

Georg Kremer

Früherkennung und Kurzintervention - ein neues Heilmittel?

Früherkennung und Kurzinterventionen (KI) bei substanzbezogenen Störungen wurden vor allem in der medizinischen Versorgung eingesetzt und evaluiert - hier vor allem im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum -, jedoch finden sich auch Untersuchungen zu KI bei anderen Substanzen und in anderen Settings. In diesem Beitrag soll in der gebotenen Kürze ein Überblick gegeben werden über den derzeitigen Forschungsstand. Ein besonderes Gewicht sollen dabei diejenigen Studien erhalten, die sich mit KI bei problematischem Konsum illegaler Substanzen befasst haben. Es werden darüber hinaus die wesentlichen Elemente des Gesprächsführungskonzepts "Motivierende Gesprächsführung - Motivational Interviewing" (MI) sowie der Stand der Forschung zur Evidenz des MI im Überblick vorgestellt. Überlegungen zur Relevanz von Konzepten der Früherkennung und Kurzintervention für das Projekt FreD sowie für allgemeine Fragen der Prävention und Behandlung bilden den Abschluss dieses Beitrags.

Was heißt Früherkennung?

Wenn in der Literatur von Früherkennung von Menschen mit problematischem Substanzkonsum die Rede ist, dann können damit sehr unterschiedliche Konzeptionen gemeint sein. Mindestens drei verschiedene Früherkennungsansätze sind zu unterscheiden:

1. Früherkennung konsumbezogen - hier werden Menschen erreicht, die häufig in einem problematischen Ausmaß konsumieren, aber noch keine gravierenden körperlichen, sozialen oder psychischen Folgeschäden entwickelt haben. Zur Früherkennung werden hier vor allem Selbstaussage-Fragebögen u.a. mit Fragen zu Konsummengen eingesetzt. Insbesondere Studien in medizinischen Versorgungsinstitutionen verfolgen diesen Ansatz, um Patientinnen und Patienten mit riskantem oder missbräuchlichem Alkoholkonsum oder in einem frühen Stadium der Abhängigkeit zu erreichen.
2. Früherkennung institutionsbezogen - hier geht es um Menschen, die zwar schon körperliche, soziale und/oder psychische Folgeschäden entwickelt haben, die unter Umständen

gen auf die gesamt erreichten 15,7% somit etwa zwei von drei. Diese Zahlen belegen, dass das Allgemeinkrankenhaus im Hinblick auf die Früherkennung von Menschen mit Alkoholproblemen eine zentrale Institution ist.

Tab. 1: Daten zur Früherkennung aus zwei Alkohol-Studien in Allgemeinkrankenhäusern

Lübeck (John et al. 1996)		
Missbrauch (DSM III-R, ICD-10)	4,8 %	Früh i. S. des ersten Ansatzes
Abhängigkeit	12,7 %	keine Differenzierung
Bielefeld (Kremer et al. 1998)		
Riskanter Gebrauch	4,0 %	Früh i. S. des ersten Ansatzes
Schädlicher Gebrauch (ICD-10)	3,9 %	Früh i. S. des ersten Ansatzes
Abhängige ohne bish. Kontakt z. Hilfesystem	1,9 %	Früh i. S. des zweiten Ansatzes
Andere Abhängige	5,9 %	

3. Früherkennung lebensgeschichtlich - dieser Ansatz hat zum Ziel, junge Menschen - egal ob riskant, missbräuchlich oder abhängig konsumierend - mit einem fachspezifischen Angebot zu erreichen. Hier wird versucht, diejenigen Institutionen einzubinden, die in dieser Lebensphase Zugang zu den Betroffenen haben. FreD ist vor allem hier anzusiedeln, wenngleich sicherlich auch eine Reihe von jungen Menschen erreicht werden, die dem zweiten Ansatz zuzurechnen sind. Ein weiteres hier anzusiedelndes Projekt ist MOVE (Träger: ginko e.V., Mülheim/Ruhr. www.ginko-ev.de), in dem ein Qualifizierungsprojekt für Kontaktpersonen der außerschulischen Jugendarbeit entwickelt wurde.

