

Inhalt

- Suchtbelastung bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Zuwanderern – Forschungsmethode Rapid Assessment and Response (RAR)
EU- Projekte „search“ und „search II“
- Rückfälle während der stationären Suchtbehandlung
- Workshop „Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen“ in Bremen
- Studie zur Evaluation der Drogenkonsumräume erschienen
- Internationale Konferenz zum Addiction Severity Index (ASI) in Stockholm

Erster Forschungsbrief der HLS für das Jahr 2003

Bitte richten Sie alle Anregungen, Hinweise an folgende Email-Adresse: hls@hls-online.org

Mit diesem ersten Forschungsbrief für das Jahr 2003 starten wir in das zweite Erscheinungsjahr unserer Forschungs-Praxis Publikation. Wir legen erneut ausgewählte Beiträge aus der Suchtforschung vor. Zur weiteren Verbesserung unseres Forschungsbriefes freuen wir uns über Ihre Rückmeldungen.

Suchtbelastung bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Zuwanderern – Forschungsmethode Rapid Assessment and Response (RAR)

EU- Projekte „search“ und „search II“

Die Suchtbelastung bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Zuwanderern ist ein Thema, welches durch die beiden EU Praxis-Forschungsprojekte „search“ und „search II“ beleuchtet wird. Dabei kommt eine qualitative Forschungsmethode, das RAR (Rapid Assessment and Response) zum Einsatz.

Informationen zu RAR und den EU-Projekten „search“ und „search II“ sind unter www.projekt-search.de oder über die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster/ Westfalen www.lwl.org/ks zu erhalten.

In dem ersten SEARCH-Projekt (Träger: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Koordinationsstelle Sucht, vom 10/ 2000 – 03/ 2002) wurde mittels der in Deutschland noch weitgehend unbekannten Forschungsmethode "RAR" (Rapid Assessment and Response) die Suchtbelastung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Zuwanderern in sechs Regionen Europas erforscht (Wien, Turin, Barcelona, Gent, Enschede, Kreis Soest).

Bei RAR handelt es sich um einen Pool qualitativer Forschungsmethoden, die u.a. von der WHO bereits erfolgreich eingesetzt wird, um gesundheits- und versorgungspolitisch relevante Themen schnell erfassen zu können. So wurden z.B. in Russland, nachdem sich die Anzeichen mehrten, dass sich HIV- Infektionen schnell ausbreiten mittels RAR eine erste Situationsanalyse durchgeführt. Wie der Name schon andeutet, ist es nur im ersten Schritt eine Erhebungsmethode, im zweiten, dem „Response-Schritt“ können im Anschluss an die Erfassung Reaktionen, wie z. B. Präventionsmaterialien mit den Beteiligten entwickelt und eingesetzt werden.

RAR setzt bei der Erfassung, der Informationsgewinnung auf so genannte „Schlüsselpersonen“. Das heißt, vor Studienbeginn ist möglichst kreativ zu klären, welche Personen (Professionelle und Betroffene) über Informationen zum Untersuchungsgegenstand/ zur Untersuchungsgruppe verfügen könnten. Dieses Wissen der „Schlüsselpersonen“ wird in einem strukturierten Verfahren gesammelt und abgeglichen. Dabei verläuft die Untersuchung von ersten semistrukturierten Interviews über strukturierte Interviews bis hin zu Fokusgruppen (aus den Teilnehmern der Interviews), um die Ergebnisse und Widersprüche der gesammelten Informationen abzugleichen und in praktische Anwendungen um zu setzen.

Auf dem Hintergrund der Erhebungsergebnisse entwickelten im SEARCH-Projekt die Projektpartner sodann Präventionsangebote, die auf die besonderen ethnischen, kulturellen und situativen Hintergründe der Zielgruppen zugeschnitten waren. So wurden als Beispiel Präventionsmaterialien für tamilische Flüchtlinge mit einer Betonung von Bildinhalten und Symbolen entwickelt, um anderen Gewohnheiten der Informationsaufnahme und einem Anteil von Analphabeten gerecht zu werden. Im Zuge der regionalen Zusammenarbeit zur Erhebung und Implementierung der Präventionsprojekte entstanden Arbeitsbündnisse und Netzwerke, die sich zur Aufgabe setzten, langfristig weiter zu arbeiten, am Thema der „kultursensiblen Prävention“.

