

Forschungsbrief
Ausgabe 12 / Dezember - 2005

Inhalt

- **Liaisondienste und Frühintervention, Konferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 14.-16.11.2005, Berlin**
- **Drogenabhängigkeit und Letalitätsrisiko**
- **Frauen, Gewalterfahrungen und psychische Störungen: Einige Ergebnisse der Studie „Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study (WCDVS)“**
- **Alkohol- und Cannabis-Selbsttests im Internet**

Neues aus Forschung und Praxis – Forschungsbrief 12 / Dezember – 2005 der HLS

Bitte richten Sie alle kritischen Anregungen, Hinweise und sonstige Rückmeldungen an folgende

Email-Adresse:

hls@hls-online.org

Nach einer Pause setzten wir mit diesem Forschungsbrief unsere Informationsreihe fort. Wie gewohnt stellen wir Ihnen einige ausgewählte Informationen aus dem Bereich der Suchtforschung und der Sucht-Fachdiskussion vor. Anregungen und Rückmeldungen nehmen wir selbstverständlich gerne entgegen.

Für Ihr Interesse wollen wir uns bei Ihnen bedanken und wünschen ein schönes Weihnachtsfest und ein frohes, neues Jahr.

Liaisondienste und Frühintervention, Konferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 14.-16.11.2005, Berlin

In Anlehnung an die diesjährige DHS-Konferenz mit Schwerpunkt Früherkennung und Frühintervention in Berlin sollen zwei Aspekte näher beleuchtet werden. Zum einen das Thema der Liaisondienste in Allgemeinkrankenhäusern und zum anderen der eigentliche Schwerpunkt des Kongresses: Früherkennung und Frühintervention. Es wird im Folgenden einen kurzen Überblick geben, um anschließend auf die Ergebnisse der Forschungsgruppe um John (Greifswald/Lübeck) im Besonderen einzugehen.

Verweis

www.emcdda.eu.int

<http://annualreport.emcdda.eu.int/>

[John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. \(1996\): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos](#)

[John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. \(2001\): Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol. Dt Arztebl. 2001; 98: A 2438-2442 \(Heft 38\)](#)
[John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. \(2000\): Frühintervention bei Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch. Sucht aktuell 1: 4-7.](#)

Götz, Direktor der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogen-sucht (EBDD/EMCDDA) beschreibt in seinem Beitrag die Situation der Sucht-krankenhilfe aus europäischer Perspektive und hebt den besonderen Nutzen von Frühinterventionen in einer Reihe von europäischen Projekten hervor. Besonders herausgestellt werden Präventionsprojekte für Jugendliche im europäischen Ver-gleich. Götz spricht sich für breit angelegte Risikofaktorenmodelle aus und be-tont, dass „vulnerable“, riskant konsumierende Jugendliche nicht zwingend auch Persönlichkeitsstörungen bzw. Abhängigkeitssymptome aufweisen müssen, und dass aufsuchende und risikobasierte Konzepte eher zur Prävention innerhalb dieser Zielgruppe geeignet sind als klassische Beratungsangebote.

Die Forschungsgruppe um John (Greifswald/Lübeck), zu der u.a. Hapke, Rumpf und Bischof gehören, berichtet u. a. von ihren Forschungsaktivitäten seit 1996 zur „Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und Abhängig-keit in der allgemeinmedizinischen Versorgung“. Besonders interessant ist die Implementierung von so genannten Liaisondiensten in Allgemeinkranken-häusern, also der Einsatz von geschultem Personal, das je nach Sachlage einen kurzen Screening-Test zu Alkohol- oder Drogenproblemen durchführt und daran eine Früh- bzw. Kurzintervention anschließt. Die Frühintervention findet also zu einem Zeitpunkt der Erkrankung (Alkoholmissbrauch/ riskanter Alkoholkonsum) statt, in der die Patienten sich in einer besonderen Situation befinden und in der sie relativ leicht zu einer Verhaltensänderung motiviert werden können. Das All-gemeinkrankenhaus eignet sich besonders gut für den Aufbau eines Liaison-dienstes, da dort nach den Ergebnissen von John (2001) überdurchschnittlich viele Personen mit Alkoholproblemen zu finden sind, von denen die meisten, schätzungsweise 70%, in den letzten zwölf Monaten keine speziellen Hilfeange-bote (Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung, Beratung oder Selbsthilfegruppe) in Anspruch genommen haben.

