

Wie fit fühlen sich Dresdner Medizinstudierende, alkoholbezogene Störungen behandeln zu können?

How Fit are Medical Students from Dresden to Treat Alcohol-Related Disorders?

Thomas Hoffmann, Karen Voigt, Lydia Schlißke, Henna Riemenschneider, Antje Bergmann, Joachim Kugler

Hintergrund: Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit ist in Deutschland hoch. Die Versorgungsrealität weist auf eine Unterversorgung hin. Eine Befragung von Medizinstudierenden des 10. Semesters an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden (TUD) sollte den im Studium erreichten Kompetenzstatus erfassen, in ihrer späteren Tätigkeit als Arzt alkoholbezogene Störungen effektiv versorgen zu können.

Methoden: Diese Querschnittstudie basiert auf einer schriftlichen Befragung Medizinstudierender des 10. Semesters an der Medizinischen Fakultät der TUD im Juli 2013. Die Daten wurden deskriptiv mittels Kreuztabellen ausgewertet. Für die Untersuchung von Gruppenunterschieden bzw. Zusammenhängen kam der Mann-Whitney-U-Test bzw. χ^2 -Test zum Einsatz. Für die Risikoeinteilung der konsumierten Alkoholmengen wurde das Klassifizierungsschema der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen verwendet.

Ergebnisse: 11,3 % der Medizinstudierenden fühlen sich für die Tätigkeit mit alkoholabhängigen Patienten „adäquat trainiert und ausgebildet“ während sich mehr als 60 % unzureichend vorbereitet einschätzen. 77,1 % wünschten sich im Rahmen ihres Medizinstudiums besser über alkoholbezogene Störungen informiert und trainiert zu werden. Die Analyse nach Risikogruppen der Studierenden hinsichtlich ihres Alkoholkonsums erbrachte keine signifikanten Unterschiede bei der Beantwortung der verschiedenen Kompetenzitems.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse weisen auf Defizite in der Ausbildung zu alkoholbezogenen Störungen hin. Der selbsteingeschätzte Wissensstand ist unzureichend, der Umfang der theoretischen und praktischen Ausbildung wird als ungenügend bewertet. Das Krankheitsbild alkoholbezogener Störungen sollte daher angesichts seines Stellenwertes in der Versorgung in den Curricula der Ausbildung aufgenommen bzw. stärker platziert und zu einem regelhaften Bestandteil der Prüfungen werden.

Schlüsselwörter: Medizinstudierende; alkoholbezogene Störungen; Ausbildung; Kompetenz; Trinkverhalten

Background: The prevalence of alcohol dependency in Germany is high. Data indicate a lack of quality of care for the respective population. A survey of medical students of the 10th semester at the Medical Faculty of the Technical University of Dresden (TUD) should cover the achieved degree of competence to effectively care for alcohol-related disorders in their later work as doctors.

Methods: This cross-sectional study is based on a paper – and – pen survey of medical students of the 10th semester at the Medical Faculty of the TUD in July-2013. The data were analysed descriptively using crosstabs. For the analysis of group differences or correlations the Mann-Whitney U-test or chi-square test was used. For the risk classification of amounts of alcohol consumed, the classification scheme of the German Centre for Addiction questions was used.

Results: 11.3 % of the medical students feel „adequately trained and educated“ while more than 60 % feel inadequately prepared to work with alcoholic patients. 77.1 % wanted to be better informed and trained on alcohol-related disorders as part of their medical studies. The analysis by risk groups of students in terms of their alcohol consumption did not reveal any significant differences in answering the various competence items.

Conclusions: The results indicate deficits in training alcohol-related disorders. The self-perceived level of knowledge is inadequate; the scope of theoretical and practical training however, is assessed as insufficient. In view of its significance the clinical picture of alcohol-related disorders should be included in the curricula of education and become a rule-based part of the tests.

Keywords: Medical Students; Alcohol-Related Disorders; Training; Competence; Drinking Behavior

Hintergrund

Zu den alkoholbezogenen Erkrankungen gehören unter anderem schädlicher und abhängiger Alkoholgebrauch [1]. Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland ca. 2 Mio. Menschen in schädigender Weise und 9,5 Mio. in riskanter Weise Alkohol konsumieren [2]. In Europa sind geschätzt 14,6 Mio. und in Deutschland 1,3 Mio. Erwachsene von Alkoholabhängigkeit betroffen [3]. Neuere Zahlen sprechen sogar von 1,8 Mio. Alkoholabhängigen in Deutschland. Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit liegt demnach in Deutschland bei 3,4 %, für Alkoholmissbrauch bei 3,1 % [4]. Riskanter Alkoholkonsum ist mit erhöhten Risiken für Folgeerkrankungen verbunden. Es ist davon auszugehen, dass ein übermäßiger Alkoholkonsum mehr als 30 Krankheiten in direkter Weise verursacht und indirekt an der Ausprägung von mehr als 60 Krankheiten beteiligt ist [5]. Jährlich sterben in Deutschland infolge eines riskanten Alkoholkonsums 75.000 Menschen [6].

