

Epidemiologie der Sucht Möglichkeiten und Probleme empirischer Erhebungen

*Dr. Karl-Heinz Reuband
Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Köln*

1. Probleme amtlicher Statistiken

In der Bundesrepublik wird dreimal jährlich eine Schweinezählung durchgeführt und mehrmals jährlich der Stand der Obsternte erfaßt. Wieviel Patienten aber mit bestimmten Diagnosen pro Jahr in Krankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen behandelt werden, darüber gibt es keinerlei Statistiken. Bundesweite Vergleiche sind ebensowenig möglich wie Trendvergleiche über größere Zeiträume. In diesem Mißverhältnis von Agrar- und Gesundheitsstatistiken spiegeln sich die generelle Vernachlässigung von Sozialstatistiken in der Bundesrepublik und das Primat ökonomischer Kriterien bei der Erfassung von Lebensqualität und bei der Gesellschaftsplanung wider. (1)

Daß Gesundheitsfragen eine derartig niedrige Bedeutung in der amtlichen Statistik einnehmen, ist keineswegs immer so gewesen, die Situation war früher weitaus besser: Seit der Gründung des Deutschen Reiches im vorigen Jahrhundert bis hinein in die 30er Jahre gab es für das Gesamtgebiet des Deutschen Reiches Statistiken sowohl über die Zahl der Patienten in Krankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen als auch deren Diagnosen und soziale Merkmale. Insofern ist im Vergleich zum vorigen Jahrhundert ein echter Rückschritt in der Gesundheitsstatistik zu verzeichnen.

Heutzutage fehlt es nicht nur an entsprechenden amtlichen Statistiken auf Bundes- oder Länderebenen, es mangelt selbst auf kleinerer regionaler Ebene an elementaren Daten über die Zahl der behandelten Süchtigen in Krankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen. Wo regionale Statistiken lediglich über Psychiatriepatienten existieren, sind sie zumeist beschränkt auf die 70er Jahre und nur auf einzelne Jahre bezogen. Die Ausgangsbedingungen zur Beschreibung der Verbreitung und Entwicklung des Phänomens sind dort durchweg schlecht. Es bedarf zusätzlicher Daten und entsprechender Bemühungen, um zu einer Beschreibung der Verbreitung und Erscheinungsweise der Sucht und der mit ihr verwandten Probleme zu gelangen. (2)

2. Fragestellungen und Datenbasis

Was für Daten sind nun nötig, welche gibt es und welche Funktion erfüllen sie im Rahmen eines Programms zur Epidemiologie der Sucht? Sucht ist kein Phänomen, das aus dem Nichts heraus entsteht. Ihm geht ein fortgesetzter Gebrauch psychoaktiver Substanzen voraus. Will man das Gefährdungspotential und die Determinanten des problematischen und weniger problematischen Gebrauchs bestimmen, so müssen auch diejenigen Personen in die Analyse miteinbezogen werden, die das Stadium der Sucht noch nicht erreicht haben. Dies ist ein, aber nicht der einzige Grund, die Perspektive über reine Suchtphänomene hinaus zu erweitern. Hinzu kommt, daß Sucht lediglich ein Problem unter mehreren darstellt, welches aus dem Gebrauch der jeweiligen Substanz erwächst. Im Falle übermäßigen Alkoholgebrauchs z. B. gibt es alkoholbedingte Erkrankungen wie Leberzirrhose sowie psychische und soziale Folgen, die aus einem fortgesetzten übermäßigen Gebrauch erwachsen. In der neueren Literatur — vor allem zum Alkoholgebrauch — wird so denn auch heutzutage eher eine erweiterte Perspektive benutzt und nicht allein die Abhängigkeit selbst, sondern ebenfalls andere substanzbedingte Folgen als Probleme des Gebrauchs thematisiert. Diese Erweiterung der Betrachtung führt zu einer Vergrößerung der Datenbasis, welche bei der Beschreibung und Analyse benötigt wird. Wir wollen im folgenden kurz die wichtigsten Datentypen und ihre methodischen Probleme aufführen, um sowohl Defizite in der Datensammlung als auch der Dateninterpretation deutlich zu machen.

