

Forschungsbrief
Ausgabe 10 / Juni - 2005

Inhalt

- Rauschtrinken/ binge drinking als neues Feld der Alkoholforschung und der Prävention: Neue Ergebnisse aus der Schweiz und aus Deutschland
- Gender Mainstreaming in der Suchthilfe – Fachtag am 9. Mai 2005
- Hepatitis-C-Virusinfektion: Herausforderung an die Drogenhilfe



FORSCHUNGSBRIEF

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

Neues aus Forschung und Praxis – Forschungsbrief 10 / Juni - 2005 der HLS

Bitte richten Sie alle kritischen Anregungen, Hinweise und sonstige Rückmeldungen an folgende E-Mail-Adresse:
hls@hls-online.org

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

Rauschtrinken/ binge drinking als neues Feld der Alkoholforschung und der Prävention: Neue Ergebnisse aus der Schweiz und aus Deutschland

Seit einigen Jahren entwickelt sich eine Fachdiskussion um das Rauschtrinken/ binge drinking, die wir hier aufgreifen und vertiefen. Das Konzept setzt an den Trinkmustern an und unterstreicht die Bedeutung der Variabilität der Trinkmuster. Man muss kein Alkoholiker sein, um bis zum Rausch zu trinken – aber die negativen Konsequenzen, die mit dem Rauschtrinken verbunden sind, können jeden betreffen, der sich berauscht. Das belegen die Ergebnisse neuerer Studien aus der Schweiz und aus Deutschland.

Links: „Der wissenschaftliche Begriff *Rauschtrinken* steht für übermäßigen Alkoholkonsum bei einer Gelegenheit, der zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen führt. Anzeichen sind verminderte Reaktions-, Urteils- und Kontrollfähigkeit sowie Konzentrations- und Koordinationsschwierigkeiten“ (Wicki & Gmel 2005, S. 3). Rauschtrinken/ binge drinking bezieht sich auf den Konsum einer relativ großen Menge Alkohol in einem relativ kurzen Zeitraum, etwa im Laufe eines Nachmittags oder Abends, ohne dass es zu einem sichtbaren Exzess kommen muss. Damit grenzt sich der wissenschaftliche Begriff Rauschtrinken ab von dem des episodischen Trinkers (Epsilon) der Typologie nach Jellinek. Der episodische Trinker oder „Quartalssäufer“ (bender) betrinkt sich über mehrere Tage kontinuierlich; es kommt zum Kontrollverlust und sichtbaren Zeichen von Exzess. Daran schließt sich meist eine Abstinenzphase an, die nach einiger Zeit wieder durch eine massive Trinkphase unterbrochen wird.

Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - Teilband Alkohol
http://www.slsev.de/af-fi_Alkohol2004.pdf

Rauschtrinken in der Schweiz
http://www.sfa-is-pa.ch/DocUpload/Rauschtrinken_2.pdf

einige ausgewählte Literaturhinweise:
Augustin, R. & Kraus, L. (2005): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Sucht, 51 (Sonderheft1), 29-539

Barsch, G. (2005): Was ist dran am Binge Drinking? In: Dollinger, B. & Schneider, W. (Hrsg.): Sucht als Prozess. Berlin: VWB, S. 239-266

Daepfen, J.-B., Anex, F., Leutwyler, J., Gammeter, R., Dariol, R. & Pécoud, A. (2005): Binge drinking in 19 year old men.

Das Interesse am Rauschtrinken ist in den letzten Jahren vor allem deshalb stark angestiegen, weil es mit riskantem Verhalten und negativen Folgen verbunden ist. Dazu gehören ungeplante und ungeschützte sexuelle Aktivitäten, Aggressionen und Gewalttätigkeiten, Autofahren unter Alkoholeinfluss, Unfälle und Stürze, Gedächtnislücken (black outs), Kater und Kopfschmerzen am nächsten Tag mit Konzentrationsstörungen und Leistungseinschränkungen, die zu Fehlzeiten in der Schule oder am Arbeitsplatz führen können usw. Auch zeigen neuere Studien, dass der unregelmäßige Konsum von größeren Mengen Alkohol mit mehr gesundheitlichen Risiken verbunden ist als der regelmäßige und moderate Konsum. So gesehen hat Rauschtrinken viele negativen Konsequenzen für die Volksgesundheit, was von einigen Autoren jedoch nicht unbestritten ist.