Motivationsfördernde Spezifika einer Krankenhausbehandlung sind:
– Behandlung einer somatischen Erkrankung (ohne oder mit Bezug zum Alkoholkonsum),

– Abstinenz infolge des Krankenhausaufenthalts und
– Herauslösung aus dem sozialen Kontext (John, Hapke & Rumpf 2000).
Geht man davon aus, dass im Allgemeinkrankenhaus ca. 10% bis 20% der Patienten eine alkoholassoziierte Störung haben, dann ist die Einrichtung eines Liaisondienstes nicht nur aus Gründen der Behandlungssorgfalt gefordert, sondern auch aus ökonomischen Gründen. Die Frühintervention hilft nachhaltig, Behandlungskosten zu reduzieren.

Görgen (2002) betont, dass aber gerade an dieser Schnittstelle von Krankenhaus und Suchtkrankenhilfe gravierende Mängel im Hinblick auf Früherkennung und Frühintervention bestehen. Arnold et al. stellen bereits im Jahr 1999 fest, dass eine ungeklärte Kostenübernahme und die Beteiligung verschiedener Institutionen die Einrichtung eines Liaisondienstes erschweren. Immerhin besteht heute Einigkeit darüber, dass man bei Verdacht einer Substanzabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus eine Frühintervention einleiten sollte.

Der Einsatz von geeigneten Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit riskantem, missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsum wird heute allgemein befürwortet. Bewährt haben sich schriftliche Kurzfragebogen, die vom Patienten auszufüllen sind oder die mit Hilfe des Arztes bearbeitet werden wie der LAST (Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test, Rumpf, Hapke und John 2001) oder der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor et al. 1992). Beide Instrumente sind kurz, also ökonomisch und praktikabel. Eine kontroverse Diskussion besteht jedoch darüber, ob solche Screening-Tests ausreichen oder ob man besser komplexere diagnostische Verfahren einsetzen und einschlägige Laborwerte (z.B. GGT, MCV, CDT u.a.) erheben sollte. Kliniker beurteilen die Verwendung von Screening-Verfahren skeptisch, sie verweisen auf die Relevanz einer umfassenden ärztlichen Diagnose und des daran anknüpfenden ärztlichen Beratungsgesprächs (Görgen 2002).

Bei den (Früh-, Kurz- oder Minimal-) Interventionen befürworten Hapke et al. (2004) eine dem Stadium der Veränderungsbereitschaft (Prochaska & DiClemente 1982) angepasste motivierende Beratung (Miller & Rollnick 2002). Die Interventionen sollen Personen mit geringer Motivation, aber auch solche, die zwar motiviert, aber an kein Hilfesystem angebunden sind, erreichen, wenn möglich zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung. „Entscheidend ist, dass der Patient sich nicht zurückzieht und den Arzt auch bei Erlebnissen des Scheiterns wieder aufsucht“ (John et al. 2001). Ziel ist, die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen (Beratung, Behandlung und Selbsthilfe) zu erhöhen und Einfluss auf die Trinkgewohnheiten zu nehmen. Die Erfolgsraten bei einigen dieser Angebote liegt über 50% (Hapke et al. 2004).

Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen kann durch das Einrichten eines Liaisondienstes im Allgemeinkrankenhaus erheblich verbessert werden. Es sind verschiedene Modelle denkbar, die aber allesamt voraussetzen, dass entsprechendes Personal für den Liaisondienst vorhanden ist.

Görgen (2002) spricht sich für eine kontinuierliche Präsenz des Dienstes mit einem „Koordinationsbeauftragten“ aus. Von besonderer Bedeutung sei die Kontinuität durch eine Person, die Angehörige des Krankenhauses, aber auch Mitarbeiter einer aufsuchenden Suchtberatung sein kann. Das Ziel ist, den Liaisondienst in die Arbeitsabläufe des Krankenhauses zu integrieren.

