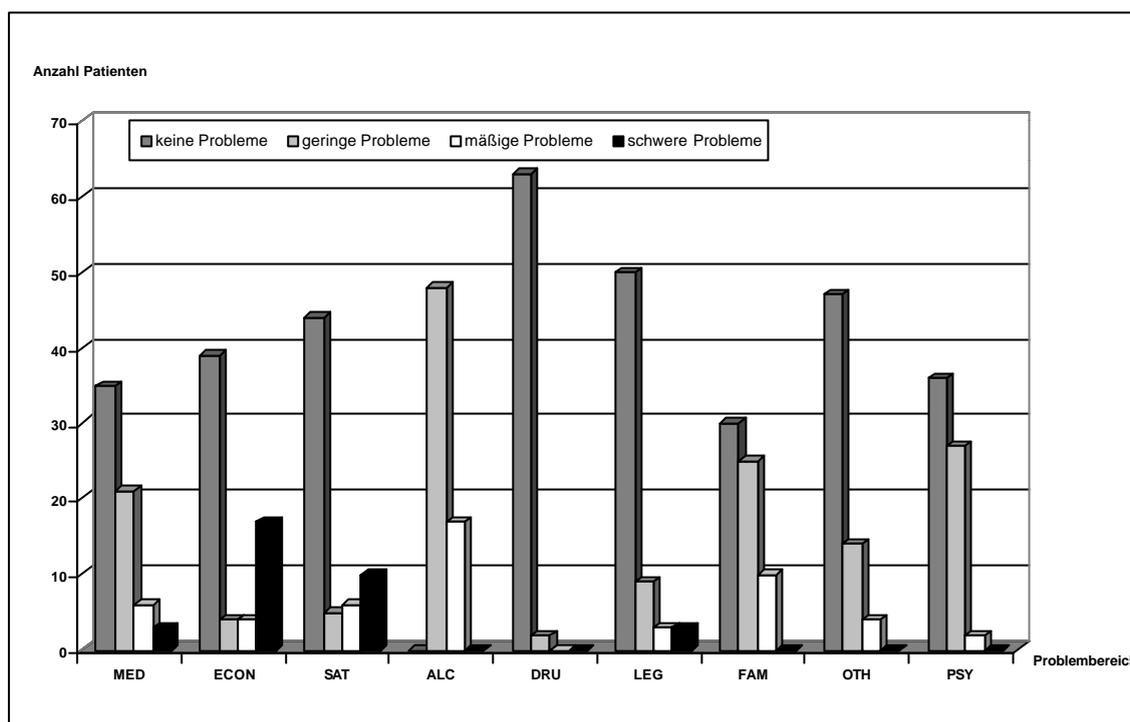
Der *psychische Status* ist nur bei 3,1% (zwei der Untersuchungsteilnehmer) ein moderates Problem, 55,4% (36) geben hier gar kein Problem an.

Abschließend läßt sich feststellen, daß der Drogengebrauch als unproblematisch, der psychische Zustand, der Alkoholgebrauch sowie die familiären und sozialen Beziehungen als maximal mäßig problematisch eingeordnet werden.

Der körperliche Zustand, die Arbeits- und Unterhaltssituation, die Zufriedenheit hiermit und die Rechtslage werden jeweils von einigen Befragten als sehr problematisch beurteilt.

Gegenüber der Gesamtgruppenauswertung verdeutlicht die Einzelauswertung, daß nur etwa ein Drittel aller Patienten in keinem Bereich ein schwerwiegendes Problem aufweist. Immerhin 70,7% (46 Untersuchungsteilnehmer) geben an, in einzelnen Lebensbereichen zum Teil mittelschwere bis erhebliche Probleme zu haben.

Abbildung 6: Einzelauswertung der Problemgewichtung nach Subskalen geordnet



Quelle: Eigene Darstellung

MED: Körperlicher Zustand

ECON: Arbeits- und Unterhaltssituation

SAT: Zufriedenheit mit der Arbeits- und Unterhaltssituation

ALC: Alkoholgebrauch

DRU: Drogengebrauch

LEG: Rechtliche Situation

FAM: Familiäre Situation

OTH: Soziale Situation

PSY: Psychischer Status

3.3 Interne Konsistenz der Subskalen

Als Merkmal der internen Konsistenz wird der Alpha-Koeffizient nach Cronbach der EuropASI Untergruppen (Subskalen) für die Tübinger Alkoholabhängigen (n=65) errechnet.

Tabelle 3: Interne Konsistenz der EuropASI Subskalen mittels Cronbach's Alpha-Koeffizient

Problemgebiet	Alpha ^a	Hypothetischer Alpha ^b
Körperlicher Zustand	0,80	0,80
Arbeits- und Unterhaltssituation	0,94	0,94
Zufriedenheit mit Arbeit und Unterhalt	0,87	0,89
Alkoholgebrauch	0,60	0,68
Drogengebrauch	0,56	*
Rechtliche Situation	0,52	0,76
Familiäre Situation	0,79	0,82
Soziale Beziehungen	0,83	0,86
Psychischer Status	0,80	*

Quelle: Eigene Berechnungen

^a Cronbach's Alpha-Koeffizient, Rohdaten

^b Hypothetischer Alpha-Koeffizient mit standardisierter Skalenlänge von 10 Items (Spearman-Brown Korrektur)

Orientiert an den Subskalen, die zur Berechnung des Composite Scores erstellt werden, weisen die einzelnen Problemgebiete eine zum Teil sehr unterschiedliche interne Konsistenz auf. Eine hohe Reliabilität zeigt als einzige Untergruppe die *Arbeits- und Unterhaltssituation* mit einem Alpha-Koeffizienten von 0,94. Mittelmäßige Reliabilitäten finden sich in den Bereichen *Körperlicher Zustand*, *Zufriedenheit mit der Arbeits- und Unterhaltssituation*, *Familiäre und Soziale Situation* sowie *Psychischer Zustand*. Am wenigsten reliabel stellen sich der *Alkohol- und Drogengebrauch* und die *Rechtliche Situation* dar.

3.4 Korrelationen der Summenmeßwerte der Subskalen untereinander

Zum Beweis der Unabhängigkeit der Untergruppen voneinander, werden die Interkorrelationen der Summenmeßwerte aus den verschiedenen Problemgebieten mit Hilfe des Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizienten bestimmt.

Tabelle 4: Interkorrelationen der Subskalen mittels Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient

Composite Score	Mean	ECON	SAT	ALC	DRU	LEG	FAM	OTH	PSY
MED	0,17	-0,14	-0,27	0,03	0,18	0,06	0,10	0,04	0,10
ECON	0,32	1,00	0,52	0,09	-0,13	0,04	0,02	0,10	0,23
SAT	0,21		1,00	0,08	-0,11	0,15	0,17	0,24	0,12
ALC	0,35			1,00	0,13	-0,05	0,25	0,21	0,23
DRU	0,00				1,00	-0,01	0,22	-0,02	0,28
LEG	0,09					1,00	0,13	0,18	0,06
FAM	0,16						1,00	0,43	0,44
OTH	0,83							1,00	0,15
PSY	0,12								1,00

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Interkorrelationen der Subskalen sind überwiegend gering mit Ausnahme des Scores der Zufriedenheit, der eng mit der Arbeits- und Unterhaltssituation korreliert (0,52) und des Scores der familiären Beziehungen, der mit der Skala für psychische Probleme (0,44) sowie für Sozialbeziehungen (0,43) korreliert. Das Ergebnis zeigt, daß die übrigen Problemgebiete voneinander relativ unabhängig sind.

3.5 Schweregrad-Rating nach Einschätzung des Interviewers

Am Ende jedes Untertestes ist der Interviewer aufgefordert, nach eigener Einschätzung unter Berücksichtigung der Symptomgeschichte des Patienten und den derzeitigen Umständen zu beurteilen, wie groß der Bedarf an einer Therapie im jeweiligen Problembereich zu sein scheint. Dieser Beurteilung liegt eine Rating-Skala zugrunde, die von 0 (keine Behandlung nötig) bis 9 (Behandlung notwendig wegen lebensbedrohlicher Situation) reicht.

Tabelle 5: Grad der Behandlungsbedürftigkeit nach Einschätzung des Interviewers

Variable	N	Mean	SD	Minimum	Maximum
Bedarf 1	65	1,55	2,03	0	7
Bedarf 2	65	1,55	2,60	0	7
Bedarf 3	65	0,62	1,42	0	5
Bedarf Al	65	6,68	0,95	4	8
Bedarf Dr	65	0,29	0,74	0	3
Bedarf 5	65	2,49	2,66	0	8
Bedarf 6	65	3,00	2,19	0	7

Quelle: Eigene Berechnungen

Bedarf 1: Bedarf des Patienten an Behandlung der körperlichen Probleme (0-9)

Bedarf 2: Bedarf an Beratung wegen beruflicher Probleme (0-9)

Bedarf 3: Bedarf an Rechtsberatung (0-9)

Bedarf Al: Bedarf an Alkoholtherapie (0-9)

Bedarf Dr: Bedarf an Drogentherapie (0-9)

Bedarf 5: Bedarf an Beratung/ Behandlung wegen familiärer u./o. sozialer Probleme (0-9)

Bedarf 6: Bedarf an psychiatrischer Behandlung (0-9)

Diese Tabelle zeigt, abgesehen von der Alkoholproblematik, daß bei der untersuchten Population der Bedarf an einer Behandlung in den genannten Lebensbereichen von untergeordneter Rolle ist. Im Durchschnitt liegen alle Werte auf der Skala von 0 bis 9 unter 3, wobei der Bedarf an einer psychiatrischen bzw. psychologischen Behandlung mit 3 und der Bedarf an einer Beratung wegen familiärer bzw. sozialer Probleme mit 2,5 im Mittel am ehesten als problematisch zu werten sind. Eine Alkoholtherapie scheint für alle Untersuchungsteilnehmer zwar dringend indiziert, jedoch für niemanden lebensnotwendig zu sein.

Tabelle 6: Korrelationen der Schweregrad-Ratings untereinander

Schweregrad-Rating	Mean	Bedarf 2	Bedarf 3	Bedarf AI	Bedarf Dr	Bedarf 5	Bedarf 6
Bedarf 1 (MED)	1,55	-0,12	0,12	0,10	0,05	0,11	0,03
Bedarf 2 (ECON/SAT)	1,55	1,00	0,21	0,22	-0,01	0,18	0,15
Bedarf 3 (LEG)	0,62		1,00	0,16	0,21	0,04	0,06
Bedarf AI (ALC)	6,68			1,00	0,14	0,28	0,45
Bedarf Dr (DRU)	0,29				1,00	0,07	-0,04
Bedarf 5 (FAM/OTH)	2,49					1,00	0,48
Bedarf 6 (PSY)	3,00						1,00

Quelle: Eigene Berechnungen

Der Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient zeigt, daß die Schweregrade der einzelnen Problembereiche, gemessen an der Behandlungsbedürftigkeit, kaum miteinander korrelieren, mit Ausnahme Bedarf AI mit Bedarf 6 (Bedarf an einer Alkoholtherapie und Bedarf an einer psychiatrischen Therapie: 0,45) und Bedarf 5 mit Bedarf 6 (Beratungsbedarf wegen familiärer bzw. sozialer Probleme und Therapiebedarf wegen psychiatrischer Probleme: 0,48).

Um die Beziehung zwischen dem Summenmeßwert (Composite Score) und dem Schweregrad-Rating (Behandlungsbedarf) nach Einschätzung des Interviewers darzustellen, wird auch hier wieder der Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient errechnet. Bei der Auswertung ist zu berücksichtigen, daß der Behandlungsbedarf am Ende eines jeden Problembereiches bestimmt werden sollte, folglich liegen hier sieben Einzelergebnisse vor. Zur Berechnung

des Composite Scores sind die Bereiche *Arbeits- und Unterhaltssituation* und *Familie und Sozialebeziehungen* jedoch jeweils zweigeteilt, so daß dazu neun Untergruppen vorliegen.

Tabelle 7: Korrelationen von Schweregrad-Rating und Composite Score

Schwere- grad-Rating	Composite Score								
	MED	ECON	SAT	ALC	DRU	LEG	FAM	OTH	PSY
Bedarf 1 (Med)	0,75	-0,13	-0,16	0,01	0,21	0,06	0,14	-0,08	0,19
Bedarf 2 (ECON/SAT)	-0,25	0,48	0,92	0,07	-0,10	0,13	0,18	0,22	0,10
Bedarf AI (ALC)	0,17	0,07	0,22	0,41	-0,01	0,11	0,25	0,30	0,23
Bedarf Dr (DRU)	0,04	-0,12	-0,04	-0,06	0,48	0,24	0,18	0,02	-0,08
Bedarf 3 (LEG)	0,09	0,08	0,16	-0,11	-0,07	0,86	0,07	0,08	0,03
Bedarf 5 (FAM/OTH)	0,06	-0,07	0,15	0,24	0,20	0,12	0,75	0,53	0,41
Bedarf 6 (PSY)	0,07	0,26	0,12	0,33	0,14	0,05	0,51	0,16	0,77

Quelle: Eigene Berechnungen

Entsprechend zeigen die einander zugehörigen Bereiche, vor allem den körperlichen Zustand (MED: 0,75) und die rechtliche Situation (LEG: 0,86) betreffend, eine gute Interkorrelation. Eine Ausnahme stellt der Untertest zur Alkohol- und Drogenproblematik mit einem Koeffizienten von 0,41 (ALC) bzw. 0,48 (DRU) dar. Der Bedarf an einer Beratung wegen beruflicher Probleme weist einen hohen Korrelationskoeffizienten mit dem Score der Zufriedenheit mit der Arbeits- und Unterhaltssituation (SAT: 0,92) auf. Der Beratungsbedarf bezüglich familiärer und sozialer Probleme korreliert gut mit FAM (0,75) und OTH (0,53). Die psychiatrische/psychologische Therapiebedürftigkeit zeigt neben der relativ ho-

hen Korrelation mit dem Bereich PSY (0,77) eine enge Beziehung zum familiären Problembereich (FAM: 0,51).

3.6 Selbsteinschätzung der Patienten

Die Patienten werden am Ende jeder Untergruppe gebeten, das Ausmaß der Belastung ihrer Probleme in dem entsprechenden Lebensbereich selbst einzustufen. Mit Hilfe einer 5-Punkte-Rating-Skala (wobei 0 für keine, 1 für eine geringe, 2 für eine mäßige, 3 für eine erhebliche und 4 für eine extreme Belastung steht) soll diese Selbsteinschätzung quantifiziert werden.

