

Inhalt

-  **Die Anwendung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in der Suchthilfe**
-  **Behandlung von Kokainabhängigkeit**
-  **Evaluation der Novelle der Spielverordnung (SpielV)**

Die Anwendung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in der Suchthilfe

Seit mehreren Jahren liegt mit der ICF ein mehrdimensionales Klassifikationssystem vor, mit dem sich die Folgen von Gesundheitsstörungen differenziert darstellen lassen. Die Anwendung in der Suchthilfe scheitert bislang vor allem an der mangelhaften Praktikabilität. Die Zeitschrift Suchttherapie stellt in ihrer aktuellen Ausgabe verschiedene Versuche vor, die ICF für die Suchthilfe anwendbar zu machen.

Verweis

Schuntermann, M. F. (2011): Die Bedeutung des ICF für das Deutsche Gesundheitssystem. In: Suchttherapie 12: 8-13.

Download der ICF unter

www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm

Während die ICD (International Classification of Diseases) eher einem biomedizinischen Modell folgt und aus einer Klassifikation von Krankheiten besteht, geht es in der ICF um die Beschreibung der Auswirkung von Gesundheitsstörungen. Das der ICF zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell drückt sich in den zentralen Konzepten Körperfunktionen (z.B. mentale Funktionen) und Körperstrukturen (z.B. Strukturen des Nervensystems), Aktivitäten (z.B. Haushaltsaufgaben erledigen) und Teilhabe (etwa am wirtschaftlichen Leben) aus. Zudem werden Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) berücksichtigt. Zu den Umweltfaktoren enthält die ICF eigene Items wie z.B. gesellschaftliche Einstellungen oder soziale Sicherungssysteme, bei denen jeweils unterschieden wird, ob sich diese fördernd oder als Barriere auf die funktionale Gesundheit auswirken. Im gesamten Bereich der Rehabilitation gewinnt die ICF immer mehr Bedeutung, was sich u.a. am zunehmenden Einfluss in der Sozialgesetzgebung und bei den Trägern der Rehabilitation zeigt. Auch für die Suchthilfe wird die ICF immer wichtiger werden.

Insbesondere das bio-psycho-soziale Modell der ICF ist gut geeignet für die Suchthilfe, in der sich ebenfalls ein bio-psycho-soziales Verständnis von Ursachen, Auswirkungen und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen durchgesetzt hat. Der multiprofessionellen Suchthilfe steht mit der ICF erstmals eine disziplinübergreifende Sprache zur Verfügung.

Die Anwendung der ICF wird bislang aber durch deren mangelnde Praktikabilität behindert: die ICF besteht aus über 1.400 Kategorien. Zur Erhöhung der Praktikabilität sind Anpassungen in Form von ICF-Core-Sets erforderlich. Mit der Entwicklung eines ICF-Core-Set Sucht befasst sich in Deutschland die ICF-AG des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) und des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS). Diese AG versucht im Rahmen eines Delphi-Verfahrens einen Konsens zwischen Experten der Suchthilfe hinsichtlich der erforderlichen Core-Items zu erzielen. Hierzu liegt eine Pilotstudie vor, in deren Rahmen 20 Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter aus der stationären Suchthilfe die 1.424 Items der ICF hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und ihrer Bedeutung für differenzierte Indikationsstellung und weitere Dimensionen beurteilt haben (Amann et al. 2011). Die Verständlichkeit der Items wurde grundsätzlich bejaht. Als wichtig für die differenzierte Indikationsstellung und die Beurteilung des Behandlungsbedarfs wurden besonders häufig mentale Funktionen, Schädigungen der Leber und der Bauchspeicheldrüse sowie Items aus den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe, die sich auf Beziehungsaspekte, den Tagesablauf, das Erwerbsleben und den Umgang mit Stress beziehen, genannt. Nach Ansicht der Autoren zeigen die Ergebnisse, dass ein Core-Set Sucht im Konsensverfahren erreichbar ist. Auf einer Konsensuskonferenz soll dieses Core-Set weiterentwickelt werden. Es wäre zu wünschen, dass auf dem weiteren Weg zu einem Core-Set auch Experten aus der ambulanten Suchthilfe beteiligt werden.

