



BAS-SUCHTFORSCHUNGSTELEGRAMM

Heft 27

23.04.2013

Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen

BAS Unternehmungsgesellschaft
(haftungsbeschränkt)

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dem nun endlich spürbaren Frühlingsbeginn möchten wir Ihnen gerne auch unsere erste Ausgabe des Suchtforschungstelegramms 2013 zukommen lassen.

In der aktuellen Ausgabe bieten wir Ihnen einen Mix aus **Literaturreferaten**, die sich mit dem Themenspektrum *Alkohol – Tabak – Glücksspiel* befassen. Ferner finden Sie **aktuelle Informationen** zu den Angeboten und Aktivitäten der BAS sowie einen **Ausblick auf die kommenden Veranstaltungen** der BAS-Vortragsreihe 2013 und der in Kooperation mit Partnern geplanten Fortbildungsveranstaltungen.

Besonderes Augenmerk möchten wir auf eine bayernweite **Kampagne „Schwangerschaft?! Null Promille!“** lenken, die uns besonders am Herzen liegt und die wir seitens der BAS als Mitglied des Präventionspakt Bayern sehr gerne unterstützen:

www.schwanger-null-promille.de

Diese bietet werdenden Müttern und ihren Partnern, aber auch Fachexperten wertvolle Informationen rund um das Thema Alkohol und Schwangerschaft und soll Frauen dabei unterstützen, während der Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten.

Für alle am Thema „Neue Drogen“ Interessierten, die keine Gelegenheit zur Teilnahme am **12. Suchtforum 2013** am 10.04.2013 in München hatten oder keinen der begehrten Plätze erhalten haben, bieten wir Ihnen am **24.07.2013** in **Nürnberg** eine Wiederholungsveranstaltung zu *„Neue Drogen hat das Land“* an.

Über Ihre Rückmeldungen zu unseren aktuellen Angeboten oder **Anregungen** freuen wir uns!

Mit herzlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Melanie Arnold (Geschäftsführerin)

Dr. Beate Erbas & das BAS-Team

Inhaltsverzeichnis

Literaturreferate¹

Effektivität von Screening und alkoholbezogener Kurzintervention in der Primärversorgung	2
Rauchstopp bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	4
Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE	8

Aktuelles aus der BAS	11
------------------------------	----

Veranstaltungshinweise	14
-------------------------------	----

Hinweis:

Sind Sie auf der Suche nach einer bereits in der Vergangenheit erschienenen Ausgabe des BAS-Suchtforschungstelegramms? Die **BAS-Suchtforschungstelegramme der Vorjahre** finden Sie zum Herunterladen auf unserer Website www.bas-muenchen.de unter der Rubrik „Publikationen/Suchtforschungstelegramm“.

¹ Die hier vorgestellten Texte Dritter geben die Meinungen der vorgestellten Autoren und nicht unbedingt die Meinung der BAS wieder.

Effektivität von Screening und alkoholbezogener Kurzintervention in der Primärversorgung

Hintergrund

Rund 20-30% der Patienten, die sich routinemäßig in hausärztlichen Praxen vorstellen, praktizieren gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsum. Verschiedene Metaanalysen haben gezeigt, dass bei dieser Population ein Screening mittels Kurzfragebogen, gefolgt von einer Kurzintervention zu einer Abnahme der Alkoholkonsummenge führt. Viele Studien zu Kurzinterventionen hatten überwiegend trinkende Männer mittleren Alters im Fokus, wobei die optimale Intensität der Kurzintervention gegenwärtig unbekannt ist.

Mit der hier vorgestellten Studie sollen neben der Länge der Intervention auch die Modalitäten um den Einsatz der Maßnahme bestimmt werden. Die Untersuchung ist Teil der „Screening and Intervention Programme for Sensible drinking (SIPS)“-Studie in Großbritannien.

Methode

Innerhalb von 15 Monaten wurden 2991 Patienten aus Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung in England auf missbräuchlichen Alkoholkonsum gescreent. Dabei wurden städtische und ländliche Regionen bzw. ärmere und reichere Gemeinden gleichermaßen berücksichtigt sowie auf eine kulturelle Vielfalt geachtet.

Randomisiert wurden der Screeningzugang (universell vs. gezielt), das Screeninginstrument (FAST alcohol screening test vs. modifizierter single alcohol screening questionnaire) sowie die Intervention (siehe unten). In 95% der Fälle wurden Screening und Kurzintervention durch Allgemeinärzte sowie in der Primärversorgung Tätige durchgeführt.

In die Untersuchung eingeschlossen wurden Patienten, die beim Screening mit einer alkoholbedingten Störung auffällig wurden. Ausgeschlossen wurden Patienten mit schweren psychischen Störungen, ohne festen Wohnsitz oder mit schwerer Intoxikation oder diejenigen, die eine Behandlung für ihre Alkoholerkrankung suchten.

Die Patienten wurden randomisiert einer der drei folgenden Interventionen zugeführt, nachdem alle eine kurze Rückmeldung zu ihrem Trinkverhalten erhalten hatten:

- Gruppe 1: Patientenbroschüre (16-seitig, *How much is too much?*)
- Gruppe 2: Patientenbroschüre + 5-minütige strukturierte Beratung durch Einrichtungsmitarbeiter basierend auf dem „How much ist too much?“-Programm am gleichen Termin
- Gruppe 3: Patientenbroschüre + 5-minütige strukturierte Beratung + Angebot zur Vereinbarung einer 20-minütigen Lebensstilberatung innerhalb von 14 Tagen nach dem Erstgespräch

Nach dem Screening und der anschließenden Erstuntersuchung fanden noch zwei Follow-up-Untersuchungen nach sechs bzw. zwölf Monaten statt, wobei zu allen Zeitpunkten u.a. der AUDIT (Selbsttest zur Abschätzung der Schwere einer alkoholbedingten Störung) sowie eine Frage zur Änderungsbereitschaft zum Einsatz kamen. Nach zwölf Monaten wurde zudem die Patientenzufriedenheit abgefragt.