Zu den Aufgaben gehört es, das Personal für alkoholassoziierte Störungen der Patienten zu sensibilisieren. „Deutlich geworden ist, dass die bloß funktionale Implementierung eines Angebots (z.B. Sprechstunde) oder Anwendung eines Instruments (z.B. Screening-Verfahren) nicht ausreicht, ...“ (ebd.). Vielmehr

- Görgen, W. (2002): (Früh-) Erkennung und Intervention im (Allgemein-) Krankenhaus im Rahmen von Kooperationsmodellen. Sucht aktuell 2: 23-26.
Arnold, T., Schmid, M. & Simmedinger, R. (1999): Suchthilfe im Krankenhaus. Baden-Baden: Nomos
- Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001): Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST). Göttingen: Hogrefe
- Barbor, T.F. et al. (1992): Audit: the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Genf: WHO
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Riedel, J., Bott, K., Wedler, B., Freyer, J. & John, U. (2004): Kurzintervention bei Patienten mit einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus in: Fachverband Sucht (Hg.): Sucht macht krank. Von der Akutmedizin zum Disease Management, S. 344-353. Geesthacht: Neuland
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of

change. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing. Preparing people for change. Second edition. New York: Guilford*

www.bzga.de

www.dhs-intern.de/pdf/Leitfaden.pdf

müssen die Hilfen effektiv vernetzt sein, d.h. Informationsaustausch, Sensibilität für die Abhängigkeitserkrankten und Kontinuität müssen sich ergänzen, damit die Versorgung deutlich verbessert wird. Dazu gehört auch die Frühintervention. Konzepte, wie der Liaisondienst für den klinischen Bereich bestehen und sind auch schon getestet worden, sie müssen nur noch auf breiter Front umgesetzt werden.

Abschließend sei auf Materialien zu Kurzinterventionen für Ärzte hingewiesen. Ein Beratungsleitfaden: „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Leitfaden für Ärzte“ wurde 2001 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) herausgegeben.

Die DHS hat in Zusammenarbeit mit der Forschergruppe (Greifswald/Lübeck) und mit finanzieller Unterstützung der Barmer Ersatzkasse einen Leitfaden zur Kurzintervention entwickelt, der über die Homepage der DHS zu beziehen ist. Außerdem eine Informationsbroschüre: „Umgang mit Alkohol“, die über die Geschäftsstelle der DHS bestellt werden kann.

Drogenabhängigkeit und Letalitätsrisiko

Seit 2000 nimmt die Anzahl der Drogentoten, die jährlich registriert wird, stetig ab, liegt aber mit ca. 1.500 Drogentoten pro Jahr immer noch recht hoch. Toxikologische Untersuchungen der Drogentoten zeigen, dass diese nicht nur an Heroin allein oder an Heroin in Kombination mit anderen psychoaktiven Substanzen sterben, sondern dass zwischen 40% und 50% der Todesfälle methadonbezogen sind. Eine genauere Analyse der Todesursachen sowie eine genauere Risikoabschätzung sind daher angesagt.

Verweis

Tretter, F. & Erbas, B. (2005): *Zum Letalitätsrisiko während der Substitutionsbehandlung mit Methadon. Suchtmedizin*, 7(1), 7-18

Heinemann, A., Andresen, H. & Raschke, P. (2005): *Methadon-assoziierte Mortalität von Opiatkonsumenten in Hamburg. Suchtmedizin*, 7(1), 27-32

Tretter & Erbas (2005) analysieren anhand theoretischer Modelle und faktischer Angaben zu den drogenbezogenen Todesursachen, die in Hamburg und in München vorliegen, ob unter den gegenwärtigen Bedingungen das letale Risiko bei Methadonkonsum größer, gleich oder kleiner ist als das letale Risiko bei Heroinkonsum. Sie kommen zu dem Schluss, dass Methadon im Vergleich zu Heroin ein etwas höheres relatives letales Risiko mit sich bringt, das jedoch nur zu einem geringen Anteil der Substitutionsbehandlung zuzurechnen ist, da Methadon auch auf der illegalen Szene gehandelt wird. Das methadonbezogene Todesrisiko ist nach ihren Berechnungen in München fast doppelt so hoch wie in Hamburg, was nicht zuletzt auf die unterschiedlichen Hilfeangebote in beiden Städten zurückzuführen ist. Die ungleich bessere Einbindung der Drogenabhängigen in Hamburg in die Drogenhilfe hat zur Folge, dass das letale Risiko für Substituierte sehr gering ist, jedenfalls weit geringer als das von Heroinabhängigen oder von Drogenabhängigen, die sich auf der illegalen Szene mit Methadon versorgen (Heinemann et al. 2005).