Studien zu Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen

Eine aktuelle Meta-Analyse zu KI bei Alkoholproblemen berücksichtigt 54 Studien, die in den Jahren 1970-98 als randomisierte und kontrollierte Studien veröffentlicht worden sind (Moyer et al. 2002). KI werden als ein- oder mehrmalige (bis zu vier) Interventionen von jeweils 5 - 60 Minuten Dauer definiert. Sie sind sämtlich als Alternative zu keiner oder einer intensiveren Behandlung konzipiert. Inhaltlich basieren sie weitgehend auf zwei theoretischen Ansätzen: (1) Motivational Interviewing (Miller & Rollnick 1991, 2002; s. u. Kap. 1.3), für die medizinische Versorgung von Rollnick et al. (1992) als "Brief Motivational Interviewing" adaptiert.

Counselling" für die medizinische Versorgung adaptiert wurde. Dieser KI-Ansatz betont die *pragmatischen* Aspekte einer Verhaltensänderung und berücksichtigt folgende Themen:

- Trinkverhalten und Lebensführung
- Vergleiche zwischen individuellem Konsum und "normalem" Konsum
- Informationen über zu empfehlende Trinkmengen
- Instruktionen zur Selbstbeobachtung
- Tipps zur Verringerung der Häufigkeit des Trinkens
- Identifikation von Hoch-Risiko-Situationen
- Instruktionen, wie mit diesen Situationen umzugehen ist, ohne zu trinken
- Diskussion über alternative Verhaltensweisen im Rahmen einer veränderten Lebensführung.

Unter dem Akronym FRAMES werden von Miller & Sanchez (1994) sechs wesentliche Elemente von KI beschrieben, die sich als wirksam erwiesen haben:

- Persönliches Feedback geben
- Die persönliche Verantwortung des Betroffenen betonen
- Einen konkreten Ratschlag geben
- Eine Reihe alternativer Veränderungsstrategien vorschlagen und diskutieren
- Die Selbstwirksamkeit stärken
- Empathie ausdrücken

In ihrer Meta-Analyse kommen Moyer et al. (ebd.) zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Es liegt eine hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Vergleich zu Kontrollgruppen vor, die keine Intervention erhalten haben.
2. Dies gilt vor allem für Menschen mit leichten bis mittelgradigen alkoholbezogenen Problemen.
3. Die Effektstärken liegen im unteren bis mittleren Bereich.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt Kufner (2000) in seiner Übersichtsarbeit:

1. Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen und Kurztherapien ist generell sehr gut nachgewiesen.
2. Kurzinterventionen im Sinne einer minimalen Behandlung bis drei oder vier Sitzungen eignen sich gut für Änderungen des Disitalkonsums von Alkohol.

Studien zu Kurzinterventionen bei Störungen im Bereich illegaler Substanzen

Die Datenlage ist für diesen Bereich sehr viel schlechter. Lediglich 6 randomisierte und kontrollierte Studien seit 1990 konnten in einer vom Autor durchgeführten Recherche (MEDLINE) identifiziert werden. Zwei Studien (Baker et al. 1993, 1994) befassten sich mit HIV-riskantem Verhalten bei i.v. Drogenabhängigen (n = 121 bzw. 95), eine mit Haltequote und Opiatfreiheit bei Methadonsubstitution (Saunders et al. 1995; n = 122), eine mit Amphetaminkonsum (Baker et al. 2001; n = 64), eine mit Kokainkonsum (Monti et al. 1997; n = 108) und schließlich eine mit Cannabis-Konsum (Copeland et al. 2001; n = 229).

Alle Studien wurden in Settings der Drogenhilfe durchgeführt. In drei Studien wurden KI als Ergänzung zur Standardbehandlung eingesetzt, in den übrigen drei Studien als Alternative zu keiner Behandlung. Der Umfang der KI reichte von einer bis zu acht Sitzungen. Inhaltlich basierten die KI-Konzepte auf einer der oben dargestellten Theorien. Die Nachbefragungszeiträume lagen zwischen zwei und acht Monaten.