Ein weiterer Erfolg des Projektes ist die erfolgreiche exemplarische Erprobung der Forschungsmethode, die sich sehr gut auch für andere Bereiche kommunaler Gesundheitsplanung einsetzen lässt als Erfassungs-, Planungs-, Monitoring- und Evaluationsinstrument, wobei Kosten und Nutzen in einem sehr günstigen Verhältnis zueinander stehen. Auf dieser Basis des SEARCH-Projektes, arbeitet seit Oktober 2002 nun "SEARCH II" (Laufzeit: 10.2002 - 31.03.2004, Träger erneut die Koordinationsstelle Sucht). SEARCH II setzt sich zur Aufgabe, die Forschungsmethode RAR in einer zweiten Phase anzuwenden, um die Ergebnisse des Vorgängerprojektes zu untersuchen (Monitoring), neue Schlüsse zu ziehen, die Präventionsarbeit zu verbreitern und zu vertiefen.

Weiterhin sollen sechs neue europäische Regionen gewonnen werden, um die Forschungsmethode kennen zu lernen und ebenfalls suchtpreventiv für Flüchtlinge, Asylbewerber und illegale Zuwanderer aktiv zu werden.

Rückfälle während der stationären Suchtbehandlung

Die Zeitschrift *SUCHT* knüpft in der Ausgabe 6/2002 mit einer Auswahl von Beiträgen an das Themenheft 2/2002 an und versammelt einige interessante weitere Aspekte zu diesem Themenbereich. Für die praktische Arbeit mit Rückfällen kann festgestellt werden, dass der Rückfall von einer Muss-Bestimmung, zu einer Kann-Bestimmung für das Behandlungsende herabgestuft wurde. Die Diskussion wird nun zu den Kriterien des Für und Wider von Weiterbehandlung/ Beendigung geführt. Diese Diskussion ist noch nicht abgeschlossen. Nach ihrer Effektivität ausgerichtete Leitlinien und Konzepte stehen noch am Anfang der Entwicklung.

Zum Weiterlesen:
SUCHT 48 , Heft 2 und
Heft 6

Die Betrachtung des und der Umgang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen innerhalb des Settings einer stationären Behandlung ist seit geraumer Zeit einem Wandel unterworfen. Vor diesem Hintergrund hat die Zeitschrift *SUCHT* im Heft 6 (2002), die Reihe zum Thema „Rückfälle während der stationären Therapie“ fortgesetzt. Vielen Autorinnen und Autoren teilen die Meinung, dass in der Betrachtung des Rückfalls ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat. Die alte Vorstellung, dass ein Rückfall während einer stationären Behandlung zum sofortigen Ende derselben führt, ist weitgehend aufgegeben worden. Allerdings ist Vorsicht geboten, denn der Verweis auf den Paradigmenwechsel kann auch Ausdruck einer Unsicherheit sein, und das „Neue Denken“ ist noch gar nicht so fest verankert, wie es scheint oder gewünscht wird. Im Heft 6, 2002 machen Bernd Lubenow und Joachim Köhler den Auftakt der Stellungnahmen. Sie beschäftigen sich dem Thema Rückfall während stationärer Therapie aus der Sicht des Leistungsträgers BfA. Rückfall während stationärer Therapie ist (nach wie vor) ein Hauptgrund für die vorzeitige Beendigung der Behandlung; in der Regel fallen die Prognose für die Betroffenen dann negativ aus. Studien zeigen jedoch, dass die Gruppe der Rückfälligen bei einer Weiterbehandlung nach dem Rückfall nicht besser und nicht schlechter abschneidet, als die Gruppe der Nicht-Rückfälligen. Die Autoren arbeiten heraus, dass der Rückfall als Bruch/ Nichteinhalten der Abstinenz während Behandlung heute nicht mehr der automatische Grund einer Behandlungsbeendigung ist, sondern dass er als Faktor der Behandlungsdynamik zu sehen ist. Nach langjähriger Diskussion ist Rückfall sozusagen auf dem Boden der Praxis angekommen. Lubenow/ Köhler warnen davor, die Entdramatisierung des Rückfalls während Behandlung als Beliebigkeit fehl zu interpretieren; sie fordern daher für jedes therapeutische Vorgehen im Anschluss an einen Rückfall auch einen entsprechenden Nachweis der Wirksamkeit. Damit sollen weitere Lücken in der Effektivitätsforschung von Suchtbehandlung geschlossen werden. Andreas Schindler und Rainer Thomasius erweitern die Diskussion um den Rückfall in der stationären Behandlung um die Facette der systemischen Behandlung. Dabei sehen die Autoren die Rückfallbearbeitung als einen Spezialfall des „Beginns“ der Behandlung. Bei jedem Rückfall ist erneut zu klären, ob das Behandlungsangebot aufrechterhalten bzw. neu definiert werden kann oder nicht. In diesem Sinne ist mit dem Patienten zu klären, ob ein Behandlungsauftrag noch besteht oder nicht bzw. ob dieser erneuert werden kann. Der Behandlungsauftrag steht in der systemischen Betrachtung im Mittelpunkt der Überlegungen; je nach dem, wie diese Frage beantwortet wird, ist eine Weiterbehandlung nach Rückfall möglich. In einem weiteren Artikel widmen sich die Autoren Schindler/ Thomasius vertiefend der Bedeutung der Familientherapie bei der Behandlung von, die sie für besonders effektiv halten, wenn es um den Drogenkonsum bei Adoleszenten geht.