Die Situation in Europa betreffend konstatiert die World Health Organization (WHO): „Nach Schätzungen wird in der primären Gesundheitsversorgung gefährlicher oder schädlicher Alkoholkonsum nur in jedem zwanzigsten Fall erkannt und eine entsprechende kurze Beratung angeboten und so haben auch nur weniger als einer von zwanzig Alkoholabhängigen tatsächlich einen Spezialisten für eine Behandlung aufgesucht“ [7, S. 9–10]. Im Bereich der medizinischen Versorgung alkoholabhängiger Patienten ist auch in Deutschland nach bisheriger Kenntnis eine Unter- und Fehlversorgung anzunehmen, wenn Schätzungen eine Behandlungsquote von lediglich 9 % benennen [5]. Demnach ist die Alkoholabhängigkeit diejenige Erkrankung des zentralen Nervensystems mit dem höchsten Anteil un behandelter Patienten in Deutschland [8, 9]. In diesem Kontext stellt sich die Frage, wo die Ursachen für Unterversorgung liegen, und ob schon in der Ausbildung der Medizinstudierenden eine Unterschätzung des Themas vorliegt.

Leitliniengerechtes Handeln umfasst ein möglichst frühzeitiges Erkennen von Alkoholmissbrauch durch rechtzeitige Gespräche darüber mit den Patienten [1]. Es gibt Hinweise darauf, dass das eigene Gesundheitsverhalten der Ärzte Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsberatung bei Patienten hat: Ärzte mit riskantem Ge-

sundheitsverhalten beraten z.B. seltener ihre Patienten dahingehend ihren Lebensstil zu ändern [10, 11]. Deshalb stellt sich die Frage, inwieweit sich das bereits bei Medizinstudierenden bzgl. ihres eigenen Alkoholkonsums und ihrer Kompetenz bzgl. alkoholbezogener Störungen abbildet. Zum anderen drängt sich die Fragestellung auf, ob Studierende in ihrem Medizinstudium ggf. auf ihre künftige fachlich-medizinische Versorgungsaufgabe bei Patienten mit einer Alkohol-erkrankung vorbereitet sind. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass die medizinische Ausbildung diesen Indikationsbereich nicht hinreichend behandelt und Fähigkeiten, mit diesem sensiblen Thema sicher umzugehen und rechtzeitig eine suffiziente Diagnostik und Therapie einzuleiten, ungenügend trainiert werden [12, 13].

Mit der vorliegenden Befragung von Medizinstudierenden sollen Erkenntnisse über folgende wissenschaftliche Fragestellungen gewonnen werden:

1. Wie schätzen Medizinstudierende ihre Kompetenz ein, zukünftig alkoholbezogene Störungen als Arzt effektiv versorgen zu können?
2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem eigenen Trinkverhalten der Studierenden und ihrer gewonnenen Kompetenz, künftig Patienten mit einer Alkohol-erkrankung effektiv zu behandeln?

Methoden

Studiendurchführung und -instrument

Für die Befragung der Studierenden an der Medizinischen Fakultät der TUD wurde ein Fragebogen auf der Basis vorhandener nationaler und internationaler Studien und Literatur sowie eigener generierter Fragestellungen ausgearbeitet [12–14]. Der zweiseitige Fragebogen umfasst 13 Fragen mit jeweils vorgegebenen Antwortformaten. Neben soziodemografischen Fragen (Alter, Geschlecht), wurden Fragen zum eigenen Trinkverhalten (Häufigkeit, Menge, Alkoholsorten) und zur Einschätzung der Ausbildung im Medizinstudium zum Thema Alkohol (Anzahl Unterrichtsstunden, selbsteingeschätzte Kompetenz und Bedarf an verbesserten Lehrangeboten) gestellt. Darüber hinaus wurde die Kompetenz der Stu-

dierenden über konkrete Wissensfragen geprüft, z.B. die Einschätzung des riskanten Alkoholkonsums an einem Patientenbeispiel. Bei Fragen zur Einschätzung der eigenen Kompetenz und des Studiums sowie bei Wissensfragen umfassten die Antworten Likert-Skalen in verschiedenen Ausprägungen.

Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte am 16. und 17.07.2013 bei den Studierenden des 10. Semesters im Anschluss an eine Prüfung an der Medizinischen Fakultät der TUD. Von den 244 Studierenden beteiligten sich 242 (99,2 %). Es kann demnach statistisch nahezu von einer Vollerhebung für dieses Befragungskollektiv ausgegangen werden. Inwieweit diese Gruppe repräsentativ für die Grundgesamtheit der Studierenden der Medizin in Deutschland ist, wurde über externe Validierung geprüft [12–14].

Datenanalyse

Im Rahmen der Datenauswertung fand zunächst eine deskriptive Auswertung mittels Kreuztabellen statt. Die Daten wurden hierbei nach verschiedenen Merkmalen, dem Geschlecht, Alter und Fachrichtungswunsch sowie nach Risikogruppen, dem eigenen Trinkverhalten entsprechend, analysiert. Für die Untersuchung von Unterschieden bzw. Zusammenhängen kamen χ^2 -Test und Mann-Whitney-U-Tests zum Einsatz. Ein p-Wert von $< 0,05$ galt bei allen Analysen als signifikant.

Bei der Einteilung der Risikogruppen der befragten Studierenden wurde in dieser Arbeit die Definition der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zugrunde gelegt, die auch von der AWMF-S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ übernommen wurde [1]. Die DHS setzt die Trennlinie zwischen „risikoarm“ und „riskant/gefährlich“ auf 24 g Alkohol/Tag für Männer und 12 g Alkohol/Tag für Frauen [15].

Ergebnisse

Selbsteinschätzung der Medizinstudierenden zu ihrer Kompetenz alkoholbezogene Störungen künftig effizient versorgen zu können

Befragt nach den absolvierten Unterrichtsstunden zum Thema „Alkohol-

	sehr effektiv					nicht effektiv	keine Angabe
Willenskraft	59,2	19,6	6,7	5,8	6,3	2,5	–
Beratungsgespräch mit dem Hausarzt	11,0	16,9	31,2	21,5	15,2	3,8	0,4
Turbo-Entzug	3,0	4,2	10,5	24,1	27,0	25,3	5,9
Selbsthilfe-Gruppen	19,7	44,4	25,5	6,3	3,8	0,4	–
Selbsthilfe-Literatur	1,7	12,1	30,0	23,3	21,7	10,8	0,4
Akupunktur	1,3	3,8	15,1	20,1	24,3	23,8	11,7
Entzugstherapie in einer Klinik (14 Tage)	15,7	34,7	26,3	17,4	5,1	0,4	0,4
Entzugstherapie mit anschließender Entwöhnungsbehandlung	51,1	36,3	9,7	2,1	0,4	0,4	–

Tabelle 1 Wissensfragen: „Wie schätzen Sie die Wirksamkeit folgender Alkoholentwöhnungsmaßnahmen ein? (Hinweis: Eine Maßnahme gilt als „sehr effektiv“, wenn ca. 30 % aller teilnehmenden Patienten, die diese Maßnahme erhalten haben, nach einem Jahr abstinent sind.)“ (in %).

	männlich			weiblich			p-Wert
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	
Ich bin adäquat trainiert und ausgebildet, alkoholabhängige Patienten künftig als Arzt zu behandeln.	20,0	58,6	21,4	7,6	67,8	23,4	0,039
Ich fühle mich legitimiert als künftiger Arzt, den Patienten nach seinem Alkoholkonsum zu fragen.	95,7	1,4	2,9	93,0	1,8	4,1	n.s.
Ich wäre für die Arbeit mit diesen Patienten motiviert.	41,4	32,9	25,7	39,8	26,3	32,2	n.s.

Tabelle 2 Einschätzung des eigenen Konditionierungsstatus der Studierenden für ihre spätere Tätigkeit als Arzt (in %), χ^2 -Test.

abhängigkeit“ während ihres Studiums antwortete 41,1 % der Studierenden „1–2 Stunden“ bzw. 24,9 % „3–4 Stunden“. 20,3 % gaben an „keine“ Unterrichtsstunden erhalten zu haben und 13,7 % konnten auf mehr als 5 Stunden Unterricht zum Thema Alkoholabhängigkeit verweisen. Im Rahmen ihres Medizinstudiums besser über alkoholbezogene Störungen informiert und trainiert zu werden, wünschten sich 77,1 %.

