

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



DOKUMENTATION DER 28. NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTKONFERENZ 11|2018

Luft nach oben

Zugänge erleichtern durch
Prävention, Frühintervention
und zielgruppengerechte
Hilfen?

Berichte zur Suchtkrankenhilfe



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Luft nach oben

Zugänge erleichtern durch
Prävention, Frühintervention
und zielgruppengerechte
Hilfen?

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Thomas Altgeld
Sabine Erven
Theresa Vanheiden

Layoutkonzept und Gestaltung:
Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Erschienen im April 2019

Druck:
Unidruck, Hannover

VORWORT

DR. CAROLA REIMANN Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung	Luft nach oben – Zugänge erleichtern durch Prävention, Frühintervention und zielgruppengerechte Hilfen	7
---	---	---

VORTRÄGE

DR. VOLKER WEISSINGER	Zugangswege – Frühintervention – Behandlungserfolge: Aktuelle Entwicklungen und Anforderungen an die Praxis	10
PD DR. FLORIAN REHBEIN	Anregungen zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention auf der Basis der Daten des Forschungs- projektes „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ der sog. Delphi-Studie	19
DR. TOBIAS HAYER	Glücksspielsucht: Alte und neue Herausforderungen für Prävention, Frühintervention und Hilfeangebote	28
DR. GALLUS BISCHOF	Frühintervention in der medizinischen Versorgung	34

ANHANG

Verzeichnis der Referent*innen	41
Themen bisheriger Suchtdokumentationen	42

DR. TIM PFEIFFER-GERSCHEL	Hilfe für Helfer*innen – brauchen wir andere Hilfen und Zugangswege? <i>Dieser Vortrag erscheint nicht in der Dokumentation.</i>
---------------------------	---

DR. CAROLA REIMANN

Niedersächsische Ministerin für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung

Luft nach oben Zugänge erleichtern durch Prävention, Frühintervention und zielgruppengerechte Hilfen?

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleg*innen,

Sucht und Abhängigkeitserkrankungen sind häufige Erkrankungen, die großes persönliches Leid verursachen. Sucht ist kein Randphänomen unserer Gesellschaft, sondern kommt in allen Gesellschaftsschichten und bei allen sozialen Gruppierungen vor. Sucht ist nach wie vor die am meisten stigmatisierte Krankheit unserer Gesellschaft. Die Wahrnehmung von Suchterkrankungen ist geprägt durch Schuldvorwürfe, die Erkrankung wird weniger akzeptiert als andere psychische Erkrankungen und betroffene Suchtkranke werden stärker abgelehnt. Dies hat leider auch Einfluss auf die Angehörigen suchtkranker Menschen, auf Partner*innen, auf Kinder und auch auf enge Freund*innen, die aufgrund der Ablehnung häufig mit Geheimhaltung und sozialem Rückzug reagieren. Stigmatisierung kann die Vermeidungstendenz suchtkranker Menschen, Hilfen und Behandlung in Anspruch zu nehmen, deutlich verstärken.

Ich freue mich daher sehr, Sie heute Morgen zur 28. Suchtkonferenz des Landes Niedersachsen mit dem Thema „Luft nach oben – Zugänge erleichtern durch Prävention, Früh-

intervention und zielgruppengerechte Hilfen?“ begrüßen zu dürfen. Ein wichtiges Ziel dieser seit 28 Jahren stattfindenden Konferenz ist auch, zur Entstigmatisierung von Suchterkrankungen beizutragen. Nur wenn eine Erkrankung nicht mit Schuldvorwürfen und Scham besetzt ist, kann es besser gelingen, gefährdete und erkrankte Menschen frühzeitig zu erreichen und bedarfsgerecht zu behandeln. Das Thema der heutigen Konferenz ist „Luft nach oben“. Die Suchthilfe und Suchtprävention haben in vielerlei Hinsicht „Luft nach oben“. Die suchtspezifische Behandlungsquote suchtkranker Menschen liegt bundesweit bei circa 25 Prozent. Noch längst nicht alle Altersgruppen werden ausreichend mit suchtspezifischen Präventionsangeboten erreicht. Daher wird die heutige Konferenz, werden die heutigen Referenten aus völlig verschiedenen Blickwinkeln und mit ganz unterschiedlichen Zugängen den Blick auf Möglichkeiten und Chancen zur Verbesserung der Prävention, zur Verbesserung von Zugängen zur suchtspezifischen Beratung und Behandlung eröffnen. Ich bin der festen Überzeugung, dass es von zentraler Bedeutung ist, suchtkranke Menschen möglichst frühzeitig zu erreichen. Die frühzeitige adäquate suchtspezifische Behandlung

ist nicht nur gut für die Erkrankten, sondern auch für deren soziales und berufliches Umfeld, für den zielgenauen Einsatz begrenzter Behandlungsressourcen. Nicht zuletzt leiden mit jeder*jedem Suchtkranken die Kinder, die Familie, die Angehörigen und Freund*innen.

Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen werden vom Behandlungssystem erreicht. Sie sind entweder wegen somatischer oder psychischer Erkrankungen in ärztlicher Betreuung oder aufgrund sozialer Probleme in Beratung. Aber: Suchtkranke Menschen werden häufig erst sehr spät und erst über Umwege nach durchschnittlich 10,7 Jahren suchtspezifisch behandelt. Der*die Patient*in driftet durch unser Gesundheitssystem. Dies bedeutet, dass zu viel Zeit, wertvolle Zeit vergeht. Zeit, die nicht zur spezifischen Behandlung genutzt wird, Zeit, die zu chronifizierten Verläufen und Komorbiditäten führen kann, und Zeit, die das Stigma verfestigt und die Krankheitslast erhöhen kann. Der Krankheitsverlauf der Sucht ist häufig ein langwieriger Prozess, in dem betroffene Menschen ihr Erleben und Verhalten grundlegend ändern. Die Lebensgewohnheiten verändern sich, die Lebensumstände verändern sich, häufig durch den Verlust von

Partnerschaften, durch den Verlust des Arbeitsplatzes – oftmals verändert sich die gesamte Persönlichkeit. Obwohl es sich bei Sucht um eine seit 1968 anerkannte Krankheit handelt und effektive Behandlungsansätze vorhanden sind, besteht ein starkes Missverhältnis zwischen der Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen und der Inanspruchnahme von Entwöhnungsbehandlungen. Deshalb ist mir das Thema unserer heutigen Landessuchtkonferenz wichtig. Der Blick auf die Zugangswege, die Schnittstellen und die Optimierungsmöglichkeiten ist dringend notwendig. Die Kapazitäten vor Ort, vor allem im ländlichen Raum, sind begrenzt.

Mir als Sozialministerin kommt es sehr darauf an, Ressourcen gut und effektiv zu nutzen, um in Niedersachsen ein gutes, möglichst flächendeckendes Behandlungsangebot aufrechterhalten zu können. Ich bin mir sicher, dass noch „Luft nach oben“ ist und dass durch Kooperation und Vernetzung Prävention und Frühintervention gestärkt und Behandlungsquoten erhöht werden können. Suchterkrankungen sind komplexe Erkrankungen. Weder die Ursachen von Sucht noch deren Bewältigung lassen sich auf einzelne Faktoren zurückführen.

Gerade in diesem Jahr haben sich die großen Fachverbände der Suchthilfe, die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Fachverband Drogen (fdr), mit dem der Sucht zugrunde liegenden Behandlungsmodell – dem bio-psycho-sozialen Modell –

intensiv befasst. Meiner Auffassung nach führt die konsequente Ausrichtung von Suchtprävention, Suchthilfe und Suchtselbsthilfe an den Prämissen des bio-psycho-sozialen Modells dazu, dass Zugangswege offener werden.

Das bio-psycho-soziale Modell setzt Kooperation und Vernetzung auf Augenhöhe voraus, fordert Respekt und Anerkennung der Kompetenzen unterschiedlicher Berufsgruppen einschließlich der Selbsthilfe und kann – konsequent angewendet – zum Abbau von Schnittstellen und zur Stärkung von Vernetzung beitragen. Genau diese Form der integrativen Zusammenarbeit und Übernahme von Verantwortlichkeiten brauchen wir in der Suchthilfe, in diesem komplexen System unterschiedlicher Akteur*innen, Kostenträger*innen und Ebenen.

Lassen Sie mich abschließend auf die Schwerpunkte der heutigen Landessuchtkonferenz eingehen:

1. Zugangswege erweitern

Wir verfügen in Niedersachsen über ein ausdifferenziertes Präventions-, Beratungs- und Behandlungssystem für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen. Dennoch gilt auch für Niedersachsen, dass die suchtspezifische Behandlungsquote mit durchschnittlich 25 Prozent sehr niedrig erscheint. Zudem werden suchtkranke Menschen erst nach durchschnittlich 10,7 Jahren suchtspezifisch behandelt. Ich freue mich, dass Herr Dr. Weisinger vom Fachverband Sucht in seinem Eingangsvortrag aktuelle Entwicklun-

gen darstellen und Anforderungen an die Praxis formulieren wird. Dabei wird er insbesondere auf das Thema Frühintervention eingehen. Anschließend wird Herr Dr. Pfeiffer-Gerschel vom IFT München/DBDD das Thema „Hilfe für die Helferinnen und Helfer – brauchen wir andere Hilfen und Zugangswege“ erörtern.

2. Suchtprävention

Das von 2015 bis 2017 in Niedersachsen durchgeführte Forschungsprojekt „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ (die sogenannte Delphi-Studie) weist darauf hin, dass der Übergang von präventiven Angeboten zur Suchtberatung und Suchthilfe noch verbessert werden kann. Potenziale sind im Rahmen der indizierten Suchtprävention, der Angebote für vulnerable Zielgruppen sowie der Früherkennung und Frühintervention erkennbar, insbesondere in allgemein-medizinischen Settings und im Rahmen sozialer, psychosozialer und arbeitsbezogener Beratungskontexte.

Nach der Mittagspause wird Herr Dr. Rehbein vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. mit der Vorstellung der im Rahmen des Forschungsprojektes „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ entwickelten Handlungsempfehlungen Anregungen zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention geben.

Mit der Rolle von Prävention und Frühintervention werden sich am Nachmittag zwei parallele Foren befassen. In Forum 1 wird sich Herr Dr. Hayer von der Universität Bremen dem Thema Glückspielsucht widmen. Hierbei wird Herr Dr. Hayer im Besonderen auf alte und neue Herausforderungen für Prävention, Frühintervention und Hilfeangebote eingehen. Öffentlichkeitsarbeit, kontinuierliche Medienpräsenz von Suchtberatungsstellen, Informationstransport über das Internet sowie die Bekanntmachung in entsprechenden Arbeitskreisen und Gremien werden Themen dieses Forums sein.

In Forum 2 wird Herr Dr. Bischof auf die Frühintervention in der medizinischen Versorgung eingehen. Die Frage, wie sich die Kooperation von niedergelassenen Ärzt*innen und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nachhaltig stärken lässt, wird von Herrn Dr. Bischof thematisiert. Welche Rolle spielt der*die Hausarzt*in für die Frühintervention bei substanzbezogenen, aber auch substanzunabhängigen Störungen? Wie sieht es mit Screeningverfahren aus? Müssen Aus- und Fortbildungsangebote angepasst werden? Sind Verordnungen beziehungsweise Verordnungsermächtigungen zu erweitern?

Ich freue mich sehr, dass unsere heutigen Referenten aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln und mit fundiertem wissenschaftlichem und praktischem Erfahrungswissen auf das Thema der 28. Landessuchtkonferenz eingehen werden. Ich bin mir sicher, dass am Ende der Veranstal-

tung die Frage – „Luft nach oben – Zugänge erleichtern durch Prävention, Frühintervention und zielgruppen-gerechte Hilfen?“ – mit wichtigen Inhalten gefüllt ist und dass wir das niedersächsische Suchthilfesystem wieder ein kleines Stückchen besser machen werden.

Ich möchte heute aber auch die Gelegenheit nutzen, mich ganz herzlich für Ihr zum Teil jahrelanges Engagement, für Ihre langjährige Arbeit mit suchtgefährdeten oder suchtkranken Menschen, für Ihr Engagement für Angehörige, insbesondere für die Kinder suchtkranker Eltern, für Ihr Engagement in der Prävention, für Ihr Engagement in der Suchtselbsthilfe bedanken. Lassen Sie nicht nach in Ihrem Engagement! Mir als Sozialministerin des Landes Niedersachsen liegt Ihre Arbeit sehr am Herzen. Wir brauchen Sie, wir brauchen Fachkräfte, die neue Impulse im Arbeitsfeld setzen können, die es als lohnend und sinnstiftend begreifen, in der Suchtprävention/ Suchthilfe tätig zu werden.

Auch ich werde nicht nachlassen, mich für diesen Arbeitsbereich stark zu machen und für gute Rahmenbedingung einzusetzen. Denn auch hier ist noch „Luft nach oben“. In der Suchthilfe haben wir es mit starken Lobbyverbänden zu tun. Wie Sie wissen, nimmt die Angebotsseite einen großen Einfluss auf das Nutzungsverhalten von Suchtmitteln (stoffbezogen oder nicht stoffbezogen) und ist der Suchthilfe häufig einen Schritt voraus. Davon sollten Sie sich nicht entmutigen lassen.

Ihre kontinuierliche Arbeit und Ihr Engagement vor Ort sind ein wichtiges und unverzichtbares Gegen-gewicht.

Auch dafür meinen herzlichen Dank! Ich wünsche Ihnen einen guten Konferenzverlauf und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Vielen Dank.

Dr. Carola Reimann
*Niedersächsische Ministerin
für Soziales, Gesundheit und
Gleichstellung*

Zugangswege – Frühintervention – Behandlungserfolge Aktuelle Entwicklungen und Anforderungen an die Praxis

Ausgangslage: Psychische Störungen und Suchterkrankungen in Deutschland

Psychische Störungen und damit auch Suchterkrankungen sind weit verbreitet in Deutschland und führen zu vielfältigen Beeinträchtigungen und Partizipationsstörungen. Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Jacobi et al., 2014) ergab, dass jedes Jahr circa 27,7 Prozent der Bevölkerung in der Altersgruppe von 18–79 Jahren von mindestens einer psychischen Störung betroffen sind. Zudem zeigte sich, dass über 44 Prozent zwei und mehr Diagnosen aufweisen, von Alkoholstörungen waren 4,8 Prozent betroffen (Alkoholmissbrauch 1,8 Prozent, Alkoholabhängigkeit 3,0 Prozent). Nur ein geringer Anteil der Betroffenen mit einer 12-Monats-Diagnose einer psychischen Störung berichtete allerdings, im letzten Jahr aufgrund psychischer Probleme in Kontakt mit dem Gesundheitssystem gestanden zu haben.

Von jenen mit einer diagnostizierten psychischen Störung hatten lediglich 11 Prozent im letzten Jahr Kontakt zu einer*m Behandler*in aufgrund der

psychischen Probleme, 68 Prozent hatten hingegen keinen Kontakt. Mit der Anzahl der Diagnosen steigt auch der Kontakt der Betroffenen zu spezifischen Berater*innen und Behandler*innen, bei vier und mehr Diagnosen sind es 40 Prozent. Insgesamt zeigt die Studie, dass das Ausmaß der Unter-, Fehl- und verzögerten Versorgung psychischer Störungen unter allen Krankheitsgruppen einzigartig hoch ist und die Früherkennung und frühzeitige Behandlung somit entscheidend ist, um einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Dies ist auch von gesellschaftlicher Relevanz, denn mit psychischen Störungen sind erhebliche direkte und indirekte Folgekosten verbunden und diese sind meist gut behandelbar. Psychische Störungen erhöhen das Risiko von krankheitsbedingten Ausfalltagen um den Faktor 3–5, bei Suchterkrankungen liegt die mittlere Anzahl bei 5,3 Tagen pro Monat im Vergleich zu 2,0 Tagen, wenn keine psychische Erkrankung vorliegt.

Suchterkrankungen sind – wie auch die weiteren psychischen Störungen – mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgekosten verbunden. Sie verlaufen oft chronisch und weisen zudem eine hohe Komor-

bidität auf (Trautmann et al., 2016). Zudem sind sie weit verbreitet: Ohne Berücksichtigung der Tabakabhängigkeit leiden in der Altersgruppe der 18–64-Jährigen schätzungsweise 4,61 Millionen Menschen unter einer stoffgebundenen Abhängigkeit. (s. Abb.1) Hinzu kommen abhängige Menschen von stoffungebundenen Suchtformen wie pathologischem Glücksspiel oder PC-/Internetgebrauch.

Politischer Handlungsbedarf zur Förderung der Früherkennung und -intervention am Beispiel alkoholbezogener Störungen

Im Verlauf einer Suchterkrankung treten meist erhebliche Belastungen und Einschränkungen der Teilhabe sowie ein erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen und frühzeitige Mortalität auf. Suchterkrankungen zählen zu den Erkrankungen mit der höchsten individuellen Krankheitslast.

