

# Motivierende Gesprächsführung als Kurzintervention bei jungen Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum

Anjuna Hofmann<sup>1</sup>, Stefan Kohler<sup>2</sup>

## Zusammenfassung

Die zunehmende Zahl junger Menschen, die aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation in einem Krankenhaus behandelt wird, bietet einen therapeutischen Ansatzpunkt, um sekundärpräventive Massnahmen bei auffälligem Alkoholkonsum einzuleiten. Im Zuge des Behandlungskontakts können eine unter Umständen bestehende Alkoholproblematik thematisiert und therapeutische Unterstützung angeboten werden. Der vorliegende Artikel bespricht die motivierende Gesprächsführung als einen möglichen Beratungsansatz bei Alkoholproblemen im Rahmen einer Kurzintervention und deren Hauptmerkmale. Einleitend diskutieren wir Alkoholkonsummuster und Früherkennung von auffälligem Alkoholkonsum. Im Anschluss stellen wir die motivierende Gesprächsführung und deren Einsatz bei Jugendlichen sowie weitere Strategien zur Intervention bei Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum vor. Wir schliessen mit einer Besprechung der Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung als Kurzintervention bei jungen Menschen im Setting Krankenhaus.

**Schlüsselwörter:** Alkoholproblem; Frühintervention; Jugendliche und junge Erwachsene; Prävention; motivierende Gesprächsführung; Krankenhaus

## Einleitung

Alkohol ist in vielen Kulturen ein akzeptiertes Genussmittel. Bei zahlreichen gesellschaftlichen Anlässen ist das Trinken von Alkohol erwünscht oder wird sogar erwartet. Dementsprechend hoch ist der jährliche Pro-Kopf-Alkoholkonsum in vielen Ländern. In Deutschland lag dieser im Jahr 2010 bei 9,6 Litern reinem Alkohol (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2012a). In der Schweiz lag der jährliche Pro-Kopf-Alkoholkonsum in den Jahren 2010 und 2011 bei 8,5 Litern reinem Alkohol je Einwohner (Sucht Schweiz, 2012). Damit liegt Deutschland etwa zwei Liter und die Schweiz etwa einen Liter über dem Durchschnitt in Europa.

<sup>1</sup> Diplommedizinpädagogin, Dozentin, IB-GIS mbh Medizinische Akademie und IB Hochschule, Berlin

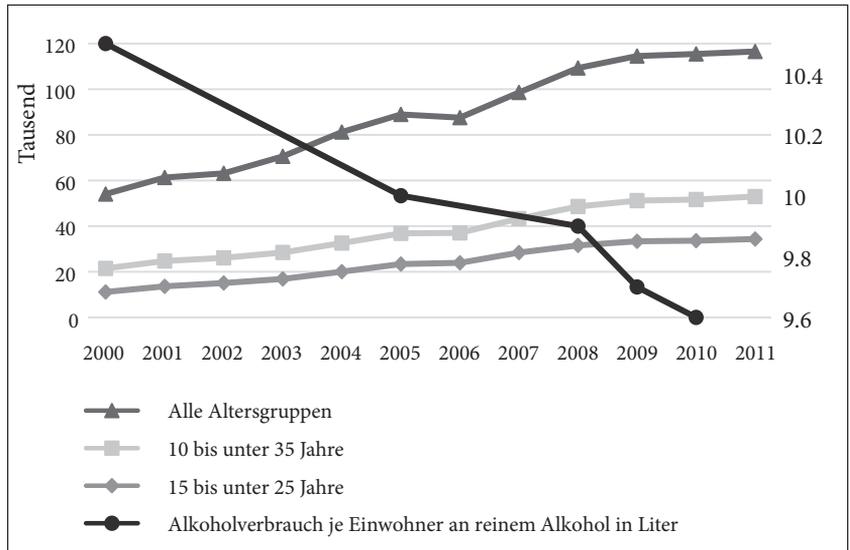
<sup>2</sup> PhD, Gastwissenschaftler, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Beide Länder gehören somit zu den Hochkonsumländern im internationalen Vergleich. Die Schlagzeilen der Tageszeitungen vermitteln seit Jahren einen Eindruck von der Brisanz der Alkoholproblematik, insbesondere bei jungen Menschen: „Mehr junge Erwachsene sind Rauschtrinker“ (Berliner Zeitung online, 30.03.2012), „Weniger Raucher, viele Komasaüfer“ (Süddeutsche.de, 10.02.2012), „Regierung besorgt über jugendliche Rauschtrinker“ (Berliner Morgenpost, 18. 05. 2011), „17-Jähriger mit 3,6 Promille ins Krankenhaus“ (Der Tagesspiegel, 07. 03. 2011), „Jugendliche Komasaüfer – Trinken bis der Arzt kommt“ (Süddeutsche.de, 28.12.2010). Basierend auf Repräsentativbefragungen des Zeitraums 2004 bis 2010 bestätigt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Rauschtrinken als dominantes riskantes Konsummuster bei jungen Erwachsenen in Deutschland (Orth & Töppich, 2012).

Je früher Kinder und Jugendliche anfangen Alkohol zu konsumieren, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu gewohnheitsmässigen oder gar abhängigen Alkoholkonsumenten werden und an den Folgen erkranken oder versterben. Jugendliche, die vor dem 15. Lebensjahr Alkohol trinken, haben ein vierfach höheres Risiko eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln als die, die mit 20 Jahren beginnen Alkohol zu trinken (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2012b; Grant & Dawson, 1997). Zugleich ist die Gefahr eines Organschadens durch Alkohol bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Organreife weitaus höher. So ist die Reifung des Gehirns, jenes Organ, das durch Alkohol am stärksten angegriffen wird, erst etwa mit dem 17. Lebensjahr abgeschlossen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2012b). Auch werden in der Folge soziale Probleme mit den Eltern, Freunden oder der Polizei, Leistungshemmnisse in der Schule und ungeschützter Sexualverkehr vermehrt beobachtet. Des Weiteren besteht ein erhöhtes Risiko für alkoholtrinkende Jugendliche, in körperliche Auseinandersetzungen zu geraten und Unfälle oder Verletzungen zu erleiden (Bloomfield, Kraus, & Soyka, 2008; Kraus, Pabst, & Piontek, 2011; Kraus, Pabst, & Steiner, 2008; Sindelar, Barnett, & Spirito, 2004). Deshalb sind Jugendliche mit Zeichen eines beginnenden riskanten Alkoholkonsums bzw. Alkoholmissbrauchs eine wichtige Zielgruppe für sekundärpräventive Massnahmen.

Dem Trinkverhalten der jungen Bevölkerung gegenüber stand z.B. im Jahr 2011 die Versorgung von 52.949 Menschen im Alter von 10 bis unter 35 Jahren aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs im Krankenhaus. Dies ist im Vergleich zum Jahr 2000 ein Anstieg um 147 % (Abb. 1). Am deutlichsten fällt dieser Zuwachs an Hospitalisierungen mit 208 % in der Untergruppe der 15 bis unter 25-Jährigen aus (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2013). Dabei wurden jedoch tausende junger Menschen nach einem solchen Ereignis wieder entlassen, ohne dass eine geeignete Intervention erfolgt war (Lang, Kuttler, & Steiner, 2008). Vor diesem Hintergrund bespricht der vorliegende Artikel die motivierende Gesprächsführung als einen möglichen Beratungsansatz im Rahmen einer Kurzintervention bei jungen Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum.

**Abb. 1. Krankenhausbehandlungen aufgrund akuter Alkoholintoxikation in Deutschland und Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol**



Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013) und Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013). Anmerkung: Akute Alkoholintoxikation nach ICD-10 Symptomkomplex F 10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol Akute Intoxikation.