Bei einer Testfrage sollten die Studierenden den Grad des Risikos (niedrig vs. mittel vs. hoch vs. sehr hoch) eines Patienten angeben, der täglich 3–5 Flaschen Bier trinkt. 42,9 % der Medizinstudierenden gaben darauf eine richtige Antwort. 53,4 % überschätzten und 3,8 % unterschätzten das Risiko.

In den Wissensfragen zum Thema „Alkoholabhängigkeit“ zeigten sich folgende Ergebnisse:

- „Ich kenne die Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD10“: 67,0 %
- „Ich kenne die Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit“: 99,6 %
- „Ich weiß, wie Alkoholabhängigkeit behandelt wird“: 81,0 %

Die Frage nach der Wirksamkeit einzelner Alkoholentwöhnungsmaßnahmen ergab ein differenziertes Bild (Tab. 1). Die in der Tabelle in „fett“ markierten Prozentzahlen wurden entsprechend der Literatur als richtige Antworten gewertet [16–23].

Bezogen auf ihre eventuell künftige ärztliche Tätigkeit schätzten 99,6 % der Befragten das Thema „Alkoholabhängigkeit“ als „sehr wichtig“ bzw. „eher wichtig“ ein. Lediglich 0,4 % hielt das Thema für „weniger wichtig“, keiner votierte für „nicht wichtig“.

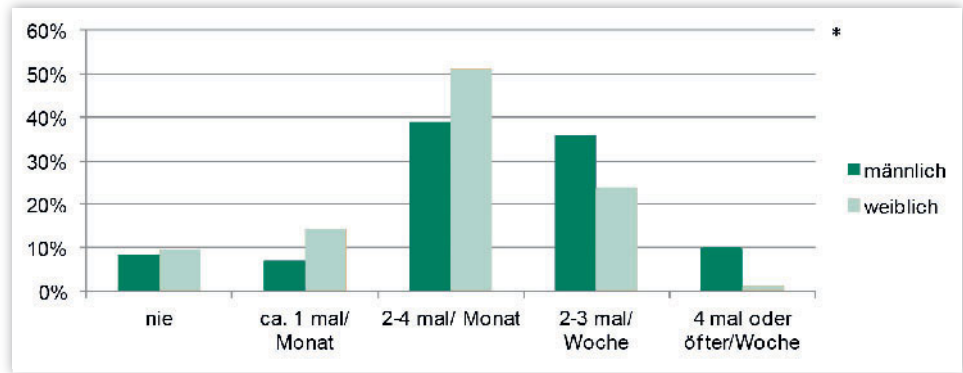
Zum Themenkomplex der Kompetenzentwicklung, in ihrer späteren Tätigkeit, alkoholabhängige Patienten adä-

quat zu behandeln, ergaben sich folgende Befragungsergebnisse: Eine Minderheit von 11,3 % der Befragten fühlte sich für die Tätigkeit mit alkoholabhängigen Patienten „adäquat trainiert und ausgebildet“. 94,2 % schätzte ein, für diese Tätigkeit „legitimiert“ zu sein und 40,6 % der Befragten fühlten sich auch dazu „motiviert“.

Die Analyse der Unterschiede nach Geschlecht der Studierenden erbrachte bei den meisten Items zur Kompetenzeinschätzung keine signifikanten Unterschiede. Bei der Einschätzung, für die künftige Arbeit mit Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit adäquat trainiert und ausgebildet zu sein, zeigten Studentinnen eine signifikant größere Unzufriedenheit als ihre männlichen Mits Studierenden (Tab. 2).

20 % der Studenten und 7,6 % der Studentinnen fühlten sich „adäquat trainiert und ausgebildet, alkoholabhängige Patienten künftig als Arzt zu behandeln“.

Abbildung 1 Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht, U-Test; * $p < 0,05$



Zusammenhang von eigenem Alkoholkonsum der Medizinstudierenden und ihre Kompetenz, alkoholabhängige Erkrankungen zu versorgen

Eine Zuordnung der Studierenden nach Risikogruppen, ergab ein differenziertes Bild. Bezogen auf die DHS-Definition befanden sich 83,0 % der Studierenden im risikoarmen Bereich und 17,0 % gaben an, Alkoholmengen zu konsumieren, die dem riskant/gefährlichen Bereich zuzuordnen wären. Der Vergleich beider Geschlechter zeigte, dass mehr Studenten als Studentinnen einem höheren Konsumbereich zuzuordnen sind.

