

Suchtprobleme in Pädagogik und Therapie  
Band 13

Herausgegeben von Wolfgang Heckmann

# Sucht- krankenhilfe

Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie

Herausgegeben von Elmar Fleisch,  
Reinhard Haller und Wolfgang Heckmann

Beltz Verlag · Weinheim und Basel

1997

*Erlebte Wirkungen:* Anfänglich wirkten die Umdeutungen oft gekünstelt und/oder bloß absurd. Die Aufheiterung – das Lachen – nahm den gesamten Raum ein. Mehr und mehr wurde jedoch deutlich, inwieweit sich hinter einzelnen Formulierungen Sichtweisen, wirklichkeits-schaffende Aspekte verbergen. Mit der Neuformulierung wurde der Ausweg aus dem Käfig einer (scheinbar plausiblen) Blickrichtung spielerisch angedeutet.

*Ziel:* Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erleben den *Schlüsselmoment* des Sich-Distanzierens von scheinbar bewährten Plausibilitäten. Sie können diesen *Wandlungsmoment* anschließend alltags-sprachlich beschreiben und über deren Bedingungen fantasieren.

Zusammenfassend geht es bei all diesen Übungen darum, die *Kraft des Kommunikativen*, die *Wirkung der Selbstorganisation* sowie die grundsätzliche *Beobachtungsabhängigkeit von Aussagen* zu verdeutlichen. Können Erfahrungen zu diesen Stichworten ermöglicht werden, so bieten sich Anschlussmöglichkeiten für abstraktere theoretische Inhalte. Auch andere Medien eignen sich zur Illustrierung, beispielsweise der Spielfilm „Wer hat Angst vor Virginia Woolf“ (basierend auf Edward Albees Theaterwerk).

## Schlussbemerkung

Systemberaterische Modelle bieten Grundlagen, so der Anspruch, für ein plurales Spektrum von Phänomenen. Ihr Instrumentarium ist insofern offen, als es nur beschränkt zu einer Spezialisierung auf einzelne Problemfelder oder Symptome kommt. Damit ist nicht ausgesagt, diese Konzepte hätten für alles Augen:

Systemtheorie macht Spezifisches sichtbar, allem anderen gegenüber ist sie indifferent. In diesem Sinne ist Blindheit Voraussetzung für Sehen.

Dieter Kleiber

# Epidemiologie der Sucht und suchtbedingter Erkrankungen

Die Beantwortung solch nahe liegender, aber zugleich schwieriger Fragen, wie viele drogenkonsumerfahrene Menschen, wie viele drogenabhängige bzw. wie viele Süchtige es in unserer Gesellschaft gibt, ob z.B. die Zahl der intravenös Drogen konsumierenden Menschen seit der Diskussion um Aids abgenommen hat, wie viel Prozent der Drogenabhängigen gegenwärtig vom Hilfesystem erreicht und angemessen versorgt werden, gehört zum Aufgabengebiet der *Epidemiologie bzw. Sozialepidemiologie*.

Gegenstand der Epidemiologie ist nämlich

1. die Untersuchung der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten (z.B. Suchterkrankten) in der Bevölkerung bzw. in Teilgruppen der Bevölkerung;
2. die Untersuchung ätiologisch relevanter Faktoren (Ursachen bzw. Einflussfaktoren) für die Entwicklung von Erkrankungen und die Abschätzung des jeweiligen Stellenwertes der Einflussfaktoren (z.B. familiäre Bedingungen, soziale Schicht, Erfahrungen mit kritischen Lebensereignissen, Persönlichkeitsfaktoren, biologisch-genetische Faktoren etc.) für die Entwicklung einer Erkrankung;
3. die Bereitstellung von Daten (z.B. durch Gesundheitsberichterstattung) für die Planung von Maßnahmen im Bereich der Prävention und Intervention (Versorgungsplanung) sowie die Festsetzung von Prioritäten bzgl. der Maßnahmenplanung (prioritäre Gesundheitsziele).