Sowohl die beteiligten Einrichtungen als auch die Patienten erhielten eine finanzielle Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an der Untersuchung.

Ergebnisse

900 der 2991 gescreenten Patienten wiesen gefährliche oder schädliche Alkoholkonsummuster auf. 756 (84%) stimmten der Studienteilnahme zu, wobei alle die Patientenbroschüre erhielten. 250 Patienten, die den Interventionen 2 und 3 zugeteilt waren, erhielten die 5-minütige Kurzberatung. Allerdings haben nur 57% der für die Intervention 3 vorgesehenen Patienten den weiteren Termin wahrgenommen und eine kurze Lebensstilberatung erhalten.

Die Follow-up-Raten lagen nach sechs Monaten bei 85%, nach 12 Monaten bei 82%, wobei sich zwischen den Interventionen keine signifikanten Unterschiede zeigten.

Die Patienten waren durchschnittlich 45 Jahre alt, 62% männlich sowie zu 92% weißer Hautfarbe. 34% wiesen einen höheren Bildungsabschluss auf, 34% rauchten.

Erstuntersuchung: Mittels AUDIT konnten 611 Teilnehmer (82%) mit gefährlichen oder schädlichen Trinkmustern erkannt werden. Der durchschnittliche Scorewert lag bei 12,7 (Standardabweichung 6,4). Die Änderungsbereitschaft schwankte zwischen den drei Interventionsgruppen, wobei 465 Personen (62%) angaben, nie oder nur manchmal über einen Trinkstopp nachzudenken.

AUDIT-Ergebnisse im Zeitverlauf: In allen drei Gruppen nahm der Anteil von Personen mit unauffälligen AUDIT zu, jedoch ohne signifikant zu werden. Die AUDIT-Mittelwerte aller drei Interventionsgruppen finden sich in der nachfolgenden Tabelle.

Tabelle 1: AUDIT-Mittelwerte der Follow-up-Untersuchungen

Follow-up	Mittelwert AUDIT (Standardfehler des Mittelwerts)		
	Patientenbroschüre	5-min Beratung	Lebensstilberatung
6 Monate	n=202, 11,36 (0,31)	n=208, 11,43 (0,23)	n=205, 10,98 (0,49)
12 Monate	n=195, 10,69 (0,24)	n=205, 10,49 (0,17)	n=203, 10,49 (0,40)

Änderungsbereitschaft im Zeitverlauf: Nach sechs Monaten nahm der Anteil von Personen, die versuchen wollten, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren, in Gruppe 1 um 32% (n=65), in Gruppe 2 um 34% (n=69) und in Gruppe 3 um 45% (n=93) zu. Die Ergebnisse nach 12 Monaten waren ähnlich, wobei zu beiden Zeitpunkten lediglich der Unterschied zwischen Gruppe 1 im Vergleich zu Gruppe 3 signifikant wurde ($OR_{6mon} = 1,74$, $OR_{12mon} = 1,86$; p jeweils $<0,001$).

Patientenzufriedenheit: Nach zwölf Monaten gaben die Patienten der Gruppe 3 die höchsten Zufriedenheitswerte an, wobei lediglich die Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 3 hinsichtlich der generellen Kommunikation (p=0,03) sowie der interpersonellen Art, wie die Intervention dargeboten wurde (p=0,05), signifikant wurden.

Hinsichtlich alkoholbezogener Probleme oder der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Interventionsgruppen.

Diskussion

Zusätzliche Lebensstilberatungen haben die Änderungsbereitschaft der Patienten hin zu geringerem Alkoholkonsum positiv beeinflusst sowie eine größere Zufriedenheit hergestellt. Erfreulich waren auch die bei über 80% liegenden hohen Follow-up-Raten.

Aufgrund der pragmatischen Natur dieser Studie war es schwierig, Form und Umfang der Interventionen sicherzustellen. Möglicherweise ist der fehlende Unterschied zwischen den

Studien-Armen auf die uneinheitliche Implementierung der entsprechenden Studienprotokolle zurückzuführen. Dies wird Gegenstand einer weiteren Untersuchung sein.

Außerdem ist denkbar, dass die kumulative Wirkung von Screening, Ergebnismeldung und Überlassung der Patientenbroschüre den zusätzlichen Einsatz der 5-minütigen Beratung in den Hintergrund gedrängt hat. Jedoch wäre der Verzicht auf jegliche Intervention ethisch bedenklich gewesen.

Die Tatsache, dass nur 57% der Patienten der Gruppe 3 den zweiten Termin zur Lebensstilberatung wahrgenommen haben, verringert zum einen die Bedeutung dieser zusätzlichen Intervention und lässt zum anderen Zweifel aufkommen, ob ein Folgetermin zur Beratung in der Praxis überhaupt sinnvoll ist.

Durch die Verwendung der Kurzform des AUDIT (10 Items) konnten genaue Konsummengen nicht erfasst werden. Auffällig war, dass die durchschnittlichen AUDIT-Werte nicht besonders hoch waren. Der im Zeitverlauf erreichte mittlere Rückgang der AUDIT-Werte war mit anderen Studien, die Kurzinterventionen untersuchten, vergleichbar.

Bedeutung für die Praxis

Wie auch in den Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence beschrieben, empfiehlt sich ein gestuftes Vorgehen in Form einer kostengünstigen Kurzintervention, die bei Bedarf und Wunsch des Patienten mit einer weiteren Beratung kombiniert werden kann. Eine zeitliche oder intensivere Ausdehnung der Kurzintervention bringt keinen zusätzlichen Effekt.

Im Setting der primärärztlichen Versorgung erwies sich ein Screening in Kombination mit einem kurzen Feedback und der Aushändigung von schriftlichen Informationen als die am besten geeignete Strategie, um schädlichem Alkoholkonsum zu begegnen.