3. Soziale Indikatoren

Das wahre Ausmaß der Sucht und der mit ihr verwandten Probleme innerhalb der Gesellschaft zu erfassen, ist unmöglich. Sucht bleibt häufig im Verborgenen, wird erst in einem fortgeschrittenen Stadium sichtbar und mag dann zur Behandlung oder Sanktionierung durch Instanzen sozialer Kontrolle führen. Es bedarf gewisser Ersatzgrößen — „sozialer Indikatoren“ —, welche in einem engen Zusammenhang mit dem Phänomen stehen und eine ungefähre Eingrenzung des Phänomens erlauben. Im Falle des Alkoholproblems hat man in der Vergangenheit häufig Schätzungen aufgrund des pro-Kopf-Verbrauchs von Alkohol oder der Zahl der an Leberzirrhose Verstorbenen gemacht. (3) Im Falle des illegalen Drogengebrauchs konnte man sich auf keine analogen Ausgangsgrößen stützen. Schätzungen von sogenannten Experten dienen als Ersatz. Alle diese Schätzverfahren sind indes nicht unproblematisch und von begrenztem Wert, am wenigsten verwendbar die Schätzungen der

Experten. (4) Man hat daher — besonders im Fall der Drogenabhängigkeit — versucht, genauere Bestandsaufnahmen durch eine möglichst komplette Erfassung aller in *Institutionen* registrierten Konsumenten zu unternehmen. Auf lokaler Ebene ist dies wohl noch der beste Zugang zu einer Schätzung der Prävalenz. Doch auch hier ist die Erfassung notwendigerweise selektiv: Nicht alle Abhängigen werden auch von den betreffenden Institutionen erfaßt; es geschieht überdies erst nach einer — zeitlich sehr wohl schwankenden — Vorlaufzeit. Die Angaben über die Vorlaufzeit unterliegen zudem wahrscheinlich einer Beschönigungstendenz: Je nach Art der Institution (Polizei, Therapieeinrichtung) wird der Betreffende sich mal erst als seit kurzem oder bereits als seit langem abhängig bezeichnen. Entscheidend für sein Antwortverhalten sind die Vorteile, die ihm aus der Art der Selbstzuschreibung erwachsen. Eine Unterschätzung der Prävalenz ist wahrscheinlich.

Hochrechnungen der Süchtigen vorzunehmen und Trends zu beschreiben, sind zwei verschiedene Dinge. Aus den Hochrechnungen verschiedener Jahre können zwar Trends her erschlossen werden. Aber Trends können auch dann ansatzweise erfaßt werden, wenn man zu Indikatoren greift, welche den Umfang des Problems zwar nicht adäquat zu beschreiben vermögen, mit dem Problem selbst aber in einer einigermaßen konstanten Beziehung stehen. Man kann damit Aussagen über *relativen* Wandel treffen. So kann z. B. — mit der gebotenen Vorsicht — die Entwicklung psychiatrischer Neuaufnahmen von Drogenabhängigen, polizeilich registrierter Fixer oder Drogentoter als Indikator für das jeweilige Problem genommen und aus deren Veränderung auf einen Wandel in der Drogenszene selbst geschlossen werden. Dabei müssen allerdings methodische Probleme mit bedacht werden — die entsprechenden Zahlen sind oft weniger Reflex des Problemumfangs als Folge selektiver Rekrutierung oder Anfälligkeit:

1. die Zahl der in Therapieeinrichtungen Behandelten drückt auch die jeweilige Behandlungswilligkeit aus,
2. die Zahl polizeilich Registrierter den Erfolg polizeilicher Maßnahmen,
3. die Zahl der Drogentoten wird durch den Reinheitsgehalt der Drogen und die Art des Umgangs bestimmt.

Weil jeder Indikator in sich nicht nur vom Umfang des Problems, sondern auch von anderen Störgrößen beeinflusst wird, ist eine angemessene Beschreibung nur über *mehrere* Indikatoren zugleich möglich. Die

dafür notwendigen Indikatoren werden im Falle des Drogengebrauchs freilich bislang — im Gegensatz zur USA — nicht systematisch erhoben und miteinander kombiniert (u. a. Reinheit des Straßenheroins, Preis, Zahl der Aufnahmen in Kliniken). Operiert wird in der öffentlichen Diskussion mit einzelnen, allein mehr oder minder fragwürdigen Indikatoren.

