

**Forschungsbrief**  
Ausgabe 13 / Mai 2006

## **Inhalt**

- **Glücksspiel und Glücksspielsucht in Deutschland**
- **Cannabis-Kampagne „Be.U!“**
- **40 Jahre Methadon-Behandlung in den USA:  
Eine kurze Zustandsbeschreibung**
- **Interdependenz von Alkoholkonsum und  
Schmerzbewältigung im Alter**

## Neues aus Forschung und Praxis – Forschungsbrief 13 / Mai 2006 der HLS

Bitte richten Sie Anregungen und Hinweise an folgende Email-Adresse:  
[hls@hls-online.org](mailto:hls@hls-online.org)

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

### Glücksspiel und Glücksspielsucht in Deutschland

Der Fachverband Glücksspielsucht e.V. (fags) hat Herrn Prof. Dr. Ulrich John (Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Greifswald) mit einer Expertise (2005) zum Bedarf epidemiologischer Forschung über problematisches, riskantes und pathologisches Glücksspiel in Deutschland beauftragt.

In Deutschland liegen zurzeit keine zuverlässigen Daten zur Glücksspielsucht vor. Man kann aber Prävalenz-Schätzungen vornehmen und kommt nach John dann auf Raten von 0,5 % bzw. 400.000 Personen, die in Deutschland als pathologische Glücksspieler einzuschätzen sind. Europäische Studien gehen von Prävalenzraten (Lebenszeitprävalenz) zwischen 0,8% und 1,8% aus (Schweden, Schweiz, Norwegen und Spanien). Berücksichtigt man darüber hinaus riskante und problematische Glücksspieler, steigen die Prävalenzraten auf bis zu 3,5% der Bevölkerung. Studien aus den USA, Kanada und Australien gehen von Prävalenzraten von 0,1% bis 1,3% pathologischer Glücksspieler aus; diese steigen bei Berücksichtigung der riskanten bzw. problematischen Glücksspieler bei Erwachsenen auf 2,3 % an.

#### Verweise

John, U. (2005): Bedarf epidemiologischer Forschung über pathologisches, problematisches und riskantes Glücksspiel. Herford: Fachverband Glücksspielsucht e.V. (Hg.)

[www.gluecksspielsucht.de](http://www.gluecksspielsucht.de)

Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (2001) (dt. Bearbeitung): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV 3., unveränderte Aufl., Göttingen: Hogrefe

Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987): The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. The American Journal of Psychiatry 144: 1184-1188.

Zur Diskussion steht – neben der Definition der Kriterien für Glücksspielsucht bzw. von pathologischem, riskantem und problematischem Glücksspiel – die Ausarbeitung eines geeigneten diagnostischen Erhebungsinstruments.

John (2005) spricht sich ausdrücklich dafür aus, den Kriterienkatalog des DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Saß et al. 2001) zur Grundlage für Forschungen zum pathologischen Glücksspiel zu verwenden. Dazu gehört eine Differentialdiagnose zwischen dem Pathologischen Spielen und einer Manischen Episode, die nicht verwechselt werden dürfen, da es sich um unterschiedliche Formen psychischer Störungen handelt, die unterschiedlich behandelt werden müssen.

Viele Prävalenzstudien wie diejenigen, auf die eingangs verwiesen worden ist, orientieren sich sowohl am DSM-IV als auch an dem Screeninginstrument SOGS (The South Oaks Gambling Screen, Lesieur & Blume, 1987). Das ist insofern von Bedeutung, da die Prävalenzraten, die mit dem SOGS erhoben werden, eher zu hoch liegen. Das liegt wahrscheinlich daran, dass der SOGS ursprünglich für ein klinisches Setting entwickelt worden ist, in dem er sehr gut funktioniert, da er eine große Trennschärfe hat (classification accuracy). Als Screeninginstrument für die Allgemeinbevölkerung ist er aber eher ungeeignet. John (2005) plädiert dafür, ein Screeninginstrument einzusetzen, das sich eng an die Kriterien von pathologischem Spielen nach DSM-IV anlehnt. Das Instrument erlaubt die Diagnose „pathologisches Spielen“ und differenziert zwischen einer aktuellen und einer remittierten Störung. Weiterhin kann es zwischen den Ausprägungen „riskant“, „problematisch“ und „pathologisch“ unterscheiden.