## Alkoholkonsummuster

Um zu entscheiden, wann eine Kurzintervention indiziert ist bzw. wann eine niedrigschwellige Intervention oder gar eine Therapie notwendig ist, wird zwischen riskantem Alkoholkonsum, missbräuchlichem Alkoholkonsum und Abhängigkeit von Alkohol differenziert. Im Folgenden werden diese in der Fachliteratur unterschiedenen Begrifflichkeiten näher erläutert.

## Riskanter Alkoholkonsum und Binge-Drinking

„Riskanter Alkoholkonsum bezeichnet Konsummengen, für die statistisch ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung von Erkrankungen besteht“ (Schmidt et al., 2003). Von Land zu Land gelten unterschiedliche Alkoholkonsummengen als riskant. Die britische Regierung bezeichnet einen Alkoholkonsum von mehr als drei bis vier Standardgetränken pro Tag bei Männern und mehr als zwei bis drei Standardgetränken bei Frauen als riskant. In den USA gilt ein Alkoholkonsum bei Männern von mehr als zwei Standardgetränken pro Tag und bei Frauen mehr als ein Standardgetränk als riskant. Jedoch unterscheiden sich die Definitionen der Standardgetränke, anhand derer von riskantem Konsum gesprochen wird. Ein Standardgetränk entspricht in Grossbritannien 7,9 g reinem Alkohol und in den USA 14 g reinem Alkohol. Ungefähr zehn Gramm reinen Alkohols sind beispielsweise in einem Glas

Bier (0,25 l), einem Glas Wein bzw. Sekt (0,1 l) oder einem Schnaps (4 cl) enthalten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012). Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen bewertet einen täglichen Konsum bis 24 g reinen Alkohols für Männer und 12 g für Frauen beim gesunden Menschen ohne zusätzliches genetisches oder erworbenes Risiko als risikoarm. Darüber liegende Alkoholmengen gelten als riskant. Jugendlichen wird ganz davon abgeraten, Alkohol zu trinken (Seitz & Bühringer, 2010). Die Definition der Alkoholkonsumklassen schwankt auch innerhalb einzelner Länder je nach Institution (z.B. Singer & Teysen, 2002).

Binge-Drinking wird als eine Form riskanten Alkoholkonsums angesehen. Mit ähnlicher Bedeutung werden Begriffe wie „heavy episodic drinking“ oder „risky single occasion drinking“ verwendet. Im deutschsprachigen Raum wird auch häufig der Begriff „Rauschtrinken“ oder „Komasaufen“ verwandt. Definiert wird das Binge-Drinking mit einer festgelegten Anzahl von Standardgetränken, die zumeist pro Zeitangabe bzw. Trinkgelegenheit konsumiert werden. Dabei muss dieses Konsummuster nicht regelmässig auftreten, sondern kann auch sporadisch erfolgen. Sowohl die Anzahl der Getränke als auch die Zeitangabe variieren im internationalen Vergleich bzw. von Studie zu Studie. In der Regel wird von fünf oder mehr Standardgetränken bei Männern und vier oder mehr Standardgetränken bei Frauen pro Trinkgelegenheit gesprochen (Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeyskens, & Castillo, 1994). Da der Konsum derartiger Alkoholmengen über längere Zeiträume unter Umständen kaum einen Rauschzustand bewirkt, hat das Nationale Institut für Alkoholmissbrauch und Alkoholismus der Vereinigten Staaten von Amerika (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) im Jahr 2004 Binge-Drinking als Alkoholkonsum definiert, der eine Blutalkoholkonzentration von mindestens 0,8 Promille verursacht. Hierfür muss nach der NIAAA ein Mann mindestens fünf alkoholische Getränke (ca. 75 g reiner Alkohol) und eine Frau mindestens vier alkoholische Getränke (ca. 60 g reiner Alkohol) innerhalb von zwei Stunden trinken.

## **Alkoholmissbrauch**

Die Begriffe Alkoholmissbrauch, schädlicher Alkoholgebrauch und Alkoholabusus werden als Synonyme in der Fachliteratur verwendet. Allgemein kann auch von einem Substanzmissbrauch gesprochen werden. Im Unterschied zum zuvor beschriebenen riskanten Alkoholkonsum wird beim Alkoholmissbrauch von bereits eingetretenen physischen, psychischen bzw. sozialen Schäden ausgegangen (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2011; Sass, 2003).

Nach der zehnten Revision der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (International Classification of Diseases, ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird anhand folgender Kriterien von einem schädlichen Gebrauch gesprochen: „Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Dies kann eine körperliche Störung [...] sein oder eine psychische Störung, z. B. eine

depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum. Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten“ (Dilling et al., 2011, S. 91 f.). Deutlich ausführlicher und die sozialen Folgen eindeutig stärker mit einbeziehend sind die Diagnosekriterien für den Substanzmissbrauch der vierten Version des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (Sass, 2003). In welcher Form ein Unterschied zwischen beiden Klassifikationssystemen nach der im Mai 2013 erscheinenden fünften Revision der DSM-Diagnosekriterien weiterbestehen wird, bleibt abzuwarten. Grundsätzlich finden beide Klassifikationssysteme Verwendung und können ergänzend genutzt werden, da das DSM mitunter speziellere diagnostische Kriterien beinhaltet. Der Epidemiologische Suchtsurvey als Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland verwendet beispielsweise das DSM. Diagnosebezogene Fallgruppen im Rahmen der Krankenhausfinanzierung, wie das am 1. Januar 2012 für eine neue Spitalfinanzierung eingeführte SwissDRG Fallpauschalen-System, basieren zumeist auf der ICD-Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen. Aufgrund der derzeitigen Überarbeitung des DSM besprechen wir im Folgenden ausschliesslich die Kriterien für Alkoholabhängigkeit nach der ICD.

## Alkoholabhängigkeit

Gemäss der derzeit gültigen ICD-10 müssen sechs Kriterien, von denen drei oder mehr mindestens einen Monat lang (oder bei kürzerer Dauer: innerhalb eines Jahres wiederholt) gleichzeitig vorhanden sein, um die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms stellen zu können (Dilling et al., 2011):

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom [...] bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch die niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern [...], die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tod führen würden).

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, [...]. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmass der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

## **Früherkennung von Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum**

Kurzinterventionen sind den Frühinterventionen zuzuordnen. Frühinterventionsprozesse können in zwei Phasen eingeteilt werden. Die erste Phase, das Screening, umfasst die Identifizierung von Personen mit einem bestimmten Merkmal im Sinne einer Früherkennung. Die zweite Phase der Sekundärprävention beinhaltet die Bereitstellung einer geeigneten Intervention im Sinne einer Frühbehandlung mit dem Ziel, grössere Schäden zu verhindern.

Um Menschen mit einem riskanten und missbräuchlichen Alkoholkonsum bzw. einer Alkoholabhängigkeit aufzufinden werden neben Laborparametern für akuten Alkoholabusus (Blutalkoholkonzentration) und chronischen Alkoholabusus (Carbohydrat-defizientes Transferrin, Ethylglucuronid, Leber- und Pankreasenzyme, Blutbild, Vitamine) in der Praxis Fragebogenverfahren angewandt. Verbreitete Instrumente sind z.B. der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST) (Demmel & Scheuren, 2002) und der CAGE-Test. Letzterer ist benannt nach den Schlagwörtern der vier Fragen, die in diesem Screening-Fragebogen zu beantworten sind: Cut down drinking? Annoyed by complaints about drinking? Guilty about drinking? Had an Eye opener first thing in the morning? (Ewing, 1984) Zu den weiteren Screening-Verfahren gehören der Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST) (Pokorny et al., 1972) und der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Abb. 2) (Babor et al., 2001). Newton et al. (2011) vergleichen AUDIT, CAGE und hier nicht genannte Screeninginstrumente, die zur Früherkennung auffälligen Alkoholkonsums bei Jugendlichen bis einschliesslich 21 Jahre in der Notaufnahme angewandt wurden, in einer systematischen Übersichtsarbeit.