Angaben über die *Häufigkeit von Suchterkrankungen* in der Bevölkerung bzw. in Untergruppen (Frauen, Männern, Jugendliche, Alte, Haftinsassen etc.) verwenden vor allem zwei epidemiologische Häufigkeitsmaße: *Prävalenz* und *Inzidenz*.

Angaben zur *Prävalenz* beziehen sich dabei immer auf den Anteil der in einem Zeitraum (Periodenprävalenz) bzw. zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz; Stichtagsprävalenz) registrierten *Erkrankten* an der Gesamtzahl der Untersuchten. Die *Inzidenz* dagegen erfasst die Häufigkeit des *Neuaufretens* einer bestimmten Erkrankung in einer definierten Zeitperiode (z.B. Anzahl der Neueinsteiger intravenösen Drogenkonsums in der Bundesrepublik im Jahr x). Inzidenz und Prävalenz variieren systematisch hinsichtlich Abhängigkeit von der Krankheitsdauer, sodass z.B. eine im Zeitverlauf registrierte Abnahme der Prävalenz potenziell mehrere alternative Ursachen haben kann:

- Sie kann Folge einer verringerten Inzidenzrate sein;
- sie kann sich aus einer durchschnittlich verkürzten Krankheitsdauer ergeben (z.B. als Folge besserer Behandlungsmöglichkeiten);
- sie kann eine Folge gestiegener Todesraten sein;
- oder sie kann als Folge einer vergrößerten gesunden Population gedeutet werden (Verdünnungseffekt).

Die *Prävalenz* hängt mithin sowohl von Faktoren ab, die die Entstehung einer Krankheit beeinflussen, als auch von Faktoren, die Einfluss auf die Erkrankungsdauer nehmen; die Inzidenz hängt dagegen nur von Kausalfaktoren (Determinanten) einer Erkrankung ab.

Zu 1) Eines der zentralen Probleme jedes Versuches, Prävalenzraten zu bestimmen, ist das der so genannten „*Falldefinition*“. Erst wenn *objektiv* und *zuverlässig* bestimmt werden kann, was als suchtbedingte Störung zu gelten hat, hat man eine Chance, Krankheitsraten in der Bevölkerung zu bestimmen. International hat sich zwischenzeitlich durchgesetzt, die entsprechenden Diagnosen mit Bezug auf die so genannte ICD-10-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 1991) oder anhand des Diagnosesystems DSM-III bzw. DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) vorzunehmen.

Störungen durch psychotrope Substanzen gehören neben den affektiven und den Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen. In verschiedenen repräsentativen Bevölkerungsstudien wurden Lebenszeitprävalenzen zwischen 13,5% und 31,8% gefunden (vgl. Wittchen/Perkonig 1996). Bei einer Aufschlüsselung nach Substanzarten zeigt sich, dass Alkohol mit Prävalenzraten zwischen 9,4% und

21,8% (Lifetimeprävalenz) deutlich über der Gruppe der Störungen durch Drogenmissbrauch und -abhängigkeit liegt (0,9%–70% Lifetimeprävalenz wurde international in verschiedenen Studien gefunden). In der Bundesrepublik werden in regelmäßigen Abständen vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bzw. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Repräsentativerhebungen in Auftrag gegeben, mit denen vor allem versucht wird, die Lifetimeprävalenz und die Raten aktuellen Substanzkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu untersuchen. Da diesen Studien allerdings Selbstauskünfte über mengen- und häufigkeitsbezogene Konsumdaten zugrunde liegen, können Aussagen zur Häufigkeit klinisch relevanter Diagnosekategorien (Missbrauch, Abhängigkeit, substanzinduzierte Störungen) nur unter Rückgriff auf zusätzliche Studien gemacht werden (zur Übersicht vgl. Perkonig/Wittchen/Lachner 1996).