Kaner E et al. (2013): Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:e8501 doi: 10.1136/bmj.e8501 (Published 9 January 2013)

Rauchstopp bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Hintergrund

Jugendliche Raucher bedürfen besonderer Aufmerksamkeit, da sich ihre Wahrscheinlichkeit für Rauchen im Erwachsenenalter um das 16-fache erhöht. Zudem hat sich das Rauchen im Jugendalter als Risikofaktor für riskanten Alkoholkonsum erwiesen. Nachfolgend soll ein Überblick über den Ausstieg aus dem Tabakkonsum gegeben werden gemäß der Leitfrage „*Wann hört wer wie wieder auf zu rauchen?*“

Methodik

2011 wurde dazu eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pub-Med, PsycINFO und Web of Science durchgeführt. In die Arbeit wurden 169 Publikationen einbezogen. Die verwendeten Definitionen für Rauchstopp oder Aufhören variierten zwischen den Arbeiten. Auch die Abgrenzung vom Experimentieren zum etablierten Rauchen war nicht einheitlich. Als ein möglicher Grenzwert wurde der Konsum von mindestens 100 Zigaretten im Leben vorgeschlagen.

Ergebnisse

Prävalenz von Rauchern und Ex-Rauchern:

2011 rauchten 27,5% der 12-25-jährigen Deutschen. Der Anteil von stark rauchenden Jugendlichen ist zwischen 2003 (männlich: 32,2%, weiblich: 28,3%) und 2010 (männlich: 37,4%, weiblich: 26,2%) leicht gestiegen bzw. stabil geblieben. Unter Berücksichtigung der DSM-IV-Kriterien² entwickeln 28% aller jungen Menschen bis zum 34. Lebensjahr eine Nikotinabhängigkeit. Kritiker dieser Definition meinen, dass sich eine klinisch relevante Abhängigkeit bereits nach wenigen Wochen und auch bei nicht täglichem Konsum entwickeln kann.

Unter den 12-17-Jährigen fanden sich 0,6% Ex-Raucher (männlich: 1,0%, weiblich: 0,2%), bei den 18-25-Jährigen betrug der Anteil 4,8% (männlich: 5,2%, weiblich: 4,4%).

Aufhörmotivation und Aufhörversuche:

2008 gaben 34% der 12-17-jährigen Raucher in Deutschland an, mit dem Rauchen innerhalb der nächsten 30 Tage aufhören zu wollen. Noch einmal der gleiche Anteil überlegte, in den folgenden sechs Monaten einen Rauchstopp einzulegen. Die eigene Motivation zu einem Rauchstopp beurteilten junge Raucher auf einer fünfstufigen Skala in 35% der Fälle als hoch oder sehr hoch. Allerdings bestand eine hohe Ambivalenz gegenüber dem Rauchen, da von 80% neben dem Abhängigkeitspotenzial auch die positiven Effekte des Rauchens wahrgenommen wurden.

Etwas über die Hälfte der deutschen Jugendlichen zwischen 12 und 19 gab an, in den letzten 12 Monaten einen Rauchstoppversuch durchgeführt zu haben. International lag der Anteil bei 68%. Die aus den Studien ermittelten Rückfallquoten betrugen 34% innerhalb der ersten Woche, 56% innerhalb eines Monats, 89% bzw. 92% innerhalb eines halben bzw. ganzen Jahres.

Ausstiegsprozess:

Durchschnittlich 1,5 Jahre dauerte in einer deutschen Untersuchung der Übergang vom regelmäßigen Konsum bis zu einer klinisch relevanten Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV-Kriterien. In der Altersgruppe von 13-17 Jahren wiesen bereits etwa die Hälfte der Raucher Abhängigkeitssymptome auf. In einer prospektiven Untersuchung an 12- bis 13-jährigen Raucheinsteigern zeigte sich, dass Craving erstmals nach fünf und Entzugerscheinungen nach 12 Monaten auftraten. Beide Symptome traten in Erscheinung, bevor über einen gewissen Zeitraum eine Gesamtmenge von 100 Zigaretten geraucht bzw. Zigaretten täglich konsumiert wurden. Aus der gleichen Untersuchung ließ sich entnehmen, dass bereits zweieinhalb Monate nach der ersten Zigarette ein erster ernsthafter Aufhörversuch stattfand. Mangelnde Zuversicht bezüglich des Aufhörens wurde nach 18 Monaten berichtet und nach 32 Monaten drangen die Schwierigkeiten des Aufhörens ins Bewusstsein.

Prädiktoren des Ausstiegs:

- *gesellschaftlich/strukturell:* In Abhängigkeit vom Image des Rauchens in der Gesellschaft fällt es den Jugendlichen leichter bzw. schwerer mit dem Rauchen aufzuhören. Auch mit einer Erhöhung der Zigarettenpreise stieg die Motivation zum Rauchstopp.

² Mindestens 3 der folgenden Symptome müssen über einen Zeitraum von 12 Monate zutreffen: Toleranzentwicklung, Entzugssymptomatik, Kontrollverlust, erfolglose Reduktionsversuche, fortgesetzter Konsum trotz körperlicher/psychischer Probleme, Rückzug von beruflichen, sozialen oder Freizeitaktivitäten, hoher Zeitaufwand für Konsum

