

6. Diskussion

6.1. Hauptergebnis

Als Hauptergebnis dieser Studie war bei leicht verletzten Patienten einer chirurgischen Rettungsstelle eine signifikante negative Assoziation von SOC und schädlichem Alkoholkonsum zu verzeichnen. Diese negative Assoziation war unabhängig von Geschlecht, Alter, Traumaschwere und dem Konsum anderer gesundheitsschädlicher Substanzen wie Nikotin und Drogen.

Zwischen Männern und Frauen fand sich kein Unterschied hinsichtlich der SOC-Werte.

6.2. Assoziation von SOC und schädlichem Alkoholkonsum

Die Patienten in den einzelnen SOC-Quartilen unterschieden sich signifikant hinsichtlich der Prävalenz von schädlichem Alkoholkonsum. Bei alleiniger Betrachtung der Assoziation zwischen SOC und schädlichem Alkoholkonsum betrug die Odds Ratio für einen schädlichen Alkoholkonsum von Patienten in der niedrigsten SOC-Quartile fast das doppelte des Risikos von Patienten mit den höchsten SOC-Werten in der vierten SOC-Quartile. Mit steigenden SOC-Werten der Patienten sank das Risiko eines schädlichen Alkoholkonsums. Es war in der weiteren Untersuchung unabhängig von den Einflussfaktoren Geschlecht, Alter, Schweregrad der Verletzungen (ISS) und zusätzlichem Substanzgebrauch durchgehend signifikant gegenüber dem Risiko der Patienten mit den höchsten SOC-Werten erhöht.

Badura et al.⁹ stellten fest, dass der SOC von Patienten mit Alkoholabhängigkeit signifikant niedriger war, als der in ihrer gesunden Vergleichsgruppe. Midanik et al.⁴⁴ haben ebenso festgestellt, dass der SOC ein signifikant negativer Prognosefaktor von Alkoholproblemen ist. Kosinska-Dec et al.³³ fanden bei männlichen Schulabgängern höhere SOC-Werte unter denen, die mehr Alkohol trinken als unter denen, die wenig Alkohol trinken. Bei weiblichen Schulabgängern stellten sie bei denen mit einem niedrigen Alkoholkonsum höhere Werte auf der Verständnis-Skala fest, jedoch nicht im Gesamtwert³³. Individuelle Ressourcen wie ein hoher Sense of Coherence werden als protektive Faktoren gegenüber dem Begegnen von Stress mit risikoreichen Verhaltensweisen wie Alkoholabusus beschrieben⁴.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit einem schädlichen Alkoholkonsum signifikant niedrigere SOC-Werte im Vergleich zu Patienten ohne schädlichen Alkoholkonsum aufweisen.

6.3. Einfluss des Geschlechtes

6.3.1. Geschlecht und schädlicher Alkoholkonsum

Bei unterschiedlichem Cut-off für Männer und Frauen entsprechend der Arbeit von Neumann et al.⁴⁷ konnte keine signifikante Differenz hinsichtlich eines schädlichen Alkoholkonsums zwischen beiden Geschlechtern ermittelt werden. Dies erklärt die Differenz zu anderen Studien, in denen bei gleichen Kriterien für einen schädlichen Alkoholkonsum bei beiden Geschlechtern höhere Prävalenzen bei Männern gefunden werden. Von Thom et al.⁷⁷ wurde bei einem Cut-off von 8 Punkten des AUDIT-Scores für beide Geschlechter zumindest bei Patienten im Alter von 16 bis 24 Jahren kein geschlechtsspezifischer Unterschied gefunden. Jedoch war die Prävalenz von schädlichem Alkoholkonsum bei den über 25-jährigen Männern etwa dreimal höher als bei den gleichaltrigen Frauen⁷⁷. Batra und Buchkremer¹⁰ beschreiben, dass in Deutschland 69,7 Prozent der 14- bis 24-jährigen Männer und 60,1 Prozent der gleichaltrigen Frauen mehr als zwölfmal pro Jahr Alkohol trinken. In den von Midanik⁴⁴ und Soderstrom⁷² durchgeführten Studien wurde herausgefunden, dass der Anteil der Männer, die einen problematischen Alkoholkonsum betrieben, höher war als der Anteil der Frauen mit Alkoholproblemen.