23,8 % der Studentinnen und 15,7 % der Studenten gaben an, nie oder nur einmal im Monat Alkohol zu konsumieren. „viermal oder öfter/Woche“ nannten dagegen 10,0 % der Studenten und 1,2 % der Studentinnen. Die Häufigkeit des Alkoholkonsums war in Abhängigkeit vom Geschlecht signifikant verschieden (Abb. 1).

Die Analyse nach Risikogruppen der Studierenden („risikoarmer Alkoholkonsum“ vs. „riskanter/gefährlicher Konsum“) erbrachte keinerlei Signifikanzunterschiede zu den verschiedenen befragten Kompetenzitems.

Diskussion

Diese Studie hat gezeigt, dass sich der Großteil der Medizinstudierenden für die Tätigkeit mit alkoholabhängigen Patienten nicht adäquat trainiert und ausgebildet einschätzte, wobei dies signifikant mehr Studentinnen als Studenten betraf. Mehr als Dreiviertel der Studierenden wünschten sich im Rahmen ihres Medizinstudiums mehr über alkoholbezogene Störungen informiert und trainiert zu werden. Ein Zusammenhang zwischen

dem Risikoprofil hinsichtlich ihres eigenen Alkoholkonsums und ihrer Antworten zu den verschiedenen Kompetenzitems konnte nicht festgestellt werden.

Die Rücklaufquote der Fragebögen der Studierenden lassen zu, von einer Totalerhebung auszugehen: 99,2 % haben den Fragebogen ausgefüllt. Es handelt sich bei dieser Befragung, gemessen an der Gesamtzahl der Studierenden der Medizin in Deutschland, um ein relativ kleines Kollektiv von 242 Studentinnen und Studenten des 10. Semesters der Medizinischen Fakultät der TUD. Die Aussagen können daher nicht eo ipso die Grundgesamtheit aller Studierenden der Medizin vertreten. Da die Befragung im 10. Semester erfolgte, kann von einer profunden Einschätzung des Gesamtstudiums der Medizin an der TUD ausgegangen werden. Ein Großteil der Befragten gab an, später einmal in einem Fachbereich praktizieren zu wollen, wo sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Diagnostik und Therapie von alkoholabhängigen Patienten gefordert sein werden.

Obwohl die Studierenden der Indikation „Alkoholabhängigkeit“ eine große Wichtigkeit im niedergelassenen Setting einräumten, ist ihr Wissensstand dazu nicht ausreichend. Die überwiegende Mehrheit der Studierenden behauptete zwar, die Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD10 (67,0 %), die Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit (99,6 %) sowie die Therapiemöglichkeiten (81,0 %) zu kennen, jedoch zeigte sich der mittels Fragebogen geprüfte konkrete Kenntnisstand als unzureichend. Diese Ergebnisse decken sich teilweise mit einer repräsentativen Datenerhebung, die mittels Fragebogen unter Studierenden der Medizin in Deutschland in 2009 durchgeführt wurde [12]. In der bundesweiten Erhebung war der Anteil mit ca. 80 % zur Frage („ich kenne die Folge-

erkrankungen der Alkoholabhängigkeit“) ähnlich hoch wie in der Dresdner Befragung. Dagegen betrug der Anteil über die behauptete Kenntnis der Therapiemöglichkeiten nur 20 % – an der TUD waren es 81 %. Diese Zahlen sollten aber über den eigentlichen Wissensstand nur bedingt Auskunft geben.

Die Aussagen der Medizinstudierenden zur Effektivität der einzelnen Alkoholentwöhnungsmaßnahmen zeigte im Vergleich der Befragung an der Medizinischen Fakultät der TUD zur bundesweiten Erhebung ein differenziertes Bild: Ein Großteil der Befragten an der TUD (51,1 %) maß z.B. der „Entzugstherapie mit anschließender Entwöhnungsbehandlung“ eine zu Recht sehr große Bedeutung bei. Bundesweit lag der Anteil bei 40,8 % [12]. Eine Studie hat die hohe Effektivität nachgewiesen, wonach Abstinenzquoten von 50 % nach 9 Jahren erreicht wurden [16]. Der Willenskraft der Patienten maßen Studierende an der TUD eine zu hohe Bedeutung bei (59,2 % vs. bundesweit: 21,3 %) [12]. Ausgehend von den Effektivitätsbewertungen in der Literatur antworteten demnach lediglich 6,7 % bzw. 19,6 % (gesamt: 26,3 %) in der TUD-Befragung richtig [23]. In der bundesweiten Erhebung war dieser Anteil der richtigen Antworten noch geringer (< 10 %) [12].