Die Cannabis-Studie von Copeland et al. (ebd.) ist die methodisch aufwendigste: 229 erwachsene Männer (69%) und Frauen, die den Wunsch hatten, ihren Cannabis-Konsum zu reduzieren, und keine Vorbehandlung aufwiesen, wurden mittels Zeitungsanzeigen zur Teilnahme an der Studie rekrutiert. Sie wurden anschließend randomisiert drei etwa gleich großen Studiengruppen zugewiesen: die erste Gruppe [1] erhielt 6 KI-Sitzungen auf Basis des Motivational Interviewings (s. o.) mit einem Rückfallpräventions-Modul, die zweite Gruppe [2] erhielt eine KI-Sitzung mit einem motivationalen Schwerpunkt und einigen Informationen zur Selbsthilfe, die dritte Gruppe [3] schließlich wurde einer Wartekondition zugeordnet. Für die Nachbefragung nach ca. 8 Monaten wurden 74% der Studienteilnehmer erreicht. Kontrolliert wurden u. a. die abstinenten Tage im Nachbefragungszeitraum sowie die Konsummengen an Konsumtagen. Der einzige signifikante Unterschied zwischen den Studiengruppen betraf die Menge des Cannabis-Konsums im letzten Monat vor der Nachbefragung: hier wiesen die Teilnehmer der Gruppe 1 (6 KI-Sitzungen) deutlich niedrigere Werte auf als die Teilnehmer der Gruppe 3 (Warteliste; $p = 0.02$). Allerdings zeigte sich über alle Ergebniskriterien kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen 1 und 2. Mild signifikante Unterschiede ($p > 0.05$) zeigten sich zwischen den Interventionsgruppen (1, 2) und der Warteliste (3) bei den Kriterien Schweregrad der Abhängigkeit, Abstinenz im Monat vor der Nachbefragung und

In einer weiteren Studie (Baker et al. 1993) zu HIV-riskantem Verhalten mit einem 3-Gruppen-Design (6 Sitzungen Rückfallprävention, 1 Sitzung KI, keine Intervention) als Ergänzung zum Standard-Substitutions-Programm berichtet dieselbe Arbeitsgruppe keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf HIV-riskantes Verhalten.

Monti et al. (1997) untersuchten den Kokain-Konsum nach KI auf Basis eines 2-Gruppen-Designs (8 Sitzungen Coping Skills Training, 8 Sitzungen Entspannung als "Placebo"-Kontrollgruppe) als Ergänzung zum (teil-)stationären Standardbehandlungsprogramm. Ergebnis nach drei Monaten Nachbefragungszeitraum: ein kokain-spezifisches Bewältigungstraining führt zu einer signifikanten Reduktion der Konsumtage und der Konsummengen an Konsumtagen.

Saunders et al. (1995) schließlich untersuchten das Ausmaß opiatbezogener Probleme, Opiat-Beigebrauch sowie Programm-Compliance bei Patienten im Methadon-Programm im Rahmen eines 2-Gruppen-Designs (1 Sitzung Motivational Interviewing, 1 Sitzung Information und Diskussion als Kontrollkondition). Ergebnis nach 6 Monaten Nachbefragungszeitraum: Patienten der MI-Kondition wiesen signifikant weniger opiatbezogene Probleme als Patienten der Kontrollgruppe, blieben häufiger und längere Zeit im Methadon-Programm und blieben längere Zeit ohne Opiat-Konsum. Die KI hatte allerdings keinen Einfluss auf die Methadon-Dosis oder den Schweregrad der Abhängigkeit, wirkte sich sogar negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartungen der Patienten aus.

Die hier vorgestellten Studien zu KI im Bereich illegaler Drogen legen den Schluss nahe, dass relativ kurze Interventionen von einer bis zu acht Sitzungen im Vergleich zu keiner Intervention zu einer signifikanten Verringerung des Konsums und von substanzbezogenen Störungen führen können. Die Anzahl der Studien, methodische Schwächen und die insgesamt erreichte geringe Teilnehmerzahl erlauben allerdings keine generelle Übertragbarkeit der Ergebnisse.

