

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	2
1. Einleitung	3
1.1 Ziel der Bachelorarbeit.....	6
2. Betriebliche Suchtprävention	6
3. Theoretischer Hintergrund des Motivational Interviewing	10
3.1 Vorstellung der Methode.....	10
3.2 Begründung der Auswahl.....	12
4. Aktueller Forschungsstand zu Motivational Interviewing	14
4.1 Literaturrecherche	14
4.2 Ergebnisse	16
4.2.1 Zielsetzungen der eingeschlossenen Studien.....	16
4.2.2 Personengruppe	19
4.2.3 Substanz/ Suchtmittel	19
4.2.4 Intervention	20
4.2.5 Wirkzeitraum.....	21
4.2.6 Konsumverhalten	21
4.2.7 Effektivität.....	23
5. Beurteilung der Evidenzen	25
5.1 Diskussion	27
5.2 Limitationen der vorliegenden Bachelorarbeit.....	35
6. Schlussfolgerung	36
7. Literaturverzeichnis	39
8. Anhang	41
9. Eidesstattliche Erklärung.....	42

Abkürzungsverzeichnis

AC	‘aftercare’ Nachsorge Patientengruppe
AMI	Adapted Motivational Interviewing
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DV	Dienstvereinbarung
EBN	Evidence-based Nursing
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HIV	Human Immunodeficiency Virus = HI-Virus
MeSH-Terms	„medical subheadings“
MI	Motivational Interviewing
MET	Motivational Enhancement Therapy
RCT	Randomized controlled trail
SC	Self-Change
SOMI	Spirit Only MI
SR	Systematic Review
OP	„outpatient“ ambulante Patientengruppe

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Handlungsfelder der betrieblichen Prävention bzw. Gesundheitsförderung	S. 8
Abb. 2:	Aspekte der Stufengespräche	S.13
Abb. 3:	Hauptbegriffe der Literaturrecherche	S.15

1. Einleitung

Psychische Erkrankungen sind in Deutschland sehr verbreitet, nach Jakobi u.a. (2014) sind etwa 27,7% der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland betroffen. „Angststörungen stell[t]en mit insgesamt 15,3% die größte Störungsgruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%)“ (Jakobi, 2014, S.81). 3,7 Millionen Bundesbürger von 64,1 Millionen Deutschen zwischen 18 und 79 Jahren nehmen regelmäßig Substanzen zu sich. Der Substanzgebrauch (ohne Nikotin) wird aktuell mit 5,7 % der deutschen Bevölkerung in der Literatur angegeben. (vgl. Jakobi u.a., 2014) Insbesondere bei Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch sind die Frauen insgesamt häufiger betroffen als die Männer. Jakobi u.a. (2014) stellen in ihrer Studie heraus, dass die Zwölf-Monatsprävalenz von Medikamentenmissbrauch bzw. Medikamentenabhängigkeit insgesamt bei 2,1 % (eigene Berechnung¹) liegt, d.h. es sind rund 1,3 Millionen (eigene Berechnung) Deutsche zwischen 18 und 79 Jahren betroffen.

Im beruflichen Kontext sind Gesundheits- und Krankenpfleger² täglich im Kontakt mit Medikamenten, Opioiden u. ä., denn sie sind befugt, beispielsweise auch Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fallen, dem Patienten mit ärztlicher Anordnung zu verabreichen. (vgl. Klie & Stascheit, 2011) Lag die Anzahl des nichtärztlichen Personals im Jahr 1991 insgesamt noch bei 780.608 Vollzeitkräften, so arbeiteten 2012 nur noch 703.111 Vollzeitkräfte in deutschen Krankenhäusern, davon 316.275 in der Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011; Statistisches Bundesamt, 2013). Wie durch die dargestellten Zahlen deutlich wird, gibt es erhebliche Einsparungen beim nichtärztlichen Personal in den Krankenhäusern. Dadurch steigt die Arbeitsbelastung, „Das bedeutet, dass die zu bewältigende Arbeitsleistung für jede Pflegekraft stetig steigt: Die Folge ist, dass die Pflegeintensität deutlich zugenommen hat. Dies belastet das Pflegepersonal nachhaltig. Auch das Arbeitstempo steigt und körperlich schwere Arbeiten nehmen zu. Zusätzlich weitet sich der Dokumentations- und Verwaltungsaufwand für die Pflegekräfte drastisch aus“ (Abeler, 2013, S.151f).

Gerade im Bereich der Anästhesie- und Intensivmedizin ist die psychische und physische Belastung durch arbeitsbedingten Stress sehr hoch. „Fast vier von fünf Befragten geben an,

¹ „eigene Berechnungen“ basieren auf Zahlen, die Jakobi u.a. (2014) ermittelten und für den speziellen Themenbereich herausgezogen und bearbeitet wurden.

² Um den Lesefluss aufrecht zu erhalten, wird in der gesamten Bachelorthesis die männliche Schreibweise des Gesundheits- und Krankenpflegers durchgehend verwendet.

dass sie im Vergleich zum Vorjahr mehr Patienten betreuen. Das spricht für eine deutliche Arbeitsleistungssteigerung“ (Isfort, Weidner, Kraus, Neuhaus, Köster, & Gehlen, 2009, S. 7f). „Eine hohe Arbeitsintensität hat sich als entscheidender Risikofaktor für die Erholungsfähigkeit der Menschen in Krankenpflegeberufen erwiesen. Ebenso sind ein hoher Grad an Erschöpfungszuständen und die Entstehung von Bluthochdruck bis hin zu depressiven Störungen [erwiesen]“ (Abeler, 2013, S.155). Bedingt durch den verhältnismäßig niederschweligen Zugang zu hochdosierten Sedativa, Benzodiazepinen und Hypnotika liegt der Verdacht nahe, dass Gesundheits- und Krankenpfleger in der Intensivmedizin ein höheres Risiko haben, an einer Medikamentenabhängigkeit zu erkranken.

„In einer Befragung von amerikanischem und deutschem anästhesiologisch/intensiv[medizinischem] Personal wurde Propofol³ nach Fentanyl⁴/Sufentanyl⁵ als am zweithäufigsten missbrauchtes Anästhetikum genannt“ (Bell; Maier zit. nach Bonnet 2011, S.40). Belegt wurde der erhöhte Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten im Krankenpflegeberuf durch Trinkoff und Storr (1998). Sie fanden heraus, dass onkologische Fachpflegekräfte die höchste Prävalenz mit 42% aufwiesen, gefolgt von psychiatrischen Fachpflegekräften (40%) und Intensivfachkrankenpflegern in der Notfallmedizin sowie auf der Intensivstation (jeweils 38%) (vgl. Trinkoff & Storr, 1998). Ebenfalls stellten Trinkoff und Storr (1998) in ihrer Diskussion heraus, dass der Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei Berufstätigen in der Gesundheits- und Krankenpflege höher einzuschätzen ist als das Rauchen oder das Einnehmen von Drogen (o. A. zit. nach Trinkoff & Storr, 1998, S. 583f). Neben den hohen psychischen Belastungen, die einen Teil der Arbeitsbelastungen im Krankenpflegeberuf ausmachen, können ebenso belastende Lebensereignisse des Einzelnen (z.B. durch Trennung vom Partner) mögliche Gründe bzw. Auslöser für eine Medikamentenabhängigkeit sein.

Medikamentenabhängigkeit wird in der Literatur als eine der substanzinduzierten Störungen beschrieben. Substanzmissbrauch und -abhängigkeit führt bei Menschen dazu, dass sich durch die Einnahme Stimmung und Bewusstsein des Einzelnen zeitweise verändern. Es wird zwischen dem Substanzmissbrauch und der Abhängigkeit von Substanzen unterschieden.

Alle Erläuterungen zu den Medikamenten wurde mit Hilfe von Ruß & Endres (2013) erklärt.

³ Anwendungsbereich: Narkoseeinleitung; Narkoseaufrechterhaltung; Sedierung bei chirurgischen und diagnostischen Eingriffe; Sedierung bei Intensivbehandlung

⁴ Anwendungsbereich: Neuroleptanalgesie; Intubationsnarkose; Schmerztherapie z.B. in der Onkologie

⁵ Anwendungsbereich: Anästhesie bei Kombinationsnarkose; Monoanästhesie

Thema: Prävention von Medikamentenabhängigkeit

(vgl. Davison, Neale & Hautzinger, 2007). „Von Abhängigkeit spricht man, wenn der Konsum der Droge einen zwanghaften Charakter annimmt und daraus schwerwiegende Beeinträchtigungen folgen. Dabei kann eine körperliche Abhängigkeit (Sucht) mit Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen auftreten“ (Davison u.a., 2007, S. 412).

Auch wenn Gesundheits- und Krankpfleger im Dienste der Gesundheit stehen, kann insbesondere die Erkrankung an Medikamentenabhängigkeit vielfach auftreten. Es wird geschätzt, dass circa 10% bis 15% des gesamten medizinischen Personals im Laufe seiner Karriere entweder Alkohol oder Medikamente missbräuchlich einsetzt (vgl. Baldisseri, 2007). Es ist zu vermuten, dass eine mögliche Komorbidität von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit besteht.

Als außerordentlich problematisch sind diese Umstände zu bewerten, wenn man sich vor Augen führt, dass Gesundheits- und Krankenpfleger dazu neigen, Stress, Angst und Schmerz mit Alkohol und Drogen zu bekämpfen. Die beiden Faktoren Arbeitsbedingungen, aber auch der erleichterte Zugang zu Medikamenten tragen nach Evidenzrecherchen zur Medikamentenabhängigkeit von Gesundheits- und Krankenpflegern bei (vgl. Baldisseri, 2007).

Zudem beschreibt die Studie weiter, dass es einen Anstieg von (Arbeits-) Unfällen unter Einfluss von Abhängigkeitsproblemen bei Gesundheits- und Krankenpflegern gibt (vgl. Baldisseri, 2007). Resultierend daraus besteht der Verdacht, dass es möglicherweise auch Defizite in der Patientenversorgung gibt. Wissenschaftliche Arbeiten, die die Auswirkungen von Medikamentenabhängigkeit auf die Patientenversorgung erforschen, kommen zu keinem eindeutigen Ergebnis. „Häufige Folge des Substanzmissbrauchs ist die „Beschaffungskriminalität“, sofern Betroffene im Falle der Analgetika- und Anästhetika-Abhängigkeit Medikamente einnehmen, die für Patienten vorgesehen sind“ (Maier u.a., 2010, S. 719). Parallel dazu sind einige Symptome des Betroffenen zu nennen, die auf langfristige Sicht die Patientensicherheit gefährden können. Beispielsweise treten mehr Konflikte mit Patienten und Kollegen auf. Wichtige terminliche Absprachen mit dem Patienten werden nicht mehr eingehalten, der Betroffene braucht für seine Aufgaben länger und ist nicht mehr so gut organisiert und hat seine Patientengruppe zeitweise nicht komplett im Blick. Hinzu kommen auch körperliche Veränderungen des Abhängigen, beispielsweise mangelnde körperliche Hygiene, Tremor in der Hand sowie Fatigue (vgl. Baldisseri, 2007). Es ist zu vermuten, dass ein Publikationsbias zu dieser ‘unangenehmen‘ Problematik bzw. Thematik vorliegt. Wright, McGuinness, Moneyham, Schumacher, Zwerling, &

Stullenbarger (2012) bestätigen diese These: „The sensitivity of the issue, legal issues associated with practice, and implications for patient care are just some consequential factors discouraging disclosure, and it is likely that any reports underestimate the scope of the problem” (Wright u.a., 2012, S.120).

Aus diesem Grunde sollte durch betriebliche Suchtprävention diesen Mitarbeitern geholfen werden, um Patienten, aber auch den Betroffenen, zu schützen. „Early identification of substance-abusing anesthesia providers reduces harm to the abuser and the patients they might care for while impaired” (Wright u. a., 2012, S.123).

1.1 Ziel der Bachelorarbeit

In der vorliegenden Bachelorthesis sollen zunächst die Aufgaben der betrieblichen Suchtprävention als eine Antwort auf den Interventionsbedarf veranschaulicht werden. Die Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen werden ebenfalls kurz beschrieben, um den strukturellen Rahmen der betrieblichen Suchtprävention zu verdeutlichen. Danach wird das Motivational Interviewing (MI) als eine Intervention der betrieblichen Suchtprävention methodisch vorgestellt. Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche in drei Datenbanken wird Literatur zur evidenzbasierten Überprüfung von MI zusammengetragen. Die verwendeten Studien werden im Anhang inhaltlich ausführlich dargestellt. Die Studien werden anhand von EBN-Bewertungskriterien auf ihre Evidenz hin überprüft und der Evidenzlevel zugeordnet. In der Diskussion sollen mögliche Limitationen der Ergebnisse beschrieben werden. Ziel der Arbeit ist es, darzustellen, welche Evidenzen zu MI vorliegen und wie gut es sich in der betrieblichen Suchtprävention zur Bekämpfung von Medikamentenabhängigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege eignet.

Folgende Forschungsfrage soll innerhalb der Bachelorthesis bearbeitet werden:

Eignet sich Motivational Interviewing als Intervention der betrieblichen Suchtprävention zur Bekämpfung von Medikamentenabhängigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege und wie wirksam ist diese?

2. Betriebliche Suchtprävention

Die Betriebliche Gesundheitsförderung kann zur Stärkung von individuellen Gesundheitspotenzialen der Gesundheits- und Krankenpfleger beitragen und somit helfen verschiedenen Arbeitsbelastungen vorzubeugen. „Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein wesentlicher Baustein des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Sie umfasst die

Thema: Prävention von Medikamentenabhängigkeit

Bereiche des Gesundheits- und Arbeitsschutzes, des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie der Personal- und Organisationspolitik. Sie schließt alle im Betrieb durchgeführten Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ein“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S.7).

Durch die betriebliche Suchtprävention öffnet sich ein erfolgsversprechender Weg, einen großen Teil der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren gezielt anzusprechen. Es handelt sich um Sucht vorbeugende Maßnahmen, die zum (gesundheits-) bewussten Umgang mit Suchtmitteln bzw. Genussmitteln anregen. Ferner gehören betriebliche Suchtpräventionsprogramme zum Personalmanagement, zur Personalentwicklung und zum Gesundheitsmanagement des jeweiligen Betriebes und seiner Verwaltungen (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2008).

„Ziele der betrieblichen Suchtprävention sind gesundheitlichen Gefährdungen der Beschäftigten vorzubeugen, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit zu gewährleisten, Gleichbehandlung durch transparente Verfahren zur Intervention herzustellen und Hilfe bei Suchtgefährdung zu bieten. Zugleich sollen durch Suchtpräventionsprogramme Störungen am Arbeitsplatz vermieden, die Qualität von Produkten und Dienstleistungen gesteigert und Fehlzeiten abgebaut werden“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2008, S.70).

Im „Leitfaden Prävention“ des GKV- Spitzenverbandes⁶⁷ werden in der folgenden Abbildung verschiedene Handlungsfelder der Betrieblichen Prävention dargestellt.

Bezogen auf die in der Bachelorarbeit angesprochenen Gefahren der Medikamentenabhängigkeit bei Gesundheits- und Krankenpflegern, rückt die Betriebliche Suchtprävention als ein Zweig der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Fokus dieser Arbeit.

Die betriebliche Suchtprävention verzeichnet Erfolge bei der Bekämpfung von Alkoholismus am Arbeitsplatz. Ennenbach, Gass, Reinecker & Soyka (2009) beschreiben in ihrer Evaluationsstudie, dass es nach dreijähriger individueller Suchtprävention in einer

⁶ Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland und auf europäischer sowie internationaler Ebene. Er gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (vgl. GKV Spitzenverband, 2015).

⁷ (vgl. GKV-Spitzenverband (Hrgs.), 2014)

Abb. 1: Handlungsfelder der betrieblichen Prävention bzw. Gesundheitsförderung⁸

(GKV-Spitzenverband (Hrsg.), 2014, S.83)

Rehabilitationsklinik⁹ zu einer signifikanten Senkung des Alkoholismus am Arbeitsplatz gekommen sei. Beeinflusst werden diese Veränderungen durch steigende berufliche Zufriedenheit des Einzelnen und dem Rückgang der Arbeitsunfähigkeitstage der Beschäftigten. Es ist anhand dieser Studienergebnisse möglich, dass es einen Zusammenhang zwischen Nikotin- und Alkoholabhängigkeit gibt, denn neben den rückläufigen Zahlen des Alkoholismus kann beispielsweise auch eine Senkung der Nikotinabhängigkeit erreicht werden.

Rojatz, Merchant & Nitsch (2015) beschreiben in ihrer Studie mögliche Einflussfaktoren, die die Arbeit der betrieblichen Suchtprävention für einen Betrieb erleichtern aber auch erschweren können. Die vielfältigen Komponenten sind die Projektimplementierung, die Eigenschaften des Betriebes, die Eigenschaften der Intervention, die Erwartungen der verantwortlichen Durchführenden, sowie die Erwartungen und der Umgang der Teilnehmenden mit der Intervention. An dieser Stelle ist erkennbar, dass viele verschiedenen Menschen zum Gelingen einer Maßnahme der betrieblichen Suchtprävention bzw. Gesundheitsförderung beitragen. Um für eine bundesweite und verbindliche Qualität bei der

⁸Die Darstellung ist komplett wörtlich zitiert (GKV-Spitzenverband (Hrsg.), 2014, S.83).

⁹Zur Entwicklung des individuellen Suchtpräventionsprogramms wurde zuvor eine Mitarbeiterbefragung an der gleichen Rehabilitationsklinik durchgeführt. Die ermittelten Parameter dienten als Grundlage zur Erstellung des Präventionsprogramms (vgl. Ennenbach & Soyka, 2007).

Erstellung verschiedener Suchtpräventionsprogrammen in den verschiedenen Betrieben zu sorgen, gibt es umfangreiche Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention, die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen entwickelt wurden.

Um eine Übersicht zu erhalten, ist der Standard in fünf inhaltliche bzw. strukturelle Richtlinien eingeteilt. Die Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bilden eine Empfehlung zur inhaltlichen und strukturellen Implementierung einer betriebseigenen Stelle für Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Außerdem können anhand eines Evaluationsbogens die bereits bestehenden Angebote qualitätsorientiert bewertet und beurteilt werden.

Die Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention sind in fünf Elemente eingeteilt.

- „a) Vorbeugung von riskantem Konsum und Suchtgefährdungen im Betrieb
- b) Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung der Personalverantwortlichen
- c) Interne und externe Beratungsangebote, betriebliches Unterstützungssystem
- d) Organisatorischer Rahmen und strukturelle Einbindung
- e) Marketing und Qualitätssicherung“

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 5-6)

Die verschiedenen dargestellten Qualitätskriterien werden im Anhang¹⁰ ausführlich beschrieben, sie weisen auf die Komplexität der betrieblichen Suchtprävention hin. Parallel dazu ist zu erläutern, dass die Hilfen für betroffene Mitarbeiter inhaltlich sehr vielfältig sind. Das Beratungsprogramm im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention umfasst folgende Punkte:

- „Information über interne und externe Beratungsangebote und falls im Weiteren Beratung gewünscht wird;
- Erstgespräche im Beratungsprozess;
- Motivationsgespräche und begleitende Beratung zur Klärung weiterer Schritte;
- Fachliche Begleitung bei den ersten Schritten zur Konsumreduzierung;
- Vermittlung in externe Beratungs- und Therapieeinrichtungen;
- Kontakte und Begleitung während der Therapie;
- Vorbereitung und Begleitung der Wiedereingliederung nach der Therapie;
- Beratung von Angehörigen“¹¹

¹⁰ s. Anhang unter: 8.1 Die fünf Standard-Elemente von Interventionen der betrieblichen Suchtprävention der DHS

¹¹ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 64)

In Bezug auf die Bachelorarbeit wird im folgenden Kapitel eine Intervention aus den Standards begründet beschrieben, und im Weiteren einer inhaltlichen und strukturellen Analyse anhand von Bewertungskriterien unterzogen.

3. Theoretischer Hintergrund des Motivational Interviewing

3.1 Vorstellung der Methode

Miller & Rollnick (2004) „definieren motivierende Gesprächsführung als eine klientenzentrierte, direkte Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation¹² für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 47). Strukturiert wird die Methode durch vier Prinzipien¹³, sie lauten: „1. Empathie ausdrücken. 2. Diskrepanzen entwickeln. 3. Widerstand umlenken. 4. Selbstwirksamkeit fördern“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 58).

Zunächst das erste Prinzip: ‚Empathie ausdrücken‘ ist gekennzeichnet durch Akzeptanz, welche die Veränderung des Betroffenen fördert. Ambivalenz wird als normaler Teil der menschlichen Erfahrung akzeptiert. Die Grundsätze des aktiven Zuhörens sind unerlässlich. Das zweite Prinzip ‚Diskrepanzen entwickeln‘ bedeutet, dass der Klient eigene Argumente für eine Veränderung selbstständig formuliert, dies ist nicht die Aufgabe des Therapeuten. „Eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen gegenwärtigem Verhalten und persönlich wichtigen Werten und Zielen motiviert zu Veränderung“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 62). Das folgende dritte Prinzip ‚Widerstand umlenken‘ hat zur Grundlage, dass der Therapeut nicht für die Veränderung argumentiert und auch dem Widerstand nicht konfrontativ begegnet. Vielmehr sollen neue Perspektiven den Widerstand des Patienten umlenken und letztlich zur Veränderung führen. Ist Widerstand weiterhin vorhanden, so sollte die Vorgehensweise individuell verändert werden. „Der Klient [selbst] ist die beste Quelle für Antworten und Lösungen“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 63). „Den Widerstand umzulenken, beinhaltet folglich, die Person aktiv in den Prozess der Problemlösung einzubinden“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 63). Das vierte Prinzip ‚Selbstwirksamkeit fördern‘ beschäftigt sich mit dem Glauben des Klienten, sich verändern zu können. Dieser Glaube stellt einen wichtigen Motivator dar. Der Patient ist verantwortlich „für die Entscheidung zur Veränderung und deren Umsetzung“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 65). Der Therapeut glaubt an die

¹² Hier in der Bedeutung von: aus eigenem Antrieb

¹³ Wenn die vier Prinzipien von weiterem Interesse sind, bitte die Originalquelle heranziehen (Miller & Rollnick, 2004, S. 57-66).

eigenständige Veränderung des Einzelnen. Es entsteht eine ‚Selffulfilling Prophecy‘¹⁴ welche die Veränderung vorantreiben kann. Die Autoren Miller & Rollnick (2004) haben die MI Methode schwerpunktmäßig für die Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit konzipiert. Die Beispiele, die in dem hier zitierten Buch zu finden sind, beziehen sich überwiegend auf diese Personengruppen.

Die Aufgabe des Therapeuten ist es, den natürlichen Prozess der Veränderung zu fördern. MI als Kurzintervention kann bereits zur Verhaltensveränderung führen. „Ein oder zwei Therapiesitzungen erzeugen oft erheblich größere Verhaltensveränderungen als gar keine Therapie“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 19). Der Therapeut muss drei wesentliche Bedingungen erfüllen, um „die ideale Atmosphäre für das Eintreten einer Veränderung herzustellen“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 21). Dies sind „Empathie (auch: einführendes Verstehen), unbedingte Wertschätzung (auch: nicht wertendes Akzeptieren) und Kongruenz (auch: Echtheit)“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 21). „Der Therapeut versucht, eine positive zwischenmenschliche Atmosphäre zu schaffen, die Veränderung fördert, jedoch nicht erzwingt“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 54). Es soll der ‚Change-talk‘ des Patienten beeinflusst werden. „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, 2004, S. 25).¹⁵ Die Anwendungsbereiche für die MI Methode sind vielfältig und weit verbreitet. Die Methode wird in verschiedenen Settings verwendet. Die Autoren beschreiben MI als eine „klinische Methode, ein[en] Stil der Beratung und Psychotherapie“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 56). Flächendeckend eingesetzt wird MI in medizinischen Bereichen. Beispiele dafür sind ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen sowie betriebsinterne Hilfsprogramme und Präventionsmaßnahmen. Mögliche Akteure sind beispielsweise Therapeuten, Berater, Krankenpfleger, Ärzte, Seelsorger, Bewährungshelfer oder Psychologen. (vgl. Miller & Rollnick, 2004)

„Personen, die glauben, dass es wahrscheinlich ist, dass sie sich ändern, ändern sich. Patienten, deren Therapeuten glauben, dass es wahrscheinlich ist, dass sie sich ändern, ändern sich. Die Personen, denen man sagt, das man nicht erwartet, dass sie sich ändern, ändern sich tatsächlich nicht“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 26). So fassen die Autoren

¹⁴ ‚Selffulfilling Prophecy‘ (Miller & Rollnick, 2004, S. 63), wird im Wörterbuch wie folgt geschrieben: ‚self-fulfilling prophecy‘ = selbsterfüllende Prophezeiung

¹⁵Anmerkung des Übersetzers aus der Fußzeile komplett wörtlich zitiert. (Miller & Rollnick, 2004, S. 25)

mögliche Reaktionen, in Form von Verhaltensveränderungen, ihrer Klienten zusammen. Bedeutsam ist zu wissen, dass Motivation durch Kommunikation und Interaktion beeinflussbar ist. „Die motivierende Gesprächsführung ist bewusst auf die Auflösung von Ambivalenz ausgerichtet, oft in einer bestimmten Richtung der Veränderung“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 47). „Sie zielt auf die motivationalen Prozesse innerhalb der Person, die eine Veränderung fördern [, ab]“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 48). „Eine akzeptierende und respektvolle Einstellung [des Therapeuten] hilft beim Aufbau der therapeutischen Beziehung und unterstützt das Selbstwertgefühl des Patienten, welches wiederum die Veränderung fördert“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 59).

Aus Sicht des Patienten ist MI als „ein gemeinsames Betrachten eines Sachverhaltes“ (Miller & Rollnick, 2004, S. 46) zu verstehen. Durch die Interaktion soll die intrinsische Motivation des Betroffenen gestärkt werden und die Bereitschaft für die Veränderung eigenständig von innen heraus entstehen (vgl. Miller & Rollnick, 2004). Während der motivierenden Gesprächsführung entsteht Veränderung durch Empathie und Wertschätzung der Überzeugungen des Patienten (vgl. Miller & Rollnick, 2004).

3.2 Begründung der Auswahl

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Gesprächsführung nach dem Bild des ‚**Motivational Interview**‘. Die Methode beschreibt eine besondere Art mit Menschen zu sprechen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, um ihre Einsicht zu fördern bzw. sie zur eigeninitiierten Veränderung zu motivieren. MI ist ein Bestandteil der Interventionskette.

Der Stufen-Gesprächsplan ist in den Qualitätsstandards der betrieblichen Suchtprävention verankert. Er sieht fünf Interventionsgespräche mit verschiedenen Akteuren vor, die beispielsweise in den klinikinternen Standard des Universitätsklinikums Freiburg, bereits integriert sind (vgl. Universitätsklinikum Freiburg (Hrgs.), 2009). Die Ziele der Gespräche des Stufenplans bauen aufeinander auf, je nach Zeitpunkt und Gefährdungsgrad der bereits bestehenden Abhängigkeitsproblematik. Zur visuellen Unterstützung ist die tabellarische Übersicht¹⁶ zum Stufenplan in den Qualitätsstandards der DHS einzusehen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 133f). Nach den Qualitätsstandards der DHS sind folgende Aspekte in den einzelnen Stufen-Gesprächen zu beachten:

¹⁶ Titel: ‚Entwurf eines Interventionsleitfadens bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Öffentlicher Dienst)‘ (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 133f).

Abb. 2: Aspekte der Stufengespräche¹⁷

- Auffälligkeiten, die angesprochen werden sollen, möglichst konkret mit Daten,
- Konsequenzen des Verhaltens für den Arbeitsbereich/Betrieb,
- Hinweis auf den Zusammenhang zum Suchtmittelkonsum / zu suchtbedingten Verhaltensweisen,
- Verhalten, das zukünftig vom Mitarbeiter / von der Mitarbeiterin erwartet wird, konkret beschreiben,
- Hilfeangebot, Hinweis auf interne oder externe Beratungsangebote
- Zusage der Unterstützung durch den Betrieb
- Hinweis auf weitere Stufengespräche und ggf. Sanktionen bei Fortsetzung des beanstandeten Verhaltens,
- Verabredung eines Rückmeldegesprächs (sofern keine erneuten Auffälligkeiten auftreten).