Im Zusammenhang mit Glücksspielsucht müssen komorbide Störungen berücksichtigt werden. Der DSM-IV weist darauf hin, dass u.a. affektive Störungen (Major Depressionen, dysthyme Störungen usw.) sowie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit gehäuft zusammen mit pathologischem Glücksspiel auftreten.

Illinois Institute for  
Addiction Recovery  
<http://www.addictionrecovery.org/southoak.htm>

Raylu, N. & Oei, T.P.S.  
(2002): Pathological  
gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 22: 1009-1061.

Hodgins, D.C., Peden, N. & Cassidy, E.  
(2005): The Association Between Comorbidity and Outcome in Pathological Gambling: A Prospective Follow-up of Recent Quitters. *Journal of Gambling Studies* 21: 255-271.

Evans, L. & Delfrabo, P. H. (2005): Motivators for Change and Barriers to Help-Seeking in Australian Problem Gamblers. *Journal of Gambling Studies* 21: 133-155.

Schneider, C. & Häfeli, J. (2005a): Glücksspiel in der Schweiz – Grundlagen und Früherkennung. *abhängigkeiten* 2: 20-35.

Schneider, C. & Häfeli, J. (2005b): Identifikation von Problemspielern im Kasino – ein Screeninginstrument (ID-PS). HSA, Luzern/ Institut WDF: Schlussbericht.

Sharpe, L., Walker, M., Coughlan, M.-J., Enersen, K. & Blaszczynski, A. (2005): Structural Changes to Electronic Gaming Machines as Effective Harm Minimization Strategies for Non-Problem and Problem Gamblers. *Journal of Gambling Studies* 21: 503-520.

Untersuchungen in einer Stichprobe von Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus ergeben Prävalenzraten von 6,7 bis 12% pathologischen Glücksspielens, noch höhere Werte pathologischen Glücksspielens finden sich in einer Stichprobe von Personen mit substanzbezogenen Störungen, nämlich zwischen 7% und 39% (Raylu & Oei, 2002). In klinischen Stichproben findet man eine sehr hohe Komorbidität von Substanzabhängigkeit und pathologischem Glücksspiel, die über diese Prävalenzraten weit hinausgeht. Verschiedene Forschergruppen haben das bestätigt; danach missbrauchen ca. 70% der pathologischen Spieler psychoaktiven Substanzen bzw. sind von diesen abhängig (Hodgins, Peden & Cassidy, 2005). An erster Stelle steht der Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von Alkohol. Detaillierte Studien belegen, dass es einen engen Zusammenhang mit Kindheitserfahrungen und der Entwicklung einer pathologischen Spielsucht sowie komorbiden Störungen gibt. Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil an Spielsucht leidet, haben also ein erhöhtes Risiko, selbst spielsüchtig zu werden.

Nach Evans & Delfrabo (2005) suchen pathologische Spieler dann Hilfeeinrichtungen auf, wenn sie in einer akuten Krise sind. An erster Stelle der Krisenauslöser stehen Depressionen wegen des Geldverlusts und eine sehr schlechte psychische Verfassung, es folgen an zweiter Stelle massive Geldsorgen; Probleme im sozialen Umfeld und in der Familie folgen erst mit einigem Abstand. Schamgefühle, Verleugnungstendenzen und die Hoffnung darauf, die Probleme auch ohne professionelle Hilfe lösen zu können, verhindern es, dass schon in einem früheren Stadium Hilfen gesucht und angenommen werden.

Das Beispiel der Schweiz verdeutlicht einen fortschrittlichen Umgang mit dem Thema Glücksspielsucht im Kasino. Per Spielbankengesetz sind dortige Kasinos in die Verantwortung genommen und zur Prävention verpflichtet worden. Das Kasinopersonal ist in der Erkennung und auch im Umgang mit problematischen Glücksspielern geschult worden; es soll einen Beitrag leisten zur Früherkennung und Frühintervention bei riskanten und problematischen Glücksspielern. Außerdem werden den Besuchern der Spielkasinos am Eingang Informations- und Präventionsmaterialien ausgehändigt (Schneider & Häfeli, 2005a). Im Rahmen eines Forschungsprojekts des Instituts „Weiterbildung, Dienstleistungen, Forschung“ (Schneider & Häfeli, 2005b) an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern wurde ein spezieller Fragebogen entwickelt, der der Identifikation von Problemspielern (ID-PS) in Kasinos dienen soll.

