

Jubiläumsausgabe

Inhalt

- **Alkoholkonsumprobleme –
Alkoholabhängigkeit -
Behandlungsergebnisse:
Entwicklungslinien seit 2002**
- **Heroin, Heroinszenen, Substitution und
Rehabilitation:
Entwicklungslinien seit 2002**

Neues aus Forschung und Praxis

Forschungsbrief 50 / September 2018 der HLS

Der Forschungsbrief wird 50!

Die erste Ausgabe des Forschungsbriefs der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. erschien im April 2002. Für die 50. Ausgabe blicken wir zurück auf die Berichterstattung zu zwei zentralen Themenkomplexen, die den Forschungsbrief von Anfang an prägten: Studien zu Alkohol und Heroin sowie den damit jeweils verbundenen Problemen und Behandlungsversuchen.

Im Editorial der ersten Nummer wurde erläutert, warum ein solcher Forschungsbrief sinnvoll schien: „Wohl noch nie gab es so viele Forschungsvorhaben, Modellvorhaben und wissenschaftliche Analysen im Zusammenhang mit Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und entsprechenden Behandlungsmethoden wie heute. Hingegen mangelt es an der Vernetzung zwischen Forschung und Praxis: Für die Praktiker der Suchthilfe wird es immer schwieriger, sich einen Überblick über wichtige Forschungsvorhaben zu verschaffen. Darunter leidet der Transfer wichtiger Forschungsergebnisse in die Praxis sowie die Rückmeldung aus der Praxis in die Wissenschaft“. Mit dem Forschungsbrief hoffte die HLS, „eine hilfreiche Dienstleistung für die Suchthilfe anzubieten und den Dialog zwischen Forschung und Praxis zu beleben“.

Wir haben für den 50. Forschungsbrief alle bisherigen Forschungsbriefe erneut gelesen, und durchgezählt, welche Themen am häufigsten vorkamen. Das Ergebnis ist nicht weiter überraschend: In 34 der bisherigen Forschungsbriefe (also in 69 % aller Forschungsbriefe) ging es um Studien und Forschungsvorhaben zu Heroin, zu heroinbezogenen Problemen und zu entsprechenden Interventionen wie niedrigschwelligen Angeboten, der Substitutionsbehandlung oder ambulanter und stationärer Rehabilitation. In 30 von 49 Forschungsbriefen finden sich Artikel zu Alkohol, alkoholbezogenen Problemen und alkoholspezifischen Behandlungsangeboten. Diese doppelte Schwerpunktsetzung findet sich bereits im ersten Forschungsbrief vom April 2002, in dem über aktuelle Katamneseergebnisse aus der ambulanten Rehabilitation bei alkoholbezogenen Störungen berichtet wurde. Zudem wurden eine Studie des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) zur Substitutionsbehandlung in Hessen sowie die Ergebnisse der niederländischen Heroinstudie vorgestellt. Wir blicken in diesem Forschungsbrief zurück auf 16 Jahre Kurzberichte zu diesen beiden Themen – und hoffen, damit auch Trends und Veränderungen in Suchtforschung und Suchthilfe sichtbar zu machen.

Der 50. Forschungsbrief fällt wegen dieses doppelten Rückblicks umfangreicher aus als gewohnt. Mit der nächsten Ausgabe kehren wir wieder zum gewohnten Format zurück.

Alkoholkonsumprobleme – Alkoholabhängigkeit - Behandlungsergebnisse: Entwicklungslinien seit 2002.

Im Blick zurück bis zum Jahr 2002 werden einerseits erhebliche Veränderungen in den Einstellungen und Einschätzungen zum Konsum von Alkohol und den damit verbundenen Risiken sichtbar, wie im Folgenden exemplarisch dargestellt wird. Andererseits ergeben sich jedoch auch erstaunliche Kontinuitäten, zum Beispiel hinsichtlich der Inanspruchnahme der Angebote der professionellen Suchthilfe. Neue Ansätze der Stigmaforschung können zu einem besseren Verständnis dieser Kontinuität beitragen.

Verweis

Bühringer, G., Seitz, H. K. (2003): Absenkung der Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum alkoholischer Getränke? *Sucht*, 49 (5): 272-273.

Rehm, J., Shield, K. D., Rehm M. X. et al. (2012): *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.

GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018): *Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. Online unter [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext)

Saß, A.-C., Rabenberg, M., Rommel, A. (2016): Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss. *Journal of Health Monitoring*, 1 (1): 29-36.

Seit 2002 wurde in den Forschungsbriefen in unregelmäßigen Abständen über Studien zum aktuellen Konsum von alkoholischen Getränken und zu Risikofaktoren, die mit Alkoholkonsumproblemen und Alkoholabhängigkeit von Jugendlichen und Erwachsenen assoziiert sind, berichtet. Auch die Ergebnisse von Behandlungen der Alkoholabhängigkeit im Suchthilfesystem wurden immer wieder dargestellt. Aus den Daten, die diesen Berichten zugrunde liegen, lassen sich pauschal genommen über den Zeitraum von 16 Jahren zwei Tendenzen herausarbeiten. In Deutschland hat in dieser Zeit der pro-Kopf-Konsum von alkoholischen Getränken zunächst leicht abgenommen und sich in den folgenden Jahren auf diesem Niveau stabilisiert.