6.3.2. Geschlecht und Trauma

Etwa zwei Drittel der im Untersuchungszeitraum in der Rettungsstelle behandelten und in unsere Studie eingeschlossenen Patienten waren männlich. Dies entspricht den Angaben in der Literatur. Poole et al.⁴⁹ und Reiner et al.⁵¹ fanden heraus, dass vor allem männliche Patienten wegen eines Traumas in der Rettungsstelle behandelt werden. In der Studie von Smith et al.⁶⁹ lag das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Traumapatienten etwa bei drei zu eins.

6.3.3. Geschlecht und SOC

Hinsichtlich des SOC-Scores gab es bei den in unserer Studie untersuchten Patienten keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen. Dies spiegelt die Ergebnisse von Lundberg⁴⁰ und Schnyder⁶¹ wieder, die ebenso keinen geschlechtsspezifischen Unterschied der SOC-Werte fanden. In anderen Studien wurden bei Männern höhere SOC-Werte festgestellt als bei Frauen^{15,65}. Buddeberg-Fischer et al.¹⁵ erklären die höheren SOC-Werte bei Männern damit, dass Männer eher dazu tendieren, ihre mentalen Probleme zu verschleiern und ihre Kompetenz und Copingfähigkeit zu überschätzen.

6.3.4. Geschlecht und die Assoziation von schädlichem Alkoholkonsum und SOC

Die signifikante Assoziation von SOC und schädlichem Alkoholkonsum blieb auch bei der Adjustierung der binär logistischen Regression im Sinne eines hierarchisch formulierten Modells für das Geschlecht bestehen. Midanik⁴⁴ und Badura⁹ haben im Vergleich von Patienten mit Problemen aufgrund ihres Alkoholkonsums und solchen, die wenig oder gar keinen Alkohol trinken, für Männer und die gesamte Gruppe eine signifikante negative Korrelation des SOC mit Alkoholproblemen festgestellt. Bei Frauen zeigte sich in der Studie von Midanik et al.⁴⁴ zwar ein tendentiell niedrigerer SOC-Wert unter den Alkoholikerinnen, jedoch kein signifikanter Unterschied. Kosinska-Dec et al.³³ fanden in ihrer Studie unter den Männern, die viel Alkohol trinken, einen höheren SOC. Unter den Frauen war dagegen eine negative Assoziation von starkem Alkoholkonsum und der SOC-Achse „Verständnis“ zu verzeichnen³³.

Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Assoziation zwischen schädlichem Alkoholkonsum und SOC geschlechtsunabhängig ist.

6.4. Einfluss des Alters

6.4.1. Alter und schädlicher Alkoholkonsum

Der Altersmedian lag bei den von uns untersuchten Patienten bei 31 Jahren mit einer Spannbreite von 18 – 89 Jahren. Hinsichtlich des Alkoholkonsums gab es einen signifikanten Altersunterschied. Die Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum waren im Median 29 Jahre alt, während die Patienten, die keinen schädlichen Alkoholkonsum betrieben, einen Altersmedian von 32 Jahren aufwiesen. Thom et al.⁷⁷ fanden bei den unter 25-jährigen Patienten Londoner Rettungsstellen ein doppelt so hohes Risiko, einen hohen AUDIT-Wert zu erreichen als bei älteren Patienten⁷⁷. Auch nach Meinung von Kelly et al.³⁰ haben insbesondere jüngere Patienten, die nach einem Trauma in einer Rettungsstelle behandelt werden, ein erhöhtes Risiko gegenüber der Normalbevölkerung, einen schädlichen Alkoholkonsum zu betreiben. Soderstrom et al.⁷² fanden die größte Prävalenz von aktueller Alkoholabhängigkeit bei den 18- bis 20-jährigen. Probleme, die mit erhöhtem Alkoholkonsum assoziiert sind, treten dagegen erst in späteren Lebensjahren auf^{30,72}. Damit stimmen unsere Ergebnisse mit den in der Literatur beschriebenen überein, da auch in unserer Studie Patienten mit einem schädlichen Alkoholkonsum im Median jünger waren als Patienten ohne schädlichen Alkoholkonsum.