Tabelle 8: Problembelastung nach Selbsteinschätzung der Patienten

Variable	N	Mean	SD	Minimum	Maximum
Belastung 1	65	0,21	0,28	0,00	1,00
Belastung 2	65	0,18	0,35	0,00	1,00
Beratung 3	65	0,23	0,72	0,00	4,00
Belastung Al	65	0,57	0,35	0,00	1,00
Belastung Dr	65	0,00	0,00	0,00	0,00
Beratung Fa	65	0,19	0,31	0,00	1,00
Beratung So	65	0,09	0,22	0,00	1,00
Belastung 6	65	0,24	0,34	0,00	1,00

Quelle: Eigene Berechnungen

- Belastung 1: Belastung der gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen (0-4)
- Belastung 2: Belastung der beruflichen Probleme in den letzten 30 Tagen (0-4)
- Beratung 3: Wie wichtig ist jetzt eine Rechtsberatung (0-4)
- Belastung Al: Belastung der Alkoholprobleme in den letzten 30 Tagen (0-4)
- Belastung Dr: Belastung der Drogenprobleme in den letzten 30 Tagen (0-4)
- Beratung Fa: Wie wichtig ist jetzt eine Beratung wegen Familienproblemen
- Beratung So: Wie wichtig ist jetzt eine Beratung wegen Problemen mit sozialer Umgebung
- Belastung 6: Belastung der psychischen/ emotionalen Probleme in den letzten 30 Tagen

Die Selbsteinstufung der Patienten zur individuellen Belastung zeigt, daß im Mittel allen Problemen nur eine geringe Wertigkeit beigemessen wird.

Tabelle 9: Korrelationen von Selbsteinschätzung und Composite Score

Variable	MED	ECON	SAT	ALC	DRU	LEG	FAM	OTH	PSY
Belast 1	0,92	-0,19	-0,26	0,09	0,14	0,09	0,15	0,12	0,05
Belast 2	-0,17	0,41	0,92	0,16	-0,09	0,18	0,21	0,30	0,16
Belast AI	0,06	-0,01	0,10	0,71	0,17	-0,01	0,12	0,08	0,23
Belast Dr	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Berat 3	0,06	-0,04	0,03	-0,03	-0,06	0,92	0,10	0,19	0,03
Berat Fa	0,17	-0,15	-0,07	0,09	0,25	0,05	0,79	0,30	0,34
Berat So	0,02	-0,13	0,16	0,18	-0,07	0,10	0,30	0,91	0,14
Belast 6	0,12	0,23	0,06	0,24	0,04	0,08	0,40	0,25	0,89

Quelle: Eigene Berechnungen

Da die Belastung der Drogenprobleme den Wert null annimmt, geht diese Variable (Belast Dr) von Seiten der Selbsteinschätzung nicht in die Korrelationsanalysen mit ein. Der Composite Score zu dieser Subskala (DRU) kann dennoch berechnet werden, weil von einigen Patienten durchaus ein geringer Drogenkonsum eingestanden wurde.

Selbsteinschätzung und Composite Score korrelieren dem Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizienten zufolge in den Bereichen *Körperlicher Zustand*, *Rechtliche Situation*, *Alkoholproblematik*, *Familiäre und soziale Beziehungen* sowie *Psychischer Zustand* hoch miteinander. Die Belastung wegen *beruflicher Probleme* zeigt einen hohen Korrelationswert mit dem Composite Score der *Zufriedenheit* mit dieser Situation (SAT-BELAST 2: 0,92). Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Composite Score des Alkoholgebrauches (ALC) und den übrigen Problembereichen besteht offensichtlich nicht.

Tabelle 10: Korrelationen von Selbsteinschätzung des Patienten und Schweregrad-Rating des Interviewers

Variable	Bedarf 1	Bedarf 2	Bedarf 3	Bedarf AI	Bedarf Dr	Bedarf 5	Bedarf 6
Belast 1	0,72	-0,18	0,12	0,19	0,07	0,12	0,03
Belast 2	-0,03	0,83	0,17	0,30	-0,12	0,26	0,15
Berat 3	0,01	0,02	0,77	0,15	0,16	0,13	0,06
Belast AI	-0,07	0,07	-0,09	0,48	0,10	0,12	0,28
Belast Dr	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Berat Fa	0,28	-0,01	0,05	0,19	0,11	0,75	0,37
Berat So	-0,09	0,13	0,05	0,28	-0,02	0,52	0,14
Belast 6	0,15	0,03	0,01	0,17	-0,18	0,31	0,71

Quelle: Eigene Berechnungen

Der Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient zeigt eine hohe Korrelation unter den Variablen, die dem selben Problemgebiet entstammen. Bezüglich des *körperlichen Zustandes* zeigt der Koeffizient von Selbst- und Fremdeinschätzung (Belast 1 und Bedarf 1) einen Wert von 0,72, bei der *Arbeits- und Unterhaltssituation* (Belast 2 und Bedarf 2) 0,83, im *rechtlichen Bereich* (Belast 3 und Bedarf 3) 0,77, die *Alkoholproblematik* (Belast AI und Bedarf AI) betreffend, liegt der Wert bei 0,48, bei Problemen im *familiären Bereich* bzw. im *sozialen Umfeld* bei 0,75 (Berat Fa und Bedarf 5) bzw. 0,52 (Berat So und Bedarf 5) und die *psychischen Probleme* betreffend bei 0,71 (Belast 6 und Bedarf 6). Die übrigen Bereiche korrelieren relativ gering, was kennzeichnend für die Unabhängigkeit der einzelnen Problemgebiete untereinander ist.

3.7 Itemanalyse der Subskalen

Für die zur Berechnung des Composite Scores herangezogenen Items der einzelnen Problembereiche, werden verschiedene Itemcharakteristika, wie Mittelwert (den Composite Score betreffend), Standardabweichung und Trennschärfe ermittelt.

Mit der Trennschärfe wird die Wechselbeziehung zwischen den jeweiligen Items und den Summenwerten der zugehörigen Untergruppen dargestellt. Sie läßt erkennen wie gut das einzelne Item das Ergebnis der Subskala widerspiegelt.

Der Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient als normiertes Zusammenhangsmaß zeigt die Korrelation der Items untereinander innerhalb eines Problembereiches.

3.7.1 Körperlicher Zustand

Tabelle 11: Itemanalyse zum Problembereich Körperlicher Zustand

Item	Mean	SD	Trennschärfe
1. Wieviel Tage in letzten 30 gesund. Probleme (ZEIT 3)	0,10	0,25	0,54
2. Belastung der ges. Probleme (0-4) (BE-LAST 1)	0,21	0,28	0,79
3. Wie wichtig ist jetzt Behandlung (0-4) (BEHAND 1)	0,19	0,30	0,63

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 12: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zum Körperlichen Zustand

Item	BELAST 1	BEHAND 1
ZEIT 3	0,61	0,40
BELAST 1		0,71

Quelle: Eigene Berechnungen

Die mittlere Trennschärfe der Items zum körperlichen Zustand beträgt 0,65, was für einen mäßiggradig positiven Zusammenhang zwischen der einzelnen Frage und dem Gesamtergebnis dieser Subskala spricht. Ein Bravais-Pearson-Wert von 0,57 im Schnitt ist ein Indiz für einen relativ stark positiven Zusammenhang der Items untereinander (s. 2.4.1).

3.7.2 Arbeits- und Unterhaltssituation

Tabelle 13: Itemanalyse zum Problembereich Arbeits- und Unterhaltssituation

Item	Mean	SD	Trennschärfe
Wieviel in letzten 30 Tagen gearbeitet (GEARB)	0,32	0,46	0,85
Erwerbstätigkeit (ERWERB)	0,35	0,48	0,91
Hauptquelle für Lebensunterhalt (UNTERH)	0,32	0,47	0,86

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 14: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Arbeits- und Unterhaltssituation

Item	ERWERB	UNTERH
GEARB	0,86	0,78
ERWERB		0,86

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 15: Itemanalyse zum Problembereich Zufriedenheit mit der Arbeit

Item	Mean	SD	Trennschärfe
Wieviel Tage von 30 berufl. Probleme (BE-RUFPRO)	0,29	0,45	0,79
Belastung der berufl. Probleme (0-4) (BE-LAST 2)	0,18	0,35	0,82
Beratung wegen berufl. Probleme (0-4) (BERAT 2)	0,15	0,29	0,75

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 16: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Zufriedenheit mit der Arbeit

Item	BELAST 2	BERAT 2
BERUFPRO	0,77	0,69
BELAST 2		0,73

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Arbeits- und Unterhaltssituation sowie die Zufriedenheit mit der Arbeit weisen mit Werten von 0,87 bzw. 0,78 im Mittel jeweils hohe Trennschärfen auf. Die durchschnittlichen Korrelationskoeffizienten von 0,83 und 0,73 veranschaulichen den erwarteten engen Zusammenhang dieser Items.

3.7.3 Alkoholgebrauch

Tabelle 17: Itemanalyse zum Problembereich Alkoholgebrauch

Item	Mean	SD	Trennschärfe
Alkoholgebrauch letzten 30 Tage (GEBRA31)	0,12	0,26	-0,12
Trunkenheit letzten 30 Tage (GEBRA32)	0,24	0,34	0,48
Geldausgabe für Alk. letzten 30 Tage (GELDALK)	0,01	0,01	0,60
Wieviel Tage von 30 Alkoholprobleme (ALKPROB)	0,29	0,37	0,77
Belastung der Alkoholprobl. Letzten 30 Tage (0-4) (BELASTAL)	0,57	0,34	0,46
Wie wichtig Therapie der Alkoholprobl. (0-4) (THERAPIA)	0,88	0,15	0,27

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 18: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zum Alkoholgebrauch

Item	GEBRA32	GELDALK	ALKPROB	BELASTAL	THERAPIA
GEBRA31	-0,15	0,28	0,14	-0,01	-0,12
GEBRA32		0,54	0,70	0,33	0,15
GELDALK			0,53	0,30	0,12
ALKPROB				0,50	0,31
BELASTAL					0,32

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Items zum Alkoholgebrauch zeigen nur eine mittlere Trennschärfe von 0,42 sowie einen mittleren Bravais-Pearson-Wert von 0,26. Die Werte dieser Untergruppe sind im Vergleich zu den anderen Gruppen damit die geringsten. Die Gesamtaussage dieses Problembereiches ist folglich aufgrund der Beantwortung der einzelnen Items am wenigsten vorhersagbar. Auch besteht kein eindeutig positiver Zusammenhang der Fragen untereinander.

3.7.4 Drogengebrauch

Da niemand aus der untersuchten Gruppe angibt, Drogen regelmäßig zu konsumieren, und nur 3% (zwei der 65 interviewten Patienten) angaben, Drogen einmal versuchsweise ausprobiert zu haben, fielen die Antworten zum Drogengebrauch fast vollständig negativ aus. Mittelwert, Standardabweichung, Trennschärfe und Alpha-Koeffizient liegen dementsprechend überwiegend bei null, so daß diese Werte zu keiner weiteren Berechnung herangezogen werden können.

Der Drogengebrauch kann in der befragten Patientenstichprobe als Problem insbesondere im Hinblick auf Behandlungsbedürftigkeit praktisch vernachlässigt werden.

3.7.5 Rechtliche Probleme

Die ausgewählten Fragen wurden jeweils nur von 94% (61 der Befragten) vollständig beantwortet, d.h. 6% (vier Patienten) haben zum Teil Aussagen zur rechtlichen Situation verweigert.

Tabelle 19: Itemanalyse zum Problembereich Rechtliche Situation

Item	Mean	SD	Trennschärfe
Illegale Einkünfte letzten 30 Tage (ILLEGEIN)	0,08	0,28	0,17
Zur Zeit Anklageerwartung (ANKLAGE)	0,03	0,18	0,58
Wieviel Tage von 30 illegale Geschäfte (ILLEGGE)	0,00	0,01	0,53
Wie ernst sind Rechtsprobleme (RECHTSPR)	0,08	0,23	0,62
Wie wichtig ist Rechtsberatung (BERAT 3)	0,18	0,67	0,52

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 20: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Rechtlichen Situation

Item	ANKLAGE	ILLEGGE	RECHTSPR	BERAT3
ILLEGEIN	0,28	0,43	0,16	0,10
ANKLAGE		0,70	0,44	0,50
ILLEGGE			0,24	0,35
RECHTSPR				0,61

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Trennschärfe der Items zu den rechtlichen Problemen beträgt im Durchschnitt 0,48, der Bravais-Pearson-Koeffizient 0,38. D.h. auch in dieser Subskala sind Vorhersagbarkeit und Zusammenhang der Items relativ gering.

3.7.6 Familiäre Situation

Tabelle 21: Itemanalyse zum Problembereich Familiäre Situation

Item	Mean	SD	Trennschärfe
Wie oft Konflikte mit Familie letzten 30 Tage (KONFLFAM)	0,05	0,15	0,56
Belastung der Familienprobleme letzten 30 Tage (BELASTFA)	0,27	0,34	0,81
Wie wichtig Beratung wegen Familienprobl. (0-4) (BERATFA)	0,19	0,31	0,56

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 22: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zur Familiären Situation

Item	BELASTFA	BERATFA
KONFLFAM	0,58	0,27
BELASTFA		0,64

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 23: Itemanalyse zum Problembereich Sozialbeziehungen

Item	Mean	SD	Trennschärfe
Wie oft Konflikte mit soz. Umgebung letzten 30 Tage (KONFLSO)	0,03	0,10	0,65
Belastung der Probleme mit soz. Umgebung (0-4) (BELASTSO)	0,15	0,29	0,83
Beratung wegen sozialer Probleme (BERATSO)	0,09	0,22	0,82

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 24: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zu den Sozialbeziehungen

Item	BELASTSO	BERATSO
KONFLSO	0,64	0,59
BELASTSO		0,82

Quelle: Eigene Berechnungen

Bezüglich familiärer und sozialer Probleme beweisen die mittleren Trennschärfen von 0,64 und 0,77 (s. Tab. 21 und 23) sowie die mittleren Bravais-Pearson-Werte von 0,50 und 0,68 (s. Tab. 22 und 24), daß sowohl die Aussagefähigkeit der einzelnen Items im Hinblick auf die Gesamtergebnisse der Subskala als auch die Itemverwandtschaft im akzeptablen Bereich liegen (s. 2.4).

3.7.7 Psychischer Status

Tabelle 25: Itemanalyse zum Problembereich Psychischer Status

Item	Mean	SD	Trennschärfe
Depressionen letzten 30 Tage (DEPRE)	0,15	0,36	0,62
Angst, Spannungszustände letzten 30 Tage (ANGST)	0,23	0,42	0,60
Konzentrationsstörungen letzten 30 Tage (KONZE)	0,11	0,31	0,32
Medikamente für psychische Probleme letzten 30 Tage (MEDIPS)	0,11	0,31	0,43
Suizidgedanken letzten 30 Tage (SUIZGE)	0,05	0,21	0,15
Wieviel Tage an psychischen Problemen gelitten letzten 30 Tage (GELITT)	0,13	0,25	0,70
Belastung der psych. Probleme (BELA 6)	0,24	0,34	0,83
Wie wichtig Behandlung der psych. Probleme (BEHA 6)	0,24	0,35	0,80

Quelle: Eigene Berechnungen

Tabelle 26: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient der Items zum Psychischen Status

Item	ANGST	KONZE	MEDIPS	SUIZGE	GELITT	BELA 6	BEHA6
DEPRE	0,47	0,13	0,40	0,31	0,46	0,61	0,53
ANGST		0,16	0,28	-0,12	0,57	0,74	0,59
KONZE			0,20	-0,08	0,51	0,26	0,44
MEDIPS				0,16	0,31	0,34	0,40
SUIZGE					0,05	0,27	0,16
GELITT						0,64	0,61
BELA 6							0,82

Quelle: Eigene Berechnungen

In der Untergruppe zu den psychischen Problemen liegen die Durchschnittswerte von Trennschärfe und Bravais-Pearson-Koeffizient mit 0,56 und 0,37 ebenfalls im aussagefähigen Bereich.

