



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Gesundheitsbezogene Lebensqualität und
Alkoholabhängigkeitsrisiko im Zusammenhang
mit Kohärenzgefühl und Depression“

Verfasserin

Brigitte Lugger

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im September 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Univ.-Ass. Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Einen herzlichen Dank möchte ich hiermit meinem Diplomarbeitsbetreuer Herrn Univ.-Ass. Mag. Dr. Reinhold Jagsch aussprechen, der stets ein offenes Ohr für mich hatte und geduldig und fachlich kompetent meine Fragen in Bezug auf meine Diplomarbeit beantwortet hat.

Weiters möchte ich allen meinen StudienkollegInnen danken, die mich bei meiner Diplomarbeit mit Tipps und Anregungen zur Gestaltung der Diplomarbeit unterstützt und mit mir zusammengearbeitet haben, vor allem meiner Kollegin Flora Färber, mit der ich nicht nur bei meiner Diplomarbeit und während des Studiums gut zusammenarbeiten konnte, vielmehr ist sie auch ein sehr gute Freundin geworden.

Ein besonderer Dank gilt auch allen Personen, die mich bei der Gewinnung der Daten mit Hilfsbereitschaft, Engagement und bestmöglichem Einsatz unterstützt haben.

Zudem möchte ich mich auch noch, bei meinem Freundes- und Bekanntenkreis bedanken, besonders bei meiner besten Freundin Renate, die mir stets wertvolle Ratschläge zur Formatierung meiner Diplomarbeit gegeben hat.

Schließlich gilt es auch noch, meiner Familie und ganz besonders meinen Eltern einen herzlichen Dank auszusprechen, die mich immer und in allen Belangen unterstützt haben und mir es dadurch ermöglicht haben, dieses Studium zu absolvieren.

INHALTSVERZEICHNIS

Danksagung	1
Einleitung.....	7
THEORETISCHER TEIL.....	9
1 Alkoholismus	9
1.1 Die Substanz Alkohol	9
1.2 Begriffsbestimmungen.....	10
1.2.1 <i>Alkoholismus</i>	10
1.2.2 <i>Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit</i>	10
1.3 Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit	12
1.4 Typologien und Verlaufsphasen von Alkoholismus.....	13
1.4.1 <i>Typologie von Jellinek</i>	13
1.4.2 <i>Verlaufsphasen von Alkoholismus</i>	14
1.5 Epidemiologie	16
1.5.1 <i>Alkoholkonsum in Österreich</i>	16
1.5.2 <i>Prävalenz</i>	17
1.5.3 <i>Inzidenz</i>	17
1.5.4 <i>Geschlechts- und altersspezifische Unterschiede</i>	18
2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität	21
2.1 Begriffsbestimmungen.....	21
2.1.1 <i>Lebensqualität</i>	21
2.1.2 <i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</i>	22
2.2 Phasen der Lebensqualitätsforschung	24
2.3 Ziele und Nutzen der Lebensqualitätsforschung	25
2.4 Erfassung der Lebensqualität.....	26
2.4.1 <i>Entwicklung der Messinstrumente</i>	26
2.4.2 <i>Einteilung der Messinstrumente</i>	27
3 Alkoholkonsum und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	29
3.1 Aktueller Forschungsstand	29
3.2 Modelle zur Erklärung des U-Zusammenhangs	31
3.2.1 <i>Wirkungsmodelle</i>	31
3.2.2 <i>Selektionsmodelle</i>	32

3.2.3	<i>Zusammenfassende Anmerkungen zu den Modellen</i>	33
4	Depression	35
4.1	Begriffsbestimmung.....	35
4.2	Symptomatik.....	36
4.3	Epidemiologie.....	37
4.3.1	<i>Prävalenz und Inzidenz</i>	37
4.3.2	<i>Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	37
4.4	Alkoholismus und Depression.....	38
4.4.1	<i>Zusammenwirken von Alkoholismus und Depression</i>	38
4.4.2	<i>Epidemiologie</i>	39
4.4.3	<i>Aktueller Forschungsstand</i>	39
4.5	Lebensqualität und Depression.....	40
4.5.1	<i>Aktueller Forschungsstand</i>	40
5	Kohärenzgefühl	43
5.1	Begriffsbestimmung.....	43
5.1.1	<i>Modell der Salutogenese</i>	43
5.1.2	<i>Begriff des Kohärenzgefühl</i>	45
5.2	Alkoholismus und Kohärenzgefühl.....	46
5.2.1	<i>Das Salutogenesemodell in der Abhängigkeitsforschung</i>	46
5.2.2	<i>Aktueller Forschungsstand</i>	47
5.3	Lebensqualität und Kohärenzgefühl.....	48
5.3.1	<i>Aktueller Forschungsstand</i>	48
5.3.2	<i>Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	50
	EMPIRISCHER TEIL	51
6	Methodik	51
6.1	Stichprobe und Untersuchungsdesign.....	51
6.2	Erhebungsinstrumente.....	52
6.2.1	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test, deutschsprachige Version für Österreich (AUDIT-GMAT)</i>	52
6.2.2	<i>MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36)</i>	54
6.2.3	<i>Beck-Depressions-Inventar (BDI)</i>	56
6.2.4	<i>Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9)</i>	57
6.2.5	<i>Erfassung der Zusatzfragen zum Alkoholkonsum</i>	58
6.2.6	<i>Erfassung soziodemographischer Daten</i>	59

7	Fragestellungen, Ziel und Hypothesen der Untersuchung.....	61
7.1	Fragestellungen und Ziel der Untersuchung.....	61
7.2	Hypothesen	62
7.2.1	<i>Unterschiedshypothesen</i>	<i>62</i>
7.2.2	<i>Hypothesen zu Prädiktoren.....</i>	<i>64</i>
8	Durchführung der Untersuchung.....	67
8.1	Ablauf der Testung	67
8.2	Auswertungsverfahren	68
8.3	Beschreibung der Stichprobe	70
8.3.1	<i>Soziodemographische Daten.....</i>	<i>71</i>
8.3.2	<i>Zusatzfragen zum Alkoholkonsum</i>	<i>75</i>
8.3.3	<i>Zuteilung zu den Risikogruppen des Alkoholkonsums.....</i>	<i>76</i>
8.3.4	<i>Beschreibung der Alkoholrisikogruppen</i>	<i>77</i>
9	Ergebnisse.....	85
9.1	Ergebnisse zu den Unterschiedshypothesen	85
9.1.1	<i>Gruppen- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität</i>	<i>85</i>
9.1.2	<i>Gruppen- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich depressiver Symptomatik.....</i>	<i>96</i>
9.1.3	<i>Gruppen- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Kohärenzgefühl.....</i>	<i>97</i>
9.2	Ergebnisse zu den Hypothesen der Prädiktoren	98
9.2.1	<i>Ergebnisse zu Prädiktoren hinsichtlich Alkoholkonsumrisiko</i>	<i>98</i>
9.2.2	<i>Ergebnisse zu Prädiktoren hinsichtlich physischer gesundheitsbezogener Lebensqualität</i>	<i>100</i>
9.2.3	<i>Ergebnisse zu Prädiktoren hinsichtlich psychischer gesundheitsbezogener Lebensqualität</i>	<i>101</i>
10	Diskussion	105
11	Kritik.....	111
12	Zusammenfassung	113
	Abstract.....	115
	Literaturverzeichnis	117
	ANHANG.....	129

Einleitung

In unserer Gesellschaft hat das Trinken von Alkohol, abhängig von den kulturellen und politischen Einstellungen eines Landes, unterschiedliche Bedeutungen. In den meisten europäischen Ländern wird Alkohol bei Anlässen, Feiern usw. im positiven Sinne konsumiert. Verschiedene Länder bieten unterschiedlichste Einrichtungen wie beispielsweise „Heurige“ in Österreich oder Pubs in Großbritannien, wo die Menschen beim gemütlichen Zusammensein Alkohol trinken. Nicht alle Menschen haben Probleme mit dem Alkohol und können auch angemessen damit umgehen, selbst wenn dieser in unseren Kreisen ständig präsent ist und man damit immer wieder konfrontiert wird. Allerdings ist zu betonen, dass im mitteleuropäischen Raum, verglichen mit anderen Regionen der Welt, am meisten Alkohol konsumiert wird und dass sich dadurch natürlich eine Problematik ergeben kann, die die Menschen in den verschiedensten Bereichen treffen kann. Wird Alkohol missbräuchlich konsumiert, kann es zu einer Krankheitsentwicklung etwa in Form einer Alkoholabhängigkeit kommen, die dann individuell zu sozialen, familiären, finanziellen und natürlich zu körperlichen und psychischen gesundheitlichen Problemen führen kann (Kryspin-Exner, 2003).

Da ich selbst aus einem Bezirk Niederösterreichs stamme, in dem die „Heurigenkultur“ groß geschrieben wird und hier in großen Mengen Alkohol konsumiert wird, bin ich sehr an der Thematik interessiert. Inwieweit sich die Menschen, mit ihren unterschiedlichen Alkoholkonsumgewohnheiten in den subjektiven, emotionalen und kognitiven Bereichen voneinander unterscheiden, ist für mich ein sehr spannendes Thema. Das ist auch das eigentliche Ziel meiner Diplomarbeit, ich möchte nämlich herausfinden, wie sich die verschiedenen Gruppen von AlkoholkonsumentInnen und die Geschlechter in Bezug auf gesundheitsbezogene Lebensqualität, depressive Symptomatik und Kohärenzgefühl voneinander unterscheiden. Insgesamt vier DiplomandInnen haben sich dem Thema in unterschiedlichster Form angenommen. Meine Kollegin Flora Färber und ich führten unsere Befragung im Feld mit Papier-Bleistift-

Vorgabe durch, während die beiden anderen KollegInnen ihre Untersuchung als Onlinebefragung durchführten.

Der theoretische Teil meiner Diplomarbeit behandelt zu Beginn den großen Bereich des Alkoholismus, bei dem verschiedenste Aspekte des Themas ausführlich aufgegriffen werden. Anschließend wird über die gesundheitsbezogene Lebensqualität berichtet, danach auf das Zusammenwirken von Alkoholismus und gesundheitsbezogener Lebensqualität in einem weiteren Kapitel genauer eingegangen. Depression und Kohärenzgefühl und die jeweiligen Zusammenhänge mit Alkoholismus und Lebensqualität bilden die weiteren Bestandteile des Theorieteils.

Im empirischen Teil wird auf die Fragestellung, ob sich die Risikogruppen des Alkoholkonsums bzw. die Geschlechter in Bezug auf gesundheitsbezogene Lebensqualität, Depression und Kohärenzgefühl voneinander unterscheiden, ausführlich eingegangen. Schließlich soll noch die Frage beantwortet werden, ob es signifikante Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko bzw. für die physische und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität in der von uns untersuchten Population gibt.

THEORETISCHER TEIL

1 Alkoholismus

Zu Beginn dieses Kapitels wird die Substanz Alkohol und deren Wirkung kurz erläutert. Im Anschluss darauf werden die Begriffe „Alkoholismus“, „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ genauer unterschieden. Die Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit sind ein weiterer Punkt. Außerdem wird die Typologie des Alkoholismus nach Jellinek beschrieben, auch die Verlaufsphasen des Alkoholismus, die ebenfalls von Jellinek stammen, werden erläutert. Den Abschluss des Kapitels bilden schließlich Angaben epidemiologischer Daten für Alkoholismus in Österreich, nämlich in Form von allgemeinen Daten des Alkoholkonsums, Prävalenz- und Inzidenzdaten, abschließend wird noch kurz auf alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Alkoholismus eingegangen.

1.1 Die Substanz Alkohol

Wahrscheinlich ist Alkohol die erste psychoaktive Substanz, die in der Geschichte der Menschheit konsumiert worden ist. Die individuelle Wirkung von Alkohol ist von Mensch zu Mensch verschieden. Manche Person wird ausgelassen, albern, freundlich und gesprächig, andere wiederum werden unter Einfluss des Alkohols gewalttätig und beleidigend, und wieder andere können auch depressiv und still werden (Feuerlein, 1989; Zimbardo & Gerrig, 1999).

Grundsätzlich hat Alkohol eine auf das Zentralnervensystem dämpfende Wirkung. In geringen Mengen kann sich Alkohol entspannend auswirken, bei größeren Mengen können jedoch beträchtliche negative Auswirkungen in Bezug auf das Denken, das Gedächtnis und die Urteilsfähigkeit entstehen. Weiters kann auch eine emotionale Instabilität sowie ein zunehmender Verlust der motorischen Koordinationsfähigkeit resultieren (Kryspin-Exner, 2005; Zimbardo & Gerrig, 1999).

1.2 Begriffsbestimmungen

1.2.1 *Alkoholismus*

Der Begriff des „Alkoholismus“ wurde erstmals Mitte des 19. Jahrhunderts von Magnus Huss geprägt und ist auch heute noch in verschiedenen Definitionen gebräuchlich. Da es sich beim Begriff „Alkoholismus“ um einen etwas verschwommenen Begriff handelt, wurde später immer wieder versucht, ihn zu präzisieren und neu zu definieren. Allerdings haben die verschiedenen Definitionsversuche immer wieder Kritik erfahren, sodass erstmals 1977 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagen wurde, zwischen „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ zu unterscheiden, was sich auch durchgesetzt und als sehr hilfreich erwiesen hat. Allerdings wird die Bezeichnung „Alkoholismus“ in der Praxis auch heute noch oft als Synonym für „Alkoholabhängigkeit“ verwendet (Feuerlein, 1989, 1995; Uhl et al., 2002).

1.2.2 *Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit*

Bereits in der „Neunten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-9) der WHO und im „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen, dritte Auflage“ (DSM-III) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) wurde die Unterscheidung zwischen den Begriffen „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ in den beiden Diagnosesystemen eingeführt (Uhl et al., 2002).

Alkoholmissbrauch

Nach Saß, Wittchen und Zaudig (2001) sind die grundsätzlichen Kriterien für Alkoholmissbrauch laut DSM-IV folgende:

- Durch den wiederholten Gebrauch von Alkohol kommt es zu einem Versagen beim Erfüllen wichtiger Verpflichtungen betreffend Arbeit, Schule oder privatem Umfeld (z.B. kann die Arbeitsleistung aufgrund der Alkoholnachwirkungen leiden, oder die Verpflichtungen im Haushalt können nicht ausreichend erfüllt werden).

- Es kommt auch in Situationen zu Alkoholgebrauch, aus denen eine körperliche Gefährdung resultieren kann (z.B. Alkohol am Steuer).
- Es kann zu immer wieder auftretenden Problemen mit dem Gesetz aufgrund des Alkoholgebrauchs kommen, wie etwa einer Inhaftierung aufgrund von Alkohol am Steuer.
- Der Alkoholgebrauch wird trotz sozialer und zwischenmenschlicher Probleme (z.B. Gewalt gegenüber dem Ehepartner, des Kindes) fortgesetzt (Saß et al., 2001).

Zumindest eines der genannten Kriterien muss innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums aufgetreten sein, und die Kriterien für Alkoholabhängigkeit dürfen nicht erfüllt sein, dass von Alkoholmissbrauch gesprochen werden kann (Saß et al., 2001).

Alkoholabhängigkeit

Die Kriterien für Alkoholabhängigkeit sind nach Saß et al. (2001) im DSM-IV folgendermaßen beschrieben:

- Toleranzentwicklung, d.h. die Menge an Alkohol wird erhöht, um den erwünschten Effekt herbeizuführen, oder die Wirkung der bisher zugeführten Menge ist deutlich vermindert.
- Entwicklung von Entzugssymptomen, die etwa zwölf Stunden nach exzessivem Alkoholkonsum entstehen (z.B. Schwitzen, Zittern der Hände, Schlaflosigkeit, Übelkeit). Aufgrund der unangenehmen Folgen des Alkoholentzugs trinken die Alkoholabhängigen weiter, um die Entzugssymptome zu vermeiden oder zu lindern.
- Alkohol wird oft in größeren Mengen oder länger als ursprünglich beabsichtigt zu sich genommen.
- Es besteht ein andauernder Wunsch, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren. Oft werden auch erfolglose Versuche unternommen, das Trinken von Alkohol zu reduzieren.

- Alkoholabhängige bringen viel Zeit auf, um alkoholische Getränke zu besorgen, zu konsumieren und sich anschließend von deren Wirkung zu erholen.
- Aufgrund der Alkoholabhängigkeit werden häufig wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten aufgegeben oder eingeschränkt.
- Obwohl bemerkt wird, dass das weitere Trinken von Alkohol zu anhaltenden körperlichen oder psychischen Problemen (z.B. Depressionen, Bewusstseinsstörungen, Leberschäden) führt, die vom Alkoholgebrauch verursacht oder verstärkt werden, wird der Alkoholkonsum fortgesetzt (Saß et al., 2001).

Zusätzlich gilt es noch zu unterscheiden, ob die Alkoholabhängigkeit mit körperlicher Abhängigkeit (Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugerscheinungen) oder ohne körperliche Abhängigkeit (kein Vorliegen von Toleranzentwicklung oder Entzugerscheinungen) vorhanden ist. Von den oben genannten Kriterien müssen zumindest drei in einem 12-Monats-Zeitraum auftreten (Saß et al., 2001).

1.3 Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit

Nach Feuerlein (1995) lässt sich die Entstehung von Abhängigkeit am einfachsten mit dem so genannten „Dreiecksmodell“ beschreiben, dessen drei Eckpunkte die Faktoren „Droge“, „Individuum“ und „Sozialfeld“ darstellen.

Der Faktor „Droge“ des Dreiecks zeichnet sich durch die psychotrope Wirkung aus, nämlich durch die Beeinflussung einer Reihe psychischer Funktionen wie Stimmung, Wahrnehmung und Antrieb. Bezüglich des „Sozialfeldes“ existieren von Kultur zu Kultur verschiedene Grundeinstellungen gegenüber der Einnahme von Drogen. In vielen Kulturkreisen wird der Alkohol vor allem in zeremoniellem und gesellschaftlichem Rahmen konsumiert. Oft wird Alkohol jedoch auch getrunken, um eine Veränderung der persönlichen Befindlichkeit zu erreichen (z.B. Spannungsreduktion, Enthemmung). Des Weiteren wird Alkohol auch

häufig als Selbstmedikation verwendet, um beispielsweise Schlafstörungen zu verbessern. Auch bestimmte Berufsgruppen mit spezifischen Belastungen sind bezüglich der Abhängigkeitsentwicklung besonders betroffen. In Bezug auf den Faktor „Individuum“, nämlich der Person selbst in ihrer psychophysischen Gesamtheit, spielen sowohl genetische Faktoren als auch die psychische Entwicklung und die Persönlichkeitsstruktur bei der Abhängigkeitsentwicklung eine Rolle (Feuerlein, 1995).

1.4 Typologien und Verlaufsphasen von Alkoholismus

Da Alkoholismus kein einheitliches Phänomen ist, wurde versucht, unterschiedliche Typen von Alkoholikern zu differenzieren. Die bekannteste Typologie von Alkoholismus geht auf Jellinek zurück. Ebenfalls von Jellinek stammt die bekannteste Einteilung des Alkoholismus in verschiedene Verlaufsphasen (Feuerlein, 1989; Uhl et al., 2002).

1.4.1 Typologie von Jellinek

Die Typologie nach Jellinek (1960, zitiert nach Uhl et al., 2002) unterscheidet fünf verschiedene Typen:

- 1) *Alpha-Typ*: Der Alpha-Typ, der unter anderem auch als „Problemtrinker“ bezeichnet wird, trinkt vor allem, um körperliche oder seelische Probleme besser ertragen zu können. Es bestehen bei diesem Typus keine Anzeichen von körperlicher Abhängigkeit, und er erleidet beim Trinken auch keinen Kontrollverlust, die Abhängigkeit ist ausschließlich psychischer Natur. Weiters ist es ihm auch möglich, abstinent zu bleiben.
- 2) *Beta-Typ*: Dieser Typus ist weder psychisch noch körperlich abhängig, sondern es handelt sich dabei um einen so genannten „Gelegenheitstrinker“. Es können sich jedoch infolge des Alkoholkonsums gesundheitsschädigende Folgen (z.B. Leberzirrhose, Gastritis) abzeichnen.
- 3) *Gamma-Typ*: Beim Gamma-Typ, der auch als „Rauschtrinker“ bezeichnet wird, wechseln sich Trinkphasen mit typischem Kontrollverlust, d.h. er

kann mit dem Trinken nicht mehr aufhören, mit relativ unauffälligen, abstinenten Phasen ab. Es zeigt sich bei diesem Typus sowohl eine körperliche als auch eine psychische Abhängigkeit, wobei letztere weitaus stärker ausgeprägt ist. Weiters ist eine Toleranzentwicklung gegenüber dem Alkohol vorhanden.

- 4) *Delta-Typ*: Der auch als „Spiegeltrinker“ bekannte Typus trinkt täglich und regelmäßig ohne erkennbare Rauschsymptome. Der Delta-Typ zeigt eine deutlich erhöhte Alkoholtoleranz mit einer im Vordergrund stehenden körperlichen Abhängigkeit und einer ebenfalls vorhandenen psychischen Abhängigkeit. Bei diesem Typ kommt es während des Alkoholkonsums zwar nicht zu einem Kontrollverlust, allerdings treten bei Abstinenz Entzugserscheinungen auf, wodurch es ihm nicht möglich ist, sich dem Alkohol zu enthalten.
- 5) *Epsilon-Typ*: Der Epsilon-Typ ist relativ selten, jedoch geht er mit erheblichen psychosozialen Folgen einher (Jellinek, 1960, zitiert nach Feuerlein, 1989). Dieser Trinktyp bleibt oft monatelang abstinent und erlebt dann kurze Phasen von exzessivem Alkoholkonsum mit einhergehendem Kontrollverlust. Es zeigt sich eine körperliche und eine weitaus stärker vorhandene psychische Abhängigkeit.

Jellinek unterscheidet hauptsächlich zwischen Gamma- und Delta-Typen (Ramskogler, Riegler, Lesch & Mader, 2001). Nach Jellinek (1960, zitiert nach Feuerlein, 1989) weisen nur der Gamma- und Delta-Typ das Krankheitsbild Alkoholismus auf, und in einigen Fällen kann aus einem Alpha- ein Gamma-Typ und aus einem Beta- ein Delta-Typ werden.

1.4.2 Verlaufphasen von Alkoholismus

Aufgrund von Fragebogenuntersuchungen an Angehörigen der Anonymen Alkoholiker in Amerika gelang es Jellinek, den Verlauf des Alkoholismus in folgende Phasen einzuteilen (Jellinek, 1946, zitiert nach Feuerlein, 1989):

- *Präalkoholische Phase:* Die präalkoholische Phase dauert einige Monate bis zwei Jahre an. In dieser Phase ist der angenehme, belohnende Effekt des Alkohols bereits vorhanden.
- *Prodromalphase:* Diese Phase hat eine Dauer von sechs Monaten bis zu fünf Jahren und ist gekennzeichnet durch ein heimliches, gieriges Trinken und ein ständiges Denken an Alkohol (Jellinek, 1946, 1952, zitiert nach Feuerlein, 1989). In dieser Phase werden Familienangehörige oft zu so genannten „Co-Alkoholikern“, d.h. durch deren Verhalten wird unbeabsichtigt die Alkoholabhängigkeit des Betroffenen verstärkt bzw. aufrechterhalten, indem sie einerseits den Alkoholiker kritisieren, sein Fehlverhalten andererseits aber gleichzeitig „decken“ (Jellinek, 1946, zitiert nach Feuerlein, 1995).
- *Kritische Phase:* Die kritische Phase dauert nach Kryspin-Exner (2005) zehn bis zwanzig Jahre und ist unter anderem durch einen Kontrollverlust nach Beginn des Trinkens und Erinnerungslücken aufgrund des Alkoholkonsums charakterisiert (Jellinek, 1952, zitiert nach Feuerlein, 1989). Auch in der Familie zeigt sich eine Veränderung in dem Sinne, dass ein Rollenwechsel innerhalb der Familie stattfindet und die früheren Funktionen des Alkoholikers von anderen Familienmitgliedern übernommen werden (Jellinek, 1946, zitiert nach Feuerlein, 1995).
- *Chronische Phase:* In der chronischen Phase kommt es paradoxerweise zu einem Verlust der Alkoholtoleranz, d.h. der Alkoholabhängige verträgt immer weniger Alkohol. Des Weiteren kommt es insgesamt zu einem körperlichen und psychischen Abbau, z.B. in Form von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Betroffenen gleiten oft in ein niedrigeres soziales Milieu ab und werden zu gesellschaftlichen Außenseitern (Kryspin-Exner, 2005).

1.5 Epidemiologie

1.5.1 *Alkoholkonsum in Österreich*

Im Jahr 2004 wurde mittels einer Repräsentativerhebung in Österreich festgestellt, dass insgesamt 97% der ÖsterreicherInnen im Laufe ihres Lebens Alkohol getrunken haben, wobei 80% öfter als viermal pro Jahr Alkohol konsumieren. Im Durchschnitt konsumieren Männer 42 Gramm¹ und Frauen 14 Gramm Reinalkohol pro Tag. 21% der Männer und 10% der Frauen konsumieren täglich alkoholische Getränke, wobei ebenfalls 21% der Männer und 11% der Frauen ein problematisches Trinkverhalten inklusive Alkoholismus aufweisen. Laut dieser Studie sind 7,5% der erwachsenen Männer und 2,5% der erwachsenen Frauen an Alkoholismus erkrankt. Allerdings sieht man auch über die letzten drei Jahrzehnte hinweg einen deutlichen Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums in Österreich um insgesamt 19% (Uhl et al., 2002; Uhl, Kobrna & Bachmayer, 2006).

In einer neueren Untersuchung von Statistik Austria (2007), nämlich der Gesundheitsbefragung 2006/2007, konnte festgestellt werden, dass insgesamt 63,9% aller ÖsterreicherInnen (74% Männer und 54,5% Frauen) in den letzten zwölf Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken haben. Aus vier Fragen zum Alkoholgebrauch wurde ermittelt, dass der Alkoholkonsum bei insgesamt 4,1% der ÖsterreicherInnen problematisch ist. Getrennt nach Geschlechtern weisen 6,8% der österreichischen Männer und 1,6% der österreichischen Frauen ein problematisches Alkoholkonsumverhalten auf. Der Anteil an Personen, die im letzten Jahr nie oder maximal viermal Alkohol getrunken haben, die so genannten primär Abstinente oder Fastabstinente, machen 26% der Österreicher und 45% der Österreicherinnen ab einem Alter von 15 Jahren aus.

¹ 20 Gramm Reinalkohol entsprechen einem halben Liter Bier, einem Viertel Liter Wein/Sekt oder drei kleinen Schnäpsen á 20 Milliliter.

1.5.2 Prävalenz

Mittels Schätzungen von Spitalentlassungsdiagnosen, durch den Anteil erstmals behandelter Alkoholiker im Anton-Proksch-Institut in Wien und über eine Abschätzung der Dunkelziffer hat Uhl (1994) errechnet, dass die Prävalenz von Alkoholismus in Österreich im Querschnitt bei 5% liegt. Dies ergibt für Österreich einen Anteil von rund 330.000 Alkoholikern für die Altersklasse ab dem 16. Geburtstag. Demnach konnte auch geschätzt werden, dass der Anteil von Alkoholikern in Österreich bei den Männern bei 8% und bei den Frauen bei 2% liegt (siehe Tabelle 1).

Nach Uhl (1994) erkrankten männliche Alkoholiker im Schnitt um das 26. Lebensjahr, während Alkoholismus bei Frauen durchschnittlich erst ab dem 34. Lebensjahr beginnt. Die Lebenserwartung von Alkoholikern ist im Vergleich zu Nichtalkoholikern erheblich verringert, nämlich um etwa 17 Jahre bei Männern und um durchschnittlich 20 Jahre bei Frauen (Bühringer et al., 2000, zitiert nach Uhl & Kobrna, 2001). Dies ergibt eine Gesamtlebenszeitprävalenz, also die Zahl jener Personen, die im Laufe ihres Lebens die Krankheit durchmachen, von insgesamt 10% der ÖsterreicherInnen. Wie in der zweiten Zeile von Tabelle 1 ersichtlich, erkrankten rund 15% der männlichen Österreicher und etwa 5% der weiblichen Österreicher im Laufe ihres Lebens an chronischem Alkoholismus (Uhl & Kobrna, 2001).

1.5.3 Inzidenz

Anhand von Schätzungen der Aufnahme- bzw. Entlassungsziffern stationärer und ambulanter Behandlungseinrichtungen lässt sich die Inzidenz von Alkoholismus, also die Anzahl jener Personen, die über einen bestimmten Zeitraum neu erkranken, feststellen (Feuerlein, 1989). In Österreich liegt die Inzidenz des Alkoholismus insgesamt etwa bei 0,13% der Bevölkerung. Ersichtlich auch in der letzten Zeile von Tabelle 1, erkrankten rund 0,20% der Männer und 0,05% der Frauen pro Jahr neu an chronischem Alkoholismus (Uhl & Kobrna, 2001).

Tabelle 1: Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich (Uhl et al., 2002, S. 95)

	Männer	Frauen	Männer und Frauen
Prävalenz (Zahl der Alkoholiker im Querschnitt)	8% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 16. Geburtstag, ca. 265.000 Personen	2% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 16. Geburtstag, ca. 65.000 Personen	5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 16. Geburtstag, ca. 330.000 Personen
Gesamtlebenszeitprävalenz (Zahl jener, die die Krankheit im Laufe ihres Lebens durchmachen)	15% der Geborenen	5% der Geborenen	10% der Geborenen
Inzidenz (Neuerkrankungsrate an chronischem Alkoholismus pro Jahr)	0,20% der Bevölkerung, ca. 8.000 Personen	0,05% der Bevölkerung, ca. 2.000 Personen	0,13% der Bevölkerung, ca. 10.000 Personen

1.5.4 Geschlechts- und altersspezifische Unterschiede

Die Krankheit Alkoholismus ist in den meisten Kulturen bei Männern stärker verbreitet als bei Frauen (Feuerlein, 1989). Wie bereits an den epidemiologischen Daten weiter oben im Text ersichtlich, zeigen sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede auch in Österreich.