Im europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) verweist die Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa – darauf,

Substanz	Anzahl	Quelle
Alkohol	1.770.000	Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321–331
Medikamente	2.300.000	Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanz-bezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321–331
Illegale Drogen hier: Cannabis/Kokain/Amphetamin	319.000	Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321–331
Pathologisches Glücksspiel	111.000 bis 415.000	Haß, W. und Lang, P. (2016): Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2015 und Trends. Forschungsbericht der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Abbildung 1:
SUCHTKRANKE IN DEUTSCHLAND: SCHÄTZUNGEN ZU ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN (18–64-JÄHRIGE)

dass sich in der europäischen Region 40 Prozent aller Erkrankungen und vorzeitigen Todesfälle auf nur drei vermeidbare Risikofaktoren zurückführen lassen: Rauchen, Alkoholmissbrauch und Verkehrsunfälle (oft durch Alkohol verursacht) (WHO – Regionalbüro für Europa, 2011). Deshalb empfiehlt die WHO eine schrittweise Verringerung der Zahl der Menschen, denen eine Beratung zum Alkoholkonsum und seinen schädlichen Folgen, eine Rehabilitationsmaßnahme oder Behandlung gegen Alkoholmissbrauch nutzen könnte und die dennoch nicht in den Genuss einer solchen Maßnahme kommen. „Regierungen können die Erkennung sowie Kurzberatung und Überweisung an Spezialeinrichtungen unterstützen, indem sie klinische Leitlinien für derartige Interventionen breit verfügbar machen, Erbringer der primären Gesundheitsversorgung entsprechend ausbilden, klinische Materialien und Ratschläge

zu derartigen Programmen bereitstellen und angemessene Entgelte für diese Interventionen im Rahmen einer Qualitätsverbesserungsinitiative oder durch Einzelleistungsvergütungen sichern. Erbringern der primären Gesundheitsversorgung fällt die Intervention leichter, wenn sie durch Spezialeinrichtungen unterstützt werden, an die sie schwer beherrschbare Fälle überweisen können. Das Management der Missbrauchsstörungen sollte im Idealfall zwischen Primär- und Spezialeinrichtungen nahtlos abgewickelt werden.“ (ebd. S. 10).

Wie sieht die Einschätzung für Deutschland aus?

Schädlicher Alkoholkonsum verursacht auch in Deutschland erhebliche volkswirtschaftliche Kosten: schätzungsweise 39,3 Milliarden Euro jährlich, unterteilt in 9,15 Milliarden Euro direkte und 30,15 Milliarden Euro indirekte Kosten (Effertz, 2015).

Zu den direkten Kosten zählen vor allem die Ausgaben für medizinische Behandlungen, Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen und Pflegeleistungen, zu den indirekten Kosten alkoholbedingte Produktionsausfälle in der Volkswirtschaft, Kosten durch Frühverrentung, Arbeitslosigkeit und vorzeitigen Tod. Zudem entstehen durch schädlichen und abhängigen Alkoholkonsum erhebliche psychosoziale Belastungen, wie das Leid, der Schmerz und Verlust an Lebensqualität der Betroffenen sowie von deren Angehörigen. Aufgrund der hohen Relevanz gehört „Alkoholkonsum reduzieren“ zu den zentralen Gesundheitszielen in Deutschland (Bundesanzeiger-Bekanntmachung, BAnz AT, 19.05.2015, B3, 15-20), denn die negativen gesundheitlichen Folgen von zu hohem Alkoholkonsum sind eines der gravierendsten und vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland.

**Ziel 5: Alkoholprobleme werden frühzeitig erkannt und angesprochen.
Die Frühintervention ist sichergestellt.**

Teilziel 5.1

Wissen und Kompetenz zu Methoden der Früherkennung und Frühintervention sind beim ärztlichen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und medizinischen Personal sowie bei Lehrkräften in der Schule und Fachkräften in Beratungsstellen etc. erhöht.

Teilziel 5.2

Eine Vernetzung zwischen medizinischer Basisversorgung und Suchtkrankenversorgung ist hergestellt.

Teilziel 5.3

Die Zahl der Personen mit problematischem Konsum, die angesprochen werden, ist erhöht. (ebd. S. 16).

Abbildung 2:

GESUNDHEITSZIEL „ALKOHOLKONSUM REDUZIEREN“

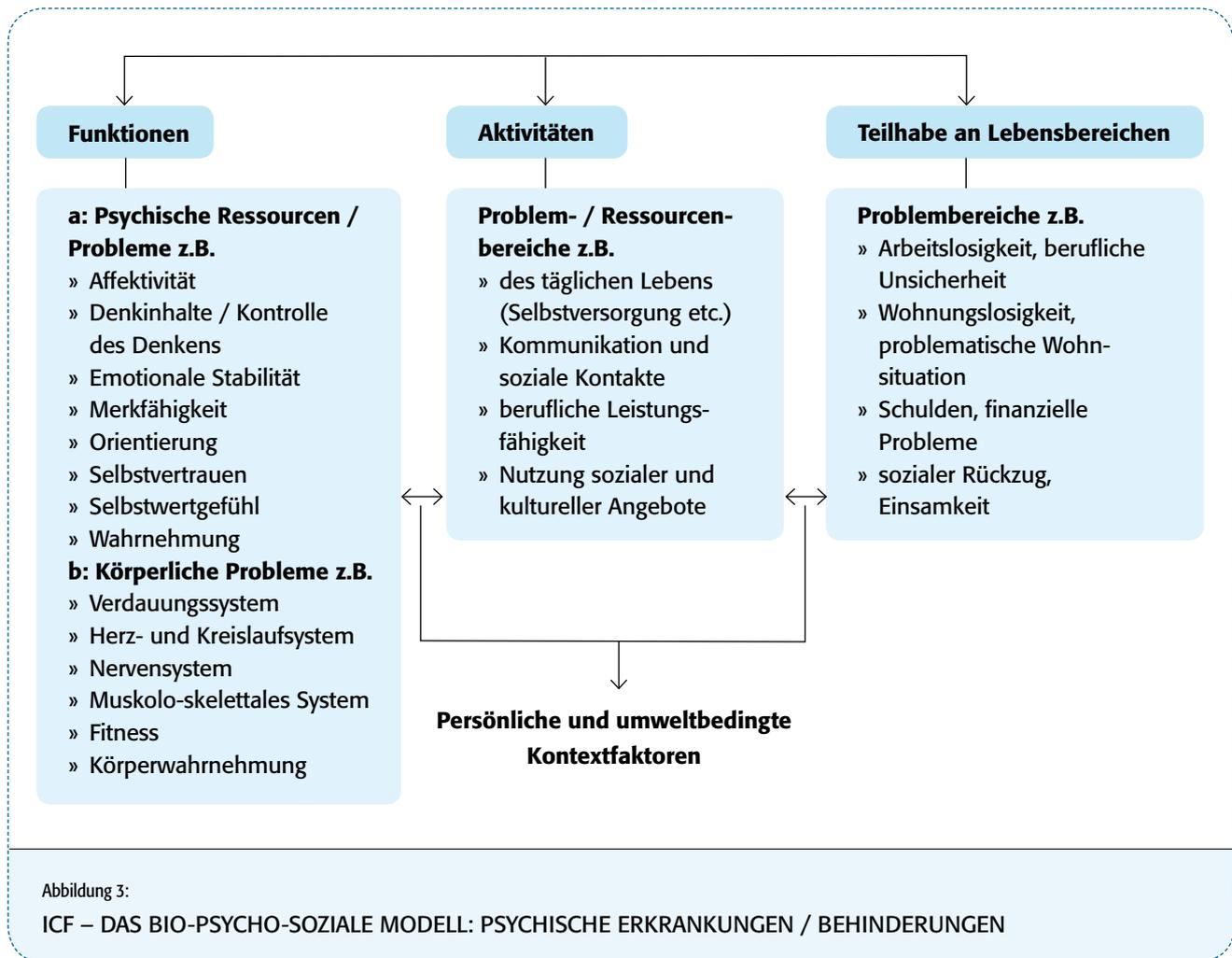
An der Entwicklung des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“, das einen Mix aus verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen und Empfehlungen umfasst, sind wichtige Akteur*innen im Gesundheits- und Sozialwesen beteiligt. Dazu gehören neben den entsprechenden Bundesministerien die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Rentenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Robert Koch-Institut, die Suchtverbände sowie Selbsthilfegruppen.

Dabei kann das Gesundheits- und Sozialwesen in allen Lebensweisen mit Angeboten zur Veränderung des Alkoholkonsums beitragen. „Bei der Primär- und Sekundärprävention, Früherkennung, Behandlung und Schadensminimierung sowie Rehabilitation und Rückfallprophylaxe von Alkoholkrankungen kommt

den Akteuren im Gesundheitswesen eine besonders wichtige Stellung zu.“ (ebd. S. 15). Im Konsens der wichtigen Akteur*innen wird im Kontext des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ auf bestehende Schnittstellenprobleme vor dem Hintergrund unterschiedlicher Zuständigkeiten im Versorgungssystem für Menschen mit alkoholbezogenen Störungen in Deutschland hingewiesen. „Nur ein kleiner Teil der Menschen mit alkoholbezogenen Problemen bzw. einer Alkoholabhängigkeit findet ohne Umwege und zeitnah Zugang zum suchtspezifischen Versorgungssystem.“ (ebd.). Somit besteht zur Optimierung der Schnittstellen zwischen den jeweiligen Hilfebereichen Weiterentwicklungsbedarf. Eine wesentliche Zielsetzung des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ lautet daher: Alkoholprobleme werden frühzeitig erkannt und angesprochen. (s. Abb. 2)

Ausgeführt wird hierzu: „Trotz hoher gesellschaftlicher Folgekosten des problematischen Alkoholkonsums und alkoholbezogener Erkrankungen ist in Deutschland eine Unterversorgung insbesondere in den Bereichen der Früherkennung und Frühintervention bekannt und belegt. Andererseits wurde in Studien die Wirksamkeit von Frühinterventionen insbesondere in Hausarztpraxen und unter besonderen Voraussetzungen auch im Allgemeinkrankenhaus nachgewiesen.“ (ebd.).

Trotz dieses breiten Konsenses der verantwortlichen Akteur*innen herrscht nach wie vor das Problem, dass nur wenige Betroffene in Deutschland auf ihre Suchterkrankung angesprochen werden und professionelle Hilfe im Gesundheitssystem erhalten. Trautmann und Wittchen stellen hierzu fest: „Die Behandlungsraten betragen zwischen 5 und 33 Prozent (Kraus, Pabst, Gomes de



Matos und Piontek 2014; Mack et al. 2014), mit den niedrigsten Raten für Alkohol (5–16 Prozent) und Cannabisstörungen (4–8 Prozent) (Hildebrand, Lippert, Sonntag, Bauer, Bühringer 2009; Kraus et al. 2014). Damit gehören Suchterkrankungen zu den psychischen Störungen mit der größten Behandlungslücke (...). Zudem werden Betroffene häufig erst dann erreicht, wenn die Störung bereits fortgeschritten und erste psychische und körperliche Folgeschäden bereits eingetreten sind (Hildebrand et al. 2009; Trautmann et al. – in Druck –). Dieser Umstand wiegt um-

so schwerer, da inzwischen zahlreiche ambulante und stationäre Interventionsbehandlungen von Suchterkrankungen verfügbar sind (insbesondere für Alkohol- und Cannabisstörungen) (Bottlender & Soyka, 2005; Hoch et al., 2012) und eine rechtzeitige Behandlung nachweislich die psychische und körperliche Morbidität senken kann (Rehm et al., 2014).“ (Trautmann & Wittchen, 2016, S. 11)

Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation speziell für abhängigkeitskranke Menschen erfordert ein Maßnahmenbündel auf di-

versen Ebenen. Wesentliche Voraussetzung ist, Früherkennung und Frühintervention in den unterschiedlichen Handlungsfeldern, die mit abhängigkeitskranken Menschen zu tun haben, ebenso zu stärken wie ein sektorenübergreifendes Fallmanagement und die engere Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Überdies ist ein gesellschaftliches Umdenken im Umgang mit psychischen und speziell mit Suchterkrankungen zu fördern.

- » Psychische Probleme und Störungen
- » Arbeitsplatzverlust, berufliche Unsicherheit
- » Geringere Arbeitsproduktivität
- » Trennung/Scheidung
- » Finanzielle Probleme/Schulden
- » Unfälle
- » Straftaten
- » Wohnungslosigkeit, problematische Wohnsituation
- » Sozialer Rückzug
- » Lebensunzufriedenheit, geringere Lebensqualität

Abbildung 4:

MÖGLICHE FOLGEN DES CHRONISCHEN SUCHTMITTELKONSUMS

Hilfebedarfe suchtkranker Menschen am Beispiel Alkoholabhängigkeit

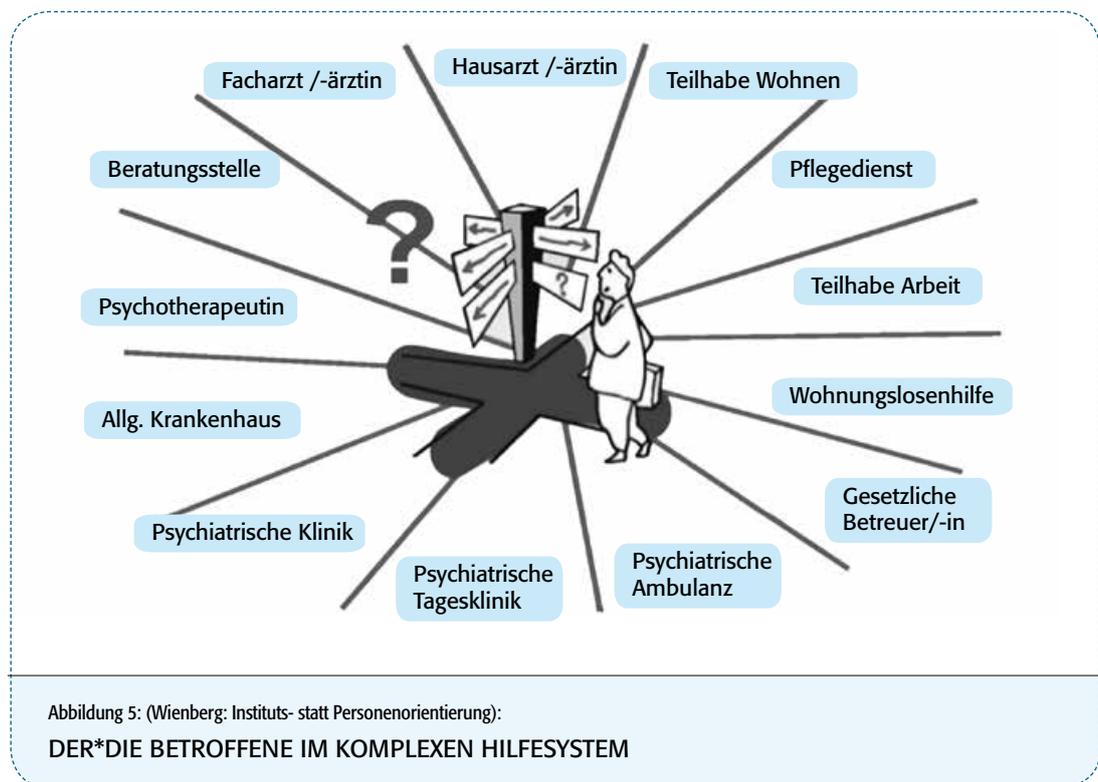
Sucht ist in Deutschland zwar als Krankheit anerkannt und Leistungs- und Einrichtungsträger*innen haben in den letzten Jahrzehnten ein hochwertiges Beratungs- und Behandlungssystem für abhängigkeitskranke Menschen entwickelt. Gleichwohl erhalten nur wenige Betroffene professionelle Hilfe im Gesundheitssystem – dies angesichts der gesundheitsschädigenden und lebensgefährlichen Auswirkungen einer chronischen Alkoholabhängigkeit und der damit verbundenen massiven Beeinträchtigungen und beruflichen, familiären und sozialen Teilhabeprobleme. Auf Basis der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention – die den Begriff der Inklusion fokussiert – lassen sich die vielfältigen Auswirkungen und damit verbundenen Hilfebedarfe

einer Suchterkrankung auf den verschiedenen Ebenen der persönlichen Funktionen, der Aktivitäten wie auch der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen darstellen. Bei einer Abhängigkeit können vielfältige Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen bestehen (s. Abb. 3). Suchterkrankungen zeigen oft chronische Verläufe, die mit der Zeit an Komplexität zunehmen und vielfältige Folgen aufweisen können (s. Abb. 4).

Somit weisen suchtkranke Menschen vielfältige Hilfebedarfe in unterschiedlichen Dimensionen auf, woraus folgt, dass sie – abhängig vom jeweiligen Hilfebedarf und den spezifischen Folgen der Suchterkrankung – auch mit unterschiedlichen Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems in Kontakt kommen können. Häufig wird aber die im Hintergrund wirkende Suchterkrankung übersehen, darauf nicht eingegangen oder es fehlen auch entsprechende Kooperationsstrukturen zu suchtspezifischen Spezialeinrichtungen.