Genauere Studien zeigen, dass die ersten 100 Behandlungstage mit Methadon kritisch und riskant sind. Das liegt u.a. an der Halbwertszeit von 24 Stunden von Methadon. Sie führt dazu, dass sich der Stoff im Körper akkumuliert mit der Folge, dass die Plasmakonzentration ca. drei Stunden nach Einnahme einer Dosis in der Regel weit höher liegt, als bei Berücksichtigung allein dieser Dosis zu erwarten wäre. In den ersten Tagen und Wochen, in denen Drogenabhängige auf Methadon eingestellt werden oder sich selbst auf der illegalen Szene mit Methadon versorgen, kann das zu erheblichen Beeinträchtigungen führen. Riskant wird es vor allem dann, wenn sie weiterhin Beikonsum von Alkohol, Benzo-

diazepinen oder Antidepressiva (z.B. Doxepin) haben. Das letale Risiko ist bei diesen Kombinationen vor allem in der Anfangsphase vergleichsweise sehr groß. Das gilt sowohl für Personen, die erstmals auf Methadon eingestellt werden (oder sich selbst „einstellen“), als auch für die, die nach einer Unterbrechung erneut in ein Substitutionsprogramm aufgenommen werden. Diese Risiken sollten in Zukunft besser berücksichtigt werden. Auch Sozialarbeiter können zur Schadensminderung beitragen und Klienten sowie Klientinnen, die neu oder wieder in das Methadonprogramm aufgenommen werden oder sich den Stoff illegal besorgen, über die Wirkungen und die Gefahren von Methadon allein und in Kombination mit Alkohol, Benzodiazepinen und Antidepressiva in der Anfangsphase des Konsums bzw. nach Behandlungsbeginn gezielt aufklären.

Frauen, Gewalterfahrungen und psychische Störungen: Einige Ergebnisse der Studie „Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study (WCDVS)“

Es ist heute gut belegt, dass es einen engen aber komplexen Zusammenhang gibt zwischen Gewalterfahrungen – vor allem körperlicher und sexueller Gewalt – und Sucht sowie anderen psychischen Störungen. Besonders betroffen von Gewalt sind Frauen. Die Schätzungen über den Anteil der Gewaltopfer unter süchtigen Frauen liegen zwischen 40% und 90% (Daten aus den USA; für Deutschland liegen die Schätzungen zwischen 20% und 90%), und die für Frauen, die wegen anderer psychischer Störungen behandelt werden bei 50%. Man kann also davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Frauen mit Suchtproblemen und wenigstens die Hälfte der Frauen mit anderen psychischen Störungen auch unter einer Posttraumatischen Belastungs-Störung (PTBS) leiden. In den USA geht man davon aus, dass diese Gruppe von Patientinnen nicht optimal versorgt ist, und dass vor allem integrierte Programme fehlen, die darauf angelegt sind, gleichzeitig PTBS, Sucht und andere psychische Störungen (z.B. Ängste oder Depressionen) zu behandeln. Die WCDVS will diese Lücke schließen.

In einem Kontrollgruppendesign wurden neun Institutionen berücksichtigt, in denen entsprechende integrierte Behandlungsprogramme angeboten wurden. Diese Institutionen mussten folgende Bedingungen erfüllen:

Verweis

McHugo, GJ., Kammerer, N., Jackson, EW., Markoff, LS., Gatz, M., Larson, MJ., Mazelis, R. & Hennigan, K. (2005): Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study: Evaluation design and study population. Journal of Substance Abuse Treatment 28, 91-107

Cocozza, JJ., Jackson, EW., Hennigan, K., Reed, BG., Fallot, R. & Banks, S. (2005): outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program-level effects. Journal of Substance Abuse Treatment 28, 109-119

(1) Implementierung eines integrierten Programms zur Behandlung von Sucht, anderen psychischen Störungen und PTBS,

(2) weitere Behandlungsangebote (niedrigschwellige Angebote, Hilfen für Mütter und Kinder, Ressourcenoptimierung, Kriseninterventionen usw.), Zusammenarbeit mit Betroffenen (als Behandlerinnen) im Programm.

