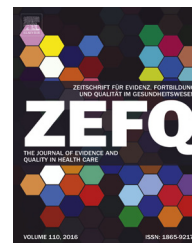




Online verfügbar unter [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**ScienceDirect**

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



BILDUNG IM GESUNDHEITSWESEN /  
EDUCATION IN HEALTH CARE



# Hausärztliche Bereitschaft zur Intervention bei zu hohem Alkoholkonsum: Eine Frage der Sicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten?

*General practitioners' commitment to treating excessive alcohol consumption: A question of role security in treating affected patients?*

**Thomas Fankhänel\*, Anja Rascher, Carolin Thiel, Katrin Schulz, Andreas Klement**

*Sektion Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale, Deutschland*

Eingegangen/submitted 17. Juni 2015; überarbeitet/revised 14. März 2016; akzeptiert/accepted 14. März 2016

## SCHLÜSSELWÖRTER

Medizinstudium;  
Alkohol;  
Primärversorgung;  
Suchtprävention;  
Rollensicherheit;  
Therapeutisches  
Commitment

**Zusammenfassung** Nur wenige Hausärzte zeigen sich bereit, regelmäßig mit ihren Patienten ein Fragebogen-Screening zum Alkoholkonsum sowie im Fall von zu hohem Konsum eine Kurzintervention nach WHO-Empfehlung durchzuführen. Neben unbefriedigender Vergütung oder Zeitmangel benennen befragte Hausärzte auch Unsicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten als entscheidende Barrieren. Aktuell werden an den meisten deutschen Universitäten nicht mehr als 90 Minuten Unterrichtszeit für die suchtmmedizinische Ausbildung verwendet. Wir sind mit unserer Untersuchung deshalb der Frage nachgegangen, inwieweit Aus- und Weiterbildung im Fach Humanmedizin einen Einfluss auf die Entwicklung von Sicherheit und Bereitschaft bzgl. der Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen nehmen und ob die geringe Bereitschaft zur Umsetzung entsprechender Maßnahmen auf Unsicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten zurückgeführt werden kann.

In der Studie wurden Studierenden des ersten (sog. Vorklinik) und zweiten Studienabschnitts (sog. Klinik) im Fach Humanmedizin sowie Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin mittels Fragebogen befragt. Sicherheit und Bereitschaft bzgl. der Behandlung von Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit wurden durch die Subskalen Rollensicherheit

\* Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Thomas Fankhänel, Sektion Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Str. 8, 06112 Halle/Saale, Deutschland. Tel.: +49 365 77340741; Fax: +49 345 5575340.  
E-Mail: [thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de](mailto:thomas.fankhaenel@medizin.uni-halle.de) (T. Fankhänel).

und Therapeutisches Commitment des Alcohol and Alcohol Problems Questionnaire (SAAPPQ) erfasst.

Insgesamt wurden  $N=367$  Fragebögen in die Auswertung einbezogen. Erwartungsgemäß zeigten Weiterbildungsassistenten die höchste Rollensicherheit, während Studierende des zweiten Ausbildungsabschnitts eine höhere Rollensicherheit berichteten als Studierende des ersten Studienabschnitts. Im Unterschied hierzu fand sich keine entsprechende Tendenz für das Therapeutische Commitment, d.h. die Bereitschaft zur Behandlung betroffener Patienten. Ein Zusammenhang zwischen Rollensicherheit und Therapeutischem Commitment fand sich nur für Studierende des zweiten Studienschabschnitts.

Während somit das Ausbildungsniveau mit einer Zunahme der wahrgenommenen Rollensicherheit einherging, blieb das Therapeutische Commitment und somit die Bereitschaft zur Behandlung entsprechender Patienten von der Ausbildung unbeeinflusst. Für die Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin fand sich kein Zusammenhang zwischen Rollensicherheit und Therapeutischem Commitment. Es darf insofern vermutet werden, dass Maßnahmen zur Erhöhung der Rollensicherheit im Rahmen der Ausbildung auf die Entwicklung der Bereitschaft zur Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen in der eigenen Praxis in viel zu geringem Maße Einfluss nehmen.

## KEYWORDS

Medical studies;  
alcohol;  
primary care;  
addiction prevention;  
role security;  
therapeutic  
commitment

**Summary** Only a few general practitioners (GPs) are committed to screen their patients for alcohol consumption and, in case of excessive alcohol consumption conduct by a brief intervention according to WHO recommendations. Apart from inadequate compensation and work load, another barrier identified by the GPs was their uncertainty about how to deal with affected patients. Most German universities presently spend no more than 90 minutes lecture time on addiction medicine teaching. Our research aims to investigate the question whether medical studies and advanced medical education increases the role security of medical students and physicians and their commitment to implementing alcohol screening and brief intervention. Moreover, we will explore whether lack of therapeutic commitment can be related to lack of role security.