Nach Uhl und Kobra (2003) neigen Männer dreimal so stark zu Alkoholmissbrauch als Frauen, außerdem beginnen Männer im Durchschnitt weitaus früher mit dem Missbrauch von Alkohol als Frauen. Jedoch bei Männern und Frauen gleich groß ist die Quote an AlkoholmissbraucherInnen, die eine Alkoholabhängigkeit entwickeln. Allerdings verläuft die Abhängigkeitsentwicklung wiederum bei Frauen deutlich schneller als bei Männern.

Grundsätzlich setzt der Beginn einer Alkoholabhängigkeit besonders in den 20er und den mittleren 30er Lebensjahren ein, wobei die Mehrheit eine Problematik mit Alkohol erst in den späten 30er Lebensjahren entwickelt (Kryspin-Exner, 2003). Statistik Austria (2007) ermittelte in der Gesundheitsbefragung 2006/2007, dass die Alkoholabhängigkeit in der Altersgruppe der 15- bis unter 30- und der 30- bis unter 45-jährigen ÖsterreicherInnen am häufigsten vorkommt (jeweils 4,7%). Bei den Männern ist die Gruppe der 30- bis unter 45-jährigen mit 7,7% am stärksten von Alkoholabhängigkeit betroffen. Bei den Frauen ist die stärkste Gruppe die der 15- bis unter 30-jährigen (2,8%), die von Alkohol abhängig ist.

2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Einem Überblick über die Definitionen der Lebensqualität als allgemeinem Terminus und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Speziellen folgt eine Einteilung der Lebensqualitätsforschung in vier verschiedene Phasen. Das grundsätzliche Ziel und der Nutzen der Lebensqualitätsforschung, also warum Lebensqualität für die Gesellschaft von Bedeutung ist, bildet ein weiteres Subkapitel. Zum Abschluss wird auf die Erfassung der Lebensqualität, im Speziellen auf die Entwicklung, Anwendung und Unterscheidung der Messinstrumente in krankheitsübergreifende und krankheitsspezifische Messinstrumente, eingegangen.

2.1 Begriffsbestimmungen

2.1.1 *Lebensqualität*

Zunächst allgemein definiert wird der Begriff „Qualität“ als Beschaffenheit oder Güte einer bestimmten Sache. Es geht also um die besonderen Eigenschaften einer Sache, die ihren speziellen Wert ausmachen, „Lebensqualität meint in diesem Sinne folglich nicht mehr und nicht weniger als das sehr komplexe, vielschichtige und multidimensionale Gebilde der Spezifitäten und Eigenschaften menschlicher Existenz“ (Radoschewski, 2000, S. 165).

Bekannt ist der Begriff „Lebensqualität“ aus dem politischen und soziologischen Bereich, wo er als Maß für die Lebenssituation und die Versorgung einer konkreten Population beschrieben wird. Umgangssprachlich wird unter Lebensqualität auch Lebenskomfort verstanden (Bullinger, 1997a; Porzsolt & Rist, 1997).

Die sozialwissenschaftlichen Bereiche (Politologie, Soziologie, Anthropologie und Psychologie) haben bereits in den 1940er und 1950er Jahren der Lebensqualität des Menschen einen bedeutsamen Stellenwert zugeschrieben. Zudem wurden in den 1960er Jahren diverse Studien zum Thema Lebensqualität durchgeführt, in denen jedoch vor allem die sozialen Strukturen, wie

beispielsweise die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, von Bedeutung waren, die etwa über das Brutto-Sozial-Produkt oder mittels Neugeborenenrate erfasst wurden (Bullinger, 2002).

Nach Casper (1991) bezieht sich der Begriff der Lebensqualität einerseits auf die objektiven Bedingungen der Gesellschaft, vor allem auf ökologische, soziale und kulturelle Aspekte, andererseits aber ist auch das subjektive Erleben der eigenen Befindlichkeit und das der Gesellschaft, also die individuelle Bewertung, unter dem Terminus der Lebensqualität zu subsumieren.

Bullinger (1997a) definiert den Begriff der Lebensqualität folgendermaßen: „Zusammenfassend definiert, bezeichnet Lebensqualität das Gesamte der körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekte von menschlichem Erleben und Verhalten, wie sie von der Person selbst geäußert werden“ (S. 1).

2.1.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Mit der Erweiterung des ursprünglich biologischen Modells auf ein biopsychosoziales Modell in Bezug auf die WHO-Definition von Gesundheit, bei der zum Begriff Gesundheit nicht nur die rein körperlichen, sondern auch die psychischen und sozialen Aspekte des Wohlbefindens zählen, ist die subjektive Sicht des Patienten mehr und mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Im Gespräch mit dem Patienten hat die subjektive Äußerung des Befindens und das selbst eingeschätzte Handlungsvermögen immer mehr an Bedeutung gewonnen. Diese selbst geäußerten Informationen des Patienten tragen somit zur individuellen und optimalen Diagnose und Behandlung des Arztes und des Psychologen bei. Die Medizin und die Psychologie bemühen sich im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität um eine besonders intensive Zusammenarbeit, um dadurch die Lebensqualität der Patienten optimal erfassen und gestalten zu können (Bullinger, 1997a, 2000; Bullinger, Ravens-Sieberger & Siegrist, 2000).

In diesem Sinne hat sich der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität etabliert und so ist, wenn man in der Medizin und der Psychologie von

Lebensqualität spricht, grundsätzlich der Begriff der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ (HRQOL – Health Related Quality Of Life) gemeint. Die vom Patienten selbst erlebte Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit sowie die Fähigkeit, die Rollen des täglichen Lebens zu übernehmen und die Tätigkeiten im Alltag zur Zufriedenheit auszuführen sind hier von Bedeutung. In der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung ist der Terminus „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ immer dann von Wichtigkeit, wenn es um Personen geht, die unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden bzw. chronisch krank sind. Die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nimmt im Gesundheitssektor einen großen Stellenwert ein. Allerdings handelt es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität um ein änderungssensitives Phänomen, das sich im Verlauf einer Krankheit, beispielsweise mit der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen, subjektiv ändern kann (Bullinger, 1997a; Bullinger et al., 2000; Porzsolt & Rist, 1997; Radoschewski, 2000).

Man hat sich schließlich um eine international einheitliche Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bemüht (Bullinger, 1998). Eine derartige operationale Definition des Terminus gibt Bullinger (1991, zitiert nach Bullinger, 2002):

Sie betrachtet gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht der Patienten (und/oder von Beobachtern) beinhaltet. Wichtig dabei ist, dass das Phänomen (Konstrukt) Lebensqualität über mehrere Dimensionen messbar (d.h. operationalisierbar) ist, die im Erleben (Wohlbefinden) und Verhalten (Funktionsfähigkeit) des Befragten liegen, und dass nur er bzw. sie darüber als Experte Auskunft geben kann. (S. 311)

Essentiell ist bei der Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, dass die Multidimensionalität des Konstrukts und die Wichtigkeit der Selbstbeurteilung durch den Befragten hervorzuheben sind (Bullinger, 1998).

2.2 Phasen der Lebensqualitätsforschung

Nach Bullinger et al. (2000) verlief die Forschung der Lebensqualität in folgenden vier Phasen:

- 1) In den frühen 1970er Jahren war man in der ersten Phase der Lebensqualitätsforschung um eine Definition des Konzepts der Lebensqualität bemüht. Aufgrund vieler philosophischer Arbeiten hat man versucht, Lebensqualität zu definieren und messbar zu machen (Bullinger, 2002; Bullinger et al., 2000).
- 2) In der zweiten Phase, die in den Anfängen der 1980er Jahre stattgefunden hat, setzte sich ein pragmatischer Ansatz durch, der die Entwicklung von Messinstrumenten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeleitet hat. Nach klassisch psychometrischen Kriterien versuchte man, oft sogar in groß angelegten klinischen Studien, Messinstrumente zu entwickeln, die national und auch international geprüft wurden. Die zunächst hauptsächlich im angloamerikanischen Raum entstandenen Messinstrumente wurden schließlich auch in andere Sprachen übersetzt, oder sie sind über eine parallel laufende Arbeitsgruppe in den jeweiligen Ländern selbst entwickelt worden.
- 3) Die dritte Phase der Lebensqualitätsforschung war schließlich gekennzeichnet durch die Einbeziehung der in der zweiten Phase entwickelten Messinstrumente in die unterschiedlichsten Felder der angewandten Forschung, wie der Epidemiologie bis hin zur Gesundheitsökonomie. Die Forschungsansätze haben sich zunächst auf Populationsstudien konzentriert, beispielsweise interessierte man sich für die Lebensqualität bestimmter Patientengruppen und wie sie sich von anderen Patientenpopulationen unterschieden, oder wie ihre Lebensqualität im Allgemeinen charakterisiert ist. Bald jedoch wurden die Messinstrumente auch in klinischen Studien zur Erfassung der Lebensqualität, vorwiegend im angloamerikanischen Raum, eingesetzt.
- 4) In der Gegenwart verläuft die vierte Phase, in der es einerseits um eine Rückbesinnung auf die theoretischen und methodologischen Grundlagen

geht und andererseits die Messung der Lebensqualität auch systematisch in die Evaluation, die Qualitätssicherung und die Planung von Leistungen bezüglich der Gesundheitsversorgung miteinbezogen wird (Bullinger et al., 2000).

2.3 Ziele und Nutzen der Lebensqualitätsforschung

Träger der Gesundheitsversorgung (z.B. die Ärzteschaft, die Krankenkassen, die pharmazeutische Industrie) wenden sich aus folgenden Gründen besonders dem Thema Lebensqualität zu (Bullinger, 1997a, 1997c):

- Das grundsätzliche Ziel der Erforschung der Lebensqualität ist es, die Lebensqualität bestimmter Populationen in der Bevölkerung zu beschreiben. Aus diesen Ergebnissen sollen schließlich Informationen für gesundheitspolitische Planungen abgeleitet werden, die für bestimmte Bereiche wie die Gesundheitsforschung, die Politik und auch die Epidemiologie von Nutzen sind.
- Weiters von Bedeutung im Bereich der Lebensqualitätsforschung ist es, dass mit Hilfe von Studien, wie beispielsweise Querschnittsstudien, Beobachtungsstudien und auch randomisierte, kontrollierte klinische Studien, Therapien bewertet werden. Dies ist zum einen für die medizinischen Leistungsträger (z.B. Krankenkassen, Pensionsversicherungen), zum anderen aber auch für Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen im Gesamten von Nutzen.
- Bezüglich des gesundheitsökonomischen Nutzens der Lebensqualität stellt sich die Frage, ob Ergebnisse bestimmter Behandlungsbemühungen, wie etwa Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen, gesundheitspolitisch und ökonomisch vertretbar sind. Von Wichtigkeit in diesem Bereich sind Kosten-Nutzen-Analysen, in denen die Lebensqualität einen wichtigen Faktor darstellt. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass der Nutzen bezüglich der Anspruchnehmer definiert wird.

2.4 Erfassung der Lebensqualität

2.4.1 Entwicklung der Messinstrumente

Theoretische Fundierung

Grundsätzlich ist die Multidimensionalität des Lebensqualitätskonzepts für die Entwicklung von Messinstrumenten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu beachten, daher ist es in dem Zusammenhang wichtig, dass physische, psychische, soziale und funktionale Aspekte der Lebensqualität erfasst werden. Das Messinstrument sollte zudem auf jeden Fall als Selbstbericht vorliegen, also das eigene Erleben des Patienten ist zu erfassen. In besonders schwierigen Fällen, wie etwa bei dementen Patienten oder kleinen Kindern ist auf den so genannten „Fremdbericht“ zurückzugreifen, die über Bezugspersonen der Patienten (z.B. den Eltern oder auch dem medizinischen Betreuungspersonal) ermittelt werden (Bullinger, 1997a).

Patientenfreundlichkeit

Auch die Zumutbarkeit des Messinstruments ist für den Patienten in dem Sinne zu beachten, dass die Beantwortungsdauer angemessen ist und dadurch der Einsatz des Fragebogens beispielsweise auch bei älteren Patienten mit Sehbehinderungen gewährleistet ist. Wichtig ist es, auch im Sinne der Zumutbarkeit, dass die Fragen und Antworten klar und einfach formuliert sind. Der Fragebogen sollte außerdem eine Bearbeitungsdauer von 45 Minuten nicht überschreiten und maximal 100 Fragen beinhalten (Bullinger, 1997a).

Einsatzmöglichkeiten

Neben der Normierung des Messinstruments an einer ausreichend großen Anzahl an Patienten und der Überprüfung weiterer Gütekriterien wie Reliabilität, Validität und Sensitivität wird vorausgesetzt, dass eine klare Auswertungsanweisung vorliegt, die es ermöglicht, eine präzise und einfache Auswertung der Items vorzunehmen. Besonders wichtig ist es auch, dass Veränderungen in den einzelnen Zahlenwerten einem veränderten klinischen Zustand des Patienten zugeschrieben werden kann, d.h. der Fragebogen muss klinisch interpretierbar sein. Zudem ist es wichtig, dass genaue

Übersetzungsrichtlinien bei anderssprachigen Messinstrumenten vorliegen (Bullinger, 1997a).

2.4.2 Einteilung der Messinstrumente

Für die Erfassung der Lebensqualität steht mittlerweile eine beachtliche Reihe von Messinstrumenten zur Verfügung, die man im Wesentlichen in zwei Untergruppen einteilen kann, die krankheitsübergreifenden und die krankheitsspezifischen Messinstrumente (Bullinger, 1997a).

Krankheitsübergreifende Messinstrumente

Die krankheitsübergreifenden Messinstrumente, die auch generische Messinstrumente genannt werden, können in jeder Population eingesetzt werden, unabhängig von deren aktuellem klinischen Status. Dazu zählen etwa die „Short Form 36“ (SF-36) oder das „Nottingham Health Profile“ (NHP), die die international wichtigsten und am häufigsten verwendeten generischen Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität darstellen (Bullinger, 1997a; Kohlmann, 1997; Radoschewski, 2000).

Krankheitsspezifische Messinstrumente

Bei den krankheitsspezifischen Messinstrumenten sollten die spezifische Patientenpopulation und die Einsatzmöglichkeit des Messinstruments entsprechend gekennzeichnet und genau beschrieben sein. Den krankheitsspezifischen Messinstrumenten zuzuordnen sind beispielsweise Fragebögen für Krebspatienten, so wie der von der European Organisation of Research and Treatment of Cancer entwickelte „EORTC-Lebensqualitätsfragebogen“. Aber auch Verfahren zu medizinischen Krankheitsbildern und Bereichen wie Rhinitis, Epilepsie und auch der Psychiatrie liegen vor (Bullinger, 1997a, 2002).

3 Alkoholkonsum und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Der Beginn des Kapitels gibt einen kurzen Überblick zum aktuellen Forschungsstand bezüglich Alkoholkonsum und gesundheitsbezogener Lebensqualität, in dem die Ergebnisse einiger Studien kurz zusammengefasst erläutert und eine Studie genauer auch in Bezug auf methodisches Vorgehen beschrieben wird. Zum Abschluss des Kapitels werden theoretische Ansätze sowie kritische Anmerkungen zur Erklärung des J- bzw. U-förmigen Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und gesundheitsbezogener Lebensqualität angeführt.

3.1 Aktueller Forschungsstand

Allgemeiner Substanzmissbrauch hängt eng mit einer Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammen. Es zeigte sich in empirischen Studien jedoch auch immer wieder, dass nicht nur der übermäßige Alkoholkonsum, sondern auch die Alkoholabstinenz mit einer Beeinträchtigung der Gesundheit und im Speziellen mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht. Es handelt sich dabei um einen so genannten „U-förmigen“ oder „J-förmigen“ Zusammenhang (Neuner et al., 2005; Uhl et al., 2002).

Es wurde in der Literatur bisher häufig gezeigt, dass Personen, die Alkohol in geringen Mengen konsumieren, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität besser bewerten als Personen, die überhaupt keinen Alkohol konsumieren, und vor allem aber auch gegenüber Personen, die sehr viel Alkohol trinken. Diese J- oder U-förmigen Zusammenhänge konnten in einigen Studien nachgewiesen werden (z.B. Gronbaek et al., 1999; Poikolainen, Vartiainen & Korhonen, 1996; Power, Rodgers & Hope, 1998; Van Dijk, Toet & Verdurmen, 2004).

Einige Studien haben die gesundheitsbezogene Lebensqualität oft nur mit einer einzigen Frage derart erfasst, indem sie die Personen ihren momentanen

Gesundheitszustand als „sehr gut“, „gut“, „durchschnittlich“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen ließen. Auch der Alkoholkonsum wurde nicht durch spezifische Fragebögen erhoben, sondern durch einzelne einfache Fragen zur Trinkhäufigkeit und Trinkmenge (Gronbaek et al., 1999; Poikolainen et al., 1996; Power et al., 1998).

In der Studie von van Dijk et al. (2004) wurde versucht, diese methodische Problematik aufzulösen. In den beiden niederländischen Städten Utrecht und Rotterdam wurde eine randomisierte Stichprobe (N=4.472) der Allgemeinpopulation mit Personen im Alter von 16 bis 69 Jahren gezogen. Zur Erfassung des Alkoholkonsums der Probanden wurden zwei Messinstrumente verwendet, nämlich zum einen ein Bogen zur Erhebung der „Quantity-Frequency-Variability“ (QFV) mit Fragen zur Häufigkeit des Alkoholkonsums, der Alkoholmengen in Gläsern unter der Woche und am Wochenende sowie der Trinkhäufigkeit von sechs Gläsern Alkohol oder mehr zu einem Anlass während der letzten sechs Monate, zum anderen wurde mit dem „Weekly drinking Recall“ (WR) der Alkoholkonsum der dem Untersuchungszeitpunkt vorangegangenen Woche erfasst. Die Probanden wurden aufgrund der Ergebnisse aus den beiden Messinstrumenten in fünf Kategorien (Abstinente, ehemalige Alkoholkonsumenten, leichte Alkoholkonsumenten, starke Alkoholkonsumenten und exzessive Alkoholkonsumenten) eingeteilt. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde über die acht Dimensionen der SF-36 (eine genauere Beschreibung der Dimensionen siehe Kapitel 7.2.2) erfasst, anschließend wurden die Ergebnisse dichotomisiert und in die Kategorien „gute“ vs. „suboptimale“ Lebensqualität eingeteilt. Zusammengefasst zeigten die Resultate der Studie einen umgekehrten J-förmigen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und den acht Dimensionen des SF-36, mit Ausnahme der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“. Leichte und starke Alkoholkonsumenten bewerteten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität besser als Abstinente und exzessive Alkoholkonsumenten. Personen mit exzessivem Alkoholkonsum beurteilten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Dimensionen „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ und „Körperliche Schmerzen“ sogar signifikant besser als Abstinente. Ehemalige Alkoholkonsumenten zeigten bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität häufig durchschnittliche Werte, mit Ausnahme der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“, in der sie bessere Werte

aufwiesen als Abstinente. Allerdings unterschieden sich die Werte der ehemaligen Alkoholkonsumenten nicht signifikant von den Abstinerten und den Alkoholkonsumenten.

Auch Green und Polen (2001) stellten in ihrer in den USA durchgeführten Studie fest, dass Personen, die Alkohol konsumieren, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität besser einschätzen als Abstinente und ehemalige Alkoholkonsumenten.

Saito et al. (2005) konnten zudem in ihrer Querschnittuntersuchung an männlichen Arbeitern in Japan feststellen, dass Personen, die Alkohol konsumieren, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zu Abstinerten als relativ gut bewerten.

3.2 Modelle zur Erklärung des U-Zusammenhangs

Warum sowohl Personen, die sehr viel Alkohol konsumieren, als auch Personen, die abstinent sind, häufig gesundheitliche Probleme aufweisen, erklären Uhl et al. (2002) anhand von zwei unterschiedlichen Modellen, dem Wirkungsmodell und dem Selektionsmodell.

3.2.1 Wirkungsmodelle

Die Wirkungsmodelle beziehen sich auf die toxische Wirkung des Alkohols (Uhl et al., 2002). Die Probleme, die bei höherem Alkoholkonsum auftreten, erklärt dieses Modell in der Form, dass sich Alkohol grundsätzlich schädigend auf die Leber auswirkt, aber auch einige andere Organe beeinträchtigen kann. Es zeigt sich, dass Frauen, die mehr als 40g Alkohol pro Tag (das entspricht etwa einem halben Liter Wein oder einem Liter Bier), und Männer, die mehr als 60g Alkohol pro Tag (das entspricht etwa drei Viertel Liter Wein oder eineinhalb Liter Bier) konsumieren, längerfristig gesehen ein erhöhtes Risiko aufweisen, an Leberzirrhose zu erkranken. Aufgrund dessen empfiehlt die WHO einen Grenzwert, nämlich dass Frauen nicht mehr als 16g und Männer nicht mehr als

24g Alkohol pro Tag konsumieren sollten, um das Erkrankungsrisiko zu reduzieren (Uhl et al., 2002).

Die spezifisch protektive Wirkung von Alkohol

Die Problematik, die bei Abstinenteren auftreten kann, versucht dieses Modell derart zu erklären, dass geringe Mengen an Alkohol vorbeugend gegen koronare Herzerkrankungen wirken sollen, in der Form, dass geringe und mittlere Alkoholdosen sich positiv auf den Cholesterinspiegel auswirken können. Renaud, Gueguen, Schenker und d'Houtaud (1998, zitiert nach Uhl et al., 2002) etwa sprechen in diesem Zusammenhang vom so genannten „French Paradoxon“, das dadurch gekennzeichnet ist, dass Frankreich, in dem sehr viel Rotwein konsumiert wird, eine ziemlich niedrige Neuerkrankungsrate von koronaren Herzerkrankungen aufweist.

Eine Unklarheit dieser Hypothese besteht jedoch noch dahingehend, dass man sich bisher nicht genau sicher ist, ob diese schützende Wirkung des Alkohols nur auf die im Rotwein enthaltenen Stoffe zurückzuführen ist oder ob der Effekt auch bei anderen alkoholischen Getränken wirkt (Uhl et al., 2002).

Die allgemein protektive Wirkung von Alkohol

Warum bei abstinenten Personen vermehrt gesundheitliche Probleme auftreten können, versucht dieses Modell zu erklären (Uhl et al., 2002). So meint Lipton (1994), dass sich mäßiger Alkoholkonsum positiv auf die Reduktion von Stress auswirkt und sich auf diesem Wege indirekt vorbeugend auf die menschliche Gesundheit auswirken kann.

3.2.2 Selektionsmodelle

Das Selektionsmodell geht grundsätzlich davon aus, dass vor allem Personen mit diversen Problemen zu von der Norm abweichenden Konsummustern in Bezug auf Alkohol tendieren (Uhl et al., 2002).

Ehemalige-Trinker-Hypothese

Dieses Modell geht davon aus, dass viele Abstinente ehemalige Alkoholkonsumenten sind und aufgrund dieser Annahme bei Abstinenteren häufig gesundheitliche Probleme auftreten. Viele einstige Trinker werden erst dann

abstinent, wenn bereits chronische Folgeerkrankungen aufgrund des Alkoholkonsums aufgetreten sind. Allerdings ist man sich bei der Ehemaligen-Trinker-Hypothese noch relativ uneinig (Uhl et al., 2002). So haben z.B. Green und Polen (2001) in ihrer Studie ehemalige Alkoholkonsumenten und Personen, die noch nie Alkohol konsumiert haben, getrennt untersucht und stellten dabei fest, dass sowohl ehemalige Trinker als auch lebenslang Abstinente ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter bewertet haben als Personen, die Alkohol mäßig konsumieren. Jedoch konnten sie auch feststellen, dass ehemalige Alkoholkonsumenten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter bewerteten als lebenslang Abstinente.

Sozio-kulturelle Regulationshypothese

Anhand dieses Modells wird versucht, die Problematik von Abstinenter und starken Alkoholkonsumenten zu erklären. Man geht davon aus, dass Personen in guter psychischer und physischer Verfassung auch sozial erfolgreich integriert sind und dadurch ihren Alkoholkonsum an die kulturellen Normen anpassen. Sie sind also weder vollkommen abstinent, noch trinken sie in übermäßiger Form Alkohol (Uhl et al., 2002).

Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese

Auch mit dieser Hypothese können die Probleme sowohl Abstinenter als auch exzessiver Alkoholkonsumenten erklärt werden. Man nimmt an, dass psychisch und/oder körperlich kranke Personen aus Gründen des Selbstschutzes entweder komplett auf Alkohol verzichten und dadurch abstinent bleiben oder den Alkohol als Selbstmedikation gegen bestehende Erkrankungen einsetzen (Uhl et al., 2002).

3.2.3 Zusammenfassende Anmerkungen zu den Modellen

Uhl et al. (2002) beurteilen die Wirkungs- und Selektionsmodelle folgendermaßen:

- Es ist erwiesen, dass starker Konsum von Alkohol eine Reihe von Krankheiten verursachen kann und auch durch einige Erkrankungen bedingt sein kann.

- Auch wenn nicht ganz auszuschließen ist, dass Alkohol in mäßigen Mengen konsumiert eine speziell im Zusammenhang mit koronaren Herzerkrankungen und Stresserkrankungen gewisse protektive Wirkung hat, wird jedoch auf die Einwirkung weiterer Selektionsprozesse nicht geachtet, sondern dieser Effekt wird ausschließlich auf die Wirkung des Alkohols zurückgeführt.
- Auch wenn es vorkommen kann, dass aufgrund des Alkoholkonsums gesundheitlich erkrankte Personen mit dem Trinken von Alkohol aufhören und so zu den Abstinenten gezählt werden, trägt diese Hypothese nur gering zur Erklärung des U-förmigen Zusammenhangs bei.
- Vor allem die sozio-kulturelle Regulationshypothese und die Selbstschutz-Selbstmedikationshypothese erklären den Effekt, dass Personen, die Alkohol mäßig konsumieren, in vielen gesundheitlichen Bereichen besser abschneiden als Abstinente, am besten.

4 Depression

Den Beginn des Kapitels bilden Begriffsbestimmungen, Symptomatik, Prävalenz- und Inzidenzraten sowie die Beschreibung von alters- und geschlechtsspezifischen Effekten. Ein weiteres Subkapitel behandelt den Zusammenhang von Alkoholismus und Depression, insbesondere das komorbide Auftreten und die Häufigkeiten dieser Komorbidität von Alkoholismus und Depression, sowie den aktuellen Forschungsstand auf diesem Gebiet. Im letzten Teil des Kapitels wird dann noch auf den Zusammenhang von Lebensqualität und Depression eingegangen.

4.1 Begriffsbestimmung

„Depressionen sind psychische Störungen, bei denen die Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interesseverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden wesentliche Merkmale sind“ (Hautzinger, 1998, S. 3).

Depressionen sind den affektiven Störungen zuzuordnen, sie zählen zu den häufigsten psychischen Beeinträchtigungen des Menschen und können in allen Lebensabschnitten auftreten (Hautzinger, 1998; Hautzinger & de Jong-Meyer, 2003).

Jedoch kennen alle Menschen eine depressive Gefühlslage, die jeder irgendwann im Laufe seines Lebens erfahren hat, sei es z.B. als Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder aber auch aufgrund von Enttäuschungen, Einsamkeit, Erschöpfung, Misserfolgen und Belastungen. Die Tatsache, dass jeder Mensch in seinem Dasein auch einmal „depressiv“ gewesen ist, gilt als „normale“ Reaktion, sofern eine bestimmte Dauer und/oder Intensität nicht überschritten wird. Qualitativ unterscheiden sich die normalen depressiven Gefühlszustände nicht von denen einer depressiven Störung, wenngleich die klinisch auffälligen Symptome durchaus gravierender ausfallen. Allerdings ist bisher immer noch ungeklärt, wann die Grenze zwischen einer normalen depressiven Reaktion und

den Symptomen einer depressiven Störung überschritten wird (Hautzinger & de Jong-Meyer, 2003; Zimbardo & Gerrig, 1999).

4.2 Symptomatik

Bei einer Depression treten sowohl körperliche als auch psychische Symptome gemeinsam auf. Nach psychologischen Gesichtspunkten geordnet unterscheidet Hautzinger (1998) eine depressive Symptomatik auf folgenden Ebenen:

- *Verhalten/Motorik/Erscheinungsbild:* Die Körperhaltung wirkt kraftlos, gebeugt, spannungsleer, und die Bewegungen sind entweder verlangsamt oder agitiert und nervös-unruhig. Der Gesichtsausdruck wirkt traurig, weinerlich, besorgt, auch die Mundwinkel sind herabgezogen mit vertieften Falten, es zeigt sich eine erstarrte, maskenhafte, manchmal auch wechselnd angespannte Mimik. Die Sprache ist monoton, langsam und leise, es kommt auch zu einer allgemeinen Verminderung der Aktivitäten bis hin zum Stupor bzw. Problemen beim Bewältigen von Anforderungen im Alltag.
- *Emotional:* Es treten Gefühle von Niedergeschlagenheit, Trauer, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Schuld, Angst und Sorgen, innerer Leere, Verlassenheit, Unzufriedenheit usw. auf. Auch eine Distanz zur Umwelt ist gegeben.
- *Physiologisch-vegetativ:* Es kommt zu innerer Unruhe, Erregung, Spannung, Weinen, Schwäche usw. Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust und allgemeine körperliche Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Magen- und Verdauungsprobleme treten auf. Schließlich ist bei der Diagnosestellung auch noch auf Blutdruck, Blutzuckerspiegel, Kalzium- und Eisenwerte sowie Serotonin/Adrenalin-Mangel bzw. -Überschuss zu achten.
- *Imaginativ-kognitiv:* Eine negative Einstellung gegenüber sich selbst und der Zukunft sowie Pessimismus, Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Konzentrations- und Denkprobleme, Hypochondrie, Grübeln sind unter

anderem weitere Auffälligkeiten. Aber auch Wahnvorstellungen und Suizidideen zählen zu den Symptomen.

