

2. Einleitung

2.1. Alkohol im Überblick

Alkohol gehört in Deutschland zu den legalen, gesellschaftsfähigen und gesellschaftsbildenden Genussmitteln⁷⁸. Alkoholabhängigkeit stellt jedoch auch das größte Suchtproblem dar⁷⁸. Es gibt weder eine Altersklasse^{42,50} noch eine Gesellschaftsschicht⁷, in der keine alkoholbedingten Probleme vorhanden sind.

Die schädlichen Wirkungen von Alkohol sind inter- und intraindividuell abhängig von Trinkmenge und Trinkmuster sowie der Art des konsumierten Alkohols⁶⁷. Mäßiger¹ Konsum wird von einigen Autoren als „risikoarm“, jedoch nicht „risikofrei“, bezeichnet³⁵ und wirkt euphorisierend und schlafanstoßend⁷⁸. Er kann jedoch auch zu einer Abhängigkeit führen, die multiple Organschäden^{35,67} sowie soziale Probleme in der Familie oder im Berufsleben⁷³ zur Folge haben kann.

In Studien für Deutschland wurde herausgefunden, dass 82,7 Prozent der Männer und 61,3 Prozent der Frauen regelmäßig Alkohol trinken⁴⁸. Dabei wird von den Bewohnern Berlins mit durchschnittlich 19,8 Gramm pro Tag im Vergleich zur Bevölkerung in ganz Deutschland (im Durchschnitt 14,9 Gramm pro Tag) überdurchschnittlich viel Alkohol konsumiert³⁴. Circa drei Prozent der deutschen Bevölkerung, sind alkoholabhängig. Etwa fünf Prozent betreiben Alkoholmissbrauch³⁵.

2.2. Definitionen des Alkoholkonsums

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) entsprechen 10 bis 30 Gramm Alkohol pro Tag einem „moderaten Gebrauch“⁶⁸. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) definiert 20 Gramm Alkohol pro Tag als „moderat“⁶⁸. Darüber hinaus gelten ein täglicher Gebrauch von 30 bis 60 Gramm für Männer und 20 bis 40 Gramm für Frauen als „riskant“, 60 bis 120 Gramm für Männer und 40 bis 80 Gramm für Frauen als „gefährlich“ und mehr als 120 Gramm für Männer und mehr als 80 Gramm für Frauen als „Hochkonsum“³⁵.

„Schädlicher Alkoholkonsum“ ist in der ICD-10 als Trinkmuster definiert, das zu gesundheitlichen Schäden führt oder geführt hat². Diese Schäden können physisch (z.B.

¹ Mäßig = laut British Medical Association weniger als 21 Getränkeinheiten (Units) pro Woche. Dies sind maximal 30 g reiner Alkohol pro Tag für Männer und 20 g Alkohol pro Tag für Frauen³⁵.

Leberschaden bei chronischem Gebrauch) oder psychisch sein (z.B. depressive Episode als Folge massiven Alkoholkonsums)².

„Alkoholabhängigkeit“ liegt nach Definition des Klassifikationssystems ICD-10 der WHO vor, wenn wiederholter Alkoholkonsum zu Verhaltensphänomenen, kognitiven oder körperlichen Symptomen wie einem starken Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltendem Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen geführt hat. Der Substanzgebrauch hat Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und gegebenenfalls ein körperliches Entzugssyndrom².

2.3. Alkoholkonsum und Trauma

Akuter und chronischer Alkoholkonsum gelten als wichtige Risikofaktoren für ein Trauma^{13,14,21}. Das Risiko eines Unfalls mit Verletzungen und Todesfolge ist bei einem Kraftfahrer mit einem Blutalkoholgehalt von 0,5 Promille verdoppelt, bei 0,8 Promille vervierfacht und bei 1,5 Promille versechzehnfacht im Vergleich zu einem Fahrer, der nicht unter Alkoholeinfluss steht³⁵. Patienten, die mit einem Trauma in die Rettungsstelle kommen, berichten öfter als die Normalbevölkerung von einem häufigen Alkoholkonsum und mit Alkohol assoziierten Problemen¹⁸.

