

**Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA).**

W. Feuerlein, H. Kufner, C.-M. Haf, C. Ringer und K. Antons

Weinheim: Beltz, 1989.

**Ziel und Aufbau**

„Beim KFA handelt es sich um einen Screening-Test zur Unterscheidung von Alkoholikern und Nichtalkoholikern. Im klinischen Bereich dient er der Abklärung und Bestätigung von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit.“ (S. 15). Ist die klinische Beurteilung unsicher – etwa bei Personen, die am Beginn einer Alkoholismus-Entwicklung stehen, oder wenn aufgrund mangelnder klinischer Erfahrung des Diagnostikers „der erforderliche Vergleich mit Normaltrinkern“ nicht zu leisten ist –, ergibt sich die Notwendigkeit des Einsatzes „standardisierter Verfahren zur Diagnose von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit“ (S. 3). Der „Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete“ (KFA) als Selbstbeurteilungsinstrument ist gedacht als einfaches und praktikables Verfahren, das vor allem auch für epidemiologische Untersuchungen geeignet sei, da klinische und laborchemische Parameter nicht erhoben werden müßten.

In den ersten Seiten der Handanweisung des KFA gehen die Autoren auf verschiedene Ansätze und Verfahren der Alkoholismusdiagnostik ein, erwähnen ein Reihe von Fragebogeninstrumenten aus dem angelsächsischen und deutschsprachigen Raum und nehmen kurz Stellung zu einigen Grundsatzproblemen von Diagnoseinstrumenten im Alkoholismusbereich, wie etwa zum Einfluß von Verfälschungstendenzen oder zur Wahl sogenannter „Zeitfenster“ für die Selbstbeurteilung.

Die 22 Items der KFA – erstmals bei Feuerlein (1975, S. 206 f.) publiziert – sind „verschiedener Herkunft“ (S. 9). Über etwaige Verfahren der Itemselektion wird nicht berichtet. In einfach formulierten Sätzen werden Angaben zu Auswirkungen des Trinkens im *somatischen* Bereich (4 Items), *psychischen* Bereich (6 Items) und *sozialen* Bereich (5 Items) erfragt sowie 7 Items zu Merkmalen *abhängigen Trinkverhaltens* vorgegeben. Der über alle Antworten errechnete Gesamtsummenwert wird mit einem für Männer und Frauen gleichen Grenzwert verglichen, so daß eine Entscheidung bezüglich der Diagnose „Alkoholismus“ möglich sei, wobei sowohl Aspekte des chronischen Alkoholmißbrauchs als auch der Alkoholabhängigkeit im Sinne des *Edwardschen* Abhängigkeitssyndroms zu erfassen versucht wird. Dieser KFA-Rohwert kann auch als „*Feuerlein-Index*“ bezeichnet werden, der jedoch nicht mit dem sogenannten „Alkoholgefährdungs-Index (AGI)“ identisch sei, „wenngleich bei manchen Item(s) Überschneidungen bestehen“ (S. 9).

**Praktische Handhabung**

Die 22 Fragen des KFA sind übersichtlich auf einem Blatt angeordnet. Die Beantwortung erfolgt durch Ankreuzen der Kategorie „ja“ oder „nein“. Die Testdurchführung dauert ca. 5 Minuten. Zur Auswertung werden alle mit „ja“ beantworteten Fragen addiert, 4 der 22 Fragen (Nummer 3, 7, 8 und 14) werden mit dem Faktor vier gewichtet. Die Ermittlung des Testrohwerthes verlangt vom Auswerter, die Gewichtung selbst und ohne das Gedächtnis stützende Hinweise vorzunehmen. Beim Erreichen von 6 und mehr Punkten „kann die Diagnose Alkoholismus (chronischer Alkoholmißbrauch oder Alkoholabhängigkeit) gestellt werden“ (S. 15).

**Gütekriterien**

Die *Objektivität* des KFA ist bezüglich seiner Durchführung und Auswertung als gegeben anzusehen.

Die psychometrische Entwicklung des Verfahrens (*Skalierung*, Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfungen) erfolgte in zwei Schritten: 1976 an einer Männerstichprobe (n = 120 Alkoholiker, ohne nähere Angabe zur Diagnosefeststellung oder Stichprobenmerkmalen, versus n = 80 Patienten eines Allgemeinkrankenhauses, ebenfalls ohne nähere Angaben zur Stichprobe); 1984 an einer Frauenstichprobe (n = 161 Alkoholikerinnen versus n = 67 Psychiatrie-Patientinnen); die Alkoholismus-Diagnose erfolgte in der weiblichen Stichprobe über den MALT („Münchener Alkoholismustest“; Feuerlein et al., 1979), „dem eine größere Validität zugeschrieben wurde als dem rein klinischen Außenkriterium“ (S. 11). Da der Summenwert aus ungewichteten Antwortpunkten zu „relativ hohen Fehlklassifikationsraten“ führte, wurden zunächst diejenigen Items, welche von mindestens 50% der (männlichen) Alkoholiker und von weniger als 10% der (männlichen) Nicht-Alkoholiker bejaht wurden, probeweise mit 2 bzw. 4 Punkten gewichtet. Bei einem kritischem Trennwert von 6 Punkten und der angesprochenen Gewichtung von vier Items wurden die höchsten korrekten Klassifikationsraten von 95,8% (positiv) bzw. 87,5% (negativ) bei den Männern, 96,9% (positiv) und 86,6% (negativ) bei den Frauen erzielt, so daß diese Form der Auswertung letztlich von den Testautoren gewählt wurde.