Die wesentlichen Elemente des MI

Ambivalenz ist ein Begleiter aller wichtigen Lebensentscheidungen und häufige Begleitscheinung psychologischer Probleme bzw. Störungen. Im Zusammenhang mit süchtigen Verhaltensweisen ist Ambivalenz ein zentrales Phänomen. Petry (1998) stellt fest, daß „... die Kernproblematik der Behandlungs- und Veränderungsmotivation in einer konflikthaften

geworfen, in die andere die erlebten Nachteile des Konsums und die erwarteten Vorteile einer Änderung. Das Erstellen einer solchen Waage - begleitet vom Respekt des Beraters gegenüber allen vom Konsumenten geäußerten Aspekten – führt in der Regel zu einer differenzierteren Sichtweise gegenüber dem Suchtmittelkonsum. Diese stellt wiederum die Basis einer stabilen Veränderungsmotivation und einer individuell abgestimmten differenzierten Zielfindung dar. Erster Schritt also im „motivierenden“ Umgang mit Suchtmittelproblemen ist die Anerkennung von Ambivalenzen gegenüber einer Änderung des Suchtverhaltens.

Das Herzstück der motivierenden Gesprächsführung bilden die fünf Grundprinzipien. Diesen können einzelne Strategien und "Techniken" zugeordnet werden.

1. Empathie ausdrücken

Empathie, d. h. die Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellungen anderer Menschen einzufühlen, kann als *das* wesentliche Charakteristikum motivierender Gesprächsführung angesehen werden. Empathie meint, die Gefühle, Sichtweisen und Standpunkte des Gegenübers zu verstehen - ohne sie zu bewerten, zu kritisieren oder gar ins Lächerliche zu ziehen. „Verstehen“ heißt dabei nicht dasselbe wie „einverstanden sein“ oder „billigen“. Empathisch sein heißt zu versuchen, die Standpunkte so umfassend wie möglich zu begreifen, d.h. insbesondere ambivalente Einstellungen zuzulassen.

Strategien, die zu einem empathischen Umgang beitragen, sind z.B.:

Offene Fragen stellen (z.B. „Sie hatten sich einverstanden erklärt, mit mir einmal über Ihren Drogenkonsum zu sprechen. Erzählen Sie doch mal. Wie sieht denn ein normaler Tag bei Ihnen aus? Und welche Rolle spielt der Konsum darin?“).

Aktiv Zuhören und Zusammenfassen.

Bestätigen (z.B. "Sie haben einen großen Schritt getan, indem Sie sich zur Teilnahme an diesen Treffen bereit erklärt haben!").

2. Diskrepanzen entwickeln

Es ist sicherlich nicht das oberste Ziel motivierender Gesprächsführung, den Konsumenten zu helfen, sich selbst zu akzeptieren und dann alles beim alten zu lassen. Motivierende Gesprächsführung verfolgt das Ziel, die Veränderungsmotivation zu stärken und Wege der Veränderung zu finden. Deshalb ist es nicht sinnvoll, den Konsumenten allein die Wahl von Inhalt, Richtung und Tempo des Gesprächs zu überlassen. Vielmehr ist es zum gegebenen

Beratungsgespräche, im Hinblick auf die Förderung von Veränderungsmotivation uneffektiv sind: die Wahrscheinlichkeit, daß jemand *nicht* in eine bestimmte Richtung geht, steigt, je mehr man von außen versucht, ihn dahin zu bringen. Aggressive Konfrontationen im Zusammenhang mit Substanzkonsum erzeugen in aller Regel Widerstand – oder anders ausgedrückt: aufkommender Widerstand beim Gegenüber sollte den Beratern immer ein Zeichen sein, den bisherigen Gesprächsverlauf, konkrete Beratungsstrategien und (offene oder verdeckte) Beratungsziele zu überprüfen. Widerstand ist das Problem des Beraters - nicht das des Klienten. Dem Klienten dient er in aller Regel als Schutz, oftmals als Schutz vor respektloser Behandlung.