Die Universität Sydney (Sharpe et al., 2005) hat untersucht, ob Veränderungen an Geldspielautomaten Einfluss auf das Spielverhalten haben. Die Reduktion des maximal möglichen Spieleinsatzes, die Reduktion der ‚gewonnenen‘ Freispiele und das Nicht-Mehr-Akzeptieren großer Banknoten zeigte, dass unter diesen Bedingungen die Nutzer kleinere Verluste hatten. Allerdings wurden die veränderten Automaten von riskanten und problematischen Spielern weniger genutzt. Die einzige Maßnahme, die den Schaden für Problem-Spieler einzudämmen vermochte, war die Reduktion des maximal möglichen Spiel-, also Geldeinsatzes.

Die aktuelle Diskussion um Glücksspiele, auch zu Sportwetten und zum deutschen Glücksspielmarkt (vgl. Fachverband Glücksspielsucht e. V., John 2005) belegt, dass eine wissenschaftlich fundierte und breit angelegte Prävalenzstudie zu diesem Thema dringend erforderlich ist, um gezielter als bislang Präventions- und Behandlungsmaßnahmen auszubauen.

## Cannabis-Kampagne „Be.U!“

Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main geht mit der Cannabis-Kampagne „Be.U“! online.

Verweis Die Homepage des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main hat zum Ziel, detaillierte Informationen rund um das Thema Cannabis zu geben, ohne dabei Konsumtrends Jugendlicher und junger Erwachsener zu verharmlosen oder zu dramatisieren.

[www.be-u-online.de](http://www.be-u-online.de)

[www.drogenreferat.stadt-frankfurt.de](http://www.drogenreferat.stadt-frankfurt.de)

Es werden drei verschiedene Populationen zielgruppen-spezifisch angesprochen: Jugendliche, Eltern und Multiplikatoren.

Jugendliche erhalten die Möglichkeit, sich per Wissenscheck über Cannabiskonsum zu informieren. Sowohl rechtliche Grundlagen, als auch gesundheitliche Risiken, sowie Warnsignale für übermäßigen Konsum, werden aufgezeigt. An vielen Stellen finden sich Hinweise, die soziale Kompetenzen der Jugendlichen aufzeigen und die dem Jugendlichen vermitteln, nicht nur mit Hilfe von Drogen Spaß haben zu können. Ein Hinweis auf verschiedene Jugend- und Drogenberatungsstellen und auf die Möglichkeit der Online-Beratung ist gegeben.

Online-Beratung:  
[www.drogenberatung-jj.de](http://www.drogenberatung-jj.de)

[www.starke-eltern.de](http://www.starke-eltern.de)

Eltern werden umfassender über das Phänomen des jugendlichen Drogenkonsums informiert; Zahlen, Fakten, Wirkweise und Risiken der Substanz erlauben etwas mehr als einen ersten Einblick in die Thematik. Ihnen werden Anregungen gegeben, wie sie mit dem möglichen Konsum ihrer Kinder umgehen können. Betont wird die zentrale Bedeutung des persönlichen Gesprächs zwischen Eltern und Kind.

Schließlich sind auch Multiplikatoren Zielgruppe dieser Homepage. An dieser Stelle sind die verschiedenen Kategorien um detaillierte fachliche Informationen erweitert, der Verweis auf wissenschaftliche Studien und Kompetenznetzwerke via Internet sind ebenso gegeben, wie ausführliche Informationen zu Prävention, die von Lebenskompetenz-Förderungsprogrammen bis hin zu peer-to-peer Ansätzen reichen.

---

## 40 Jahre Methadon-Behandlung in den USA: Eine kurze Zustandsbeschreibung

Seit 40 Jahren wird in den USA Methadon zur Behandlung von Opiatabhängigen eingesetzt. Der Beitrag von Marion (2005) reflektiert den heutigen Stand der Methadonbehandlung in den USA, insbesondere in New York (Stadt und Staat).

Verweise 1965 haben Dole & Nyswander in einem spektakulären Versuch in einem New Yorker Krankenhaus Methadon gezielt zur Behandlung von Heroinabhängigen eingesetzt. In den 40 Jahren, die seither vergangen sind, hat sich in den USA und vor allem in New York sehr vieles grundlegend verändert.