Insgesamt demonstrieren die Fragen zur rechtlichen Situation und zum Alkoholkonsum mit Werten von 0,48 und 0,41 die geringsten Trennschärfen. Die Problemgebiete Arbeits- und Unterhaltssituation, Zufriedenheit und Sozialbeziehungen weisen die höchsten Trennschärfen (zwischen 0,77 und 0,87) auf.

Die aus den Tabellenwerten berechnete mittlere Trennschärfe aller Items beträgt 0,65. Ein durchschnittlicher Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient von 0,54 spricht auch für einen annehmbaren positiven Zusammenhang der Items untereinander innerhalb einer Subskala.

Der Alpha-Koeffizient als Kennzahl der internen Konsistenz bildet in der Itemanalyse die Eindimensionalität bzw. Reliabilität der einzelnen Fragen innerhalb

einer Subskala im Hinblick auf den Aussagewert dieser entsprechenden Skala ab.

Da Items mit hohen Trennschärfen zu hohen Alphawerten der Gesamtskala führen (s. 2.4.3), zeigen die Problembereiche Arbeits- und Unterhaltssituation (ECON), Zufriedenheit (SAT) und Sozialbeziehungen (OTH) auch die größte interne Konsistenz. Die Subskalen Alkoholgebrauch (ALC) und Rechtliche Situation (LEG) erbringen bei relativ geringen Trennschärfen entsprechend geringe Reliabilitäten (Alpha-Koeffizienten bis maximal 0,60). Unter Berücksichtigung der geringen Anzahl der Items sind die Alpha-Werte der übrigen Untergruppen zwischen 0,7 und 0,8 durchaus akzeptabel (vgl. Tabelle 4).

Zusammenfassend zeigt die Itemanalyse eine zufriedenstellende Homogenität der Subskalen, wobei erwartungsgemäß die zu einem Untertest gehörenden Items relativ hoch korrelieren, während die Subskalen für sich untereinander kaum korrelieren. Diese Beobachtung ist für mehrdimensionale Skalen typisch (Bortz, Döring, 1995).

4 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung hervorgehoben sowie im internationalen Kontext dargestellt und interpretiert.

Im Vergleich mit amerikanischen Studien ist zu berücksichtigen, daß manche Items der amerikanischen Version im europäischen Raum nicht angemessen erschienen oder aufgrund unterschiedlicher Organisationsstrukturen nicht übertragbar waren und entsprechend umformuliert werden mußten.

Anfang 1993 konstituierte sich die „Arbeitsgruppe EuropASI“, welche die Schaffung eines einheitlichen europäischen ASI (in Adaptation an die fünfte Ausgabe des amerikanischen Addiction Severity Index) zum Ziel hatte, um Drogen- und Alkoholmißbrauch europaweit vergleichen zu können. Trotz bereits vorliegender Übersetzungen in verschiedenen europäischen Sprachen waren die Daten bis zu dem Zeitpunkt nur bedingt vergleichbar (Blanken et al., 1994).

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten werden zunächst quantitativ skizziert. Schwerpunkt der Erörterung sind die Auswertungen im Hinblick auf die Testgütekriterien Reliabilität und Validität. Neben inhaltlichen und methodischen Anmerkungen werden abschließend auch theoretische Einschränkungen diskutiert.

4.1 Ergebnisinterpretation

4.1.1 Interpretation der Composite Scores im Forschungskontext

Zur besseren Beurteilbarkeit der aufgeführten Ergebnisse folgt ein Vergleich mit internationalen Studien (vgl. 3.1, Tabelle 2).

Tabelle 27: Composite Scores im Vergleich

Composite Score	Eigene Studie (Deutschland) n=65		DeJong et al. (1995) (Niederlande) n=144		Wertz et al. (1995) (USA, Virginia) n=89	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
MED	0,17	0,23	0,52	0,19	0,22	0,30
ECON	0,32	0,44	0,57	0,22	0,56	0,30
ALC	0,35	0,16	0,79	0,18	0,28	0,22
LEG	0,09	0,21	0,18	0,11	0,20	0,22
FAM	0,16	0,21	0,68	0,40	0,32	0,18
PSY	0,12	0,16	0,75	0,12	0,21	0,21

Methodisch gesehen unterscheiden sich diese Studien abgesehen von der unterschiedlichen Teilnehmerzahl auch in den soziodemographischen Daten. In der Studie von Wertz et al. waren beispielsweise die Probanden ambulante Patienten des Rural Community Substance Abuse Treatment Centers, bei einem Männeranteil von 75%. Das Durchschnittsalter lag hier bei 31 Jahren mit einer Streubreite von 19-61 Jahren. An der niederländischen Untersuchung nahmen 70% Männer und 30% Frauen teil, wobei es sich um stationäre Patienten eines sog. Addiction Treatment Centres handelte. An unserer Untersuchung beteiligten sich ebenfalls ausschließlich stationäre Patienten mit einem mittleren Alter von 42 Jahren (Schwankungsbreite 24-61 Jahre) und einem Männeranteil von 77%. Die Auswahl des Patientengutes, welches nicht zuletzt auch in Abhängigkeit zum Therapieangebot steht, scheint eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen.

Die insgesamt vergleichsweise niedrigen Summenmeßwerte der einzelnen Problemgebiete in dieser Studie können, ungeachtet der methodischen Unterschiede, auch auf einem geringen Problembewußtsein respektive auf einer mangelnden Introspektionsfähigkeit dieser Stichprobe beruhen. In Abhängigkeit

von individuellen Erfahrungen, Bildungsstand und Vor-Therapien sind die Patienten unterschiedlich sensibilisiert, um ihre Situation einzuschätzen.

Die Interkorrelationen unter den Composite Scores sind in der Untersuchung von DeJong et al. (1995) gering mit Ausnahme des psychiatrischen Scores, welcher mit der Skala für den Alkoholgebrauch (0,40), der Familiären Situation (0,33) und dem Körperlichen Zustand (0,27) höher korreliert. Auch die vorliegenden Ergebnisse (s. 3.4, Tabelle 4) zeigen nur ein geringes Zusammenhangsmaß der Untergruppen mit Ausnahme des Alkoholscores, welcher mit der Skala der familiären Situation (0,25) sowie mit der des psychischen Status (0,23) korreliert. Die Scores der psychischen und der familiären Situation zeigen den engsten Zusammenhang mit einem Koeffizienten von 0,44.

Die niedrigen Interkorrelationswerte der Subskalen untereinander sind charakteristisch für deren Unabhängigkeit voneinander.

4.1.2 Inhaltliche Anmerkungen

Allen Untergruppen gemeinsam ist die Frage nach der Problemgewichtung und Beratungs- bzw. Behandlungsbedürftigkeit bezogen auf die vergangenen 30 Tage. D.h. der Patient wird aufgefordert, die aktuelle Belastung nur auf diesen Zeitraum zu beziehen. Die gesundheitlichen, rechtlichen, familiären und sozialen Probleme sowie die Probleme aufgrund von Arbeitslosigkeit betreffend, scheint diese zeitliche Begrenzung schlüssig zu sein. Hinsichtlich des Alkoholmißbrauches und des psychischen Zustandes, ist jedoch denkbar, daß jemand, der im vergangenen Monat keinen Alkohol getrunken hat bzw. keine Depressionen o.ä. hatte, sich aktuell durchaus von dem vorhandenen Problem belastet fühlen kann. Er beantwortet die Fragen demzufolge negativ, was sich in einem niedrigen Composite Score äußert, bewertet seine Situation jedoch insgesamt als problematisch, was zu einer diskrepanten Selbsteinschätzung führt.

Der geringe Composite Score zum *Körperlichen Zustand* läßt sich darauf zurückführen, daß die Befragten explizit darauf hingewiesen wurden, nur diejenigen Erkrankungen zu benennen, die in keinem direkten Zusammenhang mit

einem erhöhten Alkoholkonsum stehen. Die meisten gesundheitlichen Beschwerden chronisch Alkoholkranker stehen schließlich in Verbindung mit dem Alkohol.

Die *Arbeits- und Unterhaltssituation* weist im Vergleich zu den anderen Problemgebieten einen relativ hohen Composite Score auf (0,32), der darin begründet liegt, daß nur zwei Drittel der Patienten (68%) ihren Lebensunterhalt aus eigener Erwerbstätigkeit bestritten. Gefragt wird ausschließlich nach Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit. Zwischenmenschliche Probleme und Streßsituationen im Berufsleben bleiben hier unberücksichtigt.

Die Fragen nach der Unterhaltssituation finden in der Berechnung des Composite Scores keine Beachtung.

Den höchsten Summenmeßwert bietet der *Alkoholgebrauch* mit 0,35. Gemessen am potentiellen Maximalwert von 1, bringt dieses Ergebnis zum Ausdruck, daß für die untersuchte Stichprobe ein Alkoholproblem offensichtlich vorhanden, jedoch relativ gering ausgeprägt ist.

Der Composite Score von Null bestätigt, daß der Drogenkonsum für die 65 Tübinger Untersuchungsteilnehmer keine Rolle spielt. Auch die rechtliche, familiäre, soziale und psychische Situation deuten mit geringen Summenmeßwerten auf nur leichte Probleme hin.

4.1.3 Interpretation der Schweregrad-Ratings

Der Bedarf des Patienten an einer zusätzlichen Behandlung der angegebenen Probleme wurde vom Interviewer anhand einer Analog-Skala eingeschätzt, die von 0 (Behandlung nicht nötig) bis 9 (Behandlung lebensnotwendig) reicht. Da diese Beurteilung auf der Symptomgeschichte des Patienten, den derzeitigen Umständen sowie dem subjektiven Eindruck basiert, fallen die Mittelwerte entsprechend den niedrigen Summenmeßwerten nur gering aus (s. 3.5, Tabelle 5).

Tabelle 28: Schweregrad-Ratings im Vergleich

Schweregrad-Rating	Eigene Studie (Deutschland) n=65		DeJong et al. (1995) (Niederlande) n=144	
	Mean	SD	Mean	SD
MED	1,6	2,0	1,6	2,1
ECON	1,6	2,6	2,6	0,4
ALC	6,7	0,9	7,1	0,8
LEG	0,6	1,4	0,5	1,3
FAM	2,5	2,7	4,1	2,2
PSY	3,0	2,2	4,0	2,3

Für die Einschätzung der Schwere der Alkoholabhängigkeit ergibt sich aus den Meßdaten der Autorin ein Mittelwert von 6,7 bei einer Standardabweichung von 1,0. Insgesamt werden die Patienten als mäßig stark abhängig eingestuft. Für keinen der 65 interviewten Alkoholkranken schien eine Alkoholtherapie von existentieller Bedeutung zu sein.

Schwierigkeiten in anderen Lebensbereichen stellen jeweils nur ein leichtes Problem (2-3) dar, wobei rechtliche, medizinische und wirtschaftliche Fragen betreffend „kein echtes Problem“ (0-1) geschildert wird.

Auch in der niederländischen Studie zeigen sich abgesehen vom pathologischen Alkoholkonsum keinerlei weitere beträchtliche bzw. behandlungsbedürftige Probleme. Im familiären und psychischen Bereich wird die Problematik allerdings mit 4 eingestuft, was einer Behandlungsempfehlung entspricht.

Die genannten Schwierigkeiten, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch stehen, verursachen zwar einen gegenwärtigen Leidensdruck, gemessen am Behandlungsbedarf der Alkoholproblematik, er-

scheint für die Tübinger Patienten jedoch jede weitere Therapie offenbar zweitrangig.

4.1.4 Interpretation der Selbsteinschätzung

Die Selbstbeurteilung der Probanden (anhand einer 5-Punkte-Skala) verdeutlicht, welche Wertigkeit die einzelnen Probleme zum Zeitpunkt des Interviews einnehmen. Die Bilanz demonstriert, daß die Schwierigkeiten in den verschiedenen Lebensbereichen insgesamt als gering belastend eingestuft werden (s. 3.6, Tabelle 8).

Erklärungsmöglichkeiten für dieses Resultat sind zum einen die Vermutung, daß möglicherweise im Kontext der Alkoholkrankheit alle anderen Probleme für den Betreffenden an Wichtigkeit verlieren, darüber hinaus könnte bedingt durch die Alkoholkrankheit kein ausreichendes Problembewußtsein in anderen Lebensbereichen vorliegen. Viele Patienten erwarten mit dem Lösen ihrer Alkoholproblematik auch automatisch eine Lösung aller anderen Probleme, insbesondere ohne Inanspruchnahme fremder Hilfe, weshalb sie den Behandlungs- bzw. Beratungsbedarf aktuell als weniger wichtig erachten.

Ein weiterer denkbarer Grund für die niedrigen Werte kann darauf zurückgeführt werden, daß sich die Problembelastung abermals nur auf einen begrenzten Zeitraum (30 Tage) bezieht. Diese Fragen erfassen keine Veränderungen. Sie beziehen sich auf Zeiten des Alkoholkonsums und sind in Zeiten der Abstinenz daher weniger bzw. gar nicht aussagekräftig.

4.1.5 Übereinstimmung von Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung (Schweregrad-Rating)

Die Korrelation der Problembelastung aus Sicht des Patienten und des Therapiebedarfes nach Einschätzung des Interviewers läßt in den korrespondierenden Bereichen hohe Koeffizienten erkennen. Die gute Übereinstimmung von

Selbstbeurteilung und Einstufung durch den Untersucher spricht für ein valides Interview. Diejenigen Probleme, die bei den Patienten einen Therapiewunsch wecken, werden durch die Befragung derart erfaßt, daß sie mit der Problemge-
wichtung durch den Interviewer weitgehend konform gehen (s. 3.6, Tabelle 10).

Die nur mäßige Korrelation von Interviewerbeurteilung und Selbsteinschätzung bezüglich des Alkoholgebrauches könnte damit zusammenhängen, daß der Interviewer mit einem differenzierten Konstrukt der Schwere der Abhängigkeit noch zu wenig vertraut ist und zu global einschätzt.

Außerdem wird bei Patienten, die in stationären Einrichtungen wegen ihrer Alkoholprobleme behandelt werden, offenbar ein relativ starker Abhängigkeitsgrad vorausgesetzt (Jakobi et al., 1987).

Inwieweit die Folgeprobleme des Alkoholmißbrauchs tatsächlich die Schwere der Abhängigkeit abbilden, bleibt zu eruieren.

4.2 Beurteilung der Ergebnisse im Hinblick auf die zentralen Testgütekriterien Reliabilität und Validität

4.2.1 Reliabilitätskriterien des EuropASI

Die Bestimmung der Reliabilität, d.h. der Genauigkeit, mit der das EuropASI-Interview die Schwere der Alkoholabhängigkeit abbildet, erfolgt über die Berechnung der Internen Konsistenz mit Hilfe des Alpha-Koeffizienten nach Cronbach.

Da dieses Interview als mehrdimensionaler Test Teilaspekte der Alkoholabhängigkeit mittels sogenannter Untertests (Subskalen) erfaßt, wird die Interne Konsistenz dieser Subskalen demzufolge einzeln bestimmt (s. 3.3, Tabelle 3).