Im selben Zeitraum haben jedoch die alkoholbezogenen Probleme zugenommen. Das liegt u. a. daran, dass die Gefahren, die mit diesem Konsum verbunden sind, differenzierter wahrgenommen werden. Das bezieht sich sowohl auf die Trinkformen als auch auf gesundheitliche Folgen für die Konsumierenden sowie für die Allgemeinheit. Wichtige Zäsuren stellen in den Jahren nach 2003 einerseits die Einführung neuer Grenzwerte für den risikoarmen Konsum dar, der heute mit bis zu 20 Gramm pro Tag für Männer angesetzt ist und bis zu 12 Gramm pro Tag für Frauen (Bühringer & Seitz 2003). Zum andern wurde die Definition für das Rauschtrinken (binge drinking) geändert. Der Rausch wird seither nicht mehr festgemacht am Kontrollverlust, sondern an der Trinkmenge (in Gläsern) in einem bestimmten Zeitintervall. Männer, die fünf und mehr Gläser eines alkoholischen Getränks bei einer Gelegenheit konsumieren, praktizieren Rauschtrinken. Für Frauen liegt der Grenzwert bei vier Gläsern.

Überschreitungen der täglichen Grenzwerte von Alkohol werden in Zusammenhang gesehen mit körperlichen Schäden, die den Einzelnen betreffen und die der Allgemeinheit erhebliche Kosten aufbürden, wie die Studien zum Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und zum Beispiel Krebserkrankungen zeigen (Rehm et al. 2012). Neueste Studien (GBD 2016 Alcohol Collaborator 2018) weisen auf weitere gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums hin; sie empfehlen lebenslange Abstinenz als Mittel zur Vermeidung von alkoholassozierten Krankheiten.

Es liegt auf der Hand, dass nicht nur die gesundheitlichen, sondern auch die sozialen Risiken erheblich zunehmen, wenn man bei Männern und Frauen episodisches Rauschtrinken feststellt, also wiederholtes Rauschtrinken im Lauf einer Woche oder eines Monats oder Jahres. Man geht heute davon aus, dass es eine Assoziation gibt zwischen der Häufigkeit und Menge des Konsums von Alkohol und der Bereitschaft, sich auf riskante Aktivitäten einzulassen. Etliche Männer und Frauen, die gewöhnlich Risiken eher scheuen, tendieren unter dem Einfluss von Alkohol dazu, mit ihrem Auto zu fahren oder andere komplexe Geräte zu bedienen. Als Folge davon steigt das Risiko für Unfälle mit Toten, Ver-

letzten und Sachschäden stark an (Saß et al. 2016). Das Wissen darüber, dass Alkoholkonsum die Fähigkeiten, die man zum Führen eines Autos oder zur Bedienung von komplexen Geräten benötigt, stark einschränkt, ist weit verbreitet. Warum lassen sich dennoch so viele Menschen immer wieder darauf ein?

Leonard, K. E.,
Quigley, B. M. (2017):
*Thirty years of re-
search show alcohol
to be a cause of inti-
mate partner vio-
lence: Future research
needs to identify who
to treat and how to
treat them. Drug and
Alcohol Review, 36
(1): 7-9.*

Leonard und Quigley (2017) haben sich über viele Jahre mit dem Zusammen-
hang zwischen dem (riskanten) Konsum von Alkohol und riskanten Verhaltens-
weisen auseinandergesetzt. Sie haben ihre Überlegungen vornehmlich im Zu-
sammenhang mit Gewalttätigkeiten im sozialen Nahraum – dazu zählen sowohl
Trinkorte wie Kneipen, Biergärten, Oktober- und Schützenfeste usw. als auch die
häusliche Umgebung bzw. die Familie – entwickelt. Sie weisen darauf hin, dass
persönlichkeitsbezogene Faktoren, wie Störungen der Impulskontrolle und – in
Bezug auf Gewalttätigkeiten - das individuelle Aggressionsniveau entscheidend
dafür sind, wie Risiken eingeschätzt werden. Partieller Verlust der Impulskontrol-
le kann dazu beitragen, dass man die eigenen Fähigkeiten grob überschätzt und
meint, man könne auch nach dem Konsum von mehreren Gläsern Alkohol noch
müheless ein Auto steuern und präzise auf Gefahrensignale reagieren. Im häusli-
chen Kontext kommt zum (partiellen) Verlust der Impulskontrolle noch das Ag-
gressionsniveau dazu, das unter dem Einfluss von Alkohol in der Regel ansteigt.