Sowohl durch die bundesweite Befragung als auch die Befragung an der TUD wurde auf Defizite in der Ausbildung hingewiesen. Wie in der Tabelle 1 zu erkennen ist, war der Anteil der Studierenden gering, die richtig geantwortet haben (in „fett“ hervorgehoben). Dies legt die Vermutung nahe, dass das Wissensniveau ungenügend ist, um eine effektive und effiziente Therapie von alkoholbezogenen Erkrankungen in der späteren ärztlichen Tätigkeit zu gewährleisten. Gruppenunterschiede bzgl. des Fachrichtungs-

Dipl. phil. Thomas Hoffmann, MPH ...

... Studium der Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Medizinischen Fakultät der TU Dresden (TUD) und Abschluss als MPH; Studium der Gesundheitsökonomie – Gesundheitsökonom (ebs); Promovend am Institut für Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Medizinischen Fakultät der TUD; langjährige Tätigkeit im Health Care Management – Lundbeck GmbH

wunsches, des Alters sowie der eigenen Zugehörigkeit zu den Risikogruppen (risikoarmer Konsum vs. riskanter/gefährlicher Konsum) gab es bei der Bewertung des Wissensstandes nicht. Die anfangs aufgestellte Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen dem eigenen riskanten Trinkverhalten der Studierenden und geringerer Kompetenz hinsichtlich alkoholbezogener Erkrankungen gibt, musste daher entgegen den Erwartungen verworfen werden. Die Ursachen für den nicht nachgewiesenen Zusammenhang konnten mittels dieser Studie nicht ermittelt werden.

In der Selbsteinschätzung der Studierenden, für ihre künftige Tätigkeit, ggf. alkoholabhängige Patienten medizinisch zu versorgen, sah sich zwar eine übergroße Mehrheit legitimiert, was eine positive Grundlage für eine hohe Versorgungsqualität sein sollte. Allerdings enttäuschen niedrige Motivationswerte von 40,6 % sowie noch geringere Werte hinsichtlich der Frage „Bin ich adäquat trainiert und ausgebildet?“ Nur 11,3 % der Befragten, über alle Gruppenvergleiche hinweg, meinte, dies zu sein. Eine ähnliche Befragung unter Medizinstudierenden an der Charité Berlin kam zu ähnlichen Ergebnissen [13]. Darüber hinaus ist auffällig, dass Studentinnen ihr eigenes Trainiert- und Ausgebildet-sein noch viel schlechter einschätzen als ihre männlichen Kommilitonen (7,6 % vs. 20,0 %). Dies könnte auf die generell kritischere Selbstbewertung der eigenen Kompetenzen bei gleicher Befähigung bei Frauen im Vergleich zu Männern zurückzuführen sein [24].

Die Analyse der absolvierten Unterrichtsstunden zum Thema „Alkoholabhängigkeit“ weist auf Potenziale hin, die beschriebene insuffiziente Situation zu verbessern. Der überwiegende Anteil der Studierenden (61,4 %) hat zum Thema keine oder nur 1–2 Stunden Unterricht erhalten. Lediglich 13,7 % der Studierenden konnten auf mehr als 5 Stunden Unterricht verweisen. In keinen der

Gruppen konnten Unterschiede detektiert werden. Damit deckt sich das Ergebnis annähernd mit denen der bundesweiten Befragung. Hier wurde im Mittel ein Wert von 3 Stunden Ausbildungszeit zur Alkoholabhängigkeit ermittelt [12]. Das zeitliche Ausmaß für die Auseinandersetzung mit dem Thema Alkoholabhängigkeit in Lehrveranstaltungen wurde von den Studierenden unterschiedlich (zwischen keine bis > 5 Stunden) angegeben. Die Streuung dieser Antworten ist vermutlich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an Vorlesungen/Wahlpflichtfächern und auf individuelle Erinnerungslücken (recall bias) zurückzuführen. Insgesamt scheint aber das Angebot in den Curricula unterrepräsentiert zu sein, wenn 90 % der Studierenden in einer Befragung angaben zu wissen, wie die Hypertonie und der Diabetes zu behandeln seien, die Wissenskenntnisse zur Alkoholerkrankung aber nur bei 20 % lagen. Dies deutet darauf hin, dass den klassischen internistischen Erkrankungen ein größeres Gewicht beigemessen wird als einer epidemiologisch ebenfalls relevanten psychiatrischen Krankheit wie der Alkoholabhängigkeit [25]. Laut einer Erhebung an deutschen medizinischen Fakultäten wird den Themen Diabetes und Hypertonie doppelt so viel Lehrzeit gewidmet wie den Themen der Alkoholerkrankung und Tabakabhängigkeit [26].