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 62)

Zielführend ist für den Arbeitgeber an dieser Stelle seine Erwartungshaltung gegenüber dem betroffenen Arbeitnehmer zu vertreten. Es wird eine verbindliche Dienstvereinbarung (DV) mit dem Gesundheits- und Krankenpfleger geschlossen. Den dort vermerkten Vereinbarungen sollte der Mitarbeiter umgehend nachkommen, denn falls dies nicht der Fall ist, werden weitere Verantwortliche von dem direkten Vorgesetzten zu den Gesprächen hinzugezogen, um ihn in der Situation zu unterstützen und den Betroffenen zur Einsicht zu bewegen. Der Arbeitnehmer kann bei Verweigerung der ihm auferlegten Handlungsschritte auch gekündigt werden. Nachdem eine erfolgreiche Therapie, beispielsweise eine ambulante oder stationäre Medikamentenentzugstherapie, nachgewiesen werden konnte, kann der Mitarbeiter an einer Wiedereingliederungsmaßnahme des Betriebes teilnehmen. Voraussetzung dafür ist das Einverständnis beider beteiligten Parteien.

Die Kommunikation mit dem Betroffenen ist besonders bedeutsam für den Prozess der betrieblichen Suchtprävention, denn eine Medikamentenabhängigkeit beginnt meist sehr früh und der betroffene Gesundheits- und Krankenpfleger lernt Verhaltensweisen, um seine Abhängigkeit zu verbergen. Dies ist der Grund, warum viele Betroffene schwer zu identifizieren sind (vgl. Baldisseri, 2007). Problematisch ist, dass wenn Auffälligkeiten am Arbeitsplatz erkennbar sind und mögliche Verdachtsmomente einer Medikamentenabhängigkeit sich häufen. Die betroffenen Gesundheits- und Krankenpfleger sind bereits schwerwiegend und im fortgeschrittenen Stadium erkrankt. „When the healthcare professional’s work performance is affected, the problem is usually well advanced and severe“ (Baldisseri, 2007, S. 110). Aus Sicht der Kollegen gibt es verschiedene

¹⁷ Die Punkte in der Darstellung sind komplett wörtlich zitiert (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 62).

Gründe, Verdachtsmomente dem Betroffenen, aber auch dem Vorgesetzten, gegenüber, nicht zu äußern. Beispielweise haben beteiligte Gesundheits- und Krankenpfleger Angst vor beruflichen und finanziellen Konsequenzen, wenn sie jemanden ohne evidenten Beweis als alkohol- oder medikamentenabhängig betiteln (vgl. Baldisseri, 2007). Die soeben dargestellten Gründe können eine zusätzliche Barriere für Stationsleitungen und Führungskräfte darstellen und ein notwendiges frühzeitiges Intervenieren seitens der betrieblichen Suchtprävention verzögern.

Konnte ein Betroffener jedoch als medikamentenabhängig identifiziert werden, so versucht, in erster Line, der direkte Vorgesetzte mit der Kommunikationsstrategie des ‚Motivational Interview‘ eine Veränderung der Sichtweise des Betroffenen zu erwirken, und seine Eigeninitiative zu stärken. Entscheidend beim MI ist, dass alle Beteiligten, insbesondere in der Phase der Vorbeugung von riskantem Konsum und Suchtgefährdungen im Betrieb, oder während der Gesprächsstufen, von der Kommunikationsstrategie Gebrauch machen. Diese Intervention ist interessant und wirft die Frage nach dem Nutzen und der Wirksamkeit unmittelbar auf, denn in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe hat sich die Motivation des Betroffenen als entscheidender Faktor für die erfolgreiche Bewältigung einer Abhängigkeitserkrankung herausgestellt.

4. Aktueller Forschungsstand zu Motivational Interviewing

4.1 Literaturrecherche

Um den aktuellen Forschungsstand zu Motivational Interviewing in Bezug auf Medikamentenabhängigkeit sowie betriebliche Suchtprävention darstellen zu können, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. In den Datenbanken CINAHL, Pubmed und Cochrane Library wurde systematisch, hauptsächlich mit den unten aufgeführten Begriffen, gesucht. Im Zeitraum vom 17.April 2015 – 19.April 2015 wurde alle drei Datenbanken nacheinander durchsucht.

Abb. 3: Hauptbegriffe der Literaturrecherche

MeSH-Terms¹⁸	<i>Freitextbegriff/ Stichwort</i>
Substance-Related Disorders	<i>Substance-Related Disorders</i>
Opioid-Related Disorders	<i>Opioid-Related Disorders</i>
Motivational Interviewing	<i>Motivational Interviewing</i>
Health Promotion	<i>Health Promotion</i>

Der Begriff ‚workplace health promotion‘¹⁹ konnte zwar in einigen Datenbanken gefunden werden, jedoch wurden als MeSH-Term und Freitextbegriff ‚Health Promotion‘²⁰ angeboten und weiter in der Recherche verwendet. Mehrere Suchläufe in den verschiedenen Datenbanken und die dazugehörigen Begriffskombinationen, sowie Trefferanzahlen können im Anhang 8.2 *Tabelle zur Literaturrecherche mit Trefferanzahl und Darstellung der relevanten Studien* nachvollzogen werden.

Eingeschlossen wurden Studien, die sich mit Erwachsenen und jungen Erwachsenen befasst haben. MI sollte die Intervention sein, bzw. über MI sollte als Intervention gesprochen werden. Artikel die vom Titel her zum Thema oder zur Fragestellung passten, wurden eingeschlossen. Studien, die nur separierte Bestandteile von MI betrachteten wurden ebenfalls verwendet. Es wurden in die Evidenzrecherche nur Studien von 2005-2015 eingeschlossen, um den aktuellsten Forschungsstand abzubilden. Bei einer Begriffskombination, die mehr als 1000 Treffer lieferte, wurde als Limit eingegeben, dass ausschließlich verfügbare Volltexte angezeigt werden. Es wurden alle Studiendesigns in die Bachelorarbeit mit einbezogen.

Ausgeschlossen wurden Studien die Effekte von MI bei anderen psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie und physischen Erkrankungen wie beispielsweise HIV²¹ untersucht haben. Nicht berücksichtigt wurden auch Studien, in denen die Zielgruppe beispielsweise Jugendliche und Familien mit Kindern waren und Studien in denen Pflegende in MI geschult wurden, um MI bei ihren Patienten anzuwenden. Auch Artikel, in denen Gesundheits- und Krankenpfleger über die Wirkungen von MI bei ihren Patienten Auskunft gaben, wurden nicht weiter verwendet. Publikationen, die bereits vor 2005 verfasst worden sind, konnten

¹⁸ MeSH-Terms: Dies sind Begriffe die in medizinischen Datenbanken mehrere Synonyme zu einem Themenkomplex vereinen und zu einer großflächigeren Suche befähigen. Meist ist die Trefferanzahl größer und die Suchergebnisse werden umfassender dargestellt.

¹⁹ ‚workplace health promotion‘: Betriebliche Gesundheitsförderung

²⁰ ‚Health Promotion‘: Gesundheitsförderung

²¹ HIV: Human Immunodeficiency Virus = HI- Virus

nicht in diese Bachelorarbeit eingeschlossen werden. Ausgeschlossen von der weiteren Betrachtung wurden ebenfalls viele Artikel, die in ihren Titeln nicht Motivational Interviewing beinhalteten. Außerdem wurde relevante Literatur ausgeschlossen, wenn nur ein vorläufiger Abstract einzusehen war und die Bearbeitung der Studie noch nicht abgeschlossen war. Teilweise wurden auch Studien nicht berücksichtigt, wenn keine Volltextversion zugänglich war.²²

4.2 Ergebnisse

In den drei Datenbanken wurden in allen Suchläufen insgesamt 1.056.273 Treffer gefunden, davon wurden insgesamt 842 Treffer den Ein- und Ausschlusskriterien unterzogen. Leider wurden im Suchlauf neun der Cochrane Library drei von acht Studien ausgeschlossen. Diese drei Studien waren nur durch einen vorläufigen Abstract gekennzeichnet und befanden sich zum Zeitpunkt der Recherche noch in Bearbeitung. Es konnten in allen Datenbanken insgesamt 18 relevante Studien herausgefiltert werden. Bei näherer Betrachtung fiel auf, dass fünf von 18 Studien in verschiedenen Suchläufen mehrfach gefunden wurden. Zum Ende der Literaturrecherche wurden 13 Studien zur Weiterbearbeitung herausgezogen. Zwischen ihnen waren auch Studien zum Themenbereich Alkoholmissbrauch und Drogenmissbrauch. In den Studien wurden Effekte von MI hinsichtlich ihres Beitrags zur Reduzierung des Konsums evaluiert. Dies wurde vorgenommen, um den schmalen Datenfundus von nur noch 13 relevanten Studien zu erweitern. Dies bedeutet, dass der Abstract von jeweils 13 Studien genau gelesen wurde und aufgrund dessen wurden noch einmal sechs Studien von der Weiterbearbeitung ausgeschlossen. Aus der Recherche konnten **sieben Studien**, für die Bachelorarbeit gewonnen werden. Es konnten keine Daten zum Wirkzusammenhang zwischen MI und betrieblicher Suchtprävention gefunden werden. Im Anhang unter 8.3 *Flow-Chart zur Darstellung der Studienauswahl*, kann die Studienauswahl in einer Darstellung genau verfolgt werden. Im weiteren Verlauf der Ergebnisdarstellung werden zunächst die Zielsetzungen der sieben Studien vorgestellt. Die Reihenfolge ist nach inhaltlichen Gesichtspunkten sowie nach den Studiendesigns vorgenommen worden.

4.2.1 Zielsetzungen der eingeschlossenen Studien

In dem Systematic Review ‘Motivational interviewing for substance abuse’ der Autoren Smedslund, Berg, Hammerstrøm, Steiro, Leiknes, Dahl & Karlsen (2011) wurde die Effektivität von MI für Menschen mit Alkohol-, Drogen-, bzw. Medikamentenabhängigkeit

²² Limitierung bei einem Suchbegriff der über 1000 Treffer lieferte. (siehe auch Einschlusskriterien S.15)

Thema: Prävention von Medikamentenabhängigkeit

beurteilt. Ziel war es, MI hinsichtlich seiner Effekte auf den Konsum des jeweiligen Suchtmittels zu prüfen. Des Weiteren sollen Aussagen zur Beibehaltung der Therapie und der Bereitschaft zur Veränderung am Ende dieser Arbeit getroffen werden. In dem zweiten eingeschlossenen SR 'Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults (Review)' der Autoren Foxcroft, Coombes, Wood, Allen & Almeida Santimano (2014) soll die Effektivität von MI als präventive Intervention, für Alkohol- und alkoholbedingte Probleme, evaluiert werden. Es sollen Effekte von MI, im Hinblick auf Alkoholmissbrauch bzw. durch Alkohol verursachte Probleme, untersucht werden. Zudem soll untersucht werden, ob sich die Effekte von MI aufgrund der Länge der Intervention verändern. MI wurde zum einen gegenüber einem Placebo, keiner Intervention oder dem normalen Procedere getestet und zum anderen wurde MI gegenüber einer alternativen Intervention²³ geprüft. Bei dem Personenkreis handelt es sich um junge Menschen, die zwischen 15 und 26 Jahren alt sind. Die nächste eingeschlossene Studie, 'Motivational Interviewing and Behavior Change: How Can We Know How It Works?', ist eine Literaturübersicht von Nahom (2005). Sie befasst sich mit dem Ziel veröffentlichte Evaluationsstudien zu MI und AMI, hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Verhaltensveränderungen, zu untersuchen. Es sollen Verständnislücken in Bezug auf die Verfahren von MI/AMI herausgearbeitet werden. Auf dieser Grundlage sollen in Zukunft die Wirksamkeit und die Effektivität überprüft werden. Dem schließt sich das Ziel des RCT 'Intensive Motivational Interviewing for women with concurrent alcohol problems and methamphetamine dependence' der Autoren Korcha, Polcin, Evans, Bond & Galloway (2013) an. Dort sollen gezielt Effekte von Standard MI gegenüber Intensiv MI untersucht werden. Es sollen Männer und Frauen, die an Crystal Meth-Abhängigkeit mit zusätzlicher Alkoholabhängigkeit leiden, als Interventionsgruppe dienen. Während der Untersuchung wurde angenommen, dass Männer und Frauen, die dem Intensiv MI zugeordnet waren, nach sechs Monaten einen niedrigeren Schweregrad der Alkoholerkrankung aufweisen, als die Kontrollgruppe²⁴. Ähnliche Ziele verfolgt auch die Pilotstudie 'Motivational Interviewing: A Pilot Test of Active Ingredients and Mechanisms of Change' der Autoren, Morgenstern, Kuerbis, Amrhein, Hail, Lynch & McKay (2012). Es soll ein experimentelles Paradigma entwickelt werden, mit dessen Hilfe, die als ursächlich angenommenen Faktoren von MI untersucht werden sollen. Aktive

²³ Alternative Interventionen sind z.B. Training zur Selbstkontrolle, praxisbezogene Trainings, konfrontatives Feedback, kompetenzorientierte Beratung, Zwölf-Stufen Förderung, kurzes Feedback, Risikominderung, Rezidiv-Prävention oder kognitive-Verhaltenstherapie (vgl. Foxcroft u.a., 2014)

²⁴ Die Kontrollgruppe erhielt Standard MI + ein Ernährungsseminar

Bestandteile²⁵ und Mechanismen, die zur Verhaltensveränderung²⁶ beitragen können, sollen vor dem Hintergrund der Reduzierung des Alkoholkonsums überprüft werden. Es wird zwischen der initiierten Reduzierung des Alkoholkonsums und den eigenen Bestrebungen (Self-Change²⁷) des Alkoholkranken unterschieden. Es sind ausdrücklich Betroffene eingeschlossen, die den Konsum reduzieren aber nicht abstinenter werden wollen. Auf diesem Erkenntnisziel baut die vorletzte eingeschlossene Studie ‘Therapist focus on ambivalence and commitment: a longitudinal analysis of Motivational Interviewing treatment ingredients.’ von Magill, Stout & Apodaca (2013) auf. Die vorliegende Studie untersucht drei vermeintlich aktive Bestandteile²⁸ des MI im Rahmen einer angebotenen MET-Therapie. Das erste Ziel ist es, die Tendenzen von MI im Hinblick auf eine Zeit von zwölf Wochen, zu untersuchen. Als zweites wurde speziell auf drei Behandlungsbestandteile Wert gelegt. Die Erwartung war es, die Ambivalenz und das Engagement, als jeweils eine positive Wirkungsvariable für die nachträgliche Veränderung des Patientenverhaltens herauszuarbeiten. Zum Ende hin wird geschaut, ob die Effekte der Variablen mit dem Stadium der Veränderung der Ausgangslage variieren. Als letztes fließt der Artikel von Lussier & Richard (2007) ‘The motivational Interview: in practice.’ in die Bachelorthesis mit ein. Der vorliegende Artikel handelt von der kritischen Betrachtung der Leitlinien von MI, anhand von Praxisbeispielen. Die Grundsätze des MI Therapieansatzes werden diskutiert und Praxisbeispiele dienen zur Veranschaulichung.

Jetzt werden die zentralen Ergebnisse zur Wirksamkeit und zu den Wirkmechanismen von MI zusammengefasst dargestellt. Es wurde über gemeinsame Inhalte der Studien versucht, zentrale Kategorien zu bilden. Sie wurden induktiv gebildet und sollen dabei helfen, die Fülle an Ergebnisse zu bündeln. Die sechs Kategorien dienen dazu, die Ergebnisse zielorientiert für die vorliegende Bachelorarbeit aufzubereiten. Ebenfalls positiv ist, dass eine strukturierte Darstellung der Ergebnisse möglich ist. Zur visuellen Unterstützung und strukturierten Übersicht der Ergebnisse kann die angefertigte Tabelle im Anhang unter 8.6

²⁵ Aktive Bestandteile beziehen sich auf die Strategien des Therapeuten, eine positive Veränderung zu erleichtern

²⁶ Mechanismen zur Verhaltensveränderung beziehen sich auf Verfahren, die der Betroffene erlernt, um die Veränderung voranzubringen: gemeint sind der Kompetenzerwerb, kognitive Neubeurteilung der gegenwärtigen Situation.

²⁷ Self-Change (SC): Resonanz in Form von Feedback, persönliche Verantwortung und Bemühungen zur Selbstwirksamkeit wurden gefördert und erfasst. Die Teilnehmer sollten versuchen, sich durch ihre eigenständigen Bestrebungen, ohne professionelle Hilfe, zu verändern.

²⁸ Aktive Bestandteile der MI Therapie: 1) Engagement, 2) Ambivalenz/Diskrepanz, 3) generelle Ziele, wie die Vorhersage der durchschnittlichen Alkoholtrinkmenge und die Veränderung der Trinkgewohnheiten im Verhältnis zur Zeitspanne.

Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien, herangezogen werden. Eine ausführliche Übersetzung aller sieben Studien, alphabetisch sortiert, sind im Anhang unter *8.4 Vorstellung der Literaturergebnisse*, hinterlegt.

4.2.2 Personengruppe

Der der Systematic Review ‚Motivational interviewing for substance abuse‘ beschäftigte sich hauptsächlich mit Alkoholabhängigen, sowie mit Cannabiskonsumenten und Kokainabhängigen. Es konnten auch Personen mit mehr als einer Abhängigkeitserkrankung mit in die Studie eingehen (vgl. Smedslund u.a., 2011). Eine ähnliche Patientengruppe wurde ebenfalls in der Studie von Korcha u.a. (2013) angesprochen. In ihrem RCT, werden Personen behandelt die an Crystal Meth-Abhängigkeit mit zusätzlicher Alkoholabhängigkeit leiden. Das durchschnittliche Alter bei den Teilnehmern von Intensiv MI lag bei den Frauen bei 40 und bei den Männern bei 36 Jahren (vgl. Korcha u.a., 2013). Diese Personengruppe wird auch bei Lussier & Richard (2007) angesprochen. Nahom (2005) schließt Patientenpopulationen ein, die vorwiegend an Alkohol-, Nikotin-, oder Drogenabhängigkeit erkrankt sind. Unter anderem waren auch Studien mit Probanden eingeschlossen, die mehrere Diagnosen²⁹ hatten. Es sind in den eingeschlossenen Studien noch diverse andere Patienten- bzw. Personengruppen untersucht worden, bei Interesse entnehmen sie diese dem Originaltext (Nahom, 2005, S. 60f). Die Teilnehmer der folgenden Studie tranken viel Alkohol, waren leicht bis mittelmäßig schwer alkoholabhängig. Sie wiesen eine verhältnismäßig geringe Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit auf (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Die beiden folgenden Studien beschäftigen sich ausschließlich mit Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch. In dem zweiten SR von Foxcroft u.a. (2014) betrug der Altersdurchschnitt in den Studien 15-26 Jahre. Es handelt sich hierbei um Jugendliche und junge Erwachsene (vgl. Foxcroft u.a., 2014). Die Querschnittstudie von Magill u.a. (2013) beschäftigt sich ebenfalls nur mit alkoholabhängigen Personen.

4.2.3 Substanz/ Suchtmittel

Die Wirkungen und Wirkmechanismen von MI konnten in der SR von Smedslund u.a. (2011) zu den Suchtmitteln Alkohol, Cannabis und Kokain untersucht werden. Auch Aussagen zur mehrfachen Abhängigkeit waren möglich. Der eingeschlossene RCT nimmt die Droge Crystal Meth in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit (vgl. Korcha u.a., 2013) unter die Lupe. Das komorbide Auftreten von Alkohol- und Substanzmissbrauch beschäftigt auch Lussier & Richard (2007). Die Literaturübersicht zeigt das weiteste Spektrum der

²⁹ Doppeldiagnosen: dual diagnoses

behandelten Substanzabhängigkeiten. Sie beinhaltet hauptsächlich Alkohol-, Nikotin- oder Drogenabhängigkeit bis hin zu Mehrfach-Abhängigkeiten (vgl. Nahom, 2005). Alkoholabhängigkeit in mittelmäßiger bis schwerer Form waren Thema in der Studie von Morgenstern u.a. (2012). Es konnten auch Drogen bzw. Medikamente in verhältnismäßig geringem Maße als Substanzen mit berücksichtigt werden (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Die Effekte von MI ausschließlich gegenüber Alkohol konnte in zwei Studien betrachtet werden (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Magill u.a., 2013).

4.2.4 Intervention

Es konnten Effekte von MI gegenüber keiner Kontrollintervention erhoben werden und es konnten Effekte von MI gegenüber einer Beurteilung bzw. Feedbackgesprächen erhoben werden (vgl. Smedslund u.a., 2011). Es ist in der Metaanalyse erkennbar gewesen, dass ein Effekt zu Gunsten von MI als wirksame Präventionsintervention gegenüber Alkoholmissbrauch von jungen Erwachsenen beschrieben werden kann (vgl. Foxcroft u.a., 2014). Alle acht untersuchten Interventionen³⁰ der beiden MI/AMI Konzepte, kommen zu dem Ergebnis, dass sie weder notwendig noch ausreichend sind, um eine Verhaltensveränderung zu beeinflussen. Bei dem Element ‚Rat‘, konnte keine Verbindung zu einer Verhaltensveränderung festgestellt werden. Kam es während einer Intervention doch zu einer Verhaltensveränderung des Studienteilnehmers, so ist diese Veränderung nicht ausschließlich nur auf die MI/AMI Intervention zurückzuführen. Bei dem Umgang mit dem Widerstand des Patienten durch seine Überzeugungen konnte herausgefunden werden, dass es wohl Gestaltungsspielraum dieses Elementes gibt (vgl. Nahom, 2005). Standard MI und Intensiv MI haben beide prozentual eine erhöhte Abstinenzrate der Teilnehmer zwischen dem ersten Interview und den folgenden sechs Monaten bestätigt (vgl. Korcha, 2013). 1) Eine angepasste Form von MET wurde komplett angeboten. 2) SOMI^{31,32}- MI mit nicht-direktiven Elementen und der Haltung des Therapeuten wurde angeboten. 3) Self-Change (SC³³)- Resonanz in Form von Feedback, persönlicher Verantwortung und Bemühungen zur Selbstwirksamkeit wurden gefördert und erfasst. Die Teilnehmer sollten versuchen, sich

³⁰ Die acht Interventionen, wurden aus den Konzepten von MI und AMI ableiten. Die Elemente heißen: Feedback, Verantwortung, Rat, Auswahl an Optionen, Empathie ausdrücken, Unterstützung der Selbstwirksamkeit sowie der Umgang mit Widerstand und die Entwicklung von Diskrepanzen, sie wurden zusammengefasst.

³¹ SOMI: Spirit Only MI, ist eine entwickelte Abkürzung der Autoren, damit sie sich besser von MI abhebt und das Verständnis erleichtert.

³² SOMI: Spirit Only MI, innerhalb dieser Intervention sind direkte und technische Elemente, die eine Verhaltensveränderung initiieren oder begünstigen könnten, untersagt.

³³ SC: Self-Change, nach Abschluss der Studie wurde den SC Teilnehmern ebenfalls eine MI Therapie zuteil.

durch ihre eigenständigen Bestrebungen, ohne professionelle Hilfe, zu verändern (vgl. Morgenstern u.a. 2012). MET Therapie 1) Ambivalentes Verhalten und Diskrepanzen, wurden in der OP Patientengruppe etwas höher eingeschätzt. 2) Im MET war der Bezug auf das Engagement wesentlich. Der höchste Effekt konnte nach zwei Wochen ermittelt werden. Die AC Patientengruppe profitierte stärker von dem Schwerpunkt ‚Commitment³⁴‘ als die OP Patientengruppe. 3) Erkennbar war dies an den höher eingeschätzten Effekten bei dem Erreichen der individuellen Ziele (vgl. Magill u.a., 2013). Im letzten Artikel werden die Strukturen von MI mit Hilfe von Praxisbeispielen einer medizinischen Beratung diskutiert (vgl. Lussier & Richard, 2007).

4.2.5 Wirkzeitraum

Zu den Zeitpunkten direkt nach dem Beenden von MI und sechs bzw. zwölf Monate nach der Intervention, konnten Effekte zu Gunsten von MI nachgewiesen werden. MI wies erst nach einer Zeit von sechs bis zwölf Monaten effektivere Ergebnisse, im Gegensatz zu Feedbackgesprächen, auf (vgl. Smedslund u.a., 2011). Es konnten zu beiden Messpunkten ‚< als vier Monate‘ und ‚> als vier Monate‘ nach der MI Intervention Effekte nachgewiesen werden (vgl. Foxcroft u.a., 2014). Zum Wirkzeitraum kann seitens Nahom (2005) keine Aussage erfolgen. Beide Interventionsformen³⁵ haben prozentual, eine erhöhte Abstinenzrate der Teilnehmer zwischen dem ersten Interview und den folgenden sechs Monaten bestätigt (vgl. Korcha, 2013). Der größte positive Effekt in Form von Konsumreduzierung konnte in den ersten zwei Wochen nach der Randomisierung, zu Gunsten von MI, festgestellt werden. Nach zwölf Wochen konnten gleichwertige Ergebnisse zur Reduzierung des Alkoholkonsums zwischen MI und SOMI, im Vergleich zur Ausgangslage, festgestellt werden (vgl. Morgenstern, 2012). Die Querschnittsstudie beschreibt Auswirkungen der aktiven Bestandteile der MI Therapie nach ein, zwei, sechs und zwölf Wochen. Mit diesem therapeutischen Fokus auf ‚Engagement‘ konnte der höchste Effekt nach zwei Wochen ermittelt werden (vgl. Magill, 2013). In den Artikel von Lussier & Richard (2007), konnten dazu keine Angaben gemacht werden.

4.2.6 Konsumverhalten

Im Zeitraum direkt nach der Intervention und sechs bzw. zwölf Monate nach der Intervention konnte der Konsum reduziert werden. Auch in der Zeit zwischen sechs bis zwölf Monaten konnten Effekte der Abstinenz und der Reduzierung ermittelt werden (vgl. Smedslund u.a.,

³⁴ Commitment: Engagement

³⁵ Beide Interventionsformen: Standard MI und Intensiv MI

2011). In dem nächsten SR Foxcroft u.a. (2014) konnten jeweils ein geringerer Konsum und eine Reduzierung der Häufigkeit des Alkoholkonsums beeinflusst werden. Bei der durchschnittlichen Alkoholkonzentration im Blut können minimale Effekte von MI, anhand von insgesamt sechs Studien, nachgewiesen werden. Probleme, die durch den Alkohol verursacht werden, können durch MI nicht wirksam beeinflusst werden (vgl. Foxcroft u.a., 2014). Es können keine Aussagen zum Konsumverhalten seitens der Literaturübersicht von Nahom (2005) getroffen werden. Die Frauen in Intensiv MI zeigten über den Studienzeitraum einen verstärkten und stetigen Rückgang des Alkoholkonsums. Parallel blieb der Alkoholkonsum bei den Männern im Intensiv MI gleich dem der Frauen im Standard MI. Im Vergleich von Standard und Intensiv MI der Frauen, konnte ein signifikanter Rückgang des Alkoholkonsums bei den Frauen, die Intensiv MI erhalten haben, festgestellt werden. Dieses Einzelergebnis wird entkräftet durch den Vergleich aller Teilnehmer von Standard und Intensiv MI, da dort keine Differenzen zu den jeweiligen Messpunkten ermittelt werden konnten. Erkennbar ist jedoch, dass die Männer des Standard MI nach vier Monaten weniger Alkohol konsumierten als die Männer in der Intensiv MI Therapiegruppe (vgl. Korcha, 2013). Der größte positive Effekt in Form von Konsumreduzierung konnte in den ersten zwei Wochen nach der Randomisierung, zu Gunsten von MI, festgestellt werden. Entgegen der Erwartungen, konnten keine Unterschiede zum Konsumverhalten beim Follow-Up nach vier Wochen (nach der Intervention) vermerkt werden. Es gibt dennoch positive Ergebnisse im Vergleich der Follow-Up Erhebung und der Ausgangslage hinsichtlich einer Konsumreduzierung in allen drei Gruppen. MI und SOMI Teilnehmer reduzierten erkennbar weiterhin ihren Alkoholkonsum, es können aber keine überlegenen Erkenntnisse zur Unterstützung von MI gefunden werden. Es konnten keine signifikanten Effekte der Bestandteile von MI gegenüber SOMI und SC gefunden werden. Am Ende der Studie konnten gleichwertige Ergebnisse zur Reduzierung des Alkoholkonsums festgestellt werden. Im Verlauf näherten sich die Angaben zur Alkoholkonsumreduzierung an (vgl. Morgenstern, 2012). In Bezug auf die durchschnittliche Abstinenz konnte festgestellt werden, dass sie bei der AC Patientengruppe mit 93,5 % höher lag, als bei der OP Patientengruppe mit durchschnittlich 79,5% Abstinenztagen innerhalb der zwölf Wochen³⁶. Frequenz und Häufigkeit des Alkoholkonsums stiegen über die Zeit in der AC Patientengruppe an. Im Unterschied zu der AC Patientengruppe, zeigte die OP Patientengruppe keine signifikante Reduzierung der

³⁶ Diese Prozentzahlen beziehen sich auf den Zeitraum zwischen den Therapiesitzungen.