- *sozial*: Litten die Eltern an einer Abhängigkeitsstörung, so fiel den Kindern bis zum Alter von 24 Jahren das Aufhören deutlich schwerer. Beendeten die Eltern das Rauchen, solange die Kinder noch klein (bis acht Jahre) waren, so war die Wahrscheinlichkeit für einen Rauchstopp der Jugendlichen bis zum Alter von 19 Jahren höher. Restriktive und nicht akzeptierende Eltern erhöhten die Aufhormotivation bzw. führten eher zu einem Ende des Zigarettenkonsums. Auch der Übergang in rauchfreie soziale Umgebungen, z.B. durch die Heirat eines Nicht-Rauchers oder durch Elternschaft, führte bei 23- bis 29-Jährigen häufiger zur Beendigung des Zigarettenkonsums.
- *personenbezogen*: Es fanden sich keine eindeutigen Belege zum Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Ausstiegsverhalten. Lagen jedoch eine Depression, höhere Impulsivität oder eine antisoziale Persönlichkeitsstörung vor, so war der Ausstieg aus dem Tabakkonsum erschwert. Als weitere Faktoren, die für einen Rauchstopp förderlich waren, erwiesen sich ein geringeres Stresserleben, Religiosität, hohe Wertschätzung der Gesundheit, ein stärkeres Kohärenzgefühl sowie ein diurner Typ³. Häufigere und stärkere Raucher waren weniger motiviert aufzuhören. Das Gleiche galt für Jugendliche, die häufiger Alkohol tranken oder Cannabis konsumierten. Die Bereitschaft zum Rauchstopp zeigte eine Assoziation zur ausstiegsbezogenen Selbstwirksamkeit, zur Ambivalenz gegenüber dem Rauchen sowie dem Einverständnis mit politischen Maßnahmen gegenüber der Tabakindustrie.
- *unmittelbar*: Die frühere Konsumintensität erwies sich als signifikanter Prädiktor für einen Rückfall innerhalb der ersten drei Wochen. Positive Wirksamkeitserwartungen waren nur geringfügig wichtig für die Vorhersage einer mindestens zweimonatigen Abstinenz. Unabhängig von der Konsumintensität erwies sich die täglich erlebte Zuversicht, rauchfrei zu bleiben, als entscheidend für die Aufrechterhaltung der Tabakabstinenz am nächsten Tag.

Die derzeitige Befundlage zum Ausstiegsprozess bei Jugendlichen ist u.a. dahingehend unzureichend, als keine Erkenntnisse zur Spezifität der Einflussfaktoren hinsichtlich Altersgruppen oder Rauchstatus vorliegen.

Wirksamkeit von Rauchstopp-Interventionen:

Als häufigste Strategien für einen selbst-initiierten Rauchstopp nannten Jugendliche Vermeidung, Ablenkung sowie Reduktion. Daneben erschien zusätzlich die soziale Unterstützung als hilfreich. Bei der Frage, welche Anforderungen ein Raucherentwöhnungsprogramm für junge Menschen zu erfüllen hätte, wurden neben der Verdeutlichung des Gewinns durch ein rauchfreies Leben Selbstbestimmung und Freiwilligkeit aufgezählt. Als die drei wichtigsten Elemente eines potenziellen Kursprogramms wurden Möglichkeiten zum Umgang mit starkem Verlangen, Umgang mit rauchenden Freunden und Erfahrungsaustausch mit anderen rauchenden Jugendlichen aufgezählt.

Die wichtigsten theoretischen Ansätze therapeutischer Raucherentwöhnungsprogramme sind folgende: Motivationsförderung, kognitive Verhaltenstherapie, soziale Einflussnahme und Pharmakotherapie. Komplexe Ansätze, die Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie und der Motivationsförderung kombinierten, erwiesen sich hinsichtlich der 6-Monats-Abstinenzraten am wirkungsvollsten. Pharmakologische Interventionen zeigten weder kurz- noch langfristig signifikante Effekte. Wegen der Attraktivität der neuen Medien werden seit einigen Jahren internetbasierte Programme, teilweise unter Einbeziehung von Telefonberatung oder SMS, erprobt. Speziell für die junge Altersgruppe kommen auch

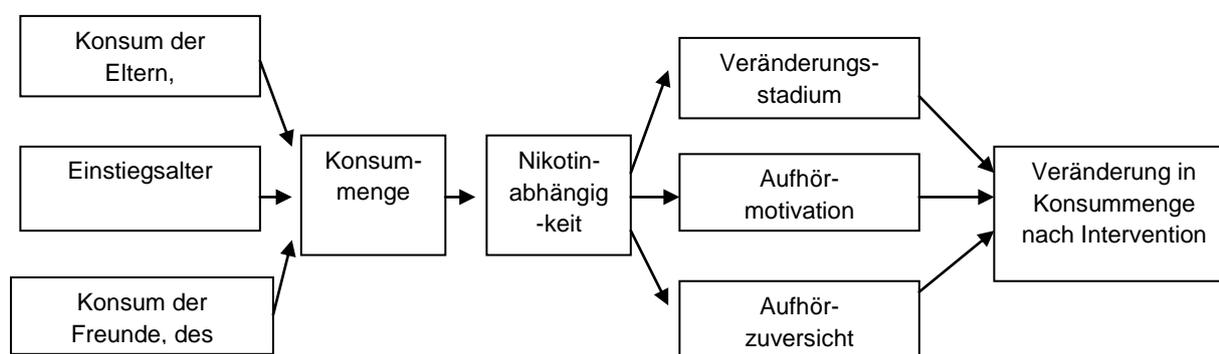
³ Morgentyp im Gegensatz zu einer eher abends bzw. nachts aktiven Person

Zusatzkomponenten wie z.B. motivierende Schreiben vor und nach dem Rauchstopp, Einbeziehung der Eltern oder Akupressur zum Einsatz.

Für die Wirksamkeit von Maßnahmen in Deutschland liegen keine kontrollierten Studien vor. Nach Abschluss von „Rauchfrei 2004“ waren 11,5%, nach „losgelöst“ am Ende der Nachbetreuung 24,4% rauchfrei. Bei einem internetbasierten Angebot (www.rauchfrei.info) verzichteten drei Monate nach dem Ausstiegstag 9%, sechs Monate nach Programmende 6% auf Zigaretten. Mit dem zuletzt genannten Programm wurden eher junge Erwachsene als Jugendliche erreicht.

Das nachfolgend dargestellte Modell zeigt die verschiedenen Faktoren zur Vorhersage der Veränderung des Rauchverhaltens auf.