Ein anderer Ansatz, die ICF für die Suchthilfe anwendbar zu machen, stellt der

Amann, K., Stracke, R., Veltrup, C., Küfner, R. & Roeb-Rienas, W. (2011): Auf dem Weg zu einem Konsensverfahren „ICF-Core Set Alkohol und Drogenabhängigkeit – ein Pilotprojekt mit 20 Suchtexperten. In: Suchttherapie 12:20-28

Buchholz, A., Broekmann, T & G. Schippers (2011): Anwendungen der ICF in der Suchthilfe am Beispiel des MATE-ICN. In: Suchttherapie 12:14-19

Klein, J., Buchholz, A., Lindenmeyer, J. & Rist, F. (2011): Prädiktoren der funktionalen Gesundheit zu Beginn und Ende einer Alkohol-Entwöhnungsbehandlung. In: Suchttherapie 12:29-34

MATE-ICN (Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation – ICF-core-set and Need for Care) dar (Buchholz et al. 2011). Der MATE-ICN ist der Teil des in den Niederlanden für die Indikationsstellung und Evaluation verschiedener Suchtbehandlungen entwickelte MATE, der sich explizit am bio-psycho-sozialen Modell und den Kategorien der ICF orientiert. In den Niederlanden wird der MATE-ICN inzwischen umfassend eingesetzt – z.B. im Rahmen der Amsterdam Cohort Study zu Personen mit problematischem Drogenkonsum - und ist in die elektronischen Patientenakten vieler Suchthilfeeinrichtungen integriert. Die – insgesamt befriedigenden - Ergebnisse einer Pilotstudie zur psychometrischen Prüfung der deutschen Übersetzung des MATE-ICN wurden bereits 2009 ausführlich in der Zeitschrift Sucht vorgestellt. Chancen für die Integration in Routinediagnostik und Monitoring werden insbesondere für den qualifizierten Entzug, die Entwöhnungsbehandlung und die Methadonbehandlung gesehen. In einer weiteren Studie wurde der MATE bei 132 Patienten der Salus-Klinik in Lindow zur Erfassung der funktionalen Gesundheit zu Behandlungsbeginn und -ende eingesetzt (Klein et al. 2011). Dabei konnte gezeigt werden, dass eine geringe funktionale Gesundheit zu Behandlungsbeginn mit hoher psychischer Belastung und fehlender Partnerschaft korreliert, während eine Partnerschaft und niedrige Anzahl komorbider Störungen mit einer erhöhten funktionalen Gesundheit zum Behandlungsende einhergeht. Der Einsatz des MATE wird als hilfreich für die Behandlungsplanung und eine Ausrichtung der Therapie am Ziel der Verbesserung der funktionalen Gesundheit beschrieben. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die ICF und das dahinterliegende bio-psycho-soziale Modell in Form solcher Core-Sets immer mehr Bedeutung für die Suchtforschung und für die Praxis der Suchthilfe erlangen wird.

Behandlung von Kokainabhängigkeit

In sehr enger Anlehnung an das von Carroll 1998 für die USA entwickelte Programm haben Dürsteler-MacFarland und Kollegen ein Therapiemanual zur Behandlung von kokainabhängigen Männern und Frauen veröffentlicht, das hier besprochen wird.

Verweis

Dürsteler-MacFarland, K. M., Schmid, O., Strasser, J. & Wiesbeck, G. A. (2010): Therapiemanual Kokainabhängigkeit. Stuttgart, Kohlhammer.

Carroll, K.M. (1998): A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction. NIDA Archives. <http://archives.drugabuse.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>

Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008): Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz,

