

Inhalt

-  **Alkoholabhängige Mütter und Hausbesuche:
Stand der Forschung**
-  **Maßregelvollzug und Strafvollzug:
Möglichkeiten und Grenzen der
Suchtbehandlung**
-  **Alkoholprävention bei Studierenden**

Alkoholabhängige Mütter und Hausbesuche: Stand der Forschung

Hausbesuche bei Schwangeren und jungen Müttern mit und ohne Suchtprobleme sind sehr in Mode. Neue Metaanalysen über die Wirkungen von Hausbesuchen bei süchtigen Schwangeren und jungen Müttern weisen allerdings darauf hin, dass diese nicht besonders nachhaltig sind.

Verweis

Hoff, T. et al. (2011): Neuer Präventionsansatz zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. In: Suchttherapie 12, 115-118.

Pfänder, M. & Feldmann, R. (2011): Die pränatale Alkoholexposition und ihre lebensbegleitenden Folgen. In: Suchttherapie 12, 109-1154.

Der (mäßige) Konsum von Alkohol und anderen Drogen (z.B. Zigaretten oder Cannabis) in der Schwangerschaft ist – bedauerlicherweise – nichts Außergewöhnliches. In den USA liegen die Angaben für (mäßigen) Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft bei 12%, in Deutschland bei 14% (Hoff et al. 2011) und in Australien unter Berücksichtigung der Mütter, die nach der Geburt ihre Kinder stillen, bei 75%. Die Gefahren für den Fötus und das Neugeborene durch mäßigen Alkoholkonsum der Mutter werden kontrovers diskutiert. In Übereinstimmung mit dem internationalen Standard rät die DHS, auf den Konsum von Alkohol und anderen Drogen während der Schwangerschaft völlig zu verzichten. Eine große Übereinstimmung besteht hinsichtlich der negativen Auswirkungen des exzessiven Konsums von Alkohol auf die Entwicklung des Fötus: man geht allgemein davon aus, dass es dabei zu nicht-reversiblen Störungen der körperlichen und geistigen Entwicklung der Kinder kommt. Die Spannweite der Schädigungen ist sehr breit und reicht von sehr leichten körperlichen und kognitiven Einschränkungen zu sehr schweren (Pfänder & Feldmann 2011).

Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft viele psychoaktive Stoffe wie Alkohol, Zigaretten, Cannabis und andere Drogen konsumieren, sind auch nach der Geburt anfälliger für Krankheiten einschließlich des plötzlichen Kindstods. Um so wichtiger ist es, denjenigen Schwangeren und Müttern mit sehr kleinen Kindern, die Substanzkonsumprobleme haben oder bereits abhängig von Alkohol oder anderen Drogen sind, Hilfen anzubieten, die sie in engen Kontakt mit dem Gesundheitssystem bringen oder halten, und die sie selbst annehmen können. Als eine probate Form der Intervention bieten sich Hausbesuche von Hebammen, Kinderschwestern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie entsprechend ausgebildeten Laien an mit dem Ziel, die Lebenssituation von Mutter und Kind zu verbessern.

Turnball, C. & Osborn, D.A. (2012): Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012., 1

Doggett, C., Burrett, S. L. & Osborn, D. A. (2009): Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. Cochrane Database Systematic Reviews, 2009, 1,

Allgemein werden Initiativen zur Implementierung von Hausbesuchen durch geschultes Personal in Familien mit süchtigen Müttern begrüßt. In einer Reihe von Ländern sind Hausbesuche bereits Teil von festen Programmen. Es liegt daher nahe, die Wirkungen von Hausbesuchen bei süchtigen Schwangeren und bei süchtigen Müttern mit sehr kleinen Kindern genau zu untersuchen. Doggett et al. (2009) und Turnball & Osborn (2012) haben auf der Grundlage einer umfassenden Datensuche aus einem Pool von ca. 100 Studien 7 Untersuchungen herausgefiltert, die mit Zufallszuweisungen von Schwangeren und Müttern mit sehr kleinen Kindern zu den Untersuchungs- oder den Kontrollgruppen sowie klar definierten Erfolgskriterien gearbeitet haben (so genannter Gold-Standard der empirischen Forschung). Die Datenbasis umfasst insgesamt 803 Mutter-Kind-Paare, von denen ca. die Hälfte Hausbesuche durch Gemeinde- oder Kinderschwestern, Hebammen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern oder durch andere entsprechend ausgebildete Personen hatte, die andere Hälfte nicht. Die Ergebnisse sind, insgesamt genommen, ernüchternd. Das liegt zum einen daran, dass in den 7 Studien jeweils unterschiedliche Aspekte der Hausbesuche und ihrer Wirkungen untersucht worden sind, und zwar vor allem in der Zeit