Inanspruchnahme des Versorgungs- und Suchthilfesystems in Deutschland am Beispiel alkoholbezogener Störungen

Laut einer aktuellen Studie zur Prävalenz und den Behandlungsraten von Störungen durch Alkoholkonsum in der primärärztlichen Versorgung betrug die 12-Monats-Prävalenz von Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit beim*bei der Hausärzt*in 17 Prozent für Männer und 6,4 Prozent für Frauen (insgesamt 11 Prozent). Von den Patient*innen mit einer Alkoholabhängigkeit hatten nur 13 Prozent angegeben, in den letzten 12 Monaten beim*bei der Hausärzt*in und 4,1 Prozent außerhalb des*r Hausärzt*in eine spezifische Behandlung zu ihrer Abhängigkeit erfahren zu haben (Trautmann et al., 2016). Zudem nehmen Betroffene selbst ihr Suchtproblem oft nicht wahr und verdrängen es. Bei Alkoholabhängigkeit und -missbrauch ist diese Verdrängung deutlich häufiger zu finden als bei illegalen Drogen. Auch der



Deutsche Suchtsurvey (Gomes de Matos et al., 2013) bestätigt, dass Betroffene spezifische Hilfen oft nicht in Anspruch nehmen.

Im Vergleich nehmen deutlich mehr Abhängige von illegalen Drogen als Alkoholabhängige entsprechende Hilfen in Anspruch. Hier ist zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl opiatabhängiger Menschen sich in einer Substitutionsbehandlung befindet. Hingegen ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl alkoholabhängigkeitskranker Menschen im akutmedizinischen Bereich aufgrund der somatischen Folgeerkrankungen und nicht wegen der zugrunde liegenden Suchterkrankungen behandelt wird.

Demgegenüber steht eine deutlich höhere Anzahl suchtkranker Menschen im Sektor II, der psychosozialen und psychiatrischen Basisversorgung. Hierzu zählen neben psychiatrischen

Einrichtungen auch Angebote zur Förderung der beruflichen Teilhabe, der Wohnungslosenhilfe, der Straffälligenhilfe und vieles mehr. Auch findet man Suchtkranke vergleichsweise häufig im Sektor III der medizinischen Primärversorgung, wozu insbesondere niedergelassene Ärzt*innen und Allgemeinkrankenhäuser zählen. Die Sektoren stehen in diesem Modell relativ unverbunden nebeneinander. Somit erhält nur eine geringe Anzahl der Betroffenen Zugang zu den hochqualifizierten Angeboten der Suchtberatung und -behandlung. Zentrale Verbesserungsmöglichkeiten sind daher, das Schnittstellenmanagement zwischen dem Bereich der Suchthilfe und -behandlung und den weiteren Sektoren zu optimieren.

Jedoch besteht in den letzten Jahren und Jahrzehnten durch eine zunehmende Professionalisierung und

Flexibilisierung der Suchthilfe und -behandlungsangebote die Möglichkeit, gezielt auf die unterschiedlichen Belange und Bedürfnisse der Menschen mit substanzbezogenen Störungen einzugehen (s. Abb. 5).

Da sich alle Anbieter*innen primär um ihr spezifisches Aufgabenfeld kümmern, ist nicht davon auszugehen, dass bei einem komplexen Hilfebedarf die grundsätzlichen und vielfältigen Probleme – und damit auch eine „verdeckte“ Suchterkrankung – erkannt und zudem fachkompetent behandelt werden. Grund dafür ist auch, dass in einem gegliederten Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger*innen in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern geregelt sind und somit eine übergreifende Teilhabebedarfsfeststellung und -planung häufig fehlt.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass Deutschland ein differenziertes und qualifiziertes System der Suchthilfe und -behandlung aufweist, das Hilfesystem aber nur einen vergleichsweise geringen Teil der behandlungsbedürftigen Menschen erreicht und die meisten suchtgefährdeten und -kranken Menschen Kontakt zur medizinischen Versorgung und/oder sozialen Hilfen haben. Somit sind Screening, Früherkennung und frühzeitige Intervention sowie die Optimierung einer sektorenübergreifenden Vernetzung zentrale Zukunftsaufgaben, um den frühzeitigen und nahtlosen Zugang zu passgenauen Hilfsangeboten zu fördern.

Entwicklungspotenziale und Handlungsmöglichkeiten zur Förderung eines frühzeitigen und nahtlosen Zugangs

Weitere Entwicklungspotenziale, die einen frühzeitigen und nahtlosen Zugang zur Suchtkrankenhilfe und Entwöhnungsbehandlung ermöglichen, bieten folgende Bereiche (Fachverband Sucht e.V. 2012, Missel, 2016):

» Niedergelassene Ärzt*innen

» Niedergelassene Psychotherapeut*innen

» Qualifizierter Entzug

» Entgiftung/Entzugsbehandlung und Krankenhausbehandlung

» Integrierte Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowie stationäre Motivationsbehandlung

» Somatische und psychosomatische Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

» Betrieblicher Bereich (etwa Firmenservice der Leistungsträger*innen)

» Früherkennung auf Basis der Routinedaten der Leistungsträger*innen

» Jobcenter/Agenturen für Arbeit

» Fallmanagement und -begleitung zur Förderung der Zu- und Übergänge

» Nutzung moderner Informationstechnologien zur Förderung des Zugangs

Besonders bedeutend bezüglich der Frühintervention bei Abhängigkeits-erkrankungen sind – nicht zuletzt wegen der hohen Inanspruchnahme von entsprechenden Leistungen im akutmedizinischen Bereich – speziell die niedergelassenen Ärzt*innen und Krankenhäuser. Die Bundesärztekammer und der Fachverband Sucht e.V. hatten schon 2010 ein Positionspapier publiziert zur Förderung der Früherkennung und -intervention und nahtlosen Vermittlung in suchtspezifische Angebote (Bundesärztekammer, Fachverband Sucht e.V., 2010). Der Drogen- und Suchtrat hatte folgend hierzu am 07.12.2011 entsprechende „Empfehlungen zur Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen“ herausgegeben (SuchtAktuell 19/01.12, 90-92), die auch den aktuel-

len Handlungsbedarf für niedergelassene Ärzt*innen und Krankenhäuser beschreiben. An Bedeutung kann zudem die Früherkennung und -intervention von suchtbefragten Störungen in der psychotherapeutischen Versorgung gewinnen.

Auch weitere Bereiche der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Agenturen für Arbeit/Jobcenter, Betriebe sowie die verschiedenen Leistungsträger*innen spielen eine wichtige Rolle hinsichtlich der Förderung der Früherkennung und -intervention. Ergänzend seien die Bereiche der Jugend- und Altenhilfe erwähnt, auf welche hier jedoch nicht näher eingegangen wird.

Generell ist es essenziell, an den Übergängen der unterschiedlichen Versorgungsbereiche Brücken zu bilden durch ein entsprechendes Fallmanagement. Zudem lassen sich durch die gezielte Nutzung moderner Informationstechnologien Zugänge erleichtern und verbessern.

Fazit und Ausblick

Es herrscht zwar breiter Konsens hinsichtlich der allgemeinen Zielsetzung, einen frühzeitigen und nahtlosen Zugang zu einer bedarfs- und leitliniengerechten Therapie und Rehabilitation bei Suchterkrankungen sicherzustellen. Allerdings gibt es in der Realität erhebliche Hürden und Schnittstellenprobleme, die ferner auf unterschiedlichen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Leistungsträger*innen und Leistungserbringer*innen beruhen. Aus Sicht der Betroffenen wäre ein integriertes,

berufsgruppenübergreifendes und bedarfsgerechtes Versorgungs- und Hilfesystem notwendig, das einen möglichst nahtlosen Zugang zu den erforderlichen Leistungen bietet. Dies ist auch eine wesentliche Zielsetzung des Bundesteilhabe-, des Flexirenten- und des Präventionsgesetzes. Gefragt sind somit Brückenkonzepte und sektorenübergreifende Interventionsstrategien. Angesichts des zum Krankheitsbild einer Abhängigkeit zählenden vergleichsweise geringen Problembewusstseins der Betroffenen und der bestehenden gesellschaftlichen Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen ist es besonders wichtig, dass alle in den verschiedenen Versorgungssektoren Tätigen (niedergelassene Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Krankenhaus-, Pflegepersonal) ihre Aufmerksamkeit für substanzgebundene und -ungebundene Störungen systematisch erhöhen (Günthner et al., 2016). Überdies sind folgende Erfordernisse zu beachten:

- » Niedrigschwellige wohnortnahe Zugangswege zu qualifizierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen vorzuhalten
- » zeitnah personenzentrierte und passgenaue Hilfen für Menschen mit einer suchtbetragenen Störung wie auch für deren Angehörige bereitzustellen
- » Maßnahmen zum Screening/zur Früherkennung, insbesondere zur Identifizierung von Risikogruppen, in allen Einrichtungen der Versorgung mit geeigneten Instrumenten durchzuführen (vergleiche ebd, 202f.)

Erforderlichenfalls sollten die Leistungserbringer*innen durch entsprechende Fallmanager*innen (etwa Konsil- und Liaisondienste in Krankenhäusern) systematisch unterstützt werden. Durch das systematische Zusammenwirken der beteiligten Leistungsträger*innen und -erbringer*innen werden entsprechende Leistungen wie aus einer Hand erbracht.

Abschließend sei darauf verwiesen, dass durch einen frühzeitigen und nahtlosen Zugang und eine entsprechende Brückenbildung zwischen den Versorgungssektoren letztlich alle Beteiligten gewinnen:

- » Betroffenen wird geholfen, wieder ein selbstbestimmtes suchtfreies Leben zu führen.
- » Angehörigen, Partner*innen und insbesondere den Kindern werden neue Perspektiven für das Zusammenleben mit dem betroffenen suchtkranken Menschen eröffnet.
- » Die Nichtantrittsquoten einer Entwöhnungsbehandlung verringern sich.
- » Weitere Entzugsbehandlungen und Chronifizierungen werden vermieden.
- » Betriebliche Ausfallzeiten und Kosten für Arbeitgeber*innen sinken.
- » Hohe Folgekosten zulasten der Sozialleistungsträger*innen (GKV, DRV, BAR, Kommunen) werden eingespart.

Literatur

- Bundesärztekammer, Fachverband Sucht e.V. (2010): HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG UND SUCHTBEHANDLUNG – ERKENNEN, STEuern, HANDELN, Gemeinsames Positionspapier, SuchtAktuell 18/01.11, 60–63
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014): GLÜCKSSPIELVERHALTEN UND GLÜCKSSPIELSUCHT IN DEUTSCHLAND 2013
- Drogen- und Suchtrat (2011): EMPFEHLUNGEN ZUR FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION BEI ALKOHOLBEZOGENEN STÖRUNGEN, SuchtAktuell 19/01.12, 90–92
- Effertz, T. (2015): DIE VOLKSWIRTSCHAFTLICHEN KOSTEN GEFÄHRLICHEN KONSUMS – EINE THEORETISCHE UND EMPIRISCHE ANALYSE FÜR DEUTSCHLAND AM BEISPIEL ALKOHOL, TABAK UND ADIPOSITAS. Frankfurt: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaft, Frankfurt a.M.
- Fachverband Sucht e.V. (2012): LEITBILD UND POSITIONEN ZUR SUCHTKRANKENHILFE UND -BEHANDLUNG, SuchtAktuell 2/2012
- Gesundheitsziele.de (2015): ALKOHOLKONSUM REDUZIEREN, Bundesanzeiger 19.05.2015, 15–20
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. (2013): PROBLEMEBEWUSSTSEIN UND INANSPRUCHNAHME VON HILFE BEI SUBSTANZBEZOGENEN PROBLEMEN, Sucht 59 (6), 2013, 355–366
- Günthner, A., Weissinger, V. et al. (2016): VERSORGUNGSORGANISATION, in: Mann, K., Hoch, E., Batra, A., (Hrsg.) (2016): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Heidelberg, 191–210
- Haß, W. und Lang, P. (2016): GLÜCKSSPIEL-VERHALTEN UND GLÜCKSSPIELSUCHT IN DEUTSCHLAND. ERGEBNISSE DES SURVEYS 2015 UND TRENDS. Forschungsbericht der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U., (2014): PSYCHISCHE STÖRUNGEN IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG – STUDIE ZUR GESUNDHEIT ERWACHSENER IN DEUTSCHLAND UND IHR ZUSATZMODUL PSYCHISCHE GESUNDHEIT (DEGS1 – MH), in: Nervenarzt 2014, 85; 77–87
- Missel, P. (2016): ZUGANGSWEGE ERWEITERN? ... AUS SICHT DER SUCHTBEHANDLER, SuchtAktuell 2/2016, 36–38
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E., Piontek, D. (2013): SUBSTANZKONSUM UND SUBSTANZBEZOGENE STÖRUNGEN IN DEUTSCHLAND IM JAHR 2012, in: Sucht, 59 (6), 2013, 321–331
- Trautmann, S., Pieper, L., Kuitunen-Paul, S., Manthey, J., Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. (2016): PRÄVALENZ UND BEHANDLUNGSRATEN VON STÖRUNGEN DURCH ALKOHOLKONSUM IN DER PRIMÄRÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND, Sucht (2016), 62 (4), 233–243
- Trautmann, S., Wittchen, H.-U. (2016): HÄUFIGKEIT UND VERSORGUNGSSITUATION VON SUCHTERKRANKUNGEN IN DEUTSCHLAND, SuchtAktuell 2/2016, 11–13
- Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa (2011): EUROPÄISCHER AKTIONSPLAN ZUR VERRINGERUNG DES SCHÄDLICHEN ALKOHOLKONSUMS (2012–2020)

Anregungen zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention auf der Basis der Daten des Forschungsprojektes „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“, der sog. Delphi-Studie

Grundlage des Vortrags ist die Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“, die von einem interdisziplinären Forschungsteam des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung durchgeführt und 2018 abgeschlossen wurde. Die Gesamtergebnisse des Projektes sind den beiden zugehörigen Forschungsberichten zu entnehmen (Forschungsbericht Nr. 132 Rehbein et al., 2017; Forschungsbericht Nr. 138 Rehbein et al., 2018).

Ziel der Studie war es, konsensuale Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung und zukünftige Stärkung der niedersächsischen Suchtprävention zu entwickeln. Hierfür wurde ein an das Delphi-Verfahren angelehntes mehrstufiges Forschungsdesign verwendet. In einem ersten Schritt wurden die Strukturen der niedersächsischen Suchtprävention

analysiert. Dazu erfolgten 20 Interviews mit ausgewählten Expert*innen zum Themenbereich sowie eine Literatur- und Internetrecherche zu den bestehenden Strukturen und Arbeitsschwerpunkten der Suchtprävention in Niedersachsen. Zusätzlich wurden bundes- als auch niedersachsenweite Daten zu Konsum- und Problemverhaltensweisen Jugendlicher und Erwachsener im Rahmen von Sekundäranalysen ausgewertet. Die epidemiologischen Daten umfassen neben dem Konsum legaler Substanzen wie Alkohol und Tabak auch den Konsum illegaler Drogen sowie Glücksspiel- und Computerspielkonsum. Die Ergebnisse der Recherchen und Interviews dienten der Identifizierung der zentralen Institutionen und Akteur*innengruppen der niedersächsischen Suchtprävention sowie der Vorbereitung der ersten Onlinebefragung. In die Befragung einbezogen wurden unter anderem die Mitarbeiter*innen der Fachstellen für Suchtprävention, die Fachkräfte für Suchtprävention, die Suchtselbsthilfe,

die betriebliche Suchtprävention beziehungsweise das betriebliche Gesundheitsmanagement, Präventionskräfte der Polizei, Mitglieder Kommunalen Präventionsgremien und des Landespräventionsrates sowie Akteur*innen des Jugendschutzes. In einer ersten Onlinebefragung wurden diese Akteur*innengruppen zu Stärken und Schwächen des aktuellen Systems, vorhandenen Strukturen der Vernetzung und Kommunikation, eingesetzten Methoden und zur Priorisierung verschiedener präventiver und interventiver Ziele befragt. Insgesamt wurden 1.113 Hauptakteur*innen zur Befragung eingeladen. Die Antworten von 527 Personen konnten in die Auswertung miteinbezogen werden, was einer Rücklaufquote von etwa 47,3 Prozent entspricht. In der ersten Onlinebefragung wurden zwölf Inhaltsbereiche identifiziert, die für die Beurteilung des Ist-Zustands und eine Ableitung möglicher Weiterentwicklungspotenziale der niedersächsischen Suchtprävention relevant erschienen:

- 1 Universalprävention
- 2 Selektive Suchtprävention
- 3 Indizierte Suchtprävention, Früherkennung und Frühintervention
- 4 Verhältnisprävention
- 5 Suchtprävention in Lebenswelten
- 6 Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten
- 7 Reichweite der niedersächsischen Suchtprävention im Setting Schule
- 8 Substanzbezug und Inhaltsbereiche der Suchtprävention in Niedersachsen
- 9 Regionale Verteilung von Suchtpräventionsangeboten in Niedersachsen
- 10 Kooperation und Vernetzung
- 11 Nachfrageorientierung
- 12 Evidenzbasierung

Ausführliche Erläuterungen zu den beschriebenen Projektphasen und identifizierten Inhaltsbereichen finden sich im ersten projektbezogenen Forschungsbericht (Rehbein, Weber & Staudt, 2017).