Die *Arbeits- und Unterhaltssituation*, die den zweit höchsten Composite Score aufweist, zeigt mit einem Alpha-Wert von 0,94 die höchste Reliabilität. Inhaltlich sind sich die Items dieser Subskala sehr ähnlich.

Die geringe Interne Konsistenz der Untergruppe *Alkoholgebrauch* (Alpha = 0,60) muß darauf zurückgeführt werden, daß sich die Fragen ausschließlich auf den Zeitraum der letzten 30 Tage beziehen und offensichtlich die meisten Patienten im Hinblick auf die stationäre Aufnahme eine Abstinenzphase eingehalten haben. Die Tatsache, daß in diesem Zeitraum weniger oder gar kein Alkohol konsumiert wurde, bedeutet für den Betroffenen jedoch nicht, daß er sich aktuell nicht von seinem Alkoholproblem belastet fühlt. Die Items dieser Subskala lassen inhaltlich keine große Übereinstimmung erkennen.

Gleiches gilt für die Bereiche *Drogengebrauch* und *Rechtliche Situation* mit Koeffizienten von 0,56 und 0,52. Da der Drogenkonsum insgesamt als völlig unproblematisch eingestuft wird, weist der Composite Score dieser Subskala einen Wert von null auf und kann demzufolge nicht für alle Berechnungen herangezogen werden.

Nach Gsellhofer (1998) variieren die Alpha-Koeffizienten für die Composite Scores zwischen 0,60 für den Bereich Arbeits- und Unterhaltungssituation und 0,89 für den Bereich Alkoholgebrauch. Der mittlere Koeffizient beträgt 0,73. Weiler et al. ermittelten Cronbachs Alpha Werte zwischen 0,62 (Soziale Beziehungen) und 0,93 (Ökonomische Situation). Der mittlere Koeffizient beträgt 0,78.

Diese Studie weist mit einer Schwankung zwischen 0,52 (Rechtliche Situation) und 0,94 (Arbeits- und Unterhaltungssituation) einen mittleren Koeffizienten von 0,75 auf und beweist damit ebenfalls eine gute Interne Konsistenz.

Auch verschiedene Regressionsanalysen für ausgewählte Items von Gsellhofer (1998) und Scheuren (2000), in denen der Beitrag der Items eines Bereiches zum Schweregradurteil dieses Bereiches ermittelt wird, belegen Interne Konsistenz.

4.2.2 Validitätskriterien des EuropASI

Wie gut der EuropASI in der Lage ist, die Schwere der Abhängigkeit zu erfassen, spiegeln die Berechnungen der Validität wider.

Unter Berücksichtigung der großen individuellen Unterschiede in der Verträglichkeit des Alkohols, verwenden wir in unserer Untersuchung nicht die Trinkmenge als Kriteriumswert, sondern das Schweregrad-Rating des Interviewers. Aus der Trinkmenge kann nur sehr bedingt auf alkoholbezogene Schäden und noch weniger auf das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit geschlossen werden (Feuerlein, 1998).

„Die Trinksitten und Prodromalstadien der chronischen Alkoholkrankheit sind nicht nur verschieden in kulturell, ethnisch und wirtschaftlich differierten und geographischen Räumen, sondern auch in verschiedenen Sozialschichten, Berufs-, Interessen- und Altersgruppen derselben Sozietät sowie in Stadt und Land bei Mann und Frau“ (Solms, 1975).

In der dargestellten Stichprobe stellen Schweregrad-Rating und Selbsteinschätzung eine gewisse Einschränkung der Kriteriumsvalidierung des EuropASI dar, weil sich sowohl der vom Untersucher eingeschätzte Therapiebedarf als auch die Selbsteinschätzung, nur auf den Zeitraum des vergangenen Monats beziehen. Ferner geht die Selbsteinschätzung des Patienten in die Berechnung des Composite Scores mit ein, so daß hier bereits aus rechnerischen Gründen hohe Koeffizienten vorliegen.

Des weiteren ist zu beachten, daß die Korrelationen von Testwert und Kriterium in unterschiedlichen Populationen (z. B. unter Männern und Frauen, Verheirateten und Geschiedenen, Erwerbstätigen und Arbeitslosen) verschieden ausfallen können. Wegen der vergleichsweise geringen Anzahl von insgesamt 65 Patienten, wird in der vorliegenden Auswertung keine differenzierte Validierung vorgenommen.

Die Kriteriumsvalidität dieses Interviews, d.h. Korrelationen von Composite Score und Schweregrad-Rating bzw. Composite Score und Selbsteinschätzung, wird jeweils mit dem Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson quantifiziert

Wünschenswert sind Korrelationen, die bedeutsam größer als Null und möglichst nahe bei 1 liegen. Es gelten Koeffizienten zwischen 0,3 und 0,5 bereits als Indiz für einen starken Zusammenhang (vgl. 2.4.1).

Das Außenkriterium *Schweregrad-Rating*, welches dem Behandlungsbedarf im entsprechenden Problembereich nach der Einschätzung des Interviewers entspricht, zeigt hohe Korrelationskoeffizienten mit dem Composite Score der korrespondierenden Bereiche mit Ausnahme der Untergruppen *Alkohol- und Drogengebrauch*. Die gute Interkorrelation von *Schweregrad-Rating* im Bereich *Psychischer Status* und Composite Score im Bereich *Familie* dokumentiert, daß diese beiden Lebensbereiche in einer stärkeren Wechselbeziehung stehen als die übrigen (s. 3.5, Tabelle 7).

Auch in der niederländischen Untersuchung von DeJong et al. (1995) lassen die Composite Scores der medizinischen, ökonomischen, rechtlichen und psychiatrischen Skala höchste Korrelationen mit den zugehörigen *Schweregrad-Ratings* erkennen, während keine signifikante Korrelation zwischen dem sozialen- und dem Alkoholscore und den entsprechenden *Schweregrad-Ratings* beobachtet werden konnte.

Die Selbsteinschätzung weist als zweites Außenkriterium eine ähnlich hohe Validität der zugehörigen Problemgebiete auf wie die Interviewer-Beurteilung. Unter denjenigen Bereichen, die einander nicht entsprechen, ist hier ebenso eine hohe Korrelation der Subskala Belastung durch psychische Probleme mit dem Composite Score im familiären Bereich zu erkennen (s. 3.6, Tabelle 9).

Die dargestellten Ergebnisse belegen, daß die Subskalen der deutschen Version des EuropASI tatsächlich die Schwere in den betreffenden Lebensbereichen abbilden. Es besteht eine hohe Validität der korrespondierenden Untergruppen bei mäßiger Validität von Alkohol- und Drogengebrauch.

Zur Kriteriumsvalidität beurteilten unabhängig von der Durchführung des EuropASI 34 Ärzte den Therapiebedarf der Patienten anhand eines Expertenfragebogens. Die Korrelation zwischen diesem externen Kriterium und den Schwere-

gradeinschätzungen des EuropASI liegt zwischen 0,27 und 0,67 (Gsellhofer, 1998).

Gemessen an der vorliegenden Stichprobe ist die deutsche Version des EuropASI-Interviews ein durchaus reliables und valides Instrument zur Bestimmung der Schwere der Abhängigkeit.

4.3 Theoretische und methodische Einschränkungen

Erhebungstechniken, bei denen sich die Untersuchungsteilnehmer bewußt darüber sind, daß sie Gegenstand einer Untersuchung sind und mit ihren Antworten die Möglichkeit haben auf Meßergebnisse Einfluß zu nehmen, sind artefaktanfällig. Sowohl Reaktionen auf die Art der Fragenstellung als auch auf den Interviewer können zu Antwortverzerrungen führen und damit die Validität gefährden.

Insbesondere bei der Auswertung der Fragen, die auf einer Selbsteinschätzung der Patienten beruhen, sind als Formen der Antwortverzerrung vor allem die Selbstdarstellung, die Soziale Erwünschtheit und die Antworttendenzen zu bedenken.

4.3.1 Die Selbstdarstellung als Fehlerquelle

Die *Selbstdarstellung* ist ein bei jeder Art von Kommunikation präsentenes Phänomen, welches per se nicht obligat einen Störfaktor darstellt.

Bei dem EuropASI-Interview werden die Untersuchungsteilnehmer nicht nur zu ihrer Alkoholproblematik, sondern auch zu Problemen im beruflichen, rechtlichen, sozialen, familiären, körperlichen und psychischen Bereich befragt, worüber sie sich möglicherweise vorher noch keine Gedanken gemacht haben. Die Patienten sind gezwungen, zu den angesprochenen Themen Stellung zu nehmen und reflektieren mehr oder weniger bewußt, was sie mitteilen wollen und was nicht, wem die Informationen zukommen, wie der Interviewer reagieren

könnte und welche Konsequenzen für sie daraus entstehen könnten. Die Angst vor nicht gewahrter Anonymität ist insbesondere im rechtlichen Bereich zu berücksichtigen, da die Frage nach illegalen Tätigkeiten zum Teil entweder abgelehnt oder vielleicht auch unehrlich beantwortet wurde. Eigene Verhaltensweisen als widersprüchlich oder unvernünftig zu erkennen ist unangenehm, so daß Falschantworten eher der „Selbsttäuschung“ als der „Fremdtäuschung“ dienen. Bewußt positiv gefärbte Selbstdarstellungen könnten auch im Sinne einer „Zukunftsprognose“ zu interpretieren sein (Bortz, Döring, 1995). So kann z. B. die positive Bewertung einer Streßsituation eher einem Wunschdenken als der Realität entsprechen.

4.3.2 Soziale Erwünschtheit als Fehlerquelle

Die Abgabe sozial erwünschter Antworten hängt neben den erfragten Merkmalen auch von den vom Befragten vermuteten Erwartungen ab. Diese können aus Rollenerwartungen oder aus Stimuli der Interviewsituation hergeleitet werden. In das Rollenverständnis des Interviewten fließt bewußt oder zumindest unterbewußt seine Stellung bzw. Rolle in der Gesellschaft (familiäres Umfeld, Freunde, Kollegen, etc.) ein.

Mögliche Erklärungen für die Anpassung der Antworten sind zum einen die soziale Erwünschtheit als Persönlichkeitsmerkmal, was sich im Bedürfnis nach sozialer Anerkennung zeigt, zum anderen als situationsspezifische Reaktion, wobei aufgrund bestimmter Konsequenzbefürchtungen Sachverhalte verschwiegen oder beschönigt werden (Schnell et al., 1999).

So ist es bei unserem Interview durchaus möglich, daß aus Angst vor sozialer Verurteilung (bspw. bei der Frage nach den Schwierigkeiten eigene Aggressionen zu kontrollieren) im Sinne einer *sozialen Erwünschtheit* geantwortet wurde.

Bei tabuisierten Themen (z.B. der Frage nach Schulden, illegalen Einkünften oder sexuellem Mißbrauch) versucht ein Teil der Befragten durch Verweigerung die Antwort zu umgehen oder sozial unerwünschte Eigenschaften abzustreiten.

4.3.3 Antworttendenzen als Fehlerquelle

Eine weitere Form der Antwortverzerrung im Interview ist die Antworttendenz, welche beinhaltet, daß manche Personen dazu neigen, unabhängig vom Inhalt der Frage, eher zustimmend oder ablehnend zu reagieren (Ja- bzw. Nein-Sage-Tendenz).

Antwort- resp. Zustimmungstendenzen (Akquieszenz) treten vor allem in unklar definierten Situationen bei Personen auf, die Anpassung als Bewältigung erlernt haben. Bei Rating-Skalen wird häufig beobachtet, daß manche Probanden bevorzugt mittlere Kategorien wählen, um sich entweder nicht festzulegen oder nicht aufzufallen.

Die Zustimmungstendenz wird auch hier wieder einerseits als Persönlichkeitsmerkmal von Interviewteilnehmern mit geringer Ich-Stärke angesehen, quasi als Strategie zur Minimierung unübersehbarer Konsequenzen. Andererseits wird die Akquieszenz als Behauptungsmethode minderprivilegierter Personen im Alltag erklärt (Schnell et al., 1999).

4.3.4 Gefährdungen der externen Validität

Eine externe Validität ist gegeben, wenn die Untersuchungsergebnisse auf andere vergleichbare Personen, Orte oder Situationen generalisierbar sind.

Sie liegt demzufolge vor, wenn die ermittelten Resultate sowohl auf andere Alkoholranke als auch auf den ambulanten Bereich übertragen werden können. Die externe Validität kann ebenfalls durch verschiedenen Störfaktoren beeinträchtigt werden.

Bei der Durchführung des EuropAS-Interviews sind an weiteren Einflußgrößen der Pretest-Effekt und der Hawthorne-Effekt zu beobachten.

4.3.4.1 Der Pretest-Effekt als Störfaktor

Die untersuchten Patienten, die sich auf der Station B6 zu einer sechswöchigen Entwöhnungstherapie befanden, haben zum Teil sehr unterschiedliche Vorbehandlungen hinter sich. *Pretest-Effekt* bedeutet, daß das Problembewußtsein und die Introspektionsfähigkeit unter anderem davon abhängig sind, welche Erfahrungen bzw. Voruntersuchungen auf dem Gebiet der Alkoholtherapie der einzelne bereits gesammelt und kennengelernt hat. Patienten, die im Rahmen einer Entgiftungstherapie auf die Zusammenhänge bestimmter somatischer Erkrankungen mit einem erhöhten Alkoholkonsum aufmerksam gemacht wurden, beantworten die Fragen des EuropASI zum körperlichen Zustand anders als diejenigen, die diesbezüglich noch nicht informiert worden sind. Gefragt wird explizit nach körperlichen Problemen, die nicht im Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch stehen. Daß eine Gastritis bspw. durch einen erhöhten Alkoholgenuß induziert sein kann, ist nicht jedermann bekannt .

4.3.4.2 Der Hawthorne-Effekt als Störfaktor

Auch der *Hawthorne-Effekt*, das Phänomen, daß das Bewußtsein, Teilnehmer einer wissenschaftlichen Untersuchung zu sein, sich auf das Verhalten auswirkt, ist bei dieser Patientenstichprobe zu beobachten, zumal die Patienten darüber informiert wurden, daß das EuropASI-Interview ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken dient.

Die experimentelle Situation kann derart von der „Alltagssituation“ abweichen, daß zwar intern gültige Antworten nachweisbar sind, die Fragen aber u.U. im anderen Kontext anders beantwortet werden würden.

4.3.5 Interviewereffekte

Als Interviewereffekte bezeichnet man Reaktionen auf Merkmale des Interviewers. Das bedeutet, daß das Interviewresultat nicht zuletzt durch die Persönlichkeit des Interviewers beeinflusst wird. Sowohl das äußere Erscheinungsbild

(Alter, Geschlecht, Aussehen, Kleidung) als auch Gesprächsführung, Sympathien und Antipathien können die Antworten des Befragten verändern.