Die Definitionen von Rauschtrinken sind in verschiedenen Ländern (noch immer) uneinheitlich und sehr oft etwas unscharf. In der Schweiz und in Deutschland (sowie einigen anderen europäischen Ländern) geht man von folgenden Festlegungen aus: Bei Männern gelten 5 (und mehr) Gläser mit Alkoholischem bei einer Gelegenheit als Rauschtrinken (entspricht etwa 60 Gramm reinem Alkohol), bei Frauen 4 Gläser bei einer Gelegenheit (entspricht etwa 48 Gramm reinem Alkohol). Als Zeitraum setzt man ca. 5 bis 6 Stunden (einen Nachmittag oder einen Abend) an. Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, ab welcher Häufigkeit Rauschtrinken als problematisch gilt. Augustin & Kraus (2005) gehen in ihrer Darstellung des Rauschtrinkens von folgender Einteilung aus: „Kein Rauschtrinken“, „1- bis 3-mal pro Monat“, „4-mal oder häufiger pro Monat“. Bedenkt man die negativen Folgen, die mit dem Rauschtrinken verbunden sind, dann ist das eine relativ großzügige Einteilung.

Daepfen et al. (2005) gehen von einer engeren Definition aus. Sie unterscheiden zwischen folgenden Kategorien: „Kein Rauschtrinken“ (keine 5 Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen bzw. den letzten 12 Monaten), „unregelmäßiges Rauschtrinken“ (5 Gläser Alkohol oder mehr bei einer Gelegenheit ein Mal im Monat