Proescholdt, M. G.,
Walter, M., Wiesbeck,
G. A. (2012): *Alkohol
und Gewalt: Eine
aktuelle Übersicht.
Fortschritte in Neuro-
logie und Psychiatrie,
80 (8): 441–449.*

Es kann dann zu verbalen, körperlichen und sexuellen Gewalttätigkeiten kom-
men. Da – pauschal genommen – Männer im Vergleich zu Frauen eher mehr und
schneller Alkoholisches konsumieren, da sie zudem ein etwas höheres Aggressi-
onsniveau haben und ihre Impulskontrolle unter dem Einfluss von Alkohol weni-
ger gut zu funktionieren scheint, sind sie häufiger Gewalttäter. Bei Gewalttätig-
keiten im Kontext von Trinkorten wie Kneipen und Schützenfesten sind Männer
häufiger Opfer von männlichen Gewalttätigkeiten; im häuslichen Kontext sind es
die Frauen und die Kinder. Wer Opfer von interpersonaler Gewalt geworden ist,
trägt oft sowohl körperliche wie psychische Beschädigungen davon. Die körper-
lichen Verletzungen können alle Schweregrade aufweisen. Bei den psychischen
Verletzungen stehen akute Belastungsstörungen an erster Stelle, die sich zu
Posttraumatischen Belastungsstörungen entwickeln können, oft in Verbindung
mit Ängsten und Depressionen. Rauschtrinken, das mit Gewalttätigkeiten assozi-
iert ist, kann erhebliche Schäden bei denen verursachen, die davon betroffen
sind. Neben den negativen gesundheitlichen Folgen des Konsums von alkoholi-
schen Getränken sind es vor allem die sozialen Risiken wie Gewalttätigkeiten im
sozialen Nahraum, Vernachlässigung der elterlichen Pflichten, Versagen am Ar-
beitsplatz usw., die heute in Deutschland weitaus differenzierter gesehen wer-
den als vor 16 Jahren.

Piontek, D., Gomes de
Matos, E., Atzendorf,
J. et al. (2016): *Kurz-
bericht Epidemiologi-
scher
Suchtsurvey 2015.
Tabellenband: Alko-
holkonsum, episodi-
sches Rauschtrinken
und Hinweise auf
klinisch relevanten
Alkoholkonsum nach
Geschlecht und Alter
im Jahr
2015. München: IFT.*

Einen breiten Raum in der Diskussion um Alkoholkonsumprobleme nehmen die
Behandlungsangebote und deren Erfolge ein (vgl. Forschungsbriefe 1, 17, 33,
45, 48). Berechnungen ergeben, dass der Anteil der Erwachsenen (18 Jahre und
älter), der gelegentlich oder episodisch bis zum Rausch Alkoholisches trinkt, je
nach Berechnungsart zwischen 16 % und 34 % schwankt und der Anteil derjeni-
gen, der in hochriskanter Weise Alkoholisches trinkt, bei 20 % liegt (28 % Män-
ner und 10 % Frauen, vgl. Piontek et al. 2016). Dennoch sucht nur ein Bruchteil
(3 % bis 4 %) der Menschen, die schwere Probleme mit dem Konsum von Alko-
hol hat und die ICD-10-Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt, im Laufe ei-
nes Jahres professionelle Hilfe im ausdifferenzierten deutschen Suchthilfesystem.
Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund ist davon auszugehen,
dass jährlich etwa 30.000 Menschen stationär und etwa 8.000 Menschen ambu-
lant in spezifischen Suchthilfeeinrichtungen wegen ihrer Alkoholprobleme be-
handelt werden. Für einen Teil dieser Personengruppen liegen Studien zur Effek-

tivität der Behandlungen vor.

AWMF (2015):
S3-Leitlinie
„Screening, Diagnose
und Behandlung
alkoholbezogener
Störungen“
AWMF-Register Nr.
076-001. (Stand:
22.04.2015).
Leitlinienreport.
Online unter
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>.

Bachmeier, R., Bick-
Dresen, S., Dreck-
mann, I. et al. (2018):
Effektivität der statio-
nären Suchtrehabilita-
tion – FVS-Katamnese
des Entlassjahrgangs
2015 von Fachkliniken
für Alkohol- und Me-
dikamentenabhängige.
SuchtAktuell, 25
(1): 49-65.

Bachmeier, F., Bick-
Dresen, S., Missel, P.
et al. (2018): Zusam-
menhang zwischen
Sucht, Komorbidität
und Behandlungser-
folg – Sonderauswer-
tung zur FVS-
Katamnese der Ent-
lassjahrgänge 2012
bis 2015 von Fachkli-
niken für Alkohol- und
Medikamentenabhän-
gige. SuchtAktuell, 25
(1): 25-38.

Schneider, B., Mileke,
D., Bachmeier, R. et al.
(2018): Effektivität
der Ganztägigen Am-
bulanten Suchtrehabili-
tation – Fachverband
Sucht- Katamnese des
Entlassjahrganges
2015 aus Einrichtun-
gen Alkohol- und
Medikamentenabhän-
giger. SuchtAktuell,
25 (1):95-105.

