

Forschungsbrief
Ausgabe 40 / Mai 2015

Inhalt

- **AWMF-Register Nr. 076-006 S3-Leitlinien
„Screening, Diagnostik und Behandlung des
schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“**
- **Sozialarbeit und die Implementierung von
evidenzbasierter Praxis**
- **Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im
(frühen) Jugendalter**



FORSCHUNGSBRIEF

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

AWMF-Register Nr 076-006 S3-Leitlinien „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“

Die neuen S3-Leitlinien zum Screening, der Diagnose und der Behandlung des Rauchens fassen empirisch geprüfte Verfahren und Methoden zusammen und entwickeln auf dieser Grundlage Behandlungsrichtlinien.

Verweis

<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/postufenklassifikation/klassifikation-s3.html>

„Tabakrauch gehört zu den gefährlichsten Substanzen mit psychotropen Inhaltsstoffen“ schreiben die 18 Autorinnen und Autoren im ersten Satz der neuen S3-Leitlinien zum Zigarettenrauchen. Die Leitlinien wurden von einem interdisziplinären Gremium nach einem festgelegten Verfahren erarbeitet. Die Empfehlungen zum Screening, zur Diagnostik und zur Behandlung von Raucher/-innen von Zigaretten sind empirisch begründet und im Konsensverfahren abgestimmt worden. Sie sind abgestuft in starke (soll), weniger starke (sollte) und mögliche (kann) Empfehlungen sowie Empfehlungen aufgrund von klinischen Erfahrungen (für die aktuell noch keine ausreichende empirische Evidenz vorliegt). Wir fassen im Folgenden die wichtigsten Ergebnisse dieser Leitlinie zusammen und nehmen dabei Bezug auf die Abstufungen der Empfehlungen.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf

Im Unterschied zu anderen Behandlungsleitlinien ist zu berücksichtigen, dass das Rauchen von Zigaretten per se keine Krankheit ist, sondern ein selbstschädigendes Verhalten. Aus der Perspektive der Prävention liegt dennoch ein „interventionsbedürftiger Zustand“ (S. 9) vor. Darüber hinaus erfüllt abhängiges Rauchen die Kriterien einer Suchtkrankheit, die Behandlung notwendig macht. Die Leitlinie bezieht sich daher auf alle Personen, die Zigaretten rauchen: sie alle sollen Unterstützungsangebote erhalten, die sie dazu motivieren sollen, mit dem Rauchen aufzuhören. Das Ziel aller Empfehlungen ist damit klar umrissen: es geht um Abstinenz.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006e_S3_Tabak_2015-01.pdf

In Kapitel 2 geben die Autorinnen und Autoren der Leitlinie einen Überblick über die Verwendung von zentralen Begriffen („schädlicher Gebrauch“, „Abhängigkeit“) und eine Phänomenologie des Zigarettenrauchens einschließlich möglicher durch Zigarettenrauchen verursachte Gesundheitskosten.

In Kapitel 3 geht es um die Diagnostik und die Dokumentation. Auf der Grundlage einer US-amerikanischen Leitlinie sollen alle Patientinnen und Patienten in ärztlichen Behandlungen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. „Ein effektives Screening leitet den Zugang zu wirksamen Interventionen (wie Kurzberatung und intensiver Behandlung) ein und liefert Hinweise zur Identifikation von je nach Rauchstatus und Ausstiegswilligkeit passenden Interventionen“ (S. 36). Raucher und Raucherinnen können zudem hinsichtlich des Grades der Abhängigkeit mit dem „Fagerström Test für Zigarettenabhängigkeit“ getestet werden. Es handelt sich um das derzeit am besten untersuchte Instrument weltweit. Das Ergebnis des unspezifischen Screenings und des Fagerström-Tests soll in der Akte der Patientinnen und Patienten dokumentiert werden.

In Kapitel 4 wird die Behandlung von schädlichem und abhängigem Tabakkonsum dargestellt. An erster Stelle einer Behandlungskette stehen die Kurzinterventionen allein oder in Kombination mit einer Motivationsbehandlung. Beide Verfahren sind sehr gut empirisch geprüft. Raucher und Raucherinnen sollen Kurzinterventionen im medizinischen Setting oder als telefonische Beratung erhalten. Zur Ausgestaltung der Beratung liegen verschiedene Ansätze vor, die sich alle bewährt haben. Auch die Motivierende Gesprächsführung hat sich bewährt, ist

aber anderen Interventionsformen nur sehr leicht überlegen. Empfehlenswert ist die Kombination der Kurzberatung mit Hinweisen und Materialien für weitergehende Behandlungen.