Abb. 1: Modell zum Rauchstopp bei Jugendlichen (nach Brandstetter et al., 2009)



Welche Mediatoren letztendlich zum Erfolg der Intervention beitragen, wurde bislang nur von wenigen Studien untersucht. Demnach waren die Zunahme bzw. die Stärke der Motivation sowie die Rolle der alternativen Verstärkung für den Kurserfolg von Bedeutung.

Inanspruchnahme von Rauchstopp-Interventionen:

Bei Jugendlichen besteht die Schwierigkeit, diese für eine Raucherentwöhnungsmaßnahme zu rekrutieren und sie dort zu halten. In verschiedenen Befragungen gaben die meisten Jugendlichen an, den Tabakverzicht alleine und/oder mit Unterstützung des Freundeskreises durchzuführen. In internationalen Studien, die im Schulbereich auf freiwilliger Basis rekrutierten, konnte knapp 50% der rauchenden Jugendlichen für eine Maßnahme gewonnen werden. Die Haltequote lag bei 72%. Für den deutschsprachigen Raum sind beide Zahlen deutlich niedriger.

Für eine höhere Haltequote empfiehlt sich ein strukturierendes Setting wie Schule, Sportverein oder Klinik. Inhaltlich haben sich aktive Ansätze wie z.B. persönliche Ansprache durch den Kursleiter oder Vergabe von Incentives sowie Spaß im Kurs bewährt.

Diskussion und Zusammenfassung

Warum intervenieren? – Es gibt eine stabile Quote an stark Rauchenden unter den Jugendlichen. Aufhörversuche ohne professionelle Unterstützung bleiben oft erfolglos. Rauchstopp-Interventionen für Jugendliche sind kosteneffizient.

Wann intervenieren? – So früh wie möglich, da sich Craving, Nikotinabhängigkeit und Entzugserscheinungen sehr schnell entwickeln können.

Wie intervenieren? – Verhältnisorientierte Maßnahmen erhöhen die Aufhörtmotivation und fördern den selbst-initiierten Rauchstopp. Wichtig ist ein altersspezifisches Vorgehen, welches die schwankende Motivation der Jugendlichen berücksichtigt.

Für wen verhaltensbezogene Angebote? – Bedarf besteht besonders bei Jugendlichen, deren Eltern von Abhängigkeitserkrankungen betroffen sind und in deren Familien- und Freundeskreis intensiv geraucht wird. Auch junge Menschen mit Depressivität, impulsivem Verhalten und frühem Rauchbeginn sowie diejenigen mit starken Entzugserscheinungen, Craving und starken Selbstzweifeln hinsichtlich eines Rauchstopps sollten verhaltensbezogene Interventionen erhalten.

Erfolg der Intervention? – Gesundheitspolitisch ist nur der endgültige Rauchverzicht ein Erfolg. Doch die Aussicht, lebenslang nie wieder eine Zigarette zu rauchen, ist das Haupthindernis für einen Rauchstopp. Obwohl es keine Evidenz für eine gesundheitsförderliche Wirkung einer Reduktion gibt, haben sich Hinweise auf eine spätere Rauchfreiheit auch für eine Konsumreduktion von fünf Zigaretten sowie für eine einjährige Abstinenz gefunden.

Bühler A, Thurl J (2012): Rauchstopp bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Grundlagen und Interventionen. Sucht 58 (5):297-316

Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE

Hintergrund

Angehörige von problematischen oder pathologischen Glücksspielern leiden unter sozialen, psychischen und ökonomischen Auswirkungen der Erkrankung. Ihre Probleme ähneln in vielen Bereichen denen Angehöriger Substanzabhängiger. Sie befinden sich in hoch stressreichen Lebensumständen und haben ein erhöhtes Risiko, physische, psychische, soziale und emotionale Probleme zu entwickeln. Daher könnte die Vermittlung funktionaler Strategien zur Bewältigung der Situation gesundheitsförderlich sein. Zudem könnte – ähnlich wie der CRAFT-Ansatz dies für Angehörige Substanzabhängiger zeigt – die Unterstützung Familienangehöriger die Behandlungsaufnahme der betroffenen Spieler positiv beeinflussen.

Daher wurde das *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)* als Angebot für diese Zielgruppe entwickelt und evaluiert. Das Entlastungstraining richtet sich an Angehörige, die durch das Spielverhalten belastet werden, unabhängig vom Beziehungsstatus oder dem derzeitigen Spielverhalten des Spielers.

In der Pilotphase wurde ein Manual mit sieben Bausteinen à 90 min. getestet. Behandelt wurden Themen, die Studien zufolge für Angehörige von pathologischen Glücksspielern besonders belastend sind: Vertrauen bzw. Vertrauensverlust, Lügen, Verantwortungsübernahme, Schuld, negative Selbstzuschreibung und soziale Isolation. Zudem wurden, dem psychoedukativen Konzept entsprechend, Themen wie finanzielle Absicherung, Basiswissen zum Krankheitsbild und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten besprochen.

Ziel des Entlastungstrainings ist eine Reduktion der Belastetheit durch die Vermittlung von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten.

Methode

In Zusammenarbeit mit vier bayerischen Beratungsstellen wurde ETAPPE im Herbst 2010 getestet. Insgesamt wollten 36 Personen am Entlastungstraining teilnehmen, davon wurden 26 Personen in die Studie eingeschlossen.

Geprüft wurde

1. wer mit ETAPPE erreicht werden kann,
2. ob die Inhalte des Trainings mit den von den Angehörigen als belastend erlebten Themen übereinstimmen und
3. ob die Angehörigen tatsächlich subjektiv belastet und chronisch gestresst sind und ETAPPE dazu beitragen kann, diese Belastungen zu reduzieren.