Während der LAST, CAGE und der SMAST Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit bzw. einem Alkoholmissbrauch identifizieren, strebt der AUDIT danach, Personen mit einem bereits riskanten Alkoholkonsum im Frühstadium zu erkennen. Demnach scheint der AUDIT für einen Einsatz in der Frühintervention besonders geeignet und wird im Folgenden genauer dargestellt.

## Abb. 2. Der AUDIT nach Babor & Grant (1989) modifiziert für den Gebrauch in deutschsprachigen Ländern

<p>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, da Alkohol vielfach zu gesundheitlichen Schäden führt, werden Sie in diesem Fragebogen nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich, da sie Grundlage für ein ärztliches Gespräch sind.</p> <p><b>Beachten Sie bitte dass auch Bier ein alkoholisches Getränk ist!</b></p> <p>Als Masseinheit gilt: 1 Drink = 1 Glas/Dose Bier oder 1 Glas Wein/Sekt oder 1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches.</p>					
Punkte	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Einmal im Monat oder seltener	Zweimal im Monat	Dreimal im Monat	Vier- oder mehrmals im Monat
Wie viele Drinks trinken Sie pro Tag ?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Drinks pro Tag ?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben ?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht da tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten ?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher schon getrunken hatten ?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt ?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie nicht mehr an die Ereignisse der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten ?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Haben Sie sich oder eine anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten ?	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern ?	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Über 8 Punkte: Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich					

Quelle: Wetterling & Veltrup

Die sich weltweit verstärkenden sozialen und gesundheitlichen Folgen aufgrund eines erhöhten Alkoholkonsums veranlasste die WHO im Jahr 1982 ein Projekt zu initiieren, das eine evidenzbasierte Screening-Methode konzipieren sollte. Fast 20 Jahre benötigte die Entwicklung und Validierung des AUDIT. Um dem Anspruch eines internationalen Screeningverfahrens gerecht zu werden, wurden hierfür länderübergreifende Studien durchgeführt (in Norwegen, Australien, Kenia, Bulgarien, Mexico und den USA). Ziel war es Items herauszufinden, die eine Einteilung in Personen mit riskantem Alkoholkonsum, missbräuchlichem Alkoholkonsum oder einer Alkoholabhängigkeit möglich machten (Babor et al., 2001).

Primär wurde der AUDIT für die Anwendung in der medizinischen Grundversorgung entwickelt. Darüber hinaus ist er aber gleichermassen in anderen Settings, beispielsweise in Notaufnahmen bei Patienten mit einer Intoxikation oder nach alkoholbedingten Unfällen, einsetzbar. Dabei wird empfohlen, erst dann zu screenen, wenn die betreffende Person nicht mehr alkoholisiert bzw. gesundheitlich stabil ist (Babor et al., 2001).

Der AUDIT kann sowohl als schriftlicher Selbstbeurteilungsfragebogen als auch in Form eines Interviews ausgeführt werden. Eine validierte Kurzform des AUDIT namens AUDIT-C kann bei der Identifizierung von Risikokonsumenten ebenso angewandt werden (Reinert & Allen, 2007). Babor et al. (2001) empfehlen einen Cut-off-Wert von acht, d. h. einen Schwellenpunktwert, bei dem der Test als positiv gewertet wird und ein riskanter Alkoholkonsum beginnt. Hierbei liegt die Sensitivität bei ca. 95 % und die Spezifität um die 80 % (Babor et al., 2001). Ein Review von Reinert & Allen (2007) belegt, dass sich der AUDIT in unabhängigen Validierungsstudien als ein valides und reliables Screening-Instrument erwiesen hat. Hinsichtlich des optimalen Cut-off-Wertes liegen jedoch unterschiedliche Empfehlungen vor. Vor allem bei Frauen und Jugendlichen wurden geringere Schwellenwerte (als der originäre Wert von acht) vorgeschlagen. Die Untersuchung von Chung et al. (2000) ergab einen optimalen Schwellenwert von vier bei Jugendlichen im Alter von 13 bis 19 Jahren.

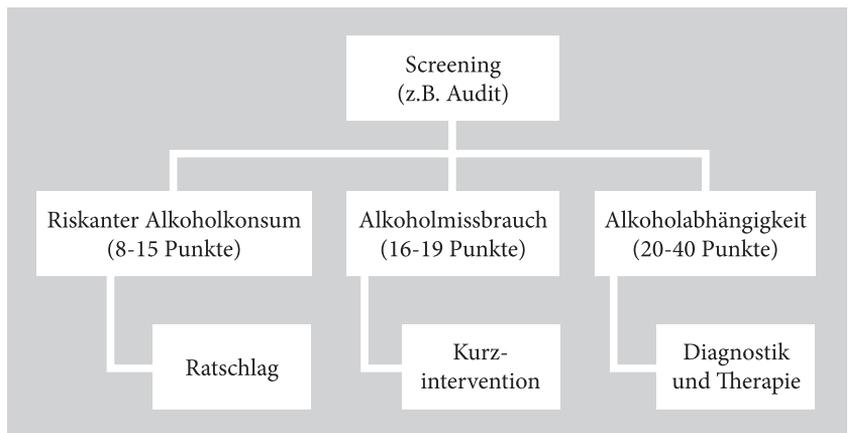
Der AUDIT erfragt zunächst die Trinkmenge und -frequenz, um einen womöglich riskanten Alkoholkonsum zu identifizieren. Die Fragen vier bis sechs geben Aufschluss über die Symptome von Alkoholabhängigkeit; die letzten drei Fragen sollen alkoholbezogene Probleme aufdecken, die auf einen Alkoholmissbrauch hindeuten. Pro Frage kann zwischen vier Antwortmöglichkeiten gewählt werden. Insgesamt können 0 bis 40 Punkte erreicht werden.

Ein Punktwert von 8 bis 15 ordnen Babor et al. (2001) einem riskanten Alkoholkonsum zu, mit der Empfehlung einer nachfolgenden einfachen Beratung bzw. eines Ratschlags (Abb. 3). Punktwerte zwischen 16 und 19 deuten auf einen höheren Grad an Alkoholproblemen hin, sodass hier eine Kurzintervention angeraten wird. Eine weiterführende Diagnostik wegen des Verdachts auf eine Alkoholabhängigkeit sehen Babor et al. (2001) bei

Personen mit einem Punktwert ab 20. Die Autoren relativieren gleichwohl ihre Klassifikationen, indem sie auf einen Mangel aussagekräftiger Untersuchungen verweisen, die es ermöglichen würden, einen genauen Cut-off-Wert einem bestimmten Alkoholkonsummuster im Sinne eines riskanten, missbräuchlichen Alkoholkonsums oder einer Alkoholabhängigkeit zuzuordnen.

Bei verschiedenen Studien, welche die Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung bei jungen Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum im Setting Krankenhaus untersuchten, wurde keine einheitliche Screening-Methode angewendet, sodass eine grosse Heterogenität der Studienteilnehmer hinsichtlich ihrer Alkoholproblematik zwischen diesen Studien möglich ist (Bernstein et al., 2010; Goodall et al., 2008; Monti et al., 1999, 2007; Smith et al., 2003; Spirito et al., 2004; Walton et al., 2010). Obgleich der AUDIT in drei dieser Studien in Form eines Screening-Instrumentes als Aufnahmekriterium für die in die Untersuchung eingeschlossenen Personen diente (Bernstein et al., 2010; Goodall et al., 2008; Monti et al., 2007), fand die von der WHO nach Babor et al. (2001) empfohlene Differenzierung zwischen riskantem Alkoholkonsum (Punktwert 8-15), Alkoholmissbrauch (Punktwert 16-19) und Alkoholabhängigkeit (Punktwert 20-40) und den daraufhin empfohlenen Interventionen keine Anwendung.