Häufigkeit des Alkoholkonsums. Jedoch an Tagen, an denen sie konsumierten, wurde quantitativ mehr Alkohol zu sich genommen, im Gegensatz zur AC Patientengruppe. Ermittelt werden konnte außerdem, dass in beiden Gruppen die Frequenz und die Quantität des Alkoholverbrauchs über die Zeit anstiegen. Im Vergleich zu der AC Patientengruppe, war der Schwerpunkt Ambivalenz und Diskrepanz in der OP Patientengruppe kontraindiziert und führte zur Verschlechterung des Trinkverhaltens im Vergleich zum Ausgangswert. Konträr zu den Erwartungen der Forscher ist das negative Ergebnis (steigende Quantität des Alkoholkonsums) hinsichtlich des Fokus Ambivalenz und Diskrepanz zu sehen. Dieser Schwerpunkt verschlechtert das Konsumverhalten der Patienten und zeigt sich als kontraindiziert. Betroffen waren OP Patienten und AC Patienten, vorausgesetzt sie verfügten über eine geringe Motivation (vgl. Magill u.a., 2012). Zu diesem Themenbereich können keine Angaben von Lussier & Richard (2007) erfolgen.

4.2.7 Effektivität

Effekte zeigt MI am eindrucksvollsten, wenn die Bereitschaft etwas zu verändern bei den Betroffenen besteht. Nach Smedslund u.a. (2011) kann auf Grundlage einer Studie, jedoch keine Aussage getroffen werden. Es konnte eine minimale klinische Differenz für junge Erwachsene und ihren Alkoholmissbrauch ermittelt werden, da die Menge des Alkoholkonsums und die Häufigkeit beeinflussbar waren durch MI (vgl. Foxcroft u.a., 2014). Der herausragende Erfolg vom MI/AMI gegenüber anderen Interventionen bleibt unklar. Es konnten keine statistisch signifikanten Ergebnisse gefunden werden, die klar zeigen, wie eine Verhaltensveränderung durch eine der MI/AMI Interventionen erfolgt. Über die Entstehungsmechanismen der Verhaltensveränderung kann nichts ausgesagt werden. Es können keine Aussagen zur Wirksamkeit von MI/AMI gemacht werden. MI/AMI ist nahezu ähnlich effektiv wie andere Interventionen in der Psychotherapie (vgl. Nahom, 2005). Es konnte herausgestellt werden, dass die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten³⁷ einen eindeutigen Einfluss auf die Reduzierung der Schwere der Alkoholabhängigkeit, nach sechs Monaten, hatte (vgl. Korcha u.a., 2013). Das Verhalten des Therapeuten kann die Motivation zur Verhaltensveränderung des Einzelnen steigern und somit hat die Beziehung zwischen den Beteiligten einen Einfluss auf die Reduzierung des Alkoholkonsums. Es können aber keine überlegenen Erkenntnisse zur Unterstützung von MI gefunden werden. Es konnten

³⁷ Die Zusammenarbeit mit den Therapeuten gemessen über alle Therapiesitzungen an dem ‚Helping Alliance Questionnaire‘ beurteilten bzw. schätzten die Frauen deutlich höher ein, als die Männer im Intensiv MI.

keine Vorhersagen über den weiteren Verlauf des Alkoholkonsums gemacht werden. Entgegen der Erwartungen der Forscher, konnten keine signifikanten Effekte der Bestandteile von MI gegenüber SOMI und SC gefunden werden (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Die Autoren konnten keine signifikanten Effekte der Bestandteile von MI gegenüber SOMI und SC ermitteln. Am Ende der Studie konnten gleichwertige Ergebnisse zur Reduzierung des Alkoholkonsums festgestellt werden. Eine Interpretation der Wirksamkeit von MI, SOMI und SC ist somit schwierig. SC ist weniger effektiv als MI und SOMI, aber die Differenzen sind nicht signifikant (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Von dem Schwerpunkt Engagement hingegen konnten beide Patientengruppen profitieren. Die drei gemessenen therapeutischen Wirkvariablen nehmen keinen Einfluss auf die Veränderung des Patiententrinkverhaltens³⁸ beider Patientengruppen. Der Schwerpunkt in der Therapie auf das ‚Engagement‘ zu setzen war wesentlich. Mit diesem therapeutischen Fokus konnte der höchste Effekt nach zwei Wochen ermittelt werden. Die Motivation entsteht durch die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Dagegen nimmt der Therapeut nicht an, dass die Motivation eine Voraussetzung für den Erfolg von MI ist (vgl. Magill u.a. 2013). Der Fokus auf das Engagement zur Veränderung kann als aktiver Bestandteil der MI Therapie ermittelt werden, denn beide Untersuchungsgruppen profitierten davon und eine Verhaltensveränderung trat nachhaltig ein (vgl. Magill u.a., 2013). Lussier & Richard (2007), können zur Effektivität ihrer beschriebenen Beispiele ebenfalls keine Aussagen machen.

Die nun folgenden Ergebnisse beziehen sich gesondert auf den Artikel von Lussier & Richard (2007). Inhaltlich beschreiben die Ergebnisse die Anwendung von MI zur regelmäßigen Tabletteneinnahme. Der Arzt soll seinen persönlichen Standpunkt gegenüber der vorgeschlagenen Therapie darstellen. Seine Aussage soll unter Beachtung des medizinischen Fachwissens dargelegt werden. In der zweiten Phase von MI soll der Patient so alltagsbezogen wie möglich informiert werden. Der Arzt muss dem Patienten Anleitungshilfen zur Verfügung stellen. Er ist dazu angehalten, eine individuelle und geeignete Lösung vorzuschlagen. Als nächster Schritt ist es wichtig, den Patienten dazu zu animieren bzw. zu motivieren, die ihm vorgeschlagene Behandlung auszuprobieren. Der Arzt sollte sich vergewissern, dass die Anforderungen für den Patienten zu meistern sind. Um dem letzten Prinzip von MI Folge zu leisten, muss innerhalb einer medizinischen

³⁸ Die Veränderung des Patiententrinkverhaltens, ist meist zusätzlich abhängig von der Motivation des Einzelnen.

Beratung auf mögliche ambivalente Äußerungen des Patienten geachtet werden. Die Aufgabe des Behandlers ist es, dessen Zweifel ernst zu nehmen, um den Patienten im Gespräch zu den positiven Aspekten der anstehenden Veränderung zurückzuleiten. Erst das Begreifen und die Motivation des Patienten bilden die Grundlage für die tatsächliche Veränderung. Falls keine Veränderung erfolgt ist, sollte der Arzt gemeinsam mit seinem Patienten die möglichen Gründe besprechen und gegebenenfalls sollte das eigene Selbstvertrauen bzw. die Überzeugungen zur Umsetzung der Veränderung berücksichtigt werden (vgl. Lussier & Richard, 2007).

5. Beurteilung der Evidenzen

Die dargestellten Ergebnisse der sieben eingeschlossenen Studien werden für die Diskussion noch ein weiteres Mal aufbereitet. Es ist nicht nur interessant zu wissen, zu welchem Ergebnis die einzelnen Studien gekommen sind, sondern auch, wie aussagekräftig und belastbar die dargestellten Ergebnisse sind. Um die Aussagekraft der überprüften Studien besser einschätzen zu können, gibt es je nach Studiendesign bestimmte Bewertungskriterien, die jeweils in der Form von Listen im Anhang unter *8.7 Beurteilungskriterien zur kritischen Bewertung der eingeschlossenen Studien*, einzusehen sind. Je nach Studie wird die passende Liste mit den Bewertungskriterien herausgesucht und die eingeschlossene Studie kann im Hinblick auf die methodische wissenschaftliche Arbeit sowie auf inhaltliche und darstellerische Leistung hin überprüft werden. Es werden die verschiedenen Evidenzgrade der berücksichtigten Studien kurz vorgestellt. Die Anzahl der vergebenen Sterne³⁹ deuten auf den Evidenzgrad der Studie hin. Im Anhang unter *8.5 Übersicht der Bias Risiken der eingeschlossenen Studien* kann eine Tabelle zur visuellen Unterstützung herangezogen werden. Die Reihenfolge der Studien ist in Anlehnung an den Ergebnisteil übernommen worden.⁴⁰

In dem zu Beginn vorgestellten Systematic Review von Smedslund u.a. (2011) gehen die Autoren selbst von einem hohen Bias Risiko in Bezug auf die Zuteilung der Teilnehmer sowie bei der Verblindung der Probanden, der durchführenden Personen und den Ergebnisgutachtern aus. Es werden zusätzlich einige Bias Risiken in Bezug auf unvollständige bzw. selektive Studienberichte vermutet. Nun wurde die systematische

³⁹ Die Anzahl der vergebenen Sterne symbolisieren die Gesamtbewertung der Aussagekraft der jeweiligen Studie. Die dazugehörige Bedeutung kann der jeweiligen Liste der Beurteilungskriterien entnommen werden. (s. Anhang: *8.7 Beurteilungskriterien zur kritischen Bewertung der eingeschlossenen Studien*)

⁴⁰ Im Anhang unter *8.4 Vorstellung der Literaturergebnisse*, können zu jeder Studie die ausführlichen Kritikpunkte eingesehen werden. (s. Kritische Bewertungen)

Übersichtsarbeit einer kritischen Bewertung unterzogen. Insgesamt wurde die vorliegende Studie mit drei von vier Sternen ausgezeichnet. Grund dafür waren zum einen die hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Vorgehensweise im SR, zum anderen wurde anhand der zugesendeten Audio- und Videoaufnahmen überprüft, ob MI fachgerecht in den Primärstudien angewendet wurde. Dadurch konnte der Durchführungsbias auf ein geringes Risiko gesenkt werden. Zuteilung und Verblindung in den verschiedenen eingeschlossenen Studie bilden die höchsten Risiken (vgl. Smedslund, 2011).

In der zweiten systematischen Übersichtsarbeit von Foxcroft u.a. (2014) können ebenfalls nach Aussage der Autoren nur minimale bis moderate Evidenzen für die Effekte von MI bei der Prävention des Alkoholmissbrauchs bei jungen Erwachsenen nachgewiesen werden. Die Autoren vermuten, dass diese Ergebnisse bedeutungslos sind und bestehende Richtlinien in denen MI vorkommt nicht beeinflussen können. Es bedarf weiterer Evidenzuntersuchungen, die MI als Gegenstand in Präventionsmaßnahmen prüfen, um die Inhalte gezielt auf junge Erwachsene auszurichten. Es wird ein strengerer Evaluationsprozess für die Ermittlung der Effekte von MI durch die Autoren gefordert (vgl. Foxcroft u.a., 2014).

Die dritte eingeschlossene Studie von Nahom (2005) wurde mit Hilfe der Beurteilungskriterien einer systematischen Übersichtsarbeit bewertet. Die Bewertung der Studie gestaltete sich schwierig, da im Primärtext klar formuliert ist, dass die Autorin die Kriterien einer systematischen Übersichtsarbeit bewusst nicht benutzt. Dennoch wurde eine Bewertung vorgenommen. Es wurde einer von vier möglichen Sternen vergeben.

In dem RCT von Korcha u.a. (2013) sind bei der kritischen Bewertung einige Aspekte aufgetreten, die insgesamt den Evidenzgrad der Ergebnisse auf zwei von vier Sternen reduzieren. Laut den Autoren müssen die Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden, da sie auf Selbsteinschätzung und individuellen Aussagen der Teilnehmer basieren. Außerdem standen im Fokus der Studie eigentlich die Effekte von MI auf die Crystal Meth-Abhängigkeit, jedoch konnten am Ende nur Aussagen zur Reduzierung des Alkoholkonsums untersucht werden (vgl. Korcha, u.a., 2013).

Die Pilotstudie von Morgenstern u.a. (2012) ist aufgrund ihrer Charakteristika schwer zu beurteilen. Es wurden zur Bewertung dieser Studie die Bewertungsraster für einen RCT und eine Interventionsstudie herangezogen, um die Pilotstudie möglichst umfassend zu betrachten. Bei der Bewertung konnte insgesamt nur einer von vier Sternen vergeben werden. Aus Sicht der Autoren sollten die Ergebnisse aufgrund der Charakteristika einer

Pilotstudie mit Bedacht interpretiert werden. Die experimentellen Annahmen zeigen den Nutzen der Herangehensweise für die Zukunft. MI sollte hinsichtlich seiner aktiven Bestandteile (therapeutische Elemente) weiterhin überprüft werden (vgl. Morgenstern, 2012).

Bei der vorletzten eingeschlossenen Studie von Magill, Stout & Apodaca (2013) stellt sich die Beurteilung ebenfalls als schwierig heraus. Die Studie wurde anhand der Bewertungskriterien einer Interventionsstudie und einer RCT beurteilt. Durch die Berücksichtigung beider Bewertungsraster sollte bei Unsicherheiten eine zweite Einstufung der Studienaspekte helfen, zu einer Entscheidung zu finden (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Das Design dieser Querschnittsstudie genügt nicht den Ansprüchen einer RCT. Trotz der erkennbaren methodischen Mängel und Kritikpunkte wurde sich aufgrund der Hauptergebnisse für zwei von vier möglichen Sternen entschieden.

Die Ergebnisse des Artikels ‚The motivational Interview: in practice.‘ der Autoren Lussier & Richard (2007) sind in Bezug auf die kritische Bewertung nur als Expertenmeinung zu bewerten. Trotz einer Vielzahl von Bewertungskriterien der Studien (s. Anhang 8.7 *Beurteilungskriterien zur kritischen Bewertung der eingeschlossenen Studien*) konnte keine der Listen vollständig ausgefüllt werden. Inhaltliche Kritikpunkte sind, dass nur Annahmen über Wirkungen von MI in verschiedenen medizinischen Beratungsgesprächen gemacht werden können (vgl. Lussier & Richard, 2007).

5.1 Diskussion

In der folgenden Diskussion werden die erarbeiteten Ergebnisse gebündelt diskutiert. Die sechs inhaltlichen Schwerpunkte werden im Anschluss mit einigen Bias Risiken verknüpft.⁴¹ Es sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet werden und ebenso Bezüge zwischen den Studien hergestellt werden. Zur visuellen Unterstützung der diskutierten Aspekte sind im Anhang zwei Ergebnistabellen einzusehen.^{42,43}

Da die Datenlage in Bezug auf die Fragestellung wenig aussagekräftig ist, ist es nicht möglich, präzise Ergebnisse darzustellen. Es können keine Ergebnisse zur Wirksamkeit von MI in der betrieblichen Suchtprävention generiert werden. An den Patientengruppen ist

⁴¹ Im Anhang unter *8.4 Vorstellung der Literaturergebnisse*, können zu jeder Studie die ausführlichen Kritikpunkte (Kritische Bewertungen) und die jeweiligen Schlussfolgerungen der Autoren begleitend zur Diskussion eingesehen werden.

⁴² s. Anhang: *8.6 Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien*

⁴³ s. Anhang: *8.5 Übersicht der Bias Risiken der eingeschlossenen Studien*

erkennbar, dass MI überwiegend bei Alkoholabhängigen getestet wurde. Alle eingeschlossenen Studien beschäftigen sich mit dieser Personengruppe. Interessant ist, dass nur Nahom (2005) und Smedslund u.a. (2011) sich mit allen drei Patientengruppen beschäftigen. Die Komorbidität zwischen Alkohol- und Drogenabhängigkeit spiegelt sich in den Studien Korcha u.a. (2013) und Lussier & Richard (2007) wieder. Morgenstern u.a. (2012) beschreiben als einzige Studie gesondert, dass die Patienten neben der Alkoholabhängigkeit auch an Drogen- und Medikamentenabhängigkeit im geringen Maße litten. Zum Alter der Klienten ist festzuhalten, dass Aussagen zu jungen Erwachsenen bis hin zu allen Altersstufen⁴⁴ getroffen werden können. Es ist erkennbar, dass Studierende oder Schüler, die sich im höheren Bildungssystem qualifizieren wollen, eher zu der gefährdeten Personengruppe gehören. Sie sind oft Zielgruppe von Alkoholpräventionsmaßnahmen (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Smedslund u.a., 2011). Hinsichtlich der Bias Risiken kann an dieser Stelle zusammengetragen werden, dass der jeweilige Schweregrad der Erkrankung bei den Probanden sehr unterschiedlich war (vgl. Magill u.a., 2013). Morgenstern u.a. (2012) beschreiben einen höheren Grad der Erkrankung, während Korcha u.a. (2013) darstellen, dass ihre Teilnehmer an einer leichteren Form der Crystal Meth- Abhängigkeit litten. Smedslund u.a. (2011) konnten keine Aussagen zum jeweiligen Schweregrad formulieren. Die Autoren halten ebenfalls fest, dass der Schweregrad der Abhängigkeit Einfluss auf die Wirksamkeit von MI zu nehmen scheint. Dieser Aspekt muss mit Zurückhaltung betrachtet werden, da diese Annahme nur auf einer Studie (vgl. Smedslund, 2011) beruht. Die Stichprobengrößen der verschiedenen Studien, aber auch die der eingeschlossenen Primärstudien der SR, variieren sehr stark (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Nahom, 2005; Morgenstern u.a., 2012). Magill u.a. (2013) haben keine Stichprobenkalkulation vorgenommen und Korcha u.a. (2013) konnten die Kalkulation nicht transparent beschreiben. In der Querschnittsstudie von Magill u.a. (2013) sind auch Differenzen zwischen den Stichproben erkennbar. Es liegt in allen bewerteten Studien ein unklares Risiko des Attrition-Bias vor. Im eingeschlossenen RCT beispielsweise werden keine Angaben zum Verlust bzw. Zulauf von Teilnehmern beschrieben. Bestätigt werden kann dies durch Magill u.a. (2013), hier liegt keine Begründung dafür vor, dass fast 20% der Teilnehmer nicht mehr am Follow-Up teilnahmen. Oftmals liegen zu geringe Stichprobengrößen und damit ebenfalls verbunden zu geringe Effektgrößen in den betrachteten Studien vor. Sie mindern die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich (vgl.

⁴⁴ Insbesondere zwischen 30 und 40 Jahren (vgl. Korcha u.a., 2013)

Korcha u.a. 2013; Morgenstern u.a., 2012; Nahom, 2005). Die Übertragbarkeit der dargestellten Ergebnisse auf andere Patientengruppen sind in drei von sieben Studien mit Schwierigkeiten behaftet (vgl. Korcha u.a. 2013; Lussier & Richard, 2007; Morgenstern u.a., 2012). Magill u.a. (2013) fordern deswegen, dass ihr Studiendesign auf andere Patientengruppen übertragen werden sollte.

Als Substanz wurde hauptsächlich Alkohol untersucht. Er wird in allen vorliegenden Studien benannt. Smedslund u.a. (2011) sowie Korcha u.a (2013) konnten zusätzlich Aussagen zu Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit machen. Das komorbide Auftreten von Alkohol- und Substanzmissbrauch beschäftigt auch Lussier & Richard (2007) sowie teilweise auch Morgenstern u.a. (2012). Die Literaturübersicht zeigt das breiteste Spektrum der behandelten Substanzabhängigkeiten über Alkohol-, Nikotin-, oder Drogenabhängigkeit bis hin zu mehrfach Abhängigkeiten (vgl. Nahom, 2005). Interessant an dieser Stelle ist, dass Korcha u.a. (2013) zum Ziel hatten, die Auswirkungen von MI in Bezug auf die Crystal Meth-Abhängigkeit zu prüfen. Jedoch konnten sie am Ende nur Aussagen zur Reduzierung des Alkoholkonsums beschreiben. Weitere Aspekte zur Substanz bzw. dem Suchtmittel werden in Bezug auf das Konsumverhalten im Verlauf der Diskussion noch dargestellt. Für die Schlussfolgerung der Bachelorarbeit bedeutet dies, dass nur vage Vermutungen zu den Wirkungen von MI in Bezug auf die Medikamentenabhängigkeit der Gesundheits- und Krankenpfleger formuliert werden können.

Alle Studien haben gemeinsam, dass sie sich ganz oder teilweise mit der Intervention von MI beschäftigen. In drei Studien kamen weiterentwickelte MI-Konzepte in Form von MET, AMI und Intensiv MI zum Einsatz (vgl. Korcha u.a. ,2013; Magill u.a., 2013; Nahom, 2005). Fünf von sieben Studien gaben andere Interventionen als Vergleich zur MI-Therapie an (Foxcroft u.a., 2014; Korcha u.a., 2013; Magill u.a., 2013; Morgenstern u.a., 2012; Smedslund u.a., 2011). Im letzten Artikel werden die Strukturen von MI mit Hilfe von Praxisbeispielen einer medizinischen Beratung diskutiert (vgl. Lussier & Richard, 2007). Die Bias Risiken sind auch an dieser Stelle nicht außer Acht zu lassen. Verknüpfend lässt sich sagen, dass in den Studien die (verdeckte) Zuordnung der Studienteilnehmer oft nicht transparent bzw. nachvollziehbar dargestellt war (vgl. Smedslund u.a., 2011; Foxcroft u.a., 2014). Es war oftmals keine Verblindung der Teilnehmer und der Behandler möglich und die Verblindung des Ergebnismitgliebers wurde nur bedingt eingehalten (vgl. Smedslund u.a., 2011; Foxcroft u.a., 2014; Korcha u.a., 2013; Magill u.a., 2013). Es ist methodisch fraglich, ob die Randomisierung computerstützt erfolgte und ob eine verdeckte Zuordnung möglich

war bzw. eine Verblindung von Teilnehmern und durchführendem Personal möglich gewesen wäre (vgl. Morgenstern u.a., 2012). In den Studien von Smedslund u.a. (2011), Magill u.a. (2013), Morgenstern u.a. (2012) und Korcha u.a. (2013) wurde sich bemüht, den Durchführungs-Bias gering zu halten. Entweder wurde eine standardisierte und einheitliche Durchführung der Interventionen gewährleistet oder durch Audio- und Videoaufnahmen die fachgerechte Durchführung von MI sichergestellt (vgl. Smedslund u.a., 2011). Positiv anzumerken ist, dass Foxcroft u.a. (2014), Smedslund u.a. (2011) sowie Korcha u.a. (2013) sich dennoch bemühen, transparent und nachvollziehbar vorzugehen und dies in ihren Studien auch genau zu dokumentieren. Es gab bei den verschiedenen Studien auch die Problematik, dass Einzel- und Gruppentherapien angeboten wurden. Hier wird es schwierig, die Verhaltensveränderung der Patienten ausschließlich auf MI zurückzuführen. (vgl. Smedslund u.a. 2011; Foxcroft u.a., 2014). Hinzu kommt auch noch, dass die Kontrollinterventionen in den Studien sehr verschieden waren. Die Settings sowie die Dauer der MI-Intervention wichen teilweise ab (vgl. Smedslund u.a. 2011; Nahom, 2005; Foxcroft u.a. 2014). Die beiden Systematic Reviews von Smedslund u.a. (2011) und Foxcroft u.a. (2014) beschreiben eine hohe Heterogenität der eingeschlossenen Primärstudien. Bestätigt werden kann dies durch Nahom (2005). Der RCT von Korcha u.a. (2013) zeigt beispielsweise die bestehenden Schwierigkeiten in der Bewertung bzw. der Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Primärstudien in den SR auf. Erkennbar ist dies dadurch, dass selbst innerhalb der einzelnen Studie die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert wird. Ausgelöst beispielsweise durch verschiedene Behandlungsinhalte (Ernährung + Standard MI gegenüber Intensiv MI) innerhalb einer Studie (vgl. Korcha u.a., 2013).

Zu den Zeitpunkten direkt nach dem Beenden von MI, sechs bzw. zwölf Monate nach der Intervention, konnten Effekte zu Gunsten von MI nachgewiesen werden. MI wies erst nach einer Zeit von sechs bis zwölf Monaten effektivere Ergebnisse, im Gegensatz zu Feedbackgesprächen, auf (vgl. Smedslund u.a., 2011). Es konnten zu beiden Messpunkten, ‚< als vier Monate‘ und ‚> als vier Monate‘, nach der MI Intervention Effekte nachgewiesen werden (vgl. Foxcroft u.a., 2014). Beide Interventionsformen⁴⁵ haben prozentual eine erhöhte Abstinenzrate der Teilnehmer zwischen dem ersten Interview und den folgenden sechs Monaten bestätigen können (vgl. Korcha u.a., 2013). Der größte positive Effekt in Form von Konsumreduzierung konnte in den ersten zwei Wochen nach der Randomisierung, zu Gunsten von MI, festgestellt werden. Nach zwölf Wochen konnten gleichwertige

⁴⁵ Beide Interventionsformen: Standard MI und Intensiv MI

Ergebnisse zur Reduzierung des Alkoholkonsums zwischen MI und SOMI, verglichen mit der Ausgangslage, ermittelt werden (vgl. Morgenstern, 2012). Die Querschnittsstudie beschreibt Auswirkungen der aktiven Bestandteile der MI-Therapie nach ein, zwei, sechs und zwölf Wochen. Der höchste Effekt konnte nach zwei Wochen aufgezeigt werden, vorausgesetzt der therapeutische Fokus lag auf Engagement (vgl. Magill, 2013). Als Diskussionspunkt kann angeführt werden, dass die Messzeitpunkte in den beiden SR aus den verschiedenen Primärstudien zusammengefasst wurden (vgl. Smedslund u.a. 2011; Foxcroft u.a. 2014). Foxcroft u.a. (2014) teilten die Follow-Up Messzeitpunkte in ‚< als vier Monate nach der Intervention‘, ‚> als vier Monate nach der Intervention‘ oder nach der Anzahl der stattgefundenen Therapieeinheiten ein. In der Pilotstudie von Morgenstern u.a. (2012) ist zu bemängeln, dass der Follow-Up Zeitpunkt mit vier Wochen bzw. zwölf Wochen (vgl. Magill u.a., 2013) nach der Intervention zu früh gewählt wurde. Die Messzeitpunkte der Follow-Up sind in der weiteren Bachelorthesis schwer zu beurteilen, da sie in den vorliegenden Studien nicht einheitlich gewählt sind. Der Vergleich der Effekte von MI zu verschiedenen Zeitpunkten ist schwierig zu übertragen, daher können hier nur teilweise Effekte vermutet werden (vgl. Smedslund u.a. 2011; Foxcroft u.a., 2014). Schwierig zu vergleichen ist der Zeitraum, in dem MI zu wirken beginnt. Es ist ebenfalls problematisch, Wechselwirkungen mit anderen Interventionen komplett auszuschließen (vgl. Korcha u.a 2007; Morgenstern u.a., 2007). Diese Erschwernis schildern auch Morgenstern u.a. (2007) und Korcha u.a. (2013). Die Wirkungen, die möglicherweise durch TFS und CBT entstehen und Einfluss auf den Veränderungsprozess nehmen können, werden erwähnt, aber nicht detailliert beschrieben. Dies ist auch in der SR von Foxcroft u.a. (2014) der Fall.