In den neun Institutionen der Kontrollgruppe wurden die üblichen Programme gefahren. Die Frauen wurden nicht nach Zufall den verschiedenen Institutionen zugewiesen, sondern nach anderen Auswahlkriterien; Selbstselektion spielt in dieser Studie eine wichtige Rolle. Auf weitere Details des sehr komplexen Studienaufbaus und der Auswertungslogik soll hier nicht ausführlich eingegangen werden.

Nach sechs Monaten wurden die Ergebnisse von 1.032 Frauen in der Untersuchungsgruppe und 983 Frauen in der Kontrollgruppe ausgewertet. Wie der Vergleich der Frauen in beiden Gruppen zeigt, haben sie viele Gemeinsamkeiten. In beiden Gruppen sind die Frauen im Durchschnitt 36 Jahre alt, haben ca. elf Jahre Schulbildung, ein bescheidenes monatliches Durchschnittseinkommen von ca. 700 Dollar, die Mehrzahl (88%) hat Kinder, aber nur ca. 1/3 von ihnen ist verheiratet. In beiden Gruppen liegt der Anteil derjenigen, die als Kinder körperliche Gewalt erlebt haben, bei 81%, und der Anteil derjenigen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, bei 62%. Auch die Belastungen mit Sucht und

Domino, M., Morrissey, JP., Nadlicki-Patterson, T. & Chung, S. (2005): Service costs for women with co-occurring disorders and trauma. Journal of Substance Abuse Treatment 28, 135-143

anderen psychischen Störungen unterscheiden sich in beiden Gruppen nicht. Unterschiede gibt es hinsichtlich der Ethnie und dem Zwang, auf Grund dessen die Frauen in die Behandlung kommen sowie einiger anderer Variabler. In der Untersuchungsgruppe sind daher mehr afro-amerikanische Frauen, die wegen einer Gerichtsauflage in die Behandlung kommen. Auch haben die Frauen in dieser Gruppe signifikant mehr Viktimisierung erlebt als die Frauen der Vergleichsgruppe, d.h., sie sind immer wieder Opfer von Gewalt geworden. Wenn man diese Unterschiede sehr grob verallgemeinert, dann spricht das dafür, dass Frauen in der Untersuchungsgruppe psychisch etwas stärker belastet sind als die Frauen der Vergleichsgruppe. Überprüft man, welche Rolle die verschiedenen Institutionen spielen, stellt sich heraus, dass die Differenzen zwischen den neun Einrichtungen erheblich sind. In einigen Einrichtungen findet man also sehr viel mehr afro-amerikanische Frauen mit sehr hoher Viktimisierung, in anderen weniger. Das heißt, dass die Institutionen je nach Ort sehr unterschiedliche Frauen mit ihren Angeboten angesprochen haben, ein Effekt, der genauer untersucht werden muss.

Clark, HW. & Power, AK. (2005): Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study: A case for trauma-informed care. Journal of Substance Abuse Treatment 28, 145-146

Untersucht man die Interventionseffekte, stellt man zunächst fest, dass alle Frauen von der Behandlung profitieren. Frauen in der Untersuchungsgruppe ebenso wie Frauen in der Kontrollgruppe verbessern sich hinsichtlich ihrer Suchtprobleme, ihrer anderen psychischen Störungen und der PTBS. Die Untersuchungsgruppe hat aber signifikant bessere Werte als die Kontrollgruppe bei PTBS und hinsichtlich der Drogenprobleme. Das heißt, dass die Frauen, die ein integriertes Behandlungsprogramm absolviert haben, nach sechs Monaten signifikant weniger Symptome einer PTBS aufweisen und weniger illegale Drogen nehmen. Tendenziell sind sie auch psychisch etwas stabiler als die Frauen der Kontrollgruppe. So gesehen wirkt der Ansatz, der hier untersucht worden ist; es lohnt sich demnach, für diese Gruppe von Frauen integrierte Behandlungsprogramme auszuarbeiten und umzusetzen.