**Abb. 3. Alkoholkonsummuster und Interventionen**



Quelle: Eigene Darstellung nach Babor et al. (2001, S. 22)

## Motivierende Gesprächsführung als Kurzintervention

Der Begriff Kurzintervention wird oftmals sowohl in der deutschen als auch in der englischen Literatur nicht ausreichend definiert. Häufig wird er mit Beratungsmethoden wie der motivierenden Gesprächsführung gleichgesetzt. Sieber (2005, S. 35) dagegen fasst den Begriff wie folgt: „Mit Kurzintervention ist eine Aktion gemeint, die nur wenige Minuten dauert, aber im Hinblick auf eine Verhaltensänderung konkretisierend und verbindlicher als ein Ratschlag ist.“

Eine einheitliche Festlegung der Dauer und Frequenz einer Kurzintervention existiert nicht. Das Beratungsgespräch kann unter fünf Minuten und längstens eine Stunde beanspruchen. Die Beratungssitzung kann ein- oder mehrmalig erfolgen. Weiterhin ist mit dem Begriff „Kurzintervention“ noch nicht geklärt, welche Beratungsmethode währenddessen angewandt wird.

Die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) wurde von Miller & Rollnick (1991a) entwickelt und enthält als Kernelement die Annahme, dass die Motivation essentiell für die Verhaltensänderung eines Menschen ist. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass vom Motivationsgrad auf nachfolgende Verhaltensänderungen geschlossen werden kann. Dieses Konstrukt ist dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung von Prochaska & DiClemente (1983) sehr ähnlich, das ursprünglich für die Nikotinentwöhnung konzipiert und im Laufe der Zeit auf andere Substanzklassen erweitert wurde; beide Modelle wurden gleichwohl unabhängig voneinander entwickelt (Arkowitz et al., 2007).

Miller & Rollnick (2009, S. 47) definieren motivierende Gesprächsführung als eine „klientenzentrierte, direktive Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz.“ Die „klientenzentrierte Methode“ geht auf die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie von Rogers (1951) zurück, in der die aktuellen Sorgen und Auffassungen einer Person im Mittelpunkt stehen.

Jedoch werden im Unterschied zu der Gesprächspsychotherapie nach Rogers in der motivierenden Gesprächsführung kein rein non-direktiver Beratungsstil sondern auch Elemente einer direktiven Beratung eingesetzt. Die Therapie von Rogers bietet mithin Raum für einen rein selbstexplorativen Prozess; die motivierende Gesprächsführung verfolgt demgegenüber ganz konkret das Ziel, Ambivalenzen zu beseitigen und Menschen dazu zu veranlassen positive Verhaltensänderungen anzunehmen (Miller & Rollnick, 2009). Diese positive Verhaltensänderung soll durch die Förderung der intrinsischen Motivation hervorgerufen werden. Im Gegensatz zur extrinsischen Motivation, bei der Verhaltensänderungen durch Aussenreize und -wirkungen wie beispielsweise Belohnungen (finanzieller Gewinn) oder Bestrafungen (sozialer Druck) ausgelöst werden, ist die intrinsische Motivation mit Verhaltensänderungen verknüpft, die mit befriedigenden Erlebnissen einhergehen. Das heisst, die Verhaltensänderung erfolgt aus eigenem Antrieb und um ihrer selbst willen. Das Konstrukt dieser beiden Begrifflichkeiten wurde von Miller & Rollnick (2009) der Motivationspsychologie und der kognitiven Lerntheorie entlehnt (Mietzel, 2007).

Die motivierende Gesprächsführung ist somit kein gänzlich neuer Beratungsansatz, sondern eine Zusammensetzung und Weiterentwicklung verschiedener Elemente der Kognitions-, Motivations- und Sozialpsychologie mit Grundannahmen der Humanistischen Psychologie.

## Das Wesen der motivierenden Gesprächsführung

Das Wesen der motivierenden Gesprächsführung, von Miller & Rollnick (2009) auch als „spirit“ benannt, gründet auf drei Merkmalen:

1. **Partnerschaftlichkeit:** Um dieses Wesensmerkmal zu verdeutlichen, beschreiben Miller & Rollnick (2009, S. 46) folgende sehr anschauliche Szene zweier Menschen, die Seite an Seite sitzen und ein Familienalbum durchblättern: „Einer erzählt Geschichten, der andere hört zu, mit freundlichem und persönlichem Interesse. Der Erzähler blättert die Seite um. Der Zuhörer will lernen und verstehen und stellt gelegentlich freundliche Fragen bezüglich eines bestimmten Fotos oder eines Details, das nicht erwähnt wurde.“ Somit soll eine vertrauensvolle Stimmung geschaffen werden, die eine Veränderung fördert und nicht forciert.
2. **Evokation:** Hierbei wird gemäss dem humanistischen Menschenbild davon ausgegangen, dass die Ressourcen und die Motivation sich zu ändern dem Menschen innewohnen und nur hervorgehoben werden müssen.
3. **Autonomie:** Durch das Zugeständnis der Autonomie wird die Verantwortung für eine Veränderung bei der betroffenen Person selbst belassen. Das heisst, es ist der Person freigestellt, einer Aufforderung zu folgen oder nicht.

Alle drei vorgenannten Wesensmerkmale stehen im Einklang mit dem übergeordneten Ziel, die intrinsische Motivation zu fördern.

## Prinzipien motivierender Gesprächsführung

Wurde zuvor die geistige Grundhaltung beschrieben, mit dem dieser Beratungsansatz umgesetzt wird, sollen nun die vier Prinzipien hinsichtlich einer konkreten Anwendung der motivierenden Gesprächsführung dargestellt werden:

1. **Empathie ausdrücken:** Dieser von Rogers (1957) geprägte Begriff wird von Miller & Rollnick (2009) auch mit dem Begriff „Akzeptanz“ beschrieben. Somit soll die Meinung der betroffenen Person durch den Berater akzeptiert und verstanden werden, was nicht bedeutet, dass sie von ihm geteilt oder unterstützt wird. Menschen so zu akzeptieren, wie sie sind, scheint eher ein Anlass für Verhaltensänderungen zu sein als Menschen zu vermitteln, sie seien „nicht richtig“ und müssten sich ändern (Miller & Rollnick, 2009).
2. **Diskrepanzen entwickeln:** Hier erscheint das direkte Element der motivierenden Gesprächsführung, indem sich der Berater bewusst um eine Auflösung der Ambivalenz zugunsten der Verhaltensänderung bemüht. Jedoch muss diesem Schritt noch ein weiterer vorausgehen: Ambivalenzen im Sinne einer Diskrepanz zwischen dem aktuellen

Verhalten der betroffenen Person und ihren erwünschten Zielen müssen zuallererst erzeugt, dann wahrgenommen und schliesslich verstärkt werden. Ist die Diskrepanz gross genug, entsteht laut Miller & Rollnick (2009) die Motivation für eine Veränderung.