Dazu wurde zu Beginn und Abschluss des Entlastungstrainings eine schriftliche Befragung, die u.a. Fragen zu soziodemographischen Merkmalen und zum Spielverhalten sowie den „Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Kurzform der SCL-90-R (deutsche Version) (BSI)“ und die „Screening-Skala zum chronischen Stress“ (SSCS) des „Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS)“ enthielt, durchgeführt. Zudem wurde zu Beginn jedes Bausteins die aktuelle subjektive Beanspruchung mit dem „Fragebogen zur aktuellen Belastung (KAB)“ verwendet.

Ergebnisse

Die Haltequote im Programm betrug 80,6%. Die Gruppengrößen schwankten zwischen 7 und 11 Teilnehmern.

Fragestellung 1: Wer kann mit ETAPPE erreicht werden?

Bei über 90% der Teilnehmer handelte es sich um Frauen. Die meisten Angehörigen (über 80%) lebten mit dem betroffenen Spieler im selben Haushalt. Die Teilnehmer waren im Schnitt 47,2 Jahre alt (25-70 Jahre). Zumeist handelte es sich um Partner (54%) oder Eltern (38%). Zudem waren Geschwister vertreten (8%). Über 90% der Teilnehmer berichteten zu Beginn ein problematisches Spielverhalten ihrer Angehörigen. In der Abschlussbefragung traf dies noch auf 77% der Teilnehmer zu, 15% berichteten von keinem pathologischen Spielverhalten und 8% konnten keine diesbezügliche Einschätzung vornehmen.

Fragestellung 2: Bilden die Inhalte von ETAPPE die von den Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen ab?

In offenen Fragen wurden die am stärksten belastenden Themen erhoben. Diese wurden von unabhängigen Ratern in insgesamt neun Cluster eingeordnet: Vertrauen/Misstrauen, Angst, Beziehung, Finanzen, Rückfall, Informationsdefizit, Kriminalität, Belastung und Zukunftsplanung. Die Anzahl der Nennungen pro Cluster veränderte sich zwischen Beginn und Abschluss: Bei den Clustern Informationsdefizit, Rückfall, Belastung und Vertrauen/Misstrauen nahm die Anzahl der Nennungen ab, bei den Clustern Angst und Beziehung stieg die Anzahl der Nennungen. Themen aus dem Cluster Zukunftsplanung wurden nur bei der Abschlussbefragung genannt.

Fragestellung 3: Sind Angehörige problematischer und pathologischer Spieler subjektiv belastet und chronisch gestresst und kann ETAPPE helfen, diese Belastungen zu reduzieren?

Die Selbsteinschätzung der Belastetheit war bei der Abschlussbefragung signifikant geringer ($p=.039$). Die subjektiv empfundene Beeinträchtigung nahm ebenfalls ab: Die Werte auf allen Skalen des BSI sanken, die Unterschiede auf den Skalen GSI, Somatisierung und Ängstlichkeit waren signifikant ($p=.031$ bzw. $p=.007$ bzw. $p=.041$). Auch die aktuelle subjektive Beeinträchtigung sank im Verlauf des Entlastungstrainings und lag zum Abschluss signifikant niedriger als zu Beginn ($p=.001$). Der chronische Stress (SSCS) nahm ebenfalls ab, allerdings war der Unterschied nicht signifikant ($p=.111$).

Diskussion

Das Entlastungstraining lässt sich unter Einbeziehung verschiedener Angehörigengruppen gut durchführen. Wie auch bei anderen Erkrankungen nahmen mehr Frauen als Männer das Angebot an. Die in ETAPPE behandelten Themen stimmen sehr gut mit den Themen überein, die von den Angehörigen als belastend erlebt werden. Insgesamt handelt es sich bei den Teilnehmern an ETAPPE um eine Klientel, die sowohl in der Selbsteinschätzung der Belastetheit als auch der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung und bezüglich des chronischen Stresses nachweisbar erhöht belastet war. Trotz der Tatsache, dass ein Großteil der Teilnehmer einen Fortbestands des Spielverhaltens berichteten und damit die stressauslösenden Lebensumstände bestehen blieben, konnte durch ETAPPE eine Reduktion der Belastetheit auf verschiedenen Ebenen erreicht werden.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer wurden in die Überarbeitung des Programms einbezogen, sodass die finale Version aus acht Bausteinen besteht. Sehr individuelle Belange können dennoch nicht im Rahmen des Entlastungstrainings bearbeitet werden. Insgesamt zeigen aber Reduktion der Belastetheit sowie die hohe Haltequote und die persönlichen Rückmeldungen der Teilnehmer, dass es sich lohnt, diesen Ansatz in der Arbeit mit Angehörigen zu nutzen.

Bedeutung für die Praxis

ETAPPE greift die Themen auf, die von den Angehörigen problematischer und pathologischer Glücksspieler als besonders belastend erlebt werden. Die Belastung der Angehörigen nimmt durch die Teilnahme am Entlastungstraining ab. Insgesamt wird das Programm als hilfreich erlebt.

Quelle: Buchner UG, Arnold M, Koytek A, Gollrad T, Wodarz N (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *PPmP* 62: 383-389.

Aktuelles aus der BAS

1. Kampagne „Schwanger? Null Promille!“

In Deutschland werden jedes Jahr rund 4.000-5.000 Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) geboren.

Vor dem Hintergrund, dass in der Öffentlichkeit immer noch zu wenig bekannt ist, dass der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft heute die häufigste Ursache für eine nicht genetisch bedingte, angeborene Behinderung des Kindes darstellt, startete zu Jahresbeginn die Kampagne „Schwanger? Null Promille!“. Hierbei handelt es sich um eine bayerische Initiative für den Alkoholverzicht in der Schwangerschaft, die aufzeigen soll, warum wenige Monate Verzicht Sicherheit für ein gesamtes Leben bedeuten. Sie wird seitens der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen als Mitglied des rund 40 Mitgliedsorganisationen umfassenden Präventionspakt Bayern unterstützt.