Eine Übersicht von Reuband (1992) dokumentiert bereits bei 14-Jährigen querschnittlich erhobene Lifetimeprävalenzraten des Gebrauchs von Drogen und psychotrop wirksamen Medikamenten von 14 bis 18%. Die Lifetimeprävalenz für den Konsum illegaler Drogen liegt bei den 12- bis 29-Jährigen bei 16,3% in den alten und bei etwa 1,5% in den neuen Ländern der Bundesrepublik. 1986 waren 4,5% der 12- bis 29-Jährigen und 1990 sogar 6,2% „aktuelle Konsumenten“ illegaler Drogen; das heißt, sie hatten zumindest eine illegale Substanz in den letzten 12 Monaten konsumiert. Die größte Gruppe der illegale Drogen konsumierenden Personen hatte Cannabisprodukte konsumiert (3,9%); Kokain hatten 0,3% und Opiate 0,2% der Befragten konsumiert. Medikamentenkonsument ohne eindeutige Indikation gaben 0,2% bis 2,8% der Befragten an; knapp 40% der Befragten aus den alten und 42% aus den neuen Ländern waren aktuelle Raucher. Ein Viertel (West) bis ein Fünftel der Befragten (Ost) gaben an, nikotinabhängig zu sein (nach Wittchen/Lachner 1996).

Zu 2) Fragt man danach, welche *ätiologisch relevanten Faktoren* das Risiko eines Substanzmissbrauchs bzw. einer Substanzabhängigkeit vergrößern (Risikofaktoren), so ist man auf die Ergebnisse kontrollierter sozialwissenschaftlicher und klinischer Studien angewiesen. Vergleichsweise gut belegt ist der Einfluss folgender Variablen:

a. *Soziodemographische Merkmale:*

*Geschlecht:* Vor allem Alkohol, Nikotin und illegale Drogen werden deutlich mehr von Männern konsumiert und missbraucht. Entsprechend sind auch die Abhängigkeitsraten bei den Männern etwa beim Konsum illegaler Drogen zweimal und beim Alkoholkonsum sogar fünfmal so hoch wie bei Frauen. Lediglich Medikamentenkonsument scheint bei Frauen höher prävalent zu sein.

*Alter:* Die höchsten Lifetimeprävalenzraten für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit lassen sich bei 18- bis 24-Jährigen finden. Drogenmissbrauch und -abhängigkeit treten verstärkt in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen auf; für Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit finden sich Hinweise auf einen verstärkten Konsum in der Altersgruppe der über 50-Jährigen.

*Familienstand:* Untersuchungen zum Einfluss des *Familienstandes* auf den Substanzkonsum weisen uneinheitliche Ergebnisse auf. Unverheiratete und Geschiedene haben manchen Studien zufolge allerdings eine erhöhte Lifetimeprävalenz für Drogenmissbrauch und -abhängigkeit.

b. *Sozialökonomische Faktoren:*

Niedrige soziale Schicht und niedriger Bildungsstand sind verschiedensten Studien nach mit einem erhöhten Risiko des Substanzmissbrauchs und sich entwickelnder Substanzabhängigkeit assoziiert.

c. *Soziale Faktoren:*

Auch Armut und Arbeitslosigkeit und sozialisatorische Rahmenbedingungen (broken home; Heimaufenthalte) erwiesen sich als indikativ für eine risikobehaftetere Drogensozialisation. Gleiches gilt für die gehäufte Exposition „kritischer Lebensereignisse“, „alltäglicher Ärgernisse (daily hassles)“, sowie für Defizite im sozialen Unterstützungssystem und im sozialen Netzwerk.

d. *Personfaktoren:*

Während Versuche, z.B. eine Alkoholikerpersönlichkeit zu identifizieren, in der Regel fehlschlagen, fanden sich verstärkte Hinweise auf eine Assoziation von „Typ-A-Verhalten“ und erhöhtem Alkoholkonsum. In den letzten Jahren wurden vor allem geringe Kontrollüberzeugungen, niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen, ein eingeschränktes, vor allem vermeidendes Coping-Repertoire von Be-

troffenen sowie Merkmale wie geringe Hardiness oder eine verringerte Fähigkeit, Ambivalenzkonflikte auszuhalten, mit erhöhtem Substanzkonsum assoziiert.