- *Motivational:* Misserfolgsorientierung, Flucht, Interessensverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Gefühle des Überfordertseins usw. sind motivationale Auffälligkeiten. Es kommt auch zum Rückzug bis hin zum Suizid (Hautzinger, 1998).

Jedoch merkt Hautzinger (1998) an, dass keines dieser angeführten Symptome nur speziell bei depressiven Störungen vorkommt und zu beachten ist, dass die Symptome bei den Patienten in verschieden zusammengesetzter Form und mit unterschiedlichsten Ausprägungen vorkommen können. Aufgrund dessen ist eine sorgfältige Diagnostik besonders wichtig.

4.3 Epidemiologie

4.3.1 Prävalenz und Inzidenz

Depressive Störungen sind in den letzten Jahren immer häufiger geworden, so liegt die Wahrscheinlichkeit bei Männern bei bis zu 12% und bei Frauen sogar bei bis zu 26%, dass sie im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Das mittels einer Studie an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe erfasste Morbiditätsrisiko für Depressionen, also das Risiko zu erkranken, liegt bei insgesamt 17% (Hautzinger, 1998).

Die Inzidenz für depressive Episoden lässt sich auf ein bis zwei Neuerkrankungen auf 100 Personen pro Jahr schätzen (Hautzinger, 1998).

4.3.2 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede

Aufgrund von Quer- und Längsschnittuntersuchungen ist festzustellen, dass bei Frauen das Erkrankungsrisiko für unipolare Depressionen doppelt so hoch ist wie bei Männern. Außerdem ist das Erkrankungsalter bei Frauen deutlich niedriger, sie erkranken also wesentlich früher als Männer, wobei das typische Erkrankungsalter für Depression allgemein zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr

liegt. Männer und Frauen gleichen sich jedoch bezüglich Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter wieder an, so dass sich die Geschlechtsunterschiede im mittleren und höheren Alter nicht mehr zeigen (Hautzinger, 1998).

4.4 Alkoholismus und Depression

4.4.1 Zusammenwirken von Alkoholismus und Depression

Depressive Störungen und Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch treten häufig als Komorbiditäten auf, d.h. die beiden Störungen treten oft gemeinsam bei einer Person auf. Entweder zeigen depressive Patienten vermehrten Alkoholkonsum, oder aber Alkoholismus bedingt eine depressive Symptomatik (Dittrich, Haller & Hinterhuber, 2006; Soyka & Lieb, 2004).

Soyka und Lieb (2004) klassifizieren die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiven Störungen in folgender Unterscheidung: „Nach chronologischen Aspekten wird zwischen primären, der Alkoholabhängigkeit vorausgehenden, und sekundären, der Alkoholabhängigkeit folgenden, depressiven Syndromen unterschieden. Nach kausalen Gesichtspunkten wird zwischen vom Alkohol abhängigen und unabhängigen depressiven Syndromen differenziert“ (S. 37).

Nach Schuckit (1986, zitiert nach Jung, 1996) gibt es fünf verschiedene Möglichkeiten bezüglich des Zusammenspiels von Alkoholismus und depressiven Störungen:

- a) Alkohol kann depressive Symptome verursachen,
- b) vorübergehende Anzeichen einer schweren Depression können auf lange Trinkperioden folgen,
- c) der Alkoholkonsum kann aufgrund primärer affektiver Episoden ansteigen (v.a. bei Manie)
- d) depressive Symptome und Alkoholismus können bei anderen psychiatrischen Störungen zusammen auftreten,
- e) ein kleinerer Anteil von Patienten weist Alkoholabhängigkeit und Affektive Störung unabhängig voneinander auf. (S. 161)

4.4.2 Epidemiologie

Aufgrund epidemiologischer Untersuchungen lässt sich die Prävalenzrate der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression in Deutschland auf 24,3% bei Männern und auf 48,5% bei Frauen schätzen (Soyka & Lieb, 2004).

Bezüglich der Häufigkeit von primärer und sekundärer Alkoholabhängigkeit kamen Kessler et al. (1997, zitiert nach Soyka & Lieb, 2004) in ihrer in den USA mittels Interviews durchgeführten Studie zu dem Ergebnis, dass 15,3% der Männern eine primäre Alkoholabhängigkeit aufweisen, also die Alkoholabhängigkeit vor der depressiven Symptomatik vorhanden ist. Seltener war bei den Männern eine sekundäre Alkoholabhängigkeit, die bei 6,2% der Männer festzustellen ist. Bei Frauen ist die Häufigkeit von primärem mit 22,6% und sekundärem Alkoholismus mit 21,3% annähernd gleich.

4.4.3 Aktueller Forschungsstand

In letzter Zeit fanden zahlreiche Studien zum Thema Alkoholismus und Depression statt, die Zusammenhänge der beiden Themen bezüglich Ursachenerforschung, Diagnostik, Therapie und auch hinsichtlich prognostischer Aspekte untersuchten (Soyka & Lieb, 2004).

In einer neueren Studie wollten Manninen, Poikolainen, Vartiainen und Laatikainen (2006) etwa das Risiko abschätzen, inwieweit starker Alkoholkonsum (sechs oder mehr alkoholische Getränke bei Männern und vier oder mehr alkoholische Getränke bei Frauen zu einem bestimmten Anlass) depressive Symptome verursacht. In einer Querschnittuntersuchung in Finnland (N=3.124) gaben sie ihren ProbandInnen, die zwischen 25 und 64 Jahre alt waren, einen selbst erstellten Fragebogen sowie das „Beck Depression Inventory“ (BDI) vor. Sie kamen zu den Ergebnissen, dass ehemalige Alkoholabhängige und starke Alkoholkonsumenten zu einem bestimmten Anlass signifikant mehr klinisch depressive Symptome aufweisen als lebenslange Abstinente und mäßig Konsumierende.

Auch Längsschnittuntersuchungen wurden zur Thematik Alkoholismus und Depression durchgeführt, wie beispielsweise die von Gilman und Abraham (2001). In ihrer Follow-up-Untersuchung (N=14.480) in den USA mit Befragungen vor und nach einem Jahr untersuchten sie den Zusammenhang zwischen Depression und Alkoholabhängigkeit und konnten feststellen, dass bei PatientInnen mit Major Depression das Risiko für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit im darauf folgenden Jahr signifikant erhöht ist und umgekehrt.

Zu beachten sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Zusammenhang mit Alkoholismus und Depression, nämlich derart, dass Frauen mit hohem Alkoholkonsum ein höheres Erkrankungsrisiko für Depressionen aufweisen als Männer (Dittrich et al., 2006). Einen derartigen Zusammenhang konnten beispielsweise auch Gilman und Abraham (2001) in ihrer Follow-up-Untersuchung feststellen.

4.5 Lebensqualität und Depression

4.5.1 Aktueller Forschungsstand

Das Erfassen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in der Psychiatrie ist ein ziemlich junger Bereich, der noch relativ wenig erforscht ist. Das Thema „Lebensqualität“ ist jedoch in letzter Zeit immer stärker ins Rampenlicht der psychiatrischen Forschung gelangt, wenngleich auch lebensqualitätsbezogene Untersuchungen mit Patienten mit antidepressiver Behandlung noch spärlich vorhanden sind (Bullinger, 2002).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist bei Personen mit depressiven Störungen deutlich herabgesetzt. Dies konnten etwa Rose et al. (2000) in ihrer Untersuchung nachweisen. Sie verglichen insgesamt 3.900 PatientInnen mit neun verschiedenen somatischen Erkrankungen (Diabetes mellitus, chronische Hepatitis C, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Bandscheibenprolaps und terminales Leberversagen) und psychischen Störungen (Depressives Syndrom, Somatisierungsstörungen, Suchterkrankungen und Essstörungen) miteinander und

kamen dabei zu dem Ergebnis, dass die PatientInnen mit psychischen Störungen ihre Lebensqualität deutlich niedriger einschätzen als PatientInnen mit somatischen Krankheitsbildern. Selbst PatientInnen mit somatischen Krankheiten, die lebensbedrohlich sein können, wie das terminale Leberversagen, schätzten ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität immer noch höher ein als PatientInnen mit psychischen Störungen. Besonders niedrige Ergebnisse in der Lebensqualität wiesen PatientInnen mit depressiven Syndromen und Essstörungen auf.

Eine besonders aktuelle Studie von Pieper, Schulz, Klotsche, Eichler und Wittchen (2008) weist ebenfalls auf eine deutlich herabgesetzte gesundheitsbezogene Lebensqualität bei depressiven PatientInnen hin. Sie ermittelten an 51.000 PatientInnen aus dem primärärztlichen Sektor in Deutschland unter anderem den Einfluss von depressiven Störungen und damit verbundenen Komorbiditäten und kamen dabei zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität bei PatientInnen mit einer Depression in allen Bereichen deutlich herabgesetzt ist und dass die Einschränkungen der Lebensqualität umso größer werden, je ausgeprägter die Komorbidität und das Krankheitsbild sind.

Lang, Rieckmann und Schwarzer (2000) überprüften altersspezifische Unterschiede unter anderem in Bezug auf Lebensqualität und Depression. Sie befragten insgesamt 480 Personen zwischen 20 und 90 Jahren. Die Personen teilten sie in unterschiedliche Altersgruppen, 20–40 (jung), 45–65 (mittelalt) und 70–90 Jahre (alt). Es resultierten altersspezifische Unterschiede insofern, dass depressive Personen besonders im hohen Erwachsenenalter ein erhöhtes Belastungserleben aufweisen, im Gegensatz zu jungen und mittelalten Personen, was sich insgesamt negativ auf die Lebensqualität auswirkt.

Bei Behandlungs- und Therapiemaßnahmen von depressiven Störungen kommt es nicht nur zu einer Besserung der Störung, sondern auch häufig zu einer Erhöhung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach Therapieabschluss. Dies konnte etwa Rudolf (2000) im Rahmen ihrer Längsschnittuntersuchung nachweisen. Sie befragte 28 depressive und 29 alkoholabhängige Frauen zwischen 18 und 65 Jahren bei deren stationärer Aufnahme und ein halbes Jahr danach bezüglich Lebensqualität mit dem „Berliner Lebensqualitätsprofil“ (BLQP). Die Ergebnisse belegen eine insgesamt niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität bei akut

psychisch kranken Frauen, wobei die Lebensqualität bei den depressiven Patientinnen deutlich niedriger ausgeprägt war als die von den alkoholabhängigen Patientinnen. Durch die stationäre Behandlung der depressiven Patientinnen und dem daraus resultierenden Rückgang der depressiven Symptomatik kam es allerdings wieder zu einem Anstieg der Lebensqualität. Auch die alkoholabhängigen Frauen zeigten zum zweiten Befragungszeitpunkt eine höhere Lebensqualität.

5 Kohärenzgefühl

Den Beginn des Kapitels bildet die Begriffsbestimmung im Rahmen des Modells der Salutogenese. Darauf aufbauend wird das Konzept des Kohärenzgefühls, die einzelnen Komponenten sowie dessen Entwicklung definiert und erläutert. Anschließend wird auf das Zusammenspiel von Alkoholismus und Kohärenzgefühl eingegangen, welchen Einfluss das Salutogenesemodell überhaupt allgemein auf die Abhängigkeitsforschung hat, auch der aktuelle Forschungsstand zu Alkoholismus und Kohärenzgefühl wird dargestellt. Am Ende des Kapitels wird der aktuelle Forschungsstand bezüglich des Zusammenhangs von gesundheitsbezogener Lebensqualität und Kohärenzgefühl berichtet.

5.1 Begriffsbestimmung

5.1.1 *Modell der Salutogenese*

„Salutogenese bedeutet „Entstehung von Gesundheit“. Salutogenetische Theorien verstehen Gesundheit also als einen Prozess. Man wird demnach nicht nur krank (Pathogenese), man wird auch gesund (Salutogenese)“ (Singer & Brähler, 2007, S. 9).

Die Entstehung des Begriffs der Salutogenese geht auf den israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923–1994) zurück. Für Antonovsky war der Begriff der Salutogenese also zunächst der Gegenbegriff zur Pathogenese. Bei den Theorien zur Pathogenese, die von der Homöostase, also dem Gleichgewicht zwischen den Körperfunktionen als Normalfall, ausgehen, geht es hauptsächlich um die Entstehung von Krankheiten, während man sich bei der Salutogenese, die konträr dazu von der Heterostase, also dem Ungleichgewicht zwischen den körperlichen Funktionen im Normalfall ausgeht, um die Erforschung der Erhaltung und der Förderung von Gesundheit bemüht (Franke, Mohn, Sitzler, Welbrink & Witte, 2001).

Franke et al. (2001) geben folgende Beschreibung Antonovskys bezüglich des Verhaltens des Menschen bei Krankheit nach pathogenetischem Modell als Metapher eines Flusses:

Dieser fließt nicht stetig und gerade, er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel. Flussabwärts weist er Turbulenzen auf, und einige Menschen kämpfen verzweifelt darum, den Kopf über Wasser zu halten. Manche schaffen es, aus eigener Kraft wieder ans Ufer zu kommen, andere aber müssen von Lebensrettungsspezialisten herausgezogen und vor dem Ertrinken gerettet werden. (S. 16)

Nach dem Modell der Pathogenese befinden sich Menschen normalerweise im Gleichgewicht, also in der Homöostase, und es kommt nur bei besonders ungünstigen Ereignissen zu einer Beeinträchtigung dieses Gleichgewichts, also zu Krankheiten. Mit Hilfe von Energie versuchen die Menschen das Gleichgewicht der Körperfunktionen wieder herzustellen. Im Salutogenesemodell hingegen sind Heterostase, also Ungleichgewicht, genauso wie Leid und Tod Bestandteile, die zum Leben eines Menschen dazugehören. Antonovsky beschreibt den Menschen im salutogenetischen Modell anhand der Flussmetapher folgendermaßen:

Nimmt man hingegen Heterostase und nicht Homöostase als Normalfall an, so sind wir alle über die gesamte Lebensspanne im Fluss und damit beschäftigt, kleine Wasserfälle, Stromschnellen, Angriffe von gefährlichen Wasserlebewesen zu bewältigen. Es mag Phasen geben, in denen der Fluss ruhig dahinfließt, in denen das Schwimmen scheinbar keine Energie kostet, in denen wir uns treiben lassen können – dennoch würde auch dort das Einstellen aller Bewegungen zum Untergang führen. (Franke et al., 2001, S. 17)

Eine weitere Annahme Antonovskys bezüglich seines Modells besteht dahingehend, dass es sich bei der Salutogenese um ein multidimensionales Kontinuum handelt mit den Polen „Gesundheit“ und „Krankheit“. Gesundheit und Krankheit sind demnach also keine sich einander ausschließenden Gegensätze, sondern die Menschen bewegen sich auf dem Kontinuum entweder mehr in die eine oder die andere Richtung. Es lässt sich somit für jeden Menschen individuell bestimmen, wie ihr momentaner Status bezüglich Gesundheit und Krankheit ist. Die Menschen sind also nicht ausschließlich gesund oder krank, wie es beim pathogenetischen Modell der Fall ist, sondern sie befinden sich aktuell jeweils an einem bestimmten Punkt eines Kontinuums (Franke et al., 2001).

5.1.2 Begriff des Kohärenzgefühl

Der entscheidende Parameter, wo sich der Mensch auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum befindet, hängt vom Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) ab. Das Kohärenzgefühl ist die Überzeugung des Menschen, dass das Leben in verschiedenen bedeutsamen Bereichen sinnvoll, verstehbar und handhabbar ist (Franke et al., 2001).

Für die Komponente Verstehbarkeit gibt Antonovsky (1997) folgende Definition: „Sie bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“ (S. 34). Für einen Menschen, bei dem die Komponente „Verstehbarkeit“ stark ausgeprägt ist, ist die Zukunft teilweise vorhersehbar, was ihm ein sicheres Gefühl ermöglicht und er dadurch Erlebnisse wie Tod, Scheitern usw. als Erfahrungen einordnen kann (Singer & Brähler, 2007).

Die nach Antonovsky pragmatische Komponente der Handhabbarkeit wird wie folgt definiert: „Sie kennzeichnet das Maß, in dem eine Person wahrnimmt, dass sie geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den von den Stressoren ausgehenden Anforderungen zu begegnen“ (Franke et al., 2001, S. 20). Wenn diese Komponente bei einem Menschen stark ausgeprägt ist, dann lassen sich diese nicht in eine Opferrolle drängen und können mit schicksalhaften Ereignissen angemessen umgehen (Antonovsky, 1997; Franke et al., 2001).

Die dritte Komponente des Kohärenzgefühls kann folgendermaßen definiert werden:

Bedeutsamkeit repräsentiert als motivationalen Aspekt des Kohärenzgefühls das Ausmaß, in dem eine Person das Leben als sinnvoll empfindet, und in welchem sie erlebt, dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass sie sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet. (Franke et al., 2001, S. 20)

Personen, die ein hohes Maß an Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit aufweisen, fällt das Bewältigen von Krisen oder bestimmten Herausforderungen leichter, da

sie ihnen einen gewissen Sinn zuweisen, und das wiederum gibt ihnen die Kraft, solch eine Situation im Leben zu bewältigen (Singer & Brähler, 2007).

Zusammengefasst beschreibt Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl in folgender Definition:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (S. 36)

Nach Antonovsky müsste sich das Kohärenzgefühl etwa um das 30. Lebensjahr voll entwickelt haben und es müsste sich danach nur dann entscheidend verändern kann, wenn es zu bestimmten, einschneidenden Veränderungen des Lebens kommt, die eine völlige Neuorientierung des Menschen erfordern (Franke et al., 2001).

5.2 Alkoholismus und Kohärenzgefühl

5.2.1 Das Salutogenesemodell in der Abhängigkeitsforschung

Nach Franke et al. (2001) gibt es folgende vier Gründe, warum das Modell der Salutogenese ein plausibles Rahmenkonzept für die Abhängigkeitsforschung darstellt:

- 1) Die Annahme des Kontinuums des Salutogenesmodells lässt sich auch mit dem Aspekt der Abhängigkeitsentstehung vereinbaren, nämlich derart, dass sich Abhängigkeit in einer kontinuierlichen Veränderung des Verhaltens entwickelt und nicht spontan einsetzt.

- 2) Auch die Multidimensionalität des Salutogenesemodell ist ein Aspekt, der es ermöglicht, weitere Personenvariablen mit einzubeziehen. Man kann dadurch erörtern, welche personalen und sozialen Faktoren einer abhängigen Person noch „gesund“ sind. Dies schafft bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in dem Sinne, dass man die noch vorhandenen Ressourcen einer Person nutzen und aktivieren kann.
- 3) Davon ausgehend, dass alle Menschen bei Alkoholkonsum positive Wirkungen erfahren, stellt man sich aufgrund der salutogenetischen Annahme die Frage, welche Faktoren die Menschen derart beeinflussen, dass sie im gesunden Bereich des Kontinuums bleiben. Es gibt nämlich immer wieder Menschen, die trotz hohen Substanzenkonsums keine Abhängigkeit entwickeln.
- 4) Anhand bisheriger Studien lässt sich festhalten, dass ein enger Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit besteht. Da Abhängigkeitserkrankungen neben körperlichen auch psychische Elemente aufweisen, ist das Kohärenzgefühl bei Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik grundsätzlich niedriger ausgeprägt (Franke et al., 2001).

5.2.2 Aktueller Forschungsstand

Nilsson, Starrin, Simonsson und Leppert (2007) gehen davon aus, dass ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl den Menschen vor Problemen mit Alkohol in bestimmter Weise bewahrt. So nimmt man auch umgekehrt an, dass Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl eher problematisches Verhalten in Bezug auf Alkohol aufweisen. Diese Annahmen konnten sie in ihrer Studie, durchgeführt mittels 16- bis 19-jährigen Probanden in Schweden, belegen: Es resultierte insgesamt ein signifikanter Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und problembezogenen Verhaltensweisen aufgrund von Alkoholkonsum, und zwar sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Probanden.

Auch eine ältere Studie von Midanik, Soghikian, Ransom und Polen (1992, zitiert nach Nilsson et al., 2007), die bei älteren Probanden durchgeführt wurde,

kam zu ähnlichen Ergebnissen in der Form, dass sie einen negativen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und einer verhaltensbezogenen Problematik in Bezug auf Alkohol fanden. Weiters beschreiben auch Badura, Gorczyca, Tomalczyk und Matysiakiewicz (2000, zitiert nach Flensburg-Madsen, Knop, Mortensen, Becker & Gronbaek, 2007), dass ein niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl positiv mit Alkoholismus korreliert.

Das Kohärenzgefühl im Zusammenhang mit Alkoholismus war auch in zwei groß angelegten Studien in Deutschland von Franke et al. (2001) derart ein wichtiges Thema, dass sie unter anderem der Frage nachgingen, inwieweit sich Frauen verschiedener Alkoholkonsumgruppen in Bezug auf das Kohärenzgefühl voneinander unterscheiden.

In der ersten Studie (N=929) kamen Franke et al. (2001) zu dem Ergebnis, dass Frauen mit unauffälligem Substanzkonsum und Frauen mit hohem und sehr hohem Alkoholkonsum ein „normales“ Kohärenzgefühl aufweisen, wie es auch bei Gesunden zu finden ist. Im Gegensatz dazu wiesen Frauen, die von Alkohol abhängig sind, ein deutlich niedriger ausgeprägtes Kohärenzgefühl auf.

In der zweiten Studie (N=850) haben Franke et al. (2001) die Ergebnisse der ersten Studie nochmals überprüft und konnten das Resultat replizieren, dass alkoholabhängige Frauen ein signifikant niedrigeres Kohärenzgefühl aufweisen als Frauen mit keinem bzw. geringem und hohem und sehr hohem Alkoholkonsum.

Zusammengefasst lässt sich aus den beiden Studien schließen, dass Frauen mit hohem und sehr hohem Alkoholkonsum grundsätzlich eine diesbezüglich unauffällige Gruppe darstellten, deren Kohärenzgefühl genauso hoch ist wie das von substanzunauffälligen Frauen. Im Gegensatz dazu weisen Frauen mit Alkoholabhängigkeit jedoch ein deutlich niedrigeres Kohärenzgefühl auf.

5.3 Lebensqualität und Kohärenzgefühl

5.3.1 Aktueller Forschungsstand

In Antonovskys Konzept der Salutogenese und des Kohärenzgefühls wurde in Bezug auf Gesundheit und Krankheit immer auf den objektiven Befund, jedoch

nie auf das subjektive Befinden einer Person eingegangen (Antonovsky, 1997). Allerdings berichten Singer und Brähler (2007), dass sich grundsätzlich eine positive Korrelation von Kohärenzgefühl mit mentaler Gesundheit und Wohlbefinden zeigt. Demnach hängt also ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl auch mit einer höheren Lebensqualität zusammen.

Es gibt bereits einige Studien, die den Zusammenhang des Kohärenzgefühls mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität überprüft haben und zu dem Ergebnis kamen, dass ein starkes Kohärenzgefühl mit verschiedenen Bereichen einer guten Gesundheitswahrnehmung zusammenhängt (Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela & Koskenvuo, 2001). Julkunen und Ahlström (2006) überprüften neben dem Zusammenhang von Feindseligkeit und Ärger mit Kohärenzgefühl die Frage, ob diese Prädiktoren für gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellen. Sie befragten insgesamt 774 Personen in Finnland als Teil der ASCOT-Studie (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial) in Form einer Follow-up-Untersuchung. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde zu Beginn und nach sechs Monaten mit der „SF-36“ überprüft, und das Kohärenzgefühl wurde mit der „SOC-Scale“ mit insgesamt 12 Items erfasst. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass das Kohärenzgefühl mit guter gesundheitsbezogener Lebensqualität zusammenhängt und dass das Kohärenzgefühl einen starken Prädiktor für die gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellt. Auch Suominen et al. (2001) fanden in ihrer Follow-up-Untersuchung an einer finnischen Stichprobe von insgesamt 4.517 Personen, dass ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl ein Prädiktor für gute gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Männern und Frauen ist.

In einigen Studien wurde auch überprüft, ob sich das Alter einer Person auf das Kohärenzgefühl und die gesundheitsbezogene Lebensqualität in irgendeiner Form auswirkt (Abel, Duetz & Niemann, 2000; Gunzelmann, Schumacher & Brähler, 2000). Gunzelmann et al. (2000) überprüften Personen aus der Normalbevölkerung in Deutschland (N=566), die älter als 60 Jahre waren, ob und in welcher Form das Kohärenzgefühl mit gesundheitsbezogener Lebensqualität, Körperbeschwerden und somatoformen Störungen korreliert. Sie entnahmen die Daten einer Umfrage mit insgesamt 2.005 Personen in Deutschland. Die

gesundheitsbezogene Lebensqualität erfassten sie mit dem „Nottingham Health Profile“ (NHP) und das Kohärenzgefühl mit der „SOC-Scale“, die sie sowohl als 29-Item-Version als auch mittels Leipziger Kurzform „SOC-L9“ vorgaben. Sie kamen dabei zum Ergebnis, dass die Personen, die älter als 60 Jahre waren, ein geringeres Kohärenzgefühl aufwiesen als jüngere Personen. Zudem konnten sie herausfinden, dass ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl mit einer guten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und auch mit geringeren physischen Beschwerden sowie einem geringeren Ausmaß somatoformer Störungen einhergeht.

Auch Abel et al. (2000) befragten in ihrer Untersuchung insgesamt 923 Personen im Alter von 55 bis 65 Jahren, die in der Stadt Bern beheimatet waren, und konnten feststellen, dass das Kohärenzgefühl ein starker Prädiktor der selbst eingeschätzten Gesundheit ist.

5.3.2 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede in Bezug auf gesundheitsbezogene Lebensqualität konnten sich in verschiedenen Untersuchungen von klinischen Stichproben keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen. In der Überprüfung der Normpopulation aber konnten signifikante Unterschiede derart festgestellt werden, dass Frauen grundsätzlich eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität angeben als Männer. In Bezug auf altersspezifische Unterschiede sei anzumerken, dass sich diese lediglich in den körperlichen Skalen und nicht in den psychischen Dimensionen zeigten (Bulliger, 2000).

Bezüglich möglicher Geschlechtsunterschiede bei der Ausprägung des Kohärenzgefühls lässt sich feststellen, dass Frauen im Allgemeinen ein niedriger ausgeprägtes Kohärenzgefühl aufweisen als Männer. Einige Befunde deuten in Bezug auf altersspezifische Unterschiede darauf hin, dass das Kohärenzgefühl im Alter grundsätzlich zunimmt (Singer & Brähler, 2007).

EMPIRISCHER TEIL

6 Methodik

Anfangs wird in diesem Kapitel kurz auf die Stichprobe und das Untersuchungsdesign eingegangen, anschließend werden die bei der Untersuchung verwendeten Verfahren erläutert.

6.1 Stichprobe und Untersuchungsdesign

In Form einer Querschnittuntersuchung sollten insgesamt ungefähr 100 ProbandInnen, etwa zur einen Hälfte Männer, zur anderen Hälfte Frauen, der Normalbevölkerung eine Fragebogenbatterie in Form einer Papier-Bleistift-Version vorgegeben werden. Dabei ist zu erwähnen, dass eine Hälfte der gesamten Stichprobe von Kollegin Flora Färber befragt wurde. Durch diese Zusammenarbeit mit Frau Färber setzte sich die Stichprobe schließlich aus insgesamt 102 ProbandInnen zusammen. Vorgegeben wurden insgesamt fünf unterschiedliche Verfahren sowie Fragen zur Erfassung der soziodemographischen Daten und Zusatzfragen zum Alkoholkonsum, wobei vier der fünf Verfahren für die vorliegende Arbeit relevant sind. Das fünfte Verfahren, die „Existenzskala“ (ESK) von Längle, Orgler und Kundi (2000), ist nur für die Diplomarbeit von Frau Färber von Bedeutung. Weiters ist noch anzumerken, dass zwei andere KollegInnen dieselbe Fragebogenbatterie als Online-Version vorgegeben haben.

Die ProbandInnen wurden im Zeitraum von Mitte März 2008 bis Ende Mai 2008 aus dem Freundes- und Bekanntenkreis sowie direkt im Feld diverser Lokalitäten, in denen viel Alkohol konsumiert wird, rekrutiert. Die Durchführung der Testungen fand in Form von Gruppentestungen von drei bis zu zehn ProbandInnen statt, die meist zwischen 20 und 45 Minuten benötigten, um die gesamte Fragebogenbatterie zu bewältigen. Zusätzlich sei noch zu erwähnen, dass die ProbandInnen zwischen 18 und 65 Jahren alt waren, wobei das Alter auch das

einziges Einschlusskriterium war, um an der Untersuchung teilzunehmen. Demnach sollten die ProbandInnen nicht jünger als 18 und nicht älter als 65 Jahre sein.

6.2 Erhebungsinstrumente

Wie bereits erwähnt wurden insgesamt fünf verschiedene Fragebögen, die Zusatzfragen zum Alkoholkonsum und die Fragen zur Erfassung der soziodemographischen Daten den ProbandInnen vorgegeben, wobei im Folgenden nur die vier für die vorliegende Arbeit relevanten Verfahren sowie die zusätzlichen Fragen zum Alkoholkonsum und die Fragen zur Erfassung der soziodemographischen Daten beschrieben werden.