Männer und Frauen, die von Kokain abhängig sind, sind in Einrichtungen der Suchthilfe eine Minderheit. Nur rund 4.000 Menschen mit Kokainproblemen (Hauptdiagnose) haben in den letzten Jahren die Angebote der ambulanten Drogenhilfe in Anspruch genommen und nur etwa 500 Kokainabhängige wurden in einer stationären Einrichtung behandelt. Die Zahl der Konsumenten und Konsumentinnen ist jedoch mit Sicherheit sehr viel höher; die Schätzungen liegen in Deutschland in den Altersgruppen 18 bis 39 Jahre bei etwa 1,5% (12-Monats-Prävalenz, vgl. Kraus et al. 2008). Es ist unklar, wie viele die Droge nur gelegentlich und wie viele diese regelmäßig konsumieren, und wie viele erhebliche Probleme wegen dieser Konsumgewohnheiten entwickeln. Pauschal betrachtet erweist sich die Behandlung der Kokainabhängigkeit als schwierig. Auch darum liegen im deutschen Sprachraum bislang nur wenige schriftliche Konzepte zur Behandlung der Kokainabhängigkeit vor. Das „Therapiemanual Kokainabhängigkeit“ füllt diese Lücke. Es beginnt mit einem kurzen Überblick über die Grundlagen und Wirkungen der kognitiven Verhaltenstherapie (Kapitel 1-3). In diesen Kapiteln finden sich Hinweise, für welche Personengruppen sich dieser Behandlungsansatz eher nicht eignet. Dazu gehören Menschen, die abhängig sind von anderen psychoaktiven Stoffen, ebenso Menschen, die unter schweren komorbiden Störungen (Psychosen, bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen) leiden oder die auf Anordnung des Gerichts, einer Behörde oder eines Arbeitgebers (unter Androhung einer Kündigung) eine Behandlung beginnen. Da-

her steht am Beginn der Behandlung die Abklärung, wie es um die Verfassung und die Motivation zur Verhaltensänderung der Klientel steht. Dazu wird eine Reihe von Testverfahren eingesetzt, an die sich eine ausführliche Verhaltensanalyse anschließt, in der die Behandlungsmotivation noch einmal abgeklärt wird, ebenso der aktuelle Konsum von Kokain im Kontext der Lebenssituation.

Die Autoren weisen darauf hin (S. 114), dass der Behandlungsansatz auch für Menschen, die an einer opioidgestützten Behandlung teilnehmen, geeignet ist. Voraussetzung ist jedoch, dass sie psychisch (und physisch) stabil sind, Selbstbeobachtungen durchführen können und sich auf Übungsaufgaben einlassen. Sie empfehlen für diese Klientel zusätzliche Sitzungen zur Unterstützung der Veränderungsmotivation, die als Block am Beginn der Behandlung stehen können, aber auch eingeschoben werden sollten, wenn die Bereitschaft zur Mitarbeit zu erlahmen droht.

Die Ziele der Behandlung sind die Veränderung des problematischen Kokainkonsums, zunächst durch Reduktion des Konsums, langfristig als Abstinenz, und die Verbesserung der Lebensqualität. Mit jedem Klienten und mit jeder Klientin sind die Ziele in den ersten zwei Sitzungen auszuhandeln. Sehr oft geht es Anfangs um Konsumreduktion zur Vermeidung negativer Folgen. Meist stellt sich der Wunsch nach Abstinenz erst nach einigen Sitzungen ein, wenn sich bereits positive Effekte wie etwa eine Verbesserung der Lebensqualität durch die Konsumreduktion bemerkbar machen.

Das Programm ist auf 12 bis maximal 16 Sitzungen angelegt. Damit in der relativ kurzen Zeit die Ziele erreicht und stabilisiert werden können, ist das Vorgehen sehr strukturiert. Jede Sitzung hat ein Thema; am Ende jeder Sitzung stehen praktische Übungen, die der Klient oder die Klientin als Hausaufgaben mitnimmt. Der Klient und die Klientin sind aufgefordert, zwischen den Sitzungen aktiv Fertigkeiten zu üben (z.B. Selbstexplorationen und Selbstbeobachtungen durchführen und die Ergebnisse in Arbeitsbögen festhalten, Entscheidungen zur Reduktion des Kokainkonsums fällen und schriftlich festhalten, weitere Ziele genau durchdenken und entsprechend umsetzen usw.), die in der jeweils darauf folgenden Sitzung besprochen werden. Auch das Risiko von HIV-Infektionen durch ungeschützte Sexualkontakte unter dem Einfluss von Kokain wird thematisiert, und es wird geübt, worauf der Klient und die Klientin achten müssen, um kritische Situationen zu vermeiden bzw. sie durch Benutzung von Kondomen zu entschärfen. Das Arbeitspensum ist hoch; es ist nur mit einer starken Veränderungsmotivation durchzuhalten und zu bewältigen.