4. Den Widerstand aufnehmen

Wenn man nicht streitet und Beweise anführt, was soll man dann tun? Miller & Rollnick (ebd.) führen hier ein Prinzip asiatischer Kampfsportarten (z.B. Aikido) ein: einem mit einer bestimmten Kraft vorgetragenen Angriff wird nicht dieselbe oder eine noch größere Kraft entgegengesetzt (wie z. B. beim Boxen), sondern die Kraft des Gegners wird aufgenommen und in eine andere Richtung gelenkt. Man fügt dem Schwung eine leichte Drehung bei, geht einen kleinen Schritt zur Seite und bringt den Gegner so zu Fall. Man läßt ihn dabei nicht ins Leere laufen, sondern bleibt ständig mit ihm in Kontakt. Der Vergleich sollte nicht überstrapaziert werden, es geht nicht um einen Kampf mit Sieger und Verlierer. Was aber den Umgang mit Widerstand angeht, so lassen sich aus dem Bild verschiedene Leitlinien ableiten: (1) Widerstand ist ein Interaktionsphänomen: er verlangt vom Berater eine Überprüfung eigener Strategien. (2) Die Kraft des Widerstands kann positiv genutzt werden: Berater sind weder passiv und erdulnd noch aggressiv oder gekränkt, sondern greifen das Widerstandsthema aktiv steuernd auf. (3) Berater bleiben mit den Klienten im Kontakt. Widerstand nicht von vornherein als mangelnde Motivation, sondern als Hinweis auf unberücksichtigte ambivalente Einstellungen aufzufassen, ist die grundlegende Aufgabe der Berater.

Strategien, die geeignet sind, den Widerstand im o.b. Sinne zu integrieren, sind z.B.:

Widerspiegelungen (einfache [1], überzogene [2] oder die Ambivalenzen integrierende [3]) i. S. d. Aktiven Zuhörens.

Kurzer Beispieldialog: "Ich sitze die Zeit hier ab. Mit meinen Problemen muss ich sowieso alleine fertig werden. Mitnehmen tu ich hier nichts!" > "Sie sitzen die Zeit ab." [1] "Das bringt Ihnen hier alles gar nichts. Sie wissen sowieso schon alles." [2] "Auf der einen

Wichtiges gesagt. Es geht um mehr als Ihr persönliches Konsumverhalten. Und vielleicht habe ich dem zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ohne einen Plan, wie Sie künftig mit dem familiären Stress umgehen können, macht es wahrscheinlich gar keinen Sinn, über eine Veränderung des Konsums nachzudenken. Oder wie sehen Sie das?"

Konstruktiv mit dem Widerstand umzugehen, bedeutet, den Kontakt zum Gegenüber zu halten und die Auseinandersetzung mit der Suchtmittelproblematik nicht abreißen zu lassen. Dies zwingt Berater oftmals, einen Schritt zurückzutreten, das Tempo der Problemlösung zu verlangsamen und/oder seine Richtung zu ändern. In diesen Fällen ist es die vorrangige Aufgabe des Beraters, sich in seiner Expertenrolle nicht gekränkt zu fühlen, sondern den Klienten auf *seinem* Veränderungsweg zu begleiten.

5. Selbstwirksamkeit fördern

„Selbstwirksamkeit meint das Vertrauen einer Person in die Fähigkeit, eine spezifische Aufgabe erfolgreich lösen zu können“ (Miller & Rollnick, ebd.). Ein grundsätzliches Ziel motivierender Gesprächsführung ist es, den Glauben des Klienten an sich selbst, sein Selbstvertrauen zu stärken und sich selbst als jemand wahrzunehmen, der mit einer bestimmten Aufgabe und dabei möglicherweise auftretenden Hindernissen fertig wird. Aufgabe von Beratern ist es hier, sich weniger auf Defizite, Schwächen und negative Konsequenzen zu konzentrieren, sondern die Fähigkeiten, Stärken und (sozialen) Ressourcen der Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, daß eine allgemeine Stärkung des Selbstvertrauens – die durch eine empathische Grundhaltung gefördert wird - auf konkrete, aktuell zu lösende Aufgaben angewandt wird. Es gilt, gemeinsam mit dem Betroffenen den nächsten realistischen – d. h. auf seine spezifischen Kompetenzen zugeschnittenen - Schritt in Richtung einer Veränderung von Konsum- und/oder Lebensgewohnheiten zu finden. So kann es selbst bei grundsätzlich eher resignativ und passiv eingestellten Menschen gelingen, konkrete aktive Schritte in Gang zu setzen. Es kann für viele Menschen ermutigend sein zu sehen, daß es viele mögliche Wege der Veränderung gibt. Die Zielfindung ist deshalb ein zentraler Baustein der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und somit der Erhöhung der Veränderungsbereitschaft.