6.2.1 Alcohol Use Disorders Identification Test, deutschsprachige Version für Österreich (AUDIT-GMAT)

Das Screeninginstrument von Wetterling und Veltrup (1997) wird eingesetzt, um riskanten Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit frühzeitig zu erfassen. Weiters ist es möglich, auch den Grad einer möglichen Alkoholabhängigkeit zu ermitteln. Das Verfahren beinhaltet insgesamt zehn Items, die folgenden drei Subskalen zugeordnet sind:

- 1) In der ersten Subskala wird die Trinkmenge und die Trinkhäufigkeit mit drei Items ermittelt, beispielsweise mit der Frage: *„Wie oft haben Sie alkoholische Getränke getrunken?“*
- 2) In dieser Subskala werden mit weiteren drei Items die Abhängigkeitssymptome, z.B. mit folgender Frage, erfasst: *„Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?“*
- 3) Die letzte Subskala erfragt mit vier Items persönliche und soziale Probleme, die durch Alkoholmissbrauch entstehen können. Eine Frage wäre etwa: *„Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?“*

Die Items variieren bezüglich ihres Antwortformats von drei- bis fünfstufigen Ratingskalen, und das Verfahren ist für den Einsatz bei Erwachsenen geeignet. Den einzelnen Antwortvorgaben sind bestimmte Punkte zugeordnet, die schließlich zu einem Gesamtpunktescore addiert werden.

Nach Babor, Higgins-Biddle, Saunders und Monteiro (2001) gelten Personen, die einen Gesamtpunktescore zwischen 0 und 7 erreichen, als abstinent oder sie trinken nur sehr wenig Alkohol. Ab einem Gesamtpunktescore von insgesamt acht Punkten wird riskanter und gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum betrieben. Je höher der Gesamtpunktescore, umso riskanter ist der Alkoholkonsum. Die Personen werden dabei in drei verschiedene Risikozonen eingeteilt (siehe Tabelle 2), und je nach Risikozone wird nach unterschiedlicher Art interveniert. Personen in Risikozone + wird in einem einfachen Beratungsgespräch empfohlen, weniger Alkohol zu trinken. Für Personen in Risikozone ++ soll ein ausführliches Beratungsgespräch mit Wiederholungstermin stattfinden. Patienten innerhalb der Risikozone +++ wird eine Behandlung für Alkoholabhängigkeit angeraten.

Tabelle 2: Gruppeneinteilung des AUDIT

Bis zu 7 Punkten	unauffällig
8 bis 15 Punkte	Risikozone +
16 bis 19 Punkte	Risikozone ++
20 bis 40 Punkte	Risikozone +++

Itembeispiel für die Subskala „Trinkmenge und -häufigkeit“ (Item 2):

(A2) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

- trinke nie Alkohol ☐

- 1 – 2 ☐

- 3 – 4 ☐

- 5 – 6 ☐

- 7 – 9 ☐

- 10 oder mehr ☐

Zur Reliabilität liegen keine genaueren Angaben vor, es wird jedoch von einer hohen Reliabilität der drei Subskalen gesprochen. Zudem verfügt das Verfahren über Augenscheinvalidität und über inhaltlich-logische Gültigkeit. Die Gültigkeit wurde mittels Ergebnissen zu Sensitivität und Spezifität belegt (Wetterling & Veltrup, 1997).

6.2.2 MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36)

Der Fragebogen SF-36 zum Gesundheitszustand von Bullinger und Kirchberger (1998) erfasst als krankheitsübergreifendes Messinstrument die gesundheitsbezogene Lebensqualität einer Person. Dieses Verfahren beinhaltet insgesamt 36 Items, die folgenden acht unterschiedlichen Dimensionen zugeordnet sind:

- 1) *Körperliche Funktionsfähigkeit:* Diese Dimension besteht aus insgesamt zehn Items, es wird erfasst, inwieweit der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten wie etwa Gehen, Bücken, Selbstversorgung, Treppensteigen, Heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeit beeinträchtigt.
- 2) *Körperliche Rollenfunktion:* Mit vier Items wird ermittelt, in welchem Ausmaß der Gesundheitszustand die Arbeit oder die täglichen Aktivitäten beeinflusst. Es wird beispielsweise erfragt, ob man weniger schafft als gewöhnlich oder ob Schwierigkeiten vorhanden sind, bestimmte Aktivitäten durchzuführen.
- 3) *Körperlicher Schmerz:* Es wird mit zwei Items das Ausmaß sowie der Einfluss von körperlichen Schmerzen auf die Arbeit erfragt.
- 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung:* Diese Subskala enthält fünf Items, mit denen die subjektive Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands und der zukünftigen Erwartungen in Bezug auf Erkrankungen ermittelt wird.
- 5) *Vitalität:* Insgesamt vier Items sollen erfassen, ob sich die befragte Person schwungvoll und energiegeladen, oder aber müde und erschöpft fühlt.
- 6) *Soziale Funktionsfähigkeit:* Mit zwei Items wird ermittelt, inwieweit die körperliche Gesundheit oder auch emotionale Probleme die sozialen Aktivitäten der befragten Person beeinträchtigen.

- 7) *Emotionale Rollenfunktion:* Die Person wird mit drei Items befragt, inwiefern emotionale Probleme die Arbeit oder tägliche Aktivitäten beeinträchtigen, etwa mit Fragen dazu, ob sie weniger schaffen und weniger sorgfältig ihre Arbeit erledigen als bisher.
- 8) *Psychisches Wohlbefinden:* Mit fünf Items wird das allgemeine psychische Wohlbefinden der Person ermittelt, auch beispielsweise in Form von Angst und Depression.

Die acht Dimensionen können schließlich noch in die zwei Bereiche „körperliche Gesundheit“ (Dimensionen 1–4) und „psychische Gesundheit“ (Dimensionen 5–8) eingeordnet werden. Das 36. Item ermittelt zusätzlich den momentanen Gesundheitszustand verglichen mit dem vor einem Jahr.

Die Antwortkategorien sind von dichotomem bis zu sechstufigem Antwortformat variabel, und der Einsatz des Fragebogens ist für Personen ab 14 Jahren geeignet. Es ist außerdem noch anzumerken, dass der Wertebereich des Gesamtpunktescore zwischen 0 und 100 liegt und hohe Werte grundsätzlich einer guten gesundheitsbezogenen Lebensqualität entsprechen.

Itembeispiel für die Dimension „Körperliche Schmerzen“:

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> ?	
Ich hatte keine Schmerzen	☐
Sehr leicht	☐
Leicht	☐
Mäßig	☐
Stark	☐
Sehr stark	☐

Bezüglich Gütekriterien der SF-36 ist zu erwähnen, dass die inneren Konsistenzen der einzelnen Skalen bei unterschiedlichen Stichproben zwischen 0,57 und 0,94 liegen. Weiters liegt zudem bezüglich Validität inhaltlich-logische Gültigkeit vor, und die Normierung wurde in Deutschland an insgesamt 2.914 Personen vorgenommen (Bullinger & Kirchberger, 1998).

6.2.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Dieses Verfahren von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1995) dient als Screeningfragebogen zur Erfassung einer depressiven Symptomatik einschließlich deren Schweregrads. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 21 Items, die durch alphabetisch geordnete Aussagen von A bis U typische depressive Symptome erfragen.

Jedes alphabetisch geordnete Item besteht aus insgesamt vier Aussagen, mit denen das Auftreten einer depressiven Symptomatik und deren Intensität während der vergangenen Woche und des aktuellen Tages erfragt werden. Dabei ist zu erwähnen, dass es auch möglich ist, mehrere Aussagen anzukreuzen. Allerdings zählt bei der Auswertung nur die Aussage mit dem höchsten Punktwert je Item, wodurch sich Gesamtsummenwerte von 0 bis 63 ergeben können. Werte ab einem Gesamtpunktescore von 11 gelten als auffällig. Der Einsatz des BDI ist für Personen, die zwischen 18 und 80 Jahren alt sind, möglich.

Itembeispiel für Item G „Selbsthass“:

G	
0	Ich bin nicht von mir enttäuscht.
1	Ich bin von mir enttäuscht.
2	Ich finde mich fürchterlich.
3	Ich hasse mich.

Bezüglich Reliabilität und Validität verfügt das Verfahren grundsätzlich über hohe Werte. Die innere Konsistenz schwankt je nach Stichprobe zwischen 0,73 und 0,95. So weisen etwa nichtpsychiatrische Stichproben eine Reliabilität zwischen 0,73 und 0,92 auf (Hautzinger et al., 1995).

6.2.4 Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9)

Das Verfahren von Schumacher und Brähler (2000) dient zur Erfassung des Kohärenzgefühls in Bezug auf die Theorie von Antonovsky. Die Leipziger Kurzform SOC-L9 besteht aus insgesamt neun Items, die alle drei Subkomponenten des Kohärenzgefühls (Vorhersagbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit) repräsentieren, die allerdings nicht getrennt erfasst werden können.

Das Antwortformat ist eine siebenstufige Ratingskala, wobei auf zwei Polen die Antworten repräsentiert sind. Nach der Umpolung einiger Items ist es möglich, einen Gesamtpunktescore durch Addierung der Rohwerte zu errechnen. Es können Gesamtscores von 7 bis zu 63 Punkten erreicht werden, je höher der Gesamtpunktescore, desto höher das Kohärenzgefühl der befragten Person. Der Einsatz des Fragebogens ist für Personen, die zwischen 18 bis 92 Jahren alt sind, möglich.

Itembeispiel aus dem SOC-L9 (Item 8):

8. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben								
ohne jeden Sinn und Zweck sein wird	1	2	3	4	5	6	7	voller Sinn und Zweck sein wird

In Bezug auf Reliabilität weist das Verfahren recht gute Werte auf, die innere Konsistenz liegt bei 0,87. Weiters wurde die Validität mittels Faktorenanalyse gesichert. Durchführung und Auswertung gelten als objektiv, es liegen alters- und

geschlechtsspezifische Normen der deutschen Bevölkerung (N=2.005) vor (Schumacher & Brähler, 2000).

6.2.5 Erfassung der Zusatzfragen zum Alkoholkonsum

Zusätzlich zum AUDIT-GMAT wurden noch drei Fragen zum Alkoholkonsum vorgegeben, die von den KollegInnen der Online-Untersuchung entwickelt und für die vorliegende Arbeit übernommen wurden. Diese Fragen beinhalten Angaben zu Gründen, weshalb Alkohol konsumiert wird, ob vor den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert wurde, und Gründe, warum kein Alkohol konsumiert wird. Die letzte Frage war ausschließlich für Personen, die nie Alkohol trinken, zu beantworten. Die Vorgaben umfassen fünf bis zehn Möglichkeiten, wobei hier Mehrfachantworten möglich sind.

Itembeispiel 1 (Gründe für Alkoholkonsum):

Welche drei der folgenden Antworten beschreiben am besten, weshalb Sie Alkohol trinken?

- | | |
|--|--------------------------|
| familiäre oder Partnerschaftsprobleme | ☐ |
| soziale Probleme | ☐ |
| Zugehörigkeits-Gefühl | ☐ |
| innere Spannungen | ☐ |
| innere Leere und Sinnlosigkeits-Gefühl | ☐ |
| externe Belastungen (z.B. Arbeit) | ☐ |
| impulshaftes Trinken | ☐ |
| um gut drauf zu sein | ☐ |
| weil ich traurig bin | ☐ |
| sonstige Gründe | ☐ |

6.2.6 Erfassung soziodemographischer Daten

Bezüglich der Erfassung der soziodemographischen Daten wurden ebenfalls von den KollegInnen, die die Verfahren online vorgegeben haben, die entsprechenden, von ihnen entwickelten Fragen übernommen. Die Fragen beziehen sich auf Geschlecht, Alter, Nationalität, höchste abgeschlossene Ausbildung und Familienstand sowie offene Fragen zu Anzahl der Ausbildungsjahre, Anzahl der Personen, die im Haushalt leben, Anzahl enger Freunde, Arbeitsstunden pro Woche, Anzahl der Sportstunden pro Woche und Zigarettenkonsum. Etwa wurde die Frage zum Zigarettenkonsum folgendermaßen gestellt: „*Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?*“ Das Antwortformat variiert von offenem über dichotomes bis zu sechsstufigem Antwortformat.

Itembeispiel aus den Fragen zu den soziodemographischen Daten (Item 4)

Höchste abgeschlossene Ausbildung	
Pflichtschule	☐
Lehre	☐
Fachschule ohne Matura	☐
Höhere Schule mit Matura	☐
Fachhochschule, Universität	☐
Sonstiges	☐

7 Fragestellungen, Ziel und Hypothesen der Untersuchung

7.1 Fragestellungen und Ziel der Untersuchung

In Bezug auf Alkohol und gesundheitsbezogener Lebensqualität gab es bereits eine Reihe von Untersuchungen in der Literatur (z.B. van Dijk et al., 2004), die gezeigt haben, dass sich die verschiedenen Gruppen von Alkoholkonsumenten bezüglich gesundheitsbezogener Lebensqualität voneinander unterscheiden. Auch hinsichtlich Alkoholismus und Depression spricht man in der Literatur von Komorbiditäten, d.h. dass eine depressive Symptomatik bei Alkoholabhängigen vermehrt vorkommt und umgekehrt (u.a. Soyka & Lieb, 2004). In Bezug auf das Kohärenzgefühl zeigen etwa Nilsson et al. (2007), dass Personen mit niedrig ausgeprägtem Kohärenzgefühl eher Probleme mit Alkohol entwickeln.

Inwiefern sich Personen mit unterschiedlichem Alkoholkonsum voneinander unterscheiden und ob es Geschlechtsunterschiede gibt, sind die wesentlichen Fragestellungen dieser Untersuchung.

Hauptziel der Untersuchung war es herauszufinden, ob sich die Risikogruppen des Alkoholkonsums hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der depressiven Symptomatik und des Kohärenzgefühls voneinander unterscheiden.

Weiters sollte herausgefunden werden, ob es Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die verschiedenen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der depressiven Symptomatik und des Kohärenzgefühls gibt.

Zudem gilt es festzustellen, ob signifikante Wechselwirkungen zwischen den Alkoholrisikogruppen und den Geschlechtern bezüglich der Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der depressiven Symptomatik und des Kohärenzgefühls vorhanden sind.

Schließlich wird untersucht, ob es signifikante Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko, die physische bzw. psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität gibt.

7.2 Hypothesen

7.2.1 Unterschiedshypothesen

Hypothese 1 beschäftigt sich mit Unterschieden hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

H1.1.0 (a): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

H1.1.1 (a): Es gibt Unterschiede zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

„Körperliche Funktionsfähigkeit“ ist eine Dimension der SF-36 und ein Beispiel für ein Hypothesenpaar. Anlehnend an dieses Musterhypothesenpaar werden die weiteren Hypothesenpaare in Bezug auf diese Fragestellung zu den anderen sieben Dimensionen der SF-36, „Körperliche Rollenfunktion“, „Körperlicher Schmerz“, „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“ gebildet.

Auch für die beiden Bereiche „Psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität“ und „Physische gesundheitsbezogene Lebensqualität“ werden anlehnend an dieses Musterhypothesenpaar die weiteren Hypothesenpaare gebildet.

H1.1.0 (b): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

H1.1.1 (b): Es gibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

H1.1.0 (c): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

H1.1.1 (c): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert der Dimension „Körperliche Funktionsfähigkeit“ der SF-36.

Hypothese 2 beschäftigt sich mit Unterschieden hinsichtlich der depressiven Symptomatik.

H2.0 (a): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums in Bezug auf den Mittelwert des BDI.

H2.1 (a): Es gibt Unterschiede zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums in Bezug auf den Mittelwert des BDI.

H2.0 (b): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert des BDI.

H2.1 (b): Es gibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert des BDI.

H2.0 (c): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert des BDI.

H2.1 (c): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert des BDI.

Hypothese 3 beschäftigt sich mit Unterschieden hinsichtlich des Kohärenzgefühls.

H3.0 (a): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums in Bezug auf den Mittelwert der SOC-L9.

H3.1 (a): Es gibt Unterschiede zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums in Bezug auf den Mittelwert der SOC-L9.

H3.0 (b): Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert der SOC-L9.

H3.1 (b): Es gibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Mittelwert der SOC-L9.

H3.0 (c): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert der SOC-L9.

H3.1 (c): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den Risikogruppen des Alkoholkonsums und dem Geschlecht in Bezug auf den Mittelwert der SOC-L9.

7.2.2 Hypothesen zu Prädiktoren

Hypothese 4 beschäftigt sich mit der Prädiktorensuche für das Alkoholkonsumrisiko.

H4.0: Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko.

H4.1: Es gibt signifikante Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko.

Hypothese 5 beschäftigt sich mit der Prädiktorensuche für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H5.0: Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H5.1: Es gibt signifikante Prädiktoren für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Hypothese 6 beschäftigt sich mit der Prädiktorensuche für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H6.0: Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

H6.1: Es gibt signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

8 Durchführung der Untersuchung

In diesem Kapitel wird zunächst der genaue Ablauf der Testung angeführt. Anschließend bilden die für die statistische Auswertung der Daten verwendeten Methoden ein weiteres Subkapitel. Zudem wird die Stichprobe ausführlich beschrieben, wobei im Speziellen auf die soziodemographischen Daten, die Zusatzfragen zum Alkoholkonsum, die Einteilung der ProbandInnen in die einzelnen Risikogruppen des Alkoholkonsums eingegangen wird. Schließlich werden die drei Alkoholisikogruppen anhand der soziodemographischen Variablen, der Trinkmotive und dem Alkoholkonsum vor 12 Monaten beschrieben und miteinander verglichen.

8.1 Ablauf der Testung

Die Teilnehmer der Untersuchung wurden aus dem Freundes- und Bekanntenkreis rekrutiert. Zudem wurden Personen direkt in diversen Lokalitäten (Heurigen), in denen vermehrt Alkohol konsumiert wird, angesprochen und gefragt, ob sie an der Testung teilnehmen möchten. In Gruppentestungen von drei bis zu zehn TeilnehmerInnen, die in einem ruhigen Raum stattgefunden haben, wurden die Untersuchungsteilnehmer genau über den Ablauf, die Verfahren und die Intention der Untersuchung informiert. Die Teilnehmer hatten bei der Vorgabe der Fragenbogenbatterie keine Zeitbeschränkung, im Durchschnitt brauchten die TeilnehmerInnen ungefähr 30 Minuten für das Ausfüllen der Fragebogenbatterie, manche waren bereits nach 20 Minuten fertig, andere wiederum brauchten 45 Minuten zur vollständigen Beantwortung der Fragenbogenbatterie. Die Testungen fanden im Zeitraum von Mitte März bis Ende Mai 2008 statt.

Um Anonymität zu gewährleisten, wurden die Fragebögen erst in Abwesenheit der TeilnehmerInnen auf fehlende Daten kontrolliert. Grundsätzlich wurden die meisten Fragen beantwortet, einige ausgelassene Items wurden bei der Auswertung als „missing data“ entsprechend berücksichtigt.

Kritisch anzumerken sei noch, dass sich bei den Fragen zur Erfassung der soziodemographischen Daten einige Unklarheiten bei den TeilnehmerInnen aufgetan haben. So wurde etwa bei der Angabe der Ausbildungsjahre häufig gefragt, ob auch beispielsweise die Volksschuljahre zu den Ausbildungsjahren zählen. Ebenfalls Unklarheiten gab es bei den Zusatzfragen zu Alkohol, beispielsweise wurde die Frage nach Motiven für Alkoholabstinenz trotz Hinweisen auch von Alkoholkonsumenten beantwortet, was einen logischen Widerspruch ergibt.

8.2 Auswertungsverfahren

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte durch das Datenanalyseprogramm SPSS (Statistical Package for Social Science) in der Version 11.5 für Windows. Weiters ist zu erwähnen, dass grundsätzlich von einem Signifikanzniveau von $p = 0,05$ ausgegangen wurde. Zudem wurden aufgrund der unterschiedlichen Größe der Teilstichproben auch Tendenzen mit einem Signifikanzniveau von $p = 0,10$ interpretiert. Bei signifikanten Ergebnissen wurden aus diesem Grund zusätzlich mittels „Cohens d “ die Effektstärken ermittelt, um zu sehen, ob ein signifikantes Ergebnis auch praktisch bedeutsam ist. Die Gradierungsstufen der Effektstärken sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Einstufung der Effektstärken

<i>d-Wert</i>	<i>Effekt</i>
0–0,20	Kein Effekt
0,21–0,50	Schwacher Effekt
0,51–0,81	Mittlerer Effekt
<0,80	Hoher Effekt

Die Stichprobe wurde mittels Deskriptivstatistiken, wie etwa Häufigkeiten oder Mittelwerten, beschrieben. Die Ergebnisse dazu sind in unterschiedlichen

Darstellungen, wie beispielsweise in Tabellen, Balkendiagrammen, anschaulich gemacht worden.

Folgende Verfahren wurden bei der Datenanalyse verwendet:

Parametrische Verfahren

Zur Überprüfung der Normalverteilung der Daten wurde der **Kolmogorov-Smirnov-Test** verwendet, denn er eignet sich besonders für Stichproben ≤ 30 . Normalverteilung liegt vor, wenn das Ergebnis des Tests nicht signifikant ist. Weiters sei noch anzumerken, dass bei Stichproben, die > 30 sind, die Normalverteilung auf Basis des Zentralen Grenzwertsatzes angenommen werden kann.

Um die Homogenität der Varianzen zu ermitteln, wurde der **Levene-Test** eingesetzt. Ist das Ergebnis nicht signifikant, sind die Varianzen homogen, und Mittelwertsvergleiche können mittels parametrischer Verfahren durchgeführt werden. Bei einem signifikanten Ergebnis wird Heterogenität der Varianzen angenommen, d.h. es müssen nonparametrische Verfahren eingesetzt werden.

Bei gegebenen Voraussetzungen (Intervallskalenniveau, Normalverteilung und Homogenität der Varianzen) wurden **zweifaktorielle univariate Varianzanalysen** mit den Faktoren Alkoholrisikogruppen und Geschlecht verwendet. Wenn dies nicht möglich war, wurden **einfaktorielle Varianzanalysen** zur Unterscheidung der Alkoholrisikogruppen, und **t-Tests** zum Vergleich der Geschlechter berechnet. Waren die Varianzen der Geschlechter nicht homogen, wurde auf den t-Test für heterogene Varianzen zurückgegriffen.

Ist das Ergebnis einer Varianzanalyse signifikant, kann man mittels „**Paarweisen Vergleichen**“ überprüfen, welche Gruppen für die Signifikanz verantwortlich sind. Dazu werden jeweils zwei Gruppen paarweise miteinander verglichen. Als Anpassungstest wurde „Sidak“ gewählt.

Nonparametrische Verfahren

Wenn der Einsatz einer Varianzanalyse aufgrund fehlender Normalverteilung und/oder nicht gegebener Homogenität der Varianzen nicht möglich war, wurde auf die **Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse** zurückgegriffen. Es handelt sich

dabei um ein parameterfreies Verfahren, das die mittleren Rangplätze von mehr als zwei unabhängigen Stichproben miteinander vergleicht.

Zur Überprüfung möglicher Unterschiede zwischen zwei Gruppen wurde der **U-Test von Mann und Whitney** verwendet. Erwies sich etwa ein Ergebnis aus der Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse als signifikant, so wurde dieser Test zum paarweisen Gruppenvergleich eingesetzt, um zu sehen, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden. Zudem wurde eine Alpha-Fehler-Adjustierung vorgenommen.

Bei qualitativen Variablen kamen **Chi²-Tests** zum Einsatz. Er unterliegt jedoch der Voraussetzung, dass mehr als 20% der Zellen in der Kreuztabelle eine erwartete Häufigkeit von mindestens 5 aufweisen müssen, damit die Ergebnisse interpretiert werden können.

Regressionsverfahren

Zur Vorhersage dichotomer Kriterien wurde die binär-logistische Regressionsanalyse als voraussetzungsfreies Verfahren verwendet. Als Methode kam „Rückwärts Wald“ zum Einsatz.

8.3 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe bestand aus 102 Personen aus der Normalbevölkerung. Die soziodemographischen Daten dieser Personen wurden mittels Fragebogen erfasst, statistisch analysiert und werden im Folgenden dargestellt. In einer weiteren Unterteilung werden die Ergebnisse der drei Zusatzfragen zum Alkoholkonsum bezüglich der Motive, weshalb Alkohol getrunken vs. weshalb nicht Alkohol getrunken wird und wie oft vor 12 Monaten Alkohol konsumiert wurde, angeführt. Schließlich wird noch die Einteilung der ProbandInnen auf die Risikogruppen des Alkoholkonsums beschrieben und darauf eingegangen, inwieweit sich die Alkoholisikogruppen hinsichtlich der soziodemographischen Variablen und den Zusatzfragen zum Alkoholkonsum voneinander unterscheiden.

8.3.1 Soziodemographische Daten

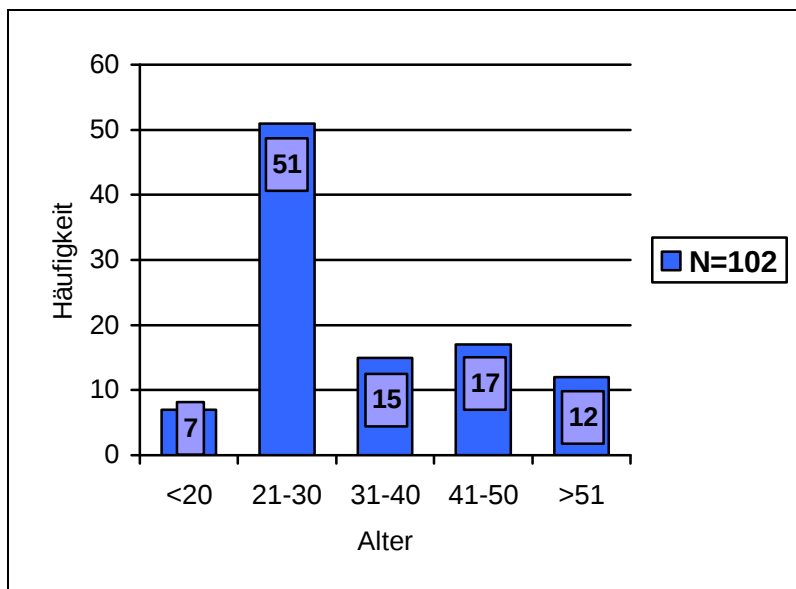
Geschlecht

Die Gesamtstichprobe bestand aus 54 Männern (52,9%) und 48 Frauen (47,1%), welche somit relativ gleich verteilt sind ($\chi^2=0,353$, $df=1$, $p=0,552$).

Alter

Die ProbandInnen konnten ihr Alter mittels offenen Antwortformats angeben. Das Alter der ProbandInnen war ziemlich ungleich verteilt, daher wurden Altersklassen gebildet, um die Verteilung übersichtlicher zu gestalten (Abb. 1). Dabei zeigte sich, dass genau die Hälfte der Gesamtstichprobe in der Altersklasse der 21- bis 30jährigen vertreten ist. Zum Mittelwert, der bei 33,6 Jahren lag und eine Standardabweichung von 12,22 aufwies, wurde zusätzlich noch der Median berechnet, der 29 Jahre betrug. Bezüglich der Häufigkeiten sei erwähnt, dass zwei Personen die jüngsten mit 18 Jahren und zwei die ältesten mit 65 Jahren waren.

Abbildung 1: Altersverteilung der ProbandInnen in Klassen



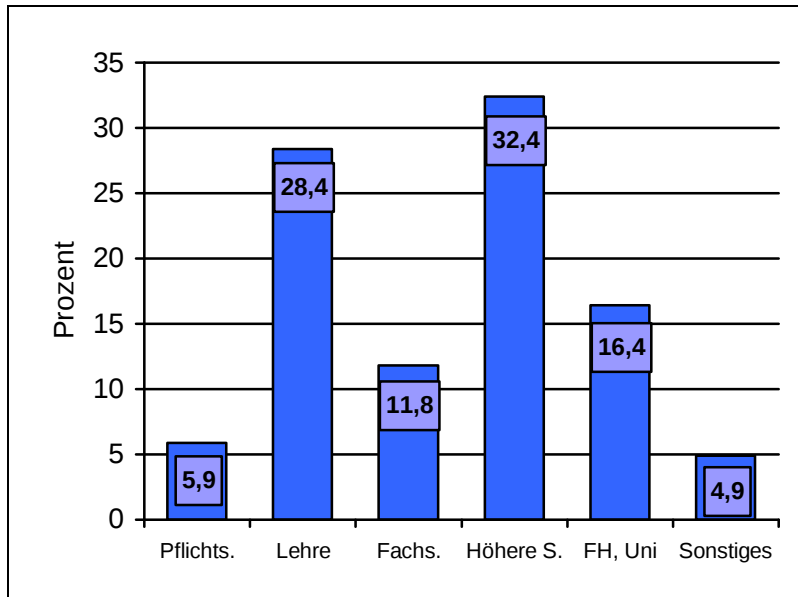
Nationalität

Bezüglich Nationalität der UntersuchungsteilnehmerInnen sei anzumerken, dass die Personen zwischen Österreich, Schweiz, Deutschland und Sonstige wählen konnten. 98 Personen (96,1%) stammten aus Österreich, eine aus der Schweiz, zwei aus Deutschland und eine aus sonstigen Ländern.

Höchste abgeschlossene Ausbildung

Diesbezüglich konnten die Personen auf fünfstufigem Antwortformat ihre höchste abgeschlossene Ausbildung angeben. Die meisten der befragten Personen, nämlich 33 (32,4%), hatten eine höhere Schule mit Matura als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben. Eine sonstige Ausbildung haben nur 5 Personen (4,9%) absolviert (Abb. 2).