3. Widerstand umlenken: Im Sinne von „Druck erzeugt Gegendruck“ wird bei der motivierenden Gesprächsführung auf Argumente der betroffenen Person nicht mit Gegenargumenten reagiert. Der Berater gibt ein Problem an die Person zurück anstatt selber Ratschläge zu geben. Dies geschieht im Vertrauen darauf, dass eigene Lösungen hierfür entwickelt werden (Miller & Rollnick, 2009).
4. Selbstwirksamkeit fördern: Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung entspringt der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura (1997). Der Terminus beschreibt die Gewissheit, schwierige Anforderungssituationen mit Hilfe der eigenen Kompetenz erfolgreich zu bewältigen. Selbstwirksamkeitserwartung gilt als guter Prädiktor für Verhaltensänderungen. Daher wird bei der motivierenden Gesprächsführung das Selbstvertrauen der betroffenen Person in ihre Fähigkeiten, mit schwierigen Situationen umzugehen und eine Veränderung herbeizuführen, gestärkt (Miller & Rollnick, 2009).

## **Microskills in der motivierenden Gesprächsführung**

Bei der motivierenden Gesprächsführung wird zwischen „microskills“ (Rollnick et al., 1992), auch „basic skills“ genannt (Arkowitz et al., 2007), und allgemeinen Interventionsstrategien unterschieden. Man könnte das Wort „microskills“ in diesem Zusammenhang mit „grundlegende Fertigkeiten“ (des Beraters) übersetzen. Diese werden grundsätzlich während einer Beratungssitzung angewandt, jedoch hängt die Art und Weise, wie sie angewendet werden, von der jeweilig eingesetzten Strategie ab (Arkowitz et al., 2007).

Wir stellen zuerst die fünf grundlegenden Fertigkeiten vor, darauf folgend die allgemeinen Strategien. Die ersten vier grundlegenden Fertigkeiten kommen aus der klientenzentrierten Gesprächsführung und dienen der betroffenen Person, ihre Ambivalenz zu ergründen und persönliche Motive für eine Verhaltensänderung zu entdecken. Die fünfte Technik ist hingegen rein direkter Natur und charakteristisch für die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2009):

1. Offene Fragen stellen: Auf eine offene Frage erfolgt ein grosses Spektrum an Antwortmöglichkeiten, sodass Personen zum Reden ermutigt werden. Ziel der motivierenden Gesprächsführung ist es, dass die betroffene Person den grössten Teil einer Beratungssitzung spricht und nicht der Berater.
2. Aktives Zuhören: Der Berater hört aktiv zu, indem er dem zu Beratenden mitteilt, was er als Bedeutung des Gesagten seines Gegenübers verstanden hat – im Sinne einer Reflexion. Hiermit

wird eine Distanz zwischen dem zu Beratenden und seinem Erleben hergestellt. Dieser kann einen Schritt zurücktreten und sich fragen, ob er das Gesagte wirklich so fühlt.

3. Bestätigen: Bestätigungen in Form eines Komplimentes, einer Anerkennung oder des aktiven Zuhörens bewirken eine positive und vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Berater und seinem Gegenüber.
4. Zusammenfassen: Es werden drei Formen von Zusammenfassungen unterschieden: Die sammelnde Zusammenfassung verstärkt das Gesagte, zeigt der betroffenen Person, dass ihr aufmerksam zugehört wird und fördert somit den Redefluss. Die verbindende Zusammenfassung ist vor allen von grosser Bedeutung, um Ambivalenzen herauszuarbeiten, etwa indem ein Bezug hergestellt wird zwischen gegenwärtigen und zurückliegenden Aussagen des zu Beratenden. Als dritte wird die überleitende Zusammenfassung genannt. Sie verdeutlicht die Überleitung von einem Thema zum nächsten und bereitet so den zu Beratenden beispielsweise auf das Ende der ersten Beratungssitzung vor.
5. Change-Talk hervorrufen: „Change-Talk sind die Äusserungen, mit denen Klienten ihre Fähigkeit, ihre Bereitschaft, ihre Gründe, ihre Wünsche und ihre Selbstverpflichtung für eine Veränderung zum Ausdruck bringen (Anm. d. Übersetzers)“ (Miller & Rollnick, 2009, S. 25). Change-Talk ist als eine Strategie zu verstehen, die den betroffenen Personen hilft aus ihrer Ambivalenz herauszufinden. Die dabei angewandten Methoden sind detailliert bei Miller & Rollnick (2009) beschrieben.

## **Allgemeine Interventionsstrategien in der motivierenden Gesprächsführung**

Während einer Beratungssitzung können eine oder mehrere Interventionsstrategien zum Einsatz gelangen. Die Auswahl der Strategien hängt ab von der verfügbaren Zeit sowie von der Bereitschaft zur Verhaltensänderung des zu Beratenden, sprich von dem Grad seiner Motivation. Je weiter im Menü der Strategien vorangeschritten wird, desto stärker sollte die betroffene Person bereits zu einer Veränderung motiviert sein. Es gilt somit zu vermeiden, zu weit im Menü der Interventionsstrategien voranzuschreiten, wenn der zu Beratende noch nicht die entsprechende Bereitschaft aufweist (Miller & Rollnick, 2009).

In der Regel beginnt eine neue Interventionsstrategie mit einer offenen Frage, wird fortgesetzt unter Anwendung aller anderen „microskills“, um dann mit einer Zusammenfassung zu enden (Miller & Rollnick, 2009). Folgende acht Interventionsstrategien stehen nach Miller & Rollnick (2009) zur Auswahl:

1. Eröffnungsstrategie (Lebensstil, Stress und Substanzkonsum): Hier wird allgemein über den Lebensstil des Betroffenen, seine Belastungen sowie seinen Alkoholkonsum gesprochen.
2. Eröffnungsstrategie (Gesundheit und Substanzkonsum): Während der Anwendung dieser Strategie werden Informationen über den Gesundheitszustand des zu Beratenden ermittelt. Daraufhin folgt eine offene Frage, beispielsweise wie die Person die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums einschätzt.
3. Ein typischer Tag: Dabei möchte der Berater etwas über die Verhaltensweisen und die Gefühle der Person während eines typisch verlebten Tages erfahren. Neben dem Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Berater und Betroffenen dient diese Interventionsstrategie dazu, den Grad der Veränderungsbereitschaft zu eruieren.
4. Die guten und die weniger guten Seiten: Beim Einsatz dieser Strategie wird die betroffene Person dazu animiert, über die Vor- und Nachteile, die das Trinken von Alkohol mit sich bringt, zu sprechen. Sie hat eine ähnliche Funktion wie die vorangegangene Interventionsstrategie und kann auch statt ihrer eingesetzt werden.
5. Information anbieten: Diese Interventionsstrategie sollte nicht bei Personen angewandt werden, die eine Verhaltensänderung nicht einmal in Betracht ziehen. Generell sind Informationen auf eine neutrale und nicht moralisierende Weise zu geben.
6. Gegenwart und Zukunft: Einer solchen Interventionsstrategie sollten sich Berater nur bei Personen bedienen, die bereits einen gewissen Grad an Veränderungsbereitschaft zeigen. Im Sinne einer Verstärkung von Diskrepanzen, werden die Betroffenen zu Vorstellungen ihrer Zukunft und der Einschätzung ihrer momentanen Situation befragt.
7. Persönliche Bedenken herausfinden: Diese ist die wichtigste Strategie von allen. Sie besitzt eine Schlüsselfunktion beim Herausbilden von Motivation, setzt andererseits aber voraus, dass die betroffene Person überhaupt Bedenken hat hinsichtlich ihres Alkoholkonsums und eine Verhaltensänderung erwägt.
8. Die Entscheidung erleichtern: Auch diese Interventionsstrategie sollte nur bei Personen praktiziert werden, die ein Bedürfnis nach Veränderung haben. Sie hilft den Betroffenen, ihre Ambivalenz aufzulösen. Hierbei ist es auch möglich, Informationen darzubieten, jedoch ohne die Autonomie der betroffenen Person zu untergraben.