Aus Scham oder Angst vor negativen Konsequenzen haben insbesondere im rechtlichen Teil einige Patienten die Antwort verweigert. Ältere Interviewer scheinen geringere Antwortverzerrungen und Verweigerungsquoten zu erhalten, weil sie möglicherweise als seriöser und vertrauenswürdiger erlebt werden (Bortz, Döring, 1995). Zum Untersuchungszeitpunkt war der Interviewer (die Autorin) 27 Jahre alt und ist damit als verhältnismäßig jung einzustufen. Auch die geforderte geringe soziale oder sozioökonomische Distanz zwischen den Befragten und dem Interviewer, um kommunikative Hemmschwellen abzubauen, war nicht immer gegeben.

Während manche Patienten sehr skeptisch und zurückhaltend zu Abschwächungen und Verharmlosungen neigten, traten andere völlig ungehemmt auf.

Ferner ist im Vergleich mit anderen Studien anzumerken, daß bei der Datenerhebung dieser Arbeit Interviewer und behandelnder Arzt nicht dieselbe Person sind, was zum einen den positiven Effekt hat, daß dem Interviewer ausschließlich die durch den Test erhobenen Informationen zur Verfügung stehen. Zum anderen kann es allerdings auch zu einem vermehrten Mißtrauen von Seiten des Patienten beitragen, indem beispielsweise bestimmte vertrauliche Informationen nicht gegeben werden.

Da die Vielzahl der wechselseitigen Einflußfaktoren jedoch weder vollständig benannt noch gemessen werden kann, soll an dieser Stelle nur auf die möglichen Fehlerquellen hingewiesen werden.

5 Zusammenfassung und Schlußfolgerung

Das Ziel dieser Arbeit ist die Bewertung der deutschen Version des EuropASI-Interviews hinsichtlich der Testgütekriterien Reliabilität und Validität.

Dazu wurde eine Stichprobe von 65 Alkoholkranken ausgewählt, die sich in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen zu einer sechswöchigen stationären Entwöhnungstherapie befanden.

Es erfolgt zunächst eine qualitative Auswertung des Datenmaterials, d.h. die Bestimmung der Schwere, mit Hilfe der sogenannten Composite Scores sowie mittels Schweregrad-Ratings und Selbsteinschätzungen.

Der Schwerpunkt dieser Studie liegt jedoch auf der Quantifizierung der Ergebnisse im Hinblick auf Reliabilität, v.a. Interne Konsistenz und Trennschärfe, und auf Validität, in dieser Abhandlung die Kriteriumsvalidität. Abhängigkeiten und Zusammenhänge der Items und Subskalen werden durch die errechneten Korrelationskoeffizienten abgebildet.

Das Ausmaß der Alkoholproblematik sowie der alkoholassozierten Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen gemessen anhand des Composite Scores, zeigt in der vorgestellten Population im Vergleich zu den Studien von DeJong et al. (1995) und Wertz et al. (1995) relativ niedrige Werte. Die Alkoholskala liegt mit ihrem geringen Schweregrad jedoch deutlich über den Summenmeßwerten der übrigen Problemgebiete.

Die Eigenständigkeit der Subskalen wird durch die niedrigen Interkorrelationswerte der Problembereiche untereinander verifiziert.

Das Schweregrad-Rating nach Einschätzung des Untersuchers dokumentiert, daß ein Behandlungsbedarf bezüglich des pathologischen Alkoholkonsums notwendig erscheint, die Schwierigkeiten in den anderen Lebensbereichen je-

doch nur von untergeordneter Bedeutung sind und damit eine zusätzliche Therapie nicht unbedingt erforderlich ist.

Die Selbsteinschätzungen zur Schwere der aktuellen Probleme ergeben ebenfalls niedrige Zahlenwerte, was unter anderem auch darauf zurückzuführen ist, daß sich die Fragen zur individuellen Belastung nur auf den Zeitraum der letzten 30 Tage beziehen.

Auffällig ist, daß eine nur mäßige Konkordanz von Interviewerbeurteilung und Selbsteinschätzung bezüglich des Alkoholgebrauches vorliegt. In den übrigen Problembereichen zeigen sich jedoch gute Interkorrelationen.

In der Reliabilitätsanalyse konnte mit einem mittleren Cronbachs Alpha-Koeffizienten von 0,75 insgesamt eine gute Interne Konsistenz bekräftigt werden.

Die Alkoholskala weist auch in dieser Untersuchung in Übereinstimmung mit anderen Studien (s.o.) die geringste Interne Konsistenz auf.

Die Ergebnisse der dargestellten Itemanalyse bestätigen eine zufriedenstellende Homogenität der Subskalen.

Zudem demonstrieren die Validitätsuntersuchungen der vorliegenden Stichprobe eine hohe Validität der korrespondierenden Untergruppen bei nur mäßiger Gültigkeit der Alkohol- und Drogenskala.

Die Durchführung der deutschen Version des EuropASI Interviews an 65 stationären Tübinger Alkoholabhängigen wies dieses Interview als durchaus reliables und valides Instrument nach, wobei die Alkoholskala mit der geringsten Internen Konsistenz und Validität auffiel.

Diese Studie unterstreicht damit die Anwendbarkeit des EuropASI Interviews zur Bestimmung der Schwere der Abhängigkeit bei stationären Patienten.

Übertragbarkeit und Generalisierung der Resultate sind jedoch limitiert, da die untersuchte Stichprobe im Vergleich zu anderen Alkoholikern eine relativ homogene Gruppe darstellt (alle Patienten sind Teilnehmer der gleichen Therapie-

form, waren im Beobachtungszeitraum stationär und haben bereits vor der stationären Aufnahme abstinent gelebt).

Die Fähigkeit des EuropASI-Interviews die Schwere der Alkoholabhängigkeit und ihrer assoziierten Probleme nachzuweisen, sollte in folgenden Studien unter dem Aspekt der Anwendbarkeit auf Therapiezuordnung, Nachbehandlung und Vorhersagewert untersucht werden.

Literaturverzeichnis

- AKKERMANN, G.** (1983). Vergleichende Befragung von Alkoholkranken und ihren Hausärzten zur Diagnostik und Therapie des Alkoholismus, Dissertation, Freie Universität Berlin
- ANDREATINI, R.; GALDUROZ, J.C.F.; FERRI, C.P.; FERRI, M.L.; FORMIGONI, O.** (1994). Alcohol dependence criteria in DSM-III-R: presence of symptoms according to degree of severity, *Addiction* 89, Escola Paulista de Medicina, Sao Paulo, Brazil, S. 1129-1134
- AREND, H.** (1994). Alkoholismus, Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe, Psychologie Verlags Union, Weinheim
- BABOR, T.F.; KRANZLER, H.R.; LAUERMAN, R.J.** (1989). Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures. *Addict Behav* (England), 14(2), S. 139-157
- BABOR, T.F.; SAUNDERS, J.B.; AASLAND, O.G.; DE LA FUENTE, J.R.; GRANT, M.** (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Centre for Drug and Alcohol Studies, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia. *Addiction* (England), Jun 1993, 88(6), S. 791-804
- BARBOR, TH.F., KRANZLER, H.R., KADDEN, M.R.** (1986). Issues in the definition of alcoholism: implications for a reformulation. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiat.* 10, S. 113-128
- BERESFORD, T.P.; BLOW F.C.; HILL, E.; SINGER, K.; LUCEY, M.R.** (1990). Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. Alcohol Research Centre, University of Michigan, Ann Arbor. *Lancet* (England), Aug 25 1990, 336(8713), S. 482-485
- BERGER, H.; LEGNARO, A.; REUBAND, K.** (1980). Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit, Kohlhammer, Stuttgart
- BONSELS-GÖTZ, C.; BEß, R.** (1984). Alkoholismus. Behandlung in der Klinik, Berlin Verlag Arno Spitz, Berlin
- BORTZ, J.; DÖRING, N.** (1995). Forschungsmethoden und Evaluation, 2. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, S. 216- 234
- BÜHRINGER, G.; AUGUSTIN, R.; BERGMANN, E.** (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Nomos, Baden-Baden
- CAETANO, R.** (1993). The association between severity of DSM-III-R alcohol dependence and medical and social consequences, *Addiction* 88, Medical Research Institute of San Francisco, S. 631-642
- CONNORS, G.J.; ALLEN, J.P., MAISTO, S.A.** (1995). Contrasting self-report screens for alcohol problems: a review, *Alcohol Clinical Express*, 19(6), S.1510-1516

- COONEY, N.L.; MEYER, R.E.; KAPLAN, R.F.; BAKER, L.H.** (1986). A validation study of four scales measuring severity of alcohol dependence, *British Journal of Addiction* 81, University of Connecticut, Farmington, USA, S. 223-229
- CORNEL, M.; KNIBBE, R.A.; VAN ZUTPHEN, W.M.; DROP, M.J.** (1994). Problem Drinking in a General Practice Population: The Construction of an Interval Scale for Severity of Problem Drinking, *Journal of Studies on Alcohol* 7, Maastricht, The Netherlands, S. 466-470
- DEJONG, C.A.; WILLEMS, J.C.E.W.; SCHIPPERS, G.M.; HENDRIKS, V.M.** (1995). The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch Alcoholic Population, *The International Journal of the Addictions*, 30(5), Sint Oedenrode, The Netherlands, S. 605-616
- DEUTSCHER VEREIN GEGEN DEN ALKOHOLMIßBRAUCH UND INTERNATIONALE VEREINIGUNG GEGEN DEN ALKOHOLISMUS** (1938). *Die Alkoholfrage*, Heft 1/2, Verlagspostanstalt, Berlin
- DOHERTY, B.; WEBB, M.** (1989). The distribution of alcohol dependence severity among in-patient problem drinkers. *British Journal of Addiction*, 84, S. 917-922
- DT. HAUPTSTELLE GEGEN D SUCHTGEFAHREN** (Hrsg.) (1996). *Alkoholabhängigkeit, Motivation und Diagnose*, Lambertus-Verlag, Freiburg
- EDWARDS, G.** (1986). The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, S. 171-183
- EDWARDS, G., GROSS, M.** (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome, *Brit. Med. J.* 1, S. 1058 – 1061
- FEUERLEIN, W.** (1996). *Alkoholismus [Becksche Reihe Bd.2033], Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. (Wissen)*, Beck, München
- FEUERLEIN, W.; RINGER, CH.; KÜFNER, H.; ANTONS, K.** (1979). *Diagnose des Alkoholismus, Der Münchner Alkoholismustest (MALT), Manual*, Weinheim
- FEUERLEIN, W.; KÜFNER, H.** (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA), *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 222, S. 139 – 152
- FEUERLEIN, W.; SCHULTE, B.; LAUBICHLER, W.; MÜLLER, R.** (1989). *Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit*, 4. überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York
- FINZEN, C.; FINZEN, A.; KRUSE, G.; PLOG, U.; SCHÄDLE-DEININGER, H.; SEIDEL, R.** (1985). *Alkohol, Alkoholismus und Medizin*, 1. Aufl., Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum
- FLÖHL, R.** (2000). Vollständige Abstinenz – ein Irrweg, *FAZ*, Nr. 242, 18.Oktober 2000, S. N3
- GERCHOW, J.; HEBERLE, B.** (1980). *Alkohol-Alkoholismus-Lexikon*, Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg

- GSELLHOFER, B.** (1998). Der Addiction Severity Index: Überprüfung der psychometrischen Werte einer deutschsprachigen Version und Vergleich zwischen der deutschen und einer amerikanischen Stichprobe. Unveröffentlichte Dissertation. Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Tübingen
- GSELLHOFER, B., & FAHRNER, E.-M.** (1994). Manual für Training und Durchführung von Interviews mit dem EuropASI (Deutsche Version). München: IFT, Institut für Therapieforschung München. Vervielfältigtes Manuskript
- GSELLHOFER, B., FAHRNER, E.-M., & PLATT, J. J.** (1994). European Addiction Severity Index: EuropASI (Deutsche Version). München: IFT, Institut für Therapieforschung München. Vervielfältigtes Manuskript
- GSELLHOFER, B.; KÜFNER, H.; VOGT, M. & WEILER, D.** (1999). European Addiction Severity Index: EuropASI. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren
- 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. Abteilung für Psychiatrie der Medizinische Universität Lübeck. *Addiction*, Dez. 1998; 93(12), S. 1777-1785
- HARTWICH, P.** (1998). Alkoholabhängigkeit und Drogenabhängigkeit, Konzepte und Therapie, Wissenschaft & Praxis
- HASIN, D.S.; GLICK, H.** (1992). Severity of DSM-III-R alcohol dependence: United States, 1988, , *British Journal of Addiction* 87, Columbia University, New York State Psychiatric Institute, USA, S. 1725-1730
- HOFFMEISTER, H.; SCHELP, F.P.; BÖHNING, D.** (1999). Alkoholkonsum in Deutschland und seine gesundheitlichen Aspekte, Springer, Berlin
- ICD 10: INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS** (1992), Tenth Revision, Genf, WHO, Vol. 1; deutsche Übersetzung: "ICD 10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision", amtliche ICD 10-Fassung des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- JACOBI, C.; BRAND-JACOBI, J.; MARQUARDT, F.** (1987). Die "Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)": Ein Verfahren zur differentiellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit, *Suchtgefahren* 33, Göttingen, S. 23-36
- JOHN, U.; HAPKE, U.; RUMPF, H.-J.** (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit in der medizinischen Versorgung, Baden-Baden, Nomos Verlags-Gesellschaft
- 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. Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Me-

dizinische Fakultät der Universität Greifswald, Alcohol, Sep-Oct 1999; 34(5), S. 786-794.