Zunächst einige Daten zu stationären Behandlungen. An den Katamnesestudien, auf die hier Bezug genommen wird, waren Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige beteiligt; angeschrieben wurden Menschen des jeweiligen Entlassjahrgangs ein Jahr nach Beendigung der Behandlung. In die Katamnesen einbezogen waren über die Jahre seit 2005 jeweils rund 10.000 Personen. Die Rücklaufquoten der Fragebogen variieren; sie lagen für den Entlassjahrgang 2015 bei 52,8 %. Zielkriterium ist die Abstinenz, die dauerhaft oder nach einem oder mehreren (kurzen und leichten) Rückfällen über einen längeren Zeitraum erreicht worden ist. Die Ergebnisse belegen für die stationären Behandlungen und nach der Berechnungsformel DGSS-Standard 4 (Einschluss aller Personen eines Entlassjahrgangs nach dem intention-to-treat-Verfahren) einen seit den späten 1990er Jahren zu beobachtenden stetigen Rückgang der Erfolgsquoten. Im Jahr 1997 lag die Erfolgsquote bei 52,4 %. Sie sank zwischen 2000 und 2009 auf ca. 43 % und liegt seit 2010 unter 40 %. Für den Entlassjahrgang 2015 liegt sie nach über die Jahre vergleichbaren Berechnungskriterien bei 36 %. Nach einer Revision der Berechnungsformel (DGSS 4 neu; u. a. Abstinenz nach Rückfall 30 Tage) liegt die Erfolgsrate für den Entlassjahrgang 2015 bei 39 % (ausführlich dazu vgl. Forschungsbrief 47). Der nach der alten Berechnungsformel beobachtete Rückgang der Erfolgsquote wird in Zusammenhang gesehen mit einem leichten aber kontinuierlichen Schwund der Rücklaufquoten der Katamnesebefragungen.

Man könnte aber auch argumentieren, dass die Ausdifferenzierung der Hilfeangebote seit 1995 dazu beigetragen hat, dass unterschiedliche Personengruppen unterschiedliche Angebote bevorzugen. Das gilt vor allem für die ambulanten Angebote, die sich in den letzten 20 Jahren etabliert haben.

Wie die Analysen der Daten der stationären Einrichtungen ausweisen, gibt es eine Reihe von Merkmalen, die das Erreichen des Zielkriteriums Abstinenz wahrscheinlicher machen. Dazu gehört die Behandlungsdauer, die seit den 1990er Jahren von ca. 100 Tagen auf durchschnittlich 79,5 Tage (Entlassjahrgang 2015) zurückgegangen ist. Die besten Chancen, das Zielkriterium zu erreichen, haben Menschen, die 12 bis 16 Wochen (mindestens 84 Tage bis maximal 112 Tage) an der stationären Behandlung teilnehmen. In dieser Gruppe findet man etwas mehr Frauen als Männer, insgesamt eher etwas ältere Menschen (45 Jahre und älter) mit keinen oder wenigen Vorbehandlungen wegen Alkoholkonsumproblemen und keinen zusätzlichen psychischen Störungen (keine Komorbidität). Günstig erweist sich auch, wenn diese Personen eingebunden sind in Partnerschaften bzw. soziale Netzwerke, wenn sie (noch) einen Arbeitsplatz haben bzw. sich um einen neuen Arbeitsplatz bemühen. Auf die Schwierigkeiten von Menschen mit Alkoholproblemen, den Arbeitsplatz zu erhalten oder einen neuen zu finden, haben Henkel et al. wiederholt hingewiesen (vgl. Forschungsbriefe 19, 22,25,42).

In den letzten 10 Jahren hat sich neben der stationären Behandlung die ganztägige ambulante Suchtrehabilitation etabliert. Auch für dieses Behandlungsangebot liegen für den Entlassjahrgang 2015 Effektivitätsdaten von insgesamt 3 Einrichtungen für 225 Personen vor. Die Rücklaufquote lag bei 55,2 %. Das Erfolgskriterium Abstinenz (DGSS 4) haben 44 % der Klientel erreicht. Ähnlich wie bei der stationären Behandlung sind Frauen etwas erfolgreicher als Männer (48,7 % vs. 41,5 %), ebenso Menschen, die in stabile Partnerschaften bzw. soziale Netzwerke eingebunden sind und die einen Arbeitsplatz haben. Eine hohe Belastung mit Vorbehandlungen wirkt sich tendenziell negativ auf die Erreichung der Abs-

Lange, N., Neeb, K., Parusel, F. et al. (2018): *Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige*. *SuchtAktuell*, 25 (1): 87-94.

tinenz aus. Zur Komorbidität liegen keine Angaben vor.

Sieht man von einigen Abweichungen und Unterschieden ab – insbesondere hinsichtlich der Erfolgsquoten – ergeben sich mit Blick auf die Prognostik viele Ähnlichkeiten mit den Daten der stationären Behandlungen (Geschlecht, Partnerbeziehung/soziale Netzwerke, Arbeitsplatz, wenig bis keine Vorbehandlungen).

Davon weichen die Daten der ambulanten Suchttherapien ab, die seit den späten 1990er Jahren von zunehmend mehr Menschen in Anspruch genommen werden. An den Katamneseerhebungen nehmen allerdings nur relativ wenige Einrichtungen teil; die Daten des Entlassjahrgangs 2015 beziehen sich auf 350 Personen (64 % Männer, 36 % Frauen) aus 7 ambulanten Einrichtungen. Die Rücklaufquote lag bei 60 %. Auch hier ist das Erfolgskriterium die Abstinenz. Diese liegt ein Jahr nach Beendigung der Behandlung nach DGSS 4 (neu) bei 55,1 %; sie ist im Vergleich zur stationären Behandlung des Entlassjahrgangs 2015 sowie zur ganztägigen ambulanten Behandlung also deutlich höher. Hinsichtlich der Chancen für eine erfolgreiche Behandlung spielen Geschlecht und Alter keine Rolle. Auch die Komorbidität beeinträchtigt ein positives Behandlungsergebnis nicht.

