

Forschungsbrief
Ausgabe 49 / April 2018

Inhalt

- **Neue Studien zum Gebrauch von Benzodiazepinen, Z-Drogen und Opioid-Analgetika**
- **Computer-gestützte Präventions- und Interventionsprogramme**
- **Studien zu Bildungsunterschieden und dem Rauchverhalten Jugendlicher und Erwachsener**



FORSCHUNGSBRIEF

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

Neue Studien zum Gebrauch von Benzodiazepinen, Z-Drogen und Opioid-Analgetika

Nicht nur der Gebrauch von Beruhigungs- und Schmerzmitteln zur kurzfristigen Behandlung von Unruhezuständen, Ängsten und (schweren) Schmerzen ist weit verbreitet, sondern auch der langfristige. Letzteres hat sehr oft die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit zur Folge.

Verweis
Buth, S., Holzbach, R.,
Rosenkranz, M., Ver-
thein, U. (2017): *Der
Gebrauch von Medi-
kamenten mit Abhän-
gigkeitspotenzial in
Deutschland. Bundes-
gesundheitsblatt*, 60,
865-872. DOI
<https://doi.org/10.1007/s00103-017-2571-4>

In Deutschland sind Benzodiazepine, Z-Drogen (z. B. Zolpidem oder Zopiclon) und Opioid-Analgetika verschreibungspflichtig; Ärzte und Ärztinnen bestimmen also, wer welche einschlägigen Verordnungen für wie lange erhält. Buth und Mitarbeiter (2017) haben die Rezeptdaten, die im Zeitraum von 2006 bis 2010 beim Norddeutschen Apothekenrechenzentrum eingegangen sind, in Sekundäranalysen nach den Medikamentengruppen Benzodiazepine und Z-Drogen sowie Opioid-Analgetika ausgewertet. Auf den Rezepten waren zudem Angaben zu den Tagesdosen enthalten, die ebenfalls in den Sekundäranalysen genutzt werden konnten. Im Untersuchungszeitraum von 5 Jahren hat gut jedes 10. Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherungen mindestens eine Verordnung für ein Benzodiazepin, eine Z-Droge oder ein Opioid-Analgetika erhalten. Die detaillierte Datenanalyse zeigt, dass in diesem Zeitraum die Verschreibungen für Z-Drogen gleichgeblieben sind, dass die Verschreibungen für Benzodiazepine seit 2008 leicht rückgängig und die für Opioid-Analgetika leicht angestiegen sind.

Verthein, U., Holz-
bach, R., Martens, M.
S., Buth, S. (2017):
*Langzeitverordnungen
von Benzodiazepinen
und Z-Substanzen –
deskriptive Analysen
über einen 3-jährigen
Zeitraum. Suchtthera-
pie, eFirst*. DOI
<https://doi.org/10.1055/s-0043-109361>

Schlüsselt man die Daten nach Altersgruppen auf, zeigen sich für alle drei Stoffgruppen Zunahmen mit dem Lebensalter. Diese sind bei den Z-Drogen am niedrigsten (von 0,1 % in der Altersgruppe bis 29 Jahren auf 3 % bei den Menschen, die 75 Jahre und älter sind). Bei den Benzodiazepinen liegen die Verordnungen bei den jüngeren Jahrgängen bei 1,35 %, nehmen dann über alle Altersgruppen hinweg deutlich zu und erreichen im Jahr 2006 mit 13,3 % einen Höchstwert in der Altersgruppe 75 Jahre und älter. Ab 2008 sinken die GKV-Verordnungen für Benzodiazepine bei denjenigen, die 60 Jahre und älter sind, leicht ab und liegen im Jahr 2010 bei den 75-Jährigen bei 10,4 %. Für die Opioid-Analgetika findet man ebenfalls einen systematischen Anstieg der Verordnungen über die Lebensspanne von rund 1,4 % in den Altersgruppen bis 29 Jahre auf rund 16,9 % in der Altersgruppe 75 Jahre und älter. Über den Untersuchungszeitraum nimmt die Dauer der Verschreibungen bei den Z-Drogen bei einem insgesamt genommen hohen Niveau leicht und bei den Benzodiazepinen deutlich ab, sie steigt lediglich bei den Opioid-Analgetika leicht an. Die Verordnungsmengen liegen im Rahmen der WHO-Empfehlungen. Das Risiko, körperlich und psychisch von den Wirkungen der Benzodiazepine und wohl auch bei den Z-Drogen bei kontinuierlicher Einnahme der immer gleichen (niedrigdosierten) Menge abhängig zu werden, stellt sich bereits nach zwei bis drei Monaten ein.