Wilma Funke betont in ihrem Beitrag, dass die Bearbeitung eines Rückfalls in einer stationären Einrichtung *sofort* stattfinden muss. Zentrale Fragen sind folgende: Wie ist der Rückfall zu bewerten; welche Prognosen ergeben sich für die Weiterbehandlung, welche bei Beendigung; ist das Behandlungssetting stimmig? Für das weitere Vorgehen verweist Funke auf folgendes:

- Nach ihren Untersuchungen sind die Prognosen von Patienten und Patientinnen, die während einer stationären Behandlung rückfällig werden, nicht besonders positiv. Das spricht dafür, dass das therapeutische Vorgehen bei der Bearbei-

tung des Rückfalls verbessert werden muss.

- Im Zentrum der Aufmerksamkeit steht bei Rückfallarbeit das Wohlergehen des jeweiligen Patienten, nicht das der Patientengemeinschaft bzw. das „Klinikklima“.
- Da Rückfälle immer auch „Alarmzeichen“ sind, setzt eine erfolgreiche Behandlung eine angemessene personelle Ausstattung voraus, zu der neben anderem die Unterstützung durch das Team sowie durch die Supervision gehört.

Nachdrücklich verweist die Autorin auf das „Minenfeld“ hin, in dem sich Behandler, die einen Rückfall bearbeiten, bewegen, nämlich den sich zum Teil widersprechenden Interessen von Leistungsträgern, Klinikleitung, der Klientel und der Angehörigen. Allen diesen Interessen gerecht zu werden, ist nahezu unmöglich. Umso größer ist die Gefahr, dass die Behandler selbst ausbrennen, was wiederum negative Folgen für die Behandlung hat.

Ralf Demmel setzt sich in seinem Beitrag mit Überlegungen zur Thematik der Selbstwirksamkeitserwartung auseinander. Wie die Forschung ausweist, gibt es einen Zusammenhang zwischen den Erwartungen von rückfälligen Patienten an ihre Selbstwirksamkeit - sie halten sich nämlich trotz Rückfällen für erfolgreich - und (therapeutischen) Misserfolgen. Das legt die Frage nahe, ob diese Patienten „unbelehrbar“ sind. Der Autor meint, dass man Subgruppen unterscheiden kann, nämlich einerseits „Optimisten“, die auch nach einem Rückfall ihre Selbstwirksamkeitserwartungen nicht hinterfragen oder gar korrigieren und „Pessimisten“, die Angst vor weiteren Rückfällen aufbauen. Die therapeutischen Strategien liegen bei den „Pessimisten“ auf der Hand, bei ihnen sollten positive Wirksamkeitserwartungen gefördert werden. Problematischer ist es, wenn man es mit unverbesserlichen „Optimisten“ zu tun hat. Bislang gibt es keine überzeugende Antwort auf die Frage, wie man sie dazu bewegen kann, ihre Selbstüberschätzung zu korrigieren und der Realität so anzupassen, dass sie das richtige Maß an Selbstwirksamkeitserwartung finden.

Aus dem Bereich der neuro- biologischen Suchtforschung fasst Jochen Wolffgramm die bekannten Ergebnisse der tierexperimentellen Forschungen zu den Bereichen „Kontrollverlust“ und „Suchtgedächtnis“ zusammen. Aus seiner Sicht ist ein tierexperimentelles Versuchsdesign zum Rückfall nicht zu konstruieren, da innere kognitive Konflikte von Ratten sich einer Analyse im Labor entziehen.