6.4.2. Alter und Trauma

Die Hälfte der Patienten, die in diese Studie eingeschlossen wurden, war jünger als 31 Jahre. Auch in den Studien von Poole et al.⁴⁹ und Rivara et al.⁵⁶ wurde beschrieben, dass vor allem jüngere Patienten wegen eines Traumas in der Rettungsstelle behandelt werden.

6.4.3. Alter und SOC

Die SOC-Scores unserer durchschnittlich jungen Traumapopulation lagen mit einem Mittelwert von 49 Punkten (Standardabweichung = 8,56) über dem von Schumacher et al.⁶⁵ gefundenen Mittelwert von 47,50 Punkten (Standardabweichung = 8,94) in einer repräsentativen deutschen Population. Nach Vorstellung von Antonovsky und Sagy⁵⁹ entwickelt sich der SOC während der Kindheit und festigt sich während der Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter^{15,39}. Erst ab einem Alter von circa 30 Jahren geht man von einem stabilen SOC aus^{15,39,62}, wobei in neueren Studien von einer höheren individuellen Variabilität im Erwachsenenalter ausgegangen wird als ursprünglich von Antonovsky angenommen^{15,26}. Buddeberg-Fischer et al.¹⁵ haben jedoch herausgefunden, dass zumindest bei Adoleszenten mit einem höheren SOC dieser weitgehend stabil bleibt.

Es zeigte sich ein Trend von höheren SOC-Werten mit steigendem Alter. Auch Bengel¹¹, Carstens¹⁶ und Sack⁵⁷ haben festgestellt, dass der SOC mit höherem Alter zunimmt. Eine einheitliche Meinung hinsichtlich der Korrelation des SOC mit dem Alter existiert jedoch bisher nicht. Schumacher et al.⁶⁴ untersuchten die SOC-Werte für unterschiedliche Altersgruppen. Sie führten eine repräsentative Stichprobe in der deutschen Bevölkerung durch und fanden heraus, dass Menschen im Alter von 18 bis 40 Jahren höhere SOC-Werte hatten als Menschen zwischen 41 und 60 Jahren, die wiederum im Mittel höhere SOC-Werte hatten als Menschen über 61 Jahren⁶⁴. Auch Lundberg et al.⁴⁰ verzeichneten in den von ihnen durchgeführten Studien geringere SOC-Werte bei älteren Patienten. Schnyder et al.⁶¹ haben keinen Zusammenhang zwischen SOC-Wert und Alter finden können.

6.4.4. Alter und die Assoziation von schädlichem Alkoholkonsum und SOC

Nach Adjustierung der binär logistischen Regression im Sinne eines hierarchisch formulierten Modells für das Alter zeigte sich weiterhin eine signifikante Assoziation von SOC und schädlichem Alkoholkonsum. Demnach war die Assoziation zwischen SOC und schädlichem Alkoholkonsum in unserer Studie unabhängig vom Alter der Patienten oder das Alter war gleich gewichtet in beiden Parametern. Schädlicher Alkoholkonsum und niedrige SOC-Werte waren

überwiegend bei jüngeren und kein schädlicher Alkoholkonsum und höhere SOC-Werte eher bei älteren Patienten zu finden. Auch Midanik et al.⁴⁴ fanden bei ihren 60- bis 66-jährigen Probanden eine signifikante Assoziation von SOC und starkem Alkoholkonsum. Dabei hatten die Probanden, die im letzten Jahr keine Alkoholprobleme hatten, höhere SOC-Werte als die, die im letzten Jahr mindestens einmal ein Alkoholproblem hatten oder mindestens einmal betrunken waren⁴⁴. Frenz et al.²⁴ fanden in ihrer Studie, in der sie 17- bis 60-jährige Probanden untersuchten, keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Höhe des SOC und dem Ausmaß des Alkoholkonsums. Sie erklärten jedoch, dass ein eventueller Zusammenhang von SOC und Alkoholkonsum dadurch verdeckt werden könnte, dass es unter ihren jüngeren Probanden („Undergraduates“) sehr viele mit starkem Alkoholkonsum gab, so dass ein so genannter „Ceiling effect“ zustande gekommen sein könnte²⁴. Auch Allison et al.⁴ konnten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen keinen signifikanten Zusammenhang von SOC und der Höhe des Alkoholkonsums feststellen.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Assoziation zwischen SOC und Alkohol nicht vom Alter beeinflusst wird.