Die eingeschlossenen Studien beschreiben positive Effekte von MI, gehäuft zwischen zwei Wochen (vgl. Magill u.a., 2013; Morgenstern u.a., 2012), zwei Monaten (vgl. Korcha u.a., 2013; Morgenstern u.a., 2012) bis hin zu sechs Monaten (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Magill u.a., 2013; Smedslund u.a., 2011). Zu den Effekten der MI Interventionen kann zusammenfassend gesagt werden, dass fünf von sieben Studien von einer Konsumreduzierung sprechen (vgl. Smedslund u.a., 2011; Foxcroft u.a., 2014; Korcha u.a., 2013; Morgenstern, 2012; Magill u.a., 2013). Der RCT untersuchte ursprünglich die Effekte von MI hinsichtlich der Crystal Meth-Abhängigkeit, es können aber nur Ergebnisse zur Reduzierung des Alkoholkonsums ermittelt werden (vgl. Korcha u.a., 2013). Ähnlich wie beim RCT ist es auch hier der Fall, dass vorwiegend Konsumreduzierungen im Rahmen der Alkoholabhängigkeit stattfinden. Die Reduzierung der verhältnismäßig geringen Drogen-

und Medikamentenabhängigkeit der Teilnehmer kann nicht bestätigt werden (vgl. Morgenstern, 2012). Zu steigenden Abstinenzraten während der Therapie können Aussagen in drei von sieben Studien festgehalten werden (vgl. Korcha u.a., 2013; Magill u.a., 2012; Smedslund u.a., 2011). Magill u.a. (2012), beschreiben in ihrer Studie Reduzierungen und Erhöhungen des Substanzgebrauchs. Beispielsweise zeigte die OP Patientengruppe keine signifikante Reduzierung der Häufigkeit des Alkoholkonsums. Die Autoren begründen dies als Ausdruck von Verunsicherung der Betroffenen. Sie kämpfen vermutlich mit der Motivation zur Veränderung und damit, ob die Therapie wirklich zum gewünschten Ziel führt (vgl. Magill u.a., 2013). Aus Sicht der Beurteilung der Evidenzen zu dem Themenbereich Konsumverhalten muss kritisch angemerkt werden, dass Morgenstern u.a. (2012) die Codierung der Gesprächsinhalte des ‚Client Change Talk‘ nicht transparent genug dargestellt haben. Es sind Risiken zu vermuten, die auf eine unverhältnismäßige Selektion der Äußerungen hindeuten könnten. Die Möglichkeit besteht, dass Faktoren, die zur Reduzierung des Alkoholkonsums führten, stärker gewichtet wurden.

Zum letzten inhaltlichen Punkt kann zusammen getragen werden, dass Effekte von MI in sechs von sieben Studien beschrieben werden. Drei von sieben Studien können positive Effekte beschreiben (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Korcha u.a., 2013; Smedslund u.a., 2011). Es konnte eine minimale klinische Differenz für junge Erwachsene und ihren Alkoholmissbrauch ermittelt werden, da die Menge und die Häufigkeit des Alkoholkonsums durch MI beeinflussbar waren (vgl. Foxcroft u.a., 2014). Konträr dazu stehen die Ergebnisse von Nahom (2005), denn der herausragende Erfolg von MI/AMI gegenüber anderen Interventionen bleibt unklar. Es konnten keine statistisch signifikanten Ergebnisse gefunden werden, die klar zeigen, wie eine Verhaltensveränderung durch eine der MI/AMI Interventionen erfolgt. Über die Entstehungsmechanismen der Verhaltensveränderung kann nichts ausgesagt werden. Es können keine Aussagen zur Wirksamkeit von MI/AMI gemacht werden. MI/AMI ist nahezu ähnlich effektiv wie andere Interventionen in der Psychotherapie (vgl. Nahom, 2005). Ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse konnten von Magill u.a (2013) und Morgenstern u.a. (2012) beschrieben werden. Im Hinblick auf die Effektivität von MI wird in mehreren Studien die Beziehung zum Therapeuten bzw. das Verhalten des Therapeuten als ein entscheidender zusätzlicher Faktor beschrieben. Es konnte herausgestellt werden, dass die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten⁴⁶ einen eindeutigen

⁴⁶ Die Zusammenarbeit mit den Therapeuten gemessen an dem ‚Helping Alliance Questionnaire‘ im Intensiv MI über alle Therapiesitzungen beurteilten bzw. schätzten die Frauen deutlich höher ein als die Männer.

Thema: Prävention von Medikamentenabhängigkeit

Einfluss auf die Reduzierung der Schwere der Alkoholabhängigkeit nach sechs Monaten hatte (vgl. Korcha u.a., 2013). Dieses Ergebnis kann bestätigt werden durch Morgenstern u.a. (2012), denn das Verhalten des Therapeuten kann die Motivation zur Verhaltensveränderung des Einzelnen steigern. Dies bedeutet, dass die Beziehung zwischen den Beteiligten einen Einfluss auf die Reduzierung des Alkoholkonsums hat (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Die Motivation entsteht durch die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Dagegen nimmt der Therapeut nicht an, dass die Motivation eine Voraussetzung für den Erfolg von MI ist. MI wird in diesem Fall als dynamischer Prozess verstanden (vgl. Magill u.a., 2013). Es können aber keine überlegenen Erkenntnisse zur Unterstützung von MI gefunden werden. Es konnten keine Vorhersagen über den weiteren Verlauf des Alkoholkonsums gemacht werden. Eine Interpretation der Wirksamkeit von MI, SOMI und SC ist schwierig. SC ist weniger effektiv als MI und SOMI, aber die Differenzen sind nicht signifikant (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Die drei gemessenen therapeutischen Wirkvariablen, die von Magill, u.a. (2013) erhoben wurden, nahmen keinen Einfluss auf die Veränderung des Patiententrinkverhaltens⁴⁷ beider untersuchter Patientengruppen. Der Fokus auf das Engagement zur Veränderung kann als aktiver Bestandteil der MI Therapie herausgestellt werden, denn beide Untersuchungsgruppen profitierten davon und eine Verhaltensveränderung trat nachhaltig ein (vgl. Magill u.a., 2013).

Die ermittelten Effekte von MI aller Studien müssen vor dem Hintergrund der nun mehrfach dargestellten Bias Risiken mit Bedacht behandelt werden. Nahom (2005) hält fest, dass in der Literaturübersicht keine der eingeschlossenen Studien transparent darlegen kann, wie sie zu einigen Ergebnissen gelangt ist. Problematisch ist hier, dass keine einheitlichen Messinstrumente für die einzelnen Interventionen angewendet wurden. Die Autorin bemängelt ebenfalls, dass die gegenwärtige Literatur nicht die Möglichkeit bietet, Interventionsverfahren in Verbindung mit dem Patienten Outcome zu beurteilen (vgl. Nahom, 2005). Foxcroft u.a. (2014) beschreiben es als hilfreich, wenn es in Zukunft einheitliche Berichterstattungen der Studien gäbe, dies würde die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und deren Effekte erleichtern. Ebenfalls negativ an dieser Stelle ist bei Foxcroft u.a. (2014) anzumerken, dass sehr viele Outcome Parameter im Ergebnisteil betrachtet wurden. Ein kleineres Ergebnisspektrum hätte die Resultate möglicherweise präzisiert und komprimiert. Eine Schwierigkeit stellt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse dar, denn die

⁴⁷ Die Veränderung des Patiententrinkverhaltens ist meist zusätzlich abhängig von der Motivation des Einzelnen.

verschiedenen Behandlungsinhalte⁴⁸ können die Ergebnisse zu beiden Seiten verzerren. Zum einen zu Gunsten von Intensiv MI, da der gemeinsame Autor Galloway an der Entwicklung von Intensiv MI sowie der vorliegenden Effektivitätskontrollstudie des Intensiv MI beteiligt ist.⁴⁹ Zum anderen aufgrund des Ernährungsseminars, welches Motivationen zu einer gesunden Lebensweise erzeugen könnte und somit zu einer Reduzierung des Suchtmittelkonsums beitragen könnte. Es sind einseitige Effekte zu Gunsten des Intensiv MI durch 75 % Frauenanteil zu vermuten (vgl. Korcha u.a., 2013). Morgenstern u.a. (2012) stellen fest, dass die bisher durchgeführten Studien über ein mangelhaftes Design verfügen. Daher ist es auf dieser Grundlage schwer zu sagen, wie die Elemente funktionieren und wem sie nutzen können. Magill u.a. (2013) konnten zwar den Fokus des Engagements als aktiven Bestandteil beschreiben, aber es bleibt fraglich, ob dieses Ergebnis ausschließlich auf die Wirksamkeit von MET zurückzuführen ist.

Der beschriebene Beziehungsaspekt zwischen Patient und Therapeut kann mit Hilfe des Artikels von Lussier & Richard (2007) weiterführend erläutert werden. Der patientenorientierte Umgang, im Hinblick auf die vorgeschlagene Therapie, und der Umgang mit der Veränderung muss begleitet und unterstützt werden. Die Hilfen sollten alltagsbezogen ausgewählt werden und den Betroffenen nicht überfordern. Der Therapeut übernimmt die Rolle des Motivators. Gleichzeitig motiviert er auch den Erkrankten. Ambivalente Äußerungen des Patienten sollten beachtet werden. Es zeigt sich im MI Prozess als förderlich, die Zweifel und Konflikte zu lösen (vgl. Magill u.a., 2013). Erst das Begreifen und die Motivation des Patienten bilden die Grundlage für die tatsächliche Veränderung. Falls keine Veränderung erfolgt ist, sollte der Arzt gemeinsam mit seinem Patienten die möglichen Gründe besprechen und gegebenenfalls sollte das eigene Selbstvertrauen bzw. die eigenen Überzeugungen zur Umsetzung der Veränderung berücksichtigt werden (vgl. Lussier & Richard, 2007). Der Artikel von Lussier & Richard (2007) konnte nicht anhand der Beurteilungskriterien bewertet werden, deswegen sind seine Ergebnisse kritisch zu betrachten. Inhaltliche Kritikpunkte sind, dass nur Annahmen über Wirkungen von MI in verschiedenen medizinischen Beratungsgesprächen getroffen werden können. Außerdem lässt sich sagen, dass das kontinuierliche Bemühen des Behandlers und die individuelle Unterstützung des Einzelnen zum langfristigen Erfolg führen. Entscheidend ist, immer

⁴⁸ Ernährungsseminar + Standard MI gegenüber Intensiv MI (vgl. Korcha u.a., 2013)

⁴⁹ Vergleiche dazu auch Nahom (2005), sie stellt ein eigens entwickeltes Modell zur Erfassung von Mechanismen die zur Verhaltensveränderung führen vor. Hier kommt es möglicherweise auch zur selektiven Betrachtung von MI/AMI.

wieder die Motivation des Patienten zu mobilisieren und ihn zu ermutigen, dass mühsam erlernte Verhalten zur Routine werden zu lassen (vgl. Lussier & Richard, 2007).

Abschließend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien teilweise nachvollziehbar sind. Interessante Ergebnisse konnten ebenfalls gefunden werden. Jedoch ist erkennbar, dass viele Ergebnisse durch die unklaren bis teilweise hohen Bias Risiken an Gewichtung verlieren. Sowohl die hohe Heterogenität der beurteilten Studien, aber auch die hohe Heterogenität der Primärstudien, innerhalb der SR erschweren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Smedslund u.a., 2011). In Bezug auf die Fragestellung können in der Schlussfolgerung nur Annahmen bis vage Vermutungen geäußert werden. Leider ist es aufgrund der geringen Datenlage nicht möglich präzise Ergebnisse zu formulieren.

5.2 Limitationen der vorliegenden Bachelorarbeit

Hinsichtlich der geringen Datenlage sind einige methodische Limitationen der Bachelorarbeit zu nennen. Möglicherweise wurden zu wenige Begriffe in den Datenbanken eingegeben. Zum anderen besteht die Gefahr, dass es durch die Groß- und Kleinschreibung zu weniger Treffern kam. Minimale Begriffszusätze bei den einzelnen Suchdurchläufen haben vermutlich ebenfalls zur Reduzierung der Treffer geführt. MeSH-Terms erfassen viele Begriffe. Vielleicht hätten eine gezieltere Freitextsuche und die Kombinationen noch einmal zu anderen Trefferanzahlen geführt. Nicht in allen Datenbanken wurde mit dem kompletten Begriffsbaum der MeSH-Terms gearbeitet. Die Synonyme variierten von Datenbank zu Datenbank. Ein möglicher Aspekt ist auch, dass zu wenige Datenbanken durchsucht wurden. Kritisch ist zu sehen, dass der Großteil der Studien die Wirkungen von MI im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum anspricht. Die verwendeten Bewertungskriterien sind zwar standardisiert jedoch nur bei SR und RCT verlässlich anwendbar. Bei einigen Studien wurden mehrere Bewertungslisten zur Einstufung angewendet. Ziel war es durch mehrere Schemata die Transparenz der Entscheidung herzustellen. Die Evidenzeinstufung und das Zusammenführen der Ergebnisse erfolgte auf der Basis von unterschiedlichen Studiendesigns⁵⁰. Verschiedene Studiendesigns erschweren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sowie die der Evidenzen. Einschlusskriterien für die systematische Recherche waren zu Beginn vermutlich zu eng gefasst. Dadurch sind aufgrund der Fragestellung viele interessante Artikel zur Reduzierung des Alkoholkonsums durch MI im Vorfeld

⁵⁰ Studiendesigns der eingeschlossenen Studien: zweimal SR, RCT, Literaturreview, Pilotstudie, Querschnittsstudie, Expertenmeinung

ausgeschlossen worden. Die alleinige Volltextansicht bei über 1000 Treffern, sowie die zeitliche Eingrenzungen der eingeschlossenen Studien von 2005-2015, limitierte die geringe Studienanzahl zusätzlich. Zu bedauern ist der Ausschluss der drei relevanten Systematic Reviews, da nur ein vorläufiger Abstract jeweils vorhanden war.⁵¹ Anders als bei Systematischen Übersichtsarbeiten erfolgte die Ergebniseinschätzung und Darstellung nur durch eine Autorin.

6. Schlussfolgerung

Keines der Studienresultate kann aussagekräftige Ergebnisse zum Anwendungsbereich der betrieblichen Suchtprävention leisten. Es konnten innerhalb der systematisch angelegten Recherche keine Studien zu MI und seiner Wirkung in der betrieblichen Suchtprävention gefunden werden. Aufgrund der geringen Datenlage können nur Annahmen zur Wirksamkeit von MI im Bereich der betrieblichen Suchtprävention formuliert werden. Die Begründung für die Anwendung der MI-Methode als Intervention der Betrieblichen Suchtprävention wurde vor dem Hintergrund des Stufenplans⁵² erläutert.

Für das Erstgespräch, ‚Einstieg in den Stufenplan‘, scheint die MI Intervention nicht sinnvoll zu sein. Zu diesem Zeitraum ist der betroffene Gesundheits- und Krankenpfleger sich vermutlich noch nicht bewusst, dass seine Abhängigkeitserkrankung aufgefallen ist. Wie in der Einleitung bereits deutlich wurde, neigen Gesundheits- und Krankenpfleger dazu, Stress, Angst und Schmerz mit Alkohol und Drogen zu bekämpfen (vgl. Baldisseri, 2007). In den vorliegenden Studien wurde oft berichtet, dass keine Aussagen zur Bereitschaft zur Veränderung getroffen werden konnten, da diese Resultate nicht hinreichend beschrieben wurden. Nahom (2005) konnte Wissens- und Verständnislücken in Bezug auf MI/AMI beleuchten und zukünftige Forschungsziele formulieren. Sie schlägt beispielsweise Analysen zur Wirksamkeit von MI/AMI vor. Diese Ergebnisse könnten die Praxis nachhaltig verbessern. Sie stellte heraus, dass zu wenig darüber bekannt sei, wie die Interventionen funktionieren und wie durch diese eine Verhaltensveränderung erreicht wird. Es ist zu diesem frühen Zeitpunkt im Stufenplan fraglich, ob der Betroffene bereit ist, Rat anzunehmen. Es gibt Hinweise darauf, dass es unterschiedliche situative Motivationsmuster der Betroffenen gibt (vgl. Lussier & Richard, 2007). Um wirksam in der betrieblichen

⁵¹ s. Anhang: 8.2.3 Datenbank Cochrane Library, Suchlauf neun.

⁵² Die Strukturierung der Schlussfolgerung ist angelehnt an den Stufenplan der DHS.

Titel: ‚Entwurf eines Interventionsleitfadens bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz (Öffentlicher Dienst)‘ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 133-134).

Suchtprävention vorzugehen, erscheint es sinnvoll, individuelle Ziele zu formulieren, damit die Motivation des Betroffenen steigt.

In dem darauf folgenden zweiten Gespräch wäre ein Beginn mit MI denkbar, denn auf Wunsch des erkrankten Mitarbeiters können Ansprechpersonen für Suchtfragen bzw. Ansprechpartner der Mitarbeiterberatung mit in den Interventionsprozess integriert werden. Es fällt auf, dass der Mitarbeiter ab diesem Zeitpunkt und zu allen weiteren Gesprächen, einschließlich Gespräch vier, mit seinem Fehlverhalten konfrontiert wird. Eine vage Vermutung, basierend auf einer Studie (vgl. Magill u.a., 2013) besagt, dass gerade der Fokus auf Ambivalenz und Diskrepanz als kontraindiziert gilt, MI scheint sich nicht als Maßnahme zur Konfliktbewältigung zu eignen. Die Übertragbarkeit an dieser Stelle ist schwierig, da diese Aussage (vgl. Magill u.a., 2013) in einem anderen Therapiezusammenhang ermittelt worden ist. MI könnte in der Phase zu Erfolgen führen, vorausgesetzt, der betroffene Gesundheits- und Krankenpfleger sieht seine Erkrankung ein und zeigt auch den Willen bzw. ist motiviert, sich helfen zu lassen.

Zum Zeitpunkt des dritten Gespräches ist die Teilnahme an MI-Therapiesitzungen sinnvoll bis notwendig. Dadurch könnte ein Gegenpol geschaffen werden. Schwerpunkt des Therapeuten könnte an dieser Stelle sein, sich erst den inneren Konflikten des Erkrankten durch den Aufbau von Diskrepanz zu widmen. Im darauf folgenden Schritt kann versucht werden, den Konflikt zu lösen. Ziel ist es, Stärken des Betroffenen zu intensivieren, um daraus Motivation für die angedachte Veränderung zu schaffen (vgl. Magill u.a., 2013). Vielleicht kann durch diesen Schwerpunkt versucht werden, dem Betroffenen eine Perspektive zur Selbsterkenntnis zu geben. Wirksam ist das Wiederholen der Anforderungen bis das veränderte Verhalten einsetzt und routiniert in den Alltag des Betroffenen integriert ist (vgl. Lussier & Richard, 2007). In Zukunft ist es wichtig, ein Augenmerk auf die Gemeinsamkeiten und auf die Wirkweise von MI zu legen (vgl. Morgenstern u.a., 2012). Denn die vorliegende Literatur bietet nicht die Möglichkeit, Interventionsverfahren in Hinblick auf die Patienten Outcomes zu beurteilen (vgl. Nahom, 2005).

Auffallend ist, dass der Rückmeldezeitraum von sechs bis acht Wochen innerhalb des Stufenplans für den Wirkzeitraum von MI problematisch gewählt ist. Die eingeschlossenen Studien beschreiben positive Effekte von MI gehäuft zwischen zwei Wochen (vgl. Magill u.a., 2013; Morgenstern u.a., 2012), zwei Monaten (vgl. Korcha u.a., 2013; Morgenstern u.a., 2012) bis hin zu sechs Monaten (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Magill u.a., 2013; Smedslund

u.a., 2011). Abschließend lässt sich sagen, dass die evidente Anwendung von MI in der betrieblichen Suchtprävention noch durch Studien belegt werden muss.⁵³ Es bleibt trotz der Annahmen unklar, ob die MI-Therapie auch signifikante Effekte bei Medikamentenabhängigen zeigt. Die Wirksamkeit von MI in Bezug auf diese Patientengruppe muss näher erforscht werden.

Hinsichtlich der zentralen Fragestellung konnte beantwortet werden, dass MI in der betrieblichen Suchtprävention, zu den hier dargestellten Zeitpunkten, positive Effekte zeigen kann. Durch die ermittelten Ergebnisse ist MI im Rahmen des Stufenplans umsetzbar und eignet sich, unter Berücksichtigung der geringen Datenlage, als Intervention der betrieblichen Suchtprävention. Es kann eine Wirksamkeit von MI, in Bezug auf die Medikamentenabhängigkeit, vermutet werden. Es ist mehr Forschung in Bezug auf die MI-Therapie innerhalb der betrieblichen Suchtprävention notwendig (vgl. Foxcroft u.a., 2014; Magill u.a., 2013; Morgenstern u.a., 2012; Nahom, 2005).⁵⁴ Im zweiten Schritte könnte anhand des zeitlichen Rahmens des Stufenplans ermittelt werden, wann MI gezielt die Motivation steigern soll, damit die Ziele der betrieblichen Suchtprävention, aber auch die des betroffenen Gesundheits- und Krankenpflegers, erfolgreich verfolgt werden können.

Im Anhang unter *8.4 Vorstellung der Literatureergebnisse* können zu jeder eingeschlossenen Studie ⁵³die Schlussfolgerung der jeweiligen Autoren, aber auch die Kritische Bewertung, Ideen für den Forschungsansatz in der Betrieblichen Suchtprävention bieten.

⁵⁴die Begründungen in der jeweiligen Schlussfolgerung der Autoren nachgelesen werden.

7. Literaturverzeichnis

- ABELER, J. (2013). Sucht unter Pflegekräften. In B. Badura (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013: Verdammt zum Erfolg-die süchtige Arbeitsgesellschaft?*, o.A. (S. 155; S.159). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- BALDISSERI, M. R. (2007). Impaired healthcare professional. *Critical Care Medicine*, Vol. 35, No. 2, S. 106-116.
- BONNET, U. (2011). Unstillbares Verlangen nach einem Anästhetikum. *Neurologie & Psychiatrie*; Vol. 13, Nr. 4, S.40-44.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2011). Unternehmen unternehmen Gesundheit: Betriebliche Gesundheitsförderung im Fokus der kleinen und mittleren Unternehmen. 2. Auflage, Niestetal: Silber Druck ohG, S.7.
- DAVISON, G. C., NEALE, J. M. & HAUTZINGER, M. (2007). *Klinische Psychologie.*, 7. vollständig überarbeitete und .erweiterte Ausgabe, Weinheim, Basel: Belz Verlag. S. 412.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (DHS).(Hrsg.). (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Ein Leitfaden für die Praxis. 2. *aktualisierte und ergänzte Auflage Januar 2011*
Verfügbar unter:
http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards_DHS_2011.pdf
Zuletzt überprüft am: 27.03.2015 um 11:42h
- ENNENBACH, M. & SOYKA, M. (2007). Identifikation von pathogenem Alkoholkonsum und Suchtprävention: Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung an einer Rehabilitationsklinik. *Der Nervenarzt*.2007/78. S. 530-535.
- ENNENBACH, M. GASS, B., REINECKER, H. SOYKA, M. (2009). Wirksamkeit betrieblicher Suchtprävention: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*. 2009/80: S. 305-314.
- FOXCROFT, D.R., COOMBES, L., WOOD, S., ALLEN, D. & ALMEIDA SANTIMANO, N.M.L. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8*, published by JohnWiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Collaboration.
- GKV-SPITZENVERBAND. (Hrsg.). (2014). Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014
Verfügbar unter:
http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
Zuletzt überprüft am: 27.03.15 um 11:18h.

GKV-SPITZENVERBAND. (2015). Wir über uns.

Verfügbar unter:

http://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/wir_ueber_uns/wir_ueber_uns.jsp

Zuletzt überprüft am: 12.04.15 um 16:01h.

ISFORT, M., WEIDNER, F., KRAUS, S., NEUHAUS, A., KÖSTER, V.-H. & GEHLEN, D. (2009). Pflege-Thermometer 2009: Intensivpflege unter Druck. *Pflege Intensiv*, 2009/3/10 S. 7f.

JACOBI, F., HÖFLER, M., STREHLE, J., MACK, S., GERSCHLER, A., SCHOLF, L., BUSCH, M. A., MASKE, U., HAPKE, U., GAEBEL, W., MAIER, W., WAGNER, M., WAGNER, M., ZIELASEK, J. & WITTCHE, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1- MH). *Nervenarzt*, 2014/ 85:S. 77-87.

KLIE, T. & STASCHEIT, U. (Hrsg.).(2011).Gesetze für Pflegeberufe: Textsammlung, §3 Krankenpflegegesetz (KrPflG), 12. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 422.

KORCHA, R. A.,POLCIN, D.L., EVANS, K., BOND, J. C. & GALLOWAY, G.P.(2013). Intensive Motivational Interviewing for women with concurrent alcohol problems and methamphetamine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2014/46(2): S. 113-119.

LUSSIER, M.- T. & RICHARD, C. (2007). The motivational interview: In practice. *Canadian Family Physician*, Vol 53, 2117-2118.

MAGILL, M., STOUT, R. L. & APODACA, T. R. (2013). Therapist focus on ambivalence and commitment: a longitudinal analysis of Motivational Interviewing treatment ingredients. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 27, No. 3: S. 754-762.

MAIER, C., IWUNNA, J., BÜRKLE, H., KAISERS, U., SCHERBAUM, N., SCHÜTTLER, J., SOUKUP, J. & VAN AKEN, H. (2010). Empfehlung zum Umgang mit abhängigkeiterkrankten Mitarbeitern im Krankenhaus*. *Anästhesiologie und Intensivmedizin*, 2010/51: S. 719-721.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

MORGENSTERN, J., KUERBIS, A., AMRHEIN, P., HAIL, L., LYNCH, K. & MCKAY, J.R.(2012). Motivational Interviewing: A Pilot Test of Active Ingredients and Mechanisms of Change. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol.26, No. 4: S. 859- 869.

NAHOM, D. (2005). Motivational Interviewing and Behavior Change: How Can We Know How It Works?. *Journal of Evidence-Based Social Work*, Vol. 2, No. 1/2: S. 55-78.

NIEDERSÄCHSISCHES MINISTERIUM FÜR SOZIALES, FRAUEN, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hrsg.) (2008). Suchtprävention in Niedersachsen, o. Auflage, Holzminden: Color-Druck GmbH, S. 70f.

- ROJATZ, D., MERCHANT, A. & NITSCH, M. (2015). Zentrale Einflussfaktoren der betrieblichen Gesundheitsförderung: Ein systematischer Literaturreview. *Prävention und Gesundheitsförderung*.1/2015. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- RUB, A. & ENDRES, S. (2013). *Arzneimittelpocket:plus.*, 9. Auflage, Grünwald: Börm Bruckmeier Verlag, S. 210; 212.
- SMEDSLUND, G., BERG, R.C., HAMMERSTRØM, K. T., STEIRO, A., LEIKNES, K.A., DAHL, H.M. & KARLSEN, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5, published by JohnWiley & Sons, Ltd.: The Cochrane Collaboration.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2011). *Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser.* Fachserie 12, Reihe 6.1.1, 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2013). *Krankenhäuser: Eckdaten von Krankenhäusern 2013.* Verfügbar unter:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabelle/KrankenhaeuserJahreVeraenderung.html>
Zuletzt überprüft am: 07.01.2015 um 10:44h.
- TRINKOFF, A. M. & STORR, C. L. (1998). Substance Use among Nurses: Differences between Specialties. *American Journal of Public Health*, Vol. 88, No. 4, S. 581-585.
- UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG (Hrgs.).(2009). *Umgang mit Medikamenten- und Drogenabhängigkeit bei Medizinischem Personal: Ergänzung des Handlungskonzeptes zum Umgang mit sucht- und substanzbezogenen Störungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern*, 4. Auflage, o. Ort: o. Verlag.
- WRIGHT, E. L., MCGUINNESS, T., MONEYHAM, L. D., SCHUMACHER, J. E., ZWERLING, A. & STULLENBARGER, N. E. N. (2012). Opioid Abuse Among Nurse Anesthetists and Anesthesiologists. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, Vol. 80, No. 2 S. 120-128.