Bei dieser grossen Anzahl von Techniken, grundlegenden Fertigkeiten und Strategien betonen Miller et al. (2009, S. 56) jedoch beständig, dass die motivierende Gesprächsführung keine Ansammlung schnell zu erlernender Techniken darstellt, vielmehr ist sie „eine kunstvolle klinische Methode, ein Stil der Beratung und der Psychotherapie“.

## **Der Einsatz der motivierenden Gesprächsführung bei Jugendlichen**

Laut Gillian (1991) muss die motivierende Gesprächsführung bei Jugendlichen variiert und an folgende fünf Schwerpunktsetzungen gedacht werden:

1. **Zeit:** Die Anzahl der Beratungssitzungen sollte möglichst gering sein und sich auf etwa zwei beschränken.
2. **Geringes Selbstwertgefühl und geringe Selbstwirksamkeit:** Ein geringes Selbstwertgefühl sowie eine geringe Selbstwirksamkeit ist häufig die Folge davon, dass die Bedürfnisse von Jugendlichen bei sie betreffenden Entscheidungen nicht angemessen berücksichtigt werden. Deswegen sollten während der Beratung im besonderen Masse die Sichtweisen der Jugendlichen im Vordergrund stehen.
3. **Reaktionen auf Autoritätspersonen:** Missbilligung und Bestrafung von alkoholgefährdeten Jugendlichen seitens Autoritätspersonen sind verbreitet. Da dies eher Widerstand und Feindseligkeit hervorruft, sollte die motivierende Gesprächsführung dazu dienen, selbst gestaltete Möglichkeiten der Veränderung den Jugendlichen bewusst zu machen. Ein erhobener Zeigefinger wirkt sich in der Beratung Jugendlicher besonders kontraproduktiv aus.
4. **Der Bedarf an Motivationsförderung in anderen Lebensbereichen:** Die Problematik des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen liegt meist nicht in alkoholbedingten physischen bzw. neuropsychologischen direkten Folgen sondern eher in gesundheitsgefährdendem und riskantem Verhalten. Diesem Umstand geschuldet sollte Beratung weniger auf die unmittelbaren Alkoholprobleme fokussiert sein, sondern sich viel mehr auf das soziale Umfeld und den zwischenmenschlichen Bereich konzentrieren. Dieses bedeutet aber auch, dass der Berater auf verschiedenen Ebenen der Motivationsförderung arbeiten muss. Das Bedürfnis eines Jugendlichen, im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich Veränderungen herbeizuführen, kann sich auch positiv auf die Motivation auswirken, das Trinkverhalten zu ändern.
5. **Peergroup Einfluss:** Das Trinkverhalten von Jugendlichen entspricht oft den Verhaltensnormen bestimmter Subkulturen bzw. der Peergroup. Aufgrund dessen darf der Berater seinen Blick nicht auf das betroffene Individuum verengen, sondern sollte die Bedeutung der Peergroup für den Jugendlichen mit berücksichtigen.

## **Weitere Interventionen bei Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum**

Je nach Alkoholkonsummuster werden verschiedene Arten der Intervention empfohlen (Abb. 3). Auf die Diagnostik und Therapie von Personen mit

einer Alkoholabhängigkeit gehen wir nicht weiter ein, da sich der vorliegende Artikel ausschliesslich mit präventiven Interventionen beschäftigt. Weitere kurze Interventionen neben der motivierenden Gesprächsführung werden im Folgenden kurz dargestellt.

## **Der Ratschlag**

Ein Ratschlag (simple advice) erfolgt laut Babor et al. (2001), nachdem ein riskanter Alkoholkonsum festgestellt wurde. Sieber (2005, S. 34) definiert den Begriff Ratschlag wie folgt: „Mit Ratschlag als Kürzest-Intervention wird lediglich auf einen Problembereich hingewiesen, der aber nicht weiter thematisiert wird. [...] Der Ratschlag kann sich auf das Konsumverhalten oder auf eine andere Verhaltensweise beziehen. Geht es um das Konsumverhalten, kann sich der Ratschlag auf eine Reduktion oder auf eine (zeitweise oder punktuelle) Abstinenz richten. Der Ratschlag kann sich aber auch auf Verhaltensweisen beziehen, von denen angenommen werden kann, dass sie einen konsumreduzierenden Effekt haben, z. B. Belastungen reduzieren, Sport treiben, Veränderungen in Freizeitverhalten einleiten u.a.“. Häufig wird den Betroffenen im Sinne eines Ratschlags nur eine Informationsbroschüre ausgehändigt (Babor et al., 2001).

## **Skills-based Counseling**

Skills-based Counseling, was mit „auf Fertigkeiten beruhende Beratung“ oder einfacher mit „Fertigkeitentraining“ bzw. „Kompetenztraining“ übersetzbar wäre, stellt neben der motivierenden Gesprächsführung einen weiteren möglichen Beratungsansatz bei Kurzinterventionen dar. Dieser wird nur kurz dargestellt: Skills-based Counseling ist eine Kurzintervention, die auf dem von Hester & Miller (2002) entwickelten Selbst-Kontroll-Konzept basiert. Dieses Konzept gehört zu den kognitiv-behavioralen Verfahren und wurde später von Heather, Rollnick, Bell, & Richmond, (1996) für den medizinischen Bereich zum Skills-based Counseling weiterentwickelt. Die Grundprinzipien dieses Ansatzes stützen sich darauf, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verändern bzw. solche zu trainieren. Der Ansatz des Skills-based Counseling beruht im Gegensatz zur motivierenden Gesprächsführung darauf, dass der Betroffene bereits motiviert ist, sein Verhalten zu ändern. Es wird versucht, schlecht adaptierte Kognitionsmuster zu identifizieren und sie dann zu wandeln. Des Weiteren werden spezifische Coping- und Problemlösestrategien vermittelt (Miller & Rollnick, 1991b). Folgende Themen berücksichtigt dieses Beratungskonzept (Kremer, 2003):

1. Lebensführung und Trinkverhalten
2. Gegenüberstellung des individuellen und des „normalen“ Alkoholkonsums
3. Informationen über zu empfehlende Trinkmengen
4. Ratschläge zur Verringerung der Trinkfrequenz

5. Anleitung zur Selbstbeobachtung
6. Identifikation von Hoch-Risiko-Situationen
7. Aufzeigen von Möglichkeiten, Hoch-Risiko-Situationen ohne Alkohol zu bewältigen
8. Diskussion über alternative Verhaltensweisen bei einer umgestalteten Lebensführung

Eine bereits länger zurückliegende Studie deutet darauf hin, dass die motivierende Gesprächsführung als Kurzintervention bei Alkoholproblemen Vorteile im Vergleich zu Skills-based Counseling haben könnte. Heather et al. (1996) weisen in einer randomisierten kontrollierten Studie nach, dass die motivierende Gesprächsführung dem Skills-based Counseling hinsichtlich der nachfolgenden Reduktion des Alkoholkonsums überlegen ist. Miller & Rollnick (2009, S. 27) halten fest: „Effektive Kurzinterventionen scheinen nicht lang genug zu dauern, um neue Fertigkeiten zu lehren oder die Persönlichkeit zu ändern, es scheint jedoch plausibel, dass sie die Motivation für eine Veränderung beeinflussen.“ Da motivierende Gesprächsführung und Skills-based Counseling nicht unbedingt als Konkurrenz zu verstehen sind, sondern unterschiedliche Einsatzgebiete haben können, gibt es auch Ansätze, beide Konzepte zu integrieren bzw. die motivierende Gesprächsführung als Vorbereitung für nachfolgende Skills-Training Interventionen einzusetzen (Baer et al., 1999; Miller & Rollnick, 2009).