In einer zweiten Onlinebefragung wurden ausgewählte Befunde ins Feld zurückgespiegelt und hierzu Einschätzungen der Akteur*innen

eingeholt. Ziel hierbei war es, bereits konkrete mögliche Strategien zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention zu identifizieren. Bei dieser Befragung konnten die Antworten von 449 der 1.036 eingeladenen Akteur*innen in die Auswertung einbezogen werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 43,3 Prozent.

Abschließend wurden die Ergebnisse der ersten und zweiten Onlinebefragung in Fokusgruppen mit Mitgliedern zentraler Institutionen der niedersächsischen Suchtprävention diskutiert. Eingeladen wurden Vertreter*innen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und der dort organisierten Wohlfahrts- sowie Suchtselbsthilfe- und Abstinenzverbände, des Niedersächsischen Kultusministeriums, des Landeskriminalamts Niedersachsen, des Landespräventionsrats, der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin und der Landesstelle Jugendschutz. Insgesamt waren zwölf Diskutant*innen beteiligt, welche auf zwei Fokusgruppen aufgeteilt wurden. Diese kamen an je zwei ganztägigen Terminen zusammen, um jeweils drei der in der ersten Onlinebefragung identifizierten Inhaltsbereiche zu diskutieren. Die Moderation übernahm dabei die Landesdrogenbeauftragte. Nach einem Input zu den erhobenen Daten durch das KFN-Forschungsteam und der Klärung von Verständnisfragen sammelte die Gruppe Ziele sowie dazugehörige Umsetzungsvorschläge in Bezug auf den jeweiligen Inhaltsbereich. Diese wurden im Anschluss daran inhaltlich präzisiert und

diskutiert. Im Zuge dieses Verfahrens und mittels einer abschließenden qualitativen Analyse und Kategorienbildung wurden 14 abschließende Handlungsempfehlungen abgeleitet. Für eine detaillierte Darstellung der Befunde der zweiten Onlinebefragung, der Fokusgruppendifkussionen und der abschließenden Handlungsempfehlungen sei an dieser Stelle auf den projektzugehörigen Abschlussbericht verwiesen (Rehbein, Weber, Kühne & Boll, 2018). Im Folgenden werden die Handlungsempfehlungen gegenüber dem Abschlussbericht in leicht gekürzter Form dargestellt.

Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Kernaufgaben der niedersächsischen Suchtprävention

1 » Es wird empfohlen, die Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien zu stärken, ohne diese zu stigmatisieren. Dies sollte durch eine interinstitutionelle und multiprofessionelle Beteiligung der niedersächsischen Suchthilfe in Kooperation mit gynäkologischen Praxen, der Familienhebammenhilfe, Frühen Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagesstätten und Grundschulen auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen umgesetzt werden.

Bislang bestehen in Niedersachsen unklare Zuständigkeiten in der Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern mit präventiven Hilfsangeboten. Um diese Zielgruppe in Zukunft stärker und vor allem niedrigschwellig zu erreichen, sollte die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe/Suchtprävention,

der Kinder- und Jugendhilfe und dem medizinischen Versorgungssystem ausgebaut werden.

In Zukunft sollte für suchtkranke Eltern und ihre Kinder im Rahmen der Suchthilfe eruiert werden, inwieweit Unterstützungsbedarfe bestehen und Hilfeleistungen (zum Beispiel im Rahmen der Frühen Hilfen oder Hilfen zur Erziehung) in Anspruch genommen werden. Dabei ist auf den freiwilligen Charakter der Hilfsangebote hinzuweisen und sicherzustellen, dass den Familien keine Nachteile aus der Annahme von Hilfen erwachsen. Es wird darüber hinaus empfohlen, dass Frauenärzt*innen beim Erstkontakt mit einer schwangeren Frau das aktuell vorliegende Konsumverhalten in Bezug auf Alkohol, Tabak und andere Substanzen erfragen oder dieses mittels Screeninginstrumenten erheben. Im Falle eines vorliegenden Konsums sollten Ärzt*innen mittels motivierender Gesprächsführung eine Verhaltensänderung anregen. Bei Hinweisen auf einen riskanten Konsum sollte ein Kontakt zur Suchthilfe angeregt werden. Zudem sollten die Frauen auf unterstützende Hilfsangebote (wie zum Beispiel Frühe Hilfen) hingewiesen werden. Auch Familienhebammen sowie die Mitarbeiter*innen der Frühen Hilfen sollten bei Anzeichen eines problematischen Konsumverhaltens einen Kontakt zwischen den betroffenen Eltern und der Suchthilfe vermitteln. Hierfür müssen die Akteur*innen suchtfachlich sowie in Techniken der motivierenden Gesprächsführung stärker geschult werden. Außerdem benötigen sie Informationen über die regionalen Versorgungsangebote.

In Fällen, bei denen die Kinder- und Jugendhilfe aktiv wird, sollte auch diese bei Hinweisen auf ein riskantes Konsumverhalten anstreben, einen Kontakt zwischen Eltern und Suchthilfe zu vermitteln. Des Weiteren sollte ebenfalls das fachliche Personal in Kindertagesstätten und Kindergärten sowie Grundschulen dahin gehend geschult werden, Kinder aus suchbelasteten Familien zu erkennen und ihnen und ihren Eltern entsprechende Hilfsangebote zu unterbreiten beziehungsweise die Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem anzuregen.

2 » Es wird empfohlen, die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit suchthilfender Maßnahmen für Erwerbslose unter Einbezug der Jobcenter und Arbeitsagenturen in Niedersachsen zu verbessern.

Unterstützungsleistungen für Erwerbslose sollten explizit Hilfsangebote für problematischen und abhängigen Konsum beinhalten. Mitarbeiter*innen in Arbeitsagenturen und Jobcentern sollten darin geschult sein, Hinweise auf ein problematisches Konsumverhalten zu erkennen, sowie Kommunikationstechniken wie die motivierende Gesprächsführung dazu zu nutzen, problematisch konsumierende Erwerbslose zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu motivieren. Dementsprechend müssen die Mitarbeiter*innen auch über regional verfügbare Hilfsangebote informiert sein. Dabei ist sicherzustellen, dass bei Annahme von Hilfsangeboten Rückinformationen von den Arbeitsagenturen/Jobcentern nicht angefordert werden. Durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen auf

kommunaler Ebene sollte außerdem sichergestellt werden, dass die Vertragswerke sich an örtlichen Bedarfen orientieren und von den Hausspitzen der Arbeitsagenturen/Jobcenter unterstützt werden.

3 » Es wird empfohlen, eine Profil Schärfung der niedersächsischen Suchtprävention in der Weise vorzunehmen, dass von Suchtpräventionsakteur*innen ausgehende universelle Suchtprävention in erster Linie spezifische Konsumrisiken adressiert und die Inanspruchnahme weiterführender selektiver und indizierter Suchtpräventionsangebote Risikogruppen und Risikokonsument*innen anzielt.

Um die Potenziale von suchthilfenden Angeboten gegenüber Angeboten der allgemeinen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention voll auszuschöpfen, erscheint es sinnvoll, dass die niedersächsische Suchtprävention sich zukünftig stärker auf ihre Alleinstellungsmerkmale fokussiert. So sollte universelle Suchtprävention an spezifisch definierten Konsumrisiken anknüpfen und als (früher) Wegweiser für Risikogruppen und problematisch Konsumierende in das Suchthilfesystem fungieren. Im Rahmen universeller Suchtpräventionsangebote mit Konsumbezug sollten selektive und indizierte Präventionsangebote daher stets „mitgedacht“ und der Zugang zu diesen befördert werden. Eine besondere Bedeutung kommt hier auch der suchtfachlichen Aus- und Fortbildung von Multiplikator*innen in den Lebenswelten von Hochrisikogruppen zu (vgl. Handlungsempfehlung 13).

Im Rahmen kommunaler Gesamtpräventionskonzepte (vgl. Handlungsempfehlung 4) sollten die fachlichen Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung und allgemeine Krankheitsprävention auf der einen und Suchtprävention auf der anderen Seite präzisiert und eine entsprechende Neujustierung der Aufgabenverteilung angestrebt werden.

Handlungsempfehlungen zur Reichweitenerhöhung der niedersächsischen Suchtprävention

4 » Es wird empfohlen, dass die niedersächsischen Suchtpräventionsakteur*innen den Aufbau/Ausbau kommunal organisierter Gesamtpräventionskonzepte unterstützen, mit dem Ziel, die Reichweite der Suchtprävention zu erhöhen.

Um die niedersächsische Suchtprävention weiterzuentwickeln, sollte angestrebt werden, die interinstitutionelle Abstimmung zwischen verschiedenen Präventionsakteur*innen zu intensivieren und ein in höherem Maße strategisch vorausplanendes Vorgehen anzuregen. Zusätzlich sollten Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten nach Möglichkeit immer rechtzeitig und nachhaltig implementiert und besser aufeinander abgestimmt werden.

Hierfür sollten Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen und Suchtprävention im Speziellen zukünftig verstärkt im Rahmen kommunaler Netzwerke organisiert werden. Diese sollten in allen Kommu-

nen Niedersachsens etabliert werden und dabei gegenwärtige Parallelstrukturen in gemeinsamen Netzwerken zusammenführen. In diesen sollten unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen und Angebote die lokalen Präventionsbedarfe identifiziert und im Rahmen eines die Aufgabenfelder Gesundheitsförderung, Suchtprävention und Kriminalprävention umfassenden Gesamtpräventionskonzeptes in abgestimmter Weise von den Akteur*innen adressiert werden. Die Berücksichtigung etablierter Qualitätsstandards für evidenzbasierte präventive Arbeit (vgl. Handlungsempfehlung 11) stellt hierfür das Fundament dar.

Auf Landesebene sollten die Aktivitäten aller mit präventiven Aufgaben befassten kommunalen Präventionsnetzwerke zentral erfasst und die Gremien über beabsichtigte landesweite Präventionsinitiativen und Maßnahmen informiert werden. So kann eine fachlich begründete Arbeitsteilung zwischen universellen, selektiven, indizierten und verhältnisbezogenen Präventionszielen sowie Aufgaben der Gesundheitsförderung erreicht werden. Die kommunalen Präventionsbedarfe sollten regelmäßig mittels bundeslandweiter Erhebungen mit regionalem Auflösungsgrad identifiziert werden.

5 » Es wird empfohlen, schulische Suchtprävention im Hinblick auf die zu behandelnden Konsumrisiken und die zu adressierenden Jahrgänge stärker zu formalisieren und hierfür den Runderlass des Niedersächsischen Kultusministeriums (vom 07.12.2012 – 34-82 114/5 – VORIS 21065; MK.Niedersachsen, 2013) zu aktualisieren.

Vertreter*innen der Schulen sollten an der Abstimmung der kommunalen Gesamtpräventionskonzepte (vgl. Handlungsempfehlung 4) beteiligt und durch die kommunalen Präventionsnetzwerke in der Umsetzung ihrer präventiven Initiativen unterstützt werden. Um schulische Suchtprävention zu vereinheitlichen und ihre Verbindlichkeit zu erhöhen, empfiehlt es sich aus suchtfachlicher Perspektive, den Runderlass des Niedersächsischen Kultusministeriums (vom 07.12.2012 – 34-82 114/5 – VORIS 21065; MK.Niedersachsen, 2013), der sich bislang explizit nur auf die Themen Rauchen und Alkohol bezieht, um stoffungebundene Suchtformen sowie illegale Drogen zu erweitern. Orientiert an epidemiologischen Daten zum Erstkonsumalter (Rehbein et al., 2017) kann empfohlen werden, dass spätestens bis zur 7. Jahrgangsstufe der Themenbereich stoffungebundene Suchterkrankungen (Gambling/Gaming/riskantes Medien-nutzungsverhalten), spätestens bis zur 8. Jahrgangsstufe die Themenbereiche Alkohol und Tabak und bis zur 9. Jahrgangsstufe der Themenbereich illegale Drogen (insbesondere Cannabis) behandelt worden sein sollten. Zudem ist anzuregen, in den Runderlass qualitative Mindeststan-

dards schulischer Suchtprävention mit aufzunehmen, die sich an den allgemeinen Standards evidenzbasierter Suchtprävention (vgl. Handlungsempfehlung 11) orientieren sollten.

6 » Es wird empfohlen, in Niedersachsen einen Qualitätsentwicklungsprozess anzustoßen, um zukünftig eine den medizinischen Leitlinien entsprechende Umsetzung von suchtverhaltensbezogenen Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention im ambulanten und stationären Versorgungssystem zu gewährleisten.

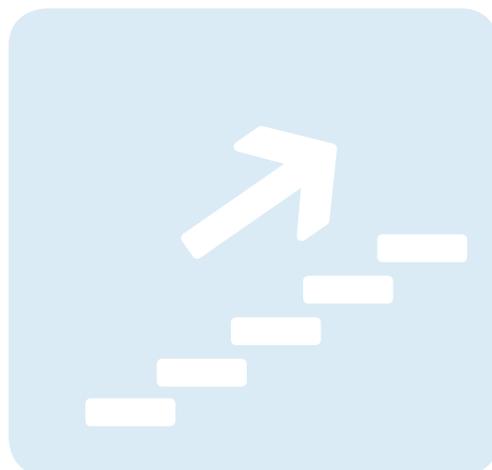
Die Akteur*innen des gesundheitlichen Versorgungssystems sollten darauf hinwirken, dass die Leitlinien zu routinemäßigen Screenings von Alkohol- und Tabakkonsum im ambulanten und stationären Versorgungssystem flächendeckend angewendet werden. Über diese Leitlinien hinaus sollten routinemäßige Screenings nach Risikoverhaltensweisen auch im Zusammenhang mit dem Konsum von Glücksspielangeboten, Computer-spielangeboten, illegalen Drogen und Medikamenten etabliert werden. Im Falle des Vorliegens riskanter Konsumverhaltensweisen sollten routinemäßig Frühinterventionen stattfinden. Hierfür sollte eine systematische Kooperation zwischen dem medizinischen Versorgungssystem und der Suchthilfe angestrebt werden, um die Mediziner*innen fachlich zu beraten und sie insbesondere im Hinblick auf die Durchführung von Interventionen zu entlasten. In diesem Zusammenhang erscheint es erforderlich, die Themen Screening und Früherkennung sowie Frühintervention bereits im Medizinstudium sowie in medizini-

sehen Ausbildungs- und Fortbildungs-curricula (vgl. Handlungsempfehlung 13) stärker zu berücksichtigen.

7 » Es wird empfohlen, beispielsweise durch eine Änderung des Niedersächsischen Sportförderungsgesetzes beziehungsweise der Niedersächsischen Sportförderungsverordnung eine stärkere Positionierung der Sportvereine für die verhaltens- und verhältnisbezogene Suchtprävention zu erreichen.

Der Landessportbund Niedersachsen und die Landessportverbände sollten Suchtprävention als sportpolitische Zielsetzung stärker fördern und priorisieren. Neben einem verstärkten Engagement der Sportvereine für die Prävention alkoholbezogener Probleme sollten insbesondere Sportwetten als Präventionsthema in den Sportvereinen fest verankert werden. Hierfür können suchtpreventive Lehrinhalte in die Aus- und Fortbildung von Trainer*innen sowie Übungsleiter*innen (vgl. Handlungsempfehlung 13) integriert werden. Um eine nachhaltige Implementation von Suchtprävention in den

Vereinen zu erreichen, sollten lokale Suchtpräventionsakteur*innen mit den Sportvereinen zusammenarbeiten und diese bei der Entwicklung ihres präventiven Leitbildes unterstützen. In diesem Zusammenhang empfiehlt sich auch die Entwicklung geeigneter Anreizsysteme (zum Beispiel Auslobung von Preisen, Auszeichnungen für engagierte Vereine). Zusätzlich wird empfohlen, durch eine Änderung des Sportförderungsgesetzes beziehungsweise der Sportförderungsverordnung die Vergabe von Landesmitteln an Sportvereine an die Bedingung zu knüpfen, dass diese sich zugunsten eines suchtpreventiven Leitbildes positionieren und den Jugendschutz im Hinblick auf vereinsinterne Konsumangebote gewährleisten. Zudem sollte geprüft werden, inwieweit sich der oben genannte gesetzliche Rahmen insoweit anpassen lässt, dass eine Sportförderung nur unter der Voraussetzung erfolgt, dass keine Sponsorengelder/ Werbeeinnahmen von Suchtmittelproduzenten und assoziierten Dachmarken (insbesondere Alkoholproduzenten und Glücksspielanbieter) angenommen werden. Auch die Kom-



munen sollten dazu angeregt werden, die Vergabe freiwilliger Leistungen im Rahmen einer Selbstverpflichtung an diese Grundbedingungen zu knüpfen.