6.5. Einfluss von Trauma

6.5.1. Trauma und schädlicher Alkoholkonsum

Von allen von uns befragten Patienten gaben 23 Prozent einen schädlichen Alkoholkonsum an. Dies ist insofern beachtlich, da alle Patienten, die zum Zeitpunkt des Rettungsstellenbesuches stark alkoholisiert und deshalb nicht einwilligungs- und befragungsfähig waren, von der Studie ausgeschlossen wurden. Zwar wurde den Patienten eine freiwillige Blutentnahme angeboten, diese wurde jedoch nicht von allen wahrgenommen, so dass eine zuverlässige Aussage über die aktuelle Blutalkoholkonzentration aller untersuchten Patienten nicht möglich ist. Von den in der Studie von Poole et al.⁴⁹ untersuchten Patienten, waren 48 Prozent der durch einen Verkehrsunfall verletzten, 60 Prozent der auf andere Weise versehentlich verletzten und 57 Prozent der Patienten mit absichtlich beigefügten Verletzungen alkoholisiert. Tellez et al.⁷⁶ fanden bei 134 von 310 untersuchten Trauma-Patienten erhöhte Alkoholspiegel und auch Soderstrom⁷² und Rivara⁵⁶ beschrieben eine starke Assoziation von Alkoholismus und Trauma.

6.5.2. Trauma und SOC

Die von uns untersuchten Patienten waren überwiegend junge Menschen, die gerade ein leichtes Trauma erlitten hatten. Es zeigte sich keine signifikante Assoziation zwischen der Schwere der Verletzung und des SOC-Score. Ristner et al.⁵⁵ fanden in ihrer Untersuchung, dass der SOC signifikant mit dem Grad der Behinderung bzw. dem Wiedererlangen der körperlichen Funktionen nach einem moderaten Trauma korrelierte: Patienten mit einem niedrigen SOC erholten sich signifikant schlechter von ihrem Trauma und hatten ein Jahr nach dem Trauma eher weiterhin auf das Trauma zurückzuführende gesundheitliche Probleme als Patienten mit einem höheren SOC⁵⁵. Schnyder et al.^{61,62} fanden bei ihren Patienten direkt nach dem Trauma kurzfristig hohe SOC-Scores, höher als in der Normalbevölkerung, die innerhalb des folgenden halben Jahres signifikant abnahmen. Sie untersuchten überwiegend junge Männer, die nach einem lebensgefährlichen Trauma intensivmedizinisch behandelt wurden⁶¹. Snekkevik et al.⁷⁰ untersuchten die Stabilität des SOC-Scores von Patienten, die ein multiples Trauma erlitten hatten. Sie fanden heraus, dass der SOC-Score innerhalb der ersten drei Jahre im Median zwar stabil blieb, die individuellen SOC-Scores jedoch teilweise erheblichen Schwankungen unterlagen.

6.5.3. Trauma und die Assoziation von schädlichem Alkoholkonsum und SOC

Nach Adjustierung der binär logistischen Regression im Sinne eines hierarchisch formulierten Modells für den ISS war die signifikante Assoziation von SOC und schädlichem Alkoholkonsum weiterhin zu verzeichnen. Ristner et al.⁵⁵ fanden keinen signifikanten Zusammenhang von SOC-Werten und der Schwere der Verletzung⁵⁵. Alkoholkonsum gilt als ein Risikofaktor für schwerere Verletzungen, wobei in den meisten Studien jedoch der akute Alkoholspiegel gemessen wurde⁷⁴. Porter et al.⁵⁰ fanden keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des ISS bei Patienten mit einer als positiv gemessenen Blutalkoholkonzentration im Vergleich zu Patienten mit einer als negativ gemessenen Blutalkoholkonzentration. Maio et al.⁴² beschrieben, dass schädlicher Alkoholkonsum zwar einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Traumas hat, jedoch nicht auf die Schwere der Verletzung.