Eine Schadensminderungsempfehlung wie die E-Zigarette als Mittel zum Ausstieg aus dem Zigarettenrauchen soll nicht empfohlen werden, da nicht belegt ist, dass diese Behandlung wie gewünscht wirkt. Jedoch sollten Raucher und Raucherinnen, die ihren Tabakkonsum nicht aufgeben können, Hilfestellungen zur Reduktion des Konsums angeboten werden. Dazu zählen psychotherapeutische Interventionen wie verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppentherapien, die sich als Behandlungen bewährt haben und grundsätzlich zu empfehlen sind. Keine Belege für die Wirksamkeit liegen für psychodynamische Therapieverfahren, die Hypnotherapie und die Akupunktur vor. Nicht bewährt hat sich die Aversionstherapie, die nicht eingesetzt werden sollte. Je nach Lage und Fall soll die Kurzberatung und die Verhaltenstherapie mit einer Nikotinersatztherapie (Pflaster, Kaugummi, Mundspray etc.) gekoppelt werden. Die Wirksamkeit der Ersatztherapie ist in einer Reihe von Studien nachgewiesen worden; sie erhöht nachweislich „die langfristigen Aussichten auf dauerhafte Abstinenz“ (S. 103). Der Einsatz anderer Medikamente zur Entwöhnung wird unter Abwägung der Chancen und Risiken ausführlich dargestellt (S. 103-111).

In einem weiteren Abschnitt werden die bislang dargestellten Empfehlungen für Jugendliche, Frauen und schwangere Frauen sowie ältere Personen überprüft. Kurzinterventionen und verhaltenstherapeutische Verfahren werden für alle Personengruppen empfohlen, wobei eine Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe sinnvoll und notwendig ist. Der Einsatz von Medikamenten ist jedoch sowohl bei Jugendlichen wie bei Schwangeren und bei älteren Personen schwierig und muss entsprechend abgewogen werden. Besondere Herausforderungen an die Behandlung stellen Raucherinnen und Raucher mit somatischen oder zusätzlichen psychischen Erkrankungen dar. Das gilt vor allem für Personen mit Lungenerkrankungen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Durchweg wird Rauchstopp empfohlen und eine entsprechende Unterstützung durch kurz- oder langfristige psychotherapeutische Interventionen. Wie weit bei diesen Erkrankungen eine medikamentöse Unterstützung bei der Behandlung eingesetzt werden kann, hängt vom Einzelfall ab.

Bei psychischer Komorbidität, insbesondere bei Depressionen „soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z.B. Stimmungsmanagement) empfohlen werden“ (S. 209f), je nach Fall in Kombination mit einer Nikotinersatztherapie. Ähnliches gilt bei Schizophrenie, jedoch sind die Interventionen weniger gut überprüft wie bei Depressionen. Die Behandler/-innen sollten daher auf unerwünschte Wirkungen achten und flexibel auf diese reagieren.

Abschließend gehen die Autorinnen und Autoren darauf ein, unter welchen Bedingungen die Empfehlungen umgesetzt werden sollen. Kurzinterventionen und Motivationsbehandlungen sollen durch geschulte Berufsgruppen im Gesundheitswesen in Krankenhäusern, ärztlichen Praxen, Beratungsstellen und z.B. auch in Betrieben durchgeführt werden, verhaltenstherapeutische Interventionen durch entsprechend ausgebildete Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen. Es wäre in der Tat viel gewonnen, wenn diese Empfehlungen zur Implementierung der Tabakleitlinie in die Praxis zügig umgesetzt würden.

Sozialarbeit und die Implementierung von evidenzbasierter Praxis

Evidenzbasierte Forschung und evidenzbasierte Praxis sind Reizwörter im Diskurs der deutschen Sozialarbeit. Eine Studie aus Australien und eine aus den USA setzen sich mit den Problemen auseinander, auf die die Einführung von neuen Verfahren stoßen, die sich als wirksam erwiesen haben.