Im Mittelpunkt der Initiative steht die **Kampagnenwebsite** www.schwanger-null-promille.de, die bereits innerhalb der ersten drei Monate nach ihrem Launch von rund 15.000 Interessenten besucht wurde. Die Internetseite informiert ausführlich rund um das Thema Alkohol und Schwangerschaft. So erzählen beispielsweise drei jungen Frauen in Blogs, wie es ihnen gelingt, alkoholfrei durch die Schwangerschaft zu gehen. Betroffene Frauen können sich über die Internetpräsenz der Kampagne zudem anonym an eine Online-Beratung wenden. Diese wird in einer gemeinsamen Initiative von staatlich anerkannten Beratungsstellen angeboten.



Die **Motive der Kampagne** finden Sie zum Download unter www.schwanger-null-promille.de/information. Zu den begleitenden **Kampagnenmaterialien** zählen Poster, Postkarten und Erinnerungskarten, ein Gutschein-Heft zum Ausfüllen (z.B. für einen Kinobesuch), Schlüsselanhänger, Mini-Display-Cleaner sowie transparente Hüllen für den Mutterpass. Diese können unter www.schwanger-null-promille.de/category/mitmachen bestellt werden.

Weiterführende **Informationen für Fachleute**, die Eltern von Berufs wegen begleiten, finden auf der digitalen Plattform eine Zusammenstellung spezifischer Informationen, darunter unter anderem ein Verzeichnis von Fachstellen der Suchthilfe sowie Einrichtungen, die sich in Bayern mit der Problematik des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) befassen: <http://www.schwanger-null-promille.de/bescheid-wissen/info-fur-fachleute-aetzte-hebammen-und-profis/>

Die Kampagne wird koordiniert vom Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung und unterstützt von den Mitgliedern des Runden Tisches Präventionspakt Bayern. Gefördert wird sie vom Bayerischen Gesundheitsministerium.

2. Aktivitäten zur Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger in Bayern

Die BAS arbeitet bereits seit Jahren in eigenen Arbeitsgruppen, denen u.a. Vertreter von BLÄK, KVB und der Wohlfahrtsverbände angehören, an der Sicherstellung der Versorgung Opiatabhängiger in Bayern. Im vergangenen Jahr wurden aufgrund der Ankündigung der niederbayerischen Ärzte, die Substitutionsbehandlung zum Jahresende einzustellen, die

Aktivitäten verstärkt und zentral am StMUG angesiedelt. Vorstand und Mitglieder der BAS sind beim regelmäßig stattfindenden Runden Tisch „Rahmenbedingungen der Substitution“ vertreten und arbeiten an konsensuellen Lösungen mit allen an der Substitutionsbehandlung beteiligten Akteuren.

Mit zur Grundlage der weiteren Aktivitäten dieses Rundes Tisches zählen zwei Papiere der BAS:

Zum einen benennt eine Strukturanalyse der Versorgungssituation Opiatabhängiger in Bayern die wichtigsten Hindernisse und Schwierigkeiten der flächendeckenden Substitution und stellt diesen gleichzeitig Lösungsvorschläge unter Benennung der dazu notwendigen Akteure gegenüber. In einem weiteren Papier nähert man sich der Frage, wie substitionsgefährdender Beigebrauch zu verstehen ist. Bei Interesse können Sie diese Papiere gerne in der BAS-Geschäftsstelle (bas@bas-muenchen.de) anfordern.

3. Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

Wir freuen uns, Ihnen heute mitteilen zu können, dass im Februar 2013 das Manual zur Durchführung des „*Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ*“ (**ETAPPE**) beim Hogrefe-Verlag erschienen ist. Durch die Manualisierung ist das Entlastungstraining mit geringem Zeitaufwand einsetzbar und versetzt die bayerischen Beratungsstellen in die Lage ETAPPE anzubieten, sodass die Versorgung der betroffenen Angehörigen sichergestellt werden kann.

Weiterhin wird am **01. Juni 2013** das Praxistransferprojekt „*Verspiel nicht mein Leben*“ – **Entlastung für Angehörige (EFA)**, ein computergestütztes Manual zur angeleiteten Selbsthilfe, online gehen. Es wird Angehörigen Glücksspielsüchtiger, die die „real life“-Angebote der Beratungsstellen nicht nutzen können oder möchten auf www.verspiel-nicht-mein-leben.de als E-Mental-Health-Tool zur Verfügung stehen.

Auch 2013 bietet die BAS wieder eine *Fortbildungsreihe* zum Thema Pathologisches Glücksspielen an. Sie umfasst neben Basis- und Aufbauschulungen einen Workshop für GründerInnen von Selbsthilfegruppen, den Fachkongress Glücksspiel 2013 und weitere Angebote. Die genauen Termine und Veranstaltungsorte für die bereits feststehenden Angebote können Sie der Terminübersicht im Suchtforschungstelegramm entnehmen. Weitere Termine und Veranstaltungsorte können Sie stets aktuell unserer Homepage www.bas-muenchen.de entnehmen. Weiterführende Informationen zum Thema Glücksspielsucht und den Aufgaben und Aktivitäten der LSG Bayern finden Sie auch auf der Website www.lsgbayern.de. Dort haben Sie zudem die Möglichkeit, den Newsletter der Landesstelle zu abonnieren, der neben aktuellen Informationen der Landesstelle auch Literaturreferate zum Thema bietet.

4. Aktueller Stand zur Umsetzung von „HaLT – Hart am Limit“ in Bayern

Implementierung

In Bayern realisieren zum 1. April 2013 44 Standorte in allen sieben bayerischen Regierungsbezirken die Umsetzung des alkoholspezifischen Präventionsprojektes *HaLT – Hart am Limit*.

Das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit* fördert auch 2013 die Aufnahme neuer Standorte mit bis zu 10.000 Euro. Wenn Sie Interesse an einer HaLT-Implementierung in Ihrer Region haben, können Sie sich gerne für ein ausführliches

Informationsgespräch zu den Details direkt an uns wenden. Als zentrale Koordinationsstelle stehen wir ihnen gerne unterstützend und beratend im Vorfeld, bei der Antragsstellung sowie während des Projektverlaufs zur Verfügung.