6.6. Einfluss von Nikotin- und Drogenkonsum

6.6.1. Nikotin- und Drogenkonsum und schädlicher Alkoholkonsum

Nikotin- und Drogenkonsum sind in unserer Studie signifikant mit schädlichem Alkoholkonsum assoziiert. Auch John et al.²⁸ haben zwischen Nikotin- und erhöhtem Alkoholkonsum eine Assoziation festgestellt. Batra und Buchkremer¹⁰ beschreiben ebenfalls eine Assoziation zwischen Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum, wobei Tabak als „Einstiegsdroge“ bezeichnet wird. Die Prävalenz des Nikotinkonsums liegt bei Patienten mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bei 75 bis 95 Prozent¹⁰. Die Prävalenz von alkoholbezogenen Störungen liegt bei Patienten mit Drogenabhängigkeit bei 70 Prozent¹⁰.

6.6.2. Nikotin- und Drogenkonsum und SOC

Es zeigte sich ein signifikant negativer Trend hinsichtlich einer Assoziation zwischen SOC und dem Konsum von Nikotin und Drogen. Mit steigenden SOC-Werten sank jeweils die Zahl der Patienten, die Nikotin oder Drogen konsumierten. Abrahamsson und Ejlertsson³ fanden ebenfalls bei den von ihnen untersuchten Frauen einen signifikanten Zusammenhang zwischen SOC und Nikotinkonsum: Frauen, die Nikotin konsumierten, hatten niedrigere SOC-Werte als Frauen, die keinen Nikotinkonsum betrieben. Allison et al.⁴ konnten bei ihren 20- bis 25-jährigen Probanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Höhe des SOC und des Tabakkonsums finden. Auch Kuuppelomaki et al.³⁶ fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den erreichten SOC-Werten und dem Nikotinkonsum bei den von ihnen untersuchten College-Studenten. Lundqvist et al.⁴¹ untersuchten Patienten vor und nach einem Drogenentzug hinsichtlich ihrer SOC-Werte. Sie fanden heraus, dass Patienten, die länger als 40 Tage vor der Therapie kein Cannabis konsumiert hatten, etwas höhere SOC-Werte hatten, als jene, die erst maximal 17 Tage vor der Therapie ihren Cannabis-Gebrauch eingestellt hatten. Patienten, die ihre Therapie abschlossen, erreichten nach Therapieende ebenso hohe SOC-Werte wie die Kontrollgruppe. Patienten im Methadon-Programm und solche, die mehrere Drogen konsumierten, hatten niedrigere SOC-Werte⁴¹.

6.6.3. Nikotin- und Drogenkonsum und die Assoziation von SOC und schädlichem Alkoholkonsum

Nikotin- und Drogenkonsum wurden im fünften Schritt als unabhängige Variablen in die binär logistische Regression im Sinne eines hierarchisch formulierten Modells aufgenommen. Die

signifikante Assoziation von SOC und schädlichem Alkoholkonsum war auch nach Adjustierung der binär logistischen Regression für Nikotin- und Drogenkonsum weiterhin zu verzeichnen. Mit steigenden SOC-Werten sank die Zahl der Patienten, die die jeweilige Substanz oder mehrere gesundheitsschädliche Substanzen gebrauchten.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Assoziation zwischen schädlichem Alkoholkonsum und SOC nicht von eventuell zusätzlich bestehendem Nikotin- und Drogenkonsum abhängig war.