Questionnaires were administered to pre-clinical and clinical medical students as well as senior house officers. Role security and therapeutic commitment of students and senior house officers were assessed using the Alcohol and Alcohol Problems Questionnaire (SAAPPQ) subscales "Role Security" and "Therapeutic Commitment".

Analysis was based on 367 questionnaires. As expected, senior house officers reported more Role Security than clinical medical students who showed a higher level of Role Security than pre-clinical medical students. No differences could be found for Therapeutic Commitment. An association between Role Security and Therapeutic Commitment was only revealed for clinical medical students.

Medical studies and advanced medical education can increase students' and senior house officers' Role Security to treat patients with excessive alcohol consumption, but not Therapeutic Commitment. Moreover, no association between Role Security and Therapeutic Commitment could be found for senior house officers. Hence, it may be assumed that educational activities aiming to increase Role Security do not promote the development of motivational aspects such as Therapeutic Commitment to the management of patients with excessive alcohol intake.

Hausärzte sind als erster Ansprechpartner in Gesundheitsfragen in der geeigneten Position, Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit frühzeitig einer Behandlung zuzuführen. So haben zirka 80% der betroffenen Patienten mindestens einmal jährlich Kontakt zu ihrem Hausarzt [1]. Hausärzte gelten als vertrauenswürdige und qualifizierte Berater [2] und bieten im Fall einer guten Arzt-Patient-Beziehung den geeigneten Kontext zur Besprechung auch schwieriger Anliegen wie einer Alkoholproblematik. Neben dem Einleiten der Behandlung kann die hausärztliche Praxis zudem durch wiederholte Intervention zu einer Stabilisierung einer einmal erreichten Konsumreduktion einschließlich abstinenter Lebensweise beitragen [3].

Für die hausärztliche Praxis wurden deshalb in den letzten Jahren spezifische Screening-Fragebögen zur Erfassung von Trinkmenge und psychosozialen Problemen entwickelt (bspw. AUDIT, AUDIT-C, LAST oder BASIC [4]). Einem solchen Screening ist gemäß WHO-Empfehlung [5] eine Kurzintervention nachzuschalten (Screening and Brief Intervention, SBI), wenn das Screening-Ergebnis einen riskanten Alkoholkonsum indiziert. Als Kurzintervention werden u.a. empfohlen die Motivation zu risikoarmem Konsum, die Förderung einer Änderungsbereitschaft sowie das Entwickeln von Bewältigungsstrategien wie die Festlegung von Veränderungszielen oder das Vermitteln von Techniken zur Trinkzielerreichung [6]. Patienten mit Suchterkrankung sollen hingegen in fachärztliche Weiterbehandlung überwiesen bzw. zur Aufnahme

einer Entwöhnungsbehandlung veranlasst werden. Die Wirksamkeit von SBI konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden [7].

Obwohl befragte Hausärzte generell eine positive Einstellung gegenüber Maßnahmen zur Trinkmengenreduktion wie SBI berichten [8], wird bislang nur ein kleiner Teil von Patienten entsprechend versorgt [9–11]. Studien zur Implementierung von SBI in Hausarztpraxen zeigen heterogene Befunde. So konnten durch Fortbildungsmaßnahmen zwar die SBI-bezogenen Kenntnisse und Einstellungen von Hausärzten verbessert werden [12], eine Erhöhung der Behandlungsrate wurde hierdurch hingegen nicht erreicht [13–17]. Zusammenfassend lassen die Ergebnisse erkennen, dass Hausärzte über eine eher geringe Bereitschaft zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen wie SBI verfügen [15,18,19]. Die geringe Bereitschaft kann durch mangelnde Wirksamkeitserwartung [20] erklärt werden. So waren nur 21% englischer Hausärzte überzeugt, den Alkoholkonsum betroffener Patienten wirksam behandeln zu können [21]. Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine Untersuchung an deutschen Hausärzten. Hier äußerte über die Hälfte der befragten Teilnehmer die Überzeugung, dass SBI zu zeitaufwendig und wenig erfolgversprechend sei [22].

In Untersuchung zu Barrieren gegen SBI nennen befragte Hausärzte neben strukturellen Faktoren wie Zeitmangel [9,15,23–27], zu hoher Arbeitsbelastung [19,28] oder unbefriedigender Vergütung [27,28] auch persönliche Hindernisse wie unzureichende Qualifikation [15,17,19,25,26,29–31] oder Unsicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten [17,23,28].