e. *Psychopathologische Vorbelastung:*

Als Risiko für einen verstärkten Drogenkonsum erwiesen sich schließlich psychische Probleme in der Zeit vor dem ersten Substanzkonsum, wie etwa Angststörungen, depressive Erkrankungen oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen, die mit verstärktem Alkoholabusus assoziiert sein sollen.

f. *Entwicklungspsychologische Einflüsse:*

Drogen- und Medikamentenkonsument können auch als problematischer Lösungsversuch der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben Jugendlicher angesehen werden.

g. *Familiäre Faktoren:*

Bezüglich des Missbrauchs von Alkohol und Drogen wurde immer wieder ein Zusammenhang mit elterlichem Konsumverhalten und elterlichen Abhängigkeitsmustern gefunden, der zum einen durch biologisch-genetische Vulnerabilitäten zu erklären versucht wird, der z.T. aber auch als Ergebnis von Modelllernprozessen interpretierbar sein dürfte.

Auch wenn bis heute eine Fülle von Einzelbefunden vorliegen, die eine statistische Assoziation einzelner „Risikofaktoren“ mit erhöhtem Substanzmissbrauch nahe legen, muss vielfach noch offen bleiben, wie die genaue Wirkweise und -richtung und das Zusammenspiel der einzelnen Faktoren gesehen werden müssen.

Zu 3) Zur *Versorgungsplanung*, d.h. zur Erfassung des tatsächlichen Bedarfes an Behandlungseinrichtungen und -plätzen bedarf es zum einen der Erfassung der so genannten „*wahren Prävalenz*“, also der Zahl in einer Population oder Region an einer definierten Störung Erkrankter. Zusätzlich werden Daten über die Zahl Behandler in allgemeinmedizinischen Praxen bzw. in spezifischen Versorgungseinrichtungen für Suchtpatienten erhoben, um aus der Differenz des „*tatsächlichen Bedarfs*“ (*wahre Prävalenz*) abzüglich der Zahl Behandler (*behandelte Prävalenz*) Fehlbedarfe bzw. Überversorgungsraten ermitteln zu können. Inanspruchnahmedaten erlauben zudem, die Versorgungsraten in einer Region zu ermitteln, und geben Anhaltspunkte

über das Hilfesuchverhalten von Teilen der Bevölkerung. Gerade bei Drogenabhängigen zeigte sich beispielsweise, dass sie nur z.T. um Hilfe nachsuchen. Wittchen und Perkonning (1996) zufolge berichten nur etwa 15% der Personen mit Alkoholmissbrauch und 18% derjenigen, die Drogenmissbrauch aufweisen, einem Arzt von aufgetretenen Symptomen, und nur etwa 12% aller Missbrauchsfälle von psychotropen Substanzen hatten in den letzten sechs Monaten eine spezielle Einrichtung zur Behandlung psychischer Probleme aufgesucht; nur 10% der aktuell Alkoholkranken erhalten gegenwärtig eine Behandlung.

Epidemiologische Forschung kann dazu beitragen, Versorgungsdefizite, Akzeptanz, Haltekraft und Wirksamkeit von Versorgungseinrichtungen abzuschätzen, und kann ein wirkungsvolles Mittel zur Maßnahmenplanung und -evaluation sein. In der Bundesrepublik wird in den letzten Jahren verstärkt auf Defizite der Qualität und des Umfangs epidemiologischer Forschung hingewiesen. Unter anderem durch die Etablierung neuer *gesundheitswissenschaftlich ausgerichteter Studiengänge* und *Public Health-Forschungsschwerpunkte* soll diesem Defizit begegnet werden.

### Ein Beispiel: HIV und Aids bei i.v. Drogenkonsumenten

Mitte der 80er-Jahre ließen Berichte über explosionsartige Steigerungen der Infektionsraten mit dem Human Immunodeficiency Virus vom Typ 1 (HIV-1) bei intravenös applizierenden Drogenkonsumenten (IVD) in einigen europäischen Regionen eine ähnliche Entwicklung auch für die Bundesrepublik Deutschland befürchten. Bei deutschen Spritzdrogenkonsumenten ist HIV, wie in frühen Untersuchungen vor allem in Haftanstalten nachgewiesen werden konnte, vermutlich im Jahr 1982 das erste Mal aufgetreten und hat sich in der Folge rasch in Teilkollektiven ausgebreitet.