Steffen, D. V., Steffen, L., Steffen S. (2015): *Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker*. *Nervenarzt*, 86 (11): 1383-1392.

Das liegt neben einer oft besseren Vernetzung zwischen (qualifizierter) Entzugsbehandlung und Beginn einer stationären oder ambulanten Therapie wohl auch daran, dass in manchen Einrichtungen (Steffen et al. 2015) schon mit Beginn der ambulanten Entzugsbehandlung für jede Person eine umfassende Anamnese erhoben wird, auf deren Grundlage ein individueller Behandlungsplan erstellt wird. Dazu kommen schon in der Entzugsphase wöchentliche 50-minütige Einzel- und 90-minütige Gruppengespräche, in denen neben persönlichen Problemen, die Motivationsförderung, das Rückfallmanagement sowie Kriseninterventionen im Vordergrund stehen. Allgemein geht man in der ambulanten Therapie von Menschen mit Alkoholproblemen von ca. 80 Kontakten bzw. Einzelgesprächen aus; die Dauer der Behandlung liegt damit im Durchschnitt bei 2 Jahren. Steffen et al. (2015) haben für ihre Klientel nicht nur Erfolgsraten hinsichtlich der Abstinenz nach einem Jahr vorgelegt, sondern nach zwei Jahren (berechnet nach DGSS 4, alt). Die Erfolgsquote liegt nach einem Jahr bei 51 % und nach 2 Jahren bei 39 %. Die Datenanalyse zeigte weiterhin, dass das Geschlecht und das Alter keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg hatten, wohl aber der Belastungsindex (Schwere der Krankheit) und die Behandlungsdauer.

Schomerus, G. (2011): *Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun?* *Psychiatrische Praxis*, 38 (3): 109-110.

Diese Studie weist darauf hin, dass nicht allein die Merkmale der Klientel entscheidend dafür sind, dass eine Behandlung mit dem Ziel der Abstinenz (von Alkohol und anderen Suchtmitteln) erfolgreich verläuft, sondern auch das Arrangement und die Inhalte. Das bezieht sich auf die Anamnese, die Diagnose und den auf die Person abgestimmten Therapieplan mit Einzel- und Gruppengesprächen, die theoriegeleitet sind. Es wäre daher wünschenswert, wenn in zukünftigen Effektivitätsstudien auch die Angebote, zum Beispiel in den stationären Einrichtungen, dargestellt und in die Datenanalysen einbezogen würden. Neuere Studien zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen belegen, dass diejenigen mit Substanzkonsumstörungen davon in besonderer Weise betroffen sind (vgl. Forschungsbrief 45). Menschen mit diesen Störungen kennen die Vorurteile gegenüber Süchtigen. Das hält viele davon ab, Einrichtungen der Suchthilfe aufzusuchen. Will man die Inanspruchnahme des Suchthilfesystems nachhaltig verbessern, gilt es, die Stigmatisierungen, die mit Diagnosen rund um Probleme mit dem Konsum von Alkohol verbunden sind, abzubauen. Das ist auch darum angezeigt, weil die Grenzwerte für riskanten Konsum mit den oben dargestellten Folgen für die Konsumierenden selbst wie für die Allge-

meinheit bereits sehr niedrig sind und wohl in den kommenden Jahren noch weiter absinken werden. Auch darum muss sich die Suchthilfe um ein neues Verständnis von Problemen mit dem Konsum von Alkohol und generell von Sucht bemühen.

Heroin, Heroinszenen, Substitution und Rehabilitation: Entwicklungslinien seit 2002

Im Rückblick auf 16 Jahre Berichterstattung zu Heroin, Heroinszenen und Hilfeangeboten für Heroinabhängige fallen deutliche Veränderungen, aber auch viele Kontinuitäten auf. Die Klientinnen und Klienten der entsprechenden Hilfeangebote sind heute deutlich älter als vor 16 Jahren. Die Substitutionsbehandlung ist zur Behandlung der Wahl geworden, während die Bedeutung psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen eher abgenommen hat.

Im zweiten Forschungsbrief aus dem Jahr 2002 wurde der Bericht der Deutschen Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) zur Drogensituation in Deutschland für 2001 vorgestellt. Die DBDD schätzte in diesem Bericht die Zahl der „problematischen Konsumenten von Opiaten“ auf 150.000 bis 175.000 Personen. Im aktuellen Reitox-Jahresbericht 2017 der inzwischen „Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ genannten DBDD wird die Zahl riskanter Konsumentinnen und Konsumenten von Heroin zwischen 58.000 und 164.000 Personen geschätzt, wobei einschränkend darauf hingewiesen wird, dass laut Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bereits mehr als 77.000 Personen in Substitutionsbehandlung sind. Wie viele Menschen mit riskantem Opioidkonsum in Deutschland aktuell nicht in Substitutionsbehandlung sind bleibt unklar.

DBDD (2017):
Deutschland.
Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017). Drogen (Workbook Drugs).
Online unter www.dbdd.de.