4. Möglichkeiten und Probleme von Umfragen

Um nicht nur den harten Kern der Süchtigen, sondern auch das Umfeld und unter den Süchtigen das Dunkelfeld zu erfassen, sind in den letzten Jahren in zunehmendem Maße Umfragen eingesetzt worden. Ihr größter Vorteil liegt darin, nicht nur den Umfang des Problems (Prävalenz) in etwa zu umgrenzen; sie bieten vor allem auch die Möglichkeit, die Verteilung der Probleme auf Untergruppen und im Vergleich zu Nichtbetroffenen die möglichen Determinanten auf der individuellen Ebene (Einstellungen, situative Kontexte, biographische Hintergrundmerkmale) zu erfassen. Gleichwohl gibt es auch hier methodische Probleme, die mitbedacht werden müssen — sie sind z. T. eine spezifische Folge der Thematik.

- a) Auch bei einer repräsentativen Umfrage gibt es Ausfälle, die systematisch gestreut sind und das Bild teilweise verzerren. Unter den Personen, die entweder nicht erreicht werden oder das Interview verweigern, sind Konsumenten von Drogen im fortgeschrittenen Stadium überrepräsentiert. Die angetroffenen und befragten Konsumenten harter Drogen sind daher nicht repräsentativ für diese Konsumenten schlechthin. Aus dem gleichen Grunde ist es unmöglich, den Anteil der Probierer und Heroinkonsumenten aus Umfragen exakt zu schätzen. Man kann nur das Phänomen selbst, nicht aber dessen Verbreitung dokumentieren. (5)
- b) Weil intensiverer Gebrauch von Rauschmitteln und Alkohol sozial mißbilligt wird, gibt es ein Verschweigen extremerer Formen des Umgangs mit Drogen. Ausfall und Verheimlichungstendenz zusammen bewirken, daß die Zahlen in Umfragen eher eine Unter- als Obergrenze für Konsum ausweisen. Das Ausmaß der dadurch bewirkten Verzerrung ist aber wohl weniger groß als allgemein vermutet wird. Auf der individuellen Ebene bleibt die Rangfolge der Konsumintensität — trotz Verheimlichungstendenzen — in etwa bestehen. (6)

- c) Im mündlichen Interview gibt es eine Tendenz des Befragten, sich an die vermutete Meinung des Interviewers anzupassen, um Dissens zu vermeiden. Die vermutete Meinung wird aus den sozialen Merkmalen des Interviewers abgeleitet. Ob man Jugendliche durch herkömmliche Interviewerstäbe (überwiegend mit erwachsenen Interviewern) befragen läßt oder speziell durch Jugendliche, macht so dann dort einen Unterschied, wo von der Bevölkerung ein alters- oder generationsspezifischer Drogenumgang erwartet wird. Im Fall des jugendspezifischen Konsums illegaler Drogen erbringen die herkömmlichen Interviewerstäbe jeweils die niedrigeren Werte, weil man Erwachsenen gegenüber dieses Verhaltensmuster verschweigt. Beim Alkoholgebrauch gibt es keinen Effekt — weil Alkohol als Bestandteil des Erwachsenenlebens assoziiert wird. (7)
- d) Konzeptuelle und methodische Probleme auf der Ebene der Indikatorenbildung und Frageformulierungen kommen als weitere Größen hinzu. Alkoholabhängigkeit kann und wird z. T. über Trinkmengen, z. T. über verschiedene Statements (wie im MALT) erhoben. Trinkmengen geben das Problem dabei nur bedingt realistisch wider. (8) Statements können — wenn gruppenspezifische Eigenarten des Lebensstils nicht angemessen berücksichtigt werden (z. B. bei Frauen) — ebenfalls zu Fehleinschätzungen führen. Schließlich macht es bereits bei der Erfassung von Konsumhäufigkeit und Konsummenge viel aus, welche Formulierungen gewählt werden. Das ist an sich banal, wird aber in der konkreten Forschung wenig reflektiert. Einige Unterschiede zwischen Umfragen gehen zum Teil auf das Konto unterschiedlicher Erfassung des Drogengebrauchs.

