

Forschungsbrief
Ausgabe 51/ Dezember 2018

Inhalt

- **Tabakrauchen: Behandlungsansätze und Wirksamkeit**
- **Problematisches Glücksspielverhalten: Prävalenzen und verhältnispräventive Maßnahmen**
- **Welche Kosten entstehen durch Alkoholabhängigkeit?**

Tabakrauchen: Behandlungsansätze und Wirksamkeit

Tabak zu rauchen ist assoziiert mit vielen gesundheitlichen Schäden. Dennoch rauchen noch immer sehr viele Menschen Zigaretten, Zigarren oder andere Tabakprodukte. Übersichtsarbeiten belegen, dass man mit einer Reihe von Methoden Raucherinnen und Raucher dazu motivieren kann, mit dem Rauchen aufzuhören.

Es ist allgemein bekannt, dass das Rauchen von Tabak, zum Beispiel als Zigarette oder Zigarre, gesundheitsschädlich ist. Menschen, die chronisch Zigaretten rauchen und nicht in der Lage sind, dieses Verhalten zu ändern, haben im Durchschnitt genommen eine um 10 bis 15 Jahre verkürzte Lebenserwartung. Obwohl das Wissen um die gesundheitlichen Gefahren, die mit dem Rauchen verbunden sind, allgemein zugänglich und weit verbreitet ist, raucht in Deutschland ca. ein Drittel der Männer und ca. ein Viertel der Frauen (alle Geschlechter: 18 Jahre und älter).

Umso wichtiger ist es, Menschen, die Tabak rauchen, dabei zu unterstützen, mit dem Rauchen aufzuhören. In Cochrane-Überblicksarbeiten werden systematisch die Ergebnisse einer Vielzahl von Studien zusammengefasst, um herauszuarbeiten, welche Interventionen im Hinblick auf das definierte Ziel – das Nicht-Rauchen – besonders erfolgreich sind. Im Folgenden werden Ergebnisse einer Reihe von Überblicksarbeiten zu den Themenfeldern: Kurzansprachen und Motivierende Gespräche im Medizinbetrieb; Einzelfallberatungen; Gruppenverfahren sowie medikamentöse Behandlungen einschließlich einiger Tabak-Ersatz-Behandlungen, kurz dargestellt.

Untersucht man, wie wirksam Kurzansprachen (zum Beispiel einmalige Ratschläge) im Vergleich mit Motivierenden Gesprächen (1-6 Kurzgespräche) durch Ärztinnen und Ärzte sind, wenn diese ihren Patientinnen und Patienten raten, mit dem Rauchen aufzuhören, dann findet man sowohl für die eine wie die andere Intervention Wirkungen. Insgesamt genommen sind einmalige Ratschläge im Vergleich zu 2 bis 4 Motivierenden Gesprächen von maximal 20 Minuten Länge etwas weniger erfolgreich. Motivierende Gespräche, die häufiger und länger als 4 Mal 20 Minuten stattfinden, haben keine zusätzliche Wirksamkeit. Mit beiden Verfahren werden allerdings nur vergleichsweise kleine Gruppen von Raucherinnen und Rauchern erreicht und von diesen entscheiden sich wiederum nur einige dazu, mit dem Rauchen aufzuhören.

Etwas anders sind die Ansätze in Einzelfallsettings, in denen speziell dafür ausgebildete Beratende die folgenden zwei Themenbereiche mit jedem Klienten und jeder Klientin bearbeiten: (1) Die „Rauch“geschichte und die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, (2) Konstellationen von hoch-riskanten Situationen, die zum Rauchen verführen und Strategien, wie damit umgegangen werden kann. Die Ergebnisse zeigen, dass die Interventionen erfolgreicher sind als ärztliche Ratschläge oder ärztliche motivierende Gespräche. Die Chancen, nach einer Einzelfallbezogenen Intervention das Rauchen aufzugeben, sind im Vergleich mit allen Varianten von Kurzinterventionen signifikant höher.

Gruppenberatungen haben ebenfalls einen festen Platz in den Bemühungen, Menschen dazu zu bewegen, mit dem Rauchen aufzuhören. Es geht dabei um 6 bis 8 Meetings, die im Unterschied zu Selbsthilfegruppen angeleitet werden. Als Anleitung fungieren entsprechend ausgebildeten Beratende oder in Verhaltenstherapie geschulte Experten und Expertinnen. In den ersten Sitzungen geht es

Verweis
Wienecke, A.,
Kraywinkel, K. (2018):
Tabakassoziierte
Krebserkrankungen in
Deutschland – Ent-
wicklung der Inzidenz
und Mortalität seit
1995. Bundesgesund-
heitsblatt, 61, 1399-
1406.