Glaeske, G. (2017):
*Medikamente 2015-
Psychotrope und an-
dere Arzneimittel mit
Missbrauchs- und
Abhängigkeitspoten-
tial*. In: *DHS Jahrbuch
Sucht*. Lengerich:
Pabst, 85-106.

Verthein und Mitarbeiter (2017) haben dieses Risiko anhand desselben Datensatzes, aber nur für die Jahre 2006-2008 genauer untersucht. Es geht darum, herauszuarbeiten, wie sich kurzfristige Verschreibungen (für ca. zwei Monate) zu langfristigen (über zwei Monate bis zu drei Jahren) verhalten. Sie stellen fest, dass im Untersuchungszeitraum drei Viertel der Patienten und Patientinnen kurzfristige Verschreibungen überwiegend mit niedrigen Dosierungen erhalten. Eine kleine Gruppe erhält etwas langfristiger Verordnungen. Besonders problematisch ist jedoch die Gruppe, der über einen längeren bis langen Zeitraum

Tölle, T. R., Maier, C., Likar, R. (2018): *Neue Konzepte zum Umgang mit Opioid-Schmerzmittel-Abhängigkeit*. CME-Verlag. Online unter <https://www.cme-kurs.de/cdn2/pdf/Handout-Opioid-Schmerzmittel-Abhaengigkeit.pdf>

Benzodiazepine oder Z-Drogen verschrieben wird; ihr Anteil liegt bei 16,7 %. Zudem sind in dieser Gruppe die Tagesdosen höher als in den WHO-Empfehlungen. In dieser Gruppe findet man mehr Frauen und mehr Menschen ab 60 Jahren. Frauen und ältere Menschen haben also ein überdurchschnittlich hohes Risiko, als Folge fortlaufender Verschreibungen von Benzodiazepinen oder Z-Drogen abhängig zu werden. Diese Risiken sind umso größer, da nach Glaeske (2017) ca. 50 % der Verordnungen dieser Mittel über Privatrezept laufen, also gar nicht in den GKV-Daten enthalten sind.

Wie bereits dargestellt, nehmen die Verschreibungen für Opioid-Analgetika zu; nach Glaeske (2017) in der Zeit von 2006 bis 2015 um 30 %. Die Schätzungen hinsichtlich der Gruppe der Abhängigen liegen zwischen 200.000 und 300.000. In diese Schätzungen gehen folgende Gruppen ein: (1) Menschen, die wegen Tumorerkrankungen über lange Zeit Opioid-Verschreibungen erhalten, (2) Menschen mit chronischen nicht-Tumor-bedingten Schmerzen und (3) Menschen, die wegen ihrer Heroin- und Drogenkarriere Opioide erhalten. Tölle und Mitarbeiter (2018) empfehlen für Menschen der Gruppe 2 den Entzug der Opioide und weisen darauf, dass die Erfolgsquoten bei ca. 60 % liegen. Für diejenigen, die den Entzug nicht schaffen, gilt: „Primäres Ziel der Therapie der Abhängigkeit ist nicht notwendigerweise die Abstinenz, sondern die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus“ (Tölle et al. 2018, S. 9). Konsequenterweise wird für diese Gruppe dann die Langzeit-Verordnung von Buprenorphin empfohlen. Es ist also damit zu rechnen, dass die Gruppe der Personen mit langfristigen Verschreibungen für Opioid-Analgetika weiter anwächst; sowohl Menschen mit langen Drogenkarrieren sind in Zukunft auf diese Medikamente angewiesen als auch Menschen, die unter chronischen nicht-Tumor-bedingten Schmerzen leiden und die als Folge der Behandlung von Opioiden abhängig geworden sind.