Zum Abschluss der Artikelserie erinnert Felix Tretter an „das gute alte Spannungs-Reduktions-Konzept von McClelland et al. (1972)“ und schlägt vor, dieses neu zu betrachten und als „Brückenkonzept“ zwischen Psychologie und Neurobiologie wieder neu zu beleben. Ein Vorschlag, der durchaus zu bedenken ist.

Studie Genese und Typologie der Abhängigkeitserkrankung bei Frauen

Die aufwändig gestaltete Studie „Genese und Typologie der Abhängigkeitserkrankung bei Frauen“ verschafft einen detaillierten Überblick über in stationären Einrichtungen behandelte abhängige Frauen. Besonders die Typologisierung in fünf Gruppen weist in die Zukunft einer spezifischen Abhängigkeitsbehandlung jenseits der Einteilung legale/illegale Suchtmittel.

Die Studie ist als Band 148 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung im NOMOS-Verlag erschienen. ISBN 3-78908388-7

Christel Zenker, Karin Bammann und Ingeborg Jahn haben die Studie zu „Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankung bei Frauen“ abgeschlossen. Im HLS-Forschungsbrief 1/2002 haben wir erstmalig Zwischenergebnisse dieser beeindruckenden Studie vorgestellt.

Die Studie basiert auf einer Untersuchungsgruppe von 908 deutschlandweit in Suchtfachkliniken behandelten Frauen. Die Untersuchungsgruppe ist für Frauen in stationärer Suchtbehandlung repräsentativ, wie ein Abgleich mit den EBIS Daten zeigen konnte. Das zentrale Ergebnis der Studie ist die Herausarbeitung von fünf unterschiedlichen Sub-Gruppen mittels einer Clusteranalyse. Diese Sub-Gruppen geben wichtige Hinweise für eine individuelle Ausrichtung von Behandlung.

Gruppe A (32%): Diese Gruppe ist in den gewählten Unterscheidungsmerkmalen weitgehend unauffällig. Die Belastungen aus Kindheit und Erwachsenenalter sind gering.

Gruppe B (7 %): Diese Gruppe zeigt sich im Erwachsenenalter psychosozial hoch belastet, hohe Zahl belastender Lebensereignisse, hohe Prävalenz an Suizidversuchen, un-

behandelte Depressionen, Panikattacken, Ängste und eine hohe Scheidungsrate. Demgegenüber weisen sie eine höhere Schulbildung als die anderen Gruppen auf und wurden wie die Frauen der Gruppen C,D,E zu einem hohen Anteil sexuell missbraucht. Häufiger als Frauen aus den anderen Gruppen suchen sie Hilfe von außen.

Gruppe C (45%): Diese Gruppe ist die größte und liegt bzgl. Schwere und Belastungspotenzial zwischen A und E. Herausragend ist eine hohe Prävalenz von schulischen Lernschwierigkeiten und von Berichten über Führungs- und Orientierungslosigkeit im Elternhaus.

Gruppe D (13%): Diese Gruppe ist durch hohe Zahlen an belastenden Lebensereignissen in der Kindheit (wie Tod der Eltern) gekennzeichnet. Daneben berichten die Frauen dieser Gruppe häufig über schulische Lernschwierigkeiten und Führungs- bzw. Orientierungsschwäche im Elternhaus.

Gruppe E (4%): Diese Gruppe ist zwar die kleinste, aber in einer Vielzahl von Kriterien überdurchschnittlich hoch belastet. Es kann von einer multiplen Belastung in allen Lebensphasen gesprochen werden.