MI basiert auf dem Grundgedanken, dass Menschen mit Suchtmittelproblemen für eine Veränderung selbst verantwortlich sind. Diese Tatsache, die vielen Professionellen immer wieder deutlich und manchmal schmerzhaft vor Augen geführt wird, wird hier nicht beklagt, son-

davon ausgehen, dass KI auch in diesem Bereich einen Effekt aufweist. Inhalte der KI sollten motivationale und verhaltensbezogene Themen integrieren. Für beide Konzepte liegen positive Ergebnisse vor.

Das Ziel des FreD-Projekts, Konsumenten frühzeitig und auf Basis eines gewissen sozialen Drucks mit einem Interventionsangebot zu erreichen, legt es nahe, ein Beratungskonzept bzw. eine Grundhaltung zu wählen, die den Betroffenen in seiner häufig sehr ambivalenten Haltung gegenüber einer Veränderung des Konsums ernst nimmt und respektiert. MI als Autonomie-stützendes Konzept ist hier sicherlich die richtige Wahl. Sowohl im Intake-Gespräch als auch in den späteren Kursangeboten ist es wichtig, sachliche Informationen zu vermitteln und sich gleichzeitig in die individuelle Situation des Gegenübers einzufühlen, ohne zu kritisieren oder zu verurteilen. Menschen mit Suchtmittelproblemen, und hier insbesondere junge und erstmalig erreichte Konsumenten, entscheiden eigenverantwortlich, welche Inhalte für sie wichtig sind und welche Konsequenzen sie daraus ziehen. Die Berater wollen mit jungen Menschen ins Gespräch kommen, die ihren Konsum bislang vielleicht noch nie offen in Frage gestellt oder problematisiert haben. Sie wollen Informationen geben und wissen nicht, ob diese überhaupt gewünscht sind. Hier ist MI - das zeigen die vorliegenden Studien - hilfreich: Informationen geben auf Basis einer einfühlsamen Grundhaltung, im nächsten Schritt die individuelle Bedeutung dieser Informationen erheben und mögliche Konsequenzen diskutieren.

Früherkennung und Frühintervention kann nur gelingen, wenn Berater die ambivalenten Haltungen der Konsumenten ernst nehmen. Eine Entscheidung eines jungen Drogenkonsumenten, am FreD-Kursangebot teilzunehmen, bedeutet per se noch nicht, dass auch eine Entscheidung in Richtung Veränderung der Konsumgewohnheiten getroffen ist. MI kann hier sehr hilfreich sein, die nötige Gelassenheit zu bewahren, um mittels Rückmeldungen, Informationen und Fragen in einem offenen Diskussionsprozess zur Klärung individueller Standpunkte beizutragen. In diesem Sinne bedeutet "Motivieren" nichts anderes als "Klären".

Im Intake-Gespräch muss es darauf ankommen, die "Zwangssituation" des Betroffenen zu benennen, hier Verständnis zu signalisieren und ein "zwangloses" Angebot zu unterbreiten. Dies könnte sich folgendermaßen anhören:

"Sie und ich, wir wissen beide, dass Sie nicht ganz freiwillig hierher gekommen sind. Das ist - so wie ich Ihre Situation verstehe - eine nicht ganz einfache Situation. Ich bin nicht

"Sie haben nun einige Informationen über die gesundheitlichen Risiken des Ecstasy-Konsums erhalten. Einige von Ihnen haben ja in der jüngsten Vergangenheit auch Ecstasy konsumiert, andere nicht. Waren diese Informationen neu für Sie? Was bedeuten diese Informationen für Sie?"

Eine moralisierende Haltung ("Ich hoffe, dass Ihnen jetzt endlich klar geworden ist, wie schädlich das ist, was Sie tun!") würde aufseiten der Betroffenen Widerstand aufkommen lassen. Kursleiter müssen hier Distanz wahren und Respekt vor den Sichtweisen des Gegenübers zeigen.