6.7. Methodendiskussion

6.7.1. AUDIT

Der AUDIT in der computerisierten Form erschien als das am besten geeignete Mittel für die Durchführung eines effektiven aber wenig zeitintensiven und leicht auswertbaren Screenings des Alkoholkonsums bei den Patienten, die wegen eines Traumas in der Rettungsstelle behandelt wurden. Indem er besonders auf gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum fokussiert, ist der AUDIT sehr sensitiv für die frühen Zeichen von Alkoholabhängigkeit¹² und ist somit vor allem für das Entdecken von Problemtrinkern geeignet, bevor bei ihnen schwerwiegende Schäden wie Abhängigkeit, Krankheit oder größere Probleme in anderen Lebensbereichen auftreten⁶⁰. Da der AUDIT sich in den Fragen vier bis acht auf das letzte Jahr bezieht, erfasst er den aktuellen Konsum und ermöglicht das Einschätzen des Risikos für ein momentanes Alkoholproblem^{20,60}. Der AUDIT kann in ein Assortiment von Fragebögen zu Lebensstil und allgemeiner Gesundheit eingebettet werden⁶⁰. Eine Studie hat gezeigt, dass die Computerversion des AUDIT der Papierform gleichzusetzen ist. Der Computer wird von den meisten Patienten akzeptiert und hat den Vorteil, dass alle Fragen beantwortet und keine zwischendurch ausgelassen werden¹⁷. Die Beantwortung der Fragen des AUDIT dauert circa 2 Minuten^{19,60}. Die Person muss nicht direkt zugeben, ein Alkoholproblem zu haben. Es wird beispielsweise nicht nach Erfahrungen mit den Anonymen Alkoholikern gefragt, wie dies bei anderen Fragebögen der Fall ist⁶⁰. Die Antwortmöglichkeiten reichen auf einer Skala von „nie“ über „weniger als ein mal pro Monat“ bis „täglich“, so dass die Fragen realistischer beantwortet werden, als solche, bei denen sich der Patient entweder für „ja“ oder für „nein“ entscheiden muss⁶⁰. Weiterhin enthält er nur Fragen, die in den Sprachen der an seiner Entwicklung beteiligten Länder die gleiche Bedeutung haben und gut zu übersetzen waren⁶⁰. Aufgrund all dieser Eigenschaften wird der AUDIT als ein für die Rettungsstelle sehr gut geeignetes Screening-Instrument beschrieben¹⁹.

Für Männer wurde ein Cut-Off von acht Punkten gewählt, anhand dessen sie in zwei Gruppen eingeteilt wurden: Männer die im AUDIT weniger als acht Punkte erreichten, betrieben nach dieser Einteilung keinen schädlichen Alkoholkonsum. Männer, die einen Cut-Off von acht oder mehr Punkten erreichten, wiesen einen schädlichen Alkoholkonsum auf. Für Frauen wurde ein Cut-Off von fünf Punkten gewählt, anhand dessen sie ebenfalls in die zwei Gruppen „schädlicher Alkoholkonsum“ und „nicht schädlicher Alkoholkonsum“ eingeteilt wurden. Bei einem Cut-Off von ≥ 8 weist der AUDIT eine hohe Sensitivität und Spezifität für schädlichen Alkoholkonsum auf^{18,60}. Die Sensitivität für schädlichen Alkoholkonsum liegt bei einem Cut-Off von 8 bei 92%⁶⁰. Die Spezifität bei diesem Cut-Off liegt bei 94%⁶⁰. Bei einem Cut-Off von 10 sinkt die Sensitivität auf 80%. Die Spezifität steigt dagegen auf 98% an⁶⁰. Cherpitel et al.¹⁸ empfehlen deshalb, für ein generelles Screening in der Rettungsstelle den Standard-Cut-Off von 8 zu verwenden, um Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum zu erkennen. Auch Conigrave et al.²² fanden heraus, dass ein Cut-Off von 8 am besten geeignet ist, um aktuell vorliegende soziale oder medizinische Folgen des schädlichen Alkoholkonsums zu erfassen. Da bei Frauen eher medizinische Probleme aufgrund des schädlichen Alkoholkonsums auftreten²², wurden für sie niedrigere Cut-Offs diskutiert¹⁸. Der Cut-Off von 5 erschien am besten geeignet, um bei Frauen einen aktuellen schädlichen Alkoholkonsum zu erfassen⁴⁷.