Mit einer vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten *epidemiologischen Studie "HIV-Needle-Sharing-Sex"* (vgl. Kleiber/Pant 1996 a, b, 1997) sollten vor allem folgende Ziele erreicht werden:

1. Die Ermittlung der HIV-Prävalenz und Identifizierung von Risikofaktoren nach regionalen, soziodemographischen, drogen- und sexu-

alanamnestischen sowie weiterer biografischer und psychosozialer Kriterien.

2. Die Deskription transmissionsrelevanter Verhaltensweisen (z.B. unsteriler Gebrauch von Spritzutensilien und ungeschützter Sexualverkehr) und Analyse der Determinanten (z.B. Prostitutionsaktivität, Haftvorgeschichte, Wissen über HIV, Angst vor Ansteckung).
3. Die Beschreibung der Ausbreitungsdynamik von HIV und der Entwicklungstrends bei riskanten Verhaltensweisen im Zeitverlauf.
4. Erfassung von Nutzung und Bewertung von Präventionsangeboten im Aids- und Drogenbereich durch i.v. Drogenkonsumenten
5. Beitrag zu einer vergleichenden Untersuchung nationaler Public Health-Strategien im Bereich AIDS & Drogen im Rahmen der multizentrischen WHO- und EU-Studien.

In drei Querschnittsuntersuchungen wurden zwischen 1988 und 1993 in den Bundesländern Berlin, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein insgesamt 2266 i.v. Drogenkonsumenten mit einem voll standardisierten Fragebogen befragt. Zusätzlich wurden bei allen Blut- bzw. Speichelproben zur Feststellung des HIV-1-Antikörperstatus abgenommen. Zur Hälfte wurde die Stichprobe in therapeutischen Einrichtungen des Drogenhilfesystems rekrutiert, zur anderen Hälfte durch aufsuchende Strategien in der „offenen Szene“. Als Zugangskriterium galt ein intravenöser Gebrauch mindestens einer durch das Betäubungsmittelgesetz als illegal indizierten Substanz während der zurückliegenden acht Wochen vor dem Interview.

*Zu den Ergebnissen:* Die HIV-Antikörperprävalenz ging im Verlauf der drei Erhebungswellen in der Gesamtstichprobe von zunächst 19,4% (1988/89) über 16,4% (1990/91) auf 12,7% (1992/93) zurück. Dennoch lag zu jedem Erhebungszeitpunkt die Infiziertenrate im Nicht-Therapiebereich deutlich höher als im Therapiesample. Der in unserer Studie registrierte positive Trend der Entwicklung der HIV-AK-Prävalenzraten bei i.v. Drogenkonsumenten wurde zumeist als Erfolg Aids-präventiver Maßnahmen interpretiert, die seit etwa 1987 in der Bundesrepublik potenziell Wirkung entfalten konnten. Eine genaue Betrachtung alternativer methodischer Erklärungen für sich verändernde Prävalenzdaten in sequenziellen Non-random-Querschnittsuntersuchungen zeichnen jedoch ein ambivalentes Bild des bisherigen Erfol-