Kurzinterventionen im Sinne des Angebots FreD bestehen somit im wesentlichen daraus, Auseinandersetzungsprozesse beim einzelnen Konsumenten anzuregen und Diskussionen zieloffen zu moderieren.

Zusammenfassung

Früherkennung ist ein sehr heterogenes Konzept. FreD legt den Schwerpunkt auf die lebensgeschichtlich frühe Erkennung, erreicht aber auch junge Menschen, die schon gravierende Folgeprobleme entwickelt haben, bisher aber noch keine fachspezifische Hilfe in Anspruch genommen haben.

Kurzinterventionen sind nicht immer tatsächlich kurz, sondern können bis zu 8 Stunden lang sein. Im Vergleich mit üblichen Behandlungsansätzen allerdings sind auch 8 Stunden eine kurze Zeit.

Für Kurzinterventionen im Alkoholbereich liegt eine unstrittige Evidenz vor. Im Drogenbereich mangelt es leider noch an aussagekräftigen Studien, so dass man hier nur von Hinweisen auf moderate Effekte ausgehen kann.

Früherkennung und Kurzinterventionen erreichen bisher nicht erreichte Zielgruppen mit fachspezifischen Hilfeangeboten. Dies gilt für Alkoholabhängige oder Drogennotfälle im Allgemeinkrankenhaus genauso wie für die im Projekt FreD erstmals angesprochenen Drogenstraftäter.

Früherkennung und Kurzinterventionen aktivieren Versorgungsbereiche, die bisher im Hinblick auf die Thematisierung oder Problematisierung des Substanzkonsums eher inaktiv geblieben waren.

Die hinreichend nachgewiesenen Effekte von Früherkennung und Kurzinterventionen

Menschen mit Suchtmittelproblemen profitiert von intensiven und langfristigen Behandlungen, für einen großen Teil der Menschen mit Suchtmittelproblemen aber stellen kurze Interventionen angemessene und ausreichende Behandlungsformen dar.

Literatur

Baker A, Boggs TG, Lewin TJ: Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction* 2001; 96: 1279 - 1287.

Baker A, Heather N, Wodak A, Dixon J, Holt P: Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS* 1993; 7: 247-256.

Baker A, Kochan N, Dixon J, Heather N, Wodak A: Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment. *AIDS Care* 1994; 6: 559-570.

Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R: A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21: 55 - 64.

Görger W, Hartmann R, Wening M: Suchtbezogene Sekundärprävention im Krankenhaus im Rahmen eines regionalen ärztlichen Konsiliar-/Liaisondienstes - (Zwischen-)Ergebnisse eines Modellversuchs. *Sucht Aktuell* 1999; 2: 39-43.

Heather N, Rollnick S, Bell A, Richmond R: Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review* 1996; 15: 29-38.

Hester RK, Miller WR: Self-Control Training; in Hester RK, Miller WR (eds): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*. New York, Pergamon Press, 1989, pp 141-149.

John U, Hapke U, Rumpf H-J, Hill A, Dilling H: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden, Nomos, 1996.

Kremer G, Dormann S, Wienberg G, Pörksen N, Wessel T, Rüter E unter Mitarbeit von Engler U, Schlanstedt G: Erkennung und Behandlung von PatientInnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Weiterentwicklung*

- Miller WR, Sanchez VC: Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard GS, Nathan PE (eds): Alcohol use and misuse by young adults. Notre Dame, University of Notre Dame Press, 1994.
- Monti PM, Rohsenow DJ, Michalec E, Martin RA, Abrams DB: Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction* 1997; 92: 1717 - 1728.
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P: Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97: 279-292.
- Petry J: Suchtentwicklung und Motivationsdynamik. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Beutel M (Hrsg.): Motivation in der Suchttherapie - Intrapsychischer Prozeß und versorgungspolitische Aufgabe. Geesthacht, Neuland, 1998.
- Rollnick S, Heather N, Bell A: Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Medical Health* 1992; 1: 25 - 37.
- Saunders B, Wilkinson C, Phillips M: The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction* 1995; 90: 415 - 424.