- JOHN, U.; VELTRUP, C.; SCHNOFL, A.; BUNGE, S.; WETTERLING, T.; DILLING, H.** (1992). Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Ausprägungen der Alkoholabhängigkeit aufgrund von Selbstaussagen: die Lübecker Alkoholabhängigkeitsskala (LAS), Sucht 38, Medizinische Universität zu Lübeck, S. 291-303
- JOHNSTON, R.G.; MAYFIELD, D.G.; LEX, B.W.** (1979). Reliable interpretation of the NCA criteria in an estimate of the prevalence of alcoholism in a general hospital. *Curr Alcohol (United States)*, 6, S. 25-31
- KELLNAR, S.** (1985). Prävalenz und Verlauf des Alkoholismus bei Männern, Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität zu München
- KOETER, M. W. J., & HARTGERS, C.** (1997). Preliminary procedure for the computation of EuropASI Composite Scores. The Amsterdam Institute for Addiction Research
- KOKKEVI, A., & HARTGERS, C.** (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence, *European Addiction Research*, 1, S. 208-210
- KÖRKEL, J.; WERNADO, M.; WOHLFARTH, R.** (1995). Stationärer Rückfall, Ende der Therapie? Pro und contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen, Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht, Bd.15, Neuland, Geesthacht
- KRAUTH, J.** (1995). Testkonstruktion und Testtheorie. Weinheim: PVU
- LADEWIG, D., GRAW, P., MIEST, P.CH., HOBI, V., SCHWARZ, E.** (1976). Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA), Erste Erfahrungen bei der Konstruktion eines Testinstruments zur Abschätzung eines Abhängigkeitsgrades von Drogen- und/oder Alkoholkonsumenten, *Pharmakopsychiatrie* 9, S. 305 - 312
- LANGENBUCHER, J.W.; MORGENSTERN, J.; MILLER, K.J.** (1995). DSM-III, DSM IV and ICD 10 as severity scales for drug dependence, *Drug and Alcohol Dependence* 39, Rutgers University, Piscataway, USA, S. 139-150
- LÄNGLE, G.; MANN, K.; BUCHKREMER, G.** (1996). Sucht, Die Lebenswelten Abhängiger. (Studien zu Lebenswelten behinderter Menschen, Bd.3), Attempo, Tübingen
- LESCH, O.M.** (1985). Chronischer Alkoholismus. Typen und ihr Verlauf, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York
- MANN, K.** (1992). Alkohol und Gehirn, Über strukturelle und funktionelle Veränderungen nach erfolgreicher Therapie, Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie Bd. 71, Springer, Berlin

- MANN, K.** (2000). Die Zukunft von Suchtforschung und Suchttherapie: Internationale Tagung zur Einrichtung des 1. Lehrstuhls für Suchtforschung in Deutschland, Deutsches Ärzteblatt 97, Heft 11, 17.03.00, S. A-705
- MANN, K., KAPP B.** (1995). Zur Lehre in Suchtmedizin – eine Befragung von Studenten und Professoren. In: K. Mann, G. Buchkremer (Hrsg), Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sonderheft der Zeitschrift Sucht. Neuland Hamm, S. 38–40
- MANN, K.; ACKERMANN, K.; GÜNTNER, A.; JUNG, M.; MUNDLE, G.** (1996). Veränderungen des Selbstbilds alkoholabhängiger Frauen und Männer während stationärer Psychotherapie. Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen. Psychother Psychosom Med Psychol; Sep.-Okt. 1996, 46(9-10), S. 350-355
- MANN, K.; ACKERMANN, K.; JUNG, M.; MORLOCK, P.; MUNDLE, G.** (1998). Aggressiveness, onset of dependence, and treatment outcome in socially well-adapted alcoholics. Suchtforschungszentrum, Universität Tübingen, Alcohol, Jan.-Feb. 1998; 33(1), S.16-29
- MANN, K.; BUCHKREMER, G.** (1998). Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York, 2. Aufl.
- MANSSON, M.; HANSSON, M.; MOBERG, A.L.; BERGLUND, M.** (1993). Severity of alcohol dependence; rating by patient records, Alcohol & Alcoholism, Vol. 28, No. 3 , Malmoe General Hospital, Malmoe, Sweden, S. 347-351
- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P.** (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. Am J Psychiatry 131, S. 1121-1123
- MCLELLAN, A. T., KUSHNER, H., METZGER, D., PETERS, R., SMITH, I., GRISSOM, G., PETTINATI, H., & ARGERIOU, M.** (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment, 9, S. 199-213
- MCLELLAN, A. T., LUBORSKY, L., WOODY, G. E., & O'BRIEN, C. P.** (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Disease, 168, S. 26-33
- MCLELLAN, A.T.; LUBORSKY, L.; CACCIOLA, J.; GRIFFITH, J.; EVANS, F.; BARR, H.L.; O'BRIEN, C.P.** (1985). New Data from the Addiction Severity Index. Reliability and Validity in Three Centres, , The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 173, No. 7, Philadelphia, Pennsylvania, USA, S. 412-423
- MEEHAN, J.P.; WEBB, M.G.; UNWEH, A.R.** (1985). The severity of alcohol dependence questionnaire in a sample of Irish problem drinkers. British Journal of Addiction, 80, S.57-64
- MÖLLER, H.-J.; LAX, G.; DREISTER, A.** (1996). Psychiatrie, Hippokrates Verlag, Stuttgart, S.280-297

- ORFORD, J.; KEDDIE, A.** (1986). Abstinence or Controlled Drinking in Clinical Practice: a test of the dependence and persuasion hypotheses, *British Journal of Addiction* 81, University of Exeter, U.K., S. 495-504
- PATTISON, E.M.; KAUFMANN, E.** (1982). The alcoholism syndrome: Definition and models. In E.M. Pattison, E. Kaufmann (eds.): *Encyclopedic handbook of alcoholism*. Gardner Press, New York
- RICHTER, E.A.** (2000). Alkohol, Industrie soll freiwillig die Werbung einschränken, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 97, Heft 27, 7. Juli 2000, S. C1394-1395
- RICHTER, G.; KLEMM, P. G.; ZAHN, M.** (1990). Beitrag zur Lösung des Dreigruppen-Trennproblems in der Alkoholismusdiagnostik - Vorschlag für einen 9-Item-Screening-Test. *Zeitschrift für klinische Medizin*, 45, S. 79-83.
- RICHTER, G.; ZAHN, M.** (1991). Validierung des MALT (Münchener Alkoholismus-Test) und des CAGE (amerikanischer 4-item-Alkoholismus-Test) an einer stationären Hochrisikogruppe mit Verleugnungstendenz. *Sucht*, 37, S. 175-179.
- ROGALSKI, C. J.** (1987). Factor structure of the Addiction Severity Index in an inpatient detoxification sample. *International Journal of the Addictions*, 22, 981-992
- RUMPF, H.J.; HAPKE, U.; ERFURTH, A.; JOHN, U.** (1998). Screening questionnaires in the detection of hazardous alcohol consumption in the general hospital: direct or disguised assessment. *Abteilung für Psychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck. J Stud Alcohol*, Nov. 1998; 59(6), S. 698-703
- RUMPF, H.J.; HAPKE, U.; HILL, A.; JOHN, U.** (1997). Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. *Alcohol Clin Exp Res (United States)*, August 1997, 21(5), S. 894-898
- RUßLAND, R.** (1988). *Suchtverhalten und Arbeitswelt*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
- SAB, WITTCHEN, ZAUDIG,** (1991). *Diagnostisches und Statistisches Manual DSM IV*, Hogrefe
- SCHAICH, EBERHARD** (1990). *Schätz- und Testmethoden für Sozialwissenschaftler*, 2. Auflage, Verlag Franz Vahlen GmbH
- SHELLER, R.; KELLER, W.; FUNK, J., KLEIN, M.** (1984). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI) – Ein Verfahren zur Differentialdiagnostik des Alkoholismus*. Suchtgefahren
- SCHEUREN, B. & KÜFNER, H.** (2001). Der European Addiction Severity Index (EuropASI). In A. Glöckner-Rist, F. Rist, & H. Küfner (Hrsg.). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen
- SCHEUREN, B.** (2000). *Therapeuteneinschätzung des Interventionsbedarfs im European Addiction Severity Index (EuropASI)*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Münster

-
- SCHIED, H.W.; HEIMANN, H.; MAYER, K.** (1989). Der chronische Alkoholismus, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York
- SCHIMPFLE, G.** (1990). Standardisierte Verfahren zur Globaldiagnose des Alkoholismus - ein empirischer Vergleich, Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- SCHMIDT, L.** (1997). Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch, Definition, Ursachen, Folgen, Behandlung, Prävention, 4. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart
- SCHNELL, R.; HILL, P.B.; ESSER, E.** (1999). Methoden der empirischen Sozialforschung, 6. Aufl., R. Oldenbourg Verlag, München
- SCHOLZ, H.; KRYSPIN-EXNER, I.** (1986). Die Rehabilitation bei chronischem Alkoholismus, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart
- SEITZ, H.K.; LIEBER, C.S.; SIMANOWSKI, U.A.** (1995). Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden, Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, Heidelberg
- SELZER, M. L.; VINOKUR, A.; ROOIJEN, M. A.** (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, S. 117-126
- SELZER, M.L.** (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test, *American Journal of Psychiatry*, 127, S. 1653 – 1658
- SINGER, M. V.; TEYSSEN, S.** (1999). Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten, Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Springer Verlag, Berlin
- SKINNER, H.A.; ALLEN, A.** (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of abnormal Psychology*, 91, S. 199-209
- SOYKA, M.** (Hrsg.) (1999). Klinische Alkoholismusdiagnostik, Steinkopf Verlag, Stuttgart
- SOYKA, M.; GILG, T.** (1995). Die Alkoholkrankheit - Diagnose und Therapie, Chapman & Hall, Weinheim
- STOCKWELL, T.; HODGSON, R.; EDWARDS, G.; TAYLOR, C.; RANKIN, H.** (1979). The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence, *British Journal of Addiction* 74, Institute of Psychiatry, 101 Denmark Hill, London, S. 79-87
- STOCKWELL, T.; MURPHY, D.; HODGSON, R.** (1983). The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its Use, Reliability and Validity, *British Journal of Addiction* 78, London, England, S. 145-155
- STÖFFELMAYR, B.E.; MAVIS, B.E.; KASIM, R.M.** (1994). The Longitudinal Stability of the Addiction Severity Index, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 11, No. 4, Michigan State University, USA, S. 373-378
- WALDSCHMIDT, J.** (1907). Der Alkoholismus, 4. Band, Johann Ambrosius Barth, Leipzig

-
- WANBERG, K.W.; HORN, J.L.; FOSTER, F.M.** (1977). A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory (AUI). *Journal of Substance Abuse*, 38, S. 512-543
- WEILER, D.; VOGT, M. & KÜFNER, H.** (2000). Anwendung des European Addiction Severity Index (EuropASI) im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Drogenabhängigen. *Sucht*, 46, S. 197-208
- WERTZ, J.S.; CLEAVELAND, B.L.; STEPHENS, R.S.; TECH, V.** (1995). Problems in the Application of the Addiction Severity Index (ASI) in Rural Substance Abuse Services, *Journal of Substance Abuse*, 7(2), Blacksburg, Virginia, USA, S. 175-188
- WILL, B.E.** (1989). Psychometrische Differenzierung von Gamma- und Delta-Alkoholikern, Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- WOODY, G.E.; COTTLER, L.B.; CACCIOLA, J.** (1993). Severity of dependence: data from the DSM IV field trials, *Addiction* 88, Washington University School of Medicine, Philadelphia VA Medical Centre, USA, S. 1573-1579

Anhang

	<p style="text-align: center;">Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (DSM-IV)</p> <p>Das Hauptaugenmerk richtet das DSM IV auf vier Störungsbilder, die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer psychotropen Substanz stehen. Es wird unterschieden zwischen Störung durch Substanzkonsum und substantinduzierten Störungen. Erstgenannte sind für alle Substanzen gleich allgemein definiert (Abhängigkeit und Mißbrauch). Letztere bezeichnet substanzspezifische Folgeerscheinungen hervorgerufen durch übermäßigen Konsum (Intoxikation und Entzug)</p>
1	Störungen durch Substanzkonsum
1.1	<p>Substanzabhängigkeit</p> <p>Patienten zeigen ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, trotz Einsicht in die Schädlichkeit des Konsum und seiner Folgen</p> <p>Drei oder mehr der folgenden Symptome sind für eine Diagnose von Substanzabhängigkeit notwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriterium 1: Toleranz <ul style="list-style-type: none"> Kriterium 1a: Verlangen nach Dosissteigerung Kriterium 1b: Verminderte Wirkung bei gleicher Dosis Kriterium 2: Entzugssymptome <ul style="list-style-type: none"> Kriterium 2a: charakteristisches Entzugssyndrom Kriterium 2b: Wiederaufnahme der Substanz zur Linderung oder Vermeidung (mit körperlicher Abhängigkeit, falls wenigstens ein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt) Kriterium 3: vermehrter Konsum als beabsichtigt Kriterium 4: Wunsch, den Gebrauch zu reduzieren, trotzdem keine Kontrolle möglich Kriterium 5: Zeitaspekt (Verfügbarkeit, Konsum, Erholung) Kriterium 6: Aufgabe oder Reduktion von sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten Kriterium 7: trotz Einsicht in körperliche oder psychische Probleme (ohne körperliche Abhängigkeit, falls kein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt) <p>Craving bezeichnet einen subjektiv starken Andrang zur Substanzeinnahme. Damit entspricht es dem allgemeinen Konstrukt von psychischer Abhängigkeit. Im Rahmen des DSM IV erhält es keine spezielle Diagnose. Es kann im Zusammenhang mit allen Substanzen erlebt werden.</p>

1.2	<p>Substanzmißbrauch</p> <p>Patienten zeigen ein fehlangepaßtes Muster von Substanzgebrauch, das zu sozialen Schwierigkeiten und einem klinischbedeutsamen Leiden führt.</p> <p>mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb derselben 12 Monatsperiode</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriterium A Substanzgebrauch trotz wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen Kriterium A1: Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen Kriterium A2: Inkaufnahme körperlicher Gefährdung Kriterium A3: Probleme mit dem Gesetz Kriterium A4: soziale oder zwischenmenschliche Probleme Kriterium B: Kriterien für Substanzabhängigkeit sind nicht erfüllt
2	<p>Substanzinduzierte Störungen</p> <p>Bezeichnen die Gruppe von substanzspezifischen Störungen, die in unmittelbarer Nähe zum Konsum bzw. Konsumverzicht einer Substanz auftreten.</p>
2.1	<p>Substanzintoxikation</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriterium A Entwicklung eines reversiblen substanzspezifischen Syndroms Kriterium B Klinisch bedeutsame unangepaßte Verhaltensänderungen oder psychische Veränderungen Kriterium C Ausschluß eines medizinischen Krankheitsfaktors
2.2	<p>Substanzenzug</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriterium A Entwicklung eines substanzspezifischen Syndroms nach übermäßigem und andauerndem Substanzgebrauch Kriterium B Verursacht klinisch bedeutsam Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen <p>Kriterium C Ausschluß eines medizinischen Krankheitsfaktors</p>
2.3	<p>Substanzinduziertes Delir</p> <p>im Zusammenhang mit - Intoxikation - Entzug</p> <p><i>Folgende Störungen werden auch an anderer Stelle im DSM IV genannt. Liegt eine dieser Störungen vor, so ist zu prüfen, wie weit der Substanzgebrauch ursächlich für das Auftreten dieser Störung ist. Gegebenen Falls ist die entsprechende Störung doppelt zu diagnostizieren.</i></p>

	<p style="text-align: center;">ICD-10</p> <p style="text-align: center;">V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)</p> <p style="text-align: center;">Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)</p> <p>Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert; diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. Es muß aber berücksichtigt werden, daß nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind.</p> <p>Die Identifikation der psychotropen Stoffe soll auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie die eigenen Angaben des Patienten, die Analyse von Blutproben oder von anderen Körperflüssigkeiten, charakteristische körperliche oder psychische Symptome, klinische Merkmale und Verhalten sowie andere Befunde, wie die im Besitz des Patienten befindlichen Substanzen oder fremdanamnestische Angaben. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die Hauptdiagnose soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im wesentlichen dazu beigetragen hat. Zusatzdiagnosen sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen (vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-.9) verursacht haben.</p> <p>Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll die Diagnose "Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)" gestellt werden.</p> <p>Exkl.: Mißbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)</p>
.0	<p>Akute Intoxikation</p> <p>Ein Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz mit Störungen von Bewußtseinslage, kognitiven Fähigkeiten, Wahrnehmung, Affekt und Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Die Störungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit den akuten pharmakologischen Wirkungen der Substanz und nehmen bis zur vollständigen Wiederherstellung mit der Zeit ab, ausgenommen in den Fällen, bei denen Gewebeschäden oder andere Komplikationen aufgetreten sind. Komplikationen können ein Trauma, Aspiration von Erbrochenem, Delir, Koma, Krampfanfälle und andere medizinische Folgen sein. Die Art dieser Komplikationen hängt von den pharmakologischen Eigenschaften der Substanz und der Aufnahmeart ab.</p>