Es wird empfohlen, die Reichweite der Prävention stoffungebundener Suchterkrankungen in Niedersachsen durch eine personelle Aufstockung der Fachkräfte zu erhöhen. Ferner wird empfohlen, im Rahmen der Prävention stoffungebundener Konsumrisiken jüngere Altersgruppen als bisher zu adressieren. Auch sollte ein besonderes Augenmerk auf Risikoangebote im Konvergenzbereich von Gambling und Gaming sowie auf die Gaming Disorder gelegt werden.

Um die Reichweite von Glücksspielsucht in Niedersachsen zu vergrößern, sollte die Zahl der Fachkräfte für Glücksspielsucht perspektivisch erhöht werden. Zudem sollte Glücksspielsuchtprävention nicht als alleinige Aufgabe der Fachkräfte für Glücksspielsucht, sondern auch der Fachkräfte für Suchtprävention verstanden werden. Ferner sollten zukünftig im Bereich der Glücksspielsuchtprävention Sportwetten und das Onlineglücksspiel sowie der Konvergenzbereich zwischen Gambling und Gaming stärker fachlich berücksichtigt werden. Auch Suchtprävention zur abhängigen Nutzung von Spielangeboten ohne Geldgewinnmöglichkeit (Gaming Disorder) sollte stärker berücksichtigt werden. Hierzu könnte die fachliche Expertise der Fachkräfte für Glücksspielsucht auf stoffungebundene Suchterkrankungen im Allgemeinen erweitert werden oder diese Aufgabe in verstärktem Maße den Fachkräften für

Suchtprävention übertragen werden. Das Engagement der Fachkräfte in diesem Bereich muss flankiert werden durch weiterführende verhältnispräventive Maßnahmen (vgl. Handlungsempfehlung 12), die Verankerung von Glücksspielsuchtprävention zum Thema Sportwetten in niedersächsischen Sportvereinen (vgl. Handlungsempfehlung 7) sowie das frühzeitige Einsetzen schulischer Suchtprävention zum Themenbereich stoffungebundene Suchterkrankungen (vgl. Handlungsempfehlung 5).

8 » Es wird empfohlen, im Zuge der Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention Zugangswege zur Suchtprävention in der Weise weiter zu optimieren, dass alle Personengruppen, die gefährdet sind, eine Suchterkrankung zu entwickeln, in bedarfsgerechter Weise durch suchtpreventive Maßnahmen erreicht werden.

Um auch älteren Menschen den Zugang zu Suchtprävention zu erleichtern, bedarf es der Aus- und Fortbildung von Multiplikator*innen in relevanten Lebenswelten wie dem Pflegektor zusätzlich zur Verbesserung der Früherkennung und Frühintervention im medizinischen Kontext (vgl. Handlungsempfehlung 6). Eine bedarfsgerechte Suchtprävention für Menschen mit Behinderungen erfordert in höherem Maße ein proaktives sowie zielgruppen- und einrichtungsspezifisches Vorgehen. Auch für zugewanderte Menschen ist sicherzustellen, dass diese in gleichberechtigter Weise Zugang zu suchtpreventiven Angeboten erhalten. Die drei genannten Gruppen können zusätzlich durch

den Abbau sprachlicher Barrieren leichter erreicht werden, zum Beispiel über die Integration von Vorlesefunktionen und vereinfachten Sprachmodi auf Websites, die über Suchtpräventions- oder Suchthilfeangebote informieren.

9 » Es wird empfohlen, zukünftig in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Niedersachsens mindestens eine Fachkraft für Suchtprävention mit Anbindung an eine Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention sowie die kommunalen Präventionsnetzwerke vorzuhalten.

Die niedersächsische Suchtprävention sieht sich mit einer Vielzahl von Anforderungen konfrontiert, die zusätzliche personelle Ressourcen der Fachkräfte für Suchtprävention erfordern. Zu diesen zählen unter anderem die Adressierung neuer Konsumrisiken im Zusammenhang mit stoffungebundenen Suchterkrankungen wie Onlineglücksspielangeboten sowie die Aufnahme der Gaming Disorder in die ICD-11 Klassifikation. Eine weitere Herausforderung stellt die Verbesserung der Evidenzbasierung in der niedersächsischen Suchtprävention dar. Hier ist die Expertise der Fachkräfte bei der Entwicklung und Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen gefragt, auch in Hinblick auf einen Ausbau der selektiven Suchtprävention für Kinder aus suchtblasteten Familien und erwerbslose Menschen (vgl. Handlungsempfehlung 1 und 2). Auf Basis der Befundlage kann entsprechend empfohlen werden, zukünftig für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt die Landes- oder kommunale Finanzierung mindestens einer Fach-

kraft für Suchtprävention mit Anbindung an eine Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention sicherzustellen. So ließe sich auch gewährleisten, dass in allen niedersächsischen Kommunen eine Fachkraft für Suchtprävention an der Gestaltung der präventiven Netzwerke (vgl. Handlungsempfehlung 4) beteiligt werden kann.

Zusätzlich empfiehlt sich eine wissenschaftlich begleitete Prüfung der Frage, inwieweit Onlineinformationsangebote und Onlineberatungsangebote zukünftig ergänzend genutzt werden können, um die Reichweite der niedersächsischen Suchtprävention zu erhöhen.

Handlungsempfehlungen für eine Effektivitätssteigerung der niedersächsischen Suchtprävention

10 » Es wird empfohlen, der langfristigen Implementation praxiserprobter und evidenzbasierter Programme zukünftig verstärkt Priorität einzuräumen und hierfür einen sowohl fachlich-praktisch als auch wissenschaftlich anerkannten Standard evidenzbasierter Suchtprävention in Niedersachsen zu erarbeiten. Auch bei der Neuentwicklung von Suchtpräventionsmaßnahmen sollten zukünftig formalisierte Kriterien beachtet werden.

Um verstärkt praxiserprobte und evidenzbasierte Programme zu implementieren, sollte ein fachlicher Standard erarbeitet werden, der in

Einklang mit wissenschaftlich anerkannten Evidenzkriterien steht. Die Suchtpräventionsakteur*innen sollten im Hinblick auf diesen Standard geschult werden. Für den Einsatz von Programmen, für die bereits ein hinreichender Evidenznachweis besteht, sollte sichergestellt werden, dass diese Programme fachgerecht umgesetzt werden und diese ihre avisierte Wirkung entfalten. Um den Akteur*innen der Suchtprävention die Identifizierung und Nutzung von in der Praxis bewährten und evidenzbasierten Programmen zu erleichtern, ist eine allgemein anerkannte Empfehlungsliste dringend erforderlich. In diesem Zusammenhang wird nachdrücklich empfohlen, einen Dialog zwischen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen und dem Landespräventionsrat zu initiieren, um Diskrepanzen in ihren bisherigen Empfehlungen für evidenzbasierte Programme abzubauen.

Zusätzlich bedarf es der Entwicklung neuer Suchtpräventionsprogramme, um Angebotslücken zu schließen. Suchtpräventionsprogramme werden im Idealfall von Akteur*innen der Suchtprävention unter wissenschaftlicher Beratung im Sinne eines Praxis-Wissenschafts-Dialogs entwickelt. Um die fachgerechte Evaluation von Suchtpräventionsprogrammen zu gewährleisten, sollte eine neue Finanzierungsgrundlage auf Landes- oder Bundesebene geschaffen werden. Bei Neuentwicklungen von Suchtpräventionsmaßnahmen sollten die nachfolgenden Kriterien A bis E erfüllt sein:

A Es besteht ein konkreter Bedarf für die Entwicklung des Programms. Das bedeutet, dass bisher keine Programme für die Zielgruppe beziehungsweise das Konsumrisiko verfügbar sind oder die vorhandenen Programme nicht den zentralen Qualitätsstandards entsprechen beziehungsweise diese sich nicht in Niedersachsen implementieren lassen.

B Das Programm wird als standardisiertes Programm konzipiert und kann im Falle einer positiven Wirksamkeitsevaluation landesweit implementiert werden.

C Es werden konkrete Ziele spezifiziert, die mit dem Programm erreicht werden sollen. Diese sind geeignet, um das Risiko für einen riskanten oder süchtigen Konsum zu vermindern, und sind spezifisch auf das entsprechende Konsumverhalten ausgerichtet. Die Zielkriterien werden spezifiziert.

D Es ist eine Evaluationsphase vorgesehen, die von einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung durchgeführt wird und eine wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsevaluation mit Kontrollgruppe beinhaltet.

E Im Falle eines universell oder selektiv ausgerichteten Suchtpräventionsprogramms werden zusätzlich regelhafte Strategien der Weitervermittlung von Risikokonsument*innen in Frühinterventionsmaßnahmen formuliert.

11 » Es wird empfohlen, die Verhältnisprävention in Bezug auf alle relevanten Konsumrisiken auf Bundes- und Landesebene zu stärken.

Das Land Niedersachsen sollte sich auf Bundesebene für die Umsetzung zusätzlicher verhältnispräventiver Maßnahmen einsetzen. Zu diesen zählen unter anderem weiterführende Werbeverbote für legale Konsumangebote, Einschränkung des Konsums alkoholischer Getränke im öffentlichen Raum, eine erhöhte Besteuerung legaler Suchtmittel, eine Neuverhandlung des Glücksspielstaatsvertrags sowie die Berücksichtigung des Abhängigkeitspotenzials bei der Alterseinstufung von Computerspielen.

Auf Landesebene wird empfohlen, eine verstärkte Einhaltung der bereits bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen anzustreben. Bei der konsequenteren Umsetzung der Altersbestimmungen legaler Suchtmittel ist insbesondere die Rolle des Jugendschutzes relevant. Zusätzlich werden eine Reduktion der Angebotsdichte terrestrischen Glücksspiels sowie die Einrichtung einer wirksamen Fremd- und Selbstsperre bei glücksspielassoziierten Problemen (zum Beispiel durch Einführung einer Glücksspielkarte) empfohlen.

12 » Es wird empfohlen, dass bereits bestehende Engagement der niedersächsischen Suchtpräventionsakteur*innen in der Schulung pädagogisch und erzieherisch tätiger Fachkräfte auf Multiplikator*innen in außerschulischen Lebenswelten und an Schnittstellen der Gesundheitsversorgung auszuweiten.

Der Ausbildung und Schulung von Multiplikator*innen kommt eine wichtige Bedeutung zu. Zu den identifizierten relevanten Personengruppen zählen unter anderem Frauenärzt*innen, Familienhebammen, Mitarbeiter*innen der Frühen Hilfen sowie das pädagogische Personal in Kindertagesstätten/Kindergärten (für eine stärkere Adressierung von Kindern aus suchtbelasteten Familien, vgl. Handlungsempfehlung 1). Zur Verbesserung der selektiven Suchtprävention für Erwerbslose empfiehlt sich insbesondere die Adressierung von Mitarbeiter*innen der Arbeitsagenturen und Jobcenter (vgl. Handlungsempfehlung 2). Für Ärzt*innen sind Schulungen zu den Themen Früherkennung und Frühintervention problematischer Konsummuster von besonderer Relevanz (vgl. Handlungsempfehlung 6). Aber auch Pflegepersonal in der Krankenpflege, Altenpflege und der Heil- und Erziehungspflege können als wichtige Multiplikator*innen gelten (vgl. Handlungsempfehlung 9). Eine weitere identifizierte relevante Personengruppe sind Übungsleiter*innen beziehungsweise Trainer*innen in Sportvereinen (vgl. Handlungsempfehlung 8). Zusätzlich kann empfohlen werden, auch Mitarbeiter*innen in Ehe-, Familien-, Erziehungs- und

Schuldnerberatungsstellen in verstärktem Maße durch Multiplikator*innenschulungen zu adressieren, da deren Klient*innen häufig mit multiplen Problemen belastet und nicht zuletzt deshalb einem erhöhten Suchtrisiko ausgesetzt sind.

Es wird empfohlen, zur Anpassung der niedersächsischen Suchtprävention an aktuelle Erfordernisse einen ressortübergreifenden Arbeitskreis einzusetzen, der vom Ressort der Landesdrogenbeauftragten geleitet wird und in dem alle Suchtpräventionsakteur*innen auf Landesebene mitwirken. Der Arbeitskreis hat den Auftrag – vor allem im Hinblick auf das Erreichen von gefährdeten Personengruppen sowie zur Überarbeitung des bestehenden landesweiten Suchtpräventionskonzeptes von 2009 – ein abgestimmtes landesweites Konzept zu entwickeln. Das Konzept sollte basierend auf den Erkenntnissen der Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ entwickelt werden.

Danksagung

Das Projektteam des KFN bedankt sich an dieser Stelle noch einmal herzlich bei den zahlreichen Akteur*innen, die sich an den Befragungen und Interviews beteiligt haben. Ein besonderer Dank gilt darüber hinaus dem gesamten Vorstand und der Geschäftsstelle der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, die das Projekt von Beginn an in vielfältiger Weise kooperativ unterstützt haben, sowie dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung für die Förderung dieser Studie. Im Speziellen möchten wir uns bei Frau Dr. med. Brägelmann-Tan und Frau Lörcher-Straßburg bedanken, die in ihrer Funktion als Landesdrogenbeauftragte das Projekt fachlich begleitet haben.

Literatur

MK. Niedersachsen. (2013): Niedersächsisches Kultusministerium – RUNDERLASS RAUCHEN UND KONSUM ALKOHOLISCHER GETRÄNKE IN DER SCHULE. Hannover. Retrieved from Niedersächsisches Kultusministerium, website:

http://www.mk.niedersachsen.de/download/76040/Erlass_Rauchen_und_Konsum_alkoholischer_Getraenke_in_der_Schule_.pdf

Rehbein, F., Weber, J., Staudt, A. (2017): PRÄVENTION UND HILFE BEI STOFFGEBUNDENEN UND STOFFUNGEUNDENEN SUCHTERKRANKUNGEN IN NIEDERSACHSEN. Erster Forschungsbericht für das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Hannover: KFN

Rehbein, F., Weber, J., Kühne, M., Boll, L. (2018): PRÄVENTION UND HILFE BEI STOFFGEBUNDENEN UND STOFFUNGEUNDENEN SUCHTERKRANKUNGEN IN NIEDERSACHSEN. Abschlussbericht für das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Hannover: KFN

Glücksspielsucht

Alte und neue Herausforderungen für Prävention, Frühintervention und Hilfeangebote

Spielanreize und Spielmöglichkeiten

Der deutsche Glücksspielmarkt zeichnet sich durch eine breite Palette an Spielmöglichkeiten aus. Diverse Glücksspielangebote locken mit der Hoffnung, in einfacher und schneller Weise Geld gewinnen zu können. Zugleich lassen sich derzeit einige Marktdynamiken und -veränderungen beobachten, die aus suchtpsychologischer Perspektive einer kritischen Reflexion bedürfen. Zu nennen sind hier in erster Linie (1) die nachhaltige Dominanz des gewerblichen Automatenspiels in Spielhallen und Gaststätten (gemessen an den Umsatzzahlen; siehe unten) und damit einer Spielform mit relativ hohem Suchtpotenzial (Hayer, 2010), (2) die zunehmende Popularität des internetbasierten Glücksspiels und somit eine sukzessive Verlagerung der Glücksspielaktivitäten von terrestrischen Spielstätten in Richtung Online-Bereich (Hayer, 2013) sowie (3) damit teilweise zusammenhängend eine massive Expansion des Sportwettmarktes (Fiedler & Hayer, 2016; Hayer, 2017). Vor diesem Hintergrund verfolgt der Beitrag das übergeordnete Ziel, die mit diesen Entwicklungstrends einhergehenden Risiken und Gefahren

näher zu beleuchten sowie zentrale Herausforderungen für die Prävention, Frühintervention und das professionelle Hilfesystem abzuleiten.