8. Anhang

8. Anhang

8.1 Die fünf Standard-Elemente von Interventionen der betrieblichen Suchtprävention der DHS....	2
8.2 Tabelle zur Literaturrecherche mit Trefferanzahl und Darstellung der relevanten Studien	4
8.2.1 Datenbank CINAHL.....	4
8.2.2 Datenbank Pubmed.....	7
8.2.3 Datenbank Cochrane Library	9
8.3 Flow-Chart zur Darstellung der Studienauswahl.....	13
8.4 Vorstellung der Literaturergebnisse	14
8.4.1 ‘Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults (Review)’	14
Autoren: Foxcroft, D.R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D. & Almeida Santimano, N.M.L. (2014)	14
8.4.2 ‘Intensive Motivational Interviewing for women with concurrent alcohol problems and methamphetamine dependence’	17
Autoren: Korcha, R. A., Polcin, D.L., Evans, K., Bond, J. C. & Galloway, G.P. (2013)	17
8.4.3 ‘The motivational Interview: in practice.’	20
Autoren: Lussier, M.-T., Richard, C. (2007).....	20
8.4.4 ‘Therapist focus on ambivalence and commitment: a longitudinal analysis of Motivational Interviewing treatment ingredients.’	22
Autoren: Magill, M., Stout, R. L. & Apodaca, T. R. (2013).	22
8.4.5 ‘Motivational Interviewing: A Pilot Test of Active Ingredients and Mechanisms of Change’	26
Autoren: Morgenstern, J., Kuerbis, A., Amrhein, P., Hail, L., Lynch, K. & McKay, J.R. (2012)	26
8.4.6 ‘Motivational Interviewing and Behavior Change: How Can We Know How It Works?’ ..	30
Autor: Nahom, D. (2005)	30
8.4.7 ‘Motivational interviewing for substance abuse’	33
Autoren: Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsen, K. (2011).....	33
8.5 Übersicht der Bias Risiken der eingeschlossenen Studien.....	36
8.6 Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien	37
8.7 Beurteilungskriterien zur kritischen Bewertung der eingeschlossenen Studien.....	38

8.1 Die fünf Standard-Elemente von Interventionen der betrieblichen Suchtprävention der DHS¹

„a)

Vorbeugung von riskantem Konsum und Suchtgefährdungen im Betrieb

- Information und Aufklärung der Beschäftigten über einen riskanten Konsum von Suchtmitteln oder ein riskantes Verhalten, aus dem negative gesundheitliche und soziale Folgen resultieren, u.a. Suchtgefährdungen entstehen können, über Möglichkeiten, Besonderheiten und Verlauf von therapeutischen und beraterischen Hilfen insbesondere für Suchtgefährdete und -kranke;
- Veränderung der Konsumkultur, Punktnüchternheit: Arbeiten im nüchternen Zustand, Vorbildverhalten von Schlüsselpersonen, Stärkung positiver Modelle, Reduzierung der Zugriffsmöglichkeiten, einschränkende Regelungen für den Konsum bzw. Verbot der Arbeit unter Einfluss von Suchtmitteln;
- Angebot verhaltensbezogener Maßnahmen zur Unterstützung der Konsumreduzierung, u.a. Kurse zum Nichtrauchen, Kontrolliertes Trinken, gesunde Ernährung;
- Abbau von Suchtmittelkonsum fördernden und Gesundheit gefährdenden Arbeitsbedingungen, Reduzierung psychischer Belastungen, Unterstützung in belastenden Arbeitssituationen, Präventionsmaßnahmen in Verbindung mit Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, Ausbau salutogener Arbeitsbedingungen;
- Erweiterung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zur Bewältigung der Anforderungen aus Arbeit und Freizeit, Hilfen zur Stressbewältigung, Qualifizierung zu gesundheitsorientiertem Führen.

b)

Intervention bei Auffälligkeiten und Qualifizierung der Personalverantwortlichen

- Vereinbarung eines Interventionsleitfadens als Handlungsanleitung für Vorgesetzte mit a) Fürsorge- und b) Klärungsgespräch sowie c) einer gestuften Gesprächsfolge zur Intervention bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten von Beschäftigten am Arbeitsplatz;
- Handlungsanleitung für das Vorgehen bei Gefährdung der Arbeitssicherheit nach BGV A1 / GUV V A1 § 7 und §15;
- Qualifizierung und Sensibilisierung der Personalverantwortlichen, insbesondere der Vorgesetzten, für die Wahrnehmung von Veränderungen im Arbeits- und Leistungsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Ermutigung zur frühzeitigen Intervention, Beratung und Coaching von Führungskräften in Verbindung mit lösungsorientierten Interventionen;
- Unterstützung der Vorgesetzten zur Entwicklung einer gesundheits- und mitarbeiterorientierten Führungskultur, Ansätze zur Verbesserung der Kommunikationsstrukturen im Arbeitsumfeld, Erweiterung der Kompetenz, Probleme sachgerecht ansprechen und bei Konflikten oder Fehlentwicklungen korrigierend eingreifen zu können.

c)

Interne und externe Beratungsangebote, betriebliches Unterstützungssystem

- Angebot von Beratung und Hilfe für Beschäftigte mit gesundheitsriskantem Verhalten, Suchtgefährdeten und Suchtkranken auf professioneller Basis, ggf. mit besonderer Ausrichtung auf spezifische Beschäftigtengruppen;
- Einsatz haupt- oder nebenamtlicher Beratungskräfte und Ansprechpersonen, welche die Beschäftigten informieren, die Personalverantwortlichen qualifizieren und coachen sowie die Suchtgefährdeten und -kranke beraten und begleiten;

¹ Die folgende Darstellung (S.2+3) ist komplett wörtlich zitiert. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 5+6)

- Abstimmung verbindlicher Grundlagen für die Arbeit der Beratungskräfte im Betrieb, Schaffung eines angemessenen Rahmens für eine professionelle Beratungstätigkeit;
- Einsatz ressourcen- und lösungsorientierter Beratungsansätze, Hilfe zur Selbsthilfe und Stärkung der Selbstwirksamkeit als Ziel in der Beratungstätigkeit;
- Sicherstellung der Qualität und Aktualität des internen Beratungsangebotes durch einschlägige Qualifizierung, Weiterbildung und Supervision der Fachkräfte, aktive Mitarbeit in fachbezogenen Netzwerken;
- Sicherstellung eines qualifizierten Case Managements für auffällig gewordene Beschäftigte, die dies wünschen; gute Vernetzung im internen Unterstützungssystem mit Betriebsärzten und anderen Fachkräften sowie mit dem regionalen Facheinrichtungen;
- Bei Einsatz externer Dienstleister: qualifizierte Auswahl der Anbieter entlang der hier beschriebenen Standards, Zusammenarbeit auf der Basis von Kontrakten und Evaluation der Arbeit.

d)

Organisatorischer Rahmen und strukturelle Einbindung

- Bildung einer Steuerungsgruppe (Arbeitskreis Suchtprävention/Gesundheit), die für die konzeptionelle Gestaltung und praktische Umsetzung, für die Budgetierung, für die Evaluation, Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung des Suchtpräventions- und Suchthilfeprogramms verantwortlich ist;
- Schriftliche Vereinbarung des Programms bzw. der Maßnahmen zur Suchtprävention- und -hilfe, möglichst in Form einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung;
- Positionierung der Suchtprävention und Suchthilfe als Teil des präventiven Arbeitsschutzes zur Vorbeugung und Einschränkung gesundheitlicher Gefährdungen am Arbeitsplatz durch einen riskanten Konsum von Suchtmitteln oder suchtbedingten Verhaltensweisen;
- Einbindung in das betriebliche Gesundheitsmanagement, Verknüpfung mit der Gesundheitsförderung, dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement, mit der Personal- sowie Organisationsentwicklung und - wenn möglich - auch mit dem Qualitätsmanagement.

e)

Marketing und Qualitätssicherung

- Koordination der Aktivitäten und Maßnahmen durch eine(n) Programmverantwortliche(n);
- Innerbetriebliches Marketing: Ermittlung der Unterstützungsbedarfe, besonders auch von Personalverantwortlichen, Präsentation des Dienstleistungs-, Beratungsangebotes, Öffentlichkeitsarbeit im Betrieb und darüber hinaus;
- Einbindung in betriebliche Präventionsaktivitäten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung, z.B. Information über Risiken und Angebote bei der Einweisung in die Arbeitssicherheit, Präsenz auf dem Gesundheitstag;
- Beteiligung an fachlichen Netzwerken u.a. Regionale Arbeitskreise Suchtprävention;
- Qualitätssicherung der Dienstleistungen der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe, u.a. regelmäßige Überprüfung der Aktualität der praktizierten Standards, Supervision und Weiterbildung;
- Evaluation der Maßnahmen und des Programms, Auswertung der Ergebnisse zur konzeptionellen Weiterentwicklung, Bericht an Steuerkreis und/oder Leitung.“

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2011, S. 5+6)

8.2 Tabelle zur Literaturrecherche mit Trefferanzahl und Darstellung der relevanten Studien

8.2.1 Datenbank CINAHL

Name der Datenbank Datum Suchlauf	Verwendete <i>Freitextbegriffe/Stichworte</i> MeSH- Terms/ Kombinationen	Treffer	Ausschlusskriterien Titel Interventionsgruppe Erscheinungsjahr vor 2005 *bei mehr als 1000 Treffern → nur verfügbare Volltexte anzeigen	Ausgeschlossene Studien	Ausgewählte Studien um den Abstract zu lesen	Relevante Studien
CINAHL						
12 Suchläufe		1936	387/1936 Treffern durchsucht	381/387		6
17. April 2015 9:30h- 13:30h 1)	Substance-Related Disorders mit Chemically Induced/CI AND Prevention AND Control/PC AND Substance- Related Disorders	1	0	0	1	1 Titel: Trauma & addiction: implications for helping professionals. Autoren: Cross CL1, Ashley L.
2)	Substance-Related Disorders AND Substance-Related Disorders	21	7/21	13/14	1	1 Titel: Trauma & addiction: implications for helping professionals. Autoren: Cross CL1, Ashley L.
3)	<i>Opioid-Related Disorders</i> (<i>MeSH-Term nicht vorhanden</i>)	2	0	1/2	1	0
4)	Motivational Interviewing mit Adverse Effects AE AND Evaluation EV AND Motivational Interviewing	46	1/46	42/45	2/3	1 Titel: Strategies in health-promoting dialogues - primary healthcare nurses' perspectives - a qualitative study.

						Autoren: Hörnsten Å, Lindahl K, Persson K, Edvardsson K.
5)	(MH "Health Promotion") AND (MH "Health Promotion (Saba CCC)") AND (MH "Mental Health Promotion (Saba CCC)")	67	0	67	0	
6) 4 +5	(MH " Motivational Interviewing/AE/EV ") AND <i>Motivational Interviewing</i> AND (MH "Health Promotion") AND (MH "Health Promotion (Saba CCC)") AND (MH "Mental Health Promotion (Saba CCC)")	0	0	0	0	
7) 6+2	(MH " Motivational Interviewing/AE/EV ") AND <i>Motivational Interviewing</i> AND (MH "Health Promotion") AND (MH "Health Promotion (Saba CCC)") AND (MH "Mental Health Promotion (Saba CCC)") AND Substance-Related Disorders AND Substance-Related Disorders	0	0	0	0	
8)	(MH " Substance Use Disorders/CI/PC ") OR " <i>Substance-Related Disorders</i> " AND (MH "Health Promotion") AND (MH "Health Promotion (Saba CCC)") AND (MH "Mental Health Promotion (Saba	22	22	0	0	0

	<i>CCC") AND(MH "Motivational Interviewing/AE/EV") AND "Motivational Interviewing"</i>					
9)	<i>Motivational Interview AND Substance abuse</i>	7	3/7	3/4	1	0
10)	<i>Motivational Interview</i>	51	8/51	38/43	3/5	2 1) Titel: Communication tips: the motivational interview. Autoren: Lussier, M.- T., Richard, C. 2) Titel: The motivational interview: in practice. Autoren: Lussier, M.- T., Richard, C.
11)	<i>Motivational interviewing</i>	1718	127/1718	169*/1591	168/169	1 Titel: Motivational Interviewing and Behavior Change: How Can We Know How It Works? Autor: Nahom, D.
12))	<i>Motivational Interviewing AND chemical dependency</i>	1	1	0	0	0

8.2.2 Datenbank Pubmed

Name der Datenbank Datum Suchlauf	Verwendete <i>Freitextbegriffe/Stichworte</i> MeSH- Terms/ Kombinationen	Treffer	Ausschlusskriterien Titel Interventionsgruppe Erscheinungsjahr vor 2005 *bei mehr als 1000 Treffern → nur verfügbare Volltexte anzeigen	Ausgeschlossene Studien	Ausgewählte Studien um den Abstract zu lesen	Relevante Studien
Pubmed						
13 Suchläufe		1.025.202	358/1.025.202 Treffern durchsucht	355/358		3
18.04.15 13:45- 16:15h 1)	Substance-Related Disorders	227774				
2)	Opioid-Related Disorders	19323				
3)	Motivational Interviewing	402				
4) 1+2+3	Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND Opioid-Related Disorders[MeSH Terms] AND Motivational Interviewing[MeSH Terms]	1	1	0	0	0
5)	"Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND Motivational Interviewing[MeSH Terms]	135	130/135	5/5	1	1) Titel: Therapist Focus on Ambivalence and Commitment: A Longitudinal Analysis of Motivational Interviewing Treatment Ingredients Autoren: Magill, M., Stout, R. L. & Apodaca, T. R.
6)	<i>workplace health promotion</i>	2442				

7) 3+6	Motivational Interviewing <i>AND workplace health promotion</i>	2	2	0	0	0
8)	health promotion[MeSH Terms]	56218				
9) 7 +8	<i>(health promotion[MeSH Terms]) AND Motivational Interviewing[MeSH Terms]</i>	51	50/51	1	1	0
10)	effectiveness, treatment[MeSH Terms]	685826				
11) 3+10	(effectiveness, treatment[MeSH Terms]) AND Motivational Interviewing[MeSH Terms]	125	125	122/125	2/3	1. Titel: Therapist focus on ambivalence and commitment: a longitudinal analysis of Motivational Interviewing treatment ingredients. Autoren: Magill, M., Stout, R. L. & Apodaca, T. R.
12)	workplace	32859				
13) 8+10+12	((health promotion[MeSH Terms]) AND effectiveness, treatment[MeSH Terms])) AND workplace	44	0	43/44	1	1. Titel: Health Promotion in Small Business A Systematic Review of Factors Influencing Adoption and Effectiveness of Worksite Wellness Programs Autoren: McCoy, K., Stinson, K., Scott, K., Tenney, L. Newman, L. S.

8.2.3 Datenbank Cochrane Library

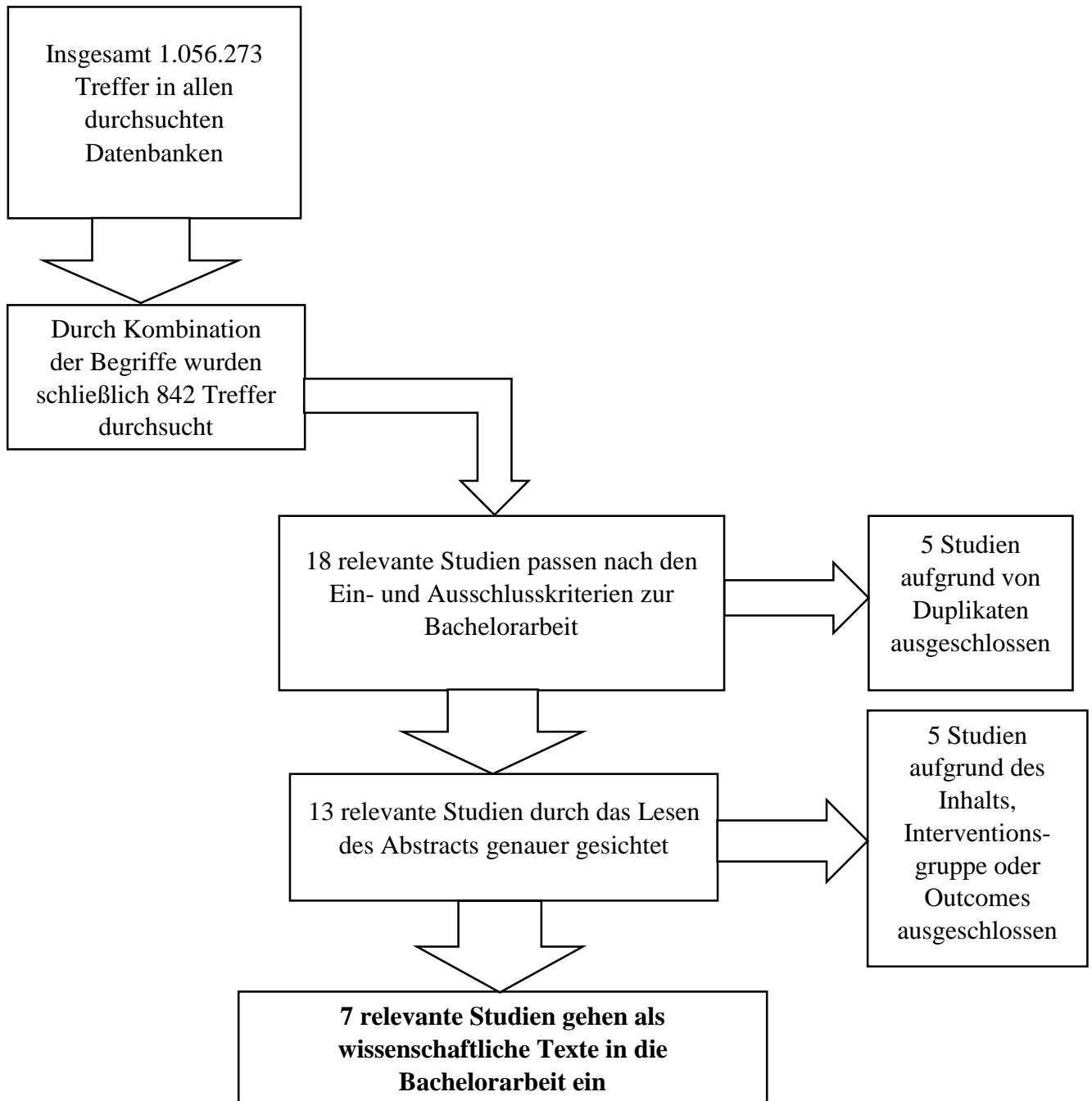
Name der Datenbank Datum Suchlauf	Verwendete <i>Freitextbegriffe/Stichworte</i> MeSH- Terms/ Kombinationen	Treffer	Ausschlusskriterien Titel Interventionsgruppe Erscheinungsjahr vor 2005 *bei mehr als 1000 Treffern → nur verfügbare Volltexte anzeigen	Ausgeschlossene Studien	Ausgewählte Studien um den Abstract zu lesen	Relevante Studien
Cochrane Library						
14 Suchläufe		29.135	97/29.135 Treffern durchsucht	88/97		9
19.04.15 10:50- 13.30 1)	Substance-Related Disorders	9634				
2)	Opioid-Related Disorders	1248				
3)	Motivational Interviewing	143				
4)	Health Promotion	4075				
5)	<i>Substance-Related Disorders</i>	4407				
6)	<i>Opioid-Related Disorders</i>	804				
7)	<i>Motivational Interviewing</i>	1277				
8)	<i>Health Promotion</i>	7210				
9) 1+3	Substance-Related Disorders AND Motivational Interviewing	54	46/54		3/8 Nur der Abstract: 1)Evidence based psychosocial interventions in substance use (Provisional abstract) 2)	5 1) Titel: Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults (Review) Autoren: Foxcroft, D.R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N.M.L. 2) Titel.

					<p>Patient attitudes towards change in adapted motivational interviewing for substance abuse: a systematic review (Provisional abstract)</p> <p>3) Motivational interviewing for adolescent substance use: a review of the literature (Structured abstract)</p>	<p>Motivational Interviewing: A Pilot Test of Active Ingredients and Mechanisms of Change Autoren: Morgenstern, J., Kuerbis, A., Amrhein, P., Hail, L., Lynch, K., & McKay, J.R.</p> <p>3) Titel: Ethnic Differences in the Effect of Drug Use and Drug Dependence on Brief Motivational Interventions Targeting Alcohol Use Autoren: Field, C. A., Cochran, G. & Caetano, R.</p> <p>4) Titel: Intensive Motivational Interviewing for women with concurrent alcohol problems and methamphetamine dependence Autoren: Korcha, R. A., Polcin, D.L., Evans, K., Bond, J. C., Galloway, G.P.</p> <p>5) Titel: Therapist Focus on Ambivalence and Commitment: A Longitudinal Analysis of Motivational Interviewing Treatment Ingredients</p>
--	--	--	--	--	---	--

						Autoren: Magill, M., Stout, R. L. & Apodaca, T. R.
10) 2+3	Opioid-Related Disorders AND Motivational Interviewing	0	0	0	0	0
11) 7+8	<i>Motivational Interviewing AND Health Promotion</i>	240				
12) 5+11	<i>Motivational Interviewing Health Promotion AND Substance- related disorders</i>	42		39/42	3	3 1) Titel: Motivational interviewing for substance abuse Autoren: Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M., Karlsen, K. 2) Titel: Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults (Review) Autoren: Foxcroft, D.R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Almeida Santimano, N.M.L. 3) Titel: Supported employment for adults with severe mental illness (Review) Autoren: Kinoshita, Y., Furukawa, T.A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I.M., Marshall, M., Bond

						G.R.,Huxley, P., Amano, N.,& Kingdon, D.
13) 1+2+3+4	Substance-Related Disorders AND Opioid-Related Disorders AND Motivational Interviewing AND Health Promotion	0				
14) 5+6+7+8	<i>Substance-Related Disorders AND Opioid-Related Disorders AND Motivational Interviewing AND Health Promotion</i>	1				1) Titel: Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use (Review) Autoren: Thomas, R.E., Lorenzetti, D., & Spragins, W.

8.3 Flow-Chart zur Darstellung der Studienauswahl



8.4 Vorstellung der Literaturergebnisse

8.4.1 'Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults (Review)'	
Autoren: Foxcroft, D.R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D. & Almeida Santimano, N.M.L. (2014)	
Studiendesign	Systematic Review
Ziel	<p>Der vorliegende systematische Review möchte die Effektivität von MI als Interventionen als Teil der Präventionsmaßnahme für Alkohol- und alkoholbedingte Probleme evaluieren. Es sollen Effekte von MI, in Bezug auf Alkoholmissbrauch bzw. durch Alkohol verursachte Probleme untersucht werden. Bei dem Personenkreis handelt es sich um junge Menschen die zwischen 15 und 26 Jahren alt sind.</p> <p>Die speziellen Ziele der Studie lauten wie folgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Es soll der aktuelle Stand der Evidenzen zu den Effekten von MI zusammengefasst dargestellt werden. Schwerpunktmäßig sollen Alkohol- und alkoholbedingte Probleme bei jungen Menschen untersucht werden. Die MI Intervention soll entweder mit einer weiteren Intervention verglichen oder einzeln überprüft werden. Weitere Ergebnisparameter können der Vergleich zum Alkoholkonsum oder anderen inhaltlich-materiellen Outcomes sein. 2) Ebenfalls soll untersucht werden, ob sich die Effekte von MI aufgrund der Länge der Intervention verändern. <p>Folgende Vergleiche wurden vorgenommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) MI wurde gegenüber einem Placebo, keiner Intervention oder dem normalen Procedere getestet. 2) MI wurde gegenüber einer alternativen Intervention geprüft. (z.B. Training zur Selbstkontrolle; praxisbezogene Trainings; konfrontatives Feedback; kompetenzorientierte Beratung, Zwölf-Stufen Förderung, kurzes Feedback; Risikominderung; Rezidiv-Prävention oder kognitive-Verhaltenstherapie) <p>Ziele der eingeschlossenen Studien:</p> <p>Primärergebnisse: Der Alkoholmissbrauch wird über verschiedene standardisierte Assessmentinstrumente gemessen, parallel wurde die Blutalkoholkonzentration erhoben, sie gilt als objektiv messbar. Erhoben werden diese Ergebnisse zu verschiedenen Messzeitpunkten (Follow-Up), zum einen in dem Zeitraum von weniger als vier Monaten nach der Intervention (MI) und zum anderen im Zeitraum von mehr als vier Monaten bzw. nach anzahlmäßig mehreren Interventionen.</p> <p>Sekundärergebnisse: Diese beziehen sich auf kriminelle Handlungen, als Konsequenz aus dem Alkoholmissbrauch. Unangemessenes Verhalten, ungewollter oder ungeschützter Geschlechtsverkehr, der Konsum von weiteren Drogen sowie das Rauchen sind von Bedeutung. Als drittes wird bei den Sekundärergebnissen ein Augenmerk auf Verletzungen gelegt, die durch den Alkoholmissbrauch verursacht werden. Beispiele dafür sind Ertrinken, Abstürze, Verbrennungen, offene Wunden, Weichteilverletzungen, Knochen- und Gesichtsverletzungen, Vernachlässigung, Alkoholvergiftungen und Suizide.</p>
Durchführung	Die systematische Literaturrecherche erfolgte in fünf elektronischen Datenbanken. Die Recherche erfolgte mit einer Suchstrategie, die in allen Datenbanken angewendet wurde. Die ursprüngliche Suchstrategie von Medline wurde für jede weitere Datenbank angemessen überarbeitet. Zudem wurden in einer Handsuche nach unveröffentlichten Berichten, Dissertationen, Abstracts gesucht und die Referenzlisten von anderen systematischen Übersichtsarbeiten durchgegangen.

	<p>Die Recherche erfolgte im Oktober 2013. Es wurden alle Daten von 1985- 2013 in die Recherche eingeschlossen, die Suche wurde limitiert auf RCT² und Cluster- Randomized controlled trails. Die Altersspanne der Teilnehmer sollte bis zu 25-Jahre betragen. MI wurde in den Primärstudien in verschiedenen Settings angewendet. a) Effekte von MI wurden gegenüber keiner weiteren Intervention überprüft oder MI wurde gegenüber einer anderen Präventionsmaßnahme getestet. Zwei unabhängige Autoren haben alle Titel und Abstracts der gefundenen Studien gelesen, zwei weitere Autoren lasen die relevanten Studien im Volltext und haben diese beurteilt, ob sie den Einschlusskriterien der Übersichtsarbeit entsprachen. Zwei Autoren abstrahierten die Ergebnisse indem sie die Studien mit Hilfe eines standardisierten Assessmentinstruments beurteilten. Wenn es Abweichungen in der Studienbewertung unter den Autoren gab, so erfolgte eine Diskussion. Jede eingeschlossene Studie wurde auf ihr Bias Risiko einzeln, anhand des Cochrane Handbook, überprüft. Die Ergebnisse wurden in Vergleiche aufgeteilt.</p>
Ergebnisse	<p>Aus 93 herausgefilterten Volltexten wurden insgesamt 66 RCT eingeschlossen und davon waren vier Cluster- Randomized controlled trails. Der Altersdurchschnitt in den Studien betrug 15-26 Jahre. Die Settings in denen MI getestet wurde und die Dauer der einzelnen MI-Interventionen variierten. Oftmals wurde in den Studien nach der Förderung des Bewusstseins, keinen Alkohol mehr zu trinken, gefragt. Ebenfalls wurde auch nach Effekten und Risiken gefragt, somit sollte das Verständnis überprüft werden.</p> <p>Bias Risiken bei den eingeschlossenen Studien: In weniger als der Hälfte der Studien wurden die Zuteilungsverfahren nur erläutert. Es ist erkennbar, dass die meisten eingeschlossenen Studien über keine Verblindung der jeweiligen Teilnehmergruppen verfügen. Schwierig ist auch, eine Verblindung der durchführenden Personen durchzuführen. Die Verblindung stellt insgesamt die höchsten Bias Risiken dar. Der Ergebnismgutachter konnte oftmals auch nicht adäquat verblindet werden. Am häufigsten fehlten Angaben zum Zulauf und Verlust von Teilnehmern (Attrition Bias).Es wurde eine Metaanalyse von insgesamt 55 RCT vorgenommen, diese wurden in verschiedene inhaltliche Vergleiche eingeteilt. Es lag meist eine hohe Heterogenität der verschiedenen Studien vor. Einige Vergleiche beinhalten Studien in denen die Heterogenität keine Rolle spielt, jedoch war die Anzahl der betrachteten Studien dann meist sehr gering.</p> <p>Die Ergebnisse wurden nach acht Ergebnisparametern aufgeteilt, Messungen wurden jeweils zu zwei Messzeitpunkten erhoben. (< als vier Monate und > als vier Monate). Die Outcomes waren wie folgt: 1) Quantität des Alkoholkonsums, 2) Häufigkeit des Alkoholkonsums, 3) Binge-Drinking³, 4) durchschnittliche Blutalkoholkonzentration⁴, 5) Höchstwerte der Blutalkoholkonzentration⁵, 6) Alkoholprobleme, 7) Trunkenheit am Steuer und 8) riskantes Verhalten.</p> <p>Primäre und sekundäre Ergebnisse:</p> <p>Es war in der Metaanalyse erkennbar, dass ein Effekt zugunsten von MI als wirksame Präventionsintervention gegenüber Alkoholmissbrauch von jungen Erwachsenen beschrieben werden kann. Es konnten zu beiden Messpunkten < als vier Monate und > als vier Monate nach der MI Intervention Effekte nachgewiesen werden. Beeinflusst werden konnten jeweils ein geringerer Konsum und eine Reduzierung der Häufigkeit des Alkoholkonsums. Es konnten zu den gesetzten Messpunkten keine Aussagen zum Binge-</p>

² RCT: Randomized controlled trail

³ binge drinking (engl.) = Binge-Drinking, Komasaufen, Rauschtrinken

^{4,4} die Kalkulationen der blood alcohol concentration (BAC) erfolgte auf Grundlage von: Alkoholkonsum, Geschlecht und Gewicht.