Im Durchschnitt tritt das erste alkoholassoziierte Trauma vor dem 40. Lebensjahr auf⁷². Bei Patienten, die aufgrund von schädlichem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit ein Polytrauma erlitten haben und daraufhin in der Intensivstation eines Universitätskrankenhauses behandelt wurden, fand sich ein Altersmedian von 42 Jahren (Spannweite 18-87 Jahre)⁷⁵.

Ein weiterer Risikofaktor für ein Trauma, das eine Behandlung in der Rettungsstelle^{51,69} bzw. der stationären Unfallabteilung⁴⁹ erforderlich macht, ist das männliche Geschlecht. Das männliche Geschlecht ist jedoch auch ein Risikofaktor für schädlichen Alkoholkonsum. Midanik⁴⁴ und Soderstrom⁷² haben in ihren Studien herausgefunden, dass mehr Männer als Frauen einen schädlichen Alkoholkonsum betrieben. Thom et al.⁷⁷ konnten bei Patienten im Alter von 16 bis 24 Jahren keinen geschlechtsspezifischen Unterschied feststellen. Bei den über 25-jährigen war die Prävalenz von schädlichem Alkoholkonsum bei den Männern jedoch dreimal höher als bei den Frauen⁷⁷.

Bei Patienten, bei denen ein schädlicher Alkoholkonsum oder eine Abhängigkeit vorliegt, treten nach einem Trauma außer dem Alkoholentzugssyndrom, das nur bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit vorkommen kann, häufiger Komplikationen wie Pneumonie, Sepsis oder kardiale Probleme auf^{54,75}.

2.4. Traumaprävalenz und Kosten

Bei den unter 44-jährigen Amerikanern steht das Trauma an erster Stelle der Todesursachen⁶⁹, in allen anderen Altersgruppen an dritter⁶⁹ oder vierter⁴⁹ Stelle. In den USA werden jährlich etwa 34 Millionen Menschen aufgrund eines schwerwiegenden Traumas in Rettungsstellen behandelt²³. Weitere 2,7 Millionen Personen werden in ein Krankenhaus eingewiesen und 72.000 Patienten behalten bleibende Behinderungen²³. Die Kosten für die Folgen eines Traumas sind oft höher als die bei kardiovaskulären Erkrankungen oder Krebs, insbesondere, da meist jüngere, berufstätige Menschen ein Trauma erleiden⁴⁹. Die anfallenden Kosten beziehen sich nicht nur auf direkte Kosten wie Transport- und Krankenhausaufenthaltskosten, sondern auch auf weitere, indirekte Folgekosten²⁹. In den USA belaufen sich die jährlichen direkten und indirekten Kosten auf 75 bis 100 Milliarden USD⁵¹. Die Behandlungskosten für alkoholranke Patienten sind gegenüber denen von Nicht-Alkoholikern deutlich erhöht^{53,54,74}. Spaite et al.⁷⁴ gaben für Patienten, die im alkoholisierten Zustand einen Fahrradunfall erlitten, Behandlungskosten von durchschnittlich 7.206 USD an. Im Vergleich dazu beliefen sich die durchschnittlichen Behandlungskosten von nicht alkoholisierten Patienten, die ebenfalls einen Fahrradunfall erlitten hatten, auf 1.170 USD⁷⁴.

2.5. Trauma und Retrauma

Patienten mit einem Retrauma verletzen sich beim zweiten Trauma häufig auf ähnliche Weise wie sie sich beim ersten verletzt haben⁵¹. Häufig sind es junge⁶⁹, männliche⁵⁶ Patienten, die ein Retrauma erleiden^{29,51}. In der Literatur wird das Trauma besonders in der Großstadtpopulation als eine chronische, wiederkehrende Krankheit bezeichnet^{66,69}. Die Wahrscheinlichkeit eines Retraumas wird durch bestimmte Risikofaktoren wie junges Alter, männliches Geschlecht²⁹, niedriger sozioökonomischer Status und Alkohol- oder Drogenmissbrauch beeinflusst⁴⁹. Eine erhöhte Blutalkoholkonzentration findet sich bei 30 Prozent aller Patienten, die wegen eines Retraumas behandelt werden müssen⁵¹ und die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient Drogen einnimmt, ist höher bei Patienten mit Retrauma⁶⁶.