Die *Reliabilität* wird mit 0.94 in der Männerstichprobe (split-half und Korrektur nach *Spearman-Brown*) bzw. 0.88 in der Frauenstichprobe angegeben.

Die Testautoren gehen zunächst von einer „inhaltlich-logischen Gültigkeit“ der KFA-Ergebnisse aus (S. 15). Die Kennwerte für die *Validität* betragen 0.81 (Männer) bzw. 0.85 (Frauen) und beziehen sich auf das Kriterium Alkoholismus. Die KFA-Rohwerte korrelieren in der Frauenstichprobe zu 0.90 mit den MALT-Gesamtwerten, zu 0.91 mit den MALT-Selbstbeurteilungswerten und zu 0.76 mit den MALT-Fremdbeurteilungen.

Eine *Normierung* im engeren Sinn liegt nicht vor.

## Kritik

(1) Für eine inzwischen 15jährige Entwicklungs- und Erprobungszeit und in Anbetracht der Kürze des Instruments ist die Stichprobe zahlenmäßig gering. Die verschiedenen Teilstichproben sind unzureichend bzw. gar nicht beschrieben, so daß z. B. Selektionskriterien, die eventuell der Generalisierung der Befunde entgegenstehen könnten, oder auch Untersuchungsbedingungen (z. B. Zeitpunkt der Fragebogenvorgabe) für den Anwender nicht abzuschätzen sind.

(2) Die Verfahrensentwicklung weist deutlich methodische Mängel auf. Der Leser erfährt z. B. nicht, daß 11 der 22 KFA-Items aus dem MALT-S (Feuerlein et al., 1979) stammen und lediglich von der Aussage- in die Frageform gebracht wurden. Die Abgrenzung zum MALT bleibt unklar: Obwohl Teile aus dem MALT übernommen wurden, dient er andererseits in der Frauenstichprobe als Validierungskriterium. Woher etwa die in Tabelle 5 mitgeteilten Validitätskoeffizienten von 0.81 bzw. 0.85 (für Männer bzw. Frauen) stammen, bleibt unklar. Es ist z. B. auch kaum einsehbar, warum die Testgütekriterien für die Männer- und Frauenstichprobe jeweils andere sind, will man nicht unterstellen, daß hier zwei nicht aufeinander bezogene Studien „zusammengewürfelt“ wurden. Es ist auch wenig verständlich, warum im nachhinein die Stichprobe der männlichen Nicht-Alkoholiker „bereinigt“ wurde. Es wird dann zwar die Rate „falsch-positiver“ Diagnosen verringert, damit jedoch gerade im Hinblick auf den Einsatz in epidemiologischen Untersuchungen eine „Güte“ des Instruments vermittelt, die so nicht zutrifft. Trotz deutlicher Geschlechtsunterschiede in der Beantwortung einer Reihe von Items gibt es nur einen einheitlichen Grenzwert für Männer und Frauen. Warum auf die ursprünglich vorhandene Frage 23 nach der Behandlungsmotivation verzichtet wurde, bleibt unbegründet (hierzu, wie auch zu anderen offenen Punkten, gibt nicht das kurze Manual, sondern die ausführlichere Primärliteratur eine Antwort; vgl. Feuerlein et al., 1976). Obwohl die Autoren vier inhaltliche Bereiche für die Rekrutierung der Fragen benennen, bleibt eine Überprüfung der Dimensionalität des Instruments aus.

(3) Die Erstellung des Manuals erfolgte wenig sorgfältig (z. B. fehlerhafte Angaben in Tabelle 1, Fehler im Lite-

raturverzeichnis; die als Grenzwerte für den gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum gemachten Angaben (S. 5) stellen mit einiger Wahrscheinlichkeit für den „untrainierten Normalkonsumenten“ tödliche Dosierungen dar, da die Höchstmengen umgerechnet in Gramm reinen Alkohols pro Tag – 60 g/diem für Männer bzw. 20 - 30g/diem für Frauen – fälschlich pro Kilogramm Körpergewicht angegeben werden).

(4) Vor allem unter Beachtung der genannten methodischen Kritikpunkte scheint der Einsatz des KFA zu Screening-Zwecken im individuellen Fall nur eingeschränkt sinnvoll. Gerade dem klinisch eher unerfahrenen Diagnostiker, für den die Testautoren das Instrument zur Unterstützung empfehlen, ist für den Einzelfall anzuraten, verschiedene Wege der Abklärung der Verdachtsdiagnose „Alkoholismus“ einzuschlagen, statt sich vorschnell auf diese recht grobe Orientierung der Selbstbeurteilung zu verlassen. So weisen die Testautoren auch selbst darauf hin, daß der KFA zur „Abklärung von Alkoholmißbrauch im Rahmen von Gutachten . . . wegen der direkten Frageform und der leichten Verfälschbarkeit weniger gut geeignet“ erscheint (S. 15). Die Nützlichkeit des KFA in epidemiologischen Untersuchungen muß im Lichte ähnlicher Einschränkungen bewertet werden. Sollte der KFA in wissenschaftlichen Studien zu Forschungszwecken eingesetzt werden, so ließen sich die dringend erforderlichen Überprüfungen des Instruments durchführen und eine Abklärung der Einsatzmöglichkeiten vornehmen.

## Literatur

- Feuerlein, W. (1975). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen*. Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C., & Antons, K. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). Eine empirische Analyse. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 222, 139-152.
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C., & Antons, K. (1979). *Münchener Alkoholismustest (MALT)*. Weinheim: Beltz Test.

*Dr. Joachim Funke, Institut für Psychologie, Universität Bonn, und Dipl.-Psych. Wilma Funke, Fachklinik Bad Tönisstein*

aus: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10, 1989, 253-254.