ges. Zwar wird die These eines realen Präventionserfolges durch die erhobenen Daten zur Entwicklung des Needlesharing auf den ersten Blick gestützt – der Anteil unsteril Injizierender sank zwischen 1988 und 1993 in der Gesamtgruppe von zunächst 65% über 48% bis auf 40% –, doch zeigt sich bei genauerem Hinsehen, dass die Abnahme in der Prävalenz des Risikoverhaltens nur bei den am wenigsten „riskanten“ Tauschpartnern, dem eigenen festen Sexualpartner, erfolgt. Die Risikobereitschaft (und damit das Risiko, sich über gemeinsamen Spritzbesteckgebrauch mit HIV zu infizieren), wuchs mit der sozialen Distanz des Tauschpartners und war während Haftaufenthalt besonders ausgeprägt. Für den zweiten wichtigen Übertragungsweg, „ungeschützter Sexualverkehr“, wurden im Zeitverlauf keine positiven Verhaltensänderungen sichtbar. Auch 1992/93 benutzten nur 15% der Befragten ohne Prostitutionsaktivität beim Anal- und Vaginalverkehr konsequent Kondome, und ca. zwei Drittel der Befragten verzichteten weiterhin ganz auf Präservative. Lediglich bei Drogenprostituierten zeichnete sich zwischen 1988 und 1990 ein deutlicher Zuwachs des Anteils konsequenter Kondomverwenderinnen ab.

Unter HIV-präventiven Aspekten legen die Ergebnisse den insgesamt wenig erfreulichen Schluss nahe, dass die Problematik neuer HIV-Infektionen bei i.v. Drogenkonsumenten – nach den Anfangserfolgen Mitte der 80er-Jahre – seit 1988 mit unverminderter Schärfe fortbesteht. Im „Kern“ der Drogenszene sind Neuinfektionen mit HIV in diesem Zeitraum nach unseren Schlüssen leider nicht zurückgegangen.

In der multivariaten Betrachtung der Risikofaktoren für eine HIV-Infektion erweisen sich die „Vorgeschichte von Prostitution“ und die „Vorgeschichte von Haftaufenthalt“ als zwei unabhängig voneinander wirksame Risikofaktoren. Das über die Lebensspanne kumulierte HIV-Risiko steigt insbesondere mit einer Zahl von drei oder mehr Haftepisoden an, liegt aber auch schon bei einmaligem Haftantritt fast doppelt so hoch wie bei Befragten mit straffreien Drogenkarrieren.

In einer weiteren Analyse wurde das aktuelle Infektionsrisiko betrachtet. Unter Untersuchungsteilnehmern, die nach Selbstauskunft zuletzt HIV-negativ getestet waren oder bis zur Untersuchung noch keinen Test durchgeführt hatten, fand sich eine Rate bisher unentdeckter HIV-Infektionen von 3,3%. Für diese unentdeckten HIV-Infektio-

nen erwies sich die aktuelle Prostitutionsaktivität als wichtigster Risikofaktor. Der Faktor „Vorkommen von ungeschütztem Vaginal- und/oder Analverkehr“ – und damit der direkte Indikator für ein sexuelles Übertragungsrisiko – war dabei selber nicht mit HIV assoziiert. Gleiches galt für die Zahl der Sexualpartner außerhalb der Prostitutionsaktivität. Dieses Ergebnis stützt die Hypothese, dass Prostitution nicht für ein erhöhtes sexuelles Übertragungsrisiko steht, sondern besonders gesundheitsschädigende Lebens- und Alltagsverhältnisse bzw. Konsumgewohnheiten indiziert, die evtl. mit einem vorgeschädigten Immunzustand einhergehen.

Als zweitwichtigster Risikofaktor unentdeckter HIV-Infektionen wurde die Benutzung unsteriler Spritzbestecke in Haft während des letzten Halbjahres vor dem Interview ermittelt.

Insgesamt zeigt sich, dass durch den in Deutschland in den letzten Jahren zu beobachtenden Prozess, die ausschließliche Legitimität des Abstinenzparadigmas in der Drogenpolitik durch neue Praxisansätze zu ergänzen (Stichworte: Ausdifferenzierung des Drogenhilfesystems, Harm Reduction), durchaus neue Teilgruppen von i.v. Drogenkonsumenten erreicht werden konnten, für die dadurch glaubwürdige und auf die persönlichen Lebenssituationen und die Lebensverhältnisse der Betroffenen zugeschnittene Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten bereitgestellt wurden. Die Ausdifferenzierung des Drogenhilfesystems hat an vielen Stellen die Voraussetzungen für eine wirklich konstruktive und zielgenaue Präventionsarbeit geschaffen.