Geringe Bereitschaft und Unsicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten lassen sich auf inhaltliche wie strukturelle Gegebenheiten der Ausbildung im Fach Humanmedizin zurückführen. Aktuell werden an den deutschen Hochschulen zirka 90 Minuten Unterrichtszeit im Fach Psychiatrie für die Qualifikation zur Behandlung von Suchterkrankungen verwendet. Neben zu geringer Ausbildungsdauer werden außerdem inhaltliche Defizite bei der Wissensvermittlung als auch das Fehlen positiv eingestellter Rollenmodelle auf Seiten der Lehrenden bzgl. Therapie und Prognose beanstandet [32]. Unter Hausärzten verbreitete Überzeugungen wie die der Notwendigkeit einer Veränderungsmotivation als Therapievoraussetzung können demnach ebenso als Konsequenz der bestehenden Ausbildungspraxis angesehen werden wie die ungenügende Kenntnis zentraler Fertigkeiten im Umgang mit betroffenen Patienten wie eine ergebnisoffene Gesprächsführung u.a.m. [32]. Es ist deshalb letztlich zu vermuten, dass sich Absolventen im Fach Humanmedizin den besonderen Herausforderungen der Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen nicht hinreichend gewachsen sehen.

Mit unserer Untersuchung sind wir aus diesem Grund der Frage nachgegangen, inwieweit geringe Bereitschaft zur Intervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum oder Suchterkrankung auf Unsicherheit im Umgang mit entsprechenden Patienten in Verbindung gebracht werden kann. Darüber hinaus sollte überprüft werden, inwieweit die Ausbildung im Fach Humanmedizin die Sicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten erhöht. Aus diesem Grund wurden in die Untersuchung Studierende des ersten und zweiten Studienabschnitts sowie berufstätige Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin einbezogen.

Gemäß unserer Hypothese wird mit steigendem Ausbildungsniveau eine Erhöhung der Sicherheit im Umgang mit Patienten mit Alkoholproblematik erwartet.

## Methode

Studierende im Fach Humanmedizin der Universität Halle-Wittenberg wurden während einer regulären Lehrveranstaltung des ersten Studienabschnitts (sog. Vorklinik) bzw. des zweiten Studienabschnitts (sog. Klinik) zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung aufgefordert. Sie wurden zu Beginn der Lehrveranstaltung zur Studie informiert und über die Möglichkeit einer freiwilligen Teilnahme aufgeklärt. Der Fragebogen konnte im Abschluss an die jeweilige Lehrveranstaltung bearbeitet werden. Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin wurden im Zusammenhang mit einer Weiterbildungsveranstaltung der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung aufgerufen. Alle Teilnehmer wurden vorab über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie informiert. Auf die Erfassung von Studierenden bzw. Weiterbildungsassistenten, die sich gegen die Teilnahme an der Untersuchung entschieden haben, wurde verzichtet. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von März bis Juni 2013.

Sicherheit und Bereitschaft zur Intervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit wurden durch die Subskalen Rollensicherheit und therapeutisches Commitment des 10 Items umfassenden Alcohol and Alcohol Problems Questionnaire (SAAPPQ [33]) erfasst. Die Subskala Rollensicherheit (4 Items) liefert eine Selbstbeurteilung der persönlichen Eignung und Berechtigung zur Behandlung entsprechender Patienten. Mit der Subskala Therapeutisches Commitment (6 Items) werden motivationale Aspekte wie die Bereitschaft zur Behandlung betroffener Patienten gemessen. Der SAAPPQ wurde ins Deutsche übersetzt, der Situation der jeweiligen Studienpopulation angepasst und an N=10 Studierenden im Fach Humanmedizin vorgetestet. Die Beantwortung erfolgte anhand einer Likert-Skala mit einem Antwortformat von 1 (lehne völlig ab) bis 4 (stimme völlig zu). Die Erfassung der demografischen Daten erfolgte am Beginn der Untersuchung.

Die Zuordnung der Studierenden zum ersten bzw. zweiten Studienabschnitt erfolgte anhand der Angabe des Studienjahres. Studierende des zweiten Studienjahrs sind ausschließlich in Fächern der sog. Vorklinik unterrichtet worden und wurden deshalb dem ersten Studienabschnitt zugeordnet. Studierende ab dem dritten Studienjahr befinden sich in der klinischen Ausbildung und wurden deshalb dem zweiten Studienabschnitt zugeordnet. Die Teilnahme an einer Lehrveranstaltung zu Suchterkrankungen im zweiten Studienabschnitt wurde bei der Auswertung der Daten nicht berücksichtigt. Die Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen sowie aller Intergruppenvergleiche erfolgte durch SPSS, Version 22. Mittelwertdifferenzen ab einem P-Wert von  $\leq 0.05$  werden als signifikant erachtet. Für die Hauptanalyse wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden N=367 Fragebögen in die Auswertung einbezogen (N=169 Studierende aus dem ersten

Studienabschnitt,  $N=158$  Studierende aus dem zweiten Studienabschnitt und  $N=40$  Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin). Studierende des ersten Studienabschnitts waren im zweiten Studienjahr eingeschrieben. Studierende des zweiten Studienabschnitts waren entweder im dritten ( $N=10$ ), vierten ( $N=1$ ), fünften ( $N=143$ ) oder sechsten Studienjahr ( $N=4$ ) eingeschrieben.