nach der Geburt. Zum andern liegt es aber auch daran, dass sich die Studien hinsichtlich der Dauer und Intensität der Hausbesuche stark voneinander unterscheiden. In den meisten Studien gehen die Hausbesuche über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten. Tendenziell ist ein längerer Zeitraum, in dem Hausbesuche stattfinden, sehr kurzen Zeiten mit 2 bis 3 Monaten vorzuziehen, da Verhaltensänderungen Zeit brauchen. Ob Hausbesuche, die sich über 12 Monate und länger erstrecken, bessere Wirkungen haben, lässt sich derzeit nicht beantworten, da keine einschlägigen Studien dazu vorliegen.

Kitzman, H., Olds, D. L., Cole, R. E. et al. (2010): Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. In: Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164, 412-418.

Relativ häufig wurde in der Zeit nach der Geburt und in den ersten sechs Lebensmonaten der Kinder deren psychosoziale und kognitive Entwicklung untersucht. Diese Kinder wurden noch einmal nach 3, 6 oder sogar 12 Jahren (Kitzman et al. 2010) nach diesen dann schon weit in der Vergangenheit liegenden Hausbesuchen auf ihre kognitive Leistungsfähigkeit hin nachuntersucht. Die Metaanalysen ergeben, dass sich zwischen den Untersuchungs- und Kontrollgruppen hinsichtlich der kognitiven Entwicklung keine Unterschiede finden lassen. Die Ergebnisse hinsichtlich der psychosozialen Entwicklung sind dagegen eher uneinheitlich und insgesamt genommen wenig aussagekräftig. Das liegt vielleicht auch daran, dass in allen 7 Studien die Qualität der Versorgung der Kinder in den ersten 6 bis 12 Lebensmonaten nicht detailliert festgehalten wurde. Weder wurden Daten mitgeteilt über die Zahl und Schwere von Verletzungen noch über Klinikaufenthalte. Auch über Art und Ausmaß der häuslichen Gewalt wird in den Studien nichts berichtet.

Immerhin weist eine Studie nach, dass die Interventionen durch das Jugendamt in den Familien mit Hausbesuchen signifikant abgenommen haben. Das lässt indirekt darauf schließen, dass negative Vorkommnisse wie Vernachlässigung des Kindes und häusliche Gewalt abgenommen haben. Die Datenbasis ist aber relativ schwach; eine Verallgemeinerung dieses Befundes über diese Studie hinaus ist daher unzulässig. Die Wirkungen der Interventionen hinsichtlich des Verhaltens der Mütter sind von einigen Ausnahmen abgesehen ebenfalls eher unklar. In der Gruppe mit Hausbesuchen ist die Bereitschaft der Mütter, eine Abstinenztherapie anzufangen oder weiterzuführen, signifikant größer als in der Gruppe ohne Hausbesuche. Das hat aber wenig Langzeitwirkung.

Insgesamt ergeben sich in den Nachuntersuchungen nämlich keine Unterschiede hinsichtlich des Alkoholkonsums zwischen der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe. Entsprechendes gilt für die Lebenssituation der Mütter, die sich nach der Metaanalyse in beiden Gruppen etwa gleich gut oder gleich schlecht darstellt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Evidenz für eine positive kurzfristige Wirkung von Hausbesuchen eher mager ist und für die Langfrist nicht vorliegt. Eine generelle Empfehlung für Hausbesuche kann daher nicht gegeben werden. Dennoch sollten Hausbesuche weiter durchgeführt und entsprechend beforscht werden, da es einige Hinweise auf Erfolge gibt, die viel versprechend sind.

Maßregelvollzug und Strafvollzug: Möglichkeiten und Grenzen der Suchtbehandlung

Aktuelle Übersichtsarbeiten und Studien zur Zwangsbehandlung von Menschen mit Suchtproblemen zeigen, dass solche Ansätze durchaus erfolgreich sein können. Studien mit einem Kontrollgruppendesign fehlen bislang. Die Rahmenbedingungen setzen den therapeutischen Möglichkeiten allerdings enge Grenzen.

Verweis Im Strafvollzug werden Süchtigen noch immer extramural längst etablierte Behandlungsformen vorenthalten.

von der Haar, M. (2012): §64 StGB in der Praxis – ein Überblick. In: Suchttherapie 2012; 13: 58-65.

Wittmann, B. (2012): Zur forensischen Behandlung Drogenabhängiger. In: Suchttherapie 2012; 13: 66-73.