Verweis
Otto H.-U., Polutta A.,
Ziegler H. (Hrsg.)
(2010): *What Works –
Welches Wissen
braucht die Soziale
Arbeit?* Opladen,
Barbara Budrich.

Seit gut 10 Jahren diskutiert man in der deutschen Sozialarbeit die Nach- und Vorteile einer evidenzbasierten Forschung und einer davon abgeleiteten Praxis. Auf diese Auseinandersetzung soll hier nicht eingegangen werden. Sie spiegelt jedoch eine generelle Skepsis gegenüber der Wirkungsforschung wider und eine eher ablehnende Haltung gegenüber ihren Ergebnissen.

Gray, M., Joy, E.,
Plath, D. & Webb, S.A.
(2014): *Opinions
about evidence: A
study of social work-
ers' attitudes towards
evidence-based prac-
tice.* *Journal of Social
Work, 14(1), 23-40.*

Gray und Mitarbeiter/-innen (2014) haben mit Hilfe eines online-Fragebogens die Einstellungen von australischen Sozialarbeiter/-innen zur evidenzbasierten Praxis genauer untersucht, ebenso ihre Bereitschaft, als wirksam beschriebene Verfahren in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Von den mehr als 7000 Sozialarbeiter/-innen, die in der Australian Association of Social Workers akkreditiert sind, haben nur 428 den Fragebogen bearbeitet und nur 364 Antworten konnten in der Auswertung berücksichtigt werden. Insgesamt ergibt sich, dass 80 % der Antwortenden positiv zu einer evidenzbasierten Praxis der Sozialarbeit eingestellt ist, dass 82 % die Ergebnisse entsprechender Forschungen für nützlich hält und glaubt, dass die Klientinnen und Klienten davon profitieren. 65 % geben an, dass sie in den letzten zwei Jahren ihre Praxis im Umgang mit ihrer Klientel verändert haben aufgrund neuer Forschungsergebnisse.

In dieser Gruppe befinden sich ein vergleichsweise hoher Anteil an Führungspersonal und ein geringerer an Praktiker/-innen. Abgesehen von diesen insgesamt recht positiven Ergebnissen weisen eine Reihe von Antworten auch auf eine erhebliche Skepsis der Befragten hinsichtlich des Konzepts der evidenzbasierten Praxis sowie des Nutzens von Forschungsergebnissen für die Praxis hin. Die Praktiker befürchten, dass die evidenzbasierten Verfahren zum Teil irrelevant und unnützlich sowie nicht gut anzuwenden sind, und dass der gesamte Beratungsprozess dadurch stark formalisiert wird. Diese Befunde sprechen dafür, dass der Forschungs-Praxis-Transfer nicht ganz einfach ist.

Berger, L.K., Otto-
Salaj, L.L., Stoffel,
V.C., Hernandez-
Meier, J. & Gromoske,
A.N. (2009): *Barriers
and facilitators of
transferring research
to practice: An ex-
ploratory case study
of Motivational Inter-
viewing.* *Journal of
Social Work Practice in
the Addictions, 9(2),
145-162.*

Die Studie von Berger und Mitarbeiterinnen (2009) belegt am Beispiel der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI), wie schwierig eine solche Implementierung in die Praxis sein kann. MI ist empirisch gut geprüft und hat sich als effektive Methode der Gesprächsführung in Kurzinterventionen und der Motivationsarbeit erwiesen. In einer Suchthilfeinstitution in den USA wurde Beratern und Case Managern eine Schulung in MI für insgesamt 2 Tage angeboten sowie eine Art Fortbildung in der Praxis mit Einzelfallbesprechungen und Supervision. Nach Beendigung der Schulungen wurden die Praktiker/-innen danach gefragt, welche Barrieren sie sehen, die einer Einführung von MI in den Arbeitsalltag entgegenstehen. An erster Stelle steht Zeitmangel. Die Praktiker/-innen sagen, dass sie ohnehin durch andere Anforderungen be- und überlastet sind, insbesondere durch Dokumentation.