Studierende des ersten Studienabschnitts waren durchschnittlich 22 Jahre alt ( $SD=3,09$ ) und zu 42% männlich. Studierende des zweiten Studienabschnitts waren im Mittel 35 Jahre alt ( $SD=3,20$ ). Der Anteil männlicher Studierender betrug hier 30%. Die Weiterbildungsassistenten waren durchschnittlich 34 Jahre alt ( $SD=5,04$ ) und zu 15% männlich. Weiterbildungsassistenten waren im Schnitt bereits  $M=3,9$  Jahre berufstätig. Studierende des ersten Studienabschnitts waren erwartungsgemäß jünger als Studierende des zweiten Studienabschnitts,  $t(325) = 8.03$ ,  $p > .000$ , und Studierende des zweiten Studienabschnitts waren jünger als die befragten Weiterbildungsassistenten,  $t(196) = 16.39$ ,  $p > .000$ .

Rollensicherheit und Therapeutisches Commitment bzgl. der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblematik wurden mit den entsprechenden Subskalen des SAAPPQ [33] gemessen. Die Berechnung einer ANOVA mit Ausbildungsabschnitt (erster Studienabschnitt / zweiter Studienabschnitt / Weiterbildung) als between-subject Faktor und Rollensicherheit als abhängiger Variable ergab einen Haupteffekt für Ausbildungsabschnitt,  $F(2,364)=36.23$ ,  $p<.000$ . Danach schätzten Studierende aus dem zweiten Ausbildungsabschnitt ihre Rollensicherheit höher ein als Studierende aus dem ersten Studienabschnitt,  $t(364) = 5.52$ ,  $p<.000$ , während Weiterbildungsassistenten mehr Rollensicherheit berichteten als die Studierenden des zweiten Studienabschnitts,  $t(364)=4.35$ ,  $p<.000$ . Die Mittelwerte sind in [Tabelle 1](#) wiedergegeben, wobei hohe Werte einer hohen Zustimmung entsprechen.

Im Kontrast dazu ergab die entsprechende ANOVA mit Therapeutischem Commitment als abhängiger Variable keinen entsprechenden Haupteffekt für den Faktor Ausbildungsabschnitt,  $F(2,364) = 2.00$ ,  $ns$ . Während somit das Ausbildungsniveau mit einer Zunahme der wahrgenommenen Rollensicherheit einherging, blieb das Therapeutische Commitment und somit die Bereitschaft zur Behandlung entsprechender Patienten von der Ausbildung unbeeinflusst.

Aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der Studierenden des klinischen Studienabschnitts (3. bis 6. Studienjahr) wurde hierzu eine weitere Analyse durchgeführt. Dabei hat sich in Übereinstimmung mit den bereits

genannten Ergebnissen herausgestellt, dass Studierende im fünften Studienjahr ( $N=143$ ) eine höhere Rollensicherheit berichten als Studierende des dritten Studienjahrs ( $N=10$ ),  $F(1,151)=17.10$ ,  $p<.000$ . Genauso fand sich innerhalb des klinischen Studienabschnitts keine Veränderung im Therapeutischen Commitment,  $F(1,151)=0.23$ ,  $ns$ .

Abschließend wurde der Zusammenhang zwischen Rollensicherheit und Therapeutischem Commitment untersucht. Ein entsprechender Zusammenhang fand sich nur für Studierende des zweiten Studienabschnitts,  $r=.16$ ,  $p<.05$ , nicht jedoch für Studierende des ersten Studienabschnitts,  $r=.11$ ,  $ns$ , und für die Stichprobe der Weiterbildungsassistenten,  $r=.12$ ,  $ns$ .

## Diskussion

Die Untersuchung wurde zur Beantwortung der Frage durchgeführt, ob die Bereitschaft von Hausärzten zur Intervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit auf Unsicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten zurückgeführt werden kann. Hierzu wurde für drei Ausbildungsniveaus, d.h. Studierende des ersten und zweiten Studienabschnitts sowie Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin, der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Rollensicherheit und Therapeutischem Commitment analysiert.

Wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen Rollensicherheit und Therapeutischem Commitment nur für die Studierenden des zweiten Studienabschnitts. Demnach äußern Studierende des zweiten Studienabschnitts eine höhere Bereitschaft, wenn sie über eine höhere Rollensicherheit verfügen. Im Kontrast dazu findet sich kein entsprechender Zusammenhang für Studierende des ersten Studienabschnitts und für die Weiterbildungsassistenten im Fach Allgemeinmedizin. Demnach zeigen Weiterbildungsassistenten auch bei erhöhter Rollensicherheit kein erhöhtes Commitment. Dieser Befund erscheint bemerkenswert, da der durch die Ausbildung im zweiten Studienabschnitt möglicherweise generierte Zusammenhang zwischen Rollensicherheit und Therapeutischem Commitment wieder aufgelöst erscheint. Als mögliche Erklärung bieten sich berufspraktische Erfahrungen, welche die Bereitschaft zur Intervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit beeinträchtigen können. Wie Forschungsergebnisse zeigen, äußern sich erfahrene Hausärzte eher unmotiviert

**Tabelle 1** Mittelwerte für die SAAPPQ Subskalen Rollensicherheit und Therapeutisches Commitment als Funktion des Ausbildungsabschnitts.

	Studierende, erster Studienabschnitt (Vorklinik)	Studierende, zweiter Studienabschnitt (Klinik)	Weiterbildungsassistenten in Allgemeinmedizin
Rollensicherheit, $M$ ( $SD$ )	2,52 (0,39)	2,75 (0,34)	3,05 (0,34)
Therapeutisches Commitment, $M$ ( $SD$ )	2,94 (0,39)	3,01 (0,43)	2,88 (0,39)



und unzufrieden hinsichtlich der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen. Der insgesamt eher schwache Zusammenhang zwischen Rollensicherheit und Therapeutischem Commitment legt letztlich den Schluss nahe, dass eine Erhöhung der Bereitschaft von Hausärzten zur Intervention bei Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit nicht auf dem Weg einer Erhöhung der Rollensicherheit zu erzielen sein dürfte.

Aus- und Weiterbildung von Ärzten führen zu einer Zunahme der Rollensicherheit bzgl. der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblematik. Weiterbildungsassistenten fühlen sich sicherer als Studierende des zweiten Studienabschnitts. Ebenso fühlen sich jene Studierenden sicherer als Studierende des ersten Abschnitts. Dies kann als genereller Trend zu mehr Rollensicherheit interpretiert werden, da Aus- und Weiterbildung im Fach Humanmedizin auf vielfältige Weise, bspw. durch den Kontakt zu berufstätigen Kollegen während der Praktika, zu mehr Sicherheit im Umgang mit Patienten führen dürfte [34].

Spekulativ bleibt letztlich die Antwort auf die Frage nach den Ursachen der Diskrepanz zwischen einer erwartungsgemäßen Zunahme an Rollensicherheit im Verlauf von Aus- und Weiterbildung und einer nahezu unbeeinflussten Bereitschaft zur Intervention auf der anderen Seite. Eine mögliche Antwort liefert der geringe Umfang an suchtspezifischer Qualifikation im Rahmen des Medizinstudiums. Studierende im Fach Humanmedizin erhalten an deutschen Hochschulen im Fach Psychiatrie in der Regel nur eine 90minütige Lehrveranstaltung zu Suchterkrankungen. Es darf vermutet werden, dass dieser Rahmen eine hinreichende Würdigung der besonderen Herausforderungen der Behandlung jener Klientel nicht erlaubt [32]. Fehlende Fertigkeiten im Umgang mit den meist als schwierig eingeschätzten Patienten implizieren auf Seiten der Hausärzte Misserfolgs erleben und eine dadurch beeinträchtigte Handlungsergebniserwartung [20] einschließlich geringer Bereitschaft und somit letztlich das Ausbleiben der von WHO und anderen Institutionen erwünschten Interventionen. In diesem Sinne verweist die Diskrepanz zwischen steigender Rollensicherheit und stagnierendem Therapeutischem Commitment möglicherweise auf ein interessantes Phänomen. Wie die Befunde zeigen, verfügt die Gruppe der Weiterbildungsassistenten über die höchste Rollensicherheit im Vergleich der drei Populationen. Wahrgenommene Rollensicherheit wird aufgefasst als Indikator für die – möglicherweise irri- ge – Überzeugung, zur Behandlung von Patienten mit Suchtproblematik hinreichend ausgebildet zu sein. Angesichts des geringen suchtspezifischen Qualifikationsumfangs von nur zirka 90 Minuten könnte die entsprechende Überzeugung für eine selbstwertdienliche Misserfolgs-Attribution verwendet werden [35] – mit gegebenenfalls fatalen Konsequenzen. Misserfolge im Zusammenhang mit der Behandlung entsprechender Patienten können auf Grundlage dieser Überzeugung der Patientenseite zugeschrieben und brauchen nicht als selbstwertbedrohliche Insuffizienz aufgefasst werden. Wie Forschungsergebnisse zeigen, erkennen befragte Hausärzte in unbefriedigender Compliance und fehlender Veränderungsbereitschaft auf Patientenseite die entscheidende Barriere gegen suchtpreventive Maßnahmen wie SBI in der eigenen Praxis. Insofern könnte die – möglicherweise irri- ge – Überzeugung eigener Befähigung indirekt das Unterlassen suchtpreventiver Maßnahmen wie SBI fördern, da die Notwendigkeit zur

Qualifikation auf Seiten der Hausärzte nicht erkannt werden kann.