Computer-gestützte Präventions- und Interventionsprogramme

Im Internet finden sich zahlreiche IT-gestützte Präventions- und Interventionsprogramme, die dabei helfen sollen, den Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Drogen zu reduzieren. Inzwischen liegen neben einzelnen Evaluationsstudien auch mehrere Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit und zur Reichweite solcher Programme vor.

Der ARD/ZDF-Onlinestudie 2017 zufolge nutzen inzwischen 90 % der über 14-Jährigen in Deutschland das Internet, davon wiederum sind über 70 % täglich online. Bei Jugendlichen liegen diese Werte der aktuellen JIM-Studie zufolge noch höher: 97 % der 12-19-Jährigen nutzen das Internet, davon 89 % täglich. Angesichts dieser Nutzerdaten kann es nicht verwundern, dass internetbasierte Kommunikation auch für Suchtprävention und Suchtbehandlung immer attraktiver wird. Die Vorteile internetbasierter Programme, die ohne Face-to-Face-Kontakte auskommen, liegen insbesondere in der Reichweite und im niedrighen Zugang, der unabhängig von örtlichen Gegebenheiten und Tages- und Öffnungszeiten möglich ist. Als größte Nachteile werden meist die fehlenden persönlichen Kontakte und daraus resultierende Unverbindlichkeit sowie hohe Abbruchquoten beschrieben.

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit in Lissabon hat 2014 eine erste Typologie für internetbasierte Behandlungsprogramme (IBDT, Internet Based Drug Treatment) vorgelegt und dabei zwischen vollautomatisierten Programmen, Programmen mit zusätzlicher Unterstützung durch

Medienpädagogischer
Forschungsverbund
Südwest
(2017): *JIM-Studie
2017. Jugend, Infor-
mationen, (Multi)-
Media*. Stuttgart:
MPFS. Online unter
mpfs.de

EMCDDA (2014):
*Perspectives on
Drugs: Internet-based
Drug Treatment*.
Lissabon. Online unter
[emcdda.europa.eu/
topics/pods/internet-
based-drug-treatment](http://emcdda.europa.eu/topics/pods/internet-based-drug-treatment)

Tossmann, P., Leuschner, F., Jonas, B., Goecke, M., Land, P. (2016): *Online-Interventionsprogramme zur Reduzierung des Alkohol- und Cannabiskonsums – Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Sucht, 62, 95-106. DOI 10.1024/0939-5911/a000415*

eine professionelle Fachkraft und kombinierten Online- und Face-to-Face-Programmen differenziert (EMCDDA 2014). Die vollautomatisierten Programme bestehen aus einem Registrierungstool, einem Assessment und mehreren Modulen zum selbständigen Bearbeiten. Im Zentrum steht meist ein Konsumtagebuch. Tossmann et al. (2016) haben eine systematische Literaturanalyse zu Evaluationsstudien zu internetbasierten Interventionsprogrammen zur Reduzierung des Alkohol- und Cannabiskonsums durchgeführt und dabei sehr unterschiedliche IBDT-Programme in den deutsch- und englischsprachigen Teilen des Internets gefunden. Zu den alkoholbezogenen Programmen gehören u. a. vollautomatisierte Kurzinterventionsprogramme mit präventivem Charakter, die sich oft an Studierende richten. Dazu kommen längerfristig angelegte komplexe Programme für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum, von denen einige Online-Interventionen mit professioneller Begleitung kombinieren. Die Programme nutzen in der Regel Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, des Motivational Interviewing und andere Ansätze zur Verhaltensänderung. Die automatisierten Kurzinterventionsprogramme führen meist zu geringen bis moderaten Effekten, während sich bei den komplexeren Programmen für Erwachsene mit problematischem Alkoholkonsum auch größere Effekte zeigen. Die Dropout-Quoten liegen insgesamt höher als in klassischen Face-to-Face-Programmen.