## **Motivierende Gesprächsführung als Kurzintervention bei jungen Menschen im Setting Krankenhaus**

Die hohe Anzahl Jugendlicher und junger Erwachsener mit einer Alkoholproblematik verdeutlicht die Notwendigkeit und Dringlichkeit geeigneter und evidenzbasierter Präventionsmassnahmen. Breite Anwendung findet eine Kurzintervention auf Basis der motivierenden Gesprächsführung, beispielsweise innerhalb des kontrovers betrachteten, ehemaligen Bundesmodellprojekts HaLT in Deutschland, in dessen Rahmen Jugendliche nach stationär behandelter Alkoholvergiftung mit einem sogenannten „Brückengespräch“ an mehr als 100 Standorten meist noch im Krankenhaus angesprochen werden (J. Körkel, 2012; Lang et al., 2008; Steiner et al., 2008; Villa Schöpfli – Zentrum für Suchtprävention, 2008).

Die steigende Anzahl alkoholbedingter Krankenhausbehandlungen von Jugendlichen, trotz insgesamt rückgängigem Alkoholkonsum, zeigt, dass der Einsatz der Kurzintervention im Rahmen der medizinischen Notfallversorgung einen geeigneten Ansatz darstellen kann, um dieser ansonsten schwer zu erreichenden Zielgruppe zu helfen. Menschen können sich nach einer alkoholbedingten Verletzung, einem Unfall bzw. einem Trauma in einer Phase grösserer Ansprechbarkeit für präventive Massnahmen befinden. Somit kann diese sensible bzw. Phase „potenzieller Belehrbarkeit“

als Fenster für eine Kurzintervention nutzbar gemacht werden (Barnett et al., 2002; Spirito et al., 2004). Randomisiert-kontrollierte Studien zur Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Kurzinterventionen bei jungen Menschen im Setting Notaufnahme von Monti et al. (2007), Smith et al. (2003) und Spirito et al. (2004, 2011) oder von Goodall et al. (2008) im Setting Ambulanz zeigen eine signifikante Reduktion des Alkoholkonsums bei Teilnehmern einer Kurzintervention, die motivierende Gesprächsführung beinhaltet, im Vergleich zu den Teilnehmern, die mit (k)einer Kontrollintervention konfrontiert wurden. Bernstein et al. (2010), Monti et al. (1999), Segatto et al. (2011) und Walton et al. (2010) konnten bei ähnlichen Kurzinterventionsstudien im Setting Notaufnahme jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zugunsten der Interventionsgruppe feststellen. Kohler und Hofmann verglichen diese Studien und ihre Ergebnisse in einer systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse (Kohler & Hofmann, 2013).

## Schlussfolgerung

Die zunehmende Anzahl alkoholtrinkender Menschen, die aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation in Deutschland in einem Krankenhaus behandelt wurde, verdeutlicht beispielhaft die Notwendigkeit und Dringlichkeit wirksamer Massnahmen, um gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum vorzubeugen. Motivierende Gesprächsführung wird sowohl neben als auch zusammen mit weiteren Interventionen als sekundärpräventive Massnahmen bei jungen und erwachsenen Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum eingesetzt. Im Rahmen einer Kurzintervention wird die motivierende Gesprächsführung auch direkt im Rahmen eines alkoholbedingten Krankenhausaufenthalts durchgeführt. Allerdings divergieren bisherige Studienergebnisse zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei jungen Menschen, die alkoholbedingt in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Wir folgern deshalb, dass Kurzinterventionen, die motivierende Gesprächsführung beinhalten, zwar einen auffälligen Alkoholkonsum bei jungen Menschen erfolgreich reduzieren können, dass aber weitere Forschung notwendig ist. Diese sollte die Voraussetzungen benennen, unter denen auf motivierender Gesprächsführung basierende Kurzinterventionen bei Jugendlichen im Setting Krankenhaus einen riskanten oder missbräuchlichen Alkoholkonsum erfolgreicher reduzieren als andere Kurzinterventionen.

Aus unserer Sicht sind zusätzlich folgende Fragen, zumindest bei der Anwendung der motivierenden Gesprächsführung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Setting Krankenhaus, offen: Erhöht eine jugendspezifische Anpassung der motivierenden Gesprächsführung deren Wirksamkeit bei jungen Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum? Wie würde sich eine differenzierte Früherkennung unterschiedlicher Alkoholkonsummuster auf die Wirksamkeit der motivierenden Gesprächsführung zur Sekundärprävention eines auffälligen Alkoholkonsums auswirken?

## Literatur

---

- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2007). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: The Guilford Press.
- Babor, T. F., & Grant, M. (1989). From clinical research to secondary prevention: international collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol, Health and Research World*, 13, 371–374.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Donovan, D. M. (1999). Integrating skills training and motivational therapies. Implications for the treatment of substance dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2), 15–23.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Barnett, N. P., Lebeau-Craven, R., O'Leary, T. A., Colby, S. M., Rohsenow, D. J., Monti, P. M., ... Spirito, A. (2002). Predictors of motivation to change after medical treatment for drinking-related events in adolescents. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 16(2), 106–12.
- Bernstein, J., Heeren, T., Edward, E., Dorfman, D., Bliss, C., Winter, M., & Bernstein, E. (2010). A brief motivational interview in a pediatric emergency department, plus 10-day telephone follow-up, increases attempts to quit drinking among youth and young adults who screen positive for problematic drinking. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 17(8), 890–902. doi:10.1111/j.1553-2712.2010.00818.x
- Bloomfield, K., Kraus, L., & Soyka, M. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012). *Alles Klar: Tipps & Infos für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol* (Auflage 3.100.06.12). Retrieved March 23, 2013, from [www.bzga.de/botmed\\_32010000.html](http://www.bzga.de/botmed_32010000.html)
- Chung, T., Colby, S. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Spirito, A., & Monti, P. M. (2000). Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *Journal of studies on alcohol*, 61(4), 579–87.
- Demmel, R., & Scheuren, B. (2002). Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(2), 146–147. doi:10.1026//1616-3443.31.2.146
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2012a). *Jahrbuch Sucht 2012*. München: Dustri.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2012b). *Alkohol: Basisinformationen* (7. Auflage 9.50.03.12). Retrieved March 23, 2013, from [www.bzga.de/botmed\\_33230000.html](http://www.bzga.de/botmed_33230000.html).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2013). *Alkohol: Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol*. Retrieved March 23, 2013, from [www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html](http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html)
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8. Auflage). Bern: Huber.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905–7.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2013) *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000: F10.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation (akuter Rausch)*. Retrieved March 23, 2013, from [www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gastd&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=11761:5098](http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastd&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=11761:5098)

Gillian, T. (1991). Motivational Interviewing with Young People. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.

Goodall, C. a, Ayoub, a F., Crawford, A., Smith, I., Bowman, A., Koppel, D., & Gilchrist, G. (2008). Nurse-delivered brief interventions for hazardous drinkers with alcohol-related facial trauma: a prospective randomised controlled trial. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, 46(2), 96–101. doi:10.1016/j.bjoms.2007.11.014

Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 9, 103–10.

Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15(1), 29–38.

Hester, R. K., & Miller, W. R. (2002). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

J. Körkel. (2012). „Wir tun – was?“ Eine kritische Analyse des Programms „Hart am Limit“ (HaLT). *Suchttherapie*, 13(1), 25–32. doi:10.1055/s-0031-1299714

Kohler, S., & Hofmann, A. (2013). Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *mimeo*. Berlin: Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Kraus, L., Pabst, A., & Piontek, D. (2011). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. München: Institut für Therapieforchung.