Insgesamt belief sich der Umsatz auf dem legalen Glücksspielmarkt in Deutschland 2016 auf 45,2 Milliarden Euro (plus 6,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr; siehe Meyer, 2018). Mit Abstand größter Umsatzträger war das Segment des gewerblichen Automatenspiels mit einem Marktanteil von 66,2 Prozent, gefolgt vom Deutschen Lotto- und Totoblock (16,2 Prozent) und den Spielbanken (14,2 Prozent). Im aktuellen Jahresbericht der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder (2018) wird das Marktvolumen in Bruttospielerträgen ausgedrückt (= Spieleinsätze minus Gewinnauszahlungen beziehungsweise Nettoverluste der Spieler*innen). Zudem finden Kennziffern für den nicht-regulierten beziehungsweise illegalen Markt Berücksichtigung. Insgesamt wurde in Deutschland im Jahr 2017 ein Bruttospielertrag von 14,2 Milliarden Euro erwirtschaftet, davon 78 Prozent mit hierzulande erlaubten Glücksspielangeboten und 22 Prozent mit nicht-erlaubten Glücksspielangeboten. Im Einzelnen konnten spielinteressierte Personen ihr

Glück im Rahmen des konzessionierten Marktes in bis zu 10.000 Spielhallen (mit rund 173.000 Geldspielautomaten), in bis zu 50.000 Gaststätten (mit rund 82.000 Geldspielautomaten), in 21.571 Lotteriestellen, in 67 Spielbanken (mit etwa 8.300 Glücksspielautomaten und 530 Spieltischen) sowie an eher nebensächlichen Spielorten (zum Beispiel auf Rennbahnen) versuchen. Hinzu kommen zum einen beträchtliche Erträge aus dem nicht-regulierten terrestrischen Sportwettsegment; Schätzungen gehen landesweit von etwa 4.000 bis 5.000 Wettannahmestellen privater Betreiber*innen aus. Zum anderen existieren zahlreiche Spielmöglichkeiten im Internet, wie etwa Online-Automaten-spiele, Online-Roulette, Online-Sportwetten (inklusive Live-Wetten) oder Online-Poker: So führte zum Beispiel die Plattform „online.casinocity.com“ am 04.01.2019 insgesamt 4.357 Websites mit Glücksspielangeboten an, davon immerhin 1.007 in deutscher Sprache. Am selben Tag standen den Kund*innen alleine bei „sports.bwin.com“ und damit einer einzigen deutschsprachigen Plattform über 47.000 unterschiedliche Wetten zur Verfügung. Bemerkenswerterweise liegen die staatlichen Einnahmen

aus Glücksspielen mittlerweile insgesamt bei 5,68 Milliarden Euro (Meyer, 2018) und folglich deutlich über den Gesamterträgen aus alkoholbezogenen Steuern. Nicht zuletzt anhand dieser Größenordnung wird deutlich, dass Glücksspiele für den Staat auch eine lukrative Einnahmequelle bedeuten.

Doch warum wirken Glücksspiele für viele Menschen derart verlockend?

Unabhängig von der spezifischen Spielform dürfte das besondere Moment des Glücksspiels in der prinzipiellen Unvorhersehbarkeit des Spielausgangs bestehen, gepaart mit der spannungsgeladenen Hoffnung, trotz dieser Ungewissheit einen größeren Geldgewinn erzielen zu können (Hayer, 2012; Meyer & Bachmann, 2017). Mit anderen Worten: Die Spielteilnahme ist mit einer psychotropen Wirkung verbunden, die üblicherweise als Stimulation, Erregung, Nervenkitzel oder „Adrenalin-Kick“ assoziiert wird (= positive Verstärkung). Gleichermaßen können Glücksspiele dem Stressabbau oder der Vermeidung von Alltagsbelastungen dienen (= negative Verstärkung). Das Spielmotiv „Geldgewinn“ lässt sich demnach nur als vordergründig ansehen, vielmehr geht es beim Glücksspiel um den „Kauf von Gefühlen“ beziehungsweise die Regulation von Emotionen und ergo um das gezielte Hervorrufen von alternativen Erlebniszuständen. Werden überdies gleich zu Beginn der Spieler*innenlaufbahn monetäre Erfolge eingefahren, macht dieses positiv gefärbte Erlebnis ein Weiterspielen naturgemäß deutlich wahrscheinlicher.



Glücksspielsucht: Problemausmaß, Risikogruppen und Phänomenologie

Nach einer aktuellen Repräsentativbefragung der bundesdeutschen Bevölkerung im Alter von 16 bis 70 Jahren haben sich 75,3 Prozent der Befragten bereits irgendwann einmal an einem Glücksspiel beteiligt (Lebenszeit-Prävalenz; BZgA, 2018). Über ein Drittel (37,3 Prozent) zählt zu den aktuellen Glücksspieler*innen (Kriterium: aktive Spielteilnahme in den letzten 12 Monaten). Dabei gelingt es der großen Mehrheit, das Spielverhalten unter Kontrolle zu halten und verantwortungsbewusst mit dem Produkt „Glücksspiel“ umzugehen. Demgegenüber steht eine signifikante Minderheit an Personen, deren Spielverhalten als exzessiv-destruktiv zu bezeichnen ist beziehungsweise die klare Anzeichen einer Suchterkrankung offenbaren. Laut BZgA-Bericht weisen 0,56 Prozent der Stichprobe ein problematisches

(„missbräuchliches“) Glücksspielverhalten sowie 0,31 Prozent ein pathologisches („süchtiges“) Glücksspielverhalten auf. Hochgerechnet auf die 16- bis 70-jährige Bevölkerung entspricht diese Größenordnung etwa 326.000 beziehungsweise 180.000 Personen. Darüber hinaus lassen sich inzwischen bestimmte Populationssegmente benennen, die – aus unterschiedlichen Gründen – überzufällig häufig von glücksspielbezogenen Problemen betroffen sind. Hierzu zählen in erster Linie Männer, Personen bildungsferner Schichten, Migrant*innen und Arbeitslose (vgl. mit dem Überblick von Hayer, Meyer & Girndt, 2018/2019). Ein erhöhtes Risiko besteht außerdem für die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, was wiederum den Bedarf an möglichst frühzeitig einsetzenden Maßnahmen der Prävention und Intervention verdeutlicht. Neben diesen Erkenntnissen aus der epidemiologisch ausgerichteten Forschung verweist eine Vielzahl an Studien mit selbstselektiven Samples auf wei-



tere Risikogruppen. Auszugsweise anzuführen sind hier Mitglieder von Sportvereinen (insbesondere Fußballvereine), Strafgefangene beziehungsweise Gefängnisinsassen sowie Obdachlose. Diese Auflistung verweist auf die zwingende Notwendigkeit der Etablierung von passgenauen Präventionsangeboten beziehungsweise Ausstiegshilfen unter Berücksichtigung der jeweils vorherrschenden settingspezifischen Eigenheiten beziehungsweise Lebensumstände.

Doch wie äußert sich ein glücksspielsüchtiges Verhalten gemeinhin?

Auch wenn sich verschiedenartige Subtypen von Problemspieler*innen empirisch eindeutig unterscheiden lassen (Hayer, Brosowski, Meyer & Prkno, 2018) und sich individuelle Entwicklungsverläufe in der Regel als äußerst heterogen erweisen, gelten einzelne Anzeichen als prototypisch für das Phänomen der Glücksspielsucht (Hayer, Rumpf & Meyer, 2014; Meyer & Bachmann, 2017). So steht der subjektiv erlebte Kontrollverlust in Bezug auf Glücksspiele in Verbindung mit einer zunehmenden Einengung

der allgemeinen Lebensführung im Vordergrund der Symptomatik. Weitere Symptome beziehen sich auf eine Art Toleranzentwicklung (das heißt das Bedürfnis einer Spielbeteiligung mit steigenden Einsätzen, um die gewünschte Erregung zu erzielen), Abstinenzunfähigkeit (das heißt der wiederholt erfolgte Versuch, die Spielaktivitäten einzuschränken oder ganz zu beenden), entzugsähnliche Erscheinungen (das heißt das Empfinden von Ruhelosigkeit oder Reizbarkeit bei dem Anliegen, die Spielaktivitäten einzuschränken oder aufzugeben), dysfunktionales Coping (konkret: die Spielbeteiligung dient dazu, Problemen zu entkommen oder einer dysphorischen Stimmungslage zu begegnen), Tendenzen der Verheimlichung beziehungsweise Dissimulation vor allem im Hinblick auf das Ausmaß der Spielaktivitäten sowie das Weiterspielen trotz teilweise massiver negativer Folgen. Während dieser Symptomkomplex an die klassischen Merkmale einer stoffgebundenen Suchterkrankung erinnert, verweisen zwei weitere Merkmale auf Besonderheiten einer Glücksspielsucht. Zum einen ist das sogenannte Chasing-Verhalten zu nennen, welches den weit verbreiteten Spieler-Irrglauben beschreibt, die entstandenen Verluste nur durch erneute Spielteilnahmen wieder ausgleichen zu können („Jagd nach dem Verlustausgleich“). Zum anderen verlassen sich die Betroffenen nicht selten darauf, dass andere Personen ihnen Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte prekäre finanzielle Situation zu überwinden („Bail-out“).

Zusammengefasst fehlen bei der Glücksspielsucht – von außen betrachtet – jedoch eindeutige Krankheitsanzeichen, insbesondere auf der körperlichen Ebene. Entsprechend wird dieses Störungsbild auch als „Hidden Addiction“ bezeichnet. Dieser Umstand begünstigt Verheimlichungstendenzen, sodass die Entwicklung und Manifestation glücksspielbezogener Probleme gewöhnlich einen langjährig andauernden Prozess darstellt. Zudem wirken psychologische Mechanismen wie die sich im Zuge der Fehlanpassung verstärkenden Schuld- und Schamgefühle sowie die im Kontext von Suchterkrankungen bekannten Tendenzen der Bagatelisierung, Rationalisierung, Selbsttäuschung und die fehlende Krankheitseinsicht der Bereitschaft zur Verhaltensänderung entgegen. Da die Betroffenen üblicherweise nur selten oder erst bei besonders ausgeprägten Problemlagen professionelle Hilfen in Anspruch nehmen (Hayer & Meyer, 2010), erweisen sich die Negativfolgen einer Glücksspielsucht als vielschichtig und gravierend. Beispielhaft hierfür stehen Auswirkungen im Bereich Finanzen (zum Beispiel Verarmung, Verschuldung, Privatinsolvenz), am Arbeitsplatz (zum Beispiel Konzentrationsmängel, Leistungsabfall, Kündigung), rechtliche Konsequenzen (zum Beispiel Beschaffungsdelinquenz, Inhaftierung), intrapsychische Folgen (zum Beispiel Suizidalität, psychosomatische Beschwerden) sowie interpersonelle Konflikte (zum Beispiel Vernachlässigung von Bezugspersonen, Gewaltvorkommnisse, Zerrüttung von Partnerschaft beziehungsweise der gesamten Familie).

Aktuelle Entwicklungstrends: Das Beispiel Sportwetten

Mit Marktveränderungen gehen in der Regel spezifische Herausforderungen für die konkrete Ausgestaltung von Präventions- und Hilfeangeboten einher. Besonders deutlich wird dieser Umstand in Deutschland derzeit im Bereich des Sportwettens. Galten Sportwetten wie etwa Toto in der Vergangenheit als Angebote mit eher geringen Suchtgefahren, hat die Etablierung gänzlich neuer Produkte wie etwa Live-Wetten im Internet, die einen Wettabschluss während laufender Sportveranstaltungen gestatten, zu einer Neubewertung des Suchtpotenzials geführt: So erhöhen die kurzen Auszahlungsintervalle bei Live-Wetten die Spielgeschwindigkeit erheblich, was wiederum im Vergleich zu den traditionellen Wettmöglichkeiten eine völlig andere Dynamik des Spielgeschehens, verbunden mit den entsprechenden Suchtrisiken, mit sich bringt.

Eine weitere Besonderheit bezieht sich in diesem Kontext auf die umfassende Vermarktung von Sportwetten. Zahlreiche Privatunternehmen befinden sich in einer Konkurrenzsituation zueinander und sehen sich daher geradezu gezwungen, auf die eigenen Produkte in extensiver Weise massenmedial aufmerksam zu machen. Mittlerweile ist ein breites Spektrum von Marketingaktivitäten für Sportwetten während laufender, im Fernsehen übertragener Sportveranstaltungen oder unter Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstech-

nologien wie dem Internet beziehungsweise in sozialen Netzwerken nicht mehr zu übersehen. Es überrascht daher kaum, dass hierzulande 23 Prozent der jährlichen Werbeausgaben für Glücksspiele im Bereich des Sportwettens anfallen, und zwar mit steigender Tendenz (o. A., 2016). Insbesondere der Profifußball bildet hier einen natürlichen Bündnispartner, um breite Bevölkerungsschichten im Allgemeinen und fußballbegeisterte Personen im Speziellen passgenau ansprechen zu können (zum Beispiel in Form von Trikotsponsoring oder Bandenwerbung). Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die inzwischen jedoch wieder beendete Kooperation von „bet-at-home.com“ und Hertha BSC Berlin verwiesen (Rentz, 2015). Aus suchtfachlicher Sicht bereitet diese Entwicklung in zweifacher Hinsicht Anlass zur Sorge: Zum einen belegen zahlreiche empirische Befunde, dass Glücksspiel-Werbung gerade Jugendliche und junge Erwachsene erreicht und bei einer kleinen Subgruppe der Rezipient*innen (weitere) Spielteilnahmen wahrscheinlicher macht (Hayer, 2018). Zum anderen rückt dieser Trend das Produkt „Sportwette“ sukzessiv in die Mitte der Gesellschaft, trägt zu seiner Normalisierung bei und verschleiert die mit diesen Angeboten einhergehenden Suchtgefahren. Mit anderen Worten: Werbung wirkt und steht naturgemäß im fundamentalen Widerspruch zu einer effektiven wie nachhaltigen Suchtpräventionspraxis.

Diese Sichtweise wird zudem durch die Analyse der Inhalte von Sportwetten-Werbung untermauert. Es ist davon auszugehen, dass hier grundsätzlich zwei sich zum Teil ergänzende Themenkomplexe dominieren: (1) die Präsentation von Spieloptionen als risikoarm beziehungsweise ungefährlich sowie (2) die Betonung der Skill-Perspektive und damit die Vermittlung der Kernbotschaft, dass die Aneignung bestimmter Kernkompetenzen einschließlich einer intensiven Beschäftigung mit dem Gegenstand „Sport und Sportwetten“ zu einer besseren Erfolgsquote und damit zu finanziellen Gewinnen führt (Lopez-Gonzales, Estévez & Griffiths, 2017). Diese Fehlinformation dürfte wesentlich dazu beitragen, dass (potenzielle) Spielteilnehmer*innen die eigene Einflussnahme auf den Spielverlauf deutlich überschätzen und den Irrglauben hegen, beim Sportwetten in einfacher und schneller Weise an Geld kommen zu können. Grundsätzlich stellen kognitive Verzerrungen dieser Art einen zentralen Bedingungsfaktor für die Entwicklung und Manifestation glücksspielbezogener Probleme dar (Meyer & Bachmann, 2017). Offenbar weisen gerade (pathologische) Sportwetter*innen sowie in der Tendenz auch eher jüngere Menschen diesbezüglich besonders hohe Ausprägungen auf (BZgA, 2018; Kalke, Milin & Buth, 2018).

Schlussfolgerungen

Vor diesem Hintergrund lassen sich verschiedenartige Herausforderungen skizzieren, die sowohl die Präventionsarbeit als auch das professionelle Hilfesystem betreffen. Neben dem altbekannten Optimierungsbedarf gehen vor allem mit der Dynamik des Glücksspielmarktes fortwährend neue Aufgaben einher. Zusammenfassend sind an dieser Stelle auszugswise folgende fünf Aspekte zu nennen:

» Der Abbau von individuellen Hürden beziehungsweise strukturellen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten mit dem Ziel, eine größere Anzahl an Betroffenen zu einem früheren Zeitpunkt der individuellen Fehlentwicklung zu erreichen.

» Die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien als Präventionstool beziehungsweise als ergänzenden Baustein im Zuge von traditionellen Beratungs- und Behandlungsaktivitäten.

» Die Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Präventionsmaterialien, die sich in zielgerichteter Weise an wohlbekannte Risikogruppen richten (zum Beispiel Personen mit Migrationshintergrund oder Kinder, die mit einem glücksspielsüchtigen Elternteil aufwachsen).

» Die verstärkte Sensibilisierung bestimmter Multiplikator*innen, etwa in den Lebenswelten Schule (zum Beispiel Lehrkräfte) und Sportverein (zum Beispiel Übungsleiter*innen), um auf die mit Glücksspielen assoziierten Gefahren aufmerksam zu machen.

» Die Ergänzung bereits bestehender und bewährter Programme der betrieblichen Suchtprävention um das Thema „Glücksspielsucht“ zumindest in größeren Unternehmen.

Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018): GLÜCKSSPIELVERHALTEN UND GLÜCKSSPIELSUCHT IN DEUTSCHLAND: ERGEBNISSE DES SURVEYS 2017 UND TRENDS. Köln: BZgA
- Fiedler, I. und Hayer, T. (2016): SPORTWETTEN UND JUGENDLICHE: SPIELANGEBOTE UND SUCHTGEFAHREN. Pro Jugend: Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V., Heft 3, 4–9
- Hayer, T. (2010): GELDSPIELAUTOMATEN UND SUCHTGEFAHREN – WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE UND SUCHTPOLITISCHER HANDLUNGSBEDARF. Sucht Aktuell, 17 (1), 47–52
- Hayer, T. (2012): JUGENDLICHE UND GLÜCKSSPIELBEZOGENE PROBLEME: RISIKOBEDINGUNGEN, ENTWICKLUNGSMODELLE UND IMPLIKATIONEN FÜR PRÄVENTIVE HANDLUNGSSTRATEGIEN. Frankfurt/M.: Peter Lang
- Hayer, T. (2013): INTERNETBASIERTES GLÜCKSSPIEL: SPIELANREIZE UND SUCHTGEFAHREN. Pro Jugend: Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V., Heft 4, 4–8
- Hayer, T. (2017): Editorial: DIE REGULATION VON SPORTWETTEN – QUO VADIS? Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht, 12, 445–446
- Hayer, T. (2018): WERBUNG UND SPORTWETTEN – EINE KRITISCHE AUSEINANDERSETZUNG AUS SUCHTFACHLICHER SICHT. Wissenschaftliche Expertise im Auftrag des Arbeitskreises gegen Spielsucht Unna e.V.
- Hayer, T., Brosowski, T., Meyer, G., Prkno, M. (2018): UNTERSCHIEDLICHE SUBTYPEN VON PATHOLOGISCHEN GLÜCKSSPIELERINNEN UND GLÜCKSSPIELERN: EMPIRISCHE BEFUNDE AUS DEM AMBULANTEN SUCHTHILFESYSTEM. Suchttherapie, 19, 21–30
- Hayer, T. und Meyer, G. (2010): PRÄVENTION GLÜCKSSPIELBEZOGENER PROBLEME – FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION ALS ZENTRALE BAUSTEINE DES SPIELERSCHUTZES. In W. Kirch, M. Middeke & R. Rychlik (Hrsg.), Aspekte der Prävention (S. 133–141). Stuttgart: Thieme
- Hayer, T., Meyer, J., Girndt, L. (2018/2019): GLÜCKSSPIELE UND GLÜCKSSPIELSUCHT: AUSGEWÄHLTE FORSCHUNGSBEFUNDE UND HERAUSFORDERUNGEN FÜR DAS SUCHTHILFESYSTEM. rausch: Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 7/8, 340–348
- Hayer, T., Rumpf, H.-J., Meyer, G. (2014): GLÜCKSSPIELSUCHT. In K. Mann (Hg.), Verhaltenssuchte: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention (S. 11–31). Berlin: Springer
- Jahresreport 2017 der Glücksspielaufsichtsbehörden der Länder (2018): DER DEUTSCHE GLÜCKSSPIELMARKT 2017 – EINE ÖKONOMISCHE DARSTELLUNG. Verfügbar unter: https://innen.hessen.de/sites/default/files/media/hmdis/jahresreport_2017.pdf
- Kalke, J., Milin, S., Buth, S. (2018): KOGNITIVE VERZERRUNGEN BEI PATHOLOGISCHEN SPORTWETTERN IM VERGLEICH MIT AUTOMATENSPIELERN – EINE ANALYSE UNTER ANWENDUNG DES GAMBLERS BELIEFS QUESTIONNAIRE. Sucht, 64, 21–28
- Lopez-Gonzalez, H., Estévez, A., Griffiths, M.D. (2017): MARKETING AND ADVERTISING ONLINE SPORTS BETTING: A PROBLEM GAMBLING PERSPECTIVE. Journal of Sport and Social Issues, 41, 256–272
- Meyer, G. (2018): GLÜCKSSPIEL – ZAHLEN UND FAKTEN. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 18 (S. 113–133). Lengerich: Pabst
- Meyer, G. und Bachmann, M. (2017): SPIELSUCHT: URSACHEN, THERAPIE UND PRÄVENTION VON GLÜCKSSPIELBEZOGENEM SUCHTVERHALTEN. Berlin: Springer
- O. A. (2016): WERBUNG: 200-MILLIONEN-GRENZE GEKNACKT. In: Games & Business Online, <https://www.gamesundbusiness.de/news/details/werbung-200-millionen-grenze-geknackt>
- Rentz, I. (2015): HERTHA BSC BERLIN VERPFLICHTET WETTANBIETER ALS NEUEN HAUPTSPONSOR. In: Horizont, <https://www.horizont.net/marketing/nachrichten/Bet-at-Home-Hertha-BSC-Berlin-verpflichtet-Wettanbieter-als-neuen-Hauptsponsor-135744>

Frühinterventionen in der medizinischen Versorgung

Versorgungslage bei alkoholbezogenen Störungen und riskantem Alkoholkonsum

Alkoholabhängigkeit zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen mit weitreichenden gesundheitsbezogenen Folgeschäden. Die direkten und indirekten Kosten problematischen Alkoholkonsums werden allein in Deutschland auf circa 40 Milliarden Euro geschätzt (Effertz et al., 2014). Während die ökonomische Hauptlast auf Produktivitätseinbußen zurückzuführen ist, stellen Behandlungskosten mit geschätzten sechs Prozent lediglich einen geringen Anteil der gesellschaftlichen Folgekosten dar (Manthey et al., 2016). Trotz eines gut ausgebauten Suchthilfesystems werden bislang lediglich etwa 10–16 Prozent der Betroffenen durch professionelle Hilfeangebote erreicht, während auf Grundlage von Krankenversicherungsdaten davon auszugehen ist, dass circa 35 Prozent aller Personen mit Alkoholabhängigkeit eine ärztliche Diagnose erhalten haben und somit im Gesundheitssystem registriert sind (Rumpf et al., 2000; Kraus et al., 2015). Eine Studie in insgesamt sechs europäischen Ländern ergab zudem, dass auch bei einer weitgefassten Definition von alkoholbezogener Inanspruchnahme lediglich

circa 22 Prozent der Personen mit einer lebenslangen Alkoholabhängigkeit diese jemals in Anspruch genommen haben. Für die deutlich größere Gruppe von Personen mit riskantem Alkoholkonsum, definiert als ein täglicher durchschnittlicher Alkoholkonsum von mehr als 12 beziehungsweise 24 Gramm Reinalkohol pro Tag (Seitz et al., 2008), hält das Suchthilfesystem keine entsprechenden Hilfen bereit. Bei problematischem Konsum anderer psychoaktiver Substanzen wie zum Beispiel illegaler Drogen zeigt sich insgesamt trotz häufigerer Zuweisungen über justizielle Kanäle ebenfalls eine eher niedrige Erreichbarkeit Betroffener durch die Suchthilfe.

In verschiedenen nationalen und internationalen Studien konnte in den letzten Jahren aufgezeigt werden, dass sich im Rahmen der basismedizinischen Versorgung eine bessere Erreichbarkeit von Personen mit riskantem Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Störungen realisieren lässt, da 93 Prozent dieser Personengruppe zumindest jährlich in der medizinischen Basisversorgung angetroffen werden können; lediglich sieben Prozent der Alkohol-Risikokonsument*innen hatten keinerlei medizinische Angebote in Anspruch genommen (Bischof et al., 2004).

Diese Ausgangslage macht deutlich, dass in Zukunft stärkere Anstrengungen unternommen werden sollten, um die Zugangswege für Betroffene zu erweitern, den Zugang zu erleichtern sowie die Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Ein Schritt in diese Richtung sind die Bestrebungen der Public-Health-Ansätze. Dabei geht es um die Bereitstellung niedrigschwelliger Therapieangebote, um einen möglichst hohen Bevölkerungsimpact zu erreichen (John et al., 2000). Der Bevölkerungsimpact beschreibt die Effektivität einer Interventionsmaßnahme (Prozentsatz zum Beispiel abstinent Lebender nach Therapie) in Relation zur Teilnehmer*innenrate (Teilnehmer*innen an Therapie dividiert durch Referenzpopulation, zum Beispiel Raucher*innen in der Bevölkerung Deutschlands) (John et al., 2000). Das heißt Interventionen, die eine Effektivität von 30 Prozent aufweisen und nur 20 Prozent der Zielbevölkerung erreichen, haben einen Impact von 0,06; Interventionen, die 60 Prozent der Zielgruppe erreichen, aber dabei über eine Effektivität von 10 Prozent verfügen, haben ebenfalls einen Impact von 0,06. So sollte ein Programm mit Anspruch auf hohen Impact nicht nur möglichst effektiv sein, sondern muss auch von so vielen Teilnehmer*innen wie möglich

genutzt werden, um einen Effekt auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu haben. Gerade in diesem Bereich spielen daher Früh- beziehungsweise Kurzinterventionen eine wichtige Rolle.

Einrichtungen der medizinischen Versorgung sind geeignet, um frühzeitig und proaktiv, also auf Betroffene zugehend, Interventionen anzubieten, die es ermöglichen, die Trinkmenge zu reduzieren, abstinent zu werden oder weitergehende Hilfe in Anspruch zu nehmen. Neben geeigneten Verfahren zur Identifikation von Personen mit alkohol- oder anderen substanzbezogenen Störungen steht dabei die Erhöhung der Änderungsmotivation der Betroffenen im Vordergrund.

Früherkennung

Als Maßnahmen zur Identifizierung von riskantem und schädlichem Alkoholkonsum lassen sich Laborparameter oder Fragebogenverfahren heranziehen. Verbreitet ist die Nutzung indirekter Routine-Laborparameter wie Gammaglutamyltransferase (gGT), Transaminasen (ALAT, ASAT), das mittlere Erythrozyten-Zellvolumen (MCV) oder der als „Alkoholgedächtnis“-Wert zur Beurteilung des Konsums der vergangenen Wochen eingesetzte „carbohydrate deficient transferrin“ (CDT), die jedoch insgesamt wenig sensitiv sind (Rumpf et al., 2011; Wurst et al., 2011). Direkte Alkoholmetabolite wie Ethylglukuronid (EtG) und Ethylsulfat (EtS) im Serum und Urin, welche den längerfristigen Nachweis für kürzlichen Alkoholkonsum für die

Dauer von Tagen erlauben oder von EtG in den Haaren oder Phosphatidylethanol (PEth) in Vollblut zum Nachweis von chronischem Alkoholkonsum, zeichnen sich durch eine höhere Sensitivität aus, die Erhebung ist jedoch mit vergleichsweise hohen Kosten verbunden. Da Ziel der Früherkennung die Thematisierung von Alkoholkonsum mit der*dem Patient*in ist, bergen Laborparameter das Risiko, in Art eines Indizienprozesses die*den Patient*in zu überführen. Direkte Verfahren fördern Selbstaussagen von Patient*innen und bieten einen besseren, sensitiveren diagnostischen Zugang als indirekte Verfahren (Aertgeerts et al., 2001). Wird die Befragung in einer nicht-wertenden Form eingeführt, zum Beispiel in Kombination mit weiteren Fragen zum Gesundheitsverhalten, kann erfahrungsgemäß die Abwehr des Betroffenen möglichst gering gehalten werden. Konfrontationen mit „Beweisen“ und Klassifikationen sollten dabei vermieden werden und die Patient*innen sollten ihr Trinkverhalten selbst einschätzen. Die direkte Erfassung von Alkoholkonsum mittels standardisierter Fragebögen wie dem von der World Health Organisation entwickelten Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT (Saunders et al., 1993; Dybek et al., 2006) hat sich demgegenüber als ein valides und ökonomisches Verfahren bewährt, welches zugleich Anknüpfungspunkte für eine anschließende Kurzintervention ermöglicht.

Formen von Kurzintervention

Kurzinterventionen zielen zunächst auf eine Erhöhung der Änderungsmotivation der Betroffenen. Die sechs Elemente, die diesbezüglich bei Kurzinterventionen im Allgemeinen bedeutsam sind, wurden zum Akronym FRAMES zusammengefasst:

» **Feedback** (bestimmte Rückmeldungen der Erhebungsergebnisse, manchmal ausdrücklich Rückmeldung der Beeinträchtigungen, um zu einer Veränderung zu motivieren)

» **Responsibility** (Betonung der eigenen Verantwortung)

» **Advice** (der ausdrückliche verbale oder schriftliche Ratschlag, das Risikoverhalten zu verändern)

» **Menu** (Erarbeitung und Bereitstellung verschiedener alternativer Strategien zur Überwindung des Problemverhaltens)

» **Empathy** (verständnisvoller, warmer und einführender Ansatz des Beratungsstils)

» **Self-efficacy** (Ermutigung zu Optimismus und Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung)

Unterscheiden lässt sich zwischen Kurzinterventionen im persönlichen Kontakt und computergestützten Interventionsverfahren. Als Interventionsmethode der Wahl bei persönlichen Interventionen hat sich das Motivational Interviewing (MI) durchgesetzt (Miller und Rollnick, 2015).

MI ist definiert als ein personen-zentrierter, zielorientierter Kommunikationsstil mit besonderem Fokus auf Veränderungsäußerungen. Ziel dabei ist, die persönliche Motivation und Selbstverpflichtung zur Verhaltensänderung durch Hervorrufen und Vertiefen der eigenen Änderungsgründe einer Person in einer Atmosphäre der Akzeptanz und Anteilnahme zu erhöhen. Konflikte während der Beratungssituation werden zurückgeführt auf Interventionen der Berater*innen, die nicht zur gegenwärtigen Änderungsbereitschaft der Klient*innen gepasst haben. Um Klient*innen „wieder ins Boot“ zu holen und keine unproduktiven Auseinandersetzungen zu befördern, ist auch hier ein empathischer, die Autonomie der Klient*innen hervorhebender Kommunikationsstil erforderlich.

In den letzten 20 Jahren wurden zudem verschiedene computergestützte, individualisierte Interventionsangebote entwickelt, die in variierender Schwerpunktsetzung auf dem beschriebenen FRAMES-Konzept basieren, indem eine individuelle Rückmeldung zum gegenwärtigen Trinkverhalten und zu assoziierten Risiken gegeben wird und gegebenenfalls motivationale Faktoren zurückgemeldet werden. Die Rückmeldung können normative Elemente (zum Beispiel eigenes Trinkverhalten im Vergleich zu einer Referenzpopulation oder neutrale Rückmeldungen zu den gesundheitlichen Risiken des eigenen Trinkverhaltens) oder ipsative Elemente (individuelle Rückmeldung zu Veränderungen seit der letzten Erhebung) beinhalten. Von Patient*innen in den Computer eingegebene Daten

können so via Websites, SMS-Anwendungen oder Smartphone-Apps auch als Stand-alone-Lösung in Echtzeit Interventionen generieren.

Wirksamkeit von Kurzintervention

Ältere Studien haben gezeigt, dass bereits das Aushändigen einer Broschüre oder eines Selbsthilfemanuals zu einer Trinkmengenreduktion beitragen kann (Apodaca und Miller, 2003). Die Wirksamkeit von Motivational Interviewing bei der Behandlung substanzbezogener Störungen ließ sich in einer Cochrane-Datenanalyse, in welcher die Befunde von 59 Einzelstudien zusammengefasst wurden, nachweisen (Smedslund et al., 2011). Es ergaben sich kleine bis mittlere Effekte gegenüber unbehandelten Kontrollgruppen; wurden andere aktive Interventionen als Vergleichsgruppe herangezogen, so ergaben sich keine bedeutsamen Effekte. Allerdings weisen die Ergebnisse von groß angelegten Studien wie dem Project MATCH darauf hin, dass sich mittels Motivational Interviewing vergleichbare Effekte wie bei aufwendigeren Interventionen bei insgesamt geringeren Kosten einstellen (Holder et al., 2000).

Für den Bereich der medizinischen Versorgung fanden ebenfalls Cochrane-Analysen statt. Eine Analyse zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen in der medizinischen Basisversorgung (Kaner et al., 2018), in welche insgesamt 34 Studien eingeschlossen wurde, ergab einen um 20 Gramm Alkohol pro Woche stärker reduzier-

ten Alkoholkonsum in der Interventionsgruppe gegenüber den Kontrollgruppen bei einer Ausgangstrinkmenge von durchschnittlich 244 Gramm Alkohol pro Woche. Die Befunde waren unabhängig vom Geschlecht der Patient*innen. Sehr kurze Interventionen von fünf bis zehn Minuten Dauer waren in ihrer Wirksamkeit vergleichbar mit aufwendigeren Interventionen. Die Autor*innen schlussfolgern, dass Kurzinterventionen kleine bis mittlere Effektstärken aufweisen und als wirksam zu betrachten sind. Allerdings ist festzuhalten, dass die aktuelle Analyse gegenüber der ersten Cochrane-Analyse derselben Autor*innen (Kaner et al., 2007) geringere Effekte beschreibt, was einer Zunahme an negativen Befunden zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen geschuldet sein dürfte.

Die Befundlage zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Bereich von Allgemeinkrankenhäusern ist demgegenüber weniger konsistent; eine Cochrane-Metaanalyse (McQueen et al., 2011) mit 14 inkludierten Studien zeigte kurz- und mittelfristige Effekte, aber keine nachweisbaren Effekte auf Trinkmengenreduktion nach 12 Monaten. Allerdings wiesen die Interventionsgruppen nach 6 und 12 Monaten geringere Mortalitätsraten auf, sodass die Autor*innen schlussfolgern, dass zumindest für Männer mit problematischem Alkoholkonsum eine Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus belegbar ist.