Online-Interventionen zur Reduzierung des Cannabiskonsums umfassen sowohl den Bereich der universellen und induzierten Prävention als auch den Bereich der Behandlung. Auch bei Cannabis lässt sich zwischen vollautomatisierten Programmen und solchen mit professioneller Begleitung differenzieren. Insgesamt sind die untersuchten Programme durchaus wirksam, allerdings sind die beobachteten Effekte eher bescheiden. Die Wirksamkeit von Programmen mit professioneller Begleitung unterscheidet sich nicht von automatisierten Programmen, was aber an der Heterogenität der Zielgruppen gelegen haben kann. Tossmann et al. (2016) vermuten, dass Menschen mit problematischem Konsumverhalten eher von professioneller Begleitung profitieren. Anders als bei den alkoholspezifischen Programmen liegen die Dropout-Quoten bei den Cannabisprogrammen im Rahmen herkömmlicher Angebote.

Sundström, C., Blankers, M., Khadjesari, Z. (2017): *Computer-Based Interventions for Problematic Alcohol Use: a Review of Systematic Reviews. International Journal of Behavioral Medicine, 24, 646-658. DOI 10.1007/s12529-016-9601-8*

Auch wenn Online-Interventionen zur Reduzierung des Cannabiskonsums weniger effektiv sind als herkömmliche Programme mit Face-to-Face-Kontakten, sind sie wegen der potentiellen Reichweite durchaus in der Lage, relevante Wirkungen auf der Ebene der Bevölkerung zu haben. Das und die vergleichsweise niedrigen Kosten machen solche Online-Programme gerade aus einer Public-Health-Perspektive sehr attraktiv.

Auch Sundström et al. (2017) kommen bei ihrem Review von 14 Übersichtsarbeiten zu computerbasierten Interventionen bei Alkoholproblemen zu dem Ergebnis, dass solche Programme im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen meist besser abschneiden, wobei die Effekte eher klein sind. Unklar bleiben die Ergebnisse zu Einflussfaktoren wie Programmdauer, therapeutischer Ausrichtung, professioneller Begleitung und Dropout-Quote. Hier sehen die Autoren weiteren Forschungsbedarf.

Tensil, M. (2017): *Drugcom.de. Jahres- und Evaluationsbericht. Ein Informations- und Kommunikationsprojekt zur Suchtprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.*

Zur BZgA-Webseite www.drugcom.de und den darin enthaltenen Selbsttests „Check your Drinking“ und „Cannabis Test“ sowie den Online-Programmen „Quit the Shit“ und „Change your Drinking“ werden jährliche Evaluationsberichte veröffentlicht. Dem aktuellen Jahres- und Evaluationsbericht 2016 (Tensil 2017) ist zu entnehmen, dass im Jahr 2016 fast zwei Millionen Besuche auf der Webseite registriert wurden. Die Selbsttests wurden rund 170.000-mal aufgeru-

fen. Mehr als 1.000 Menschen wurden in die automatisierten Reduktionsprogramme „Quit the Shit“ und „Change your Drinking“ aufgenommen. Mehr als die Hälfte aller Zugriffe erfolgt inzwischen über Smartphones. Das zeigt, wie schnell sich Technik und Nutzerverhalten im Internet ändern. Die Drogen- und Suchthilfe muss sich damit auseinandersetzen, dass es inzwischen durchaus Alternativen zu herkömmlichen Face-to-Face-Angeboten gibt.

Studien zu Bildungsunterschieden und dem Rauchverhalten Jugendlicher und Erwachsener

Jugendliche in Deutschland rauchen deutlich weniger als noch zu Beginn des Jahrhunderts. In absoluten Zahlen gilt das für alle Schulformen. Die relativen Unterschiede zwischen den einzelnen Schulformen haben allerdings eher zugenommen. Auch bei Erwachsenen zeigen sich deutliche sozioökonomische Unterschiede zwischen Rauchern und Nichtrauchern.

In Deutschland werden seit vielen Jahren regelmäßig Daten zum Rauchverhalten Jugendlicher erhoben. Zwischen 2001 und 2015 wurden hierzu gleich vier bevölkerungsweite Befragungen mit jeweils mehreren Befragungswellen durchgeführt. Dabei handelt es sich um die regelmäßige Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, um die KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert-Koch-Instituts, um die WHO-Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) sowie um die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Ein direkter Vergleich der Daten dieser Studien ist nicht möglich, da sie sich hinsichtlich der Methodik sowie der Auswahl der Altersgruppen innerhalb der Altersspanne 11-17 Jahre unterscheiden.