- Swiss Medical Weekly, 135, 179-183 oder seltener in den letzten 12 Monaten), „häufiges Rauschtrinken“ (5 Gläser Alkohol oder mehr bei einer Gelegenheit zwei Mal im Monat oder öfter in den letzten 12 Monaten). Im Rahmen der Tauglichkeitsuntersuchungen für die Schweizer Armee wurden in 7 Rekrutierungszentren insgesamt 1004 junge Männer im Alter von 19 Jahren aufgefordert, einen Fragebogen zur „Gesundheit und zum Lifestyle“ auszufüllen, in dem auch nach dem Alkoholkonsum, dem Rauschtrinken und den negativen Folgen gefragt worden ist. Von 881 Studienteilnehmern liegen zu diesen Fragen Daten vor. 11% der Befragten haben in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol getrunken und weitere 11% haben sich in diesem Zeitraum nicht betrunken. Insgesamt genommen erfüllen also 22% der Befragten die Kriterien der Kategorie „kein Rauschtrinken“. Der Anteil der unregelmäßigen Rauschtrinker liegt 30% und der von häufigen Rauschtrinkern bei 48%. Das Rauschtrinken variiert systematisch mit dem Konsummuster. Wer im Allgemeinen moderat trinkt, betrinkt sich auch seltener, wer stark trinkt, betrinkt sich auch viel häufiger. Als negative Folgen werden genannt: Kater und Konzentrationsstörungen am nächsten Tag, Gedächtnislücken, Handlungen, die man hinterher bereut (zum Beispiel Sachbeschädigung, Streit mit Freunden, sexuelle Aktivitäten). Häufige Rauschtrinker berichten systematisch mehr negative Konsequenzen als unregelmäßige Rauschtrinker.
- Gmel, G., Rehm, J. & Frick, U. (2003): Trinkmuster, Pro-Kopf-Konsum von Alkohol und koronare Mortalität. *Sucht*, 49(2), 95-104
- Gmel, G., Rehm, J. & Kuntsche, E. (2003): Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology and consequences. *Sucht*, 49(2), 105-116
- Wechsler, H. & Austin, S. B. (1998): Binge drinking: the five/four measure. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(1), 122-124
- Wechsler, H. & Nelson, T. F. (2001): Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (4), 287-291
- Rechnet man die Ergebnisse verschiedener Schweizer Studien hoch auf die Gesamtbevölkerung, dann erfüllen wenigstens 900.000 Bürger und Bürgerinnen die Kriterien des häufigen Rauschtrinkens (ca. 13% der Schweizer Bevölkerung). Der Anteil der Rauschtrinkenden variiert systematisch mit dem Alter und dem Geschlecht. Zwei Drittel der Rauschtrinkenden sind Jugendliche und (junge) Erwachsene bis etwa 44 Jahre, zwei Drittel von ihnen sind männlich.
- Vom Standpunkt der Volksgesundheit aus betrachtet stellt jedoch die Gruppe der moderaten Konsumenten, die unregelmäßig bis zum Rausch trinkt, das größere Problem dar, da es sich in absoluten Zahlen betrachtet um die größte Personengruppe handelt. Jedoch können sich eben bei jedem Rausch negative Konsequenzen einstellen. So gesehen ist es tatsächlich diese Gruppe, die die Volksgesundheit besonders belastet.
- Vergleiche mit den Ergebnissen deutscher Studien sind schwierig, weil sich die Erhebungen, Altersklassen und Definitionen unterscheiden. Aber die Trends weisen in dieselbe Richtung. Die Studie „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - Teilband Alkohol“, die 12-25-jährige Jugendliche untersucht, findet in dieser Altersgruppe einen Anteil von 19% unregelmäßiger Rauschtrinker (5 und mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen) und 15% häufige Rauschtrinker. Rauschtrinken ist bei den 12-15-jährigen Jugendlichen selten, erreicht aber bei den 16jährigen schon einen Anteil von über 40%. Der Anteil der männlichen Jugendlichen, die bis zum Rausch trinken, liegt etwa doppelt so hoch wie bei den weiblichen Jugendlichen. Bei den häufigen Rauschtrinkern liegt das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen bei 2,8 : 1. Auch die Studie von Augustin & Kraus bestätigt dieses Ergebnis: Der Anteil der jungen Männer unter den Rauschtrinkern ist zwei- bis dreimal so hoch wie der von jungen Frauen. Er variiert darüber hinaus systematisch mit dem Trinkmuster. Junge Männer mit riskantem und vor allem mit gefährlichem Konsummuster trinken bei weitem häufiger bis zum Rausch als junge Frauen mit vergleichbaren Konsummustern. Mit zunehmendem Alter wird die Schere zwischen den Geschlechtern zudem größer. Aber auch hier gilt, dass die moderaten Alkoholkonsumenten, die gelegentlich bis zum Rausch trinken, einfach deshalb das größere Problem für die Volksgesundheit darstellen, weil es die größte Gruppe der Alkoholkonsumenten überhaupt ist. Das heißt dann eben auch, dass die Risiken, die mit dem Rauschtrinken verbunden sind, in dieser Gruppe am häufigsten durchschlagen. An erster Stelle steht hier das Autofahren unter Alkoholeinfluss. Dass dies so ist, belegt die Statistik über den Verlust des Führerscheins von alkoholisierten Autofahrern.

Gender Mainstreaming in der Suchthilfe – Fachtag am 9. Mai 2005

„Wie kommt Gender in den Mainstream?“ steht als Überschrift und Leitfrage über dem vom Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) e.V. organisierten Fachtag zu „Gender Mainstreaming in der Suchthilfe“, der am 9. Mai 2005 in Berlin im Rathaus Schöneberg stattgefunden hat. Wichtige Ergebnisse sollen hier kurz zusammengefasst werden.

Links: Auf dem vom fdr organisierten Fachtag forderte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Frau Caspers-Merk, in ihrem Eingangsstatement „das Prinzip des Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich zu implementieren... Gender Mainstreaming hilft, die vorhandenen Ressourcen qualitativ besser und effizienter einzusetzen“. Es versteht sich von selbst, in diesem Kontext das Geschlecht als Qualitätsmerkmal zu berücksichtigen. Das unterstreicht auch das DHS-Grundsatzpapier zu Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit, das ebenfalls auf Ähnlichkeiten und Unterschiede von Frauen und Männer mit Suchtproblemen, Suchterkrankungen und ihrem jeweiligen Hilfebedarf eingeht.

www.fdr-online.info/fdr-seminare.php

www.dhs-tern.de/pdf/gender.pdf

www.maennerzeitung.de

Literaturhinweise:

Zenker, C. et al. (2005): Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. Eine Expertise. FDR-Texte Nr. 4

Zur Vorbereitung des Fachtages hat eine Gruppe von Expertinnen eine Expertise erstellt, in der wichtige Fakten und Ergebnisse von empirischen Studien zum Thema Sucht bei Frauen und Männern zusammengetragen worden sind, die belegen, dass Gender Mainstreaming in der Suchthilfe unverzichtbar ist. Es fällt allerdings auf, dass in den Sektoren Forschung und Hilfen die Prinzipien von Gender Mainstreaming bislang nicht einmal ansatzweise umgesetzt worden sind. Die Forschung vernachlässigt die Geschlechterfrage in unzulässiger Weise, insbesondere fehlen Forschungen zum gesamten Komplex „Frauen und Sucht“ (einschließlich Prävention, Zugang zur Behandlung, Behandlungsforschung, Behandlungserfolge sowie zum Zusammenhang von Gewalterfahrungen und süchtigem Verhalten von Frauen – siehe dazu den Beitrag von Vogt auf dem Fachtag). Geht es um Hilfen, dann werden Männer, die für Sucht ohnehin anfälliger sind als Frauen, erheblich benachteiligt, insofern die Behandlung im Allgemeinen geschlechtsneutral vorgeht. Das wird den Bedürfnissen von süchtigen Männern nicht gerecht, die für die Bearbeitung ihrer sehr spezifischen Probleme heute eigene Konzepte und Indikationsgruppen brauchen (siehe dazu den Beitrag von Vosshagen auf dem Fachtag). Allerdings gibt es noch immer erhebliche Widerstände gegen die Einrichtung von Männergruppen in der Suchtbehandlung, die erst einmal zu überwinden sind. Gelingt das, dann zeigt sich, dass das Arbeiten in Männergruppen bewegt und bewegend ist. Das „Switchboard“, eine Zeitschrift für Männer- und Jungenarbeit, gibt Einblick in die neue Welt der „Männerbewegung“.

Die Umsetzung der Prinzipien von Gender Mainstreaming in der Suchthilfe unterstützt sowohl Frauen bei der Durchsetzung ihrer Interessen als auch Männer: beide Seiten gewinnen, wenn sich die Suchthilfe diesen Ansatz zu Eigen macht.

Hepatitis-C-Virusinfektion: Herausforderung an die Drogenhilfe

Drogenabhängige haben ein überproportional hohes Risiko, sich mit einem der vier Genotypen des Hepatitis-C-Virus zu infizieren. Eine intensive Beschäftigung mit dem Thema sowie nachhaltige Überlegungen zur Prävention, zur Beratung und zur Behandlung sind dringend notwendig.

Links: Die Hepatitis-C-Virusinfektion (HCV) hat sich weltweit sehr schnell ausgebreitet. Ca. 3% der Weltbevölkerung sind HCV-infiziert und etwa 170 Millionen Menschen sind chronische Virusträger. In Deutschland wird die Prävalenzrate bei chronischer HCV auf 0,5% bis 1% der Bevölkerung geschätzt.

www.akzept.org/off_v_ernstaltung/buch1_84.pdf

www.akzept.org/off_v_ernstaltung/buch85_164.pdf

Die Prävalenzrate ist sehr unterschiedlich verteilt; sie ist in der Gruppe der intravenösen Drogengebraucher mit 50% bis 90% am höchsten. Auch die Inzidenzrate, die in Deutschland bei 5.000 Personen pro Jahr liegt, ist bei den intravenösen Drogenkonsumenten am höchsten; man schätzt sie auf 60% aller Neuinfektionen. Der wichtigste

[www.hepch.ch/pdf/Ha
ndbuch-
HepCH_0502.pdf](http://www.hepch.ch/pdf/Ha
ndbuch-
HepCH_0502.pdf)
www.fasd-brr-urd.ch
[www.eve-
rave.net/presse05-02-
21.pfd](http://www.eve-
rave.net/presse05-02-
21.pfd)

Übertragungsweg der Infektion ist das Blut; es kann aber noch nicht ausgeschlossen werden, dass die Übertragung auch über andere Körperflüssigkeiten möglich ist. Die Gefahr der Übertragung einer HCV ist sehr groß, wenn sich noch Blutreste zum Beispiel im Spritzbesteck befinden oder an den Instrumenten zum Aufkochen, in den aufgekochten Drogen oder auch an einer Pfeife oder an Mundstücken usw. Dass Drogenabhängige (noch immer) ihre Spritzbestecke sowie ihre Instrumente und ihre Drogen teilen, hat eine englische Studie belegt, über die wir im Forschungsbrief 7 berichtet haben. Auch darum sind die Prävalenzraten von HCV bei Drogenabhängigen so hoch.