Untersucht man schließlich auch die Kosten der Behandlungen, dann zeigt sich, dass es keine Unterschiede gibt. Die Behandlungen in der Untersuchungsgruppe verursachen also ebenso viele Kosten wie die Behandlungen in der Kontrollgruppe. Das ist ein starkes Argument dafür, integrierte Behandlungsprogramme möglichst breit zu implementieren, denn die Behandelten profitieren davon mehr als von den üblichen, nicht-integrierten Behandlungsverfahren.

Alkohol- und Cannabis-Selbsttests im Internet

Im Internet sind verschiedene Tests zur Überprüfung des eigenen Alkohol- und/oder Cannabiskonsums zu finden. Ziel dieser Online-Testverfahren ist es, eine Personengruppe zu erreichen, die im Umgang mit dem Medium Internet gewandt ist, unter Umständen jedoch von Beratungseinrichtungen nicht erreicht wird. Außerdem richten sie sich an Personen, die zwar konsumieren, aber nicht unbedingt in die Kategorie der riskant konsumierenden Personen fallen müssen. Diese Selbsttests können als erste Mittel der Früherkennung benannt werden.

Verweis www.drugcom.de Auf der Homepage „drugcom“, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), finden sich unter anderem der Alkohol-Test „check your drinking“ und der Cannabis-Test „cannabis check“. Beide Kurz-Tests (Bearbeitungsdauer: fünf bis zehn Minuten) richten sich per „Du“ vornehmlich an junge Menschen.

Ziel von „check your drinking“ ist es herauszufinden, „wie es um den aktuellen

Alkoholkonsum steht“ bzw. ob „alles im grünen Bereich“ ist, oder ob man nicht hin und wieder „zu tief ins Glas“ schaut.

Es folgen Fragen zum Alter und Geschlecht, zum aktuellen Alkoholkonsum (letzte sieben Tage) und zu den Trinkmengen. Außerdem werden Gründe für den Konsum erfasst, ebenso wie die Auswirkungen des Alkoholkonsums. Die Rückmeldung vermittelt Ernsthaftigkeit und Seriosität, ohne den moralischen Zeigefinger zu erheben. Ein Programm zur Veränderung der Trinkgewohnheiten bzw. zur Reduktion des Alkoholkonsums mit Namen „change your drinking“ wird angekündigt, ist jedoch online noch nicht verfügbar. Es werden zudem mit weiterführenden Links versehene Hinweise zur Informationsvermittlung gegeben, zugeschnitten auf das jeweilige Test-Ergebnis.

Der „cannabis check“ unterscheidet sich auf der ersten Seite vom Alkohol-Test. Ziel des Cannabis-Tests ist die Klärung „wie riskant“ der eigene Cannabis-Konsum ist; die Frage, ob Cannabis-Konsum überhaupt riskant ist, stellt sich nicht.

Die Fragen beschäftigen sich weniger mit der Prävalenz, der Konsumhäufigkeit oder den Reaktionen aus dem Umfeld, als mit Fragen nach den Gründen für den Konsum, dessen Auswirkungen bzw. mit Fragen nach den Konsumgelegenheiten.

Die Rückmeldung gibt Aufschluss über das Schadensrisiko des eigenen Konsums und vor allem über das Risiko abhängig zu konsumieren. Weiterführende Links beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Cannabis-Konsum oder mit der „Abhängigkeit vom Kiffen?“.

Beide Tests sind sowohl verständlich formuliert als auch leicht zu bearbeiten, Schwierigkeiten beim Ausfüllen sollte es nicht geben.

www.alkohol-
selbsttest.de

Einen weiteren Alkohol-Selbsttest www.alkohol-selbsttest.de (derzeit noch im Versuchsstadium, deshalb u.a. auch noch viele Rechtschreibfehler) hat die Universität Lübeck (Forschungsgruppe um John, Greifswald/Lübeck) ins Netz gestellt. Auch hier müssen verschiedene Fragebögen bearbeitet werden. Das Programm erstellt aus den gemachten Angaben anschließend eine persönliche Rückmeldung.

Impressum

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10,
60325 Frankfurt/M.,

Herausgeber:

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, Jana Fritz,
Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am
Main, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel.: (0 69) 1533 3125, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: isff@fb4.fh-frankfurt.de