	<p>Akuter Rausch bei Alkoholabhängigkeit</p> <p>Pathologischer Rausch</p> <p>Rausch o.n.A.</p> <p>Trance und Besessenheitszustände bei Intoxikation mit psychotropen Substanzen</p> <p>"Horrortrip" (Angstreise) bei halluzinogenen Substanzen</p>
.1	<p>Schädlicher Gebrauch</p> <p>Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.</p> <p>Mißbrauch psychotroper Substanzen</p>
.2	<p>Abhängigkeitssyndrom</p> <p>Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.</p> <p>Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.</p> <p>Chronischer Alkoholismus</p> <p>Dipsomanie</p> <p>Nicht näher bezeichnete Drogensucht</p>
.3	<p>Entzugssyndrom</p> <p>Es handelt sich um eine Gruppe von Symptomen unterschiedlicher Zusammensetzung und Schwere nach absolutem oder relativem Entzug einer psychotropen Substanz, die anhaltend konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor der Beendigung oder Reduktion des Konsums verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch symptomatische Krampfanfälle kompliziert werden.</p>
.4	<p>Entzugssyndrom mit Delir</p> <p>Ein Zustandsbild, bei dem das Entzugssyndrom (siehe vierte Stelle .3) durch ein Delir, (siehe Kriterien für F05.-) kompliziert wird. Symptomatische Krampfanfälle können ebenfalls auftreten. Wenn organische Faktoren eine beträchtliche Rolle in der Ätiologie spielen, sollte das Zustandsbild unter F05.8 klassifiziert werden.</p> <p>Delirium tremens (alkoholbedingt)</p>
.5	<p>Psychotische Störung</p> <p>Eine Gruppe psychotischer Phänomene, die während oder nach dem Substanzgebrauch auftreten, aber nicht durch eine akute Intoxikation erklärt werden können und</p>

	<p>auch nicht Teil eines Entzugssyndroms sind. Die Störung ist durch Halluzinationen (typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet), Wahrnehmungsstörungen, Wahnideen (häufig paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen), psychomotorische Störungen (Erregung oder Stupor) sowie abnorme Affekte gekennzeichnet, die von intensiver Angst bis zur Ekstase reichen können. Das Sensorium ist üblicherweise klar, jedoch kann das Bewußtsein bis zu einem gewissen Grad eingeschränkt sein, wobei jedoch keine ausgeprägte Verwirrtheit auftritt.</p> <p>Alkohollhalluzinose Alkoholische Paranoia Alkoholischer Eifersuchtswahn Alkoholpsychose o.n.A.</p> <p>Exkl.: Durch Alkohol oder psychoaktive Substanzen bedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (F10-F19, vierte Stelle .7)</p>
<p>.6</p>	<p>Amnestisches Syndrom</p> <p>Ein Syndrom, das mit einer ausgeprägten andauernden Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses einhergeht. Das Immediatgedächtnis ist gewöhnlich erhalten, und das Kurzzeitgedächtnis ist mehr gestört als das Langzeitgedächtnis. Die Störungen des Zeitgefühls und des Zeitgitters sind meist deutlich, ebenso wie die Lernschwierigkeiten. Konfabulationen können ausgeprägt sein, sind jedoch nicht in jedem Fall vorhanden. Andere kognitive Funktionen sind meist relativ gut erhalten, die amnestischen Störungen sind im Verhältnis zu anderen Beeinträchtigungen besonders ausgeprägt.</p> <p>Alkohol- oder substanzbedingte amnestische Störung Durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingte Korsakowpsychose Nicht näher bezeichnetes Korsakow-Syndrom</p> <p>Exkl.: Nicht alkoholbedingte(s) Korsakow-Psychose oder -Syndrom (F04)</p>
<p>.7</p>	<p>Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung</p> <p>Eine Störung, bei der alkohol- oder substanzbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des Affektes, der Persönlichkeit oder des Verhaltens über einen Zeitraum hinaus bestehen, in dem noch eine direkte Substanzwirkung angenommen werden kann.</p> <p>Der Beginn dieser Störung sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gebrauch der psychotropen Substanz stehen. Beginnt das Zustandsbild nach dem Substanzgebrauch, ist ein sicherer und genauer Nachweis notwendig, daß der Zustand auf Effekte der psychotropen Substanz zurückzuführen ist. Nachhallphänomene (Flashbacks) unterscheiden sich von einem psychotischen Zustandsbild durch ihr episodisches Auftreten, durch ihre meist kurze Dauer und das Wiederholen kürzlich erlebter alkohol- oder substanzbedingter Erlebnisse.</p> <p>Alkoholdemenz o.n.A. Chronisches hirnorganisches Syndrom bei Alkoholismus Demenz und andere leichtere Formen anhaltender Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten Nachhallzustände (Flashbacks)</p>

	Posthalluzinogene Wahrnehmungsstörung Residuale affektive Störung Residuale Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens Verzögert auftretende psychotische Störung durch psychotrope Substanzen bedingt Exkl.: Alkohol- oder substanzbedingt: - Korsakow-Syndrom (F10-F19, vierte Stelle .6) - psychotischer Zustand (F10-F19, vierte Stelle .5)
.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
.10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
.11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
.12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
.13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
.14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
.15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
.16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
.17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
.18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
.19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Patientencode:

EUROPEAN ADDICTION SEVERITY INDEX

EuropASI¹

Anleitung

1. Kodierung

Bitte keine Fragen auslassen.

Sollten einzelne Fragen nicht beantwortet werden können, bitte folgendermaßen kodieren:

X = Frage nicht beantwortet N = Frage nicht geeignet

Für zusätzliche Kommentare wurde am Ende der Abschnitte Platz gelassen.

2. Ratingskala für Patienten²:

Folgende Abstufungen werden unterschieden:

0 - gar nicht 1 - wenig 2 - mittel 3 - erheblich 4 - extrem

3. Schweregrad-Ratings für Interviewer:

Die Schweregrad-Ratings sind Einschätzungen des Interviewers über den Bedarf des Patienten an zusätzlicher Behandlung. Die Skala reicht von 0 (keine Behandlung nötig) bis 9 (Behandlung notwendig wegen lebensbedrohlicher Situation). Jede Beurteilung basiert auf der Symptomgeschichte des Patienten, auf den derzeitigen Umständen sowie auf der subjektiven Beurteilung seiner Behandlungsbedürfnisse in einem bestimmten Problembereich. Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung des Schweregrad-Ratings finden Sie im Manual (S. 13).

Wichtig: Die Schweregrad-Ratings sind fakultativ.

4. Verlaufs- bzw. Katamnese-Interviews

Die für Verlaufsinterviews erforderlichen Fragen sind mit einem Unterstrich versehen. Ein zusätzlicher Stern bedeutet, daß die Fragen entsprechend umformuliert werden müssen.

Schweregrad-Profil

(Bitte nach Durchführung des Interviews ausfüllen!)

Probleme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
körperliche										
Arbeit/Unterhalt										
Alkohol										
Drogen										
rechtliche										
familiäre/soziale										
psychische										

- 0-1 kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich
 2-3 leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig
 4-5 mittleres Problem, Behandlung empfohlen
 6-7 beträchtliches Problem, Behandlung notwendig
 8-9 extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich

¹ Nach dem amerikanischen Original von T. McLellan (5. Ed., 1992) und der europäischen Version EuropASI von A. Kokkevi, Ch. Hartgers, P. Blanken, F.-M. Fahmer, G. Pozzi, E. Tempesta, A. Uchtenhagen (1993)

² Der Lesbarkeit halber wird im folgenden die weibliche Form nicht aufgeführt, auch wenn sie immer mit gemeint ist.

Allgemeine Angaben

<p>A Art der Behandlung/Einrichtung <input type="checkbox"/></p> <p>0 - keine Behandlung 1 - ambulante Entgiftung 2 - stationäre Entgiftung 3 - ambulante Substitution 4 - ambulante drogenfreie Therapie 5 - stationäre drogenfreie Therapie 6 - Tagesklinik 7 - psychiatrische Klinik 8 - andere Klinik/andere Station 9 - andere Behandlung</p> <p>B Datum der Aufnahme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>C Datum des Interviews <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>D Zeit Beginn des Interviews <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>:<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>E Zeit Ende des Interviews <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>:<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>F Art des Interviews <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Aufnahmeinterview 2 - Folgeinterview</p> <p>G Kontakt <input type="checkbox"/></p> <p>1 - persönlich 2 - telefonisch</p> <p>H Geschlecht <input type="checkbox"/></p> <p>1 - männlich 2 - weiblich</p> <p>I Interviewer Code-Nr. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>K Besonderheiten <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Patient bricht ab 2 - Patient weigert sich 3 - Patient ist unfähig zu antworten</p>	<p>1. Größe des Wohnorts <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Großstadt (> 100.000 Einwohner) 2 - mittelgroße Stadt (10 - 100.000 Einwohner) 3 - Kleinstadt (< 10.000 Einwohner)</p> <p>2. Stadt Code (Postleitzahl) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>3. Wie lange leben Sie schon unter Ihrer derzeitigen Adresse? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Jahre Monate</p> <p>4. Gehört dieser Wohnsitz Ihnen oder Ihrer Familie? <input type="checkbox"/></p> <p>0 - nein 1 - ja</p> <p>5. Alter <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>6. Staatsangehörigkeit: _____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>7. Geburtsland (Codierung wie in Frage 6) des Patienten _____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> des Vaters _____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> der Mutter _____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>8. Befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung? <input type="checkbox"/></p> <p>1 - nein 2 - Straf-/Untersuchungshaft 3 - stationäre Suchteinrichtung (Alkohol/Drogen) 4 - stationäre medizinische Behandlung 5 - stationäre psychiatrische Behandlung 6 - Entgiftung 7 - andere, welche:</p> <p>9. Wieviele Tage befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
--	--

Körperlicher Zustand

1.* Wie oft in Ihrem Leben waren Sie aufgrund von körperlichen Problemen stationär in einem Krankenhaus untergebracht?

(einschließlich Überdosis und Delirium Tremens, ausschließlich Entgiftung)

2. Wie lange liegt Ihr letzter Krankenhausaufenthalt wegen eines körperlichen Problems zurück?

 Jahre Monate

3. Haben Sie chronische gesundheitliche Probleme, die Ihr Leben immer wieder störend beeinflussen?

0 - nein 1 - ja

wenn ja, welche:

4.* Hatten Sie schon einmal eine Hepatitis-Infektion?

0 - nein 2 - ich weiß nicht
 1 - ja 3 - Antwort verweigert

5.* Wurde bei Ihnen schon jemals ein HIV-Test durchgeführt?

0 - nein
 1 - ja
 2 - ich weiß nicht
 3 - Antwort verweigert

6. Wenn ja, wie lange liegt der letzte HIV-Test zurück?

 Monate

7. Wie war das letzte Testergebnis?

0 - HIV-negativ
 1 - HIV-positiv
 2 - ich weiß nicht
 3 - Antwort verweigert

8. Nehmen Sie regelmäßig aufgrund einer körperlichen Erkrankung verschriebene Medikamente zu sich?

0 - nein 1 - ja

wenn ja, welche:

9. Erhalten Sie eine Rente aufgrund von körperlichen Problemen? *(psychische Probleme ausgeschlossen)*

0 - nein 1 - ja

wenn ja, wofür:

10. Waren Sie während der letzten sechs Monate wegen eines körperlichen Problems bei einem Arzt in Behandlung?

0 - nein 1 - ja

11. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme?

Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

12. Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen belastet oder beeinträchtigt?

13. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser gesundheitlichen Probleme?

Schweregrad-Rating Wertebereich (Interviewer)

14.A Bedarf des Patienten an medizinischer Behandlung (Wertebereich, 1. Schritt)

 -

14.B Bedarf des Patienten an medizinischer Behandlung (2. Schritt)

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

15. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein 1 - ja

16. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein 1 - ja

Kommentare

Arbeits- und Unterhaltssituation

- 1.*** Schulbildung in Jahren (Klassenwiederholungen werden nicht mitgezählt)
- 2.*** Höhere Schulbildung (FH/Universität) i. Jahren
- 3.** Höchster erzielter Abschluß
 1 - Hauptschulabschluß
 2 - Mittlere Reife
 3 - Abitur
 4 - Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie
 5 - Hochschulabschluß
 6 - keiner
- 3.A** Haben Sie eine Berufsausbildung?
 0 - nein 1 - ja
 wenn ja, Beruf:
- 4.** Haben Sie eine gültige Fahrerlaubnis?
 0 - nein 1 - ja
- 5.** Wie lange dauerte Ihre längste, reguläre Beschäftigung? Jahre Monate
- 6.** Wie lange dauerte Ihre längste Arbeitslosigkeit? Jahre Monate
- 7.*** Gewöhnliche (oder letzte) berufliche Tätigkeit welche:
- 8.*** Überwiegende Erwerbstätigkeit in den letzten drei Jahren
 1 - ganztags
 2 - Teilzeit (regelmäßig)
 3 - Teilzeit (unregelmäßig, Gelegenheitsarbeit)
 4 - Schüler, Student, Auszubildender
 5 - Bundeswehr, Zivildienst
 6 - Rentner, Behindert
 7 - arbeitslos
 8 - in geschlossener Einrichtung (Krankenhaus, Gefängnis, Therapie o.ä.)
 9 - Hausfrau
- 9.** Wieviele Tage haben Sie während der letzten 30 Tage gearbeitet? (*ausschließlich Dealen, Prostitution oder andere illegale Tätigkeiten*)
- Haben Sie während der letzten 30 Tage für Ihren Lebensunterhalt Geld aus folgenden Quellen bezogen?
 0 - nein 1 - ja
- 10.** Erwerbstätigkeit
- 11.** Arbeitslosengeld bzw. -hilfe
- 12.** Sozialhilfe
- 13.** Pension, Rente, Frührente, Altersruhegeld
- 14.** Unterstützung durch den Partner, Angehörige oder Freunde
- 15.** illegale Einkünfte
- 16.** Prostitution
- 17.** andere Einkünfte
- 18.** Welches ist die Hauptquelle Ihres Lebensunterhalts? (Code 10 - 17)
- 19.** Haben Sie Schulden?
 0 - nein 1 - ja
 wenn ja, Betrag:
- 20.** Wieviele Menschen sind bezüglich Ernährung, Wohnung usw. hauptsächlich auf Sie angewiesen?
- 21.** An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage berufliche Probleme/Probleme wegen Arbeitslosigkeit?
- Bei den Fragen 22 und 23 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.**
- 22.** Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen diese beruflichen Probleme belastet oder beeinträchtigt?
- 23.** Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Beratung wegen Ihrer beruflichen Probleme?
- Schweregrad-Rating Wertebereich (Interviewer)**
- 24.A** Bedarf des Patienten an einer Beratung wegen beruflicher Probleme (Wertebereich, 1. Schritt)
- 24.B** Bedarf des Patienten an einer Beratung wegen beruflicher Probleme (2. Schritt)
- Zuverlässigkeits-Rating**
- Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch
- 25.** eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?
 0 - nein 1 - ja
- 26.** die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?
 0 - nein 1 - ja
- Kommentare**

Drogen- und Alkoholgebrauch

	Alter bei erstem Gebrauch <small>(ab ca. 3x/Woche oder an 2 aufeinanderfolgenden Tagen)</small>	Jahre des Gebrauchs insgesamt	Gebrauch in den letzten 30 Tagen	Art und Weise der Einnahme [◇]
1. Alkohol, jeglicher Gebrauch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alkohol, Gebrauch über der Gefährdungsgrenze	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Methadon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. andere Opiate/Analgetika	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. dämpfende Psychopharmaka (Benzodiazepine, Barbiturate, Sedativa, Hypnotika, Tranquilizer)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kokain	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Amphetamine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cannabinoide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Halluzinogene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schnüffelstoffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. andere Substanzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. mehr als eine Substanz pro Tag (einschl. Alkohol) Items 2-12	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[◇] Art und Weise der Einnahme: 1 - oral 2 - nasal 3 - Rauch 4 - nicht-i.v. injiziert 5 - i.v. injiziert

14.* Haben Sie je injiziert?
0 - nein 1 - ja

14*[△] Alter bei erster Injektion Jahre des Gebrauchs insgesamt
jegliche i.v.-Injektion Gebrauch letzte 6 Monate Gebrauch letzte 30 Tage

14*B Wenn ja, haben Sie in den letzten sechs Monaten
1 - ausschließlich eigene saubere Nadeln benutzt
2 - manchmal die Nadel mit anderen geteilt
3 - oft die Nadel mit anderen geteilt

15.* Wie oft in Ihrem Leben hatten Sie ein Alkohol-bedingtes Delirium/Tremens oder eine Drogenüberdosis?