Gut auf die Arbeit mit Alkoholkranken vorbereitet zu sein, schließt nicht nur ausreichendes Wissen über Diagnostik und Therapie ein, sondern ebenso die besondere Fähigkeit, alkoholranke Patienten zu führen, richtig anzusprechen, das Umfeld dieser Menschen zu beachten, Angehörige ggf. mit einzubeziehen und rechtzeitig die richtigen Entscheidungen für die Nutzung aller Ressourcen im Suchtsystem im Sinne der Gesundheit der Patienten zu treffen. Aus diesem Grunde ist zu hinterfragen, ob das gängige Lehrformat der „Vorlesung“ in der Ausbildung zur Alkoholerkrankung ausreichend ist.

Eine Befragung der Dekanate an 25 medizinischen Fakultäten zeigte, dass aber gerade dies die überwiegende Lehrmethode an den Universitäten ist, so auch an der TUD. Hier wird z.B. das Thema Alkoholsucht im Medizinstudium in zwei Hauptvorlesungen (jeweils eine in Pharmakologie/3. Studienjahr und in Psychiatrie/5. Studienjahr) gelehrt. Obwohl es in Dresden schon praktische Trainings (Kommunikation, der schwierige Patient etc.) gibt, werden diese nicht zur Übung der „motivierenden Gesprächsführung“ (Motivational Interviewing) genutzt, wie es bei der Behandlung von Patienten mit alkoholassoziierten Erkrankungen empfohlen wird [27]. Die bundesweite Erhebung offenbarte, dass lediglich zwei von 25 Fakultäten den Wissens- und Fähigkeitsnachweis auch praktisch im Rahmen eines OSCE (objective structured clinical examination) einfordern. An fast allen Fakultäten erfolgt dagegen die Lernkontrolle zur Alkoholerkrankung schriftlich über Multiple-Choice-Fragen oder mündlich [12]. An der TUD ist das Thema „Alkoholabhängigkeit“ in den Prüfungen kein strukturierter Bestandteil.

Lehrprojekte an einzelnen Universitäten haben gezeigt, dass eine interdisziplinäre Herangehensweise didaktische Vorteile böte. Ein Wahlfach „Alkohol und Nikotin“ gäbe z.B. die Möglichkeit, da es von großer allgemeiner und klinischer Relevanz ist, wichtige Lehrinhalte einzelner Fächer mit diesem Thema zu verknüpfen. Dies entspräche auch dem Konzept einer horizontalen Vernetzung von Lehrinhalten. Studierende, die an solchen Projekten teilgenommen haben, gaben überwiegend ein positives Feedback. Auch wurde deutlich, dass neben dem Wissenserwerb die Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten sehr wichtig sei und ebenfalls Bestandteil der Prüfungen sein sollte [28].

Es kann davon ausgegangen werden, dass eine bessere Ausbildung nicht nur das Gefühl der Studierenden befördern würde, für ihre spätere Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten gut vorbereitet zu sein, sondern auch deren Motivation und Selbstvertrauen im Umgang mit dem Thema Alkoholabhängigkeit würden an Intensität gewinnen. Es ist deshalb positiv zu bewerten, dass sich die überwiegende Mehrheit der Befragten (77,1 %) dafür ausspricht, dass im Rahmen des Medizinstudiums besser über alkoholbezogene Störungen informiert und trainiert wer-

den sollte, was sich mit den Erkenntnissen aus der bundesweiten Befragung deckt [12]. Die alkoholbedingten Störungen sollten daher angesichts ihres Stellenwertes in der Versorgung in den Curricula der Ausbildung aufgenommen bzw. stärker platziert werden. Im Verhältnis zu anderen Lehrinhalten, z.B. den klassischen internistischen Erkrankungen (Hypertonie,

Diabetes) sollte mehr Ausgewogenheit stattfinden. Ebenso wichtig wäre es, das Thema „Alkoholabhängigkeit“ zu einem regelhaften Bestandteil der Prüfungen zu entwickeln, da offensichtlich das studentische Lernverhalten in erster Linie durch Prüfungen gesteuert wird [29].