Abbildung 2: Verteilung „Höchste abgeschlossene Ausbildung“



Anm.: Pflichts.=Pflichtschule, Fachs.=Fachschule ohne Matura, Höhere S.=Höhere Schule mit Matura, FH=Fachhochschule, Uni=Universität

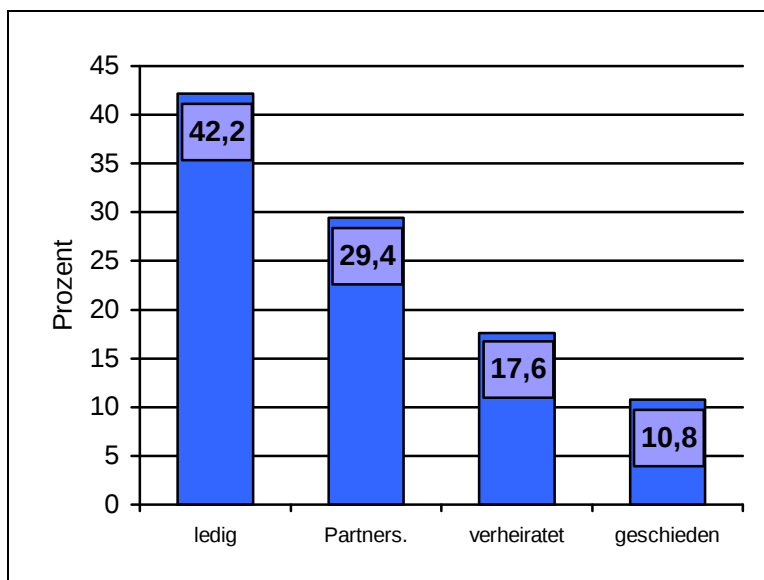
Ausbildungsjahre

Die Ausbildungsjahre konnten von den ProbandInnen frei angegeben werden. Die Angabe von einer von den 102 Personen konnte nicht berücksichtigt werden und wurde somit als „missing data“ in die Berechnungen miteinbezogen. Zu den Ausbildungsjahren zählten sämtliche Schuljahre, beginnend von der Volksschule. Die Angaben liegen zwischen neun und 28 Ausbildungsjahren. Durchschnittlich hatten die Personen 14,57 Ausbildungsjahre absolviert (SD=3,89).

Familienstand

In Bezug auf Familienstand konnten die ProbandInnen zwischen fünf verschiedenen Antwortmöglichkeiten wählen und so ihren Familienstand angeben, wobei keine der Personen „verwitwet“ angab. 43 Personen (42,2%) gaben den Familienstand „ledig“ an, die wenigsten, nämlich 11 Personen (10,8%), waren geschieden (Abb. 3).

Abbildung 3: Verteilung „Familienstand“



Anm.: Partners.=zurzeit in Partnerschaft

Anzahl Personen im Haushalt

Die Anzahl an Personen, die mit den ProbandInnen im selben Haushalt leben, variiert von null bis fünf. 24 Personen (23,5%) gaben an, dass sie alleine leben, und lediglich eine Person lebte mit fünf weiteren Personen in einem Haushalt. Die größte Gruppe stellten die ProbandInnen dar, die mit einer weiteren Person im Haushalt leben, nämlich 37 (36,3%) machten diese Angabe. Durchschnittlich lebten die ProbandInnen mit 1,51 (SD=1,30) Personen im Haushalt.

Anzahl enger Freunde

Bezüglich der Frage nach der Anzahl der engen Freunde, die die ProbandInnen zurzeit haben, variierten die Häufigkeiten von null (eine Person) bis insgesamt 30 Freunden (ebenfalls eine Person). Zwei Personen machten dazu keine Angabe. Der Großteil der ProbandInnen (23 Personen) gab an, insgesamt fünf enge Freunde zu haben (22,5%). Durchschnittlich hatten die ProbandInnen 5,83 (SD=4,65) enge Freunde.

Arbeitsstunden pro Woche

Die Angaben zu dieser Frage lagen von null Arbeitsstunden pro Woche (14,7%) bis zu 70 Arbeitsstunden pro Woche (1%). 32 ProbandInnen (31,4%) gaben 40 Arbeitsstunden pro Woche an und stellten somit die größte Gruppe dar. Insgesamt arbeiteten die ProbandInnen durchschnittlich 32,76 Stunden (SD=17,55) pro Woche.

Sportstunden pro Woche

Die Anzahl der Stunden pro Woche, in denen sich die ProbandInnen laut ihren Angaben sportlich betätigen, variierte von null (20,6%), was auch den Großteil der ProbandInnen ausmachte, bis zu 20 Sportstunden pro Woche (2%). Die ProbandInnen gaben an, im Durchschnitt 4,26 Stunden (SD=4,07) täglich Sport zu betreiben.

Anzahl Zigaretten pro Tag

Mehr als die Hälfte, nämlich 57 Personen (55,9%) gab bei dieser Frage an, Nichtraucher zu sein. Insgesamt lagen die Häufigkeiten zwischen null bis zu 50

Zigaretten (eine Person). Durchschnittlich gaben die Raucher an, 17,22 Zigaretten (SD = 13,02) pro Tag zu rauchen.

8.3.2 Zusatzfragen zum Alkoholkonsum

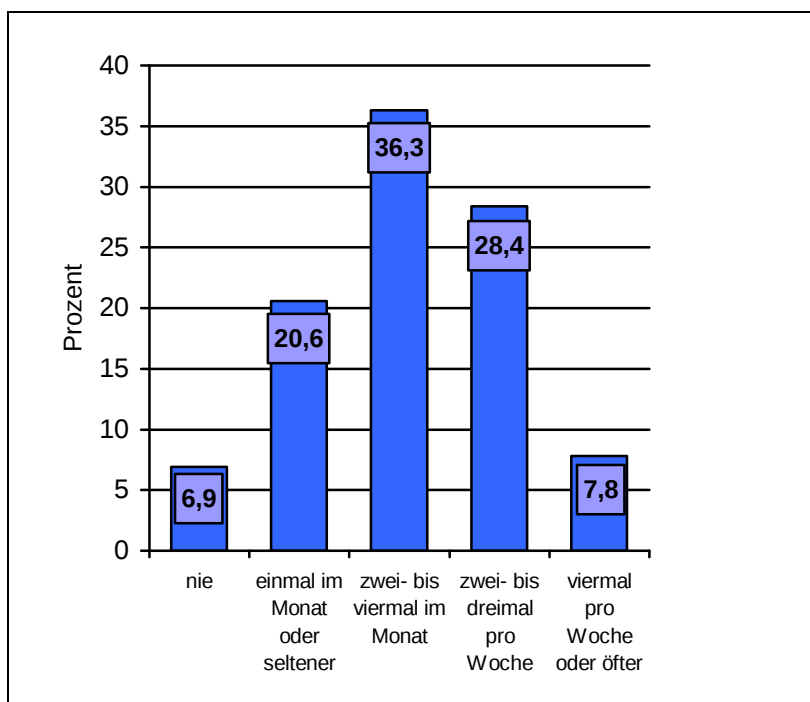
Trinkmotive

Die ProbandInnen konnten zwischen zehn verschiedenen Trinkmotiven wählen und sollten drei aus den zehn vorgegebenen auswählen. Die prozentuelle Verteilung der ProbandInnen auf die Alkoholisikogruppen zeigt Tabelle 5 in Kapitel 8.3.4 „Beschreibung der Alkoholisikogruppen“.

Alkoholkonsum vor den letzten 12 Monaten

Bei der Frage, wie oft die ProbandInnen vor den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert hatten, waren fünf verschiedene Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Mit 37 Personen (36,3%) war die größte Gruppe die, die zwei- bis viermal im Monat vor den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert haben. Die wenigsten Personen, nämlich lediglich 7 (6,9%) gaben an, vor den letzten 12 Monaten nie Alkohol konsumiert zu haben (Abb. 4).

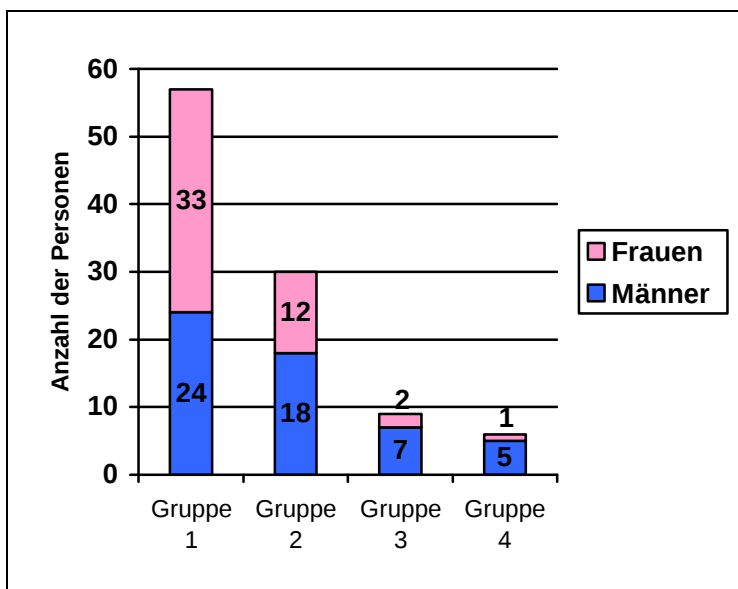
Abbildung 4: Verteilung „Alkoholkonsum vor den letzten 12 Monaten“



8.3.3 Zuteilung zu den Risikogruppen des Alkoholkonsums

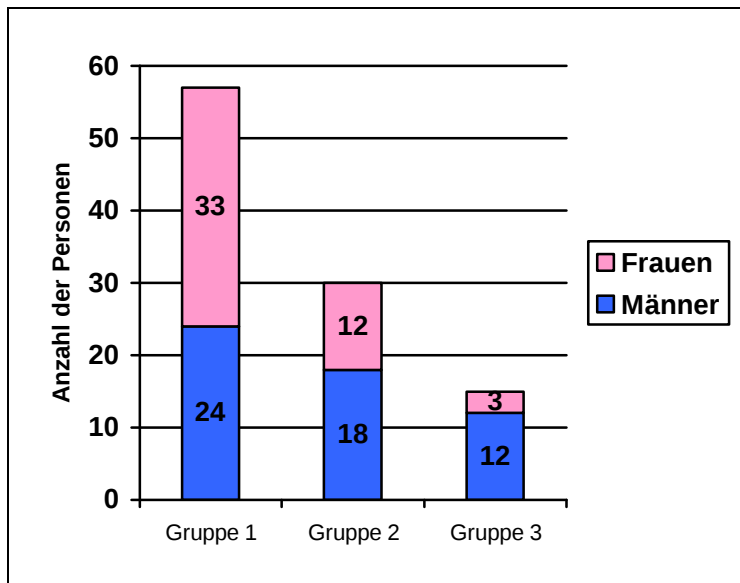
Nach der entsprechenden Auswertung des *AUDIT-GMAT* und den dadurch ermittelten Gesamtscores wurden die Personen nach ihren Ergebnissen in unterschiedliche Risikogruppen des Alkoholkonsums eingeteilt. Die Unterteilung erfolgte zunächst, wie im Testhandbuch des Verfahrens angemerkt, in vier Gruppen, die in Abbildung 5 dargestellt sind.

Abbildung 5: Alte Gruppeneinteilung der Geschlechter in die Alkoholisikogruppen



Da jedoch (wie in Abb. 5 ersichtlich) relativ wenige Personen bei der Unterteilung den Gruppen 3 und 4 zugehörig waren, wurden die beiden Gruppen 3 und 4 zu einer Gesamtgruppe, der so genannten „Hochrisikogruppe“ (Gruppe 3), zusammengefasst, um den Stichprobenumfang der Gruppe 3 zu erhöhen und eine etwas gleichmäßigere Verteilung zu erhalten. Die Gruppeneinteilung war nun derart, dass insgesamt 57 Personen (24 Männer und 33 Frauen) der Gruppe 1 („unauffällige Gruppe“), 30 Personen (18 Männer und 12 Frauen) der Gruppe 2 („Risikogruppe“) und 15 Personen (12 Männer und 3 Frauen) der Gruppe 3 („Hochrisikogruppe“) zugeordnet wurden (Abb. 6).

Abbildung 6: Neue Einteilung der Geschlechter in die Alkoholrisikogruppen



8.3.4 Beschreibung der Alkoholrisikogruppen

Geschlecht

Nach Berechnung mittels Chi²-Test ist zu erwähnen, dass sich die drei Alkoholrisikogruppen in Bezug auf das Geschlecht signifikant voneinander unterscheiden (Chi²=7,695, df=2, p=0,021), was bedeutet, dass die Geschlechter in den Alkoholrisikogruppen unterschiedlich verteilt waren. Die kleinste Gruppe stellten Frauen der Gruppe 3 dar mit lediglich drei Personen, die größte Gruppe waren Frauen der Gruppe 1 mit insgesamt 33 Personen. Die Aufteilung der Geschlechter in die drei Alkoholrisikogruppen ist in Tabelle 4 ersichtlich.

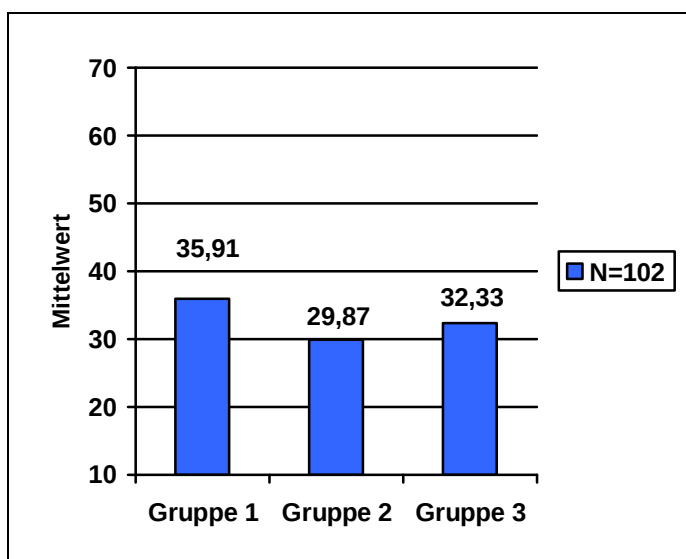
Tabelle 4: Kreuztabelle der Alkoholrisikogruppen mit dem Geschlecht

	GRUPPE 1	GRUPPE 2	GRUPPE 3	GESAMT
MÄNNER				
Anzahl	24	18	12	54
EW	30,2	19,5	7,9	
FRAUEN				
Anzahl	33	12	3	48
EW	26,8	14,1	7,1	
GESAMT	57	30	15	102

Alter

Nach der Überprüfung der altersspezifischen Verteilung der drei Alkoholrisikogruppen resultierte ein signifikantes Ergebnis ($\chi^2=6,09$, $df=2$, $p=0,047$). Dabei unterscheidet sich Gruppe 1 signifikant von Gruppe 2 ($U=583,00$, $p=0,015$). Personen der Gruppe 1 ($MW=35,91$, $SD=12,23$) sind demnach signifikant älter als Personen der Gruppe 2 ($MW=29,87$, $SD=11,17$). Die Mittelwerte sind graphisch in Abbildung 7 dargestellt.

Abbildung 7: Verteilung des Alters auf die Alkoholrisikogruppen



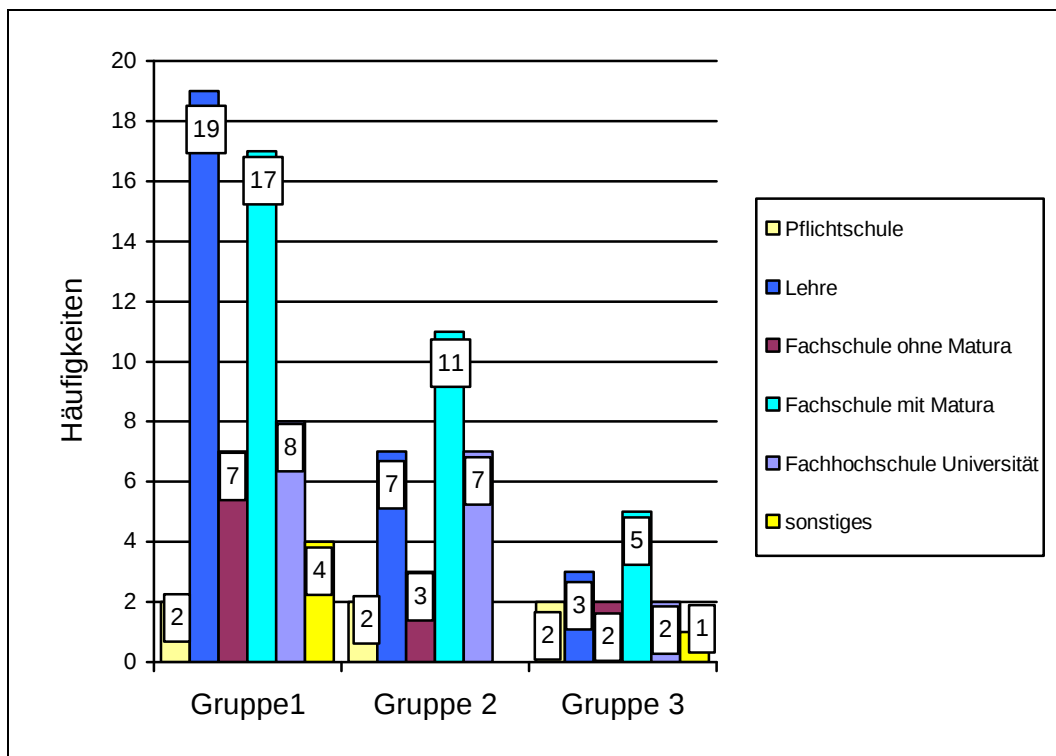
Nationalität

Bezüglich der Verteilung der Nationalitäten auf die Alkoholrisikogruppen ist anzumerken, dass eine Person aus der Schweiz der Gruppe 1, zwei Personen aus Deutschland der Gruppe 2 und eine Person aus sonstigen Ländern der Gruppe 1 zugeordnet wurden. Alle übrigen Personen stammten aus Österreich, es konnten 55 Personen der Gruppe 1, 28 Personen der Gruppe 2 und 15 Personen der Gruppe 3 zugeteilt werden.

Höchste abgeschlossene Ausbildung

In Bezug auf die höchste abgeschlossene Ausbildung waren die Voraussetzungen des Chi²-Tests nicht gegeben, da 61,1% der Fälle einen Erwartungswert <5 aufwiesen (Chi²=6,76, df=10, p=0,771). Anhand der standardisierten Residuen, die im unauffälligen Bereich liegen, und der graphischen Darstellung (Abb. 8) kann davon ausgegangen werden, dass sich die drei Alkoholrisikogruppen hinsichtlich der Verteilung der Ausbildung nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Abbildung 8: Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung auf die Alkoholrisikogruppen



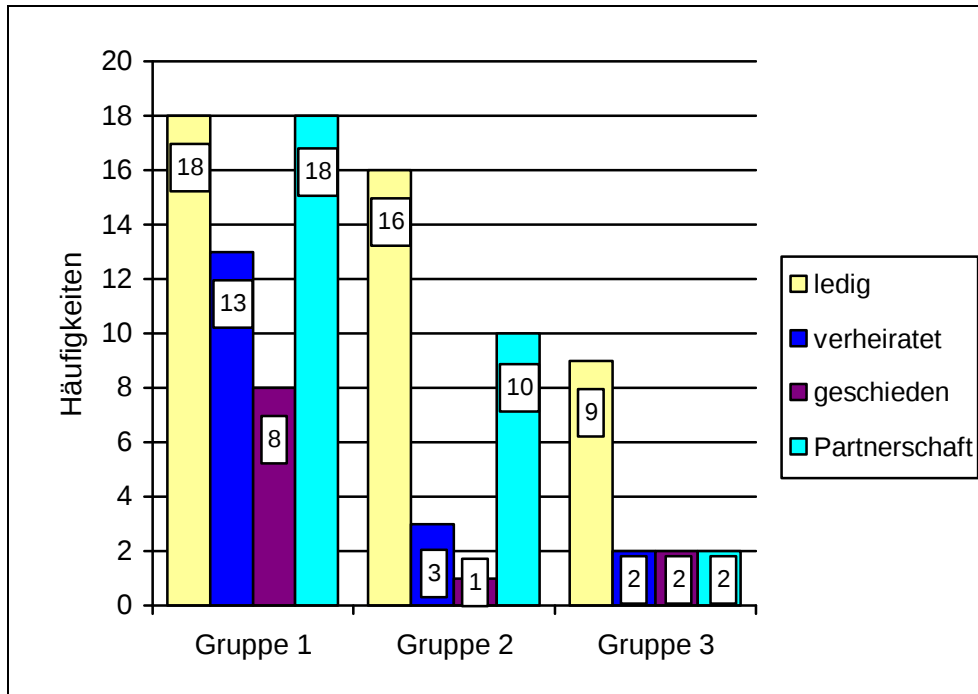
Ausbildungsjahre

Da in Gruppe 2 keine Normalverteilung gegeben war, wurde eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet, die zeigte, dass sich die drei Alkoholkonsumrisikogruppen hinsichtlich der Ausbildungsjahre nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=2,000$, $df=2$, $p=0,368$).

Familienstand

Hinsichtlich der Verteilung des Familienstands auf die Alkoholisikogruppen ist anzumerken, dass 33,3% der Fälle einen Erwartungswert <5 zeigten ($\chi^2=9,307$, $df=6$, $p=0,157$). Aufgrund der unauffälligen standardisierten Residuen und der graphischen Darstellung (Abb. 9) kann angenommen werden, dass sich die drei Alkoholisikogruppen in Bezug auf die Verteilung des Familienstandes nicht voneinander unterscheiden.

Abbildung 9: Verteilung des Familienstand auf die Alkoholisikogruppen



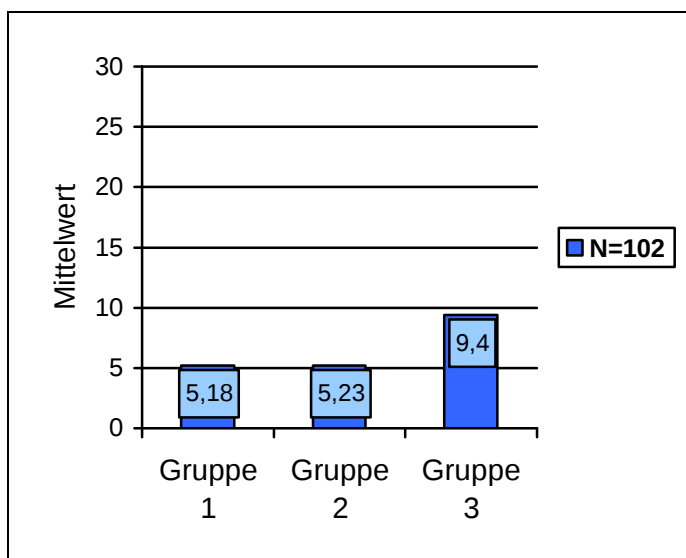
Anzahl Personen im Haushalt

Aufgrund nicht gegebener Normalverteilung in Gruppe 2 wurde eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet, mit dem Ergebnis, dass sich die drei Gruppen in Bezug auf Anzahl der Personen, die im gleichen Haushalt leben, nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=1,461$, $df=2$, $p=0,482$).

Anzahl enger Freunde

Aufgrund nicht gegebener Homogenität der Varianzen wurde eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet, mit dem Ergebnis, dass sich die drei Alkoholisikogruppen hinsichtlich der Anzahl enger Freunde der ProbandInnen signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=6,25$, $df=2$, $p=0,044$). Dabei unterscheidet sich die Gruppe 3 signifikant von Gruppe 1 ($U=244,50$, $p=0,015$). Personen der Gruppe 3 ($MW=9,40$, $SD=7,88$) haben demnach signifikant mehr enge Freunde als Personen der Gruppe 1 ($MW=5,18$, $SD=3,67$). Bezüglich der Unterscheidung der Gruppe 2 und 3 konnte eine Tendenz ermittelt werden ($U=145,00$, $p=0,052$), wobei Gruppe 2 ($MW=5,23$, $SD=3,34$) tendenziell weniger enge Freunde hat als Gruppe 3. Die Mittelwerte sind graphisch anschaulich in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10: Verteilung der „Anzahl enger Freunde“ auf die Alkoholisikogruppen



Arbeitsstunden pro Wochen

Da die Homogenität der Varianzen nicht gegeben war, wurde eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet. Es zeigte sich, dass sich die drei Gruppen hinsichtlich der wöchentlichen Arbeitsstunden nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=0,261$, $df=2$, $p=0,878$).

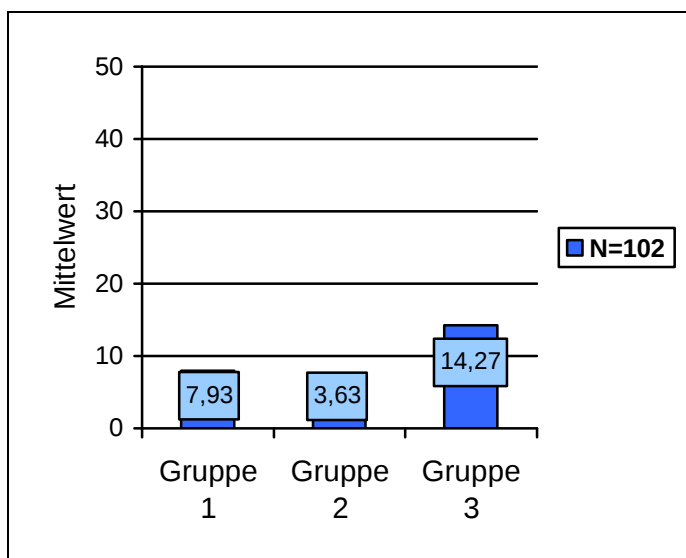
Sportstunden pro Woche

Varianzenhomogenität war nicht gegeben, weshalb eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse angewandt wurde, mit dem Resultat, dass sich die drei Gruppen bezüglich der wöchentlichen Sportstunden nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=4,176$, $df=2$, $p=0,124$).

Anzahl Zigaretten pro Tag

Aufgrund nicht gegebener Normalverteilung der Gruppe 2 wurde wieder eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet mit signifikantem Unterschied der Alkoholrisikogruppen in Bezug auf die Anzahl der täglichen Zigaretten ($\chi^2=6,96$, $df=2$, $p=0,031$). Die Gruppe 2 unterscheidet sich signifikant von Gruppe 3 ($U=123,50$, $p=0,007$). Dabei zeigt sich, dass Personen der Gruppe 3 ($MW=14,27$, $SD=16,50$) deutlich mehr Zigaretten pro Tag rauchen als Personen der Gruppe 2 ($MW=3,63$, $SD=8,76$). Abbildung 11 zeigt die Mittelwerte graphisch anschaulich.

Abbildung 11: Verteilung der „Anzahl der Zigaretten pro Tag“ auf die Alkoholrisikogruppen



Trinkmotive

Die prozentuelle Verteilung der Trinkmotive auf die drei Alkoholrisikogruppen ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Prozentuelle Verteilung der Trinkmotive

Trinkmotive	Gruppe 1 (n=57)	Gruppe 2 (n=30)	Gruppe 3 (n=15)
Familiäre oder Partnerschaftsprobleme	7,0%	20,0%	13,3%
Soziale Probleme	3,5%	0%	0%
Zugehörigkeitsgefühl	24,6%	23,3%	33,3%
Innere Spannungen	10,5%	6,7%	26,7%
Innere Leere und Sinnlosigkeitsgefühl	3,5%	6,7%	13,3%
Externe Belastungen	21,1%	33,3%	26,7%
Impulshaftes Trinken	14,0%	20,0%	33,3%
Um gut drauf zu sein	42,1%	53,3%	53,3%
Weil ich traurig bin	3,5%	3,3%	6,7%
Sonstige Gründe	56,1%	70,0%	40,0%

9 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen ausführlich dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse der Unterschiedsberechnungen entsprechend erörtert. Anschließend werden Resultate zu den Überprüfungen der Hypothesen in Bezug auf die Prädiktoren vermittelt.

9.1 Ergebnisse zu den Unterschiedshypothesen

9.1.1 *Gruppen- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität*

Mit Hypothese 1 wurden die drei Risikogruppen des Alkoholkonsums und die Geschlechter hinsichtlich möglicher Unterschiede sowie Wechselwirkungen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität überprüft.

Die Ergebnisse zu dieser Hypothese werden zu den verschiedenen Dimensionen und Bereichen der SF-36 unterteilt dargestellt. Die abhängige Variable war stets die jeweilige Dimension der SF-36 bzw. die Summenskala der physischen sowie der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Es sei nochmals daran erinnert, dass die ProbandInnen bei der SF-36 Werte zwischen 0 und 100 erreichen konnten, je höher der erreichte Wert, desto höher die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Einen deskriptivstatistischen Überblick über die Daten zeigt Tabelle I im Anhang.

Körperliche Funktionsfähigkeit

Bei Gruppe 2 der Alkoholrisikogruppen kann nach statistischer Überprüfung keine Normalverteilung angenommen werden.

Die Alkoholrisikogruppen wurden daher mittels Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse miteinander verglichen. Es resultierte ein nicht signifikantes Ergebnis ($\chi^2=2,924$, $df=2$, $p=0,232$). Die Risikogruppen des Alkoholkonsums

unterscheiden sich demnach in Bezug auf die körperliche Funktionsfähigkeit nicht signifikant voneinander.

Hypothese 1.1.0 (a) wird beibehalten.

Die Geschlechter wurden aufgrund gegebener Voraussetzungen mittels t-Tests für homogene Varianzen auf mögliche Unterschiede überprüft. Dabei konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der körperlichen Funktionsfähigkeit ermittelt werden ($t=0,684$, $df=99$, $p=0,495$).

Hypothese 1.1.0 (b) wird beibehalten.

Körperliche Rollenfunktion

Es war nach entsprechender Überprüfung bei der Gruppe 2 der Alkoholrisikogruppen keine Normalverteilung gegeben.