Die Ergebnisse im Projektjahr 2012 befinden sich derzeit in Auswertung und werden im nächsten Suchtforschungstelegramm vorgestellt.

Neues Elternprojekt der Universität Bamberg

In Kooperation mit *HaLT in Bayern* startete die *Universität Bamberg* 2012 ein Forschungsprojekt zur systematischen Erweiterung der Interventionen für Eltern. Zielsetzung der Studie ist es, die Einflussmöglichkeiten von Eltern auf das Trinkverhalten ihrer Kinder zu optimieren und zu evaluieren.

In der Studienvorbereitung fanden in Bamberg und München Expertentreffen mit den Praktikerinnen und Praktikern aus den bayerischen HaLT-Standorten statt. Zudem wurde eine ausführliche Recherche der relevanten Präventionsliteratur durchgeführt. Die Ergebnisse bilden die theoretische Grundlage sowohl für die Interventionen als auch für einen 20-seitigen Ratgeber. Der Elternratgeber fokussiert insbesondere auf die Themen Regelsetzung und Kommunikation. Die Interventionen für die Eltern finden sowohl im Krankenhaus (reaktiver Projektteil) wie auch im Rahmen von Elternabenden an Schulen (proaktiver Projektteil) statt. Die Ratgeber-Broschüre dient zur Vertiefung. Aktuell wird die Datenerhebung durchgeführt.

Gefördert wird das Forschungsprojekt durch das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit*. Als weiterer Partner konnte die *AOK Bayern* gewonnen werden, die sich durch eine finanzielle Zuwendung an den Studienkosten beteiligt.

Weitere Informationen zum Elternprojekt finden Sie demnächst auf unserer Internetpräsenz. Besuchen Sie uns unter www.halt-in-bayern.de.

5. Neu: Aktualisierte Empfehlungen zur Verordnung von Fentanylpflastern und zum Umgang mit gebrauchten Fentanylpflastern

Ab sofort finden Sie diese wieder auf unserer Website unter <http://www.bas-muenchen.de/index.php?id=29>

6. 27. Tagung des Netzwerks Sucht in München

Auf der letzten Netzwerktagung drehte sich alles um das Thema Substitution, wobei die rechtlichen Aspekte der Substitutionsbehandlung einen Schwerpunkt bildeten. Gezeigt wurde u.a. auch, wie die Rahmenbedingungen der Behandlung in einer Ambulanz geregelt sind und welche Aspekte bei einer psychotherapeutischen Behandlung Berücksichtigung finden sollten. Wie die Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen optimiert werden kann, wurde anhand konkreter Tipps vorgestellt. Schließlich wurden auch erste Erfahrungen der substitutionsgestützten Rehabilitation vorgestellt.

Die Tagung wurde vollständig dokumentiert – die Dokumentation ist abrufbar unter <http://www.bas-muenchen.de/index.php?id=30>

BAS Veranstaltungen

- 24.04.2013** Vortrag von Dr. Dieter Geyer, Fachklinik Fredeburg
17:30 Uhr **„Alter und Sucht“**
Veranstaltungsort: Augsburg
- 05.06.2013** Vortrag von Prof. Dr. Christian Pfeiffer, Kriminologisches Institut Hannover
17:30 Uhr **„Medienkompetenz – Gefahren extensiver Computernutzung“**
Veranstaltungsort: Nürnberg
- 12.06.2013** 4. Bayerischer Fachkongress Glücksspiel
09:00 Uhr **„Pathologische Glücksspieler: Alle gleich – ähnlich – anders? Anforderungen, Chancen und Grenzen zielgruppensensibler Arbeit“**
Veranstaltungsort: München
- 26.06.2013** Kooperationsveranstaltung
09:30 Uhr **„Alles online – Neue Herausforderungen für die Selbsthilfe“**
Veranstaltungsort: München
- 27.06.2013** Kooperationsveranstaltung
14:00 Uhr **„Guter Schlaf – Voraussetzung, Anzeichen oder Garant für Gesundheit und Leistungsfähigkeit?“**
Veranstaltungsort: Würzburg
- 06.07.2013** **„Glücksspielspezifischer Basisworkshop für GruppengründerInnen im Bereich der Selbsthilfe“**
10:30 Uhr
Veranstaltungsort: München
- 17.07.2013** Vortrag Prof. Dr. Tilman Becker, Universität Hohenheim
17:30 Uhr **„Sucht aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht“**
Veranstaltungsort: München
- 24.07.2013** Kooperationsveranstaltung (Wiederholungsveranstaltung)
13:30 Uhr 12. Suchtforum in Bayern **„Neue Drogen hat das Land“**
Veranstaltungsort: Nürnberg
- 18.09.2013** Basisschulung **„Grundlagen der Glücksspielsucht“**
14:00 Uhr
Veranstaltungsort: München
- 09.10.2013** Vortrag von Prof. Dr. Dr. Wolfgang Rascher, Kinder- und Jugendklinik der
17:30 Uhr Universität Erlangen Hannover und
Frau Petra Egl, Jugend- und Drogenberatungsstelle Würzburg
„Legal Highs“
Veranstaltungsort: Würzburg
- 25.11.2013** Vortrag **„Glücksspiele und Glücksspielsucht: Hintergründe und Hilfsangebote“**
19:00 Uhr
Veranstaltungsort: Augsburg
- 27.11.2013** Vortrag von Prof. Dr. Norbert Wodarz, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
17:30 Uhr Psychotherapie der Universität Regensburg, Vorsitzender BAS e.V.
„Qualifizierter Entzug – Psychoedukation bei Alkoholabhängigen: Was ist das und was bringt das?“
Veranstaltungsort: München

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen erhalten Sie in der BAS-Geschäftsstelle (089.530 730-0) oder unter „Veranstaltungen“ auf der Website www.bas-muenchen.de.