Der aktuelle Reitox-Jahresbericht kommt wie andere (z. B. polizeiliche) Quellen auch zu der Einschätzung, dass die Bedeutung des Opioidkonsums in Deutschland in den letzten Jahren abgenommen hat und insbesondere für jüngere Menschen Opioide derzeit nicht attraktiv sind: „Erstmalige Nachfragen nach Beratung/Behandlung, die Zahl erstauffälliger Konsumentinnen und Konsumenten und die Anzahl von Verstößen gegen das BtMG aufgrund des Konsums von Heroin und anderen Opioiden sind seit Jahren rückläufig“ (DBDD 2017, S. 35). Aus einzelnen Städten wird von Gruppen von Geflüchteten berichtet, die die niedrighschwelligten Hilfeeinrichtungen vermehrt aufsuchen. Belastbare Zahlen liegen hierzu aber bislang nicht vor.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2018): Overdose Death Rates. Online unter <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>.

Anders als z. B. in den USA, wo seit mehreren Jahren eine neue Opioid- und Heroinwelle (Forschungsbrief 41 und 45) zu steigenden Zahlen von Opioidabhängigen und opioidbedingten Todesfällen führt, deutet in Deutschland derzeit wenig auf dramatische Veränderungen auf den Heroinszenen hin. Die Zahl der Drogentodesfälle lag in Deutschland 2002 bei 1.513 und 2017 bei 1.272, war aber zwischenzeitlich auch schon unter 1.000 gesunken. Im Vergleich dazu starben in den USA im Jahr 2017 schätzungsweise 49.000 Menschen an den Folgen einer Überdosierung von verschriebenen oder illegal erworbenen Opioiden.

Werse, B., Sarvari, L., Egger, D. et al. (2017): MoSyD Szenestudie 2016 Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Frankfurt: CDR.

Mehrfach wurde in den Forschungsbriefen über die Frankfurter Szenebefragungen berichtet, die im Rahmen der MoSyD-Studie alle zwei Jahre durchgeführt werden. Der letzten Frankfurter Szenebefragung aus dem Jahr 2016 zufolge, ist das Durchschnittsalter auf der offenen Frankfurter Drogenszene zwischen 2002 und 2016 von 34,7 auf 41 Jahre angestiegen (bei den Männern von 34,9 auf 42 Jahre, bei den Frauen von 34,6 auf 38,9 Jahre). Bei den Konsummustern domi-

Online unter
<http://www.uni-frankfurt.de/66370267/MoS yD-Szenestudie-2016.pdf>

Stöver, H., Förster, S. (2018): *Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2017. Frankfurt: ISFF.*

Peter, R., Kempf, J., Auwärter, V. (2017): *Substanzmonitoring in Konsumräumen - Analyseergebnisse der Untersuchungen des Jahres 2017. Online unter [https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3003&ffmpar_id_inhalt\]=102233](https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=3003&ffmpar_id_inhalt]=102233).*

Thaller, R., Specht, S., Künzel, J. et al. (2017): *Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT. Online unter www.ift.de*

HLS e. V. (Hrsg.) (2017): *Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen. Landesauswertung der COMBASS-Daten 2016 und Dot.sys-Daten 2011-2016. Frankfurt: HLS. Online unter www.hls-online.org.*

BfArM (2018): *Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2018. Online unter www.bfarm.de*

nieren in Frankfurt 2016 wie auch schon 2002 Crack, Heroin, Alkohol, Cannabis und Benzodiazepine. Neu hinzugekommen sind im Vergleich zu 2016 Pregabalin (Lyrica), nicht verschriebenes Methadon, erste Fälle von Fentanyl (9 % bei der 30-Tages-Prävalenz) und Crystal Meth (3 %). 2002 waren 29 % der befragten Szeneangehörigen in Substitutionsbehandlung. Nach einem Höchststand von 57 % in 2010 ist dieser Wert inzwischen wieder auf 40 % zurückgegangen. Der Anteil der Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit ist zwischen 2002 und 2016 von 79 % auf 56 % zurückgegangen. Eine Schätzung zum Umfang der Heroinszene in Frankfurt ist mit diesen Daten allerdings nicht möglich.

Auch die Frankfurter Konsumraumdokumentation liefert seit Jahren recht stabile Ergebnisse. Die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer der Frankfurter Konsumräume schwankt zwischen 2003 und 2017 zwischen 4.000 und 5.000 Personen, die Zahl der dokumentierten Konsumvorgänge zwischen 150.000 und 200.000. Frauen nutzen die Konsumräume deutlich seltener als Männer (2017 rund 15 % Frauen und 85 % Männer). Das Durchschnittsalter ist zwischen 2003 und 2017 von 33,3 Jahren auf 39,2 Jahre angestiegen. Aus der 2017 erstmals durchgeführten Analyse von Spritzenfiltern, Verpackungen und Pulveranhaftungen (Peter et al. 2017) ist bekannt, dass der Wirkstoffgehalt beim Heroin im Durchschnitt bei ca. 9 % lag. Vereinzelt wurden bei dieser Analyse auch Fentanylanhaftungen nachgewiesen. Die Daten zu HIV- und Hepatitis-C-Infektionen in der Konsumraumdokumentation sind seit Jahren rückläufig. 44 % (2003: 42 %) der Konsumraumnutzerinnen und -nutzer wohnen der aktuellen Studie zufolge in Frankfurt. Der Anteil derer, die auch andere niedrigschwellige Einrichtungen nutzen, ist zwischen 2003 und 2017 von 76 % auf 90 % angestiegen, während der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer einer Drogenberatung im gleichen Zeitraum von 40 % auf 14 % zurückgegangen ist.