Der Behandlungsansatz fordert auch von den Behandlerinnen und Behandlern vollen Einsatz. Auch diese müssen regelmäßig Checklisten und Fragebogen ausfüllen und kontrollieren, wie sie die Sitzungen gestaltet haben, ob sie ihre Klienten und Klientinnen unterstützt haben, ob sie mit diesen über die Übungen gesprochen haben usw. Wiederholungstrainings in motivierender Gesprächsführung werden erwartet, ebenso die regelmäßige Teilnahme an einer individuellen Supervision.

Bei Beachtung der Voraussetzungen und systematischer Förderung der Qualität der Behandlung ist bei Einsatz des Therapiemanuals mit guten Erfolgen bei der Behandlung von kokainabhängigen Frauen und Männern zu rechnen (z.B. Stulz et al. 2010). Auch kommt dieser Behandlungsansatz ohne zusätzlichen Einsatz von Medikamenten aus, die bei der Behandlung von Kokainabhängigkeit eine immer wichtigere Rolle spielen. Eingesetzt werden neben Methylphenidat (Ritalin) Metamphetamin und Modafinil als in der Wirkungsrichtung verwandte Drogen, aber auch Distanneurin und Antidepressiva. Bislang sind allerdings die Versuche, Kokainabhängigkeit mit stimulierenden Medikamenten zu behandeln (Castells et al. 2010), nicht sehr Erfolg versprechend.

Stulz, N., Gallop, R., Lutz, W., Wrenn, G. L. & Crits-Cristoph, P. (2010): Examining differential effects of psychosocial treatments for cocaine dependence: An application of latent trajectory analyses. In: Drug and Alcohol Dependence, January 15; 106(2-3): 164. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814930/pdf>.

Castells, X. et al. (2010): Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2. Art. No.: CD007380. DOI: 10.1002/14651858.CD007380.pub3

Evaluation der Novelle der Spielverordnung (SpielV)

Das Institut für Therapieforschung in München (IFT) hat eine „Untersuchung zur Evaluierung der Fünften Novelle der Spielverordnung vom 17.12.2005“ vorgelegt. In der vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) in Auftrag gegebenen Studie geht es um die seit 2005 geltenden Regelungen für Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten.

Verweis

Bühringer, G. et al.
(2010): Untersuchung
zur Evaluierung der
Fünften Novelle der
Spielverordnung vom
17.12.2005.
Abschlussbericht.
München (IFT).

Bühringer, G. et al.
(2010): Untersuchung
zur Evaluierung der
Fünften Novelle der
Spielverordnung vom
17.12.2005.
Kurzbericht. München
(IFT).

Download des Ab-
schluss- und des
Kurzberichtes im
Internet unter
[http://www.ift.de/
fileadmin/
downloads/
Abschlussbe-
richt_online.pdf](http://www.ift.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht_online.pdf)

Anders als Glücksspielautomaten in Spielbanken unterliegen sogenannte „Spielgeräte mit Gewinnmöglichkeit“, die in Gaststätten und Spielhallen aufgestellt werden, den Regelungen der Gewerbeordnung, der Spielverordnung (SpielV) und der Spielverwaltungsvorschrift (SpielVwV). Da laut Gesetzgeber bei diesen Spielautomaten die Unterhaltung – und nicht der Gewinn bzw. Verlust von Geld – im Mittelpunkt stehen sollen, sind zum Schutze der Allgemeinheit und der Spieler Grenzwerte für Verlust, Gewinn, Geldeinsatz, Spieldauer u.ä. festgelegt. Diese Vorschriften wurden mit der 5. Novelle der Spielverordnung, die zum 1.1.2006 in Kraft getreten ist, zuletzt verändert. Ziele dieser Veränderungen waren zum einen Verbesserungen beim Jugendschutz (etwa durch Verbot sogenannter Fun Games und die Pflicht zur Auslage von entsprechenden Informationen), bei der Suchtprävention und beim Spielerschutz (z.B. durch Zwangspausen sowie eine Senkung der Gewinngrenze auf 500,-€ je Stunde und der Verlustgrenze auf 80,-€ je Stunde). Andererseits sollten aber auch die Spielautomaten „attraktiver“ gemacht werden dürfen. Mit einer Evaluation sollte erforscht werden, ob mit der Novelle dieser Spagat gelungen ist.