Kraus, L., Pabst, A., & Steiner, S. (2008). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen*. München: Institut für Therapieforchung.

Kremer, G. (2003). Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. *Suchttherapie*, 4(3), 125–131. doi:10.1055/s-2003-42225

Lang, S., Kuttler, H., & Steiner. (2008). *Bundesmodellprojekt HaLT: Handbuch*. Lörrach: Villa Schöpfliin – Zentrum für Suchtprävention. Retrieved March 23, 2013, from [www.lu4u.de/fileadmin/user\\_upload/fachwelt/2009/fachtagung\\_be\\_clear/halt\\_handbuch.pdf](http://www.lu4u.de/fileadmin/user_upload/fachwelt/2009/fachtagung_be_clear/halt_handbuch.pdf)

Mietzel, G. (2007). *Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens* (8. Auflage). Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991a). Principles of Motivational Interviewing. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991b). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Auflage). Freiburg: Lambertus-Verlag.

Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Gwaltney, C. J., Spirito, A., Rohsenow, D. J., & Woolard, R. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction Abingdon England*, *102*(8), 1234–1243.

Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., ... Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(6), 989–994. doi:10.1037/0022-006X.67.6.989

Newton, A. S., Gokiert, R., Mabood, N., Ata, N., Dong, K., Ali, S., ... Wild, T. C. (2011). Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: A systematic review. *Pediatrics*, *128*(1), e180–92. doi:10.1542/peds.2010-3727

Orth, B., & Töppich, J. (2012). Rauschtrinken und durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland: Konsummuster, soziodemografische Unterschiede. *Suchttherapie*, *13*(1), 6–14. doi:10.1055/s-0031-1291352

Pokorny, A. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1972). The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *The American Journal of Psychiatry*, *129*(3), 342–345.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390–395. doi:10.1037/0022-006x.51.3.390

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *31*(2), 185–199.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy, its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*(2), 95–103. doi:10.1037/h0045357

Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, *1*(1), 25–37. doi:10.3109/09638239209034509

Sass, H. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR). Textrevision*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Schmidt, L. G., Konrad, N., Rommelspacher, H., Schmidt, K., Singer, M. V., & Teyssen, S. (2003). *Alkoholabhängigkeit – Suchtmedizinische Reihe Band 1* (Auflage 2.50.06.06). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Retrieved March 23, 2013, from [www.bzga.de/botmed\\_33221201.html](http://www.bzga.de/botmed_33221201.html)

Segatto, M. L., Andreoni, S., De Souza e Silva, R., Diehl, A., & Pinsky, I. (2011). Brief motivational interview and educational brochure in emergency room settings for adolescents and young adults with alcohol-related problems: a randomized single-blind clinical trial. *Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)*, *33*(3), 225–33. doi:10.1590/S1516-44462011000300004

Seitz, H., & Bühringer, G. (2010). *Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Retrieved March 23, 2013, from [www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/Grenzwerte\\_Alkoholkonsum\\_Jul10.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Grenzwerte_Alkoholkonsum_Jul10.pdf)

Sieber, M. (2005). *Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung und Kurzintervention und Behandlung. Ein Manual für Hausärzte*. Bern: Huber.

Sindelar, H. A., Barnett, N. P., & Spirito, A. (2004). Adolescent alcohol use and injury. A summary and critical review of the literature. *Minerva pediatrica*, 56(3), 291–309.

Singer, M. V., & Teysen, S. (2002). Moderater Alkoholkonsum: Gesundheitsförderlich oder schädlich? *Deutsches Ärzteblatt*, 99(16), A1103–A1106.

Smith, A. J., Hodgson, R. J., Bridgeman, K., & Shepherd, J. P. (2003). A randomized controlled trial of a brief intervention after alcohol-related facial injury. *Addiction*, 98(1), 43–52. doi:10.1046/j.1360-0443.2003.00251.x

Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., ... Myers, M. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *The Journal of pediatrics*, 145(3), 396–402. doi:www.dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.04.057

Spirito, A., Sindelar-Manning, H., Colby, S. M., Barnett, N. P., Lewander, W., Rohsenow, D. J., & Monti, P. M. (2011). Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department: results of a randomized clinical trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(3), 269–74. doi:10.1001/archpediatrics.2010.296

Steiner, M., Knittel, T., & Zweers U. (2008). *Endbericht: Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“*. Retrieved March 23, 2013, from www.halt-coburg.de/files/halt-projekt\_endbericht.pdf

Sucht Schweiz. (2012). *Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke in Litern in der Schweiz im Zeitvergleich von 1971 bis 2011*. Retrieved March 18, 2013, from www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/alkohol/konsum/

Villa Schöpflin – Zentrum für Suchtprävention. (2008). *Das HaLT-Projekt in Rostock: Evaluationsstudie des Universitätsklinikums Rostock: Zusammenfassung*. Retrieved March 23, 2013, from www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/rostockstudie%202008\_zusammenfassung.pdf

Walton, M. A., Chermack, S. T., Shope, J. T., Bingham, C. R., Zimmerman, M. A., Blow, F. C., & Cunningham, R. M. (2010). Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 304(5), 527–35. doi:10.1001/jama.2010.1066

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 272(21), 1672–7.

Wetterling, T., & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen: Ein Leitfaden*. Berlin: Springer.

## Korrespondenzadresse

---

Anjuna Hofmann  
IB-GIS mbH  
Medizinische Akademie  
Gerichtstraße 27  
13347 Berlin  
Anjuna.Hofmann@ib-gis.de

## L'entretien motivationnel en tant qu'intervention brève auprès de jeunes présentant une consommation problématique d'alcool

Anjuna Hofmann, Stefan Kohler

### Résumé

---

Le nombre croissant de jeunes traités à l'hôpital à la suite d'une intoxication alcoolique aiguë constitue un levier thérapeutique permettant d'engager des mesures de prévention secondaire en cas de consommation problématique d'alcool. Le contact établi au cours du traitement donne l'occasion d'aborder l'existence éventuelle d'un problème d'alcool et de proposer un soutien thérapeutique. Cet article présente l'entretien motivationnel en tant qu'approche de conseil possible face à des problèmes d'alcool dans le cadre d'une intervention brève, ainsi que ses caractéristiques principales. En introduction, nous discutons des modes de consommation d'alcool et de la détection précoce de la consommation problématique d'alcool. Nous présentons ensuite l'entretien motivationnel et l'utilisation de celui-ci auprès des jeunes, ainsi que d'autres stratégies d'intervention auprès de personnes consommant de l'alcool de manière problématique. Nous concluons en discutant l'efficacité de l'entretien motivationnel en tant qu'intervention brève auprès des jeunes dans le cadre de l'hôpital.

**Mots clés:** problème d'alcool; intervention précoce; jeunes et jeunes adultes; prévention; entretien motivationnel; hôpital

## Motivational interviewing as a brief intervention for young people with conspicuous alcohol consumption

Anjuna Hofmann, Stefan Kohler

### Summary

---

The increasing number of young people admitted to hospital for acute alcohol poisoning offers a gateway for secondary prevention therapy in cases of conspicuous alcohol consumption. During treatment, the existence of an alcohol problem may be discussed with the patient and therapeutic support offered. This article discusses motivational interviewing as a possible counselling approach for alcohol problems as part of a brief intervention and describes the main features of such an approach. We start by discussing alcohol consumption patterns and early detection of conspicuous alcohol consumption. We then present motivational interviewing and how it can be used with teenagers together with other intervention strategies among people with conspicuous alcohol consumption. We close with a discussion of the effectiveness of motivational interviewing as a brief intervention among young people in a hospital setting.

**Key words:** Alcohol problem; early intervention; teenagers and young adults; prevention; motivational interviewing; hospital