Marion, I.J. (2005): Methadone treatment at forty. NIDA Science & Practice Perspectives, 3, 25-31

In den USA hat man in den 60er Jahren Methadon fast ausschließlich für den Heroinentzug eingesetzt, der damit erleichtert werden sollte. Im Anschluss an den Entzug sollten die Betroffenen eine Abstinenztherapie aufnehmen, um sich auf ein Leben ohne Drogen vorzubereiten. Abstinenz galt als einzige mögliche Therapie der Abhängigkeit von Heroin. Dole & Nyswander zeigten jedoch, dass Menschen, denen man als Alternative zu Heroin langfristig Methadon verabreichte und die folglich von diesem Opioid abhängig waren, dennoch in der Lage waren, ein geregeltes und produktives Leben zu führen. Die beiden Mediziner und Forscher schlossen daraus, dass es neben der Abstinenz auch andere Behandlungen der Heroinabhängigkeit gab, z.B. die medikamentöse Behandlung mit einem Opioid. Das hat nicht nur die Behandlung von Heroinabhängigkeit tiefgreifend verändert, es hat sich auch auf die Modellvorstellungen von Substanzabhängigkeit als Krankheit nachhaltig ausgewirkt.

Dole, V.P. & Nyswander, A. (1965): A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. Journal of the American Medical Association, 193, 646-650

NIH (National Institutes of Health) (1997): Effective medical treatment of opiate addiction. NIH Consensus Statement 15, 1-38

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J. & Kemp, J. (2005): Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458

Heute geht man davon aus (vgl. NIH 1997, McLellan et al. 2005), dass die Abhängigkeit von Opiaten bei einer relativ großen Gruppe von Betroffenen eine chronische Krankheit ist, die sehr oft einen komplexen Verlauf hat. Ist die Hauptdroge Heroin, bietet sich Methadon als ein Mittel der Wahl zur Behandlung dieser Erkrankung an. Wie bei allen chronischen Erkrankungen geht es nicht um eine kurzfristige, sondern um eine langfristige und nicht selten eine lebenslange medikamentöse Behandlung – in diesem Fall z.B. mit Methadon. Wenn nötig, wird diese durch ebenfalls langfristig angelegte psychosoziale Begleitung oder Beratung unterstützt. Die Veränderungen im Verständnis von Opiatabhängigkeit haben zu einer partiellen Entstigmatisierung der Krankheit und der Kranken beigetragen. Zumindest in New York hat das dazu geführt, dass der Anteil der gut ausgebildeten Ärzte, die in Methadonkliniken arbeiten, erheblich angestiegen ist. Folglich haben sich auch die Standards, die an eine gute Behandlung angelegt werden, erhöht.

Für die Klienten hat das sehr viele Vorteile mit sich gebracht. Zum einen ist die Eingangsdiagnostik verbessert worden. In vielen Kliniken gehören breit angelegte Untersuchungen des Gesundheitszustandes der Klienten zur Routine. Erhoben werden sowohl körperliche Krankheiten – HIV und hepatische Erkrankungen ebenso wie altersbedingte Krankheiten (z.B. Diabetes) – als auch zusätzliche psychische Störungen. Die Behandlung mit Methadon ist individualisiert worden und wird nach Bedarf bei der kombinierten Behandlung von anderen Krankheiten (Hepatitis C, Diabetes, komorbide psychische Störungen) entsprechend angepasst. All das hat zu einer Diversifizierung der Behandlungsprogramme geführt, die je nach der Klientel unterschiedliche Angebote machen und Schwerpunkte setzen. Dazu gehört auch die Versorgung von Opiatabhängigen, die 60 Jahre und älter sind – eine Gruppe, die ständig größer wird. Darüber hinaus sind in manchen Kliniken Patientenzirkel mit Patientensprechern etabliert worden, die Hand in Hand mit den Professionellen an der Verbesserung der Behandlung arbeiten.

Diese Entwicklungen haben auch für die Ärzte und psychosozialen Berater eine Reihe von Folgen. Insbesondere sind die Erwartungen an die Ausbildung gestiegen, ebenso die Anforderungen an die Qualitätskontrollen. Projekte und Programme, die am Markt bestehen wollen, müssen sich strengen Qualitätskontrollen unterwerfen und belegen, dass sich der Gesundheitszustand und die psychosoziale Lage derjenigen Klienten, die weder durch schwere körperliche Krankheiten wie AIDS/ Diabetes noch durch das Alter eingeschränkt sind, verbessert bzw. nicht verschlechtert.

Das alles trägt nachweislich zu einer Verbesserung der Versorgung bei, die trotz allen Veränderungen auch in New York optimiert werden kann.