Als Schlussfolgerungen für die therapeutische Praxis wird festgestellt, dass die Ausrichtung nach therapeutischen Schulen bzw. die rigide Anwendung therapeutischer Methoden nicht Erfolg versprechend erscheint. Individuell ausgerichtete Behandlung zum richtigen Zeitpunkt zeigt sich als entscheidend. Unabdingbare Voraussetzung für sinnvolle Behandlung ist die schnellstmögliche und vollständige Erhebung des Suchtverhaltens, des Einstiegs in die Sucht, erlebte Belastungen im Leben und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Frauen brauchen in Kliniken, in denen sie zusammen mit Männern behandelt werden und in der Regel immer eine Minderheit bilden (ca. 20% der Klientel) mindestens Rückzugsräume. Es bedarf einer Atmosphäre, die vermittelt, dass die Behandlung der Stärkung des Selbstwertgefühls, der Erprobung neuer Fähigkeiten und der Erfüllung eigener Bedürfnisse dient. Hierarchisch geführte Kliniken mit einem strengen System von Regeln, Einschränkungen und Kontrollen haben bei der Behandlung von Frauen möglicherweise weniger Erfolg. Frauen, die illegale Drogen konsumieren bzw. die polytoxikomane Konsummuster haben, müssen spezifische Angebote gemacht werden, die die Abfolge aus verletzender Erfahrung und selbstschädigenden Tendenzen bearbeiten. Die eher unauffälligen Alkoholikerinnen brauchen Frauen-Gruppen, in denen bislang verdrängte Gefühle sichtbar und spürbar werden können und in denen sie ihren Selbstwert erproben können. Soweit möglich (und sinnvoll) sollten Angehörige z.B. über Wochenendseminare eingebunden werden.

Die Typologisierung der weiblichen Klientel in fünf Untergruppen eignet sich zur besseren Planung und Durchführung von Behandlung als die jetzige Praxis, allen dasselbe Behandlungsprogramm anzubieten, es weist damit die Richtung zu differenzierteren Behandlungsangeboten. Das bezieht sich sowohl auf die Behandlungsdauer wie auf die Verfügbarkeit von „therapeutischen Netzen“, die im Gegensatz gesehen werden zum traditionellen Verlauf entlang einer „Therapiekette“. So braucht es z.B. die Möglichkeit flexibel zwischen ambulanten und stationären Modellen der Behandlung wechseln zu können.

Die Behandlung abhängiger Frauen sollte zwingend eine Sozial- bzw. Psychotherapie der Kinder vorsehen. Abhängige Frauen sind diesbezüglich umfassend zu unterstützen.

Studie zur Evaluation der Drogenkonsumräume erschienen

 In den neunziger Jahren waren Drogenkonsumräume, in denen der Konsum von mitgebrachten illegalen Drogen möglich ist, hoch umstritten. Befürworter sahen darin eine Chance, Harm Reduction und Safer Use in die Praxis umsetzen zu können. Dem stand allerdings das Betäubungsmittelgesetz entgegen. Mit einer entsprechenden Gesetzesänderung machte der Bundestag im Jahr 2000 den Weg zum legalen Betrieb von Drogenkonsumräumen frei. Jetzt wurde eine erste Studie vorgelegt, die die Arbeit von bundesweit 19 Konsumräumen untersucht.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung hat das Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung Bochum (ZEUS GmbH) alle zum Stichtag 02.01.2002 betriebenen Drogenkonsumräume ermittelt. Acht solcher Räume gab es zu diesem Stichtag in Hamburg, vier in Frankfurt, fünf in Nordrhein-

Die Studie ist Anfang 2003 unter dem Titel „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland“ im Nomos-Verlag als Band 149 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erschienen.

Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., Schreckenbach, D. (2003): Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

Westfalen und je einen in Hannover und Saarbrücken. Rechtsgrundlage dieser Einrichtungen sind neben dem BtMG in der Fassung von April 2000 die von den einzelnen Bundesländern erlassenen Rechtsverordnungen, die in der Studie dokumentiert und verglichen werden. Auf der Grundlage dieser Rechtsverordnungen wurden länderspezifische Checklisten erstellt, mit denen die Einhaltung der Mindeststandards in den 19 Konsumräumen überprüft wurde. So wurden etwa für Hessen über 30 Mindeststandards aus der Hessischen Konsumraumverordnung abgeleitet. Dabei kommt die Studie zu dem Ergebnis, „dass die vorgeschriebenen Mindeststandards von allen Einrichtungen mit wenigen Einschränkungen eingehalten werden“.

Zwischen 1995 und 2001 sind in diesen 19 Konsumräumen insgesamt rund 2,1 Millionen „Konsumvorgänge“ dokumentiert. Im gleichen Zeitraum kam es zu 5.426 Notfällen. Dank entsprechender Interventionen konnten im Untersuchungszeitraum Todesfälle vermieden werden.