Lindson-Hawley, N.,
Thompson, T.P., Begh,
R. (2015): Motivational
interviewing for
smoking cessation.
Cochrane Database of
Systematic Review,
Issue 3.

Lancaster, T. Stead,
L.F. (2017): Individual
behavioral counselling
for smoking cessation.
Cochrane Database of
Systematic Review,
Issue 3.

Stead, L.F., Carroll,
A.J., Lancaster, T.
(2017): Group behav-
iour therapy pro-
grammes for smoking
cessation. Cochrane
Database of Systemat-
ic Review, Issue 3.

West, R. et al. (2018):
Factors associated
with the efficacy of
smoking cessation
treatments and pre-
dictors of smoking
abstinence in EAGLES.
Addiction, 113, 1507-
1516.

Hartmann-Boyce, J. et
al. (2018): Nicotine

replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Review, Issue 5.*

Rosen, L.J. et al. (2018): *Diminishing benefit of smoking cessation medications during the first year: A meta-analysis of randomized controlled trials.* *Addiction, 113, 805-816.*

Smith P.H. et al. (2017): *Sex differences in smoking cessation pharmacotherapy comparative efficacy: A Network meta-analysis.* *Nicotine & Tobacco Research, 19, 273-281.*

Atzendorf, J., Gomes de Matos, E., Piontek, D. (2018): *Wirksamkeit psychologischer Interventionen zur Reduktion des Tabakkonsums.* *Suchttherapie, 19, 199-208.*

wiederum um die Motivation zum Ausstieg aus dem Rauchen. Die Veränderungsmotivation wird durch eine Reihe von Methoden unterstützt (zum Beispiel durch den Abschluss eines Kontrakts zum Aussteigen oder durch das Führen eines Rauch-Tagebuchs). Im weiteren Verlauf werden hoch-riskante Situationen herausgearbeitet sowie Möglichkeiten, diesen zu begegnen. Rückfall-Präventionsmethoden werden geübt. Zusätzlich können Verfahren einbezogen werden, wie mit emotionalen Belastungen wie schlechter Laune oder depressiver Verstimmung umgegangen werden kann, wenn sich diese in den Wochen nach dem Ausstieg aus dem Rauchen einstellen. Vergleicht man die Wirksamkeit von Gruppenprogrammen mit denjenigen der Kurzinterventionen durch ärztliches Personal oder durch Einzelfallberatung, ergibt sich wiederum ein moderater Gewinn. Der Vorteil liegt vor allem darin, dass man mit vergleichsweise einfachen Mitteln mehr Menschen erreichen kann als mit Einzelfallberatungen.

Gut belegt ist, dass einschlägige Medikamente wie Vareniclin (z. B. Champix) und Bupropion (z. B. Zyban) beim Ausstieg aus dem Rauchen helfen können, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Wirkung der Medikamente im Laufe der Zeit abnimmt. Umso wichtiger sind unterstützende Verfahren, zum Beispiel über motivierende Nachrichten und Informationen über das Handy oder andere mediale Kanäle. Neuere Studien zeigen zudem, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf die Medikamente und auf Nikotinersatzbehandlungen z. B. mit Nikotinplastern ansprechen. Bei Frauen erzielt man die besten Ergebnisse mit Vareniclin allein oder in Kombination mit psychosozialen Interventionen (motivierende Gespräche, Einzelfallverfahren oder Gruppentherapie). Bei Männern zeigen sich keine Besonderheiten hinsichtlich der Wirksamkeit der Medikamente oder der Nikotinersatzverfahren.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es mittlerweile viele psychologische und medikamentöse Interventionen gibt, die sich allein oder in Kombination als Hilfen beim Ausstieg aus dem Rauchen bewährt haben. Allerdings erreicht man mit ihnen bislang immer nur diejenigen, die schon eine gewisse Motivation zum Ausstieg aus dem Rauchen mitbringen. „Hard-core“-Raucherinnen und Raucher erreicht man nur schwer. Angesichts dieser Probleme ist es sinnvoll, noch mehr und noch konsequenter als bisher in die Verhältnis- und Verhaltensprävention des Rauchens von Tabak zu investieren: Wer gar nicht erst mit dem Rauchen anfängt, dem muss auch nicht beim Ausstieg geholfen werden.