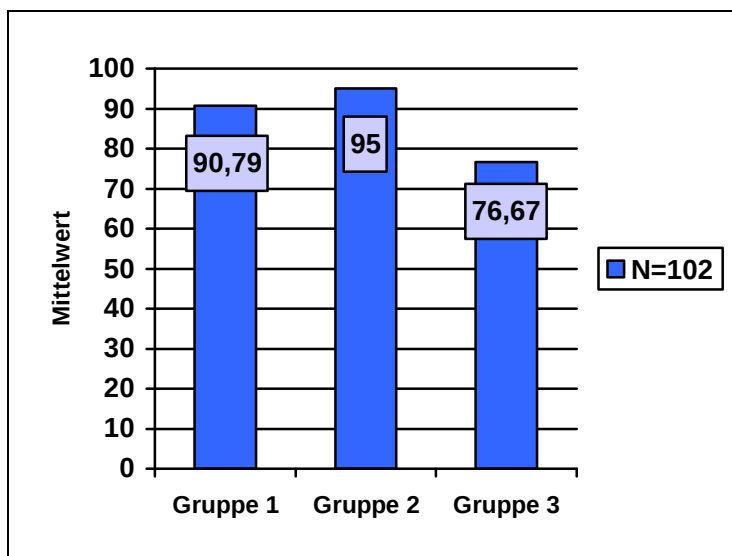
Es wurde eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den Alkoholrisikogruppen berechnet, mit dem Ergebnis, dass sich die drei Gruppen bezüglich ihrer körperlichen Rollenfunktion nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=5,510$, $df=2$, $p=0,064$). Das Resultat zeigt jedoch eine Tendenz zu Gruppenunterschieden, weshalb zusätzlich U-Tests (bei korrigiertem Alpha von $p=0,025$ für $\alpha=0,050$) zwischen den Gruppen berechnet wurden. Dabei resultierte, dass die Gruppe 1 tendenziell höhere Werte in der körperlichen Rollenfunktion aufweist als die Gruppe 3 bei einer schwachen Effektstärke von $d=0,48$. Zudem hatte die Gruppe 2 einen höheren Mittelwert in der körperlichen Rollenfunktion als die Gruppe 3, dieser ist jedoch statistisch nicht signifikant, jedoch praktisch bedeutsam aufgrund der mittleren Effektstärke von $d=0,68$. Die Gruppe 1 unterscheidet sich in dieser Dimension nicht von der Gruppe 2.

Die Ergebnisse der U-Tests sind in Tabelle 6 dargestellt. Die Mittelwerte der drei Alkoholrisikogruppen zeigt zudem die Abbildung 12 graphisch veranschaulicht.

Tabelle 6: Ergebnisse der U-Tests bei der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“

Körperliche Rollenfunktion	<i>U</i>	<i>p</i> -Wert	Signifikanz
Gruppe 1 und 2	845,50	0,891	nicht signifikant
Gruppe 2 und 3	164,50	0,053	nicht signifikant
Gruppe 3 und 1	319,50	0,030	Tendenz

Abbildung 12: Mittelwertsunterschiede der Alkoholrisikogruppen in der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“



Hypothese 1.2.0 (a) wird beibehalten.

Zur Unterscheidung der Geschlechter wurde ein t-Test für homogene Varianzen berechnet, woraus ein nicht signifikantes Ergebnis zwischen Männern und Frauen in Bezug auf ihre körperliche Rollenfunktion resultierte ($t=-0,058$, $df=100$, $p=0,954$).

Hypothese 1.2.0 (b) wird beibehalten.

Körperlicher Schmerz

Nach entsprechender Überprüfung war in der Gruppe 2 keine Normalverteilung gegeben.

Es wurde eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet, um mögliche signifikante Unterschiede zwischen den Alkoholisikogruppen zu ermitteln. Hinsichtlich ihrer körperlichen Schmerzen unterscheiden sich die drei Alkoholisikogruppen nicht signifikant voneinander ($\chi^2=1,796$, $df=2$, $p=0,407$).

Hypothese 1.3.0 (a) wird beibehalten.

Zur Unterscheidung der Geschlechter wurde ein t-Test für homogene Varianzen berechnet. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Männer und Frauen in dieser Dimension festgestellt werden ($t=0,143$, $df=100$, $p=0,887$).

Hypothese 1.3.0 (b) wird beibehalten.

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Bei dieser Dimension konnte nach Überprüfung der entsprechenden Gruppen Normalverteilung angenommen werden. Allerdings konnte aufgrund nicht gegebener Homogenität der Varianzen keine zweifaktorielle Varianzanalyse berechnet werden.

Da auch bei der Berechnung einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit den Alkoholisikogruppen die Homogenität der Varianzen nicht gegeben war, wurde eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse angewandt. Dabei resultierte ein nicht signifikantes Ergebnis ($\chi^2=1,729$, $df=2$, $p=0,421$), woraus zu schließen ist, dass sich die drei Alkoholisikogruppen hinsichtlich ihrer allgemeinen Gesundheitswahrnehmung nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Hypothese 1.4.0 (a) wird beibehalten.

Die möglichen Geschlechtsunterschiede in dieser Dimension wurden mittels t-Tests für homogene Varianzen erfasst, woraus ein nicht signifikantes Ergebnis ($t=-0,426$, $df=100$, $p=0,671$) resultierte.

Hypothese 1.4.0 (b) wird beibehalten.

Vitalität

Bei der Überprüfung auf Normalverteilung der jeweiligen Gruppen konnte diese als gegeben angenommen werden, und deshalb wurde eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit den beiden Faktoren Geschlecht und Alkoholrisikogruppen berechnet, da auch Homogenität der Varianzen gegeben war.

Es konnten keine signifikanten Unterschiede und keine Wechselwirkungen festgestellt werden (Tab. 7). Jedoch unterscheiden sich die Geschlechter hinsichtlich ihrer Vitalität tendenziell voneinander. Männer ($MW=65,83$, $SD=18,01$) zeigen dabei tendenziell höhere Werte in Bezug auf die Vitalität als Frauen ($MW=60,00$, $SD=16,50$). Durch Berechnung der Effektstärke konnte ein schwacher Effekt ($d=0,34$) ermittelt werden.

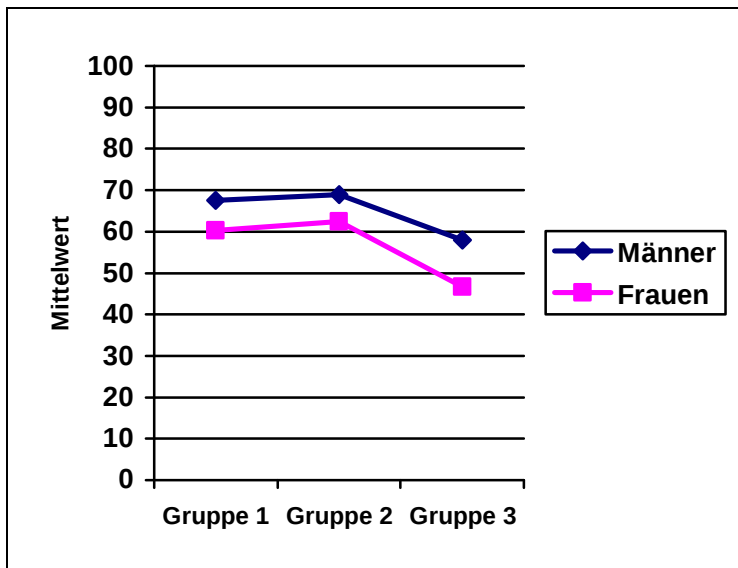
Die Mittelwerte der Geschlechter und der Alkoholkonsumgruppen sind in Abbildung 13 graphisch veranschaulicht.

Tabelle 7: Zweifaktorielle Varianzanalyse bei der Dimension „Vitalität“

Vitalität	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -Wert	Signifikanz
<i>Alkoholrisikogruppen</i>	2	2,280	0,108	nicht signifikant
<i>Geschlechter</i>	1	3,324	0,071	Tendenz
<i>WW</i>	2	0,074	0,929	nicht signifikant

Anm.: WW=Wechselwirkungen zwischen Alkoholrisikogruppen und Geschlecht

Abbildung 13: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholrisikogruppen in der Dimension „Vitalität“



Hypothesen 1.5.0 (a, b, c) werden beibehalten.

Soziale Funktionsfähigkeit

Nach Überprüfung der Normalverteilung konnte diese in der Gruppe 2 nicht angenommen werden.

Dementsprechend wurde für die Risikogruppen des Alkoholkonsums eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet, mit dem Ergebnis, dass sich die Risikogruppen des Alkoholkonsums in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2=0,470$, $df=2$, $p=0,791$).

Hypothese 1.6.0 (a) wird beibehalten.

Zur Unterscheidung der Geschlechter wurde aufgrund nicht gegebener Homogenität der Varianzen ein t-Test für heterogene Varianzen berechnet, um mögliche Unterschiede in Bezug auf die soziale Funktionsfähigkeit festzustellen. Es zeigte sich bei den Resultaten ein signifikanter Unterschied (Tab. 8) derart, dass Männer ($MW=92,59$, $SD=12,97$) einen höheren Mittelwert in der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“ zeigten als Frauen ($MW=84,38$, $SD=19,89$). Es

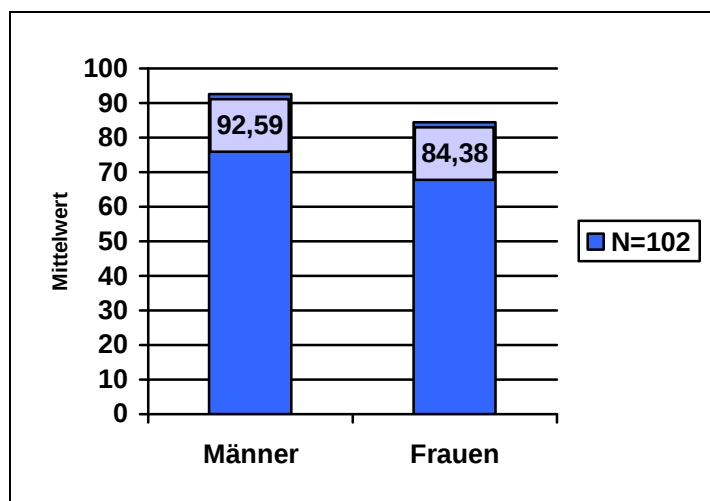
konnte zudem eine Effektstärke von $d=0,49$ berechnet werden, was als schwacher Effekt interpretiert werden kann. Die beiden Mittelwerte sind in Abbildung 14 graphisch dargestellt. Zusätzlich wurden t-Tests berechnet, um die Geschlechter in den drei Alkoholrisikogruppen zu unterscheiden. Die Ergebnisse zeigten, dass sich Männer und Frauen der Gruppe 1 hinsichtlich ihrer sozialen Funktionsfähigkeit signifikant voneinander unterscheiden ($t=2,02$, $df=53,95$, $p=0,049$). Männer ($MW=93,75$, $SD=12,77$) weisen demnach signifikant höhere Werte auf als Frauen ($MW=84,85$, $SD=20,43$). Zudem zeigt sich nach Berechnung der Effektstärke ein mittlerer Effekt ($d=0,52$). In der Gruppe 2 ($t=1,26$, $df=28$, $p=0,218$) und auch in Gruppe 3 ($t=1,63$, $df=13$, $p=0,126$) unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant voneinander. Es resultierte zudem nach Überprüfung der Effektstärken in Gruppe 2 ein schwacher Effekt ($d=0,45$) und in Gruppe 3 ein hoher Effekt ($d=0,87$). Wie Tabelle I im Anhang zeigt, hatten Frauen in allen drei Gruppen niedrigere Mittelwerte in der sozialen Funktionsfähigkeit als Männer.

Hypothese 1.6.1 (b) wird angenommen.

Tabelle 8: t-Test für heterogene Varianzen bei der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“

Soziale Funktionsfähigkeit	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i> -Wert	Signifikanz
<i>Geschlechter</i>	79,20	2,44	0,017	signifikant

Abbildung 14: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter in der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“



Emotionale Rollenfunktion

Bei den Alkoholrisikogruppen 2 und 3 kann nach Überprüfung Normalverteilung nicht angenommen werden.

Für die Berechnung möglicher Unterschiede zwischen den Alkoholrisikogruppen in Bezug auf die emotionale Rollenfunktion wurde mittels Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse ein nicht signifikantes Ergebnis ($\chi^2=3,150$, $df=2$, $p=0,207$) ermittelt.

Hypothese 1.7.0 (a) wird beibehalten.

Für die Überprüfung möglicher Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der emotionalen Rollenfunktion wurde ein t-Test für heterogene Varianzen berechnet. Daraus resultierte ein nicht signifikantes Ergebnis ($t=1,41$, $df=79,44$, $p=0,164$).

Hypothese 1.7.0 (b) wird beibehalten.

Psychisches Wohlbefinden

Da nach entsprechender Überprüfung Normalverteilung angenommen werden kann und auch die Homogenität der Varianzen gegeben war, wurde eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit den Faktoren Alkoholrisikogruppen und Geschlecht berechnet.

Es resultierte ein tendenzieller Unterschied zwischen Alkoholrisikogruppen und ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf das psychische Wohlbefinden. Die Wechselwirkungen waren nicht signifikant (Tab. 9).

Für die Alkoholrisikogruppen konnten nach Berechnung der „Paarweisen Vergleiche“ tendenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen 2 und 3 ($p=0,060$) und den Gruppen 3 und 1 ($p=0,095$) ermittelt werden. Dabei hatte die Gruppe 2 (MW=78,27, SD=15,21) den höchsten Mittelwert in dieser Dimension gegenüber der Gruppe 3 (MW=67,47, SD=16,89) und der Gruppe 1 (MW=74,53, SD=16,85). Dazu wurden die Effektstärken für die Alkoholrisikogruppen

errechnet, mit dem Ergebnis, dass Gruppe 1 mit Gruppe 2 ($d=0,26$) einen schwachen Effekt, Gruppe 2 mit Gruppe 3 ($d=0,67$) einen mittleren Effekt und Gruppe 3 mit Gruppe 1 ($d=0,46$) einen schwachen Effekt aufweisen.

Bezüglich der Unterscheidung der Geschlechter zeigte sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens derart, dass Frauen ($MW=70,17$, $SD=17,85$) einen signifikant niedrigeren Mittelwert im psychischen Wohlbefinden aufweisen als Männer ($MW=78,52$, $SD=14,42$). Es zeigte sich zudem eine mittlere Effektstärke von $d=0,52$.

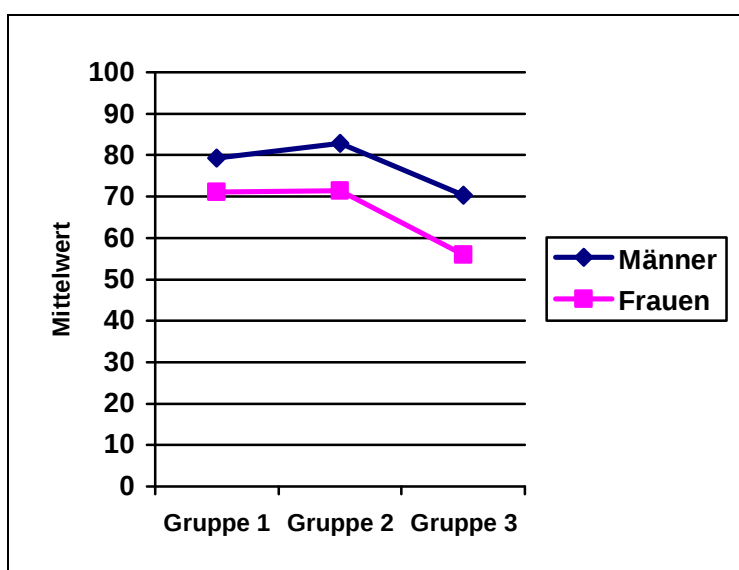
Die Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und der Alkoholrisikogruppen sind in Abbildung 15 graphisch dargestellt.

Tabelle 9: Zweifaktorielle Varianzanalyse bei der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“

Psychisches Wohlbefinden	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -Wert	Signifikanz
<i>Alkoholrisikogruppen</i>	2	2,89	0,061	Tendenz
<i>Geschlechter</i>	1	7,40	0,008	signifikant
WW	2	0,20	0,817	nicht signifikant

Anm.: WW=Wechselwirkung zwischen Alkoholrisikogruppen und Geschlecht

Abbildung 15: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholrisikogruppen in der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“



Hypothese 1.8.0 (a, c) werden beibehalten.

Hypothese 1.8.1 (b) wird angenommen.

Summenskala der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität

In dieser Dimension konnte aufgrund entsprechender Überprüfung Normalverteilung angenommen werden, jedoch war die Homogenität der Varianzen nicht gegeben.

Zur Überprüfung der Unterscheidung der Alkoholisikogruppen wurde aufgrund nicht gegebener Homogenität der Varianzen eine Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse berechnet, woraus ein nicht signifikantes Ergebnis resultierte ($\chi^2=4,124$, $df=2$, $p=0,127$).

Hypothese 1.9.0 (a) wird beibehalten.

Zur Unterscheidung der Geschlechter wurde ein t-Test für homogene Varianzen berechnet, mit dem Ergebnis, dass sich Frauen und Männer bezüglich ihrer physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht signifikant voneinander unterscheiden ($t=-0,238$, $df=99$, $p=0,812$).

Hypothese 1.9.0 (b) wird beibehalten.

Summenskala der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Normalverteilung und Homogenität der Varianzen kann nach Überprüfung angenommen werden, daher wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Faktoren Alkoholisikogruppen und Geschlecht berechnet.

Die Alkoholisikogruppen zeigten signifikante und die Geschlechter hoch signifikante Unterschiede in der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Signifikante Wechselwirkungen konnten keine ermittelt werden (Tab. 10).

Laut den „Paarweisen Vergleichen“ erwiesen sich die Alkoholisikogruppen 2 und 3 ($p=0,020$) und die Gruppen 3 und 1 ($p=0,021$) als signifikant. Auch die

Effektstärken der Alkoholrisikogruppen wurden überprüft. Dabei resultierte bei Gruppe 1 mit Gruppe 2 ($d=0,18$) kein Effekt, bei Gruppe 2 mit Gruppe 3 ($d=0,66$) ein mittlerer Effekt und bei Gruppe 3 mit Gruppe 1 ($d=0,46$) ein schwacher Effekt.

Zur Unterscheidung der Geschlechter hinsichtlich der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte sich, dass Frauen ($MW=75,62$, $SD=16,64$) einen hoch signifikant niedrigeren Mittelwert als Männer ($MW=82,54$, $SD=12,23$) hatten. Nach Berechnung der Effektstärke resultierte ein schwacher Effekt ($d=0,47$).

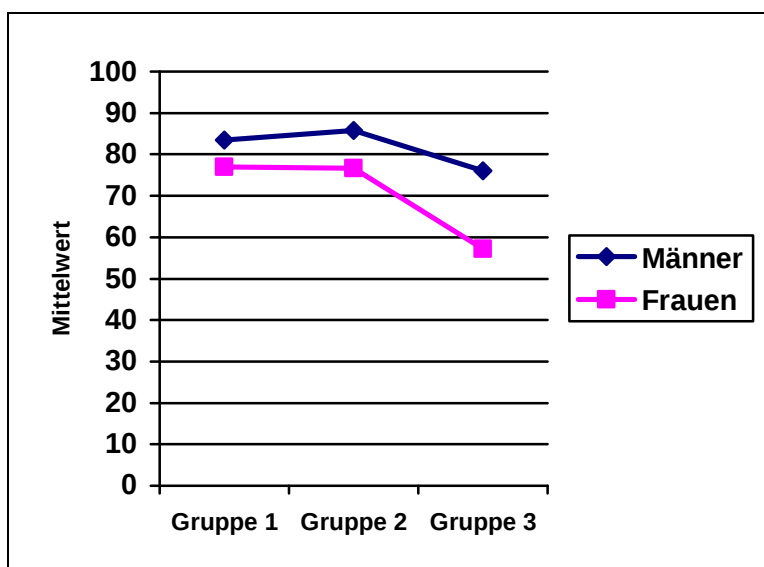
Die Mittelwerte der Geschlechter und der Alkoholrisikogruppen sind in Abbildung 16 graphisch dargestellt.

Tabelle 10: Zweifaktorielle Varianzanalyse bei der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i> -Wert	Signifikanz
<i>Alkoholrisikogruppen</i>	2	4,24	0,017	signifikant
<i>Geschlechter</i>	1	9,43	0,003	hoch signifikant
WW	2	0,79	0,459	nicht signifikant

Anm.: WW=Wechselwirkung zwischen Alkoholrisikogruppen und Geschlecht

Abbildung 16: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholrisikogruppen in der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität



Hypothese 1.10.0 (c) wird beibehalten.

Hypothese 1.10.1 (a, b) werden angenommen.

9.1.2 Gruppen- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich depressiver Symptomatik

Überprüft wurden nach Hypothese 2 die Alkoholisikogruppen und die Geschlechter bezüglich möglicher signifikanter Unterschiede in ihrer depressiven Symptomatik. Einen Überblick zur Deskriptivstatistik bietet Tabelle II im Anhang.

Die ProbandInnen konnten, wie bereits erwähnt, Gesamtwerte zwischen 0 und 63 erreichen, wobei ein Gesamtwert über 11 als auffällig gilt.

Nach entsprechender Überprüfung der einzelnen Gruppen konnte Normalverteilung angenommen werden, und auch die Homogenität der Varianzen war gegeben. Daher wurde eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit den beiden Faktoren Geschlecht und Alkoholisikogruppen berechnet.

Es resultierten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Alkoholisikogruppen, allerdings gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die depressive Symptomatik. Signifikante Wechselwirkungen konnten keine ermittelt werden (Tab. 11).

Der signifikante Unterschied zwischen den Geschlechtern lässt sich dahingehend interpretieren, dass Frauen (MW=6,53, SD=6,43) einen signifikant höheren Mittelwert hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik aufweisen als Männer (MW=4,46, SD=4,39). Zudem resultierte eine Effektstärke von $d=0,38$, was als schwacher Effekt interpretiert werden kann.

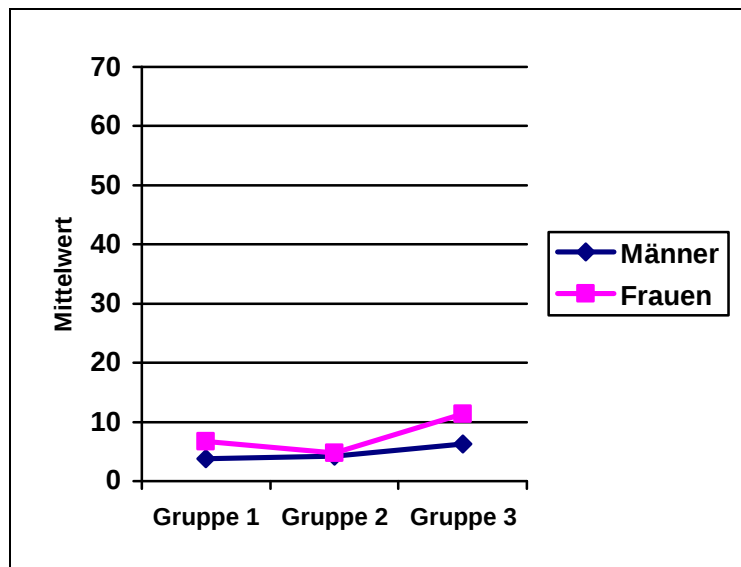
In Abbildung 17 sind die Mittelwerte der Geschlechter und der Alkoholisikogruppen graphisch anschaulich gemacht.

Tabelle 11: Zweifaktorielle Varianzanalyse für die depressive Symptomatik (BDI)

BDI	df	F	p-Wert	Signifikanz
Alkoholrisikogruppen	2	2,35	0,101	nicht signifikant
Geschlechter	1	4,06	0,047	signifikant
WW	2	0,78	0,463	nicht signifikant

Anm.: WW=Wechselwirkung zwischen Alkoholrisikogruppen und Geschlecht

Abbildung 17: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholrisikogruppen bezüglich depressiver Symptomatik



Hypothesen 2.0 (a, c) werden beibehalten.

Hypothese 2.1 (b) wird angenommen.

9.1.3 Gruppen- und Geschlechtsunterschiede hinsichtlich Kohärenzgefühl

Die Hypothese 3 untersuchte die drei Risikogruppen des Alkoholkonsums und die Geschlechter nach möglichen signifikanten Unterschieden in Bezug auf das Kohärenzgefühl.

Es sei zur Erinnerung anzumerken, dass die Personen Gesamtwerte zwischen 7 und 63 erreichen konnten, je höher der Gesamtwert einer Person ist, desto höher ist ihr Kohärenzgefühl.

Aufgrund nicht gegebener Homogenität der Varianzen konnte eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse nicht berechnet werden.

In Bezug auf die Alkoholrisikogruppen wurde eine einfaktorielle univariate Varianzanalyse berechnet, mit dem Ergebnis, dass sich die Alkoholrisikogruppen in Bezug auf das Kohärenzgefühl nicht signifikant voneinander unterscheiden ($F=0,09$, $df=2$, $p=0,914$).

Hypothese 3.0 (a) wird beibehalten.

Die Geschlechter wurden mittels t-Tests für homogene Varianzen auf mögliche Unterschiede überprüft. Es resultierten keine signifikanten Unterschiede ($t=0,53$, $df=100$, $p=0,600$) zwischen Männer und Frauen hinsichtlich ihres Kohärenzgefühls.

Hypothese 3.0 (b) wird beibehalten.

9.2 Ergebnisse zu den Hypothesen der Prädiktoren

9.2.1 Ergebnisse zu Prädiktoren hinsichtlich Alkoholkonsumrisiko

Es sollte festgestellt werden, ob die erhobenen Variablen einen signifikanten Einfluss auf die beiden dichotomisierten Alkoholkonsumgruppen „kein Risiko“ vs. „Risiko“ haben.

Hierzu sei anzumerken, dass die drei Alkoholrisikogruppen entsprechend dichotomisiert wurden. Es wurden die Gruppen 1 und 2 zusammengefasst für „kein Risiko“ ($n=87$) und die Gruppe 3 für „Risiko“ ($n=15$) hinsichtlich des Alkoholkonsums.

Es wurde eine binär-logistische Regression mit der Methode „Rückwärts: WALD“ berechnet. Nach fünf Schritten kam es zu der korrekten Zuordnung von insgesamt 90,9% zur Gruppe 1 bzw. Gruppe 3, wobei die Zuordnung zu Gruppe 1 besser war (Tab. 12). Das Ergebnis zeigt, dass die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität, das Geschlecht, die Anzahl der engen Freunde und der Alkoholkonsum vor 12 Monaten signifikante Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko darstellen (Tab. 13).

Die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität erwies sich als hochsignifikanter Prädiktor nämlich derart, dass Gruppe 1 (MW=80,55) eine höhere psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität hatte als Gruppe 3 (MW=72,24).

Das Geschlecht als signifikanter Prädiktor lässt sich dahingehend interpretieren, dass Männer häufiger in der Gruppe 3 sind.

Die Anzahl der engen Freunde als signifikanter Prädiktor lässt sich derart erklären, dass Personen der Gruppe 3 (MW=9,40) durchschnittlich mehr enge Freunde angaben als Personen der Gruppe 1 (MW=5,20).

Bezüglich des Alkoholkonsums vor 12 Monaten (zwei- bis viermal im Monat) als signifikanter Prädiktor lässt sich festhalten, dass deutlich mehr Personen in Gruppe 1 (n=33) dieses Alkoholkonsummuster vor 12 Monaten zeigten als Personen der Gruppe 3 (n=4).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Mann zu sein, eine geringe psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität aufzuweisen, viele enge Freunde zu haben und kein Alkoholkonsummuster von zwei- bis viermal im Monat vor 12 Monaten zu zeigen signifikante Prädiktoren für einen riskanten Alkoholkonsum sind.

Tabelle 12: Vorhersage Alkoholrisikogruppen bei der Regression

	<i>Gr. 1 vorhergesagt</i>	<i>Gr. 3 vorhergesagt</i>	<i>Richtiger Prozentsatz</i>
<i>Gruppe 1</i>	83	1	98,8%
<i>Gruppe 3</i>	8	7	46,7%
			Gesamt 90,9%

Tabelle 13: Signifikante Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko

Prädiktoren	Wald	Exp(B)	df	p-Wert
<i>Alkoholkonsum vor 12 Mo. (2- bis 4mal im Monat)</i>	4,065	0,091	1	0,044
<i>Anzahl Freunde</i>	6,325	1,241	1	0,012
<i>Geschlecht (Männer)</i>	4,802	8,677	1	0,028
<i>Psychische Lebensqualität</i>	6,813	0,917	1	0,009

9.2.2 Ergebnisse zu Prädiktoren hinsichtlich physischer gesundheitsbezogener Lebensqualität

Es sollte überprüft werden, ob die erhobenen Variablen einen signifikanten Einfluss auf die dichotomisierten Gruppen niedrige vs. hohe physische gesundheitsbezogene Lebensqualität haben.

Die Stichprobe des physischen Summenscores der SF-36 wurde anhand des Medians, der 91,25 betrug, in zwei Gruppen geteilt. Die ProbandInnen mit Werten bis inklusive 91,25 wurden der Gruppe 1 (n=52) mit der niedrigeren und ab einem Wert von 92 der Gruppe 2 (n=50) mit der höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität zugewiesen.

Es wurde eine binär-logistische Regression (Methode „Rückwärts: WALD“) berechnet, um den Einfluss möglicher signifikanter Prädiktoren auf die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität nachzuweisen. Nach der Berechnung von zwei Schritten kam es zu einer korrekten Zuordnung von 70,3% in eine der beiden Gruppen, wobei die Zuordnung in Gruppe 2 besser war (Tab. 14).

Es resultierte, dass die depressive Symptomatik einen hoch signifikanten Prädiktor für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellt (Tab. 15). Personen der Gruppe 1 (MW=7,47) waren depressiver als Personen der Gruppe 2 (MW=3,34).

Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass ein höheres Ausmaß an depressiver Symptomatik einen Prädiktor für eine niedrigere physische gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellt.