2.6. Screening und Kurzintervention in der Rettungsstelle

Soderstrom et al.⁷² beschreiben eine fast sechsfach höhere Prävalenz von Alkoholabhängigkeit bei Patienten, die aufgrund eines Traumas in der Rettungsstelle behandelt wurden, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Mittels Screening soll ein schädlicher Alkoholkonsum bei Rettungsstellenpatienten, die von einer Kurzintervention profitieren würden, erkannt

werden^{18,30,72}. Ein solches Screening wird in Rettungsstellen jedoch selten durchgeführt^{18,19}. Die alleinige Ermittlung der Blutalkoholkonzentration ist nicht ausreichend, um Patienten mit einem schädlichen Alkoholkonsum zu erkennen¹⁹. Ein geeigneter kurzer, effektiver und leicht auswertbarer Fragebogen kann den Anteil der richtig erkannten Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum erhöhen¹⁸⁻²⁰.

Eine Intervention bezüglich des Trinkverhaltens führt nicht nur zu einer signifikanten Reduktion der Trinkmenge, sondern auch zu einem verringerten Risiko, ein Retrauma zu erleiden²⁵. Falls eine Intervention bezüglich Lebensstilrisiken und Persönlichkeitsmerkmalen Erfolg versprechend erscheint, sollte sie möglichst sofort nach der Akutbehandlung des Traumas in der Rettungsstelle durchgeführt werden.^{29,69} Ansatzmöglichkeiten für eine solche Intervention sind Verhaltensweisen, wie zum Beispiel schädlicher Alkoholkonsum^{29,77}, die das Risiko für ein Retrauma erhöhen²⁹.

Es wurde gezeigt, dass Nikotinkonsum und erhöhter Alkoholkonsum miteinander assoziiert sind²⁸. Da zudem sowohl Nikotinkonsum^{38,58} als auch der Konsum illegaler Drogen^{43,46,71} mit der Inzidenz von Traumata assoziiert sind, ist es sinnvoll, diese Substanzen ebenfalls in einem Screening und der folgenden Intervention zu erfassen.

2.7. Definition des Sense of Coherence

Als Ursache für Alkohol- und Drogenkonsum wurden Überforderung und ein Scheitern von Coping-Strategien oder Entwicklungsaufgaben beschrieben⁵². Effektives Coping schließt das Vermeiden von potentiell gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, wie exzessiven Alkoholkonsum, ein³¹. In einer Untersuchung von Alkoholikern während und nach einem Entzug wurde herausgefunden, dass diejenigen, die über gute Coping-Strategien verfügen, das geringste Risiko eines Rückfalls hatten⁴⁵. Das Interesse des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky⁶ galt der grundsätzlichen individuellen Fähigkeit eines Menschen, auf Stressoren mit einer angemessenen Anwendung seiner Copingstrategien zu reagieren, unabhängig davon, welchen Stressoren sie begegneten beziehungsweise welche Art von Coping-Strategien sie anwendeten, um diese Stressoren zu bewältigen^{61,62}.

Diese Fähigkeit beschrieb Antonovsky als „Sense of Coherence“ (SOC), zu deutsch „Kohärenzgefühl“⁵⁷. Er definierte den SOC als „eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersehbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise

erwarten kann^{6,59} Das Kohärenzgefühl ist Ausdruck der generellen Lebenseinstellung eines Menschen^{57,59}, seinem Glauben an ein verständliches, bedeutungsvolles und beeinflussbares Leben^{57,61}. Sowohl Antonovsky als auch Autoren anderer Studien haben festgestellt, dass Personen am seltensten erkranken, die Belastungssituation kognitiv gut verstehen, sich ihrer Ressourcen bedienen können und in der Belastung eine Herausforderung sehen^{27,31}.

2.8. Bisheriger Einsatz des SOC

Der SOC wurde ursprünglich von Antonovsky beschrieben, um zu erklären, warum einige Menschen trotz extremer Stressexposition gesund bleiben⁴⁰. Seitdem wird er weltweit sowohl in der Normalbevölkerung als auch in speziellen Krankheitspopulationen in zahlreichen Projekten angewandt^{6,59,62}.

Studien, in denen der SOC hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede untersucht wurde, brachten divergierende Ergebnisse. Schnyder⁶¹ und Lundberg⁴⁰ konnten keinen geschlechtsspezifischen Unterschied der SOC-Werte feststellen. Die Forschungsgruppen um Buddeberg-Fischer¹⁵ und Schumacher⁶⁵ haben bei Männern höhere SOC-Werte gemessen als bei Frauen. Buddeberg-Fischer et al.¹⁵ führten die verschiedenen SOC-Werte bei Männern und Frauen auf eine unterschiedliche Selbsteinschätzung bei beiden Geschlechtern zurück.