Problematisches Glücksspielverhalten: Prävalenzen und verhältnispräventive Maßnahmen

Pathologisches Glücksspiel ist die erste stoffungebundene Verhaltenssucht, die im DSM-V unter dem Begriff „Gambling Disorder“ in den Bereich „Sucht und zugehörige Störungen“ aufgenommen wurde. Im Zentrum der Debatte um verhältnispräventive Maßnahmen des Spielerschutzes stehen dabei meist Geldspielautomaten, bei denen das Risiko, eine Störung zu entwickeln, deutlich höher ist als z. B. bei Lotterien. Inzwischen liegen erste Studien zum Spielerschutz vor.

Verweis
Banz, M., Lang, P. (2017): *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2017 und Trends.* BZgA-Forschungsbericht. Online unter bzga.de/forschung/studien

Der aktuellen Prävalenzstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zufolge haben sich in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mehr als ein Drittel der 16 – 70-Jährigen mindestens einmal an einem Glücksspiel beteiligt. Die einzelnen Glücksspiele werden sehr unterschiedlich nachgefragt: Während 22,6 % Lotto gespielt haben (und davon 2 % ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten entwickelt haben), haben 2,6 % der Befragten an Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten und weitere 0,9 % an Automaten in Spielbanken (das so genannte „Kleine Spiel“) gespielt. Problematisches oder pathologisches Spielverhalten zeigte sich bei 7,9 % in den Spielhallen und bei 22,2 % in den Spielbanken. Besonders hoch ist dieses Risiko nach den

untersuchungen/studien/gluecksspiel.

Milin, S. et al. (2017): Glücksspielprobleme bei türkeistämmigen Migranten – Ursachen, Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfen und Unterstützungsbedarfe. Hamburg: Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung.

Trümper, J., Heimann, C. (2018): Angebotsstruktur der Spielhallen und Geldspielgeräte in Deutschland Stand: 1.1.2018. Unna: Arbeitskreis gegen Spielsucht e. V. Online unter akspielsucht.de

Motka, F. et al. (2018): Spielersperren in Deutschland: Stand der gesetzlichen Glücksspielregelungen und ihre Umsetzung. Suchttherapie. Online unter <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0583-2888>.

Hayer, T. et al. (2018): Studie zur Wirkung und Optimierung von Spielersperren und Sozialkonzepten in Spielhallen in Hessen. Abschlussbericht an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration. Bremen: Online unter <https://soziales.hessen.de/sites/default/files/medi>

Daten der BZgA für jüngere Spieler, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, regelmäßig spielen und höhere Geldbeträge einsetzen. Auch ein Migrationshintergrund geht mit einem signifikant höheren Risiko für problematisches Spielverhalten einher. Bezogen auf alle Befragten ergibt sich eine Prävalenz für „wahrscheinlich pathologisches“ Spielverhalten von 0,3 % (0,6 % bei den Männern und 0,1 % bei den Frauen). Als „problematisch“ (aber noch nicht die DSM-V-Kriterien erfüllend) wird das Spielverhalten bei weiteren 0,6 % (mit nur geringen Unterschieden zwischen Männern und Frauen) bezeichnet.

Eine Spezialstudie zu Glücksspielproblemen bei Menschen mit einem türkischen Migrationshintergrund haben Milin et al. (2017) vorgelegt. Auf der Grundlage qualitativer und quantitativer Interviews arbeiten sie migrationsspezifische Risikofaktoren und Problemkonstellationen wie Defizite in der sozialen Teilhabe, schlechte Sprachkenntnisse und Normenkonflikte innerhalb der Familien sowie spezifische Zugangsbarrieren zum Hilfesystem heraus. Als besonders riskant werden in dieser Untersuchung neben Automatenspielen auch die Sportwettbüros bezeichnet.