Ungeachtet dessen ist davon auszugehen, dass die geringe Bereitschaft von Hausärzten zur Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen insgesamt auf ein eher komplexes Gefüge ursächlicher Faktoren zurückzuführen ist. Neben situativen und den Hausärzten ersichtlichen Faktoren ihrer Versorgungsrealität sollten außerdem grundlegende Aspekte wie das politische Engagement zum Alkoholkonsum und dessen Absenkung berücksichtigt werden [36]. Vor der Entwicklung neuer Ansätze für eine funktionstüchtige Suchtprevention in Hausarztpraxen sollte die faktische Relevanz bestehender Barrieren identifiziert und zu einer Überprüfung des bestehenden Inventars entwickelter Instrumente herangezogen werden.

Unsere Untersuchung weist eine Reihe von Limitationen auf. Erstens wurde eine deutlich kleinere Gruppe von Weiterbildungsassistenten beiden Studierenden-Stichproben gegenübergestellt. Ursache der Ungleichverteilung war die für diese Stichprobe erschwerte Rekrutierung, da sich beispielsweise nur ein Teil aller Studierenden für eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin entscheidet. Die zentrale Aussage der Untersuchung, d.h. stagnierendes Therapeutisches Commitment im Verlauf von Aus- und Weiterbildung im Fach Humanmedizin, wird in ihrer Geltung hiervon nicht beeinträchtigt.

Zweitens muss für die Stichprobe der Studierenden des zweiten Studienabschnitts eine höhere Heterogenität angenommen werden. Neben der Zusammenfassung der Beantwortungen von Studierenden mehrerer Studienjahre des klinischen Ausbildungsabschnitts wurde in der Untersuchung v.a. nicht zwischen Studierenden mit bzw. ohne Lehrveranstaltung zur Suchthematik unterschieden. Vor dem Hintergrund der Annahme einer über mehrere Faktoren wirkenden Ausbildung im Fach Humanmedizin, wie zum Beispiel dem Austausch mit Fachkollegen während der Praktika, kann die Bedeutung der nur 90minütigen Lehrveranstaltung zur Suchthematik als eher gering beurteilt werden. Es ist zu vermuten, dass die Beurteilung eigener Rollensicherheit und Bereitschaft zur Behandlung von Suchterkrankungen durch die Vielfalt der Erfahrungen im Rahmen der Ausbildung determiniert wird.

Als weitere Limitation kann die Rekrutierung von Studierenden nur einer Universität angesehen werden. Aufgrund einer eher hohen Übereinstimmung bei der Ausbildung im Fach Humanmedizin an deutschen Hochschulen und einer relativ hohen Durchmischung unterschiedlicher Provenienzen von Studierenden im Fach Humanmedizin auch aufgrund der Studienplatzvergabe durch die Zentrale Vergabestelle für Studienplätze nach Numerus Clausus kann ungeachtet dessen von einer hinreichenden Generalisierbarkeit der gemachten Aussagen ausgegangen werden. Grundsätzlich ist anzumerken, dass fehlende persönliche Erfahrungen im Zusammenhang mit der Behandlung und Therapie von Suchterkrankungen insbesondere bei Studierenden des ersten und zweiten Studienabschnitts die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse relativieren.

Auch fehlende Kenntnisse über die Versorgungspraxis im Suchtkrankenhilfesystem dürften die Ergebnisse beeinflusst haben. Relativ hohe Skalenmittelwerte – deutlich über dem Mittelwert insbesondere im Fall der SAAPPQ Subskala Therapeutisches Commitment – legen den Verdacht nahe, dass die

Beantwortung durch den Wunsch nach sozialer Erwünschtheit beeinflusst wurde. Hohe Bereitschaft zur Behandlung von Patienten mit Hilfebedarf wie einer Suchterkrankung kann als sozial erwünscht aufgefasst und im Dienst einer positiven Selbstdarstellung geäußert werden. Wie bereits gezeigt werden konnte, kann das Antwortverhalten von Hausärzten hinsichtlich motivationaler Barrieren gegen SBI Verzerrungen in entsprechender Richtung aufweisen [36]. So ist letztlich nicht auszuschließen, dass weniger suchtspezifische Qualifikationsinhalte als eher kulturell geteilte Überzeugungen zu Suchthematik und Alkoholismus das Antwortverhalten der Studierenden beeinflusst haben. Da die Ausbildung im Fach Humanmedizin auf zahlreiche Aspekte der Suchthematik nicht umfassend einzugehen vermag, darf vermutet werden, dass eben jene Überzeugungen auch für das Handeln zukünftiger Hausärzte von Bedeutung bleiben und insofern unsere Ergebnisse durchaus ein relevantes Abbild der mentalen Realität zukünftiger Ärzte liefern [37].