Einige der bisher durchgeführten Untersuchungen galten dem Zusammenhang von SOC und soziodemographischen Daten^{39,59,65}. Sagy⁵⁹ und Lundberg³⁹ stellten einen starken Einfluss der sozialen Verhältnisse auf die Entwicklung des SOC fest. Lundberg et al.³⁹ fanden heraus, dass Bauern und Arbeiter gegenüber Selbständigen und Angestellten mit höherer Wahrscheinlichkeit einen niedrigen SOC hatten. Das approximierte relevante Risiko eines niedrigen SOC lag in ihrer Studie für Bauern bei 1,37 und für gebildete Arbeiter bei 1,21 ($p < 0,001$). Sagy et al.⁵⁹ fanden heraus, dass ein höherer Bildungsstand der Familie während der Kindheit später zu höheren SOC-Werten führte. Bei Personen, die angaben, in armen Lebensverhältnissen zu leben, oder deren Lebensverhältnisse sich verschlechtert hatten, fand sich ein niedrigerer SOC als bei besser situierten. Das approximierte relevante Risiko lag hier bei 1,95 für Personen in armen Lebensverhältnissen und bei 1,22 ($p < 0,001$) bei Personen, deren Lebensverhältnisse sich verschlechtert hatten⁴⁰.

In Studien, die sich mit dem Zusammenhang von SOC und Gesundheit beschäftigten, wurde herausgefunden, dass psychische Beschwerden^{31,65} und die Beeinträchtigung durch physische Behinderungen⁶¹ stärker als physische Erkrankungen mit dem SOC korrelierten^{31,61}. So hatten Patienten einer psychosomatischen Station bei der Aufnahme einen niedrigeren SOC als gesunde

Vergleichsgruppen aus der Normalbevölkerung⁵⁷. Ebenso verhielt es sich bei körperlich behinderten Patienten, die sich durch ihre Behinderung stark eingeschränkt fühlten, im Vergleich mit Patienten, die zwar dieselbe Behinderung aufwiesen, sich aber dadurch weniger beeinträchtigt fühlten⁶¹.

In einer Studie zur Abhängigkeit der Genesung vom SOC, die an Patienten nach einem leichten Trauma durchgeführt wurde, verlief die klinische und funktionelle Besserung bei Patienten mit einem niedrigen SOC schlechter als bei den Patienten mit einem höheren SOC⁵⁵. In einer weiteren Studie mit Patienten, die ein lebensgefährliches Trauma erlitten hatten und intensivmedizinisch betreut werden mussten, fanden sich direkt nach dem Trauma hohe SOC-Scores, die innerhalb des folgenden halben Jahres signifikant abnahmen⁶². Die Autoren erklärten die hohen SOC-Werte, die die Patienten direkt nach dem Überleben des schweren Traumas aufwiesen, mit einem Gefühl der Zuversicht, Herausforderungen in Leben begegnen zu können, das jedoch bald wieder nachließ⁶². Ein solches Trauma stellte ein einschneidendes Erlebnis im Leben der Menschen dar und konnte ihre Lebenseinstellung und damit einhergehend ihren SOC-Score verändern⁶². Snekkevik et al.⁷⁰ fanden bei ihren Patienten starke individuelle Schwankungen ihrer SOC-Scores nach dem Erleiden eines multiplen Traumas⁷⁰.

Es gibt bisher wenige Studien, die sich mit dem Zusammenhang von SOC und Alkoholkonsum beschäftigen. Badura⁹, Midanik⁴⁴ und Kosinska-Dec³³ beschrieben jeweils eine signifikante Assoziation von SOC und Alkoholkonsum. Während Badura⁹ und Midanik⁴⁴ feststellten, dass Menschen, die weniger Alkohol tranken, höhere SOC-Werte hatten, fanden Kosinska-Dec et al.³³ bei männlichen Schülern mit hohem Alkoholkonsum hohe SOC-Werte, bei weiblichen Schülern mit hohem Alkoholkonsum jedoch niedrige Werte vor allem in der „Verständnis“-Skala.