Seit Jahren versuchen die dafür zuständigen Bundesländer mit wechselnden Maßnahmen und ebenfalls wechselndem Erfolg den gewerblichen Glücksspielmarkt und dabei insbesondere auch das Angebot an Spielhallen und Geldspielautomaten zu regulieren, um pathologisches Glücksspielen möglichst zu verhindern und Spielerinnen und Spieler zu schützen. Der Arbeitskreis gegen Spielsucht e. V. legt seit Jahren regelmäßige Erhebungen zu Spielhallen und Geldspielautomaten vor. In der aktuellen 14. Auflage zeigen sich die Auswirkungen des Ersten Glücksspieländerungsstaatsvertrages (GlüÄndStV) von 2012, dessen Regelungen zur Beschränkung von Spielhallen inzwischen in Kraft getreten sind. Während von 2006 bis 2012 die Zahl der Spielhallenstandorte, der Spielhallenkonzessionen und der Geldspielgeräte stark angestiegen war, zeigt sich seither ein leichter bis moderater Rückgang. Dabei gibt es allerdings große Schwankungen zwischen den Bundesländern. So reicht etwa die Bandbreite der Veränderungen zwischen 2016 und 2018 bei der Anzahl der Spielgeräte in Spielhallen von einem Zuwachs von 3,2 % in Bremen bis zu einem Rückgang um 26,8 % in Hamburg.

Zu den verhältnispräventiven Maßnahmen des Spielerschutzes gehören insbesondere Spielersperren. Während es für das staatliche konzessionierte Glücksspiel (wie z. B. Spielbanken oder Lotterien mit besonderem Gefährdungspotential) eine bundesweite Spielersperrdatei gibt, fällt die Regulierung des gewerblichen Glücksspiels in Spielhallen in die Zuständigkeit der Länder. Ein Überblick über die sehr unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Bundesländern bieten Motka und Mitarbeiter. Während mehrere Bundesländer Sperrdateien für einzelne Spielhallen vorsehen, gibt es landesweite spielhallenübergreifende Systeme zu Spielersperren bislang nur in Hessen und Rheinland-Pfalz.

Zur landesweiten Spielersperre in Hessen liegt jetzt eine umfangreiche Evaluationsstudie (Hayer et al. 2018) vor, die aus mehreren Teilmodulen besteht. Eine quantitative Analyse von über 12.000 Einträgen in der Sperrdatei zeigt, dass 99 % der Sperrdateieinträge von den spielenden Personen selbst beantragt wurden und nur 1 % auf Fremdsperren (etwa durch Angehörige oder das Personal von Spielhallen) zurückgehen. Im Durchschnitt kam es seit Einführung der Sperrdatei zu 450 Neusperrungen und 93 Entsperrungen je Monat, wobei die Zahl der Neusperrungen in den ersten Monaten deutlich höher lag. Im Vergleich der Daten der Sperrdatei mit den Daten von Klientinnen und Klienten der ambulanten Suchthilfe in Hessen mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspiel“ werden interessante Unterschiede erkennbar. So finden sich in der Sperrdatei mehr jüngere

Menschen und mehr Menschen mit einem Migrationshintergrund als in der ambulanten Suchthilfe.

Im zweiten Modul geht es dann um die Ergebnisse einer quantitativen Befragung von 72 gesperrten Spielerinnen und Spielern. Die Motive für eine Spielersperre sind vielfältig und reichen u. a. von finanziellen Problemen über einen wahrgenommenen Kontrollverlust hin zur Sorge um nahstehende Personen. Den Selbstauskünften zufolge weichen die Befragten auch nur in einem geringen Ausmaß auf Spielhallen in anderen Bundesländern oder andere Glücksspielformen aus. Der Nutzen der Spielersperre wird von den Befragten überwiegend positiv bewertet.

In Hessen sind die Betreiber von Spielhallen verpflichtet, ein Sozialkonzept zur Umsetzung von Spielerschutzmaßnahmen zu erstellen und jährlich ihre suchtpreventiven Aktivitäten an die Aufsichtsbehörde zu melden. Die vorliegenden (niedrigen) Zahlen etwa für Fremdsperren durch Spielhallenbetreiber, dokumentierte Präventionsgespräche oder Vermittlungen in Suchtberatungsstellen zeigen, wie selten solche präventiven Maßnahmen umgesetzt werden. In einem weiteren Modul wurden mit Testspielpersonen die Einhaltung der Einlass- und Sperrkontrollen überprüft. Dabei zeigte sich, dass 28 % der gesperrten Testspieler in Spielhallen eingelassen wurden und bei 16 % aller Testbesuche keine Einlasskontrollen stattfanden.