	<p>Drinking, erarbeitet werden. Bei der durchschnittlichen Alkoholkonzentration im Blut können minimale Effekte von MI, anhand von insgesamt sechs Studien nachgewiesen werden. Probleme, die durch den Alkohol verursacht werden, können durch MI nicht wirksam beeinflusst werden. Die Heterogenität der vierzig Studien lag bei diesem Vergleich sehr hoch. Aufgrund der geringen Datenlage bei den Vergleichen über Trunkenheit am Steuer und dem risikoreichen Verhalten im Umgang mit Alkohol können zu beiden Messzeitpunkten keine Ergebnisse zur Wirksamkeit von MI festgestellt werden.</p> <p>Es konnte eine minimale klinische Differenz für junge Erwachsene und ihren Alkoholmissbrauch ermittelt werden, da die Menge des Alkoholkonsums und die Häufigkeit beeinflussbar waren durch MI.</p> <p>Die Übertragbarkeit auf Bereiche außerhalb des Colleges oder der Universität ist schwierig. Jedoch ist erkennbar, dass Studierende oder Schüler, die sich im höheren Bildungssystem qualifizieren wollen, eher zu der gefährdeten Personengruppe gehören.</p>	
<p>Schlussfolgerung der Autoren</p>	<p>MI als Präventionsmaßnahme kann hinsichtlich seiner Effekte nur auf minimale bis moderate Evidenzen zurückgeführt werden. Es konnten präventive Effekte von MI bei der Prävention des Alkoholmissbrauchs junger Erwachsener nachgewiesen werden. Die Autoren vermuten, dass diese Ergebnisse bedeutungs- und nutzlos sind, um bestehende Richtlinien in denen MI vorkommt zu beeinflussen. Es bedarf weiterer Evidenzuntersuchungen um MI als Gegenstand in Präventionsmaßnahmen zu überprüfen. Ziel ist es, die Inhalte von MI auf junge Erwachsene auszurichten. Es wird ein strengerer Evaluationsprozess für die Effekte von MI gefordert. Es sollte in der Zukunft der hier ermittelten minimalen klinischen Differenz nachgegangen werden. Eine einheitliche Berichterstattung, anhand von anerkannten Orientierungshilfen, könnte die Vergleichbarkeit zukünftiger Ergebnisse verbessern.</p>	
<p>Kritische Bewertung</p> <p>★★</p>	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede der Primärstudien werden beschrieben (Gruppen- und Einzel-MI Therapiesitzung) • Limitierung zur Anwendbarkeit/Übertragbarkeit der Ergebnisse wird von Autoren beschrieben • in der Diskussion werden die jeweiligen Vergleiche und die Anzahl der eingeschlossenen Studien dargestellt (Hinweise auf methodische Einschränkungen) • viele Outcome Parameter werden beleuchtet. Das zeigt die umfassende Herangehensweise an diesen Themenbereich • Studierende und junge lernende Menschen können als Risikogruppe für pathogenen Alkoholkonsum identifiziert werden (oftmals Zielgruppe der Intervention) • minimale klinische Differenz für junge Erwachsene konnte gefunden werden • geringe Reporting Bias • nachvollziehbare Entscheidungen wurden von den Autoren beschrieben und die Kriterien einer transparent Systematic Review eingehalten 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publikationsbias, aufgrund von erhöhten Effektgrößen zu Gunsten von MI wird vermutet, dass die unzureichende Datenlage in einigen Vergleichen der Metaanalyse ursächlich ist, da die Effekte nicht aussagekräftig sind • Teilnehmeranzahlen und Follow-Up Messzeitpunkte variieren stark in den Primärstudien • hohe Heterogenität der Studien in der Metaanalyse • nur englischsprachige Texte wurden in den SR aufgenommen, die durchsuchten Datenbanken waren nur auf englische Literatur ausgelegt, die Beeinflussung von anderssprachigen Studien auf das Fazit können nicht ausgeschlossen werden • zu viele Outcome Parameter im Ergebnisteil • Dauer und Setting der Intervention variieren • keine Überprüfung, ob MI korrekt in den Primärstudien angewendet worden ist • zu wenig Datenbanken wurden durchsucht • Suchstrategie auf mehrere Sprachen ggf. ausweiten • hohe bis unklare Bias Risiken auf allen vier Ebenen

8.4.2 'Intensive Motivational Interviewing for women with concurrent alcohol problems and methamphetamine dependence'	
Autoren: Korcha, R. A., Polcin, D.L., Evans, K., Bond, J. C. & Galloway, G.P. (2013)	
Studiendesign	RCT
Ziel	Es soll die Effektivität von Standard MI ⁶ (1x 90 min. MI Therapiesitzung) gegenüber Intensiv MI ⁷ (über neun Wochen 1x wöchentl. 50 min. MI Therapiesitzung) untersucht werden. Es sollen Männer und Frauen, die an Crystal Meth-Abhängigkeit mit zusätzlicher Alkoholabhängigkeit (75% der Probanden) leiden, als Interventionsgruppe dienen. Während der Untersuchung wurde angenommen, dass Männer und Frauen, die dem Intensiv MI zugeordnet waren, einen niedrigeren Schweregrad der Alkoholerkrankung nach sechs Monaten aufweisen als die Kontrollgruppe, deren Probanden das Standard MI erhielten.
Durchführung	Es handelt sich um Betroffene, die 18 Jahre und älter sind. Sie erfüllen seit zwölf Monaten die Diagnosekriterien des DSM-IV der Methamphetamin-Abhängigkeit. Englisch Kenntnisse sind die Voraussetzung zur Studienteilnahme. Nach einer Studieninformation müssen die Teilnehmer eine Einverständniserklärung abgeben. Sie mussten angeben, dass sie wahrscheinlich sechs Monate (Untersuchungszeitraum) in der Region Northern California leben werden. Den Probanden wurde ein finanzieller Anreiz geschaffen an der Studie teilzunehmen. Die Studienteilnehmer wurden durch das Personal der ambulanten Einrichtung auf schwerwiegende psychologische und medizinische Probleme überprüft. Falls die Probleme zu schwerwiegend waren, wurden diese Teilnehmer von der Studie ausgeschlossen. Für Teilnehmer, die zwar psychisch beeinträchtigt waren, jedoch geeignet waren sich ambulant therapieren zu lassen, wurden zusätzliche psychologische Hilfen für die Zeit der Studienteilnahme zur Seite gestellt. In diesen Fällen ist die zusätzliche psychologische Betreuung als eine Voraussetzung zur Studienteilnahme definiert. Die Studie wurde mit Teilnehmern einer ambulanten Gruppentherapie durchgeführt, die gleichzeitig auch den organisatorischen Rahmen der Studie bildete. Die dort angebotene kognitive-Verhaltenstherapie wurde ergänzt durch die Interventionen der Studie. Um gleiche Bedingungen für beide Gruppen herzustellen, wurden die Studienteilnehmer des Standard MI, neben der einmaligen 90 min. MI Therapiesitzung, in den folgenden acht Wochen 1x wöchentlich zu einer parallelen Veranstaltung zum Thema ‚Ernährung‘ geschult. Die Studienteilnehmer der Intensiv MI Intervention haben während dieser acht Wochen weitere MI Therapiesitzungen erhalten. Die Studienteilnehmer wurden randomisiert den vier Gruppen Standard MI (m/w) und Intensiv MI (m/w) zugeordnet. Die Teilnehmer wurden bei der ersten MI Therapiesitzung nach ihrem Datensatz durch eine zulässige Schichtungsmethode den beiden Gruppen zugeordnet, damit die Anzahl von Geschlecht und Schwere der Crystal Meth-Abhängigkeit ausgeglichen war. Die Schwere der Crystal Meth-Abhängigkeit wurde bestimmt durch > 10 Tage Konsum gegenüber < 10 Tage Konsum innerhalb der letzten 30 Tage. Es folgten während den ersten neun Wochen wöchentlich kurze Interviews und nach zwölf Wochen endete die ambulante Behandlung der Standard bzw. der

Über diese beiden Quellen kann nachvollzogen werden, wie die beiden MI Therapiesitzungen in der oben benannten Studie (vgl. Korcha, Polcin, Evans, Bond & Galloway, 2013). strukturiert waren.

⁶ „Martino, S., Ball, S. A., Gallon, S. L., Hall, D., Garcia, M. d. M., Ceperich, S., et al. (2006). Motivational Interviewing Assessment: Supervisory tools for enhancing proficiency (pp. 242). Salem, OR: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center, Oregon Health and Science University [Accessed: 2013-02-05. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6EDD4BNKM>].“ (Korcha u.a., 2013, S.118).

⁷ „Galloway, G. P., Polcin, D. L., Kielstein, A., Brown, M., & Mendelson, J. (2007). A nine session manual of motivational enhancement therapy for methamphetamine dependence: adherence and efficacy. Journal of Psychoactive Drugs, SARC, (Suppl 4), 393–400.“ (Korcha u.a., 2013, S.118).

	<p>Intensiv MI. Zwei, vier und sechs Monaten nach der Intervention, egal ob Standard oder Intensiv MI, erfolgten jeweils umfangreichere Interviews. Mit verschiedenen bereits gängigen Assessmentinstrumenten: ‚DSM-IV checklist for drug and alcohol dependence‘, ASI⁸, ‚Helping Alliance Questionnaire‘ und demographischen Angaben wurden Informationen zu verschiedenen Ergebnisparametern zu allen Messzeitpunkten (Follow-Ups) erhoben. Die Datenanalyse erfolgte durch SPSS, mit Hilfe von Durchschnittswerten der einzelnen Assessmentinstrumente. So konnte die durchschnittliche Wirkung der Standard MI gegenüber der Intensiv MI ermittelt werden. Die Trennung zwischen den Geschlechtern und den beiden Gruppen konnte durch SPSS beibehalten werden. Mit dem Random-Effekt Modell wurden Berechnungen zu Langzeiteffekten, von Standard MI und Intensiv MI durchgeführt.</p>
Ergebnisse	<p>Es nahmen 83 Teilnehmer an der Standard MI Therapiesitzung, bestehend aus 36 Männern und 47 Frauen, teil. An der Intensiv MI Therapiesitzung nahmen insgesamt 80 Probanden, aufgeteilt in 40 Männer und 40 Frauen, teil. Das durchschnittliche Alter bei den Teilnehmern von Intensiv MI lag bei den Frauen bei 40 und bei den Männern bei 36 Jahren. Beide Interventionsformen haben prozentual eine erhöhte Abstinenzrate der Teilnehmer zwischen dem ersten Interview und den folgenden sechs Monaten bestätigt. Es war erkennbar, dass die Teilnehmer häufiger bei den Intensiv MI Therapiesitzungen anwesend waren, als die Teilnehmer der Standard MI Gruppe bei dem Ernährungsseminar. Die Frauen in Intensiv MI zeigten einen verstärkten und stetigen Rückgang des Alkoholkonsums über den Studienzeitraum. Parallel blieb der Alkoholkonsum bei den Männern im Intensiv MI gleich dem der Frauen im Standard MI. Im Vergleich von Standard und Intensiv MI der Frauen, konnte ein signifikanter Rückgang des Alkoholkonsums bei den Frauen, die Intensiv MI erhalten haben, festgestellt werden. Dieses Einzelergebnis wird entkräftet durch den Vergleich aller Teilnehmer von Standard und Intensiv MI, da dort keine Differenzen zu den jeweiligen Messpunkten ermittelt werden konnten. Erkennbar ist jedoch, dass die Männer des Standard MI nach vier Monaten weniger Alkohol konsumierten als die Männer in der Intensiv MI Therapiegruppe. Die Zusammenarbeit mit den Therapeuten, gemessen an dem ‚Helping Alliance Questionnaire‘, beurteilten bzw. schätzten die Frauen deutlich höher ein, als die Männer im Intensiv MI über alle Therapiesitzungen. Es konnte herausgestellt werden, dass die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten einen eindeutigen Einfluss auf die Reduzierung der Schwere der Alkoholabhängigkeit, nach sechs Monaten, hatte.</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Die Ergebnisse müssen mit Vorsicht betrachtet werden, da sich auf der Selbsteinschätzung und den individuellen Aussagen der Teilnehmer basieren. Im Fokus der Studie standen eigentlich die Effekte von MI auf die Crystal Meth-Abhängigkeit, jedoch konnten am Ende nur Aussagen zur Reduzierung des Alkoholkonsums getroffen werden. Bei dem verwendeten Assessmentinstrument ASI war das Augenmerk oftmals nur auf die Alkoholabhängigkeit gerichtet. Durch die zeitlich und inhaltlich intensivere Betreuung der Intensiv MI Therapiegruppe ist zu vermuten, dass mehrere Probleme, die mit der Crystal Meth-Abhängigkeit verbunden sind, dort in den Vordergrund gerückt sind, beispielsweise die Alkoholabhängigkeit. Schwer zu sagen ist, ob die Reduzierung des Alkoholkonsums ein spezieller Punkt der Erholung ist oder ob dies zu einem größeren Erholungsprozess zählt. Die Ergebnisse lassen sich nur limitiert auf andere Frauengruppen übertragen. In Zukunft sollte die Kontrollgruppe ohne MI behandelt werden, dies führt möglicherweise zu einer zuverlässigen Bewertung der Verbesserung durch Intensiv MI. Die Ergebnisse zeigen, dass Intensiv MI in Bezug auf alkoholabhängige Frauen, sowie in Verbindung mit anderen Patientengruppen, weiterer Forschung bedarf. Auch den Potenzialen der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten während des Intensiv MI, sollte zukünftig Aufmerksamkeit geschenkt werden.</p>

⁸ ASI: Addiction Severity Index-Lite

<p>Kritische Bewertung</p> <p>★★</p>	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine Unterschiede in der Behandlung der beiden Interventionsgruppen, ausgenommen Standard MI plus Ernährungsseminar und Intensiv MI • Bemühung um eine transparente Randomisierung der verschiedenen Studiengruppen (keine computergestützte Randomisierung) • die Interviews zur Erhebung von Informationen haben direkt nach den Therapiesitzung stattgefunden, d.h. die Angaben basieren nicht auf Gedächtnisprotokollen, es können nur wenige Informationen verloren gehen • standardisierte und einheitliche Durchführung von Standard MI und Intensiv MI • Datenanalyse erfolgte nach dem ‚intention to treat‘ Prinzip • Hypothese mit den geplanten Ergebnissen ist beschrieben worden • finanzielle Anreize für die Teilnehmer durch Bezahlung von verschiedenen Geldbeträgen zu den verschiedenen Zeitpunkten (90% Datenerhebung zu allen Messzeitpunkten) weiterhin an der Studie teilzunehmen • 3/8 Ergebnisvergleiche zeigen statistisch auffällige Werte 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeit der Vergleichbarkeit der Ergebnisse durch verschiedenen Behandlungsinhalte (Ernährungsseminar + Standard MI gegenüber Intensiv MI) • Ernährungsseminar für die Teilnehmer der Standard MI Therapiegruppe ergaben, möglicherweise Motivationen der Veränderung, die durch eine gesündere Lebensweise hervorgerufen wird statt durch Standard MI • wenige Testpersonen im Intensiv MI schlossen alle neun Therapiesitzung ab (Attrition Bias) • der Wechsel von Teilnehmern zwischen den Standard MI und Intensiv MI kann nicht ausgeschlossen werden, da dies nicht beschrieben ist. • es sind einseitige Effekte zugunsten von 75 % der Frauen im Intensiv MI zu vermuten • die Teilnehmer waren häufiger bei den Intensiv MI Therapiesitzungen anwesend als die Teilnehmer der Standard MI Gruppe bei dem Ernährungsseminar • eingeschlossene Probanden leiden überwiegend an einer leichteren Form der Crystal Meth-Abhängigkeit • Übertragbarkeit auf andere Frauengruppe ist limitiert • keine computergestützte Randomisierung • verdeckte Zuordnung ist fraglich bzw. nicht ausdrücklich beschrieben • keine Verblindung der Teilnehmer und der Behandler möglich, Verblindung des Ergebnisgutachters nicht beschrieben • positive Verzerrung der Ergebnisse durch finanziellen Anreiz • Stichprobenkalkulation wird nicht transparent beschrieben bzw. errechnet (n=163)
--------------------------------------	--	--

8.4.3 'The motivational Interview: in practice.'	
Autoren: Lussier, M.-T., Richard, C. (2007)	
Studiendesign	Kritische Betrachtung der Leitlinien von MI anhand von Praxisbeispielen
Ziel	Die Grundsätze des Therapieansatzes von MI sollen diskutiert werden und mit Hilfe von Praxisbeispielen veranschaulicht werden.
Durchführung	<p>Es werden die Strukturen von MI für Patienten mit Alkohol- und Substanzmissbrauch nach Miller et. al.⁹ und Rollnick et. al.¹⁰ zu Grunde gelegt. Nach einer kurzen Definition von MI, wird die Reduzierung von ambivalentem Verhalten als Kern des Therapieansatzes beschrieben. Ziel sei es, die Dispositionen zur Veränderung zu intensivieren. Diese Stärken sollen als Motivation zur Veränderung benutzt werden. Es wird angenommen, dass die Veränderung natürlich eintritt und durch die Interaktion zwischen den Beteiligten begünstigt wird. Der Ausdruck von Empathie kann den Weg, bis hin zur Veränderung, positiv beeinflussen. Die Beziehung zwischen dem Betroffenen und dem Behandler soll das Selbstbewusstsein stärken und den Ansporn bilden sich eigenständig verändern zu wollen. Es sind vier Grundlagen des hier diskutierten MI-Ansatzes definiert.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aufzeigen der patientenbezogenen Nachteile gegenüber dem Ist-Zustand 2) Aufzeigen der positiven Vorzüge wenn es zu einer Veränderung des Betroffenen kommt 3) Aufzeigen, dass die Veränderung möglich ist 4) Unterstützung und Ermutigung des Einzelnen bei deren Vorsatz sich zu verändern <p>Die nun folgenden Beispiele beschreiben Situationen der medizinischen Beratung. Ziel ist es dem Patienten zu helfen, eine neue Verhaltensform zu erlernen und anzuwenden.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse werden anhand der regelmäßigen Tabletteneinnahme dargestellt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Der Arzt soll seinen persönlichen Standpunkt gegenüber der vorgeschlagenen Therapie darstellen. Seine Aussage soll unter Beachtung des medizinischen Fachwissens dargelegt werden. 2) In dieser Phase geht es darum, den Patienten so alltagsbezogen wie möglich zu informieren. Der Arzt muss dem Patienten Anleitungshilfen zur Verfügung stellen bzw. er soll eine individuelle und geeignete Lösung vorschlagen. 3) Als nächstes ist es wichtig, den Patienten zu animieren und zu motivieren, die ihm vorgeschlagene Behandlung auszuprobieren. Der Arzt sollte sich vergewissern, dass die Anforderungen für den Patienten zu meistern sind. 4) An dieser Stelle innerhalb einer medizinischen Beratung soll der Behandler auf mögliche ambivalente Äußerungen des Patienten achten. Seine Aufgabe ist es die Zweifel ernst zu nehmen, um dem Patienten im Gespräch zu den positiven Aspekten der anstehenden Veränderung zurückzuleiten. Erst das Begreifen und die Motivation des Patienten bilden die Grundlage für die tatsächliche Veränderung. <p>Falls keine Veränderung erfolgt ist, sollte der Arzt gemeinsam mit seinem Patienten die möglichen Gründe besprechen und gegebenenfalls sollte das eigene Selbstvertrauen bzw. Überzeugungen zur Umsetzung der Veränderung berücksichtigt werden.</p>

Über diese beiden Quellen kann nachvollzogen werden, auf welcher Grundlage die MI Therapie in dem oben benannten Artikel (vgl. Lussier & Richard, 2007) diskutiert wurde.

⁹ „Miller RW, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York, NY: The Guilford Press; 1991.“ (Lussier & Richard, 2007, S. 2118)

¹⁰ „Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change: a guide for practitioners. New York, NY: Churchill Livingstone; 2000.“ (Lussier & Richard, 2007, S. 2118)

Schlussfolgerung der Autoren	Gerade im klinischen Alltag variieren die Beratungsgespräch stark. Es ist schwierig in Akutsituationen auf die sofortige Verhaltensveränderung zu bestehen, auch wenn es die Umstände erfordern. Die akute Verschlechterung (Notfallsituation) kann eine Motivation zur gezielten Veränderung hervorrufen. Handelt es um eine langfristige Prävention, so fungiert der Behandler immer wieder als Ansprechpartner im Veränderungsprozess. Es muss eine Wiederholung der Anforderung erfolgen, bis das veränderte Verhalten einsetzt und routiniert in den Alltag des Patienten integriert ist. Abschließend lässt sich sagen, dass das kontinuierliche Bemühen des Behandlers und die individuelle Unterstützung des Einzelnen zum langfristigen Erfolg führen. Entscheidend ist, immer wieder die Motivation des Patienten zu mobilisieren und ihn zu ermutigen das mühsam erlernte Verhalten zur Routine werden zu lassen.
Kritische Bewertung ★	Der vorliegende Artikel ist an dieser Stelle als Expertenmeinung zu bewerten. Die in der Bachelorarbeit verwendeten Listen zur Studienbewertung ¹¹ können nicht vollständig angewandt werden. Fraglich ist hier, ob Aussagen zu Gunsten von MI zu erwarten sind, da die Autoren eingangs auf einen eigens formulierten Artikel verweisen. Positiv ist jedoch anzumerken, dass die genannten Praxisbeispiele gut nachvollziehbar sind. Sie geben einen Einblick über die möglichen Inhalte, passend zu den verschiedenen Intentionen von MI. Die Übertragbarkeit der praktischen Beispiele ist aufgrund der niedrigen Evidenz nur begrenzt möglich. Gut dargestellt wurde die Rolle des Behandlers und Tipps auf was er zu achten hat.

¹¹ Diese können jeweils eingesehen werden im Anhang unter: 8.7 Beurteilungskriterien zur kritischen Bewertung der eingeschlossenen Studien

8.4.4 ‘Therapist focus on ambivalence and commitment: a longitudinal analysis of Motivational Interviewing treatment ingredients.’ Autoren: Magill, M., Stout, R. L. & Apodaca, T. R. (2013).	
Studiendesign	Querschnittsstudie
Ziel	Die vorliegende Studie untersucht drei vermeintliche aktive Bestandteile des MI im Rahmen einer angebotenen MET. Die Studie baut auf verschiedene Hinweise der bisherigen Forschung auf. Das erste Ziel ist es, die Tendenzen von MI im Hinblick auf eine Zeit von zwölf Wochen zu untersuchen. Als zweites wurde speziell auf drei Behandlungsbestandteile Wert gelegt. 1) Engagement, 2) Ambivalenz/ Diskrepanz, 3) generelle Ziele, wie die Vorhersage der durchschnittlichen Alkoholtrinkmenge und die Veränderung der Trinkgewohnheiten im Verhältnis zur Zeitspanne. Es wurde erwartet, dass die Ambivalenz und das Engagement, als jeweils eine positive Wirkungsvariable für die nachträgliche Veränderung des Patientenverhaltens herauszuarbeiten. Als letztes wird geschaut, ob die Effekte der Variablen mit dem Stadium der Veränderung, der Ausgangslage, variieren.
Durchführung	Innerhalb des Projektes MATCH konnten zwei Patientengruppen für diese Querschnittstudie gewonnen werden. Die Mehrheit der eingeschlossenen Personen sind nach dem ‚Structured Clinical Interview‘ ¹² alkoholabhängig. Die Personen wurden wohnortsbezogen oder nach einer Alkoholentgiftungsmaßnahme rekrutiert. Es gibt eine Nachsorge ‚aftercare‘ (AC) und eine ambulante ‚outpatient‘ (OP) Patientengruppe. Die AC (n=261) Stichprobe ist dadurch gekennzeichnet, dass die Teilnehmer schwerer betroffen waren als in der OP (n=316) Stichprobe. Die Personen wurden randomisiert drei verschiedenen Interventionen zugeteilt: 1) CBT ¹³ , 2) TSF ¹⁴ , 3) MET. Die Ergebnisse, sowie die angegebenen Stichprobengrößen, beziehen sich im Weiteren nur auf die MET Intervention. Die Intervention bestand aus vier individuellen MET Sitzungen, basierend auf den vier Grundsätzen des MI, die in den Wochen eins, zwei, sechs und zwölf abgehalten worden sind. In Session eins und zwei wurden ein individuelles Feedback gegeben und die Erhöhung der Motivation initiiert. In den darauffolgenden Sitzungen drei und vier wurde die Motivation zur Veränderung verstärkt und ein Plan zur Verhaltensveränderung überarbeitet. Die durchführenden Akteure waren im Hinblick auf die Anwendung von MET zertifiziert und bereits erfahren im Umgang mit Alkoholabhängigen. Es wurden 14 Therapeuten für die Behandlung der AC und 13 Therapeuten für die Behandlung der OP Patientengruppe gewonnen. Etwa ein Drittel der Therapiesitzungen wurden durch eine externe Stelle ¹⁵ überprüft. Die genaue Umsetzung von MET wurde untersucht und mit einem monatlichen Feedback versehen. Dazu kommt auch noch die wöchentliche Supervision der durchführenden Kräfte vor Ort. Die Ausgangslage wurde mit Hilfe der Werte des Projektes MATCH hergeleitet und teilweise mit verschiedenen Assessmentinstrumenten erhoben. Von Interesse war der Alkoholkonsum 30 Tage vor Studienbeginn, die Motivation des Einzelnen zu Beginn der Erhebung ¹⁶ . Während der Behandlung wurden drei Ergebnisparameter, anhand von Likert Skalen ¹⁷ , erhoben. 1) In welchem Umfang legt der Therapeut Wert auf die

¹² dies ist ein Assessmentinstrument

¹³ CBT: cognitive-behavioral therapy, kognitive-Verhaltenstherapie

¹⁴ TSF: Twelve-Step Facilitation Therapy

¹⁵ externe Stelle = coordinating center

¹⁶ erhoben wurde dies mit Hilfe des Assessmentinstrumentes: URICA

¹⁷ Assessmentinstrument bestehend aus einer 32-item Likert Skala mit vier Unterskalen, bei näherem Interesse der Inhalte den Originaltext heranziehen. (vgl. Magill, Stout, & Apodaca, 2013).