Obgleich die Zwangs- und Quasi-Zwangsbehandlung süchtiger Männer und Frauen in weiten Teilen der Suchthilfe in Deutschland einen eher zweifelhaften Ruf hat und Autonomie und Motivation der Klientinnen und Klienten hoch geschätzt werden, findet dennoch ein großer Teil der Behandlungen unter mehr oder weniger starken Anteilen von Zwang statt. Zwangsbehandlungen – also auf Grund staatlicher Gewalt angeordnete Behandlungsmaßnahmen – werden in Deutschland im Rahmen des Maßregelvollzugs durchgeführt. Übersichtsarbeiten mit aktuellen Informationen und Daten zur Bedeutung des Maßregelvollzugs für Alkohol- und Drogenabhängige finden sich im Rahmen eines Schwerpunktes „Forensik und Sucht“ der Zeitschrift Suchttherapie (von der Haar 2012, Wittmann 2012).

Grundlagen der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug sind die §§ 20 und 21 des Strafgesetzbuches zur Schuldunfähigkeit, aus denen sich die Möglichkeit ergibt, gemäß §64 StGB die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anzuordnen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren Ende 2010 rund 3.350 Menschen in einer Einrichtung nach § 64 untergebracht, davon etwa 2.100 Abhängige von illegalen Drogen. Insgesamt hat sich die Zahl der Einweisungen in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt. Bei den Delikten, die zur Einweisung führten, dominieren bei Alkohol die Körperverletzungen, während bei illegalen Drogen Verstöße gegen das BtmG und Eigentumsdelikte die größte Bedeutung haben. Der Männeranteil liegt bei weit über 90 %, und die Altersklassen zwischen 25 und 35 Jahren sind am stärksten vertreten. Als Indikator für den Erfolg des Maßregelvollzugs bietet sich zunächst die Zahl der Entlassungen auf Bewährung an, die Mitte der 90er Jahre bei gut 50 % lag und in den letzten zehn Jahren zwischen 35 % und 40 % schwankt. Umgekehrt werden rund 50 % aller Fälle wegen mangelnder Erfolgsaussichten beendet und die betroffenen Personen in den Strafvollzug zurückverlegt, wobei diese sogenannten „Erledigungen“ je nach Einrichtung zwischen 25 % und 80 % schwanken.

Schalast, N., Palaschke, M. Dönisch-Seidel, U. (2009): Evaluation des Maßregelvollzugs gemäß §64 StGB. In: Recht und Psychiatrie (2009) 27: 183-190.

<http://www.uni-due.de/rke-forensik/ErtragDerUnterbringungInEinerEntziehungsanstalt.shtml>

Bei Schalast et al. (2009) findet sich ein Überblick über verschiedene Katamnese-studien zum Maßregelvollzug. Primäres Erfolgskriterium ist dabei die Legalbewährung, die je nach Studie zwischen 29 % und 66 % schwankt. Die Angaben für Drogen- bzw. Alkoholabstinenz liegen deutlich darunter. Methodisch problematisch an diesen Studien ist, dass die Ergebnisse sich jeweils nur auf Teilpopulationen beziehen und somit keine Aussage zum Erfolg in Bezug auf alle Insassen möglich ist wie dies z.B. die Katamnesestandards der DHS vorsehen. Außerdem fehlen durchgängig Kontrollgruppen. Eine methodisch anspruchsvollere Studie wird aktuell von Schalast und Kollegen unter Einbezug einer Kontrollgruppe von suchtkranken Straftätern aus dem Strafvollzug an der Universität Duisburg-Essen durchgeführt.

Bei Heroinabhängigen wird seit kurzem auch über die Substitutionsbehandlung im Maßregelvollzug diskutiert. Bislang wird diese Form medikamentengestützter Behandlung aber noch sehr zurückhaltend angeboten, obgleich Daten aus ausländischen Studien Hinweise darauf enthalten, dass sich gerade durch die Sub-

stitutionsbehandlung die bislang eher enttäuschenden Outcome-Daten bei Hero-inabhängigen verbessern könnten. Wittmann (2012) verweist auf die hohe Bedeutung, die der extramuralen Weiterbehandlung oder -beratung im Urlaub und in der Bewährung zukommt. Umso problematischer ist sein Befund, dass es zu wenig Kommunikation und Kooperation zwischen Maßregelvollzug und Bewährungshilfe gibt und der „Zugang ins bestehende Suchthilfesystem“ oftmals nicht gelingt.

Stöver, H. (2012):
Drogenabhängige in
Haft – Epidemiologie,
Prävention und Be-
handlung in totalen
Institutionen.
In: Suchttherapie
2012; 13: 74-80.