Dass die Bedeutung von heroinabhängigen Klientinnen und Klienten in der ambulanten und auch in der stationären Suchthilfe abgenommen hat zeigen die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (Thaller et al. 2017). Der Anteil der Hauptdiagnosegruppe Opioide lag im Jahr 2016 in ambulanten Einrichtungen bundesweit bei knapp 14 % und in stationären Einrichtungen bei rund 5 %. In der ambulanten Suchthilfe in Hessen kommt die Hauptdiagnosegruppe Opioide auf 25 %. In der Trendanalyse des aktuellen COMBASS-Berichtes ist sowohl die absolute Zahl als auch der relative Anteil von Klientinnen und Klienten mit einer Opioiddiagnose seit 2007 rückläufig. Bei den Neuaufnahmen lagen Opioiddiagnosen 2007 noch bei 18 %. Inzwischen ist der Anteil der Opioiddiagnosen bei den Neuaufnahmen auf 8 % zurückgegangen. Das Durchschnittsalter aller Klientinnen und Klienten in der ambulanten Suchthilfe in Hessen ist zwischen 2007 und 2016 von 36,5 auf 43,4 Jahre angestiegen, wobei sich der Anteil der Gruppe der über 44-Jährigen von 12 auf 24 % verdoppelt hat.

Weiter zugenommen hat in den letzten 16 Jahren hingegen die Bedeutung der Substitutionsbehandlung. Die Anzahl der beim bundesweiten Substitutionsregister des Bundesinstitut für Medizinprodukte und Arzneimittel (BfArM) zum Stichtag 1.7.2017 gemeldeten Substitutionspatientinnen und -patienten hat mit 78.800 einen neuen Höchststand erreicht (BfArM 2018). Zum Beginn der Meldepflicht 2002 lag diese Zahl noch bei 46.000 Personen. Der größte Anstieg findet sich zwischen 2002 und 2010, als erstmals die Marke von 77.000 überschritten wurde. Seither schwankt die Zahl nur noch geringfügig. Die Zahl der substituierenden Ärzte ist hingegen seit fünf Jahren rückläufig, was in einzelnen Regionen bereits jetzt zu ernsthaften Versorgungsproblemen führt. Angesichts des Alters vieler substituierender Ärzte und zu erwartender Praxisschließungen

Das Video der KV RLP ist zu finden unter www.youtube.com/watch?v=bVuTdBlry2M, das JES-Video unter <https://goo.gl/cCk2zp>

Wittchen, H.U. Bühringer, G., Rehm, J. T. et al. (2011): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. *Suchtmed*, 13 (5): 232-246.

Zippel-Schultz, B., Specka, M., Stöver, H. et al. (2018): Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – die SubScare-Studie. *Suchttherapie (eFirst)*. DOI: 10.1055/a-0623-0714.

Deimel, D. (2013): *Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie*. Marburg: Tectum.

werben inzwischen so unterschiedliche Organisationen wie die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und der JES-Bundesverband mit Videos auf Youtube für die Substitutionsbehandlung.

Mehrfach wurde in den Forschungsbriefen über Studien zur Substitutionsbehandlung berichtet. Die Wirkungen einer langfristigen Substitutionsbehandlung wurden im Rahmen der PREMOS-Studie erforscht, deren Ergebnisse 2011 umfassend publiziert wurden (Wittchen et al. 2011). Für diese Studie wurden mehr als 2.200 substituierte Patientinnen und Patienten über sechs Jahre mehrfach befragt und untersucht. Die PREMOS-Studie zeigte einerseits, dass mehr als 70 % der Patientinnen und Patienten nach sechs Jahren noch immer in Behandlung sind und bei etwa der Hälfte ein stabiler Behandlungsverlauf und umfangreiche gesundheitliche Verbesserungen nachgewiesen werden konnten. Andererseits machte diese Studie auch deutlich, dass viele Verläufe von Abbrüchen, Wechseln und Wiederaufnahmen geprägt sind, Abstinenz (auch vom Substitut) nur in wenigen Fällen (4-5 %) erreicht wird und kritischer Beigebrauch in vielen Fällen ein Dauerthema bleibt. Behandlungsabbrüche verschlimmerten die Situation eher weiter. Psychische Störungen und psychosoziale Problemlagen werden im Rahmen der Substitutionsbehandlung nur bedingt angesprochen und behandelt. Die Nutzung der psychosozialen Beratung und Behandlung (PSB) etwa durch Suchtberatungsstellen geht im Behandlungsverlauf deutlich zurück.