Zusätzlich zur Überprüfung der Mindeststandards wurden die in den Einrichtungen dokumentierten Daten analysiert und die Einrichtungsleitungen und insgesamt 168 Klientinnen und Klienten – 133 Männer und 35 Frauen – befragt. Die Ergebnisse der Klientenbefragung zeigen, dass die Drogenkonsumräume überwiegend von langjährig Abhängigen von Heroin und anderen Drogen genutzt werden, die im Durchschnitt 35 Jahren alt sind. Minderjährige wurden nicht angetroffen. Über 90 % haben in den letzten 24 Stunden Heroin konsumiert. Rund die Hälfte aller Besucher nutzen die Konsumräume täglich, manche sogar mehrmals täglich. Die Klientinnen und Klienten beurteilen die Konsumräume durchweg positiv, loben das Personal und berichten von einer verbesserten medizinischen Betreuung durch Vermittlung über die Konsumräume. Auf die Frage nach Verbesserungsvorschlägen war die häufigste Antwort der Wunsch nach einer räumlichen und zeitlichen Ausweitung des Angebotes.

Als Schwachstellen werden u.a. die zu geringe Berücksichtigung der Hepatitis-C-Infektionen, zu wenig ärztliche Hilfe, frauenspezifische Zugangsschwellen, Mängel in der in den Rechtsverordnungen vorgeschriebenen Datendokumentation, der Zugang Substituierter zu den Konsumräumen, ordnungsrechtliche Beschränkungen und fehlende Hilfekonzepte für Crack-Konsumenten erwähnt.

Auf Grund einer Zeitreihenanalyse der polizeilichen Daten zu Drogentoten in den einzelnen Städten leiten die Autoren einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Konsumraumeröffnung und Rückgang der Zahl der Drogentoten in den betreffenden Städten ab. Es mag dahingestellt bleiben, ob solche Aussagen angesichts der komplexen und weitgehend unklaren Ursachen, die hinter den Schwankungen der Zahlen der Drogentoten stehen, zu gewagt sind. Insgesamt kann die Studie nur bedingt als „Evaluation“ der Drogenkonsumräume betrachtet werden, da die methodischen Standards, die an solche Untersuchungen gestellt werden, im wesentlichen nicht erfüllt sind. Als Beschreibung der 19 Einrichtungen, die in der Studie berücksichtigt worden sind, liefert sie hingegen wertvolle Informationen, die es zuvor in dieser Zusammenstellung nicht gab.

Internationale Konferenz zum Addiction Severity Index in Stockholm

Etwa 50 Forscherinnen und Forscher aus ca. 20 Ländern trafen sich im Januar 2003 in der Nähe von Stockholm, im Trainingslager des Systembolaget, der Schwedischen Alkohol-Monopolbehörde, um über den Addiction Severity Index (ASI) zu diskutieren. Der ASI ist ein Instrument, das zurzeit in vielen Ländern der Welt eingesetzt wird.

Bericht über die Konferenz „Measuring „addiction“ in Europe: Clinical, sociological, cultural and policy aspects of the Addiction Severity Index (ASI) and other international instruments“, NAD, Stockholm, 21.-23. 1. 2003.

Wie sich im Laufe der Konferenz zeigte, verwendet man ihn nicht nur in den USA, in denen er von A. Thomas McLellan erfunden und in die Forschung eingeführt wurde, und in sehr vielen Europäischen Ländern, sondern ebenso in Russland, in Pakistan und anderen Entwicklungsländern. Gerade darum ist es wichtig, das Instrument zum Gegenstand kritischer Auseinandersetzungen zu machen.

Je nach Bedarf wird der ASI zu ganz verschiedenen Zwecken eingesetzt. Kliniker wiesen engagiert darauf hin, wie hilfreich der ASI als Instrument für das Assessment (alternativ: für die Anamnese/die Exploration) ist, wie nützlich zur Erkundung ganz unterschiedlicher Problemfelder, die bislang eher wenig beachtet worden sind usw. Kritisch ist allerdings, dass der ASI als Instrument zur Strukturierung der ersten – und möglicherweise einzigen – Begegnung zwischen Behandler und Klient oder Klientin wenig geeignet ist, dass er zu lang ist, zu viele unwichtige Informationen abfragt und insgesamt wenig beiträgt zu

Von der Homepage des Instituts für Therapie- und Suchtforschung (IFT) in München kann man eine PC-Version des ASI downloaden (http://www.ift.de/IFT_deut/Aktivitaeten/Forschung/Projekte/projekt13.htm). Eine gedruckte Version des ASI kann über folgende Links bestellt werden: <http://www.neuland.com/sucht/2000/3detwei1.htm> Hogrefe Verlag (Best.-Nr. 107 016) oder www.paedagogik.de/forschung/5.htm (Schneider Verlag Hohengehren, Register: Sucht/Formulare) ISBN: 3-89676-000-0

einem positiven Beziehungsaufbau. Andererseits fehlen je nach Kontext wichtige Informationen, die als zusätzliche Items eingefügt werden müssen.