Die Autoren des IFT verweisen zu Recht darauf, dass zur Analyse kausaler Zusammenhänge zwischen der Novelle der SpielV und etwa der Zahl pathologischer Spieler und Spielerinnen und den Auswirkungen auf Spieler- und Jugendschutz Längsschnittstudien oder aufwendige mehrjährige Querschnittstudien erforderlich wären. Angesichts der finanziellen und zeitlichen Rahmenbedingungen entschied sich das IFT aber für einen Mix aus verschiedenen parallel durchgeführten Teilstudien, die im engeren Sinne keine Kausalbeziehungen untersuchen, wohl aber mehr oder weniger plausible Schlussfolgerungen zulassen. Zu diesen Teilstudien gehören eine umfangreiche Befragung von 591 Spielern und Spielerinnen an Geldspielautomaten, eine Befragung von 102 Betreibern von Spielhallen und Gaststätten, teilnehmende Beobachtungen und Begehungen in Spielhallen und Gaststätten sowie Experteninterviews und Literaturanalysen. Erschwerend kam die mangelhafte Bereitschaft vieler Betreiber hinzu, sich an der Evaluation zu beteiligen und Interviews in ihren Betrieben zuzustimmen, wodurch die ohnehin vorhandenen Probleme hinsichtlich Stichprobenziehung und Repräsentativität noch einmal vergrößert wurden. Im Abschlussbericht sind diese Probleme ausführlich beschrieben.

Der multimodale Ansatz der Studie führt zu breit gefächerten Einzelergebnissen, die von den Autoren teilstudienübergreifend zu 23 Schlussfolgerungen zusammengefasst werden. Während einerseits die mit der Novelle angestrebten Gerätemerkmale weitgehend umgesetzt sind, zeigen sich andererseits trotzdem Tendenzen, die festgelegten Obergrenzen zu umgehen. Dies geschieht zum einen durch Punktesysteme, bei denen Gewinne, die die Obergrenze von 500,-€ überschreiten, in Punkte umgewandelt werden, die zeitversetzt wieder in Geld zurückverwandelt und ausgezahlt werden. Ein Drittel der Spieler und Spielerinnen erinnerten sich an solche problematischen Auszahlungspraktiken. Zum anderen berichten mehr als 10 % der Spieler und Spielerinnen vom „Vorladen“, bei dem die Betreiber gegen Bezahlung Automaten anbieten, bei denen sie bereits vorab Geldbeträge eingeworfen haben. Weiterhin konnte mit der Studie gezeigt werden, dass die Betreiber meist nur unzureichend über die SpielV informiert sind.

Die Aufstellregeln wurden nur von einem Fünftel der Spielhallenbetreiber konsequent eingehalten. Während in Spielhallen nur wenige Verstöße gegen das Spielverbot für Jugendliche beschrieben wurden, gibt es Hinweise auf Defizite im Bereich Jugendschutz in Gaststätten. Die Ergebnisse der Teilstudien zur Attraktivitätssteigerung und zur Wirtschaftlichkeit der Geldautomaten fallen unterschiedlich aus.

Zum Abschluss diskutieren die Autoren einen umfangreichen Katalog an Vorschlägen, wie Glücksspielsuchtprävention und Spielerschutz im Zusammenhang mit Geldspielautomaten verbessert werden können. Dabei gehen Bühringer et al. von etwa 5 % pathologischen Glücksspielern und Glücksspielerinnen bei Geldspielautomaten in Gaststätten und Spielhallen aus. Ziel dieser vorgeschlagenen Maßnahmen ist, die Entwicklung pathologischen Glücksspiels zu verhindern und gleichzeitig pathologische Glücksspieler und Glücksspielerinnen von weiteren Glücksspielen abzuhalten.

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 Fachhochschule Mainz, Fachbereich Soziale Arbeit,
Saarstr. 3, 55122 Mainz,
Tel: (06131) 289 44 33, E-Mail schmid@kfh-mainz.de