Tabelle 14: Vorhersage der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Regression

	<i>Gr. 1 vorhergesagt</i>	<i>Gr. 2 vorhergesagt</i>	<i>Richtiger Prozentsatz</i>
<i>Gruppe 1</i>	35	16	68,6
<i>Gruppe 2</i>	14	36	72,0
			Gesamt 70,3%

Tabelle 15: Signifikanter Prädiktor für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität

Prädiktor	Wald	Exp(B)	df	p-Wert
<i>Depressive Symptomatik</i>	12,761	0,806	1	<0,001

9.2.3 Ergebnisse zu Prädiktoren hinsichtlich psychischer gesundheitsbezogener Lebensqualität

Es sollte geprüft werden, inwieweit die erhobenen Variablen einen signifikanten Einfluss auf die beiden Gruppen niedrige vs. hohe psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität haben.

Mittels Median des psychischen Summenscores der SF-36, der 84,13 betrug, wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt. ProbandInnen mit einem Wert

inklusive 84,13 wurden der Gruppe 1 (n=51) mit der niedrigeren und ab einem Wert von 84,13 der Gruppe 2 (n=51) mit der höheren psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zugeteilt.

Es wurde erneut eine binär-logistische Regression (Methode Rückwärts: WALD) berechnet, um mögliche signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität zu ermitteln. Nach der Berechnung von drei Schritten kam es zu einer korrekten Zuordnung von 87,0% in eine der beiden Gruppen, wobei die Zuordnung in Gruppe 2 besser war (Tab. 16). Aufgrund der Berechnungen lässt sich sagen, dass der Alkoholkonsum vor 12 Monaten, das Alter, die Ausbildungsjahre, die Anzahl der Personen im Haushalt, die depressive Symptomatik und das Kohärenzgefühl signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellen (Tab. 17).

Es zeigte sich, dass Personen der Gruppe 1 einen höheren Alkoholkonsum vor 12 Monaten hatten als Personen der Gruppe 2.

Als hoch signifikanter Prädiktor erwies sich das Alter derart, dass die Gruppe 1 (MW=30,18) jünger war als die Gruppe 2 (MW=37,04).

Die Anzahl der Personen im selben Haushalt war ein signifikanter Prädiktor, in dem Sinne, dass in Gruppe 1 mehr Personen in einem gemeinsamen Haushalt lebten als in Gruppe 2.

Als signifikanter Prädiktor zeigten sich auch die Ausbildungsjahre insofern, dass Gruppe 1 mehr Ausbildungsjahre hatten als Gruppe 2.

Die depressive Symptomatik war ein hoch signifikanter Prädiktor, Gruppe 1 (MW=8,02) erwies sich als depressiver als Gruppe 2 (MW=2,88).

Ein hoch signifikanter Prädiktor war das Kohärenzgefühl, was derart zu erklären ist, dass Gruppe 1 (MW=35,73) ein niedrigeres Kohärenzgefühl zeigte als Gruppe 2 (MW=37,61).

Zusammengefasst bedeutet das, dass ein höherer Alkoholkonsum von vor 12 Monaten, ein jüngeres Alter, mehr Personen im gleichen Haushalt, eine längere Ausbildungszeit, Depressivität und ein geringeres Kohärenzgefühl Prädiktoren für eine niedrigere psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität sind.

Tabelle 16: Vorhersage der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Regression

	<i>Gr. 1 vorhergesagt</i>	<i>Gr. 2 vorhergesagt</i>	<i>Richtiger Prozentsatz</i>
<i>Gruppe 1</i>	43	6	87,8
<i>Gruppe 2</i>	7	44	86,3
			Gesamt 87,0%

Tabelle 17: Signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität

Prädiktoren	Wald	df	Exp(B)	p-Wert
<i>Alkoholkonsum vor 12 Mo.</i>	9,457	4	-	0,051
- nie	7,416	1	468,926	0,006
- einmal/Monat oder seltener	5,972	1	117,950	0,015
- 2- bis 4mal pro Monat	4,245	1	53,125	0,039
<i>Alter</i>	10,013	1	1,137	0,002
<i>Ausbildungsjahre</i>	5,569	1	0,794	0,018
<i>Anzahl Personen im Haushalt</i>	4,925	1	0,548	0,026
<i>Depressive Symptomatik</i>	17,068	1	0,636	<0,001
<i>Kohärenzgefühl</i>	6,900	1	1,494	0,009

10 Diskussion

In der folgenden Diskussion werden die Ergebnisse zusammengefasst interpretiert und mit bereits vorliegenden früheren Untersuchungen zu dieser Thematik verglichen.

Sieht man sich die Aufteilung der Geschlechter in den drei Alkoholrisikogruppen an, so lässt sich feststellen, dass in der „Hochrisikogruppe“ (Gruppe 3) deutlich mehr Männer (n=12) als Frauen (n=3) vertreten sind. Dies verwundert kaum, denn bereits Feuerlein (1989) weist darauf hin, dass Alkoholismus bei Männern häufiger vorkommt als bei Frauen, und auch Uhl und Kobra (2003) sprechen davon, dass Männer dreimal so stark zu Alkoholmissbrauch neigen als Frauen.

In Bezug auf das Alter der ProbandInnen der drei Alkoholrisikogruppen zeigte sich eine tendenzielle Unterscheidung zwischen Gruppe 1 und 2. Demnach sind Personen der Gruppe 1 älter als Personen der Gruppe 2. Dies lässt sich möglicherweise dahingehend erklären, dass jüngere Menschen häufiger ausgehen und daher mehr Alkohol konsumieren als ältere Personen, die öfters zuhause bleiben, ihren familiären und beruflichen Pflichten nachkommen und dadurch kaum Alkohol trinken.

Hinsichtlich der angegebenen Anzahl der engen Freunde der ProbandInnen der drei Alkoholrisikogruppen zeigte sich, dass Personen der Gruppe 3 signifikant mehr enge Freunde haben als Personen der Gruppe 1. In diesem Kontext ist allerdings die Frage zu stellen, was die ProbandInnen unter einem engen Freund verstehen. Oft stellt sich ein „enger Freund“ nur als „Bekannter“ heraus, mit dem gefeiert und viel Alkohol konsumiert wird.

Bezüglich der täglich gerauchten Zigaretten zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Gruppe 2 und 3, Personen der Gruppe 3 rauchen signifikant mehr Zigaretten pro Tag als Personen der Gruppe 2. Dies lässt sich eventuell dadurch erklären, dass man einer Gruppe zugehören und nicht als gesellschaftlicher Außenseiter „abgestempelt“ werden will, wenn man Nichtraucher ist und/oder keinen Alkohol trinkt. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass Menschen häufig mehrere unterschiedliche Substanzen gleichzeitig

konsumieren. Für manche Personen gehört zu einem alkoholischen Getränk auch eine Zigarette.

Die drei Risikogruppen des Alkoholkonsums unterschieden sich in der „Psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ signifikant voneinander. In den Dimensionen „Körperliche Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“ konnten tendenziell signifikante Unterschiede festgestellt werden. Es zeigte sich in diesem Zusammenhang, dass die Gruppe 2 („Risikogruppe“) stets höhere Mittelwerte aufweist als die Gruppe 3 („Hochrisikogruppe“). Zudem unterscheiden sich die Gruppen 3 und 1 signifikant voneinander, wodurch festzuhalten ist, dass grundsätzlich übermäßiger Alkoholkonsum die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinträchtigt. Zusammengefasst zeigte sich bei den signifikanten und tendenziell signifikanten Skalen der SF-36, dass die „Risikogruppe“ (Gruppe 2) im Vergleich zur „Hochrisikogruppe“ (Gruppe 3) und zur „Unauffälligen Gruppe“ (Gruppe 1) durchwegs die höchsten Mittelwerte hatte. In der Literatur (z.B. Uhl et al., 2002) wird davon gesprochen, dass Personen, die Alkohol gelegentlich konsumieren, von einer besseren gesundheitsbezogenen Lebensqualität berichten als Personen, die nie Alkohol trinken, aber auch Personen, die sehr viel Alkohol konsumieren. Dies zeigte sich beispielsweise auch bei der Studie von van Dijk et al. (2004). Demnach lassen sich die Ergebnisse mit denen früherer Untersuchungen gut vereinbaren.

In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität lässt sich zur Unterscheidung der Geschlechter festhalten, dass sich Männer und Frauen in den Dimensionen „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Psychisches Wohlbefinden“ und in der Summenskala der „Psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ signifikant voneinander unterscheiden. In der Dimension „Vitalität“ konnte zudem ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Dabei fällt die Unterscheidung stets zugunsten der Männer aus, Frauen haben in den angeführten Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität immer signifikant oder tendenziell signifikant niedrigere Mittelwerte gezeigt als Männer. Auch Bullinger (2000) weist darauf hin, dass Frauen grundsätzlich eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität angeben als Männer. Demnach lassen sich die Ergebnisse im Großen und Ganzen mit der Literatur vereinbaren.

Als signifikanter Prädiktor für das Alkoholkonsumrisiko stellte sich unter anderem die „Psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität“ heraus, nämlich in der Form, dass diese einen negativen Einfluss auf das Alkoholkonsumrisiko aufweist. Personen mit einer niedrigen psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität haben demnach ein höheres Risiko, Probleme mit Alkohol zu entwickeln, verglichen mit Personen, die eine gute psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen. Dies lässt sich möglicherweise dahingehend erklären, dass Personen mit Problemen ihres psychischen Wohlbefindens Alkohol oft im Sinne einer Selbstmedikation missbrauchen (Feuerlein, 1995) und daher ein höheres Risiko haben, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.

Weitere Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko waren der Alkoholkonsum vor 12 Monaten (zwei- bis viermal im Monat), das Geschlecht (Männer) und die Anzahl von Freunden. Personen, die bereits vor 12 Monaten häufig Alkohol konsumierten, haben demnach ein höheres Alkoholkonsumrisiko, was logisch erscheint, es sei denn, sie hätten erst kürzlich mit dem Alkoholkonsum begonnen. Männer haben aufgrund der Ergebnisse ein höheres Risiko, eine Problematik mit Alkohol zu entwickeln. Dies verwundert nicht, denn anhand von Prävalenzraten (z.B. Uhl et al., 2002) zeigt sich, dass Männer häufiger von Alkoholismus betroffen sind als Frauen. Je mehr enge Freunde eine Person hat, desto höher ist das Risiko in Bezug auf Alkoholkonsum. Den Begriff „enge Freunde“ definieren manche Menschen möglicherweise unterschiedlich, und häufig ist ein enger Freund lediglich eine „Trinkbekanntschaft“, wie bereits weiter oben im Kapitel diskutiert.

Als signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität erwiesen sich unter anderem der Alkoholkonsum vor 12 Monaten (nie, einmal im Monat oder seltener, zwei- bis viermal im Monat), das Alter, die Ausbildungsjahre und die Anzahl der Personen im Haushalt. Personen, die vor 12 Monaten häufiger Alkohol konsumierten, haben ein höheres Risiko für eine niedrigere psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität. Möglicherweise deshalb, weil sich die Folgen übermäßigen Alkoholkonsums negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können. Jüngere Personen zeigten ein höheres Risiko für eine schlechtere psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dies lässt sich eventuell dahingehend interpretieren, dass jüngere Menschen häufig

unter sehr großem Druck hinsichtlich ihrer Ausbildung usw. stehen, was zu Stress führen kann, der sich wiederum negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt. Eine längere Ausbildungszeit und mehr Personen im selben Haushalt sind Risikofaktoren für eine gute psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität. Eine lange Ausbildungszeit ist möglicherweise ein Stressfaktor, genauso wie mehrere Personen in einem gemeinsamen Haushalt. Bei Personen, die sich mit anderen den Haushalt teilen, könnte es durch das Zusammenleben häufiger zu Streitigkeiten kommen, was sich negativ auf die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken könnte. Da es bei der Erfassung der soziodemographischen Daten etliche Probleme bei den ProbandInnen gab, sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

In Bezug auf die Unterscheidung der drei Alkoholrisikogruppen hinsichtlich der depressiven Symptomatik konnte eine Tendenz dahingehend festgestellt werden, dass Personen in der „Hochrisikogruppe“ (Gruppe 3) grundsätzlich höhere Mittelwerte bezüglich ihrer depressiven Symptomatik aufzeigten. Soyka und Lieb (2004) weisen diesbezüglich in der Literatur auf Komorbiditäten von Alkoholismus und Depression hin, d.h. die beiden Störungen treten häufig gemeinsam auf.

Auch bei der Unterscheidung der Geschlechter in Bezug auf die depressive Symptomatik lässt sich anmerken, dass sich Männer und Frauen signifikant voneinander unterscheiden. Demnach zeigen Frauen eine höhere Ausprägung an depressiver Symptomatik als Männer. Dies lässt sich auch mit der Literatur vereinbaren, nämlich derart, dass die Prävalenzraten bezüglich unipolarer Depression bei Frauen deutlich höher sind als bei Männern (Hautzinger, 1998).

Als signifikanter Prädiktor zeigte sich die Summe des BDI in Bezug auf die physische und die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität. Es konnte festgestellt werden, dass sich diese jeweils negativ auf die physische und die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkte. Beispielsweise zeigt sich auch in der Studie von Pieper et al. (2008), dass depressive Personen grundsätzlich eine niedrigere Lebensqualität aufweisen als gesunde Personen.

Schließlich sei noch zu den Unterschieden der Alkoholrisikogruppen und der Geschlechter in Bezug auf das Kohärenzgefühl erwähnt, dass sich hier keine

signifikanten Unterschiede zeigten, weder zwischen den drei Alkoholisikogruppen noch zwischen Männern und Frauen. Diese Ergebnisse waren jedoch gegensätzlich zu den Erwartungen, denn es wird in der Literatur im Grunde davon ausgegangen, dass Frauen ein niedrigeres Kohärenzgefühl aufweisen als Männer (Singer & Brähler, 2007). Auch Personen mit Alkoholabhängigkeit weisen ein niedrigeres Kohärenzgefühl auf als Personen, die keinen Alkohol konsumieren (Franke et al., 2001), allerdings wurden hier nur Frauen untereinander verglichen. Die Ergebnisse aus der vorliegenden Untersuchung widersprechen demgemäß der Literatur. Als möglicher Grund für diese Widersprüche lässt sich möglicherweise die Verwendung des SOC-L9 angeben. Dieser besteht lediglich aus neun Items, zudem werden die drei Komponenten „Sinnhaftigkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Verstehbarkeit“ nicht getrennt erfasst. Ein zweiter möglicher Grund könnte das Alter der ProbandInnen sein, denn nach Antonovsky ist das Kohärenzgefühl erst ab dem 30. Lebensjahr voll entwickelt (Franke et al., 2001), und in der Untersuchung waren sehr viele jüngere ProbandInnen vertreten. Diese Probleme könnte man in zukünftigen Untersuchungen dementsprechend aufgreifen, indem man eine in Bezug auf das Alter gleichmäßiger verteilte Stichprobe nimmt und eventuell mit einem längeren Fragebogen das Kohärenzgefühl ermittelt.

Das Kohärenzgefühl zeigte sich allerdings als signifikanter Prädiktor für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität und weist einen positiven Einfluss auf diese auf. Ein hohes Kohärenzgefühl ist demnach ein Prädiktor für gute psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität. Davon berichten unter anderem auch Singer und Brähler (2007).

11 Kritik

In diesem Kapitel werden einige Punkte der Untersuchung kritisch betrachtet und zudem mögliche Verbesserungsvorschläge für zukünftige Studien zu dieser Thematik gegeben.

Zunächst sei anzumerken, dass die Verteilung der Alkoholrisikogruppen ziemlich ungleichmäßig war, besonders was die „Hochrisikogruppe“ betrifft, der nur 15 Personen zugeteilt wurden. Diesbezüglich könnte man in Zukunft zusätzlich Personen aus entsprechenden Einrichtungen rekrutieren, um so eine bessere Verteilung der Alkoholrisikogruppen zu gewährleisten.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Auswertung des AUDIT-GMAT, bei dem man neben der Errechnung eines Gesamtpunktescores auch die Möglichkeit hätte, itemspezifisch auszuwerten. Dadurch wäre die Verteilung der Alkoholrisikogruppen gegebenenfalls anders ausgefallen.

Da es bei der Erfassung der soziodemographischen Daten einige Unklarheiten von Seiten der ProbandInnen gab, wären einige Fragen hierzu eventuell nochmals zu überdenken und neu zu gestalten. Man könnte sich überlegen, statt Fragen mit offenem Antwortformat Fragen mit kategorielltem Antwortformat zu wählen, was für die ProbandInnen möglicherweise einfacher zu beantworten ist.

Weiters sei noch kritisch anzumerken, dass auch die Zusatzfragen zum Alkoholkonsum unter den UntersuchungsteilnehmerInnen teilweise zu Unklarheiten geführt haben. Etwa wurden die „Nicht-Trinkmotive“ auch von Personen beantwortet, die grundsätzlich Alkohol konsumieren.

12 Zusammenfassung

In Form einer Querschnittsuntersuchung wurden insgesamt 102 Personen (54 Männer und 48 Frauen) im Zeitraum von Mitte März 2008 bis Ende Mai 2008 getestet. Das Ziel dabei war festzustellen, ob sich die Alkoholisikogruppen bzw. die Geschlechter hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der depressiven Symptomatik und des Kohärenzgefühls voneinander unterscheiden und ob diesbezüglich Wechselwirkungen vorhanden sind. Zudem sollte überprüft werden, ob es mögliche Prädiktoren zum Alkoholkonsumrisiko, der physischen bzw. psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität gibt. Zur Erfassung des Alkoholkonsumrisikos wurde der Alcohol Use Disorders Identification Test, deutschsprachige Version für Österreich (AUDIT-GMAT) von Wetterling und Veltrup (1997) vorgelegt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mittels MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36) von Bullinger und Kirchberger (1998) erfragt, die depressive Symptomatik wurde mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Hautzinger et al. (1995) und das Kohärenzgefühl mit der Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9) von Schumacher und Brähler (2000) erfasst. Zudem wurden Zusatzfragen zum Alkoholkonsum und Fragen zu soziodemographischen Daten vorgegeben. Nach der Auswertung der Fragebögen wurden die ProbandInnen gemäß der Gesamtpunktescores des AUDIT-GMAT in drei Alkoholisikogruppen eingeteilt: In der „Unauffälligen Gruppe“ (Gruppe 1) waren 57 Personen, in der „Risikogruppe“ (Gruppe 2) 30 Personen und in der „Hochrisikogruppe“ (Gruppe 3) 15 Personen vorhanden.

In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigten die Alkoholisikogruppen signifikante Unterschiede in der Summenskala der „Psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität“, weiters konnten tendenziell signifikante Unterschiede in den Dimensionen „Körperliche Rollenfunktion und „Psychisches Wohlbefinden“ ermittelt werden. Dabei zeigte sich in diesen Skalen, dass die Gruppe 2 im Vergleich zu Gruppe 3 und Gruppe 1 die höchsten Mittelwerte hatten. Zwischen den Geschlechtern konnten in den Dimensionen „Soziale Funktionsfähigkeit“ und „Psychisches Wohlbefinden“ sowie in der Summenskala der „Psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ signifikante Unterschiede ermittelt werden. Zudem zeigte sich eine Tendenz zu

signifikanten Unterschieden in der Dimension „Vitalität“. Dabei hatten jeweils Männer signifikant höhere Werte als Frauen. Die Überprüfung von Wechselwirkungen konnte in den meisten Skalen nicht erfolgen, da die entsprechenden Voraussetzungen nicht gegeben waren. Bei den Skalen, in denen eine Berechnung möglich war, konnten in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zwischen Geschlecht und Alkoholrisikogruppen keine Wechselwirkungen festgestellt werden.

Bezüglich der depressiven Symptomatik resultierten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Alkoholrisikogruppen. Es konnten jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ermittelt werden. Dabei zeigten Frauen eine stärkere depressive Symptomatik als Männer. Signifikante Wechselwirkungen konnten hier nicht ermittelt werden.

Hinsichtlich des Kohärenzgefühls konnten keine signifikanten Unterschiede, weder zwischen den Alkoholrisikogruppen noch zwischen den Geschlechtern, festgestellt werden.

Bezüglich der Ermittlung von Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko konnte festgestellt werden, dass Mann zu sein, eine geringe psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität aufzuweisen, viele enge Freunde zu haben und kein früheres Alkoholkonsummuster von zwei- bis viermal im Monat zu zeigen signifikante Prädiktoren für einen riskanten Alkoholkonsum darstellen.

Als signifikanter Prädiktor für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität erwies sich die depressive Symptomatik, nämlich derart, dass Depressivität ein Prädiktor für eine niedrigere physische gesundheitsbezogene Lebensqualität ist.

Schließlich stellten sich der Alkoholkonsum vor 12 Monaten, das Alter, die Ausbildungsjahre, die Anzahl der Personen im Haushalt, die depressive Symptomatik und das Kohärenzgefühl als signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität heraus. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass ein höherer Alkoholkonsum von vor 12 Monaten, ein jüngerer Alter, mehr Personen im gleichen Haushalt, eine längere Ausbildungszeit, eine höhere depressive Symptomatik und ein geringeres Kohärenzgefühl Prädiktoren für eine niedrigere psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität sind.

Abstract

Theoretischer Hintergrund: In empirischen Studien zeigte sich immer wieder, dass übermäßiger Alkoholkonsum, aber auch Alkoholabstinenz mit einer Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergeht (Uhl et al., 2002). Auch depressive Störungen und Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch treten häufig gemeinsam auf (Dittrich et al., 2006). Schließlich gibt es auch Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und Alkoholismus, nämlich derart, dass ein niedriges Kohärenzgefühl eher zu einer Problematik mit Alkohol führen kann und dass umgekehrt ein hohes Kohärenzgefühl Personen vor Alkoholproblemen in gewisser Weise bewahrt (Nilsson et al., 2007).

Methodik: Im Rahmen einer Querschnittuntersuchung wurden insgesamt 102 Personen (54 Männer und 48 Frauen) zwischen 18 und 65 Jahren der Normalpopulation nach entsprechender Befragung in drei Alkoholrisikogruppen unterteilt und diesbezüglich bzw. auch in Bezug auf das Geschlecht auf mögliche Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der depressiven Symptomatik und des Kohärenzgefühls untersucht. Zusätzlich wurden, nach möglichen signifikanten Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko, die physische bzw. die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität gesucht.

Ergebnisse: Es konnten bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität signifikante bzw. tendenziell signifikante Unterschiede in den Dimensionen „Körperliche Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“ sowie in der Summenskala der „Psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ zwischen den Alkoholrisikogruppen und in den Dimensionen „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“ und „Psychisches Wohlbefinden“ sowie in der Summenskala der „Psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ zwischen den Geschlechtern ermittelt werden. Als signifikante Prädiktoren erwiesen sich „Alkoholkonsum vor 12 Monaten“, „Anzahl enger Freunde“, „Geschlecht“ und „Psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität“ für das Alkoholkonsumrisiko, „Summe BDI“ für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität und „Alkoholkonsum vor 12 Monaten“, „Alter“, „Ausbildungsjahre“, „Anzahl Personen im Haushalt“, „Summe BDI“ und „Summe SOC“ für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Diskussion: Personen, die sehr viel Alkohol konsumieren, weisen die niedrigste gesundheitsbezogene Lebensqualität auf im Gegensatz zu Personen mit mäßigem Alkoholkonsum, die durchwegs die höchste gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigten. Frauen haben eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität als Männer. Personen, die sehr viel Alkohol trinken, haben bezüglich depressiver Symptomatik die höchsten Werte. Frauen zeigen eine stärkere depressive Symptomatik als Männer.

Literaturverzeichnis

Abel, T., Duetz, M. & Niemann, S. (2000). Statistische Zusammenhänge selbst berichteter Gesundheitsindikatoren: eine explorative Analyse von Befragungsdaten bei 55-65jährigen. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberer, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 18 (S. 320–336). Göttingen: Hogrefe.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Badura, K., Gorczyca, P., Tomalczyk, E. & Matysiakiewicz, J. (2000). Estimation of sense of coherence in patients with alcoholic dependence syndrome – introductory report. *Wiadomosci lekarskie*, 53, 488-492. [zitiert nach Flensburg-Madsen, Knop, Mortensen, Becker & Gronbaek, 2007].

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C, Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test* (Second Edition). Geneva: WHO.

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H. J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos. [zitiert nach Uhl & Kobra, 2001].

Bullinger, M. (1991). Quality of Life – Definition, conceptualization and implications: A methodologists view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-148. [zitiert nach Bullinger, 2002].

- Bullinger, M. (1997a). Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In M. Bullinger, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (S. 1–6). Stuttgart: Schattauer.
- Bullinger, M. (1997b). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 76-91.
- Bullinger, M. (Hrsg.). (1997c). *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz*. Stuttgart: Schattauer.
- Bullinger, M. (1998). Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Eine Übersicht empirischer Studien zu geschlechtsbezogenen Unterschieden. In E. Hampel, I. Jahn, K. Koppelin, H. Reinerth, I. Steinbach & B. Stumm, (Hrsg.), *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik* (S. 101–118). Bern: Huber.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 190-197.
- Bullinger, M. (2002). „Und wie geht es Ihnen?“ – Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In E. Brähler & B. Strauss, (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 308–329). Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36)*. [online] In Datenbank PSYNDEXplus Tests 1945-2008/11. URL: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+00756767633A2F2F6A726F35662E66767969726563796E676772652E70627A++/webspirs/start.ws?customer=c85306&language=de&databases=PSYT> [20.02.09].

Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In M. Bullinger, J. Siegrist, & U. Ravens-Sieberer, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18* (S. 11–21). Göttingen: Hogrefe.

Casper, S. (1991). Zur wissenschaftstheoretischen Fundierung eines Modells der Lebensqualität. In M. Bullinger, M. Ludwig & N. von Steinbüchel, (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Meßverfahren und Ergebnisse* (S. 35–42). Göttingen: Hogrefe.

Dittrich, I., Haller, R. & Hinterhuber, H. (2006). Alkoholismus und Depression. *Neuropsychiatrie*, 20 (4), 232-239.

Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme.

Feuerlein, W. (1995). Definition, Diagnose, Entstehung und Akuttherapie der Alkoholkrankheit. In H. K. Seitz, C. S. Lieber & U. A. Simanowski, (Hrsg.), *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden* (S. 1–20). Leipzig: Barth.

- Flensburg-Madsen, T., Knop, J., Mortensen, E. L., Becker, U. & Gronbaek, M. (2007). Amount of alcohol consumption and risk of developing alcoholism in men and women. *Alcohol & Alcoholism*, 43 (5), 42-47.
- Franke, A., Mohn, K., Sitzler, F., Welbrink, A. & Witte, M. (2001). *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen: Risiken und Widerstandsfaktoren*. Weinheim: Juventa.
- Gilman, S. E. & Abraham, H. D. (2001). A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 277-286.
- Green, C. H. & Polen, M. R. (2001). The health and health behaviors of people who do not drink alcohol. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (4), 298-305.
- Gronbaek, M., Mortensen, E. L., Mygind, K., Andersen, A. T., Becker, U., Gluud, C. & Sorensen, T. I. (1999). Beer, wine, spirits and subjective health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 721-724.
- Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen: Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 145-165.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *BDI Beck-Depressions-Inventar. Testhandbuch* (2. überarbeitete Auflage). Bern: Huber.

- Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (2003). Depressionen. In H. Reinecker, (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 215–257). Göttingen: Hogrefe.
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of AA. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, 1-88. [zitiert nach Feuerlein, 1989, 1995].
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673. [zitiert nach Feuerlein, 1989].
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press. [zitiert nach Feuerlein, 1989; Uhl et al., 2002].
- Julkunen, J. & Ahlström, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 33-39.
- Jung, M. (1996). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. In K. Mann & G. Buchkremer, (Hrsg.), *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 157–167). Stuttgart: Fischer.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. & Anthony, C. J. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-21. [zitiert nach Soyka & Lieb, 2004].

- Kohlmann, T. (1997). Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem „Nottingham Health Profile“. In M. Bullinger, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (S. 7–18). Stuttgart: Schattauer.
- Kryspin-Exner, I. (2003). Alkoholismus. In H. Reinecker, (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 303–328). Göttingen: Hogrefe.
- Kryspin-Exner, I. (2005). *Klinische Psychologie II*. Wien: Facultas
- Lang, F. R., Rieckmann, N. & Schwarzer, R. (2000). Lebensqualität über die Lebensspanne: Die Rolle von Depressivität und Alter in der Alltagsgestaltung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18* (S. 337–353). Göttingen: Hogrefe.
- Längle, A., Orgler, C. & Kundi, M. (2000). *Die Existenzskala (ESK)*. [online]. In Testzentrale. URL: <http://www.testzentrale.de/?mod=detail&id=758> [20.02.09].
- Lipton, R. I. (1994). The effect of moderate alcohol use on the relationship between stress and depression. *American Journal of Public Health*, 84 (12), 1913-1917.
- Manninen, L., Poikolainen, K., Vartiainen, E. & Laatikainen, T. (2006). Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol & Alcoholism*, 41 (3), 293-299.