An diese Befunde schließt die SubScare-Studie an, für die Substitutionsverläufe von 96 Patientinnen und Patienten aus 12 Substitutionspraxen, die bereits seit mindestens fünf Jahren substituiert wurden, für weitere zwei Jahre untersucht wurden (Zippel-Schultz et al. 2018). Die Lebenssubstitutionszeit lag im Durchschnitt bei 13 Jahren. Ein Viertel der Patientinnen und Patienten hatte keinerlei Beigebrauch. Ebenfalls ein Viertel war kontinuierlich sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Bei den meisten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern zeigten sich zusätzlich zur Abhängigkeit weitere somatische und/oder psychische Erkrankungen sowie Defizite in der Teilhabe.

Insgesamt bleiben die Befunde zu den langfristigen Wirkungen der Substitutionsbehandlung also zwiespältig: In vielen Fällen wird mit der Substitution eine somatische gesundheitliche Stabilisierung erreicht. Weit schwieriger sind Verbesserungen bei psychischen Störungen, gesellschaftlicher Teilhabe und bei der Überwindung psychosozialer Probleme zu erreichen.

Zur Substitution als medizinisch-medikamentöser Behandlung gibt es vielfältige Studien und Forschungsergebnisse. Zur Bedeutung der PSB liegen hingegen nur wenige empirische Ergebnisse vor. Deimel (2013) konnte in einem Vergleich von 100 substituierten mit 20 nichtbehandelten Heroinabhängigen zeigen, dass die psychosoziale Belastung bei nichtbehandelten Heroinabhängigen höher ist als in der Substitutionsbehandlung und die Zufriedenheit mit der PSB insgesamt hoch ist. Bei der Zufriedenheit zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede: Frauen sind weniger zufrieden als Männer und Ältere sind weniger zufrieden als Jüngere. Angesichts der großen Heterogenität der PSB bleibt aber auch für Deimel die PSB „ein Stück weit eine ‚black box‘, deren Wirkung und Effekt nur schwer zu vergleichen und zu ergründen sind“ (Deimel 2013, S. 184).

Durch die Änderungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) 2017 wurde die Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung weitgehend in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt und die Pflicht zur Teilnahme an einer PSB abgeschafft.

In Hessen waren laut Bericht des Substitutionsregisters zum Stichtag 31.7.2017 7.590 Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung. Im aktuellen COMBASS-Jahresbericht sind hingegen rund 4.400 Klientinnen und Klienten mit

HLS (Hrsg.) (2017): Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen. Landesauswertung der COMBASS-Daten 2016 und Dot.sys-Daten 2011-2016. Frankfurt am Main: HLS. Online unter www.hls-online.org

Fischer, M. Kemmann, D., Domma-Reichert, J. et al. (2018): Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. SuchtAktuell, 25 (1): 77-86.

einer Opioiddiagnose dokumentiert, von denen sich rund 2.800 in einer medikamentengestützten Behandlung befinden (HLS 2018). Diese Zahlen deuten darauf hin, dass weniger als die Hälfte der Menschen in Substitutionsbehandlung auch an einer PSB teilgenommen haben. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Änderung der BtMVV auf diese Zahlen auswirken wird.

Vor der Einführung der Substitutionsbehandlung war die stationäre abstinenzorientierte Rehabilitationsbehandlung in der Regel das einzige Behandlungsangebot für Heroinabhängige. Der deutschen Suchthilfestatistik zufolge (Thaller et al. 2017) liegt der Anteil der Opioiddiagnosen an allen Behandlungen in den an der Statistik beteiligten 211 stationären Suchthilfeeinrichtungen aktuell bei 5,2 %. In absoluten Zahlen entspricht das knapp 2.500 stationären Rehabilitationsbehandlungen wegen Opioidabhängigkeit im Jahr 2016. Damit liegen die Opioiddiagnosen auf dem vierten Platz hinter Alkohol, Cannabis und Stimulanzien. Der Fachverband Sucht e. V. führt seit mehreren Jahren routinemäßig Katamnesebefragungen auch bei Behandlungen wegen der Abhängigkeit von illegalen Drogen durch. In die Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 flossen die Daten von insgesamt 1.453 Patientinnen und Patienten aus sieben Fachkliniken ein. Nach dem DGSS-4-Standard, bei dem alle, die sich nicht an der Katamnesebefragung beteiligt haben, als Rückfälle gewertet werden, lag die Abstinenzquote nach einem Jahr bei 23,3 % und damit deutlich niedriger als bei der Behandlung wegen einer Alkoholabhängigkeit. Diese Quote ist seit dem Entlassjahrgang 2009 recht stabil. Differenziert man allerdings zwischen den einzelnen Diagnosen, die sich auf illegale Drogen beziehen (nur in 209 der 1.453 Fälle lag eine Opioiddiagnose vor), so zeigt sich, dass die so definierte Erfolgsquote bei den F11-Diagnosen (Opiode) mit 17,2 % nochmals niedriger liegt.

Mit den derzeit vorhandenen Behandlungsangeboten gelingt es anscheinend nur einer Minderheit der Heroinabhängigen, dauerhaft die Abhängigkeit zu überwinden. Das insgesamt gut ausgebaute und differenzierte Hilfesystem hat sicherlich zu einer Stabilisierung beigetragen. Sollten sich allerdings Indizien für eine neue Opioidkrise wie derzeit in den USA in Deutschland zeigen, wären die Hilfesysteme nur bedingt dafür gerüstet.

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

Der vorliegende Forschungsbrief wird mit Mitteln des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration gefördert.