---

## Interdependenz von Alkoholkonsum und Schmerzbewältigung im Alter

■ *Der Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkoholkonsum zur Bewältigung körperlicher Schmerzen gibt, wurde im Rahmen einer groß angelegten Längsschnittstudie der Universität Stanford (Palo Alto, CA, USA) zum Alkoholkonsum älterer Männer und Frauen (55 bis 65 Jahre bei erstem Erhebungszeitpunkt) nachgegangen.*

Brennan et al. (2005) interessieren sich dafür, ob Männer und Frauen mit problematischem Alkoholkonsum im Alter von mehr körperlichen Schmerzen und zur Bewältigung des Schmerzes von höherem Alkoholkonsum berichten, als es ältere



Verweis  
Brennan, P.L.; Schutte,  
K.K. & Moos, R.H.  
(2005): Pain and use  
of alcohol to manage  
pain: prevalence and  
3-year outcomes  
among older problem  
and non-problem  
drinkers. *Addiction*,  
100, 777-786.

Männer und Frauen ohne problematischen Alkoholkonsum tun. Außerdem wird untersucht, ob erhöhter Alkoholkonsum zur Schmerzbewältigung zum ersten Erhebungszeitpunkt noch stärkeren Alkoholkonsum und einen schlechteren Gesundheitszustand zu einem späteren Erhebungszeitpunkt nach sich zieht. Es wird beachtet, ob dieser Effekt in der Subgruppe der problematisch trinkenden Älteren größer ist als in der Vergleichsgruppe derjenigen Älteren ohne Alkoholprobleme.

Ausgehend von der Annahme, dass körperliche Schmerzen ein bedeutender Stress- und Belastungsfaktor sind, ist zu berücksichtigen, dass gerade ältere Personen gehäuft von chronischen Schmerzen berichten. Hinzu kommt, dass man davon ausgeht, dass bis zu 10% der älteren Menschen in den USA einen starken oder problematischen Alkoholkonsum aufweisen. Allgemein gilt, dass Personen mit problematischem Alkoholkonsum von einer größeren Anzahl an Belastungsfaktoren berichten als Personen ohne problematischen Alkoholkonsum. Die Autoren erwarten daher, dass ältere Personen mit problematischem Alkoholkonsum von größeren/ mehr körperlichen Schmerzen und einem größeren Alkoholkonsum zur Schmerzbewältigung berichten als ältere Personen ohne problematischen Alkoholkonsum.

Diese Annahme konnte bestätigt werden: 43% der Männer und 44% der Frauen mit problematischem Alkoholkonsum berichten von moderaten bis starken Schmerzen (30-Tages-Prävalenz), hingegen nur 28% der Männer und 33% der Frauen ohne problematischen Alkoholkonsum. Dieses Schmerzerleben schränkt 34% der Männer und 29% der Frauen mit problematischem Alkoholkonsum im Alltag ein. Hingegen fühlen sich nur 16% der Männer und 19% der Frauen ohne problematischen Alkoholkonsum im Alltag eingeschränkt.

38% der Problem-Trinker berichten, Alkohol zur Schmerzbewältigung einzusetzen. Im Gegensatz dazu geben nur 15% der Männer und 13% der Frauen ohne problematischen Alkoholkonsum an, Alkohol zur Schmerzbewältigung zu nutzen. Betrachtet man eine Subgruppe von Personen mit besonders starken Schmerzen, verstärkt sich dieser Kontrast erheblich. Für die gesamte Stichprobe gilt: je stärker die körperlichen Schmerzen, umso höher der Alkoholkonsum zur Schmerzbewältigung.

weiterführende  
Literatur

Moos, R.H.; Schutte,  
K.K.; Brennan, P.L. &  
Moos, B.S. (2004):  
Ten-year patterns of  
alcohol consumption  
and drinking problems  
among older women  
and men. *Addiction*,  
99, 829-838.

Die Ergebnisse zeigen, dass es einen engen und komplexen Zusammenhang zwischen problematischem Alkohol und Schmerzen im Alter gibt. Wer viele Schmerzen hat, neigt dazu, mehr Alkohol zu trinken, was wiederum zu mehr Schmerzen führen kann – oder umgekehrt. Sicher ist jedenfalls, dass ältere Personen mit problematischem Alkoholkonsum dazu tendieren, ihre Schmerzen mit Hilfe von Alkohol zu bewältigen. Diese Ergebnisse sind für Betreuer und Behandler von älteren Menschen wichtig, die in ihrem Arbeitsfeld darauf achten sollten, dass Schmerzgeplagte zur Schmerzabwehr andere Mittel als Alkohol einsetzen.

## 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](mailto: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](mailto:isff@fb4.fh-frankfurt.de)