- Midanik, L. T., Soghikian, K., Ransom, L. J. & Polen, M. R. (1992). Alcohol problems and sense of coherence among older adults. *Social Science & Medicine*, 34 (1), 43-48. [zitiert nach Nilsson et al., 2007].
- Neuner, B., Miller, P. M., Felsmann, B., Weiss-Gerlach, E., Neumann, T., Wernecke, K.-D. & Spiess, C. (2005). Health related quality of life in urban surgical emergency department patients: Comparison with a representative German population sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3: 77, 1–9.
- Nilsson, K. W., Starrin, B., Simonsson, B. & Leppert, J. (2007). Alcohol-related problems among adolescents and the role of a sense of coherence. *International Journal of Social Welfare*, 16, 159-167.
- Pieper, L., Schulz, H., Klotsche, J., Eichler, T. & Wittchen, H.-U. (2008). Depression als komorbide Störung in der primär-ärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, 411-421.
- Poikolainen, K., Vartiainen, E. & Korhonen, H. J. (1996). Alcohol intake and subjective health. *American Journal of Epidemiology*, 144 (4), 346-350.
- Porzsolt, F. & Rist, C. (1997). Lebensqualitätsforschung in der Onkologie: Instrumente und Anwendung. In M. Bullinger, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz* (S. 19–22). Stuttgart: Schattauer.
- Power, C., Rodgers, B. & Hope, S. (1998). U-shaped relation for alcohol consumption and health in early adulthood and implications for mortality. *Lancet*, 352, 877.

- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 165-189.
- Ramskogler, K., Riegler, A., Lesch, O. M. & Mader, R. (2001). Die Alkoholabhängigkeit und ihre medikamentöse Therapie. In R. Brosch & R. Mader, (Hrsg.), *Alkohol am Arbeitsplatz* (S. 3–14). Wien: Orac.
- Renaud, S. C., Guerguen, R., Schenker, J. & d’Houtaud, A. (1998). Alcohol and mortality in middle-aged men from eastern France. *Epidemiology*, 9 (2), 184–188. [zitiert nach Uhl et al., 2002].
- Rose, M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Bronner, E., Scholler, G., Danzer, G. & Klapp, B. F. (2000). „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, ein Teil der „allgemeinen“ Lebensqualität?. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 18 (S. 206–221). Göttingen: Hogrefe.
- Rudolf, H. (2000). Lebensqualität: Differenzierungs- und Veränderungsmerkmal in der psychiatrischen Forschung. In M. Bullinger, J. Siegrist & U. Ravens-Sieberger, (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 18 (S. 110–122). Göttingen: Hogrefe.
- Saito, I., Okamura, T., Fukuhara, S., Tanaka, T., Suzukamo, Y., Okayama, A., Ueshima, H. & HIPOP-OHP Research Group (2005). A cross-sectional study of alcohol drinking and health-related quality of life among male workers in Japan. *Journal of Occupational Health*, 47 (6), 496-503.

- Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuckit, M. A. (1986). Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 140-147. [zitiert nach Jung, 1996].
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Sense of Coherence Scale – Leipziger Kurzform (SOC-L9)*. [online]. In iqpr-assessment: Assessmentkatalog. URL: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=7> [21.02.09].
- Singer, S. & Brähler, E. (2007). *Die „Sense of Coherence Scale“*. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Soyka, M. & Lieb, M. (2004). Depression und Alkoholabhängigkeit – Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 5 (3), 37-46.
- Statistik Austria (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela A. & Koskenvuo M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77-86.

- Uhl, A. (1994). Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Marx (Hrsg.), *Suchtkrankheit – Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger – Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag* (S. 97–133). Wien: Springer.
- Uhl, A. & Kobrna, U. (2001). Alkoholkonsum und Alkoholismus in Österreich. In R. Brosch & R. Mader (Hrsg.), *Alkohol am Arbeitsplatz* (S. 27–61). Wien: Orac.
- Uhl, A. & Kobrna, U. (2003). Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (3/4), 5-19.
- Uhl, A., Kobrna, U. & Bachmayer, S. (2006). *Factsheet: Alkoholkonsum in Österreich – Ergebnisse unterschiedlicher aktueller Quellen einschließlich der österreichweiten repräsentativen Bevölkerungsumfrage*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Uhl, A., Kopf, N. Springer, A., Eisenbach- Stangl, I., Kobrna, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsperger, W. & Mader, R. (2002). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Fakten, Trends*. Euroangepasste und aktualisierte Internetversion. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Van Dijk., A. Ph., Toet, J. & Verdurmen, J. E. E. (2004). The relationship between health-related quality of life and two measures of alcohol consumption. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 241-249.

Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. [online]. In Datenbank PSYNDEXplus Tests 1945-2008/11. URL: <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+00756767633A2F2F6A726F35662E66767969726563796E676772652E70627A++/webspirs/start.ws?customer=c85306&language=de&databases=PSYT> [18.02.09].

Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. J. (1999). *Psychologie* (7. Auflage). Berlin: Springer.

ANHANG

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1: Altersverteilung der ProbandInnen in Klassen</i>	<i>71</i>
<i>Abbildung 2: Verteilung „Höchste abgeschlossene Ausbildung“</i>	<i>72</i>
<i>Abbildung 3: Verteilung „Familienstand“</i>	<i>73</i>
<i>Abbildung 4: Verteilung „Alkoholkonsum vor den letzten 12 Monaten“</i>	<i>75</i>
<i>Abbildung 5: Alte Gruppeneinteilung der Geschlechter in die Alkoholisikogruppen</i>	<i>76</i>
<i>Abbildung 6: Neue Einteilung der Geschlechter in die Alkoholisikogruppen.....</i>	<i>77</i>
<i>Abbildung 7: Verteilung des Alters auf die Alkoholisikogruppen.....</i>	<i>78</i>
<i>Abbildung 8: Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung auf die Alkoholisikogruppen</i>	<i>79</i>
<i>Abbildung 9: Verteilung des Familienstand auf die Alkoholisikogruppen.....</i>	<i>80</i>
<i>Abbildung 10: Verteilung der „Anzahl enger Freunde“ auf die Alkoholisikogruppen.....</i>	<i>81</i>
<i>Abbildung 11: Verteilung der „Anzahl der Zigaretten pro Tag“ auf die Alkoholisikogruppen</i>	<i>82</i>
<i>Abbildung 12: Mittelwertsunterschiede der Alkoholisikogruppen in der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“</i>	<i>87</i>
<i>Abbildung 13: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholisikogruppen in der Dimension „Vitalität“</i>	<i>90</i>
<i>Abbildung 14: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter in der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“.....</i>	<i>91</i>
<i>Abbildung 15: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholisikogruppen in der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“.....</i>	<i>93</i>
<i>Abbildung 16: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholisikogruppen in der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität</i>	<i>95</i>
<i>Abbildung 17: Mittelwertsunterschiede der Geschlechter und Alkoholisikogruppen bezüglich depressiver Symptomatik</i>	<i>97</i>

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1: Prävalenz, Gesamtlebenszeitprävalenz und Inzidenz des chronischen Alkoholismus in Österreich (Uhl et al., 2002, S. 95)</i>	<i>18</i>
<i>Tabelle 2: Gruppeneinteilung des AUDIT</i>	<i>53</i>
<i>Tabelle 3: Einstufung der Effektstärken.....</i>	<i>68</i>
<i>Tabelle 4: Kreuztabelle der Alkoholrisikogruppen mit dem Geschlecht.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabelle 5: Prozentuelle Verteilung der Trinkmotive</i>	<i>83</i>
<i>Tabelle 6: Ergebnisse der U-Tests bei der Dimension „Körperliche Rollenfunktion“</i>	<i>87</i>
<i>Tabelle 7: Zweifaktorielle Varianzanalyse bei der Dimension „Vitalität“</i>	<i>89</i>
<i>Tabelle 8: t-Test für heterogene Varianzen bei der Dimension „Soziale Funktionsfähigkeit“ ..</i>	<i>91</i>
<i>Tabelle 9: Zweifaktorielle Varianzanalyse bei der Dimension „Psychisches Wohlbefinden“</i>	<i>93</i>
<i>Tabelle 10: Zweifaktorielle Varianzanalyse bei der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabelle 11: Zweifaktorielle Varianzanalyse für die depressive Symptomatik (BDI)</i>	<i>97</i>
<i>Tabelle 12: Vorhersage Alkoholrisikogruppen bei der Regression.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabelle 13: Signifikante Prädiktoren für das Alkoholkonsumrisiko</i>	<i>100</i>
<i>Tabelle 14: Vorhersage der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Regression</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 15: Signifikanter Prädiktor für die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität...</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 16: Vorhersage der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Regression</i>	<i>103</i>
<i>Tabelle 17: Signifikante Prädiktoren für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität</i>	<i>103</i>

TABELLEN Deskriptivstatistik

Tab. I: Deskriptivstatistik AUDIT-Gruppen und Geschlecht zur SF-36

	AUDIT-Gr	Geschlecht	MW	SD	n
Körperliche Funktionsfähigkeit	1	männlich	96,25	5,76	24
		weiblich	94,06	12,54	32
		Gesamt	95,00	10,18	56
	2	männlich	95,83	6,00	18
		weiblich	98,75	3,11	12
		Gesamt	97,00	5,19	30
	3	männlich	92,92	9,88	12
		weiblich	71,67	40,72	3
		Gesamt	88,67	19,77	15
	Gesamt	männlich	95,37	6,93	54
		weiblich	93,83	14,79	47
Körperliche Rollenfunktion	1	männlich	89,58	26,50	24
		weiblich	91,67	25,52	33
		Gesamt	90,79	25,72	57
	2	männlich	97,22	8,09	18
		weiblich	91,67	16,28	12
		Gesamt	95,00	12,11	30
	3	männlich	79,17	31,68	12
		weiblich	66,67	57,74	3
		Gesamt	76,67	35,94	15
	Gesamt	männlich	89,82	24,05	54
		weiblich	90,10	26,16	48
Körperliche Schmerzen	1	männlich	86,67	19,49	24
		weiblich	85,97	22,22	33
		Gesamt	86,26	20,94	57
	2	männlich	90,17	16,98	18
		weiblich	86,50	22,15	12
		Gesamt	88,70	18,93	30
	3	männlich	79,08	24,56	12
		weiblich	77,00	39,84	3
		Gesamt	78,67	26,48	15
	Gesamt	männlich	86,15	19,98	54
		weiblich	85,54	22,88	48

	AUDIT-Gr	Geschlecht	MW	SD	n
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	1	männlich	72,71	17,88	24
		weiblich	75,15	16,42	33
		Gesamt	74,12	16,93	57
	2	männlich	77,50	10,47	18
		weiblich	82,92	17,12	12
		Gesamt	79,67	13,52	30
	3	männlich	73,33	20,93	12
		weiblich	56,67	40,72	3
		Gesamt	70,00	25,07	15
	Gesamt	männlich	74,44	16,42	54
		weiblich	75,94	18,95	48
Vitalität	1	männlich	67,50	17,00	24
		weiblich	60,30	17,59	33
		Gesamt	63,33	17,56	57
	2	männlich	68,89	17,62	18
		weiblich	62,50	9,415	12
		Gesamt	66,33	15,03	30
	3	männlich	57,92	19,71	12
		weiblich	46,67	25,66	3
		Gesamt	55,67	20,52	15
	Gesamt	männlich	65,83	18,01	54
		weiblich	60,00	16,50	48
Soziale Funktionsfähigkeit	1	männlich	93,75	12,77	24
		weiblich	84,85	20,43	33
		Gesamt	88,60	18,03	57
	2	männlich	93,06	11,52	18
		weiblich	86,46	17,24	12
		Gesamt	90,41	14,19	30
	3	männlich	89,58	15,84	12
		weiblich	70,83	26,02	3
		Gesamt	85,83	18,82	15
	Gesamt	männlich	92,59	12,97	54
		weiblich	84,38	19,89	48
Emotionale Rollenfunktion	1	männlich	93,06	19,61	24
		weiblich	89,58	24,59	32
		Gesamt	91,07	22,47	56
	2	männlich	98,15	7,86	18
		weiblich	86,11	26,43	12
		Gesamt	93,33	18,36	30
	3	männlich	86,11	26,43	12
		weiblich	55,56	50,92	3
		Gesamt	80,00	32,85	15
	Gesamt	männlich	93,21	18,74	54
		weiblich	86,53	27,51	47

	AUDIT-Gr	Geschlecht	MW	SD	n
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	1	männlich	79,33	13,54	24
		weiblich	71,03	18,30	33
		Gesamt	74,53	16,85	57
	2	männlich	82,89	11,95	18
		weiblich	71,33	17,38	12
		Gesamt	78,27	15,21	30
	3	männlich	70,33	17,10	12
		weiblich	56,00	12,00	3
		Gesamt	67,47	16,89	15
	Gesamt	männlich	78,52	14,42	54
		weiblich	70,17	17,85	48
<i>Summe Physisch</i>	1	männlich	86,30	14,43	24
		weiblich	87,90	15,20	32
		Gesamt	87,21	14,76	56
	2	männlich	90,18	7,21	18
		weiblich	89,96	9,23	12
		Gesamt	90,09	7,92	30
	3	männlich	81,13	15,11	12
		weiblich	68,00	44,67	3
		Gesamt	78,50	22,22	15
	Gesamt	männlich	86,44	12,86	54
		weiblich	87,15	17,00	47
<i>Summe Psychisch</i>	1	männlich	83,41	13,37	24
		weiblich	76,97	15,94	32
		Gesamt	79,73	15,11	56
	2	männlich	85,75	6,83	18
		weiblich	76,60	15,28	12
		Gesamt	82,09	11,69	30
	3	männlich	75,99	14,48	12
		weiblich	57,26	24,57	3
		Gesamt	72,24	17,64	15
	Gesamt	männlich	82,54	12,23	54
		weiblich	75,62	16,64	47

Tab. II: Deskriptivstatistik AUDIT-Gruppen und Geschlecht zum BDI

AUDIT-Gr.	Geschlecht	MW	SD	n
1	männlich	3,79	3,97	24
	weiblich	6,75	6,90	32
	Gesamt	5,48	5,96	56
2	männlich	4,17	4,08	18
	weiblich	4,75	3,52	12
	Gesamt	4,40	3,81	30
3	männlich	6,25	5,46	12
	weiblich	11,33	9,71	3
	Gesamt	7,27	6,43	15
Gesamt	männlich	4,46	4,39	54
	weiblich	6,53	6,44	47

Tab. III: Deskriptivstatistik AUDIT-Gruppen und Geschlecht zur SOC-L9

AUDIT-Gr.	Geschlecht	MW	SD	n
1	männlich	37,23	1,77	22
	weiblich	36,45	2,84	33
	Gesamt	36,76	2,48	55
2	männlich	36,61	2,57	18
	weiblich	36,92	3,00	12
	Gesamt	36,73	2,70	30
3	männlich	36,58	3,58	12
	weiblich	35,67	1,53	3
	Gesamt	36,40	3,25	15
Gesamt	männlich	36,87	2,52	52
	weiblich	36,52	2,79	48

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer!

Ich studiere Psychologie auf der Universität Wien und führe im Rahmen meiner Diplomarbeit eine Untersuchung zum Thema Alkoholkonsum und Lebensqualität durch. Auf Grund dessen möchte ich Sie bitten die folgende Fragebogenbatterie auszufüllen, um mich auf diese Weise bei der Gewinnung von Datenmaterial zu unterstützen. Zuvor möchte ich Ihnen noch einige wichtige Hinweise geben:

- Bitte unbedingt alle Fragen beantworten
- Es gibt keine richtige/falsche Antworten, es wird um Ihre Selbsteinschätzung gebeten
- Bitte die Fragen ehrlich beantworten
- Es gibt keine zeitliche Begrenzung
- Ihre Daten werden selbstverständlich anonym behandelt

Um Ihnen die Beantwortung des Fragebogens zu erleichtern, sind bei den meisten Fragen bereits Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die auf Sie zutrifft.

Die Beantwortung der Fragebogenbatterie wird ca. 30 Minuten in Anspruch nehmen. Falls Sie während des Ausfüllens Fragen haben, können Sie sich gerne jederzeit an mich wenden.

Ich möchte mich im Voraus herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme an meiner Studie bedanken!

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während der letzten zwölf Monate. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

(zur Definition: 1 Glas Alkohol entspricht: einem kleinen Bier (0,3 l) oder 1/8 l Wein /Sekt oder einem einfachen Schnaps 0,02 l)

(A1) Wie oft trinken Sie Alkohol?

- nie ☐
- einmal im Monat oder seltener ☐
- zwei- bis viermal im Monat ☐
- zwei- bis dreimal die Woche ☐
- viermal die Woche oder öfter ☐

(A2) Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

- trinke nie Alkohol ☐
- 1 – 2 ☐
- 3 – 4 ☐
- 5 – 6 ☐
- 7 – 9 ☐
- 10 oder mehr ☐

(A3) Wie oft trinken Sie sechs oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen, auf einer Party)?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A4) Wie oft konnten Sie während der letzten zwölf Monate nicht mehr aufhören zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A5) Wie oft konnten Sie während der letzten zwölf Monate Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A6) Wie oft haben Sie während der letzten zwölf Monate morgens zuerst einmal ein Glas Alkohol gebraucht, um in Schwung zu kommen?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A7) Wie oft hatten Sie während der letzten zwölf Monate Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A8) Wie oft waren Sie während der letzten zwölf Monate nicht in der Lage, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?

- nie ☐
- seltener als einmal im Monat ☐
- jeden Monat ☐
- jede Woche ☐
- jeden Tag oder fast jeden Tag ☐

(A9) Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderer schon einmal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?

- nein ☐
- ja, aber nicht während der letzten zwölf Monate ☐
- ja, während der letzten zwölf Monate ☐

(A10) Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen gemacht, weil Sie zuviel trinken, oder Ihnen geraten, weniger zu trinken?

- nein ☐
- ja, aber nicht während der letzten zwölf Monate ☐
- ja, während der letzten zwölf Monate ☐

Welche drei der folgenden Antworten beschreiben am besten, weshalb Sie Alkohol trinken?

- | | |
|--|--------------------------|
| familiäre oder Partnerschaftsprobleme | ☐ |
| soziale Probleme | ☐ |
| Zugehörigkeits-Gefühl | ☐ |
| innere Spannungen | ☐ |
| innere Leere und Sinnlosigkeits-Gefühl | ☐ |
| externe Belastungen (z.B. Arbeit) | ☐ |
| impulshaftes Trinken | ☐ |
| um gut drauf zu sein | ☐ |
| weil ich traurig bin | ☐ |
| sonstige Gründe | ☐ |

Wie oft haben Sie VOR den letzten 12 Monaten Alkohol konsumiert?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| nie | ☐ |
| einmal im Monat oder seltener | ☐ |
| zwei- bis viermal im Monat | ☐ |
| zwei- bis dreimal pro Woche | ☐ |
| viermal pro Woche oder öfter | ☐ |

Welche drei der folgenden Antworten beschreiben am besten, weshalb Sie KEINEN Alkohol trinken?

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| religiöse Gründe | ☐ |
| gesundheitliche Probleme | ☐ |
| Alkoholentzug | ☐ |
| um gesund zu bleiben | ☐ |
| Alkohol schmeckt mir nicht | ☐ |
| sonstige Gründe | ☐ |

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Wenn ja, wie stark?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z. B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	☐	☐	☐
mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	☐	☐	☐
Einkaufstaschen heben oder tragen	☐	☐	☐
mehrere Treppenabsätze steigen	☐	☐	☐
einen Treppenabsatz steigen	☐	☐	☐
sich beugen, knien, bücken	☐	☐	☐
mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	☐	☐	☐
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	☐	☐	☐
sich baden oder anziehen	☐	☐	☐

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	☐	☐
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z. B. ich musste mich besonders anstrengen)	☐	☐

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	ja	nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	☐	☐
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	☐	☐
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	☐	☐

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht	☐
Etwas	☐
Mäßig	☐
Ziemlich	☐
Sehr	☐

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ich hatte keine Schmerzen	☐
Sehr leicht	☐
Leicht	☐
Mäßig	☐
Stark	☐
Sehr stark	☐

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeit zu Hause und im Beruf behindert?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| Überhaupt nicht | ☐ |
| Ein bisschen | ☐ |
| Mäßig | ☐ |
| Ziemlich | ☐ |
| Sehr | ☐ |

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen –

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Schwung?	☐	☐	☐	☐	☒	☐
sehr nervös?	☐	☐	☐	☒	☒	☐
so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheutern konnte?	☐	☐	☐	☒	☒	☐
ruhig und gelassen?	☒	☒	☐	☐	☒	☐
voller Energie?	☒	☐	☐	☒	☒	☐
entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☒	☒	☐
erschöpft?	☐	☐	☐	☒	☒	☐
glücklich?	☐	☐	☐	☒	☒	☐
müde?	☐	☐	☐	☒	☒	☐

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

- | | |
|----------|--------------------------|
| Immer | ☐ |
| Meistens | ☐ |
| Manchmal | ☐ |
| Selten | ☐ |
| Nie | ☐ |

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

- | | trifft
ganz
zu | trifft
weit-
gehend
zu | weiß
nicht | trifft
weit-
gehend
nicht zu | trifft
überhaupt
nicht
zu |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Ich scheine etwas leichter
als andere krank zu werden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich bin genau so gesund wie
alle anderen, die ich kenne | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich erwarte, dass meine Ge-
sundheit nachlässt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ich erfreue mich ausgezeich-
neter Gesundheit | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Fragebogen zur Lebensorientierung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Aspekte Ihres Lebens. Auf jede Frage gibt es 7 mögliche Antworten. Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die Ihre Antwort ausdrückt. Geben Sie auf jede Frage nur eine Antwort.

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

2. Wie oft sind ihre Gefühle und Gedanken ganz durcheinander?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

3. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden	1	2	3	4	5	6	7	dann wird bestimmt etwas passieren wird, das dieses Gefühl wieder verdirbt
---	---	---	---	---	---	---	---	--

4. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

5. Wenn Sie an Schwierigkeiten denke, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass

es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden	1	2	3	4	5	6	7	Sie es nicht schaffen werden die Schwierigkeiten zu überwinden
---	---	---	---	---	---	---	---	--

6. Wenn Sie über Ihr Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass

Sie spüren wie schön es ist, zu leben	1	2	3	4	5	6	7	sie fragen sich, wieso Sie überhaupt leben
--	---	---	---	---	---	---	---	---

7. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie

eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung	1	2	3	4	5	6	7	eine Quelle von Schmerz und Langeweile
---	---	---	---	---	---	---	---	---

8. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben

ohne jeden Sinn und Zweck sein wird	1	2	3	4	5	6	7	voller Sinn und Zweck sein wird
--	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

sehr oft 1 2 3 4 5 6 7 sehr selten oder nie

BDI

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin traurig.
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

B

- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

C

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt,
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

D

- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

E

- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

F

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

G

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

H

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

I

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

J

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

Subtotal Seite 1

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszu-
sehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder
unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in
meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich
machen.
- 3 Ich finde mich häßlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine
Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst,
und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst
und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

☐ JA ☐ NEIN

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um
meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche
Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden
oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesund-
heitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an
etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesund-
heitliche Probleme, daß ich an nichts anderes
mehr denken kann.

U

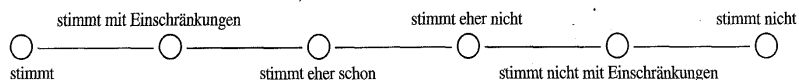
- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung mei-
nes Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

_____ Subtotal Seite 2

_____ Subtotal Seite 1

_____ Summenwert

Bitte bewerten Sie auf der Skala,



wieweit die jeweilige Aussage, abgesehen von kurzfristigen, momentanen Schwankungen, auf Sie zutrifft.

Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

stimmt stimmt nicht

- | | |
|--|---------------|
| 1) Ich breche wichtige Tätigkeiten oft ab, weil mir die Anstrengung zu unangenehm ist. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 2) Ich fühle mich von meinen Aufgaben persönlich angesprochen. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 3) Für mich hat etwas nur dann Bedeutung, wenn es meinem eigenen Wunsch entspricht. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 4) In meinem Leben gibt es nichts Gutes. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 5) Ich beschäftige mich am liebsten mit mir selbst – mit meinen Sorgen, Wünschen, Träumen und Ängsten. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 6) Ich bin meistens zerstreut. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 7) Auch wenn ich viel getan habe, bin ich unzufrieden, weil es Wichtigeres gegeben hätte. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 8) Ich richte mich immer nach den Erwartungen anderer. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 9) Unangenehme Entscheidungen versuche ich ohne lange Überlegungen aufzuschieben. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 10) Ich lasse mich leicht ablenken, selbst bei Arbeiten, die ich gerne tue. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 11) Es gibt eigentlich nichts in meinem Leben, wofür ich mich richtig einsetzen möchte. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 12) Bei vielem verstehe ich nicht, warum ausgerechnet ich es tun soll. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 13) Ich glaube, daß mein Leben, so wie ich es führe, für nichts gut ist. | ○—○—○—○—○—○—○ |
| 14) Es fällt mir schwer, die Dinge in ihrer Bedeutung zu erfassen. | ○—○—○—○—○—○—○ |





Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

stimmt

stimmt nicht

- | | |
|---|---|
| 15) Ich kann gut mit mir umgehen. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 16) Ich nehme mir zu wenig Zeit für das, was wichtig ist. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 17) Es ist mir nie spontan klar, was ich in einer Situation tun kann. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 18) Ich mache vieles nur deshalb, weil ich es tun <i>muß</i> , und nicht, weil ich es tun <i>will</i> . | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 19) Wenn Probleme auftauchen, verliere ich leicht den Kopf. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 20) Ich tue meistens Dinge, die genauso gut später gemacht werden könnten. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 21) Ich bin immer wieder interessiert, was der Tag bringt. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 22) Meistens merke ich erst beim Handeln, welche Konsequenz die Entscheidung hat. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 23) Wenn ich mich entscheiden muß, ist auf mein Gefühl kein Verlaß. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 24) Selbst wenn mir ein Unternehmen am Herzen liegt, hält mich die Unsicherheit seines Ausganges von der Durchführung ab. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 25) Ich weiß nie genau, wofür ich zuständig bin. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 26) Ich fühle mich innerlich frei. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 27) Ich fühle mich vom Leben benachteiligt, weil es mir die Erfüllung meiner Wünsche vorenthalten hat. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 28) Zu sehen, daß ich keine Wahl habe, ist eine Erleichterung für mich. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 29) Es gibt Situationen, in denen ich mich völlig hilflos fühle. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 30) Ich tue viele Dinge, ohne mich dabei wirklich auszukennen. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |
| 31) Ich weiß gewöhnlich nicht, was in einer Situation wichtig ist. | ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ — ☐ |

Bitte Rückseite beachten !



Wieweit trifft diese Aussage auf mich zu?

stimmt

stimmt nicht

- 32) Die Erfüllung der eigenen Wünsche hat Vorrang.
- 33) Mich in andere Menschen einzufühlen fällt mir schwer.
- 34) Es wäre besser, wenn es mich nicht geben würde.
- 35) Im Grunde sind mir viele Dinge, mit denen ich zu tun habe, fremd.
- 36) Ich bilde mir gerne eine eigene Meinung.
- 37) Ich fühle mich so zerrissen, weil ich so viele Dinge gleichzeitig mache.
- 38) Auch bei Wichtigem fehlt mir die Kraft zum Durchhalten.
- 39) Ich tue vieles, was ich eigentlich gar nicht tun will.
- 40) Eine Situation ist dann für mich interessant, wenn sie meinen Wünschen entgegenkommt.
- 41) Wenn ich krank bin, weiß ich mit dieser Zeit nichts anzufangen.
- 42) Ich sehe selten, daß ich in einer Situation mehrere Handlungsmöglichkeiten habe.
- 43) Ich finde meine Umwelt eintönig.
- 44) Die Frage, ob ich etwas tun will, stellt sich selten, weil ich meistens etwas tun muß.
- 45) In meinem Leben ist nichts wirklich schön, denn alles hat sein Für und Wider.
- 46) Meine innere Unfreiheit und Abhängigkeit machen mir zu schaffen.

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

○—○—○—○—○—○

Angaben zur Person

Geschlecht männlich ☐
 weiblich ☐

Alter _____ Jahre

Nationalität

Österreich ☐ Schweiz ☐ Deutschland ☐ Sonstige ☐

Höchste abgeschlossene Ausbildung

Pflichtschule	☐
Lehre	☐
Fachschule ohne Matura	☐
höhere Schule mit Matura	☐
Fachhochschule, Universität	☐
sonstiges	☐

Wieviele Jahre an Ausbildung haben Sie erfahren?

_____ Jahre

Familienstand

ledig	☐
verheiratet	☐
geschieden	☐
verwitwet	☐
zurzeit in Partnerschaft	☐

Wieviele Personen wohnen außer Ihnen noch im selben Haushalt?

Wieviele enge Freunde haben Sie zurzeit?

Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie?

Wieviele Stunden pro Woche betätigen Sie sich sportlich?

Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

Curriculum Vitae

Name: Brigitte Lugger
Geburtsdatum: 23.10.1978
Geburtsort: Baden

Ausbildung

Seit 10/2001	Universität Wien, Studienzweig Psychologie
03/2001 bis 06/2001	WU Wien, Studienzweig BWL
09/1993 bis 06/1999	Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe Baden Schwerpunkt Kulturtouristik (Matura 1999)
09/1989 bis 06/1993	Hauptschule Hirtenberg
09/1985 bis 06/1989	Volksschule Enzesfeld

Berufstätigkeiten

Seit 09/2005	Kleinunternehmen im Gastgewerbe (Geringfügig selbständig)
07/2007 bis 08/2007	Psychologisches Praktikum in der klinisch-psychologischen Praxis von Mag. Eva Schrank in Baden
02/2007 bis 05/2007	Mitarbeit beim Projekt „Euchires“ der EU zum Thema „Sicherheitsgurte bei Kindern“ (Betreuung der Kinder im Straßenverkehr mit der Exekutive)
02/2007	1 Woche Mithilfe beim „Neurocamp“ am Thermen-klinikum Mödling in der psychosomatischen Abteilung für Kinder und Jugendliche
04/2000 bis 10/2000	Österreichische Post AG, Baden (Schalterbedienstete)
02/2000 bis 03/2000	Firma Alltechnik, Wr. Neudorf (Büroangestellte)
06/1996 bis 09/1996	Casino Baden (Praktikantin; Bereich Küche und Service)

Zusatzqualifikation

03/2000	Ausbildung zum Rettungssanitäter (96h-Kurs) Abschluss: Prüfung mit Erfolg bestanden
---------	--