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dipl. phil. Thomas Hoffmann, MPH
Medizinische Fakultät TU Dresden/
Gesundheitswissenschaften/Public Health
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
alphabetisierer@me.com

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. 2015. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html>. (letzter Zugriff am 01.02.2015)
2. Lehner B, Kepp J. Daten, Zahlen, Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Jahrbuch Sucht, Lengerich: Pabst, 2012: 9–37
3. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655–679
4. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Jahrbuch Sucht, Lengerich: Pabst, 2013: 321–331
5. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol Comparator Report – alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. 2012. http://amphoraproject.net/w2box/data/AMPHORA%20Reports/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf. (letzter Zugriff am 29.09.2014)
6. John U, Hanke M. Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. *Alcohol & Alcoholism* 2002; 37: 581–585
7. World Health Organization (WHO). Regional office for Europe. Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). 2011. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148068/RC61_wd13G_Alcohol_111374_ver2012.pdf. (letzter Zugriff am 23.03.2015)
8. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Org* 2004; 82: 858–866
9. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 420: 47–54
10. Frank E, Dresner Y, Shani M, Vinker S. The association between physicians' and patients' preventive health practices. *CMAJ* 2013; 185: 649–653
11. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb* 2009; 39: 290–1
12. Strobel LKI. Eine Studie zur Ausbildungssituation deutscher Medizinstudenten hinsichtlich Tabak- und Alkoholabhängigkeit. Universität Göttingen. Dissertation 2012. <http://d-nb.info/1044047542/34> (letzter Zugriff am 01.08.2014)
13. Hinze J. Umgang mit riskantem Alkoholkonsum. Medizinische Fakultät Charité Universitätsmedizin Berlin. Dissertation 2012. http://www.diss.fuberlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000011353/diss_hinze_juliane_elektronische_Version.pdf?host= (letzter Zugriff am 01.08.2014)
14. Voigt K, Twork S, Mittag D, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 219
15. Seitz HK, Bühringer G. Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2010. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Grenzwerte_Alkoholkonsum_Jul10.pdf (letzter Zugriff am 21.09.2014)
16. Krampe H, Stawicki S, Hoehe MR, Ehrenreich H. Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): a successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues Clin Neurosci* 2007; 9: 399–412
17. Bottlender M. One drink, one drunk – Ist kontrolliertes Trinken möglich? *Psychotherapie, Psychosomatik. Med Psychol* 2007; 57: 32–38
18. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97: 265–277
19. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41: 328–335
20. Moos RH, Finney JW, Ouimette PC, Suchinsky RT. A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. Treatment orientation, amount of care, and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 529–536
21. Lu L, Liu Y, Zhu W, Shi J, Liu Y, Ling W, Kosten TR. Traditional medicine in the treatment of drug addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009; 35: 1–11
22. Sanchez-Craig M, Davila R, Cooper G. A self-help approach for high-risk drinking: effect of an initial assessment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 694–700
23. Moyer A, Finney JW. Outcomes for untreated individuals involved in randomized trials of alcohol treatment. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23: 247–252
24. Kolip P. Medizin hat ein Geschlecht: Zufriedenheit mit der Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2009: 102–120
25. Anders S, Strobel L, Krampe H, Raupach T. Wissen Studierende im Praktischen Jahr genug über die Behandlung der Alkohol- und Tabak- Abhängigkeit? *Dtsch Med Wochenschr* 2013; 138: 23–27
26. Strobel L, Schneider NK, Krampe H, et al. German medical students lack knowledge of how to treat smoking and problem drinking. *Addiction* 2012; 107: 1878–1882
27. Körkel J, Veltrup C. Motivational interviewing: an overview. *Suchttherapie* 2003; 4: 115–124
28. Bergelt C, Lauke H, Petersen-Ewert C, Jücker M, Bauer CK. „Alkohol und Nikotin“ – Konzept und Evaluation eines interdisziplinären Wahlfachs mit OSPE im Studienabschnitt Medizin 1. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2014; 31. <http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2014-31/zma000901.pdf> (letzter Zugriff am 23.05.2015)
29. Raupach T, Hanneforth N, Anders S, et al. Impact of teaching and assessment format on electrocardiogram interpretation skills. *Med Educ* 2010; 44: 731–740