5. *Schlußbemerkungen*

Die Ausgangssituation zur epidemiologischen Analyse von Suchtphänomenen in der Bundesrepublik ist nicht sonderlich gut. Das Wissen steht geradezu in umgekehrt proportionalem Verhältnis zur Größe des Problems. Das vorhandene Datenmaterial ist rudimentär, methodisch z. T. nicht unproblematisch und wird zudem oft auch noch unzulässig interpretiert. International steht die Bundesrepublik damit deutlich weit hinter entsprechender Forschung, etwa in den skandinavischen Ländern und den USA. Will man die Bedeutung gesellschaftlicher Verhältnisse und sozialen Wandels für die Entwicklung des Suchtproblems erfassen und Fehleinschätzungen vermeiden, so kommt man nicht umhin, sich systematischer um Datensammlung zu bemühen als bisher und konzeptuell wie methodisch zu reflektieren.

LITERATUR

1. Die neueren Arbeiten aus dem Bereich der sozialen Indikatorenforschung haben zwar dazu beigetragen, diese Situation zu verändern. Der Gesundheitsbereich blieb allerdings dabei weitgehend ausgespart.
2. Hoffnungsvolle Ansätze finden sich seit kurzem im EBIS und neuerdings vor allem dem DOSY Dokumentations-System. Vgl. Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke, Hrsg., DOSY '82. Kassel 1983
3. Vgl. K. ANTONS und W. SCHULZ: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. 1, Göttingen 1976; Ch. J. FURST et al.: Alcoholism prevalence estimation: a review of current methods and controversies. In: Drug Abuse and Alcoholism Review, 3, No. 3/4 1980
4. Die Schätzungen des Bundesministeriums für Familie, Jugend und Gesundheit basierten bislang weitgehend auf den Schätzungen von „Experten“. Die mitgeteilten Zahlen für Drogenabhängige blieben selbst dann noch konstant, als aus den Statistiken des Bundeskriminalamtes längst ein Anstieg der Drogenabhängigkeit deutlich herauszulesen war. Zu den methodischen Problemen verschiedener Schätzverfahren vgl. vor allem die Research Monographs 10 und 16 des National Institute on Drug Abuse. Rockville, Md. (USA). Zu den Versuchen einer lokalen Schätzung vgl. u. a. L. G. HUNT und C. D. CHAMBERS: The heroin epidemics. New York 1976; H. SKARABIS und M. PATZAK: Die Berliner Heroinscene. Weinheim und Basel 1981
5. Inwieweit die Unterrepräsentation für Drogenkonsumenten generell gilt, ist weniger eindeutig. Eine unveröffentlichte bayerische Studie (Infratest) erbringt keine Unterschiede zwischen den anfänglich nicht erreichten, später aber doch noch befragten und den übrigen Jugendlichen. Eine eigene Untersuchung bei Hamburger Schülern erbrachte dagegen unter den befragten Ausfällen einer Schule eine Überrepräsentation von Drogenkonsumenten (ähnliches wird von D. KANDEL für die USA berichtet). Zu Unterrepräsentation von Personen mit schwereren Formen der Delinquenz unter Befragten vgl. auch die Befunde von B. VILLMOW und E. STEPHAN: Jugendkriminalität in einer Gemeinde. S. 248, Freiburg 1983
6. Vgl. K. ANTONS und W. SCHULZ, a.a.O.
7. K. H. REUBAND: Einflüsse des Interviewerstabes auf das Antwortverhalten. Zur Analyse jugendspezifischer Verhaltensmuster. Manuskript. Köln 1983
8. Trinkmengen bilden oft bei Internisten den Maßstab für Alkoholgefährdung, ebenso in verschiedenen Umfragen, z. B. des Arbeitskreises Alkohol (Bonn). Zur Kritik vgl. W. FEUERLEIN: Medizinische Grundlagen der Alkoholabhängigkeit, In: H. Berger, A. Legnaro und K. H. Reuband, Hrsg., Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit. Stuttgart 1980. Allgemein zur Messung des Alkoholkonsums durch Umfragen vgl. auch R. ROOM: Measurement and distribution of drinking patterns and problems in general populations. In: G. Edwards, M. M. Gross, M. Keller, J. Moser und R. Room, Hrsg., Alcohol-related disabilities. WHO Offset Publ. No. 32. Geneva 1977