Mit der Situation von Drogenabhängigen im Strafvollzug beschäftigt sich Stöver (2012). Aus den §§56-66 des Strafvollzugsgesetzes ergibt sich, dass jeder Gefangene einen Rechtsanspruch auf eine den Standards der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende medizinische Versorgung hat. Bei drogenabhängigen Gefangenen klafft zwischen Anspruch und Wirklichkeit aber eine beträchtliche Lücke. Laut Statistischem Bundesamt waren zum Stichtag 31.3.2011 von den rund 60.100 Strafgefangenen und Sicherheitsverwahrten knapp 15 % - rund 8.800 - wegen Verstößen gegen das BtmG inhaftiert. Für eine Schätzung der Zahl der drogenabhängigen Gefangenen dürfte dies allerdings nur eine untere Grenze darstellen. Stöver geht von 30 % - 40 % Drogenabhängigen bei den männlichen und mehr als 50 % bei den weiblichen Gefangenen aus (Stöver 2012, 75). Die suchtmmedizinische Versorgung drogenabhängiger Gefangener unterscheidet sich massiv von der Versorgung Drogenabhängiger in Freiheit. Dies wird besonders deutlich bei Versorgungsangeboten wie Spritzentausch, Substitution, aber auch bei der Prävention und Behandlung von HCV und HIV. Eine den Richtlinien der Bundesärztekammer entsprechende Behandlungskontinuität ist bei Inhaftierungen meist nicht gegeben.

Vogt, I. (2012):
Zwangs- und Quasi-
Zwangskontexte bei
der Behandlung von
süchtigen Männern
und Frauen in
Deutschland: Ein
Überblick. In: Sucht-
therapie 2012; 13: 81-
89.

Während Zwangsbehandlungen in Deutschland ausschließlich im Maßregelvollzug stattfinden, gibt es für Behandlungen mit stark eingeschränkter Wahlfreiheit (so genannten „Quasi-Zwangsbehandlungen“) verschiedene Formen und Settings. Vogt (2012) diskutiert u.a. Studien zu Kursen zur Wiedererlangung des Führerscheins, die von Erfolgsraten von knapp 50 % ausgehen. Zu anderen Quasi-Zwangskontexten wie z.B. zu Suchtbehandlungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder zu süchtigen Müttern, liegen keine belastbaren Daten vor. Für Abhängige von illegalen Drogen gibt es mit §35 BtmG einen eigenen und nach wie vor bedeutsamen Weg zu Quasi-Zwangsbehandlungen. Aktuelle Daten der Deutschen Suchthilfestatistik zufolge nahmen 48 % aller opiatabhängigen Klientinnen und Klienten nach § 35 BtmG an einer stationären Rehabilitationsbehandlung teil. Auffällig sind die Unterschiede im therapeutische Setting zwischen Einrichtungen nach § 35 BtmG und dem Maßregelvollzug nach § 64 StGB: Während davon auszugehen ist, dass in den Therapie-statt-Strafe-Einrichtungen therapeutische Standards wie Vertraulichkeit gewahrt werden, dominieren in den Maßregeleinrichtungen Kontrollvorschriften, die keinen Raum für Vertraulichkeit lassen. Welche Bedeutung das für die therapeutische Arbeit und damit für den Erfolg der Behandlung hat, ist bislang nicht hinreichend untersucht worden.

Kraatz-Maček, B.
(2011): „Therapie statt
Strafe“ – ein bewähr-
tes Prinzip steht in
Frage. In: Konturen
5/2011, 32-33.

Aus der Praxis der „Therapie statt Strafe“ berichtet Kraatz-Maček von Condrobs München (2011) von positiven Erfahrungen, aber auch von zunehmenden Hürden in der Kooperation zwischen Justiz, Kostenträger und Suchthilfe und einer aktuell deutlich engeren Auslegung des rechtlichen Rahmens durch die Staatsanwaltschaft. Während die Einweisungen in den Maßregelvollzug zunehmen, führen strengere Prüfungen des Kausalzusammenhangs zwischen Straftat und Sucht häufiger zur Ablehnung von Therapie statt Strafe nach § 35 BtMG.

Alkoholprävention bei Studierenden

„Wie sollten Angebote zur Prävention alkoholbezogener Störungen für Studierende gestaltet werden?“ Die Studie von Laging et al. gibt darauf eine erste Antwort.

Laging, M. (2012a):
Internetbasierte Alkoholprävention bei Studierenden. *Sucht*, 58, 85-96.