	<p>Bearbeitung von Ambivalenz^{a) 18} und Diskrepanz^{b)}; sowie auf den Umgang mit Widerstand^{c)}. 2) In welchem Umfang versucht der Therapeut die Eigenmotivation^{a)} zu stärken und ermutigt^{b)} den Patienten zum nächsten Schritt der Veränderung. In welchem Umfang wird über der Engagement^{c)} zur Abstinenz gesprochen. 3) Wie beurteilt der Therapeut die Behandlungsziele^{a)} und die Veränderung des Patiententrinkverhaltens^{b)} zwischen den Therapiesitzungen. Alle drei Ergebnisparameter wurden über die vier Therapiesitzungen erhoben. Als letztes wurde noch 4) der Alkoholkonsum über zwölf Wochen beurteilt, zum einen die Tage der Abstinenz in Prozent^{a)} und zum anderen die Anzahl der Drinks pro Tag^{b)}, an denen die Teilnehmer Alkohol konsumierten. Die Ausgangslage wurde mit den Wirkungsvariablen zusammen, anhand von Mittelwerten, Standardabweichungen und Häufigkeiten, im Vergleich dargestellt. Die Daten während der Therapiesitzung werden auch zum exakten Zeitpunkt festgehalten. Der Alkoholkonsum und seine Veränderungen zwischen den Therapiesitzungen wurden ebenfalls dargestellt. Die Auswirkungen von MET auf den Alkoholkonsum wurden linear der Zeit, von der Ausgangslage bis zum Ende der Studie nach zwölf Wochen untersucht. Am Ende versuchten die Forscher, alle Wirkungsvariablen hinsichtlich des Studienzeitraums zu ermitteln. Wenn entscheidende Unterschiede festgestellt wurden, wurde die einfache Steigung der einzelnen Variable erstellt, um den alleinigen Effekt darzustellen.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse, sowie die angegebenen Stichprobengrößen, beziehen sich im Weiteren nur auf die MET Intervention. Über 80 % der Teilnehmer beider Stichproben haben die zwölf Wochen die MET Therapie beibehalten. 1) Ambivalentes Verhalten und Diskrepanzen wurden in der OP Patientengruppe etwas höher eingeschätzt. 2) Im MET war der Bezug auf das Engagement wesentlich. Der höchste Effekt konnte nach zwei Wochen ermittelt werden. Die AC Patientengruppe profitierte stärker von dem Schwerpunkt ‚Commitment¹⁹‘ als die OP Patientengruppe. 3) Erkennbar war dies an den höher eingeschätzten Effekten, bei dem Erreichen der individuellen Ziele. 4) In Bezug auf die durchschnittliche Abstinenz konnte festgestellt werden, dass sie bei der AC Patientengruppe mit 93,5 % höher lag, als bei der OP Patientengruppe mit durchschnittlich 79,5% Abstinenztagen innerhalb der zwölf Wochen²⁰. Frequenz und Häufigkeit des Alkoholkonsums stiegen über die Zeit in der AC- Patientengruppe an. Im Unterschied zu der AC Patientengruppe, zeigte die OP Patientengruppe keine signifikante Reduzierung der Häufigkeit des Alkoholkonsums. Jedoch an Tagen an denen sie konsumierten, wurde quantitativ mehr Alkohol zu sich genommen, im Gegensatz zur AC Patientengruppe. Ermittelt werden konnte außerdem, dass in beiden Gruppen die Frequenz und die Quantität des Alkoholverbrauches über die Zeit anstiegen. Mit dem Schwerpunkt der Ambivalenz und Diskrepanz konnten keine Vorhersagen über das Trinkverhalten der AC Patientengruppe seitens des Therapeuten erfolgen. Im Gegensatz dazu, war dieser Schwerpunkt in der OP Patientengruppe kontraindiziert und führte zur Verschlechterung des Trinkverhaltens im Vergleich zum Ausgangswert. Von dem Schwerpunkt Engagement konnten beide Patientengruppen profitieren. Die drei gemessenen therapeutischen Wirkvariablen beeinflussen nicht die Veränderung des Patiententrinkverhaltens²¹ beider Patientengruppen. Der gegenseitige Prozess die Motivation zu steigern zeigt keine signifikanten Besonderheiten, eine Ausnahme stellt sich im Hinblick auf Bearbeitung der Ambivalenz und der Diskrepanz bei minder motivierten AC Patienten dar. Die Motivation entsteht durch die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Dagegen nimmt der</p>

¹⁸ Die kleinen hochgestellten Buchstaben a);b);c) , weisen auf die einzelnen Elemente der abgefragten Behandlungsbestandteile hin.

¹⁹ Commitment = Engagement

²⁰ Diese Prozentzahlen beziehen sich auf den Zeitraum zwischen den Therapiesitzungen.

²¹ Die Veränderung des Patiententrinkverhaltens, ist meist zusätzlich abhängig von der Motivation des Einzelnen.

	<p>Therapeut nicht an, dass die Motivation, eine Voraussetzung für den Erfolg von MI ist. Konträr zu den Erwartungen der Forscher ist das negative Ergebnis (steigende Quantität des Alkoholkonsums) hinsichtlich des Fokus Ambivalenz und Diskrepanz zu sehen. Dieser Schwerpunkt verschlechtert das Konsumverhalten der Patienten und zeigt sich als kontraindiziert. Betroffen waren OP Patienten und AC Patienten, vorausgesetzt sie verfügten über eine geringe Motivation. Der Fokus auf das Engagement zur Veränderung kann als aktiver Bestandteil der MI Therapie ermittelt werden, denn beide Untersuchungsgruppen profitierten davon und eine Verhaltensveränderung trat nachhaltig ein. Die Therapeuten beider Patientengruppen fokussierten sich mehr auf das Engagement als förderlicher Schwerpunkt. Die Schwerpunktlegung auf Ambivalenz und Diskrepanz ist geringer über den Studienzeitraum. Eine Handlungsempfehlung für den Therapeuten ist es, sich erst den inneren Konflikten durch den Aufbau von Diskrepanz zu widmen. Im zweiten Schritt soll versucht werden den Konflikt zu lösen, um daraus Motivation für die angedachte Veränderung zu schöpfen. Zur dritten Ergebnisvariable können keine signifikanten Aussagen getroffen werden.</p>	
<p>Schlussfolgerung der Autoren</p>	<p>Die steigende Quantität des Alkoholkonsums ist möglicherweise auf die Verunsicherung der betroffenen Patienten zurückzuführen. Sie kämpfen möglicherweise mit der Motivation zur Veränderung und damit ob die Therapie wirklich zum gewünschten Ziel führt. Weitere Forschung ist notwendig, um herauszufinden, wie die Ausdrucksweise der Betroffenen durch MI verändert wird. Ebenfalls sollten die Ansätze dieser Studie in Bezug auf weitere Personengruppen Anwendung finden. Eine Schlussfolgerung ist nur mit Vorsicht zu äußern, da noch viel Forschung hinsichtlich der Wirksamkeit von MI erforderlich ist. Es konnte als herausragendes Ergebnis herausgestellt werden, dass der Fokus auf das Engagement zum Therapieerfolg von den Patienten führt und als ein aktiver Bestandteil von MI identifiziert werden kann. Fraglich ist nur, ob dieses Ergebnis ausschließlich auf die Wirksamkeit von MET zurückzuführen ist. Abschließend lässt sich sagen, dass MI sich nicht als Maßnahme zur Konfliktbewältigung eignet und die vorliegende Studie sieht den Therapiefokus auf Ambivalenz und Diskrepanz als kontraindiziert an. Diese Annahmen sollen durch zukünftige Studien gestützt werden.</p>	
<p>Kritische Bewertung</p> <p>★★</p>	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivationsstadien des Betroffenen als hinderlicher oder begünstigender Faktor für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit werden beschrieben • zentraler Aspekt von MI: die Motivation wird nicht durch den Therapeuten angenommen, sondern entsteht vielmehr durch die Interaktion zwischen Therapeut und Patient. • der Fokus auf das ‚Commitment‘ kann als aktiver Bestandteil der MI Therapie identifiziert werden. • das hier angewendete angepasste MET zeigt einen erkennbaren Nutzen bzw. Wirksamkeit • das hier angewendete Protokoll stellt neben der Durchführung von MET die Stärken dieser Studie dar. • die gemessenen Ergebnisparameter sind gut abgestimmt mit den Zielen der Studie 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Differenzen zwischen den Stichproben: die OP Patientengruppe war möglicherweise größeren Motivationsschwankungen ausgesetzt, weil sie mit der Therapie direkt nach einer Alkoholentgiftungsmaßnahme begonnen haben • AC Patienten hatten hingegen schon eine Vorbehandlung ihrer Alkoholerkrankung und waren mit dieser Behandlung unzufrieden • einige Ergebnisse können nicht erreicht werden, da die zwölf Woche eine zu begrenzte Zeit sind, Follow-Up zu zeitnah gewählt • die Prozessmessung gestaltet sich schwierig, da nicht ganz klar ist, ob die aktiven Bestandteile ausschließlich auf MET

	<ul style="list-style-type: none"> • die Studie zeigt, dass die Interventionen von MI als dynamischer Prozess zu verstehen sind • Anwendbarkeit nur bei alkoholabhängigen Patientengruppen möglich • MI eignet sich nicht als Maßnahme zur Konfliktbewältigung • die vorliegende Studie sieht den Schwerpunkt Ambivalenz und Diskrepanz als kontraindiziert an. • randomisierte Zuteilung, jedoch nicht computergestützt 	<p>zurückzuführen sind oder zusätzlich bedeutend waren in TSF und CBT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verblindung von Teilnehmern und Ergebnisgutachtern nicht beschrieben • Attrition Bias, keine Begründung für die fast 20% die pro Stichprobe nach zwölf Wochen weggefallen sind • Herleitung der Ausgangswerte teilweise über das MATCH Projekt, Verweis an eine andere Studie um mehr zur Rekrutierung herauszufinden • keine Stichprobenkalkulation • Anstieg der Frequenz und der Häufigkeit des Alkoholkonsums in beiden Gruppe über Zeitspanne der Studie im Vergleich zum Ausgangswert • keine Konfidenzintervalle dargestellt
--	---	---

8.4.5 'Motivational Interviewing: A Pilot Test of Active Ingredients and Mechanisms of Change'	
Autoren: Morgenstern, J., Kuerbis, A., Amrhein, P., Hail, L., Lynch, K. & McKay, J.R. (2012)	
Studiendesign	Pilotstudie
Ziel	Es soll ein experimentelles Paradigma entwickelt werden, mit Hilfe dessen, die als ursächlich angenommenen Faktoren von MI untersucht werden sollen. Aktive Bestandteile ²² und Mechanismen, die zur Verhaltensveränderung ²³ beitragen können, sollen vor dem Hintergrund der Reduzierung des Alkoholkonsums überprüft werden. Es wird zwischen der initiierten Reduzierung des Alkoholkonsums und den eigenen Bestrebungen (Self-Change) des Alkoholkranken, unterschieden. Es sind ausdrücklich Betroffene eingeschlossen, die den Konsum reduzieren wollen aber nicht abstinent werden wollen.
Durchführung	Durch lokale und im Internet geschaltete Werbung konnten 89 Teilnehmer für diese neunwöchige Studie rekrutiert werden. Die potenziellen Teilnehmer wurden telefonisch zu einigen soziodemographischen Angaben befragt. Eingeschlossen wurden Teilnehmer die zwischen 18 und 65 Jahren alt waren. Ihr wöchentlich durchschnittlich geschätzter Alkoholkonsum sollte im Vorfeld der Studie, mehr als 15 Drinks bei Frauen und mehr als 24 Drinks bei Männer betragen. Personen die bereits eine vorhandene alkoholbedingte Erkrankung haben, wurden ebenfalls eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Betroffene, die drogen-, nikotin- oder medikamentenabhängig waren. Teilnehmer, die eine schwere psychische Erkrankung hatten, suizidgefährdet oder gewaltbereit waren, wurden ebenfalls nicht einbezogen. Menschen mit schwerem Alkoholismus, einhergehend mit körperlichen Entzugserscheinungen, und Personen, die durch gesetzliche Regelungen einen Entzug machen sollten, wurden in der Studie nicht berücksichtigt. Teilnehmer, die den Wunsch hatten abstinent zu werden oder sich äußerten, dass sie eine zusätzliche Behandlung noch während den acht Wochen haben wollten, konnten ebenfalls nicht aufgenommen werden. Ausgeschlossen wurden auch Menschen mit instabilen Wohnverhältnissen und Personen, die von schweren Entzugserscheinungen am Telefon berichteten. Wurden die Einschlusskriterien im ersten Schritt erfüllt, so folgte eine individuelle Beurteilung durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter. Konnte eine Eignung festgestellt werden, wurden die 89 Teilnehmer mit dem TLFB ²⁴ eingestuft. Danach wurden sie mit den Fragen der täglichen Umfrage, mit Hilfe des IVR ²⁵ , vertraut gemacht. Im Vorfeld und während der acht Wochen wurden die Probanden mit Hilfe von verschiedenen Assessmentinstrumenten ²⁶ , hinsichtlich der Schwere ihrer Erkrankung eingestuft. Es wurden, beispielsweise TLFB, AUDIT-C ²⁷ , ADS ²⁸ , SIP ²⁹ angewendet, um verschiedene Informationen standardisiert zusammenzutragen. Nachdem die Ausgangswerte aller

²² Aktive Bestandteile, beziehen sich auf die Strategien des Therapeuten eine positive Veränderung zu erleichtern

²³ Mechanismen zur Verhaltensveränderung, beziehen sich auf Verfahren, die der Betroffene erlernt, um die Veränderung voranzubringen, gemeint sind der Kompetenzerwerb, kognitive Neubeurteilung der gegenwärtigen Situation.

²⁴ TLFB: Timeline Followback Interview

²⁵ IVR: Interactive voice recording

²⁶ In der Übersetzung sind wichtige Assessmentinstrumente genannt, bei weiterem Interesse kann der Volltext verwendet werden. (vgl. Morgenstern u.a., 2012)

²⁷ AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test- C

²⁸ ADS: Alcohol Dependence Scale

²⁹ SIP: Short Inventory of Problems

Studienteilnehmer in der ersten Woche erfasst waren, wurden die Teilnehmer zwei verschiedenen Interventionsgruppen und einer Kontrollgruppe randomisiert zugeordnet.

1) MI- Eine angepasste Form von MET wurde komplett angeboten. 2) SOMI^{30,31}- MI mit nicht-direktiven Elementen und der Haltung des Therapeuten, wurde angeboten. Die durchführenden Therapeuten wurden geschult, um die Genauigkeit der durchgeführten Therapiesitzungen unter den besonderen Anhaltspunkten zu beurteilen. Dazu haben sie jeweils in Übungsgruppen mit einem erfahrenen MINT Trainer geübt. Die Therapeuten erhielten ebenfalls ein dreistündiges Training für die Anfertigung der speziellen Protokolle. Um das Protokoll und das Vorgehen bei der SOMI Intervention zu verbessern, wurden vier Therapie-Sitzungen durch ein Video aufgezeichnet und beurteilt. Außerdem fand einmal wöchentlich eine Supervision mit den MINT³² Spezialisten statt.

3) Self-Change (SC³³)- Hier wurden alle anderen in der Literatur beschriebenen Elemente, die zur Verhaltensveränderung beitragen können, abgedeckt. Ausgenommen waren die Faktoren der Patienten-Therapeuten-Beziehung und der Techniken, die in MI und SOMI gesondert geprüft wurden. Resonanz erfolgte in Form von Feedback. Die persönliche Verantwortung und die Bemühungen zur Selbstwirksamkeit wurden gefördert und erfasst. Die Teilnehmer sollten versuchen sich durch ihre eigenständigen Bestrebungen, ohne professionelle Hilfe, zu verändern. Nach Abschluss der Studie wurde den SC Teilnehmern ebenfalls eine MI Therapie zuteil. Die Messzeitpunkte und die individuellen Beurteilungen erfolgten, vor der Randomisierung, sowie in der ersten, vierten und achten Woche. Über die acht Wochen wurde IVR täglich erhoben. Nach zwölf Wochen erfolgte ein telefonischer Follow-Up bei den Teilnehmern der MI und der SOMI Therapiegruppe. Die verschiedenen Interventionen wurden aus Sicht des Betrachters und aus Sicht des Betroffenen evaluiert. Die Beobachter konnten mit Hilfe des MITI³⁴ die Therapiesitzungen, hinsichtlich der Reliabilität und der Validität ihrer Ergebnisse, auswerten. Dort wurde das Verhalten des Therapeuten bzw. des Behandlers beurteilt. Für die Rubrik ‚Client Change Talk‘ haben zwei verblindete wissenschaftliche Mitarbeiter die Codierung der Äußerungen der Patienten und des Therapeuten vorgenommen. Es wurden Aussagen, die aus einzelnen Worten bis hin zu mehreren Sätzen bestanden, in die Auswertung mit aufgenommen und bestimmten Themenbereichen zugeordnet.

Es wurden zwei Ebenen anhand zweier Matrizen (Zehntel-Segment) analysiert. 1) Häufigkeit die Aussagen zur Verhaltensveränderung seitens des Patienten, verglichen mit dem errechneten Mittelwert. 2) Wert³⁵ der Äußerungen, im Vergleich mit den durchschnittlichen Werten der Programmierer. Auf der anderen Seite steht die Auswertung der Patientenperspektive, bezogen auf die Beziehungsaspekte zu dem Therapeuten bzw. der direkten Elemente, die in MI und SOMI integriert waren. Mit Hilfe des TSR³⁶ und einer sechs- und einer vier-Punkte Likert Skala konnten die folgenden beiden Fragen eingeschätzt werden: „*Wie hilfreich war ihr Therapeut?*“, „*Hat ihr Therapeut Ihnen ausdrücklich Anleitung und Rat zur Reduktion des Alkohols gegeben?*“ und „*Hat er Ihnen*

³⁰ SOMI: Spirit Only MI, ist eine entwickelte Abkürzung der Autoren, damit sie sich besser von MI abhebt und das Verständnis erleichtert.

³¹ SOMI: Spirit Only MI, innerhalb dieser Intervention sind direktive und technische Elemente, die eine Verhaltensveränderung initiieren oder begünstigen könnten, untersagt.

³² MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers

³³ SC: Self-Change

³⁴ MITI: Motivational Interviewing Treatment Integrity Code

³⁵ Hier in der Bedeutung Gewichtung, Wertigkeit verwendet.

³⁶ TSR: Therapy Session Report

	<p><i>Vorschläge zur Veränderung des Trinkverhaltens gemacht?“. Anhand Wiederholungsmessungen³⁷ soll über neun Wochen dargestellt werden, ob Personen vor der Randomisierung ihren Alkoholkonsum im Verlauf reduzieren. TLFB zeichnet von Anfang bis Ende der Studie die Menge an Drinks auf, die schätzungsweise jeweils von den Teilnehmern getrunken wurden, diese Verlaufswerte werden mit der Ausgangslage verglichen.</i></p>
Ergebnisse	<p>Die Teilnehmer tranken viel Alkohol, waren leicht bis mittelmäßig schwer alkoholabhängig. Sie wiesen eine verhältnismäßig geringe Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit auf. Eine Komorbidität zu anderen psychischen Erkrankungen wurde im Vorfeld ausgeschlossen und die Teilnehmer nahmen zum ersten Mal an einer Intervention zur Reduzierung ihres Alkoholkonsums teil. Die Wiederholungsmessungen ergaben keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Eine Mittelwertdifferenz bezüglich des MI ergab, dass die Teilnehmer in der MI-Therapiegruppe schwerer betroffen waren als die Probanden der anderen beiden Gruppen. Die Auswertung von MITI und TSR hat ergeben, dass die Zusammenarbeit signifikant höher eingeschätzt wurde als bei SOMI. Zurückzuführen ist dies vermutlich auf die zusätzlichen Ratschläge und die Anleitungen zum Vorgehen bei der Konsumreduzierung³⁸, dies war innerhalb des SOMI untersagt. Die TSR Ergebnissen schließen sich an. Demnach wurde die Bindung zum Therapeuten während des MI und des SOMI als gleichwertig positiv sowie hilfreich empfunden. Unterschiede sind zu vermerken bei den Fragen nach Anleitung und Ratschlägen. Bei Anleitungen und Ratschlägen wurde die Unterstützung des Therapeuten bei MI erwartungsgemäß höher eingestuft als bei SOMI. Im Verlauf näherten sich die Angaben zur Alkoholkonsumreduzierung an und zur zweiten Therapiesitzung von SOMI wurde bereits die Einstufung positiver. Der größte positive Effekt auf die Konsumreduzierung konnte in den ersten zwei Wochen nach der Randomisierung, zu Gunsten von MI, festgestellt werden. Entgegen den Erwartungen der Forscher, konnten keine signifikanten Effekte der Bestandteile von MI gegenüber SOMI und SC gefunden werden. Nach zwölf Wochen konnten gleichwertige Ergebnisse zur Reduzierung des Alkoholkonsums zwischen MI und SOMI, im Vergleich zur Ausgangslage, festgestellt werden. Es gibt dennoch positive Ergebnisse im Vergleich der Follow-Up Erhebung und der Ausgangslage hinsichtlich einer Konsumreduzierung in allen drei Gruppen. MI und SOMI Teilnehmer reduzierten erkennbar weiterhin ihren Alkoholkonsum. Es konnten aber keine überlegenen Erkenntnisse zur Unterstützung von MI gefunden werden. Auf die Vermittlung der Ergebnisse zwischen MI und SOMI am Ende der Studie wurde verzichtet. Dieser Vergleich wurde bereits nach zwei Wochen durchgeführt. Dies führte zu keinen aussagekräftigen Ergebnissen. Es konnten keine Vorhersagen über den weiteren Verlauf des Alkoholkonsums gemacht werden. Eine Interpretation der Wirksamkeit von MI, SOMI und SC ist schwierig. SC ist weniger effektiv als MI und SOMI, aber die Differenzen sind nicht signifikant. Das Verhalten des Therapeuten kann die Motivation zur Verhaltensveränderung des Einzelnen steigern und somit hat die Beziehung zwischen den Beteiligten einen Einfluss auf die Reduzierung des Alkoholkonsums.</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Die Ergebnisse sollten aufgrund der Charakteristika einer Pilotstudie mit Bedacht interpretiert werden. Die experimentellen Annahmen zeigen den Nutzen der Herangehensweise für die Zukunft, MI hinsichtlich seiner aktiven Bestandteile zu überprüfen. Überraschend ist, dass SOMI und SC am Ende gleichwertige Ergebnisse wie MI hervorbringen. In Zukunft wird es wichtig, die therapeutischen und die nicht-therapeutischen Faktoren zur Alkoholkonsumreduzierung zu überprüfen. Die bisher durchgeführten Studien verfügen über ein mangelhaftes Design, deswegen ist es auf Grundlage dessen schwer zu sagen, wie die Elemente</p>

³⁷ Wiederholende Messungen: repeated measures ANOVA

³⁸ Siehe auch Erläuterung ¹⁴Aktive Bestandteile

	<p>funktionieren und wem sie nutzen können. Um eine Unterscheidung zwischen MI und der eigenständigen Veränderung zu erreichen, wäre eine Erweiterung des MI Konzeptes wünschenswert. Die Erarbeitung des Paradigmas war erfolgreich. Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass das komplette MI effektiver ist als eine angepasste oder eine separierte Intervention des MI oder der SC. In Zukunft ist es wichtig, ein Augenmerk auf die Gemeinsamkeiten und auf die Wirkweise von MI zu legen.</p>	
<p>Kritische Bewertung</p> <p>★</p>	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Genauigkeit und die Unterscheidbarkeit vom MI und SOMI wurde mehrfach und standardisiert erfasst • zwei Ausreißer wurden in der Untersuchung erkannt, entsprechend wurden zwei Berechnungen durchgeführt, zum einen mit und zum anderen ohne ihre Aussagen zu berücksichtigen • die Ergebnisse unterstützen die Durchführbarkeit und den Nutzen der Pilotstudie • die Studie zeigt einen Lösungsweg auf, wie man aktive Mechanismen des MI, getrennt voneinander, überprüfen kann • Übertragung auf andere alkoholerkrankte Patientengruppen ist möglich • unerwartete Ergebnisse, Analyseplan wurde angepasst • Ergebnisgutachter waren verblindet • Studienteilnehmer waren gleichmäßig auf die Gruppen verteilt • weiterer Forschungsbedarf wird erwähnt und die Pilotstudie kann einen Beitrag zur Entwicklung zukünftiger Studiendesigns leisten 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Gewichtung der kategorisierten Themenbereiche birgt Risiken der unverhältnismäßigen Selektion von Faktoren, die zum weiteren Alkoholkonsum führten und die Reduktion des Alkoholkonsums begünstigten • schwierige Codierung der ‚Client Change Talk‘ Äußerungen, dies führt zur Limitierung der Ergebnisse • Teilnehmer der MI-Interventionsgruppe waren etwas schwerer betroffen als die Personen in den anderen beiden Gruppen • zu geringe Stichprobe, Effektgrößen zu gering • Randomisierung erfolgte nicht computergestützt • SC Gruppe wurde nicht gleichbehandelt wie sie MI und SOMI Gruppe • Follow-Up nach den zwölf Wochen schwierig zu beurteilen, Follow-Up zu zeitnah gewählt • nur MI und SOMI wurden nach zwölf Wochen telefonisch evaluiert • schwierig zu beurteilen sind die SC Effekte, da die Gruppe zu diesem Zeitpunkt MI nachträglich erhält • der experimentelle und MI zerlegende Charakter der Studie muss berücksichtigt werden • freiwillige Teilnahme • Konsequenzen am Arbeitsplatz und im Sozialleben sehr gering • Ursachen für den Verlust von Studienteilnehmern bis zum Follow-Up nicht bekannt (n=9) • verdeckte Zuordnung ist fraglich • Verblindung der Teilnehmer fraglich

8.4.6 'Motivational Interviewing and Behavior Change: How Can We Know How It Works?'	
Autor: Nahom, D. (2005)	
Studiendesign	Literatur Übersicht
Ziel	Der Artikel soll die bereits veröffentlichten Evaluationsstudien zu MI und AMI, hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Verhaltensveränderungen, untersuchen. Es sollen Verständnislücken in Bezug auf die Verfahren von MI/AMI herausgearbeitet werden. Auf dieser Grundlage sollen in Zukunft die Wirksamkeit und die Effektivität überprüft werden. Erst dieser Schritt führt uns zu einem Wissenszuwachs, wie genau und warum die Interventionen von MI/AMI funktionieren.
Durchführung	Es wurden die Internetseite des Motivational Interviewing (http://motivationalinterview.org/library/biblio.html) und die Datenbank PsychINFO durchsucht. Es wurden 60 veröffentlichte Artikel zwischen 1986 und 2002 in die Literaturliste eingeschlossen. Eingeschlossen wurden Studien, die den Effekt von MI/AMI/MET untersuchten. Besonders ist, dass hier auch auf Erfahrung basierende Studien, kleine Pilotstudien und Fallstudien eingeschlossen wurden. Es wurde versucht, nur Studien einzuschließen, die ein bestimmtes Element der MI/AMI Therapie genauer betrachteten. Die Patientenpopulationen waren in den eingeschlossenen Studien vorwiegend an Alkohol-, Nikotin-, oder Drogenabhängigkeit erkrankt. Unter anderem waren auch Studien mit Probanden eingeschlossen, die mehrere Diagnosen ³⁹ hatten. Es sind in den eingeschlossenen Studien noch diverse andere Patienten- bzw. Personengruppen untersucht worden, bei Interesse entnehmen sie diese dem Originaltext. ⁴⁰ Ausgeschlossen wurden Übersichtsarbeiten mit Metaanalysen, die mehr als eine Intervention untersuchten. Die MI/AMI Interventionen bestehen zum einen aus sechs gängigen Elementen der MI Kurzintervention (FRAMES ⁴¹). Zum anderen bestehen sie aus vier Grundsätzen des MI (Kernprinzipien ⁴²). Die einzelnen Interventionen von MI/AMI wurden hinsichtlich ihrer Effekte untersucht.
Ergebnisse	Zusammengefasst wurden acht Interventionen, die sich aus den Konzepten von MI und AMI ableiten lassen. Die Elemente: Feedback, Verantwortung, Rat, Auswahl an Optionen, Empathie ausdrücken, Unterstützung der Selbstwirksamkeit sowie der Umgang mit Widerstand und die Entwicklung von Diskrepanzen wurden zusammenfassend beschrieben. Alle acht untersuchten Interventionen der beiden MI/AMI Konzepte kommen zu dem Ergebnis, dass sie weder notwendig noch ausreichend sind, um eine Verhaltensveränderung zu beeinflussen. Bei dem Element ‚Rat‘, konnte keine Verbindung zu einer Verhaltensveränderung festgestellt werden. Kam es während einer Intervention doch zu einer Verhaltensveränderung des Studienteilnehmers, so ist diese Veränderung nicht ausschließlich nur auf die MI/AMI Intervention zurückzuführen. Dies belegt auch das Element ‚Auswahl an Optionen‘. Hier wird deutlich, dass es zwar sinnvoll ist die Optionen in Form von Empfehlungen aufzuzeigen. Doch ist eine möglicherweise folgende Verhaltensveränderung nicht den MI/AMI Interventionen ausschließlich zuzuschreiben. Beim Ausdrücken der Empathie sowie bei der Unterstützung der Selbstwirksamkeit wurden zwar Messungen durchgeführt, jedoch nie in Bezug auf die Auswirkungen für den Patienten berichtet. Bei dem Umgang mit dem Widerstand des Patienten durch seine Überzeugungen konnte herausgefunden werden, dass es wohl Gestaltungsspielraum dieses Elementes gibt.

³⁹ Doppeldiagnosen: dual diagnoses

⁴⁰ vgl. Nahom, 2005, S.60 f.