Literaturhinweise:

Schäfer, M. & Berg, T. (2005): Die chronische Hepatitis-C-Infektion: Häufigkeit, Verlauf und Stand der Behandlungsmöglichkeiten bei Patienten mit intravenöser Drogenabhängigkeit. Sucht, 51(2), 97-108

HCV-Infektionen verlaufen bei der überwiegenden Mehrheit symptomlos. Bei ca. 80% aller Menschen, die sich mit HCV infizieren und nicht behandelt werden, kommt es zu einer Chronifizierung. Bei ca. 30% der infizierten aber sonst gesunden Personen kann es nach 20 bis 30 Jahren zu einer Leberfibrose kommen, schließlich zu einer Leberzirrhose oder zu einem Leberkrebs. Der Verlauf der Infektion beschleunigt sich und das Risiko einer schweren Erkrankung erhöht sich, wenn weitere Risikofaktoren vorliegen, z.B. Infektionen mit anderen Hepatiden, mit HIV usw., aber auch der Konsum von Alkohol oder von bestimmten Medikamenten. Die Risikofaktoren häufen sich wiederum bei den Drogenabhängigen. In diesen Fällen kann die Leberfibrose schneller auftreten, es kann schneller zu einer Leberzirrhose oder zu einem Leberkrebs kommen.

Strauss, S. M., Astone, J. M., Hagan, H. & Des Jarlais, D. C. (2004): The content and comprehensiveness of hepatitis C education in methadone maintenance and drug-free treatment units. Journal of Urban Health, 81(1), 38-47

Die hohen Prävalenzraten von HCV bei Drogenabhängigen und die Häufung von zusätzlichen Risikofaktoren in dieser Population zwingen dazu, über Prävention und Behandlung neu nachzudenken. Die Prävention fordert vor allem die niedrigschwellige Drogenhilfe heraus, die einmal mehr die Werbetrommel für Safer Use rühren muss. Nur ist die Sachlage im Fall von HCV viel komplizierter als bei der Prävention von HIV. Immerhin gibt es erste Ansätze dazu, die man bei verschiedenen Stellen im Internet abrufen kann. Hygienemaßregeln wie Händewaschen (vor und nach Injektionen, beim Umgang mit Nahrungsmitteln usw.) sind zur Vermeidung von HCV ebenso wichtig wie die strikte Einhaltung von Sicherheitsregeln beim Umgang mit Spritzmaterialien vor und nach dem Gebrauch oder auch mit Rauch- oder Sniffingstoffen. Die Hygienemaßregeln gelten nicht nur für die Betroffenen sondern auch für die Mitarbeiter/innen in Institutionen.

Darüber hinaus müssen sich Drogenberater/innen in Zukunft sehr viel stärker als bisher dafür einsetzen, dass ihre HCV-infizierten Klienten und Klientinnen auf Alkohol und eine Reihe von Medikamenten (z.B. Lexotanil) verzichten, um ihre Gesundheit möglichst lange zu erhalten. HCV-positive Drogenabhängige, die an einer medikamentösen Behandlung teilnehmen, brauchen darüber hinaus aktive psychosoziale Unterstützung. Das setzt eine aktivere Beratungsarbeit voraus, als das zurzeit in einer Reihe von niedrigschwelligen Einrichtungen praktiziert wird. Eine neue Diskussion über Formen und Methoden der Beratung im Kontext von harm reduction in niedrigschwelligen Einrichtungen ist damit angesagt.

Impressum

Herausgeber:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M., Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt, Jana Fritz

Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,

Tel: (0 69) 1533 3125, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: isff@fb4.fh-frankfurt.de