Weiterhin liegen Hinweise auf die (zumindest kurzfristige) Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Bereich

der Notfallmedizin vor. Eine Metaanalyse mit 23 qualitativ hochwertigen Studien in Notfallaufnahmen ergab, dass Kurzinterventionen kurzfristig (6-Monats-follow-up) bei Patient*innen mit verletzungsbedingten Aufnahmegründen und kurz- und mittelfristig (6- und 12-Monats-follow-up) bei Patient*innen ohne verletzungsbedingten Aufnahmegründen wirksam waren (Elzerbi et al., 2017). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte eine systematische Übersicht zu Studien in der Notaufnahme mit 35 analysierten Studien, die eine Reduktion der Trinkmengen sowie einen Rückgang an Wiederaufnahmen bei Patient*innen mit geringer Problemschwere feststellte (Barata et al., 2017).

Auch für den Bereich computergestützter Interventionen liegt mittlerweile eine Cochrane-Analyse mit insgesamt 57 eingeschlossenen Studien vor, die konsistente Effekte auf Trinkmengenreduktion nach 12 Monaten belegen konnte (Kaner et al., 2017); die Effekte entsprechen weitgehend denjenigen persönlicher Beratung. Ob computergestützte Interventionen somit insgesamt eine mit persönlichen Interventionen vergleichbare Wirksamkeit haben, lässt sich allerdings aus diesen Befunden noch nicht folgern; es liegen Hinweise darauf vor, dass insbesondere Personen mit klinisch unauffälligem, im unteren Bereich der riskanten Trinkmengen liegendem Konsum stärker von computerisierten Interventionen profitieren, während bei Patient*innen mit höheren Trinkmengen und alkoholbezogenen Problemen personalisierte Interventionen wirksamer zu sein scheinen (Baumann et al., 2018).

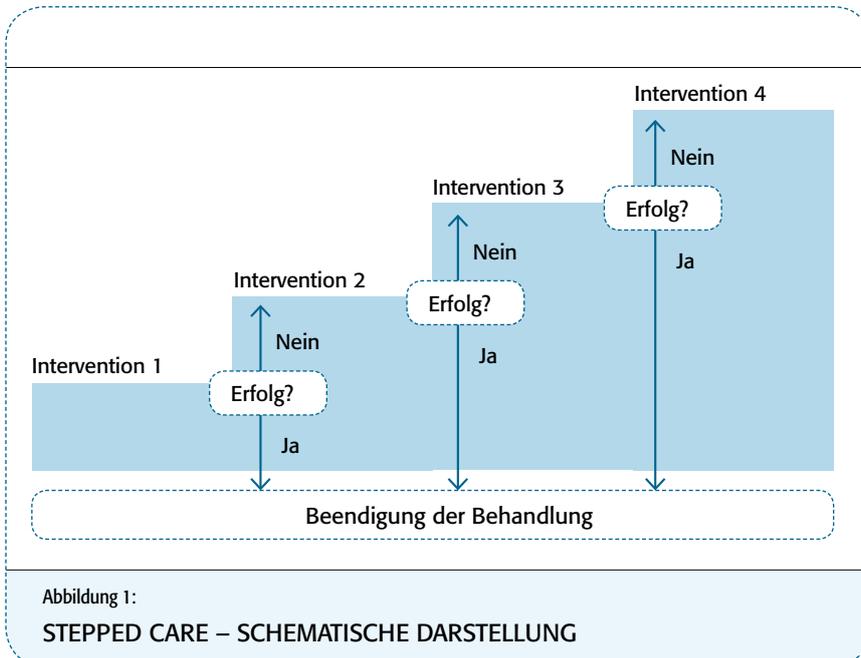
In den meisten Studien zu Kurzinterventionen wurden Personen mit schwerwiegenderen alkoholbezogenen Störungen ausgeschlossen. Eine ältere Metaanalyse fand bereits höhere Effektstärken bei Kurzinterventionen, wenn Abhängige aus der Analyse ausgeschlossen wurden (Moyer et al., 2002). Eine weitere spezifische Übersichtsarbeit kommt zu dem Ergebnis, dass proaktive Kurzinterventionen bei alkoholabhängigen Patient*innen keine belegte Wirksamkeit haben (Saitz, 2010). Allerdings konnten vereinzelte neuere Studien auch positive Effekte auf Trinkmengenreduktion bei abhängigen Patient*innen nachweisen (Field und Caetano, 2010; Cobain et al., 2011; Liu et al., 2011). Die in Leitlinien empfohlene Überweisung an weitergehende Behandlungsinstitutionen bei Vorliegen einer Abhängigkeit ist demgegenüber im Rahmen proaktiver Kurzinterventionen vor dem Hintergrund der derzeitigen Forschung als unwirksam zu betrachten (Glass et al., 2015).

Insgesamt zeigt der bisherige Stand der Forschung, dass Kurzinterventionen im Bereich der medizinischen Basisversorgung zu einer Verringerung von Trinkmengen bei riskant Alkohol konsumierenden Personen beitragen können und demnach ein Public-Health Effekt erwartbar ist. Inwiefern dieser Effekt zu einer Verringerung von Neuerkrankungen bei substanzbezogenen Störungen beitragen kann, ist derzeit unklar. Die Implementierung von Kurzinterventionen lässt sich voraussichtlich durch neuere computergestützte Verfahren nachhaltig verbessern. Erforderlich ist darüber hinaus die Entwicklung von Interventionsverfahren, die auch bei

Menschen mit bestehender Abhängigkeit eine belegbare Wirksamkeit haben. Insbesondere sind effektive Interventionen mit dem Ziel einer Vermittlung in weitergehende Hilfeangebote zu entwickeln.

Versorgungsmodell

Die medizinische Basisversorgung ist ein geeigneter Ort, um einen Großteil der Personen zu erreichen, die einen riskanten Alkoholkonsum oder alkoholbezogene Störungen aufweisen. Voraussetzung hierfür ist jedoch ein systematisches Screening bezüglich Substanzkonsum aller Patient*innen. Vor dem Hintergrund von Befunden, nach denen bereits einfache Maßnahmen wie ein Expertensystem oder ein Selbsthilfemanual Effekte zeigen, bietet sich ein gestuftes Versorgungsmodell (Stepped Care, vgl. Abb. 1) an. Hierbei erfolgt zunächst eine wenig aufwendige Intervention, deren Erfolg bei einem zweiten Kontakt geprüft wird. Lediglich wenn keine Reduktion des Alkoholkonsums unterhalb der empfohlenen Grenzen stattgefunden hat, erfolgt eine zweite, etwas aufwendigere Intervention (zum Beispiel eine persönliche Beratung). Kurzinterventionen auf der Grundlage der Motivierenden Gesprächsführung erweisen sich hinsichtlich einer Trinkmengenreduktion insbesondere bei Personen mit riskantem Alkoholkonsum als wirkungsvoll. Aufgrund von knappen Ressourcen in der ärztlichen Praxis sind besonders zeitökonomische Interventionen mit geringem Aufwand notwendig. Sowohl computergestützte Expertensysteme als auch gestufte Vorgehensweisen bieten hier effektive Lösungen.



Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., John, U., Broocks, A., Hohagen, F., Rumpf, H.-J. (2006): THE RELIABILITY AND VALIDITY OF THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT) IN A GERMAN GENERAL PRACTICE POPULATION SAMPLE. *Journal of Studies on Alcohol* 67: 473–481

Effertz, T., Linder, R., Verheyen, F. (2014): DIE MEDIZINISCHEN KOSTEN SCHÄDLICHEN ALKOHOL- UND TABAKKONSUMS IN DEUTSCHLAND – EINE ANALYSE MITTELS GKV-ROUTINEDATEN. *Sucht* 60: 2013–2213

Elzerbi, C., Donoghue, K., Boniface, S., Drummond, C. (2017): VARIANCE IN THE EFFICACY OF BRIEF INTERVENTIONS TO REDUCE HAZARDOUS AND HARMFUL ALCOHOL CONSUMPTION BETWEEN INJURY AND NONINJURY PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENTS: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Emerg Med* 70(5): 714–723.e713

Field, C. A. und Caetano, R. (2010): THE EFFECTIVENESS OF BRIEF INTERVENTION AMONG INJURED PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE: WHO BENEFITS FROM BRIEF INTERVENTIONS? *Drug and Alcohol Dependence* 111: 13–20

Glass, J. E., Hamilton, A. M., Powell, B. J., Perron, B. E., Brown, R. T., Ilgen, M. A. (2015): SPECIALTY SUBSTANCE USE DISORDER SERVICES FOLLOWING BRIEF ALCOHOL INTERVENTION: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction* 110(9): 1404–1415

Holder, H. D., Cisler, R., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J., Zweben, A. (2000): ALCOHOLISM TREATMENT AND MEDICAL CARE COSTS AND BENEFITS FROM PROJECT MATCH. *Addiction* 95: 999–1013

Literatur

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., Fevery, J. (2001): SCREENING PROPERTIES OF QUESTIONNAIRES AND LABORATORY TESTS FOR THE DETECTION OF ALCOHOL ABUSE OR DEPENDENCE IN A GENERAL PRACTICE POPULATION. *British Journal of General Practice* 51: 172–173

Apodaca, T. R. und Miller, W. R. (2003): A METAANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF BIBLIOTHERAPY FOR ALCOHOL PROBLEMS. *J Clin Psychol* 59(3): 289–304

Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., Weaver, L. M., Heins, A., Owen, H. S., Josephson, E. B., Macias-Konstantopoulos, W. (2017): EFFECTIVENESS OF SBIRT FOR ALCOHOL USE DISORDERS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: A SYSTEMATIC REVIEW. *West J Emerg Med* 18(6): 1143–1152

Baumann, S., Gaertner, B., Haberecht, K., Bischof, G., John, U., Freyer-Adam, J. (2018): HOW ALCOHOL USE PROBLEM SEVERITY AFFECTS THE OUTCOME OF BRIEF INTERVENTION DELIVERED IN-PERSON VERSUS THROUGH COMPUTER-GENERATED FEEDBACK LETTERS. *Drug Alcohol Depend* 183: 82–88

Bischof, G., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., John, U. (2004): INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER VERSORGUNG BEI RAUCHERN UND RISKANT ALKOHOL KONSUMIERENDEN PERSONEN: ERGEBNISSE EINER REPRÄSENTATIVEN BEVÖLKERUNGSSTUDIE [Medical care requested by smokers and at-risk alcohol consumers: results of a representative population survey]. *Gesundheitswesen* 66: 114–120

Cobain, K., Owens, L., Kolamunnage-Dona, R., Fitzgerald, R., Gilmore, I., Pirmohamed, M. (2011): BRIEF INTERVENTIONS IN DEPENDENT DRINKERS: A COMPARATIVE PROSPECTIVE ANALYSIS IN TWO HOSPITALS. *Alcohol and Alcoholism* 46(4): 434–440

- John, U., Rumpf, H.-J., Hapke, U. (2000): BEVÖLKERUNGSORIENTIERTE SUCHTKRANKEN- VERSORGUNG. INDIVIDUELLE HILFEN FÜR SUCHTKRANKE – FRÜH ERKENNEN, PROFES- SIONELL HANDELN, EFFEKTIV INTEGRIEREN. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Freiburg im Breisgau, Lambertus: 71–82
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniopoulos, G., Michie, S. (2017): PERSONALISED DIGITAL INTERVENTIONS FOR REDUCING HAZARDOUS AND HARMFUL ALCOHOL CONSUMPTION IN COMMUNITY-DWELLING POPULATIONS. Cochrane Database Syst Rev 9: Cd011479
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., Burnand, B. (2018): EFFECTIVE- NESS OF BRIEF ALCOHOL INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE POPULATIONS. Cochrane Database Syst Rev 2: Cd004148
- Kaner, E. F. S., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J., Burnand, B. E. (2007): EFFECTIVENESS OF BRIEF ALCOHOL INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE POPULATIONS. Cochrane Database of Systematic Reviews(2)
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T., Rehm, J. (2015): INANSPRUCHNAHME GESUNDHEITLICHER VERSORGUNG DURCH ALKOHOLABHÄNGIGE. Suchttherapie 16: 18–26
- Liu, S. I., Wu, S. I., Chen, S. C., Huang, H. C., Sun, F. J., Fang, C. K., Hsu, C. C., Huang, C. R., Yeh, H. M., Shih, S. C. (2011): RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF A BRIEF INTERVENTION FOR UNHEALTHY ALCOHOL USE IN HOSPITALIZED TAIWANESE MEN. Addiction 106(5): 928–940
- Manthey, J., Laramée, P., Parrott, S., Rehm, J. (2016): ECONOMIC BURDEN ASSOCIATED WITH ALCOHOL DEPENDENCE IN A GERMAN PRIMARY CARE SAMPLE: a bottom-up study. BMC Public Health 16: 906
- McQueen, J., Howe, T., Allan, L., Mains, D. (2011): BRIEF INTERVENTIONS FOR HEAVY ALCOHOL USERS ADMITTED TO GENERAL HOSPITAL WARDS. Cochrane Database of Systematic Reviews(3).
- Miller, W. R. und Rollnick, S. (2015): MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg, Lambertus.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., Vergun, P. (2002): BRIEF INTERVENTIONS FOR ALCOHOL PROBLEMS: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction 97: 279–292
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., John, U. (2000): INANSPRUCHNAHME SUCHT- SPEZIFISCHER HILFEN VON ALKOHOLABHÄNGIGEN UND -MISSBRAUCHERN: ERGEBNISSE DER TACOS BEVÖLKERUNGSSTUDIE [Utilization of professional help of individuals with alcohol dependence or abuse: findings from the TACOS population study]. Sucht 46: 9–17
- Rumpf, H. J., Bischof, G., John, U. (2011): SCREENINGDIAGNOSTIK ALKOHOLBEZOGENER STÖRUNGEN MITTELS SELBSTAUSSAGEN. ALKOHOL UND TABAK. GRUNDLAGEN UND FOLGEERKRANKUNGEN. M. V. Singer, A. Batra and K. Mann. Stuttgart, Thieme: 515–519
- Saitz, R. (2010): ALCOHOL SCREENING AND BRIEF INTERVENTION IN PRIMARY CARE: ABSENCE OF EVIDENCE FOR EFFICACY IN PEOPLE WITH DEPENDENCE OR VERY HEAVY DRINKING. Drug and Alcohol Review 29(6): 631–640
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., DeLaFuente, J. R., Grant, M. (1993): DEVELOPMENT OF THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 88: 617–629
- Seitz, H. K., Bühringer, G., Mann, K. (2008): GRENZWERTE FÜR DEN KONSUM ALKOHOLISCHER GETRÄNKE. Jahrbuch Sucht 2008 DHS. Geesthacht, Neuland: 205–209
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., Karlsen, K. (2011): MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR SUBSTANCE ABUSE. Cochrane Database of Systematic Reviews(5)
- Wurst, F. M., Yegles, M., Weinmann, W., Thon, N., Piro, J., Preuss, U. W. (2011): BIOLOGISCHE ZUSTANDSMARKER FÜR ALKOHOLKONSUM. ALKOHOL UND TABAK. Grundlagen und Folgeerkrankungen. M. V. Singer, A. Batra and K. Mann. Stuttgart, Thieme: 487–500



Verzeichnis der Referent*innen

DR. CAROLA REIMANN
Niedersächsische Ministerin für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover
poststelle@ms.niedersachsen.de

DR. VOLKER WEISSINGER
Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
v.weissinger@sucht.de

PD DR. FLORIAN REHBEIN
Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover
florian.rehbein@kfn.de

DR. TOBIAS HAYER
Universität Bremen
Grazer Straße 2
28359 Bremen
tobha@uni-bremen.de

DR. GALLUS BISCHOF
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
gallus.bischof@uksh.de

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Themen bisheriger Suchtdokumentationen

- 2017 Traumata und Sucht
Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata
- 2016 Zum Wohl? – Von wegen!
Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit
- 2015 Schöne neue Drogenwelt
Aktuelle Trends und Herausforderungen für Prävention und Hilfesysteme
- 2014 Im Dickicht der Hilfesysteme?
Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze
zwischen Suchthilfe und Psychiatrie
- 2013 Verloren in der virtuellen Welt?
Stoffungebundene Süchte als Herausforderung
für Prävention und Hilfesysteme
- 2012 Sucht zuhause?
Familien und Sucht –
Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten
- 2011 Tüchtig und / oder Süchtig? –
Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt
- 2010 Sucht und Gewalt – Zwei Seiten einer Medaille?
- 2009 Lebensabend Sucht?
Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten
in der Suchthilfe
- 2008 Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention
- 2007 Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?

Die Dokumentationen sind auf der Homepage der LVG & AFS als PDF-Version unter folgendem Link verfügbar
<http://www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/medienliste>.

Gegen Zusendung eines an Sie adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages (DIN C4)
können Ihnen einzelne Exemplare – soweit vorrätig – gerne zugesandt werden.

Bitte informieren Sie sich vorher über die Verfügbarkeit und senden Sie den Rückumschlag an LVG & AFS Nds. e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Erschienen im April 2019

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.