Aufgrund des Settings in einer chirurgischen Rettungsstelle, in der Patienten zur Akutbehandlung eines erlittenen Traumas kamen, war es nicht möglich, eine klinische Untersuchung zur Erfassung eventuell vorhandener, alkoholbedingter körperlicher Schäden durchzuführen. Eine Blutentnahme wurde den Patienten zwar angeboten, jedoch von weniger als der Hälfte wahrgenommen. Hinweise in der Literatur belegen, dass weder klinische Befunde noch eine Untersuchung der durch Alkohol beeinflussbaren Parameter im Blut insbesondere der Ermittlung von Patienten, bei denen ein schädlicher Alkoholkonsum jedoch noch keine Abhängigkeit vorliegt, dem Fragebogen überlegen gewesen wären¹². Der ursprünglich entwickelte AUDIT besteht aus zwei Teilen, einer körperlichen Untersuchung und dem vorgestellten Fragebogen¹². Mittels des klinischen Teils ist jedoch nur eine Alkoholabhängigkeit gut zu erkennen. In früheren Stadien sind körperliche Befunde oft noch im Normbereich, während in den Antworten auf den Fragebogen schon ein gefährlicher Gebrauch erkennbar ist¹². Auch biologische Marker sind zur Detektion von Personen mit weniger schwerem Alkoholproblem nicht immer geeignet⁶⁰. Marker wie Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT), mittleres Erythrozytenvolumen (MCV), Alanin-Amino-Transferase (ALAT), Aspartat-Amino-Transferase (ASAT), High Density Lipoprotein (HDL) und Harnsäure werden auch von

anderen Substanzen und verschiedenen Krankheiten ohne Alkoholeinfluss verändert. Alkoholkonzentrationstests in Körperflüssigkeiten wie Blut oder Speichel können lediglich den Alkoholkonsum der letzten 24 Stunden nachweisen⁶⁰.

6.7.2. SOC

Zur Erhebung des SOC wurde die von Schumacher et al.⁶⁵ entwickelte Kurzform SOC-L9 des ursprünglich von Antonovsky entwickelten Fragebogens verwendet. Gegenwärtig existiert kein Goldstandard, der ein dem Kohärenzgefühl vergleichbares Konstrukt misst, so dass die Konstruktvalidität schwer prüfbar ist^{6,11,61}. Auf eine hohe Validität hinweisen können jedoch hohe Korrelationen der SOC-Scores mit denen anderer Messinstrumente, die eine globale Lebenseinstellung messen. Untersucht wurden zum Beispiel der interne Locus of Control (LOC), Selbstachtung, Optimismus und Robustheit^{16,62}.

Die drei Subskalen des SOC-29 waren in der Faktorenanalyse nicht reproduzierbar^{6,62,65}. Deshalb wurde von verschiedenen Autoren empfohlen, nur den SOC-Gesamtwert zur Auswertung zu verwenden^{6,62,65}. Die Leipziger Kurzfassung SOC-L9 hat eine hohe Korrelation mit der Originalskala SOC-29 ($r^{IV} = 0,94$)⁶⁵. Die lange SOC-29 Skala bietet daher nicht mehr Vorteile als der SOC-L9, braucht aber länger in der Bearbeitung. Deshalb ist der SOC-L9 ein zuverlässiges, valides aber ökonomischeres Instrument zur Erfassung des SOC⁶⁵.

6.8. Schlussfolgerung und Perspektiven

Unsere Ergebnisse stützen Antonovskys Idee, dass Substanzgebrauch die Folge eines niedrigen Kohärenzgefühls ist. Bei Menschen mit niedrigem SOC zeigte sich eine höhere Prävalenz von schädlichem Alkoholkonsum und dem Gebrauch anderer Substanzen wie Nikotin und Drogen als bei Menschen mit hohem SOC. Perspektivisch sollten weitere Studien zeigen, ob ein Screening für schädlichen Alkoholkonsum und anderen Substanzgebrauch und eine darauf aufbauende erfolgreiche Kurzintervention mit Verminderung des schädlichen Alkoholkonsums und des Konsums anderer Substanzen eine Erhöhung des SOC-Wertes zur Folge hat. Weiterhin geben die Ergebnisse dieser Studie einen Anreiz zur Überlegung, wie man Patienten mit einem niedrigen SOC unterstützen kann, eventuell noch bevor ein schädlicher Substanzgebrauch auftritt.

^{IV} r = Korrelationskoeffizient

Ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der erreichten SOC-Werte bestand nicht. Das Geschlecht hatte auch keinen Einfluss auf die Assoziation zwischen SOC und schädlichem Alkoholkonsum. Unsere Befunde unterstützen damit Antonovkys Modell einer geschlechtsunabhängigen Wertung des Kohärenzgefühls.