⁴¹ FRAMES: Feedback, Verantwortung, Rat, Auswahl an Optionen, Empathie und Selbstwirksamkeit (vgl. Nahom, 2005, S.59)

⁴² Kernprinzipien: Empathie ausdrücken, Entwicklung von Diskrepanz, Umgang mit Widerstand und Unterstützung der Selbstwirksamkeit (vgl. Nahom, 2005, S.59)

	<p>Keine eingeschlossene Studie kann genau benennen, wie sie zu diesen Ergebnissen gelangt ist. Es ist zu vermuten, dass Argumentation möglicherweise vermieden wird, um den Patienten nicht zu konfrontieren. Bei dem letzten Element ist erkennbar, dass unklar ist, wie die Entwicklung von Diskrepanzen zu der gegenwärtigen Situation von statten ging. Auch hier wird deutlich, dass keine alleinige Verhaltensveränderung durch den Einfluss einer MI/AMI Intervention ausgeht. MI/AMI ist nahezu ähnlich effektiv wie andere Interventionen in der Psychotherapie. Der herausragende Erfolg vom MI/AMI gegenüber anderen Intervention bleibt fraglich. Es konnten keine statistisch signifikanten Ergebnisse gefunden werden, die klar zeigen, wie eine Verhaltensveränderung durch eine der MI/AMI Interventionen erfolgt. Über die Entstehungsmechanismen der Verhaltensveränderung kann nichts ausgesagt werden. Es können keine Aussagen zur Wirksamkeit von MI/AMI gemacht werden.</p>	
<p>Schlussfolgerung der Autoren</p>	<p>In Zukunft sollten die einzelnen Teile des komplexen Zusammenspiels zwischen den beiden MI/AMI Verfahren, hinsichtlich der angewendeten Techniken und der Wirkung von therapeutischen Interventionen, näher untersucht werden. Erkennbar ist, dass die Zusammenarbeit bzw. die Beziehung des Therapeuten zu seinem Patienten in den Studien nicht weiter beschrieben wird, obwohl es zu einer Verhaltensveränderung des Patienten gekommen ist. Es muss Untersuchungen zu den gemeinsamen Grundsätzen von MI/AMI geben. Es gibt eine hohe Anzahl von Publikationen, die Interventionen und Techniken enthalten, die nicht evidenzbasiert überprüft sind. Dadurch fällt es den Therapeuten in der Praxis schwer, dass geeignete Behandlungsverfahren für den Betroffenen zu finden. Die vorliegende Literatur gibt nicht die Möglichkeit die Verbindung von Interventionsverfahren und Patientenoutcomes zu beurteilen. In Zukunft sollten zwei Seiten beleuchtet werden, zum einen, ob eine Intervention funktioniert und zum anderen wie genau sie funktioniert, um Verhaltensveränderungen hervorzurufen. Die Interventionen sollten einzeln in Studien geprüft werden und mit geeigneten Messinstrumenten jeweils bewertet werden. Dies führt dazu, dass erfolgsversprechende Interventionen evidenzbasiert herausgearbeitet werden können.</p>	
<p>Kritische Bewertung</p> <p>★</p>	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Anspruch, dass Studien, die auf Erfahrungen basieren, kleine Pilotstudien und Fallstudien eingeschlossen werden, trifft das Interesse der Autorin • es konnten Wissens- und Verständnislücken in Bezug auf MI/AMI beleuchtet werden • zukünftige Forschungsziele werden formuliert (z.B. Analyse zu den Wirkungen von MI/AMI und dem eigentlichen Prozess können die Praxis verbessern) • es ist zu wenig darüber bekannt wie die Interventionen funktionieren und wie durch sie eine Verhaltensveränderung zu Stande kommt • beispielsweise wird auch ein eigens entwickeltes Modell zur Erfassung von Mechanismen, die zur Verhaltensveränderung führen können, vorgestellt 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Kriterien einer systematischen Übersichtsarbeit sind nicht erfüllt, dies limitiert die Aussagekraft • das Setting und die behandelten Personengruppen sind sehr unterschiedlich in den eingeschlossenen Primärstudien • Kontrollinterventionen waren sehr vielfältig gewählt • auch die Interventionszeitpunkte der einzelnen MI/AMI Interventionen variierten von Studie zu Studie • die Messparameter derselben Intervention unterschieden sich teilweise deutlich von den jeweiligen Studien (Validität und Reliabilität schwer zu beurteilen) • die angewendeten Messverfahren der Primärstudien sind oftmals gar nicht oder nur unzureichend beschrieben • die Ausgestaltung der verschiedenen MI/AMI Elemente sind unterschiedlich • es wurden zu wenige Informationsressourcen durchsucht

		<ul style="list-style-type: none">• über die jeweiligen Stichprobengrößen wurde im Einzelnen nicht berichtet• hohe Heterogenität der Studien ist zu vermuten• Bias Risiken auf allen Ebenen unklar bis hoch eingeschätzt, da meistens dazu keine Aussagen in den Primärstudien getroffen wird
--	--	---

8.4.7 'Motivational interviewing for substance abuse'	
Autoren: Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsen, K. (2011)	
Studiendesign	Systematic Review
Ziel	<p>Der Systematic Review soll die Effektivität von MI für Menschen mit Alkohol-, Drogen-, bzw. Medikamentenabhängigkeit beurteilen. Ziel ist es, MI hinsichtlich seiner Effekte auf den Konsum des jeweiligen Suchtmittels zu prüfen. Des Weiteren sollen Aussagen zur Therapietreue, sowie der Bereitschaft etwas zu verändern, erzielt werden.</p> <p>Die speziellen Ziele der Studie lauten wie folgt: Es soll die Effektivität von MI als grundlegende bzw. als unterstützende Intervention für Substanzmissbrauch beurteilt werden. Ergebnisse sollen hinsichtlich des Grades des Drogenkonsums, des Beibehaltens der Therapie und der Bereitschaft zur Veränderung Aufschluss geben.</p> <p>Ziele der eingeschlossenen Studien: Primärergebnisse: Reduzierung, Beendigung des Konsums des jeweiligen Suchtmittels (überprüft durch Urin- und Blutuntersuchungen).</p> <p>Aussagen zur Reduzierung bzw. Beendigung des jeweiligen Konsums wurden zu vier Messzeitpunkten (Follow-Up) in den eingeschlossenen Studien ermittelt. a) direkt nach der Beendigung von MI, b) sechs Monate nach MI, c) zwischen sechs und zwölf Monaten nach MI und d) nachdem die Intervention mehr als zwölf Monate zurücklag. Die Reduzierung des Konsums verschiedener Suchtmittel konnte, anhand von Assessmentinstrumenten erfasst und zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erhoben werden.</p> <p>Sekundärergebnisse beinhalten: Das Beibehalten der Therapie und das Verbessern der Motivation, um die Veränderung selbst zu erwirken. Dies wurde gemessen anhand des ‚Readiness to Change Questionnaire‘ Fragebogens. Als drittes sollten Aussagen zu den wiederkehrenden Überzeugungen gemacht werden. Dies betraf Menschen, die bereits gerichtlich verurteilt waren.</p>
Durchführung	<p>Eine systematische Literaturrecherche erfolgte in 18 elektronischen Datenbanken, auf fünf Websites und vier Verteilerlisten des Netzwerkes MINT⁴³. Ebenfalls wurden Referenzlisten von bereits bestehenden Reviews mit in die Recherche aufgenommen. Die Recherche erfolgte zwischen November 2009 und November 2010. Es wurden alle Daten von 1983- 2010 in die Recherche eingeschlossen. Die Suche wurde limitiert auf RCT.⁴⁴ Drei Autoren aus der Arbeitsgruppe übernahmen die Recherche. Die Selektion der Studien erfolgte mit Hilfe dreier Level: a) alle Titel der Studien wurden gesichtet, b) Kategorisierung von Titeln und Abstracts und c) die nun übrigen Studien wurden im Volltext erworben. Zwei Autoren abstrahierten die Ergebnisse indem sie die Studien ein- oder ausschlossen. Falls sie sich nicht einigen konnten, erfolgte eine Diskussion. Wenn einer der beiden Autoren eine umstrittene Studie eingeschlossen hatte, so wurde diese in die Datensammlung für den SR⁴⁵ eingeschlossen. Bei fehlenden Informationen wurden die Autoren der Studien mehrfach kontaktiert. Jede eingeschlossene Studie wurde auf ihr Bias Risiko einzeln, anhand des Cochrane Handbook, überprüft. MI wurde bei allen eingeschlossenen RCT durch Audio- oder Videoaufnahmen sichergestellt.</p>

⁴³ MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers

⁴⁴ RCT: Randomized controlled trail

⁴⁵ SR: Systematic Review

Ergebnisse	<p>Aus 243 Volltextartikel wurden nochmal 153 Studien ausgeschlossen, sodass der Systematic Review auf 59 eingeschlossenen RCT basiert. 29 Studien beschäftigten sich ausschließlich mit den Effekten von MI bei Alkoholabhängigen, in acht weiteren Studien wurden die Effekte von MI auf Cannabiskonsumenten geprüft. Vier Studien beschäftigten sich mit Kokainabhängigen und in den letzten 18 eingeschlossenen Studien wurden Teilnehmer eingeschlossen, die mehr als eine Abhängigkeitserkrankung aufwiesen.</p> <p>Bias Risiken bei den eingeschlossenen Studien: Es ist erkennbar, dass die meisten eingeschlossenen Studien über keine transparente und nachvollziehbare Zuordnung der Teilnehmer zwischen Interventions- und Kontrollgruppe verfügen. Ebenfalls schwierig ist es eine Verblindung der Teilnehmer bzw. der Beratenden oder der durchführenden Personen zu ermöglichen. Die Verblindung war bei der Mehrzahl der Studien unklar. In 22 Studien scheint es so, dass bei dem Gutachter eine ausreichende Verblindung bestand. Es lag eine hohe Heterogenität der verschiedenen Studien vor. Auf die Darstellung der durchgeführten Metaanalyse, sowie die Ausarbeitung der Subgruppenanalyse wurde verzichtet, da die Metaanalyse keine aussagekräftigen Ergebnisse lieferte.</p> <p>Die Studienergebnisse wurden in vier Vergleiche unterteilt. a) Effekte von MI wurden gegenüber keiner Kontrollintervention erhoben, b) Effekte von MI wurden gegenüber des normalen Prozedere erhoben, c) Effekte von MI wurden gegenüber einer Beurteilung und Feedbackgesprächen erhoben, d) Effekte von MI wurden gegenüber einer anderen aktiven Interventionen erhoben.</p> <p>a) Zu den Zeitpunkten direkt nach dem Beenden von MI und sechs bzw. zwölf Monate nach der Intervention konnten Effekte zu Gunsten von MI nachgewiesen werden. Erst nach über zwölf Monaten konnten keine signifikanten Ergebnisse mehr nachgewiesen werden.</p> <p>b) Bei diesem Vergleich konnten weder bei den primären Ergebnissen noch bei den sekundären Ergebnissen Effekte oder signifikante Unterschiede festgestellt werden.</p> <p>c) MI wies erst nach einer Zeit von sechs bis zwölf Monaten effektivere Ergebnisse als die Feedbackgespräche auf. Zur Bereitschaft etwas zu verändern konnte eine Studie in diesem Vergleich gefunden werden. Jedoch lässt sich auf Grundlage einer Studie keine Aussage treffen.</p> <p>d) Bei diesem Vergleich konnten ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse ermittelt werden.</p> <p>Es konnten aufgrund der geringen Datenlage und der hohen Heterogenität der Studien keine Aussagen zu den Sekundärergebnissen formuliert werden. Die hierzu durchgeführten Berechnungen waren nicht signifikant.</p>
Schlussfolgerung der Autoren	<p>Die Evidenz wird von den Autoren als meist gering eingeschätzt. Einige wenige Vergleiche waren von ihrer Studienqualität moderat, jedoch liegt ein niedriger Evidenzgrad der Ergebnisse des Systematic Review vor. Dafür sind hohe Bias Risiken bei der Zuteilung der Teilnehmer und bei der Verblindung von Teilnehmern, durchführenden Personen sowie bei den Ergebnisgutachtern, verantwortlich. Es konnten keine Aussagen zu den sekundären Ergebnissen ermittelt werden. Es werden zusätzlich einige Bias Risiken hinsichtlich unvollständiger bzw. selektiver Studienberichte vermutet.</p>

<p>Kritische Bewertung</p> <p>★★★</p>	<p>Positiv</p> <ul style="list-style-type: none"> • MI wurde bei alle eingeschlossenen RCT durch Audio- oder Videoaufnahmen sichergestellt (Durchführungsbias wurde minimiert) • alle Altersgruppen wurden in dieser Studie abgedeckt • viele Anwendungsbereiche von MI machen deutlich wie verbreitet die Methode ist • verschiedene Applikationsformen der Suchtmittel wurden laut Primärstudien ebenfalls durch MI beeinflusst • hohe Transparenz der Vorgehensweise innerhalb des SR • nur Einzeltherapie mit MI wurde untersucht • hoher Reporting Bias • Studierende als Risikogruppe, da Maßnahmen der eingeschlossenen Studien meist auf diese Personengruppe abzielt 	<p>Negativ</p> <ul style="list-style-type: none"> • sekundäre Outcomes konnten, aufgrund der hohen Heterogenität, nicht bestimmt werden (viele Settings) • der Schweregrad der jeweiligen Abhängigkeitserkrankung der Probanden in den eingeschlossenen Studien konnte nicht beurteilt werden, da die Artikel dazu keine Aussage machten • Messzeitpunkte in den verschiedenen eingeschlossenen Studien (siehe Primärergebnisse) waren unterschiedlich gewählt • Zuteilung und Verblindung in den verschiedenen eingeschlossen Studie bilden die höchsten Risiken • Publikationsbias, aufgrund von erhöhten Effektgrößen zu Gunsten von MI. Es wird vermutet, dass mehrere Studien, die keine Effekte von MI nachweisen, gar nicht publiziert wurden
---------------------------------------	---	---

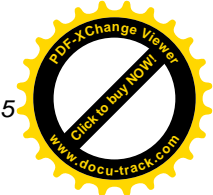
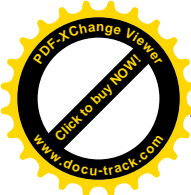
8.5 Übersicht der Bias Risiken der eingeschlossen Studien

	Bias Risiko	1. Foxcroft u.a. (2014) SR	2. Korcha u.a. (2013) RCT	3. Lussier & Richard (2007) Expertenmeinung	4. Magill u.a. (2013) Querschnittsstudie	5. Morgenstern u.a. (2012) Pilotstudie	6. Nahom (2005) Review	7. Smedslund u.a. (2011) SR
Selektions-Bias	gering							
	hoch						X	
	unklar	X	X		X	X		X
Durchführungs-Bias	gering							X
	hoch							
	unklar	X	X		X	X	X	
Informations-Bias	gering							
	hoch	X	X		X			X
	unklar					X	X	
Attrition-Bias	gering							
	hoch							
	unklar	X	X		X	X	X	X
Gesamtbewertung		★★	★★ Bias Risiken wurden zusammengefasst	★ Bias Risiken nicht einzeln beurteilbar	★★ Bias Risiken wurden zusammengefasst	★ Bias Risiken wurden zusammengefasst	★	★★★

8.6 Übersicht der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

Inhaltliche Schwerpunkte	Untergliederung	1. Foxcroft u.a. (2014) SR	2. Korcha u.a. (2013) RCT	3. Lussier & Richard (2007) Expertenmeinung	4. Magill u.a. (2013) Querschnittsstudie	5. Morgens- stern u.a. (2012) Pilotstudie	6.Nahom (2005) Review	7.Smedslund u.a. (2011) SR
Personengruppe	Alkoholabhängige	X			X	X	X	X
	Drogen- und/oder Medikamentenabhängige						X	X
	beides		X	X			X	X
Substanz	Alkohol	X			X	X	X	X
	Drogen- und/oder Medikamente					X	X	X
	beides		X	X			X	X
Intervention	MI	X	X	X	X	X	X	X
	MET				X			
	AMI						X	
	Intensiv MI		X					
	andere Interventionen	X	X		X	X		X
Wirkzeitraum Die Follow-Up Zeiträume wurden zur Übersicht,effektorientiert und induktiv aus allen eingeschlossenen Studien gebildet.	post Intervention							X
	< zwei Wochen				X	X		
	zwei Monate		X			X		
	< drei Monate				X			
	< vier Monate	X						
	vier Monate		X					
	> vier Monate	X						
	< sechs Monate		X					X
	< zwölf Monate							X
keine Angabe				X		X		
Konsumverhalten	Reduzierung	X	X		X	X		X
	Abstinenz		X		X			X
	keine Angabe/Erhöhung			X/	/X		X/	
Effektivität	ja	X	X		X	X		X
	nein						X	
	k. Angabe/n. signifikant			X/	/X	/X		

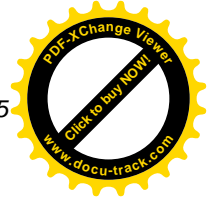
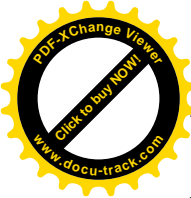
8.7 Beurteilungskriterien zur kritischen Bewertung der eingeschlossenen Studien



Anhang 2b: Leitfragen für die kritische Bewertung von systematischen Übersichtsarbeiten

a) Methodische Qualität der Übersichtsarbeit

Voraussetzungen für niedriges Bias-Risiko	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Sind die gewählten Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Studien adäquat für die Beantwortung der Fragestellung?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Sind die durchsuchten Informationsressourcen (Literaturdatenbanken etc.) ausreichend in der Anzahl und in der inhaltlichen Ausrichtung?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Ist der Verlauf der Trefferauswahl nachvollziehbar dargestellt (Angabe der ursprünglichen Trefferzahl, Ergebnisse des weiteren Auswahlprozesses berichtet; vorzugsweise anhand des PRISMA Flow Chart)?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Erfolgte die Datenextraktion durch mindestens zwei Personen unabhängig voneinander?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Erfolgte eine kritische Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Studien (durch mindestens zwei Personen unabhängig voneinander)?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Gab es eine ausreichend hohe Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Autoren, welche die eingeschlossenen Studien beurteilten? Ist das Vorgehen bei Nichtübereinstimmung beschrieben?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Sind die Charakteristika der eingeschlossenen Studien ausreichend und nachvollziehbar in Tabellenform dargestellt?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Sind die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien nachvollziehbar und unter Berücksichtigung der Aussagekraft und der Heterogenität* dieser Studien zusammengefasst?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Nur bei Metaanalysen: Wurde statistisch die Heterogenität der Ergebnisse der zusammengeführten Primärstudien kontrolliert (X^2 - und I^2 -Statistik) und wurde das Metaanalyse-Verfahren** auf vorliegende Heterogenität abgestimmt?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Nur bei Metaanalysen: Waren durchgeführte Subgruppen- oder Sensitivitätsanalysen im Vorwege (a priori) geplant?	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	
Potenzielle Risiken eines Publikations-Bias sind geprüft und benannt.	<input type="checkbox"/> adäquat <input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unklar	



*Heterogenität kann die untersuchten Populationen, Interventionen, genutzten Datenerhebungsinstrumente und/oder die Ergebnisse der Primärstudien betreffen.

***"Random effects"-Modell bei bestehender Heterogenität erforderlich.

b) Gültigkeit der in die Übersichtsarbeit eingeschlossenen Primärstudien

Bias-Art	Voraussetzungen für niedriges Bias-Risiko	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Selektions-Bias*	Die meisten der eingeschlossenen Studien weisen ein geringes Risiko eines Selektions-Bias auf.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Durchführungs-Bias*	Die meisten der eingeschlossenen Studien weisen ein geringes Risiko eines Durchführungs-Bias auf.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Informationsbias*	Die meisten der eingeschlossenen Studien weisen ein geringes Risiko eines Informationsbias auf.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Attrition-Bias*	Die meisten der eingeschlossenen Studien weisen ein geringes Risiko eines Attrition-Bias auf.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	

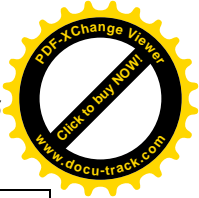
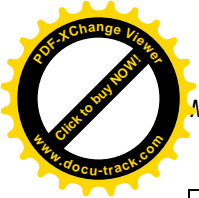
*Orientierende Kriterien s. Bewertungskriterien für Verzerrungsrisiken in RCT und anderen kontrollierten Studien.

c) Präzision der Ergebnisse

Bedingungen für Sicherstellung präziser Ergebnisse	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Die Stichproben in den eingeschlossenen Primärstudien hatten augenscheinlich eine adäquate Größe gehabt.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Daten der Primärstudien für den Endpunkt oder die Endpunkte sind valide und reliabel.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Für die Hauptergebnisse (Effektschätzungen wie z.B. relatives Risiko, Odds Ratio, absolute Risikodifferenz oder Mittelwertunterschiede) sind Konfidenzintervalle angegeben (entweder gepoolte Ergebnisse oder Einzelergebnisse der Primärstudien).	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Konfidenzintervalle deuten auf statistisch zuverlässige Ergebnisse (je enger die Konfidenzintervalle, desto präziser die Ergebnisse) (entweder gepoolte Ergebnisse oder Einzelergebnisse der Primärstudien).	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	

d) Konsistenz der Ergebnisse

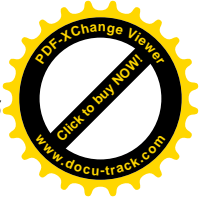
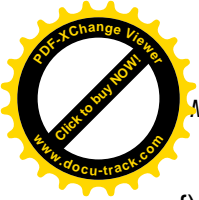
Voraussetzungen für konsistente Ergebnisse	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Die Ergebnisse der Primärstudien sind konsistent, d.h. weichen nicht auffällig bzw. statistisch signifikant	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein	



voneinander ab.	<input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Nur bei Metaanalysen: A priori geplante Subgruppenanalysen mit ausreichend großer Anzahl von Primärstudien geben statistisch sichere Hinweise auf Faktoren, welche die Varianz der Studienergebnisse erklären.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	

e) Übertragbarkeit/klinische Relevanz der Ergebnisse

Bedingungen für Übertragbarkeit/klinische Relevanz	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Die adressierte Population entspricht einem wesentlichen Teil der Zielgruppe (der Intervention).	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die in der Übersichtsarbeit berücksichtigten Endpunkte oder Risikofaktoren sind klinisch relevant.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die sonstigen Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich der berücksichtigten Studien entsprechen den Kriterien, die aus klinischer bzw. Betroffenen-Sicht relevant sind.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	



f) Gesamtbeurteilung der Aussagekraft der systematischen Übersichtsarbeit

★ ★ ★ ★	Hohe Aussagekraft: Die Ergebnisse sind nachvollziehbar, haben eine geringe Bias-Anfälligkeit, sind präzise, konsistent und klinisch relevant. Weitere Studien würden vermutlich das Vertrauen in die beobachteten Ergebnisse nicht beeinflussen.
★ ★ ★	Mäßige Aussagekraft: Die Nachvollziehbarkeit ist limitiert; eine gewisse Bias-Anfälligkeit kann nicht ausgeschlossen werden, und/oder es bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Präzision, Konsistenz und/oder Relevanz der Ergebnisse. Diese Limitationen oder Unsicherheiten machen es schwer, auf der Grundlage dieser Übersichtsarbeit Empfehlungen für die Praxis zu formulieren; dennoch geben die vorliegenden Ergebnisse vertrauenswürdige Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären.
★ ★	Niedrige Aussagekraft: Die Nachvollziehbarkeit ist stark limitiert, und/oder es bestehen deutliche Bias-Risiken und/oder Unsicherheiten hinsichtlich der Präzision, Konsistenz und/oder Relevanz der Ergebnisse. Diese Limitationen oder Unsicherheiten liefern kaum vertrauenswürdige Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären.
★	Sehr niedrige Aussagekraft: Die Ergebnisse der Übersichtsarbeit sind mit extrem großer Unsicherheit behaftet und geben keine vertrauenswürdigen Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären.

Kriterien für die kritische Bewertung der Qualität von RCT und nicht-randomisierten kontrollierten Studien

a) Passt das gewählte Studiendesign zum Untersuchungsziel?

- ja nein unklar

b) Bewertung von Verzerrungsrisiken (Bias-Risiken)

Bias-Art	Voraussetzungen für niedriges Bias-Risiko	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Selektions-Bias 1	Randomisierte Zuordnung nach einem standardisierten, möglichst computergeneriertem Schema	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Selektions-Bias 2	Verdeckte randomisierte Zuordnung, sodass diese nicht beeinflusst werden konnte von Personen, die direkt an der Studie beteiligt waren (z.B. telefonische Zuordnung durch externes Forschungszentrum)	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Selektions-Bias 3	Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen zu Studienbeginn hinsichtlich wesentlicher klinischer Merkmale	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Durchführungs-Bias 1	Standardisierte, einheitliche Durchführung der Intervention	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Durchführungs-Bias 2	Sonstige Gleichbehandlung der Studiengruppen (abgesehen von der zu evaluierenden Intervention)	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Durchführungs-Bias 3	Keine „Kontamination“ der Kontrollgruppe oder Wechsel von Teilnehmer der Kontrollgruppe in die Interventionsgruppe	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Informationsbias	Verblindete Erfassung der Daten zum Studienendpunkt („Outcome“)	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Attrition-Bias 1	In beiden Studiengruppen sind ≤ 20 % der Teilnehmer vorzeitig ausgeschieden.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Attrition-Bias 2	Die Rate und/oder die Gründe für das vorzeitige Ausscheiden unterscheiden sich nicht zwischen den beiden Studiengruppen.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Attrition-Bias 3	Die Analyse erfolgte nach dem „intention to treat“-Prinzip.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	
Publikationsbias	Die geplanten Ergebnisse sind vollständig und transparent für alle klinisch relevanten Aspekte beschrieben.	<input type="checkbox"/> geringes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> hohes Bias-Risiko <input type="checkbox"/> unklares Bias-Risiko	

c) Präzision der Ergebnisse

Bedingungen für Sicherstellung präziser Ergebnisse	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Stichprobenkalkulation: Vor Durchführung der Studie erfolgte eine Stichprobenkalkulation auf der Grundlage plausibler Annahmen.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die erforderliche Stichprobengröße wurde erreicht.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Daten für den Endpunkt oder die Endpunkte sind valide und reliabel.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Für die Hauptergebnisse (Effektschätzungen wie z.B. relatives Risiko, Odds Ratio, absolute Risikodifferenz oder Mittelwertunterschiede) sind Konfidenzintervalle angegeben.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Konfidenzintervalle deuten auf statistisch zuverlässige Ergebnisse (je enger die Konfidenzintervalle, desto präziser die Ergebnisse).	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	

d) Übertragbarkeit/klinische Relevanz der Ergebnisse

Bedingungen für Übertragbarkeit/klinische Relevanz	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Die untersuchte Population entspricht einem wesentlichen Teil der Zielgruppe der Intervention.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Der gewählte primäre Endpunkt ist klinisch relevant.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Beobachtungsdauer („follow up“) ist klinisch bzw. aus Patienten-/Bewohnersicht relevant bzw. adäquat.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die evaluierte Intervention entspricht der Durchführung/Durchführbarkeit unter Praxisbedingungen.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Sonstige Bemerkungen:		

e) Gesamtbeurteilung der Aussagekraft der Studie

★ ★ ★ ★	Hohe Aussagekraft: Die Studienergebnisse haben eine hohe Gültigkeit, sind statistisch sicher und klinisch relevant.*
★ ★ ★	Mäßige Aussagekraft: Die Gültigkeit und/oder statistische Sicherheit der Ergebnisse und/oder die klinische Relevanz sind limitiert. Diese Limitationen machen es schwer, auf der Grundlage dieser Studie Empfehlungen für die Praxis zu formulieren; dennoch gibt die Studie vertrauenswürdige Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären.*
★ ★	Niedrige Aussagekraft: Die Studienergebnisse sind in ihrer Gültigkeit, statistischen Sicherheit und/oder klinischen Relevanz deutlich limitiert. Sie liefern kaum vertrauenswürdige Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären.
★	Sehr niedrige Aussagekraft: Die Studienergebnisse sind mit extrem großer Unsicherheit behaftet und geben keine vertrauenswürdigen Hinweise, in welche Richtung Effekte zu vermuten wären.

*Positive Beantwortung von **Merkmal a** ist Voraussetzung.

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?

Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?

Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?

Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?

Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?

Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?

Wechselte kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?

z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?

p-Wert?

11. Wie präzise sind die Ergebnisse?

Konfidenzintervalle?

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?

Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?

Nebenwirkungen? Compliance?

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Kostenanalyse?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

9. Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Ort: *Hamburg*

Datum: *28.05.2015*

Unterschrift:



Marie- Rohini Raatz