Daher stehen 60 % einer Implementierung von MI in die Kommunikation mit ihrer Klientel eher skeptisch gegenüber. Es handelt sich um die Praktiker/-innen, die mit ihrer Arbeit insgesamt eher unzufrieden sind und die Neuerungen eher skeptisch gegenüber stehen. Immerhin sagen 40 %, dass sie sich vorstellen können, MI in ihre Alltagsarbeit zu integrieren. Diejenigen, die an den zusätzlich

angebotenen Fortbildungen teilgenommen haben, haben die höchste Bereitschaft, MI in ihre Praxis zu integrieren.

Fokus-Gruppen- Interviews mit der Klientel wiederum weisen darauf hin, dass diese MI gut finden, weil sie eher zu Wort kommen und ihre Anliegen besser vortragen können. Aus der Sicht der Klientel wäre es also wünschenswert, wenn alle Praktiker/-innen die Motivierende Gesprächsführung übernehmen würden. Dazu bedarf es aber noch weiterer Überzeugungsarbeit.

Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im (frühen) Jugendalter

Das Erlernen risikoarmer oder eher riskanter Konsummuster im Umgang mit psychoaktiven Substanzen findet meist in der Lebensphase Jugend statt. Daten aus mehreren Erhebungswellen der deutschlandweiten KIGGS-Studie und der internationalen HBSC-Studie deuten darauf hin, dass sich der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis in den ersten zehn Jahren des 21. Jahrhunderts eher rückläufig entwickelt hat.

Verweis

Allgemeine Informationen zur HBSC-Studie:
www.hbsc.org
www.hbsc-germany.de

Im Rahmen der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), werden alle vier Jahre Daten zum Gesundheitszustand und zum gesundheitsrelevanten Verhalten 11-, 13- und 15-Jähriger Schülerinnen und Schüler erhoben. An der Studie, die unter der Schirmherrschaft der WHO steht, beteiligen sich bis zu 40 Länder in Europa und Nordamerika mit eigenen Datenerhebungen in Schulklassen. Bei der HBSC-Studie steht der Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Drogen keineswegs im Mittelpunkt, sondern wird als einer von mehreren Gesundheits- und Risikoverhaltensbereichen wie z.B. Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, aggressives Verhalten und Freizeitverhalten verstanden. Inzwischen liegen nicht nur Querschnittsberichte für einzelne Erhebungswellen vor, sondern auch Trendanalysen für die Jahre von 2002 bis 2010.

de Looze, M. et al. (2015). Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 2), 69-72. □

Einer solchen Trendanalyse für 28 Länder zufolge ging der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken, von 2002 bis 2010 in 20 der 28 Länder zurück (de Looze et al. 2015). Dabei zeigen sich große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern: So ging der – in der Alters- und Geschlechtsverteilung angeglichen – Anteil der Schülerinnen und Schüler mit wöchentlichem Alkoholkonsum in Italien von 24,1 % auf 12,1 %, in Ungarn von 15,7 % auf 10,4 %, in Deutschland von 13,3 % auf 6,5 % und in den USA von 7,6 % auf 4,7 % zurück. Von den acht Ländern, in denen sich dieser rückläufige Trend nicht zeigt, liegen sechs in Osteuropa. Gründe für diese Ausnahmen könnten in dem starken Wohlstandswachstum in dieser Region in diesem Zeitraum liegen. Der Rückgang des wöchentlichen Alkoholkonsums in den anderen 20 Ländern betrifft Mädchen und Jungen gleichermaßen.

Hublet, A. et al (2015): Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 25, Supplement 2, 2015, 73–75.

Auch beim Tabakkonsum und beim Cannabiskonsum zeigen sich in den HBSC-Daten zwischen 2002 und 2010 rückläufige Tendenzen (Hublet et al. 2015). Hierzu wurden nur die Daten der 15-Jährigen analysiert. Die 28 Länder wurden einem verbreiteten Schema folgend nach der Art ihres Wohlfahrtssystems aufgeteilt. Dabei wurde Deutschland zusammen mit Österreich, Belgien, Frankreich, der Schweiz und den Niederlanden in der „Bismarck-Gruppe“ zusammengefasst. In dieser Gruppe hat der Anteil der 15-Jährigen, die Zigaretten rauchen oder Cannabis konsumieren, von 2002 bis 2010 signifikant abgenommen. Vergleichbare Veränderungen zeigen sich auch in den anderen Ländergruppen. Für Osteuropa ist keine eindeutige Tendenz zu erkennen. Der Anteil der (jährlichen)

Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten ist in Nordamerika mit über 26,8 % am höchsten (Bismarckgruppe: 16,7 %), der Anteil der (wöchentlichen) Zigarettenraucher/innen liegt hingegen in Osteuropa mit 22,1 % am höchsten (Bismarckgruppe: 18 %). Auswertungen der deutschen HBSC-Datensätze bestätigen diese Trends (Richter et al. 2012). Interessant ist, dass dieser Rückgang beim Alkohol, Tabak- und Cannabiskonsum den HBSC-Autoren zufolge konsistent ist mit einem allgemeinen Rückgang riskanten Verhaltens in der frühen Jugendzeit, der sich auch bei riskantem Sexualverhalten und aggressivem Verhalten zeigt (de Looze et al. 2015).

Richter, M., Pfortner, T.-K., Lampert, T. und das HBSC-Team Deutschland. (2012): *Veränderungen im Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen im Zeitraum von 2002 bis 2010 in Deutschland. Gesundheitswesen, 74 (Supplement 1), S42-S48.*

In eine ähnliche Richtung gehen auch die Ergebnisse zum Alkohol- und Tabakkonsum der KIGGS-Studie. Dabei handelt es sich um eine Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, die seit 2003 durchgeführt wird, mehrere Erhebungswellen und eine Kohortenstudie integriert und inzwischen Bestandteil des alle Altersgruppen umfassenden Gesundheitsmonitorings des Robert-Koch-Instituts ist. Das KIGGS-Erhebungsinstrument enthält wiederum verschiedene Fragen zum Gesundheitszustand und zum gesundheitsbezogenen Verhalten, darunter auch Fragen zum Alkohol- und Tabakkonsum, nicht aber zum Cannabiskonsum. In einer aktuellen Veröffentlichung werden Daten der KIGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) mit Daten der KIGGS-Welle 1 (2009 – 2012) für die Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen verglichen. Der KIGGS-Welle 1 zufolge rauchen 12 % der Jugendlichen zumindest gelegentlich und 7,4 % mindestens wöchentlich. In der Basiserhebung (2003 – 2006) lag der Anteil der gelegentlichen Raucher/-innen noch bei 20,4 % und der Anteil der wöchentlichen Raucher/innen bei 16,2 %. Auch die Werte für den täglichen Tabakkonsum sind zurückgegangen, und zwar von 13,3 % auf 5,4 %.

Lampert, T., Kuntz, B. (2014): *Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Bundesgesundheitsblatt 2014, 57:830–839.*

Beim Zigarettenrauchen zeigen sich kaum geschlechtsspezifische Unterschiede, wohl aber Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status. Für beide Geschlechter gilt: je niedriger der sozioökonomische Status, umso höher ist der Anteil der Raucherinnen und Raucher. Teilt man alle Jugendlichen ihrem sozioökonomischen Status nach in drei Gruppen auf, so liegt der Anteil der täglichen Raucher/-innen in der Gruppe mit niedrigem sozioökonomischen Status mehr als doppelt so hoch wie in der Gruppe mit hohem sozioökonomischen Status. Auch beim Alkoholkonsum sind die Zahlen rückläufig: Die Lebenszeitprävalenz ging zwischen der Basiserhebung der Welle 1 von 62,8 % auf 54,4 % zurück. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es bei der Lebenszeitprävalenz kaum. Die über den sozioökonomischen Status gemessenen schichtspezifischen Unterschiede sind geringer ausgeprägt – und weisen in die umgekehrte Richtung. Jungen und Mädchen mit einem höheren sozioökonomischen Status trinken eher Alkohol als Jungen und Mädchen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status.

Allgemeine Informationen zur KIGGS-Studie: www.kiggsstudie.de

Es liegt nahe, über einen Zusammenhang des Rückgangs des Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsums und zum Beispiel in den Bismarck-Ländern vermehrten Präventionsaktivitäten in den ersten zehn Jahren dieses Jahrhunderts zu spekulieren. Ein kausaler Bezug wird sich aber nur schwer belegen lassen.

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,
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF),
Frankfurt University of Applied Sciences, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fh-frankfurt.de
Prof. Dr. Martin Schmid,
Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de