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde das Problem möglicher Unsicherheit im Umgang mit Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit als eventuelle Ursache der eher geringen Interventionsbereitschaft von Hausärzten thematisiert. Unsicherheit im Umgang mit entsprechenden Patienten wird dabei von befragten Hausärzten als nur eine Barriere neben zahlreichen anderen Hindernissen gegen das Intervenieren in der hausärztlichen Praxis angesehen. Eine wichtige Aufgabe zukünftiger Forschung wäre demnach die Bestimmung der anteiligen Relevanz aller tatsächlich kritischen Barrieren, um darauf aufbauend gezielt praxisgerechte Interventionskonzepte entwickeln zu können. Zukünftige Forschung sollte außerdem klären, inwieweit die Ausbildung von Studierenden im Fach Humanmedizin zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit zu hohem Alkoholkonsum bzw. Suchterkrankung beitragen kann. Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang Befunde, die zeigen, dass Maßnahmen zur suchtspezifischen Fortbildung bei Hausärzten zwar eine Verbesserung von Kenntnissen und Einstellungen bewirken, eine Steigerung der Behandlungsrate hierdurch jedoch nicht erzielt werden kann. Folglich wäre durch zukünftige Forschung zu zeigen, welche spezifischen Ausbildungsinhalte zu einer Erhöhung der Behandlungsrate beitragen. Insbesondere dysfunktionale Überzeugungen bzgl. Krankheitsbild und Patientenklintel sollten hierbei thematisiert und hinsichtlich ihrer Wirkung auf Behandlungsmotivation und Behandlungszufriedenheit untersucht werden. Exemplarisch sei in diesem Zusammenhang nochmals auf die problematische Auffassung zahlreicher Hausärzte einer hinreichend hohen Veränderungsmotivation als Behandlungskriterium verwiesen.

1,77 Millionen Menschen gelten in Deutschland als alkoholabhängig. Mindestens 74.000 Menschen versterben jährlich an den Folgen eines zu hohen Alkoholkonsums [38]. In industrialisierten Ländern ist Alkoholmissbrauch dritthäufigste Ursache für verlorene Lebensjahre [39,40]. Neben gesundheitlichen Problemen wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen lassen sich zahlreiche soziale Probleme wie Erwerbsunfähigkeit, Kriminalität oder sozialer Abstieg auf übermäßigen Alkoholkonsum zurückzuführen [41]. Vor diesem Hintergrund sollte die letztlich geringe Bereitschaft von Hausärzten zur Umsetzung bzw. Vorbereitung suchtpreventiver oder suchtherapeutischer Maßnahmen als erstes

Problem anerkannt werden. Wie unsere Ergebnisse zeigen, sollte die Frage nach der Verantwortung für die unbefriedigende Situation in der Versorgungsrealität jedoch nicht einseitig mit Verweis auf Hausärzte oder Hausarztpraxen erledigt werden. Eher erscheint die Annahme eines komplexen Ursachengefüges geraten, wobei der suchtmmedizinischen bzw. suchtherapeutischen Ausbildung im Fach Humanmedizin als ursächlichem Faktor eine nicht unerhebliche Bedeutung zukommen dürfte. Quantität wie Qualität der suchtassoziierten Ausbildung im Fach Humanmedizin sollten im Rahmen zukünftiger Forschung einer kritischen Reflexion unterzogen und gegebenenfalls an die realweltlichen Herausforderungen einer funktionierenden hausärztlichen Suchtprävention einschließlich SBI angepasst werden.

## Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt.