16* Wie oft haben Sie folgende Behandlungen erhalten?

	Alkohol	Drogen
1 - ambulante Entgiftung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 - stationäre Entgiftung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 - ambulante Substitution	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - ambulante drogenfreie Therapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 - stationäre drogenfreie Therapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 - Tagesklinik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 - psychiatrische Klinik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 - andere Klinik/andere Station	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 - andere Behandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

17. Wie lange waren Sie als Resultat o.g. Behandlungen längstens clean bzw. abstinent? (00 - nie abstinent)

Monate Alkohol Monate Drogen

18. Welche Substanz stellt das Hauptproblem dar?
Bitte kodieren Sie wie oben, oder:
00 - kein Problem, 15 - Alkohol und Droge (doppelabhängig), 16 - mehrere Drogen (polytoxikoman); Wenn unklar nachfragen

19. Wie lange waren Sie freiwillig clean bzw. abstinent, ohne daß dies das Resultat von o.g. Behandlungen war? (00 - nie abstinent)
Monate

20. Vor wievielen Monaten endete diese Abstinenz? (00 - noch abstinent)
Monate

21. Wieviel Geld haben Sie schätzungsweise in den letzten 30 Tagen ausgegeben für

Alkohol DM
Drogen DM

22. Wieviele Tage wurden Sie in den letzten 30 Tagen in einer Drogen- oder Alkoholeinrichtung ambulant behandelt?
(einschließlich Anonyme Alkoholiker und Anonyme Drogenabhängige)

22.A Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol- oder Drogenverlangen gespürt?

- 0 - nie
1 - selten (weniger als einmal pro Woche)
2 - häufig (einmal und mehr pro Woche)

22.B Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Beschwerden, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten, gespürt?

- (z.B. innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen)
0 - nie
1 - selten (weniger als einmal die Woche)
2 - häufig (einmal und mehr die Woche)

23.A An wievielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen

- Alkoholprobleme
Drogenprobleme

Bei den Fragen 24 und 25 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

24. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol- oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?

- Alkoholprobleme
Drogenprobleme

25. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Therapie Ihrer

- Alkoholprobleme
Drogenprobleme

Schweregrad-Rating Wertebereich (Interviewer)

26.A Bedarf des Patienten an einer Therapie folgender Probleme (Wertebereich, 1. Schritt)

- Alkoholmißbrauch -
Drogenmißbrauch -

26.B Bedarf des Patienten an einer Therapie folgender Probleme (2. Schritt)

- Alkoholmißbrauch
Drogenmißbrauch

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

27. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

- 0 - nein 1 - ja

28. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

- 0 - nein 1 - ja

Kommentare

Rechtliche Situation

1. Gibt es für Ihre Behandlung eine Rechtsgrundlage?

(Wurde diese Behandlung von einem Richter/Bewährungshelfer usw. vorgeschlagen oder veranlaßt?)

0 - nein 1 - ja

2. Haben Sie Bewährung?

0 - nein 1 - ja

Wie häufig in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?

3.* BTM-Delikte (Besitz, Handel, Einfuhr von Drogen)

welche:

4.* Beschaffungsdelikte in Zusammenhang mit Sucht

(Diebstahl, Hehlerei, Betrug, Raub, Rezeptfälschung, Betteln)

welche:

5.* Gewalttaten unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluß (z.B. Körperverletzung, Raubüberfall, Brandstiftung, Vergewaltigung, Totschlag, Mord)

welche:

6.* sonstige Delikte

welche:

7.* Wieviele dieser Anklagen führten zu einer Verurteilung?

Welche Urteile/Verwaltungsbeschlüsse wurden jemals ausgesprochen?

0 - nein 1 - ja

7.A* Geldstrafen

7.B* Führerscheinentzug

7.C* Widerruf einer Bewährung

7.D* Freiheitsstrafe mit Bewährung

7.E* Freiheitsstrafe ohne Bewährung

7.F* Unterbringung in einer Entziehungseinrichtung

7.G* Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik

7.H* sonstige Urteile

Wie oft in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?

8.* ordnungswidriges Verhalten

9.* Prostitution

10.* Trunkenheit am Steuer

11.* gravierende Verkehrsdelikte (Geschwindigkeitsübertretung, Fahren ohne Führerschein usw.)

12.* Wieviele Monate in Ihrem Leben waren Sie insgesamt in Untersuchungs- oder Strafhaft?

13. Wie lange dauerte Ihre letzte Inhaftierung?

Monate

14. Wofür waren Sie inhaftiert?

(Codes wie bei Frage 3-6 und 8-11. Bei mehreren Anklagepunkten wird der schwerste kodiert.)

15. Erwarten Sie zur Zeit eine Anklage, Verhandlung oder ein Urteil?

0 - nein 1 - ja

16. Wofür?

(Bei mehreren Anklagepunkten schwersten codieren)

17. Wieviele Tage waren Sie während der letzten

30 Tage in Untersuchungs- oder Strafhaft?

18. Wieviele Tage waren Sie während der letzten

30 Tage in illegale Geschäfte verwickelt?

Bei den Fragen 19 und 20 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

19. Wie ernst sind Ihrer Meinung nach Ihre derzeitigen Rechtsprobleme?

(ausschließlich zivilrechtliche Probleme)

20. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Rechtsberatung?

Schweregrad-Rating Wertebereich (Interviewer)

21.A Bedarf des Patienten an einer Rechtsberatung (Wertebereich, 1. Schritt)

21.B Bedarf des Patienten an einer Rechtsberatung (2. Schritt)

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

22. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein 1 - ja

23. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein 1 - ja

Kommentare

Familie und Sozialbeziehungen

- 1. Familienstand**
- 1 - verheiratet
2 - wiederverheiratet
3 - verwitwet
4 - getrennt lebend
5 - geschieden
6 - ledig
- 2. Wie lange besteht dieser Familienstand schon?**
- (Wenn nie verheiratet, seit dem 18. Lebensjahr) Jahre Monate
- 3. Sind Sie mit dieser Situation zufrieden?**
- 0 - nein 2 - ja
1 - indifferent
- 4.A Wohnsituation in den letzten drei Jahren**
- 1 - mit Lebensgefährte/in und Kindern
2 - mit Lebensgefährte/in allein
3 - mit Kindern allein
4 - mit Eltern
5 - mit Familienangehörigen
6 - mit Freunden
7 - alleine
8 - in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie, Gefängnis usw.)
9 - keine feste Wohnsituation
- 4.B Aktuelle Wohnsituation**
- (Kodierung wie 4. A)
- 5. Wie lange besteht die aktuelle Wohnsituation schon?**
- (Wenn mit Eltern oder Familie, seit dem 18. Lebensjahr) Jahre Monate
- 6. Sind Sie mit der aktuellen Wohnsit. zufrieden?**
- 0 - nein 2 - ja
1 - indifferent
- 6.A Leben Sie mit jemand zusammen, der derzeit Alkoholprobleme hat?**
- 0- nein 1- ja
- 6.B Leben Sie mit jemand zusammen, der derzeit Drogen konsumiert?**
- 0- nein 1- ja
- 6.C Auf wieviele Personen können Sie sich im Ernstfall verlassen?**
- 1- keine
2- bis drei Personen
3- mehr als drei Personen
- 6.D Diese Personen sind**
- 0 - aus der Szene
1 - keine Drogenkonsumenten oder Alkoholabhängigen
2 - sowohl als auch
- 7. Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?**
- 1 - Familienangehörige ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
2 - Familienangehörige mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
3 - Freunde ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
4 - Freunde mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
5 - alleine
- 7.A Wieviele Freizeitaktivitäten haben Sie?**
- 7.B Langweilen Sie sich oft?**
- 0 - nein 1 - ja
- 8. Sind Sie damit zufrieden, wie Sie Ihre Freizeit verbringen?**
- 0 - nein 2 - ja
1 - indifferent
- 9. Wie viele gute Freunde haben Sie?**
- Anweisungen für 9A - 18:**
Kodieren Sie mit:
"0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie
"1" wenn Ja für ein Mitglied dieser Kategorie
"X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"
"N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat
- 9.A Mit welcher der folgenden Personen hatten Sie eine gute und langandauernde persönliche Beziehung in Ihrem Leben?**
- Mutter
- Vater
- Bruder/Schwester
- Lebensgefährte, Gatte
- Kind/er
- Freund
- andere wichtige Familienmitglieder
- welche:

Hatten Sie bedeutsame Phasen, in denen Sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, mit den folgenden Personen auszukommen?

0 - nein 1 - ja

	letzte 30 Tage	insgesamt
10. Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Brüder/Schwestern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lebensgefährtin, Gatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kind/er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. andere wichtige Familienmitglieder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche:.....

16. gute Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kollegen/Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat eine dieser Personen (10-18) oder andere Personen Sie mißbraucht?

0 - nein 1 - ja

	letzte 30 Tage	insgesamt
18.A emotional (durch harte Worte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.B physisch (körperlich Schaden zugefügt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.C sexuell (sexuelle Annäherung oder erzwungene Sexualkontakte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte mit Ihrer Familie
anderen Personen (ausschließlich Familie)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den Fragen 20 und 23 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:

20. Familienprobleme

21. Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung

Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung oder Beratung wegen

22. Familienproblemen

23. Problemen mit Ihrer sozialen Umgebung

Schweregrad-Rating Wertebereich (Interviewer)

24.A Bedarf des Patienten an einer Beratung oder Behandlung von Familienproblemen und/oder Problemen mit der sozialen Umgebung (Wertebereich, 1. Schritt) -

24.B Bedarf des Patienten an einer Beratung oder Behandlung von Familienproblemen und/oder Problemen mit der sozialen Umgebung (2. Schritt)

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

25. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?
0 - nein 1 - ja

26. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?
0 - nein 1 - ja

Kommentare

Familiärer Hintergrund

Hatte einer Ihrer Verwandten Ihrer Meinung nach ein ernsthaftes Alkohol-, Drogen- oder psychisches Problem, das entweder behandelt wurde oder behandelt hätte werden sollen?

Kodieren Sie mit:

"0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie

"1" wenn Ja für ein Mitglied der Kategorie

"X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"

"N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat

Kodieren Sie das problematischste Mitglied, wenn es mehrere Mitglieder einer Kategorie gibt.

Kommentare

Mütterlicherseits

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wichtige Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Väterlicherseits

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Großmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großvater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wichtige Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geschwister

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Bruder 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwester 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiefgeschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychischer Status

1.* Wie oft waren Sie wegen psychischer oder emotionaler Probleme in Behandlung?
stationär
ambulant

2. Erhalten Sie eine Rente wegen eines psychischen Problems?
0 - nein 1 - ja

Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten
- nicht als direktes Resultat eines Drogen- oder Alkoholmißbrauchs für Item 3 - 6
- Zeitkriterium 2 Wochen für Item 3-5
0 - nein 1 - ja

letzte 30 Tage insgesamt

3. schwere Depressionen
4. schwere Angst- und Spannungszustände
5. Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration
6. Halluzinationen
7. Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren
8. Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches/emotionales Problem
9. ernsthafte Selbstmordgedanken
10. Selbstmordversuche

10.A* Wie oft haben Sie Selbstmordversuche unternommen?

11. An wievielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage unter diesen psychischen/emotionalen Problemen gelitten?

Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

12. Wie sehr haben Sie diese psychischen/emotionalen Problemen in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt oder belastet?

13. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser psychischen/emotionalen Probleme?

Die folgenden Punkte vervollständigt der Interviewer:

Zum Zeitpunkt des Interviews hat / ist der Patient
0 - nein 1 - ja

14. offensichtlich depressiv/zurückgezogen
15. offensichtlich feindselig
16. offensichtlich ängstlich/nervös
17. Schwierigkeiten mit der Realitätsprüfung, Denkstörungen, paranoides Denken
18. Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis, Konzentration
19. Selbstmordgedanken

Schweregrad-Rating Wertebereich (Interviewer)

20.A Bedarf des Patienten an psychiatrischer/psychologischer Behandlung (Wertebereich, 1. Schritt) -

20.B Bedarf des Patienten an psychiatrischer/psychologischer Behandlung (2. Schritt)

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch:

21. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?
0 - nein 1 - ja

22. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?
0 - nein 1 - ja

Kommentare

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Corinna Abrolat, geb. Orlinski
Geburtsdatum	28.05.1968
Geburtsort	Peine, Niedersachsen
Familienstand	verheiratet
Konfession	evangelisch

Schulbildung

1974 – 1978	Grundschule Oberg
1978 – 1987	Gymnasium Groß Ilsede
	Abschluß: Allgemeine Hochschulreife

Ausbildung

1987 – 1990	Krankenpflegeschule der Universitätsklinik Gießen
	Abschluß: Staatlich examinierte Krankenschwester

Studium

WS 1990 – SS 1993	Humanmedizin an der Universität des Saarlandes Homburg
	Ärztliche Vorprüfung 09/93
WS 1993 – SS 1997	Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 09/94
	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 09/96
	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 12/11/97
	- Gesamtnote „gut“ -

Auslandsaufenthalte

07/95 – 08/95	Famulatur in Bury St. Edmunds, England, West Suffolk Hospital, Teaching Hospital to the University of Cambridge
09/95 – 10/95	Famulatur in Leeds, England, Cookridge Hospital, Teaching Hospital to the University of Leeds

Berufliche Tätigkeiten

11/97 – 05/99	Ärztin im Praktikum im St. Marien Hospital, Hamm/Westfalen, Strahlentherapie
seit 05/99	Assistenzärztin im Kreiskrankenhaus Waldbröl, Lehrkrankenhaus der Universität Bonn, Diagnostische Radiologie