Als Instrument für die Diagnose ist der ASI wohl eher ungeeignet, da er eben gerade nicht Abhängigkeit misst, sondern Konsummuster. Auch die Schätzskaleten, an Hand derer z.B. Kliniker die Schwere von Problemlagen einschätzen sollen, haben sich nicht bewährt; sie werden jedenfalls für Forschungszwecke als eher irrelevant und als nicht auswertbar eingeschätzt. Kritik gibt es auch an den Composite Scores (CS), die sich an Hand ausgewählter Items für jede Subskala bilden lassen, da die Höhe des Scores nichts aussagt über die Schwere des Problems. Hohe Scores stehen u.U. für eine eher niedrige Problembelastung und niedrige für eine hohe usw. Das liegt nicht zuletzt an den Subskalen sowie an der Konstruktion des CS selbst, wobei einfache Lösungen für eine Korrektur nicht zur Verfügung stehen.

Als Zuordnungs-Instrument zu verschiedenen Behandlungsformen bewährt sich der ASI nicht. Das liegt aber auch daran, dass wir derzeit ohnehin nicht „wissen“, welche Behandlung für welche Klientel am ehesten Erfolg verspricht.

Die Stärken des ASI liegen darin, dass er zu einer Standardisierung der Datenerhebung in der Suchthilfe geführt hat, die mit einer Professionalisierung der Behandler einhergeht; die Schwächen zeigen sich in der Komplexität des Instruments und dem hohen Trainingsaufwand, der nötig ist, damit es korrekt eingesetzt werden kann. Dazu kommt, dass die Validität und Reliabilität des Instruments nicht gesichert ist.

Unklar ist, ob wir wirklich „mit der gleichen Sprache“ sprechen, wenn der ASI eingesetzt wird. Hier geht es nicht um Übersetzungsproblem, die durchaus zu handhaben sind. Schwieriger ist es, das Instrument dem kulturellen Kontext anzupassen. Das gelingt nur sehr bedingt. Abhilfe bietet hier die Erweiterung der Skalen um geeignete Items. Aber hat man es noch mit demselben Instrument zu tun, wenn man es beliebig erweitert, verändert, ergänzt?

Der ASI ist als Grundlage von Dokumentationssystemen wohl nur bedingt geeignet. Problematisch sind hier wiederum die Itemauswahl sowie die Komplexität der Kodierung. Dazu kommt, dass das Instrument insgesamt genommen zu lang ist, zu viele Daten abfragt. Allerdings kann der ASI (wie andere Systeme auch) Kerndaten liefern, die in ein Dokumentationssystem eingehen.

In den USA wird der ASI derzeit im Rahmen der nationalen Suchthilfedokumentation eingesetzt. In einer Teilstichprobe aller Suchthilfeeinrichtungen der USA werden regelmäßig ASI-Interviews durchgeführt und in anonymisierter Form an ein mit dem Monitoring beauftragtes Institut weitergeleitet.

Wie ein gutes Dokumentationssystem aufgebaut sein sollte, darüber gingen die Ansichten der Teilnehmer/innen erheblich auseinander. Alles in allem genommen zeichneten sich zwei Lager ab: auf der einen Seite die Skeptiker, die eher die problematischen Seiten des ASI betonen, auf der anderen Seite die Enthusiasten, die ihn für das Instrument schlechthin halten. Beide Lager werden jedoch auch in Zukunft mit dem ASI arbeiten, solange es keine bessere Alternative gibt.

Impressum:

Herausgeber

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (HLS) e.V. ■ Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt am Main ■ Tel. (0 69) 596 96 21, Fax (0 69) 596 97 24

Email: hls@hls-online.org Homepage: www.hls-online.org

Redaktion

Edgar Zeissler, Dr. Martin Schmid, Prof. Dr. Irmgard Vogt, Institut für Suchtforschung, Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main ■ Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main ■ Tel: 069-1533 3152. Fax: 069-1533 3153

Email isff@fb4.fh-frankfurt.de Homepage: www.isff.de