In Deutschland sind die Alkoholkonsummuster von Studierenden vergleichsweise selten intensiv untersucht worden. Die wenigen Studien, die für diese Personengruppe vorliegen, weisen jedoch darauf hin, dass überdurchschnittlich viele Studierende während der Studienzeit riskante Konsummuster haben. Vor allem gelegentlicher exzessiver Alkoholkonsum (binge drinking) kommt gehäuft vor. Das ist für sich genommen keine neue Erkenntnis, weiß man doch schon seit langem, dass während des Studiums immer mal wieder der Alkohol in Strömen fließt.

In den USA untersucht man schon seit vielen Jahren den Alkoholkonsum von Studierenden. Das liegt im Interesse der Universitäten, die eine gewisse Aufsichtspflicht für die Anfangs meist noch minderjährigen Studierenden übernehmen, von denen sehr viele in Wohnheimen auf dem Universitätsgelände leben. Da der Erwerb und Konsum der meisten alkoholischen Getränke zudem erst ab dem Alter von 21 Jahren erlaubt ist, erstreckt sich diese Aufsichtspflicht auch noch bis zu diesem Alter. Trotz erheblicher Anstrengungen gelingt es nicht, Abstinenz unter Studierenden bis zum 21. Lebensjahr durchzusetzen.

Da es immer wieder zu Alkoholexzessen unter Studierenden kommt, hat heute jede US-amerikanische Universität ein Präventionsprogramm für Studierende mit vermeintlichen oder tatsächlichen Problemen mit Alkohol und anderen Drogen. Es gibt anonyme Programme mit computergestützten Selbsttests, die mit Feedback gekoppelt sind. Alle Personen, die den Selbsttest durchführen, erhalten ein Feedback. Wer durch hohen Alkoholkonsum oder binge drinking auf dem Campus oder im Wohnheim auffällt, wird zu einem Krisengespräch vorgeladen und muss mit Auflagen rechnen. Wer im Selbsttest wegen Alkoholkonsum auffällt, erhält ein personenbezogenes Feedback, das sehr oft mit dem Angebot eines Gesprächs gekoppelt ist.

Laging, M., Groß, S., Ilse, A.K., Löffler, T., Rauch, T. & Heidenreich, T. (2012b):
Alkoholprävention bei Studierenden. *Sucht*, 58, 167-172.

Wie Laging (2012a) in ihrer Übersichtsarbeit über diese Präventionsprogramme ausführt, liegen aktuell 17 randomisierte, kontrollierte Studien vor, in denen verschiedene Formen des Feedbacks eingesetzt worden sind, und in denen die Wirkungen dieser Rückmeldungen nach 2 Monaten und nach 5-6 Monaten untersucht worden sind. In der Mehrzahl dieser Studien sind die kurzfristigen Wirkungen hoch bis mittel, bei einigen Wenigen eher niedrig. Langfristigen Wirkungen lassen sich in einigen Studien hinsichtlich des binge drinking nachweisen; bei den meisten Studien ergeben sich aber keine nachhaltigen Effekte.

Carey, K.B. et al. (2009): *Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis*. *Addictions*, 104, 1807-1819.

Auf der Grundlage dieser Studien sowie der Ergebnisse einiger Meta-Analysen (zum Beispiel Carey et al., 2009) haben Laging und Mitarbeitende (2012b) eine erste Befragung von 575 Studierenden der Hochschule Esslingen durchgeführt. Ziel war, zu erkunden, welche Formen der Prävention diese Personengruppe zum Thema „riskanter Alkoholkonsum“ bevorzugen würde und welche Attribute dabei wichtig wären. Die Studierenden würden gerne über Plakate, Flyer und Informationen auf einer Website auf eine solche Kampagne aufmerksam gemacht werden. Wichtig ist ihnen dabei vor allem Vertraulichkeit und Anonymität. Auf der Basis dieser Ergebnisse lässt sich dann wohl eine auf die Hochschule zuge-

schnittene Präventionskampagne aufbauen. Man kann auf die Ergebnisse gespannt sein.

Buchankündigung

Schmid, M.; Schu, M.; Vogt, I.: Motivational Case Management : Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe, € 39,95, 180 Seiten, Softcover, ISBN: 978-3-86216-084-6, medhochzwei Verlag Heidelberg, Juni 2012.

Kontakt: info@medhochzwei-verlag.de.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF),
Fachhochschule Frankfurt am Main, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de

Prof. Dr. Martin Schmid,
Katholische Hochschule Mainz, Fachbereich Soziale Arbeit,
Saarstr. 3, 55122 Mainz,
Tel: (06131) 289 44 33, E-Mail: martin.schmid@kh-mz.de