Diese mangelhafte Compliance der Betreiber und des Personals begrenzt wiederum den Nutzen eines spielhallenübergreifenden Sperrsystems. Dennoch sind die Autoren der Studie davon überzeugt, dass von einer bundesweiten Spielersperre eine erhebliche Anzahl von Menschen mit problematischem Spielverhalten profitieren könnte.

Welche Kosten entstehen durch Alkoholabhängigkeit?

Dass Alkoholabhängigkeit gravierende Probleme und Leiden auf unterschiedlichen individuellen und gesellschaftlichen Dimensionen zur Folge hat ist bekannt. Zu den ökonomischen Kosten der Alkoholabhängigkeit liegen bislang erst wenige Studien vor.

Dams, J. et al. (2018):
Excess costs of alcohol-
dependent patients in
German psychiatric
care compared with
matched non-alcohol-
dependent individuals
from the general popu-
lation: A secondary
analysis of
two datasets.
BMJ Open, 2018,8.
Online unter
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6119434/>

Die meisten Studien versuchen die Kosten der Alkoholabhängigkeit zu ermitteln, indem sie den Anteil der mit Alkohol assoziierten Fälle an den Gesamtkrankheitskosten schätzen. Dams und Kollegen berechnen hingegen die durchschnittlichen Kosten einer Alkoholabhängigkeit auf der Basis von Einzelfällen. Dazu kombinieren sie Daten von 236 alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten in den Entzugsabteilungen von vier psychiatrischen Universitätskliniken mit Daten aus einer repräsentativen telefonischen Bevölkerungsbefragung. In beiden Erhebungen wurden die Teilnehmenden ausführlich nach unterschiedlichen ambulanten und stationären Behandlungen, krankheitsbedingten Fehltagen am Arbeitsplatz und ihrem Erwerbsstatus in den letzten sechs Monaten befragt. Aus diesen Angaben wurden dann die Krankheitskosten für die letzten sechs Monate errechnet. Soziodemographische und klinische Differenzen zwischen beiden Stichproben wurden durch statistische Verfahren angeglichen. Der Vergleich der Krankheitskosten zwischen beiden Gruppen (Menschen mit und Menschen ohne Alkoholabhängigkeit) ermöglicht die Schätzung der durch die Alkoholabhängigkeit verursachten zusätzlichen Kosten.

Wie in der Gesundheitsökonomie üblich, wird dabei zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden. Direkte Kosten beziehen sich auf ambulante Beratungen und Behandlungen, auf stationäre Behandlungen in Allgemeinkrankenhäusern, psychiatrischen Fachkliniken und Rehabilitationseinrichtungen und auf Pflege. Die indirekten Kosten umfassen Produktivitätsausfälle durch krankheits-

bedingte Fehltage am Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit. Andere direkte und indirekte Kosten wie etwa Medikamente, krankheitsbedingte Frühverrentungen oder Kosten im Zusammenhang mit Straftaten werden in der Studie nicht berücksichtigt, da hierzu keine Daten vorlagen.

Die so geschätzten direkten Kosten lagen für Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit für die letzten sechs Monate bei 5.280 Euro und damit mehr als fünfmal so hoch wie bei Menschen ohne Alkoholabhängigkeit (931 Euro). Im ambulanten Bereich waren die Kosten für alle erhobenen Behandlungsformen (Behandlungen durch Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater, Neurologen, andere Ärzte und nicht-ärztliche Fachkräften) in der Gruppe mit Alkoholabhängigkeit höher als in der Gruppe ohne Alkoholabhängigkeit. Das gilt ebenso für stationäre Behandlungen in Allgemeinkrankenhäusern, psychiatrischen Krankenhäusern und Reha-Fachkliniken. Auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von Pflegediensten zeigten sich ebenfalls erhebliche Kostenunterschiede. Die indirekten Kosten (Abwesenheit vom Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit) sind in beiden Gruppen für rund zwei Drittel der Gesamtkosten verantwortlich; sie liegen in der Gruppen mit Alkoholabhängigkeit mit über 11.000 Euro weit über den rund 3.600 Euro in der Gruppe ohne Alkoholabhängigkeit.

Bei sehr lange andauernder Alkoholabhängigkeit sind die direkten und indirekten Kosten in den letzten sechs Monaten höher als bei einer kurzen Abhängigkeitsdauer. Angesichts der dargestellten alkoholbedingten Kosten verwundert es nicht, dass die Studie mit der Forderung nach kosteneffektiven Interventionen zur Verhinderung und Behandlung der Alkoholabhängigkeit schließt.

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.