## Literatur

- [1] Hill A, Rumpf HJ, Hapke U, Driessen M, John U. Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(4):935–40.
- [2] Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J. Low detection rates, negative attitudes and the failure to meet the “Health of the Nation” alcohol targets: findings from a national survey of GPs in England and Wales. *Drug Alcohol Rev* 1998;17(3):249–58.
- [3] Köhler J, Grünbeck P, Soyka M. Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit - Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. *Nervenarzt* 2007;78:536–46.
- [4] Mörsen P, SM G. Verfahren zur Diagnostik alkoholbezogener Störungen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2007;16:73–82.
- [5] WHO. Screening and brief intervention for alcohol problems in primary health care 2006 [cited 2006 January 15]. Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/sbi/en](http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en).
- [6] BZgA. Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen: Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Bundeszentral für gesundheitliche Aufklärung; 2007.
- [7] Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004148.
- [8] Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 2001;96(2):305–11.
- [9] Rumpf HJ, Bischof G, Grothues J, Hapke U, Meyer C, John U. Zum wissenschaftlichen Stand des Frühinterventionsansatzes bei problematischem Alkoholkonsum im Setting der ärztlichen Praxis. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2007;1:53–9.
- [10] Heather N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? *Addict Sci Clin Pract* 2012;7(1):15.
- [11] Engdahl B, Nilsson P. Receiving an alcohol enquiry from a physician in routine health care in Sweden: a population-based study of gender differences and predictors. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8(5):1296–307.
- [12] Bendtsen P, Akerlind I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 1999;34(5):795–800.
- [13] Nilsson P, Aalto M, Bendtsen P, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary

- healthcare. A systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2006;24(1):5–15.
- [14] Strang J, Hunt C, Gerada C, Marsden J. What difference does training make? A randomized trial with waiting-list control of general practitioners seeking advanced training in drug misuse. *Addiction* 2007;102(10):1637–47.
- [15] Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002;325(7369):870.
- [16] Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol* 2004;39(4):351–6.
- [17] Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health (Oxf)* 2011;33(3):412–21.
- [18] Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug Alcohol Depend* 2003;69(1):9–14.
- [19] Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EF. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. *Alcohol Alcohol* 2011;46(5):570–7.
- [20] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84(2):191–215.
- [21] Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999;34(4):559–66.
- [22] Einstellung von niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und Praktischen Ärzten gegenüber Frühinterventionen bei Patienten mit Alkoholproblemen [Internet]. Klinik für Psychiatrie der Universität zu Lübeck. 2007. Available from: <http://www.students.informatik.uni-luebeck.de/zhb/ediss379.pdf>.
- [23] Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev* 2003;22(2):169–73.
- [24] Bischof G, Grothues JM, Reinhardt S, Meyer C, John U, Rumpf HJ. Evaluation of a telephone-based stepped care intervention for alcohol-related disorders: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2008;93(3):244–51.
- [25] Geirsson M, Bendtsen P, Spak F. Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol Alcohol* 2005;40(5):388–93.
- [26] Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. *Public Health* 2005;119(9):781–8.
- [27] Rapley T, May C, Frances Kaner E. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Soc Sci Med* 2006;63(9):2418–28.
- [28] Rose GL, MacLean CD, Skelly J, Badger GJ, Ferraro TA, Helzer JE. Interactive voice response technology can deliver alcohol screening and brief intervention in primary care. *J Gen Intern Med* 2010;25(4):340–4.
- [29] Myers B, Stein DJ, Mtshoshe B, Sorsdahl K. Feasibility and Acceptability of Screening and Brief Interventions to Address Alcohol and Other Drug Use among Patients Presenting for Emergency Services in Cape Town, South Africa. *Adv Prev Med* 2012;2012:569153.
- [30] Nygaard P, Paschall MJ, Aasland OG, Lund KE. Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol Alcohol* 2010;45(2):207–12.
- [31] Turner BJ. Gaps in addressing problem drinking: overcoming primary care and alcohol treatment deficiencies. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11(5):345–52.
- [32] Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Academic Medicine* 2001;76(5):410–8.
- [33] Anderson P, Clement S. The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *Br J Addict* 1987;82(7):753–9.
- [34] O'Toole TP, Kathuria N, Mishra M, Schukart D. Teaching professionalism within a community context: perspectives from a national demonstration project. *Academic Medicine* 2005;80(4):339–43.
- [35] Zuckerman M. Attribution of success and failure revisited, or: The motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of Personality* 1979;47(2):245–87.
- [36] Fankhänel T, Lenz J, Papert S, Klement A. Screening und Brief Intervention in der Hausarztpraxis: Barrieren gegen eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholmissbrauch. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2014;64:1–5.
- [37] Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd, et al. Staff regard towards working with substance users: A European multi-centre study. *Addiction* 2011;106:1114–25.
- [38] Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2015. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2015.
- [39] Ustun TB, Chisholm D. Global "burden of disease"-study for psychiatric disorders. *Psychiatr Prax* 2001;28(Suppl 1):S7–11.
- [40] John U, Hanke M. Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. *Alcohol Alcohol* 2002;37(6):581–5.
- [41] Bloomfield K, Kraus L, Soyka M. Heft 40: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. In: Robert-Koch-Institut, editor. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Berlin 2008.