Kuntz, B., Waldhauer, J., Moor, I. et al. (2018): Zeitliche Entwicklung von Bildungsunterschieden im Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus vier bevölkerungsweiten Studien.

Kuntz et al. (2018) haben die Daten dieser vier Studien deshalb neu ausgewertet und dabei vergleichbare Kategorien für das Rauchverhalten und die Schulform berechnet. Da das dreigliedrige Schulsystem längst nicht mehr überall anzutreffen ist, wurde in Bezug auf Bildungsunterschiede zweigliedrig zwischen Gymnasien einerseits und Haupt-, Real- und Gesamtschulen andererseits differenziert. Der Raucheranteil liegt in allen Schulformen und zu allen Befragungszeitpunkten in den Haupt-, Real- und Gesamtschulen wesentlich höher als in den Gymnasien.

Bundesgesundheitsblatt, 61, 7-19. DOI: 10.1007/s00103-017-2636-4

Dabei zeigt sich in allen vier Studien ein deutlicher Rückgang des Raucheranteils. In der BZgA-Studie (Altersgruppe 12-17-Jährige) ging der Raucheranteil von 27,5 im Jahr 2001 auf 7,8 % im Jahr 2015 zurück. In der ESPAD-Studie (Altersgruppe 15-16-Jährige) rauchten 2003 noch 41,6 %. 2015 waren es nur noch 25,6 %. Dieser Rückgang ist in allen Schulformen zu beobachten. So ging etwa in der HBSC-Studie der Anteil der regelmäßigen Raucher in den Gymnasien zwischen 2002 und 2014 von 21,1 % auf 5,5 % zurück. In den anderen Schulformen reduzierte sich der Anteil in diesem Zeitraum von 39,4 % auf 17,3 %. Die relativen Bildungsunterschiede haben hingegen zugenommen: Während 2002 der Anteil der regelmäßigen Raucher in den anderen Schulformen um den Faktor 1,9 über den Gymnasien lag, war dieser Faktor 2014 auf 3,1 angestiegen. Interessant ist, dass alle vier Studien, die unabhängig voneinander und mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten durchgeführt wurden, diese Tendenz bestätigen. Zwar rauchen heute in allen Schulformen weniger Schülerinnen und Schüler als zu Beginn des Jahrhunderts, aber die Bildungsunterschiede haben dabei eher zugenommen.

Kotz, D., Böckmann, M., Kastaun, S. (2018): *The use of tobacco, e-cigarettes, and methods to quit smoking in Germany—a representative study using 6 waves of data over 12 months (the DEBRA study)*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115, 235–242. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0235

Aktuelle Daten von 2016/17 aus der DEBRA-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten) der Universität Düsseldorf bestätigen diese Bildungsunterschiede beim Rauchverhalten auch für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland. Während der Raucheranteil bei Befragten mit Hauptschulabschluss bei 32,7 % lag, fanden sich bei Befragten mit allgemeiner Hochschulreife nur noch 20 % Raucherinnen und Raucher. Da Einkommensunterschiede in Deutschland eng mit Bildungsunterschieden verknüpft sind, nimmt der Raucheranteil mit steigendem Einkommen ab. Bei einem Haushaltsnettoeinkommen unter 1.000 Euro lag der Raucheranteil bei 36,5 %, bei einem Haushaltsnettoeinkommen über 5.000 Euro nur noch bei 23,2 %. Die Daten aus den vier Jugendstudien lassen erwarten, dass diese Unterschiede in den kommenden Jahren eher größer werden.

Diese bildungs- und einkommensbezogenen Unterschiede im Rauchverhalten wirken sich auch auf den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit aus. Unklar bleiben hingegen die Gründe für das unterschiedliche Rauchverhalten. Kuntz et al. (2018) sprechen sich dafür aus, Schülerinnen und Schüler an Haupt-, Real-, Gesamt- und Förderschulen stärker bei der Tabakprävention zu berücksichtigen.

Impressum

Herausgeberin:

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,
Frankfurt University of Applied Sciences,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fra-uas.de
Prof. Dr. Martin Schmid,
Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW),
Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de