




## **Inhalt**

-  **Rauchen kann tödlich sein – Smoke is die!**
-  **Ergebnisse aktueller Katamnese Studien**
-  **Trauma und Sucht:  
Konsequenzen für die Behandlung?!**

#### Rauchen kann tödlich sein – Smoke is die!

*Dass Rauchen ungesund ist, ist allgemein bekannt. Dennoch rauchen weltweit Millionen Menschen. Neuere Studien zeigen, dass der Einstieg in das Rauchen durch Rollenvorbilder in Filmen mitgebahnt wird, und dass der Ausstieg aus dem Rauchen sowohl kurzfristige wie langfristige positive Effekte hat.*

#### Verweis

Hahnewinkel, R., Blomke, S. & Sargent, J. D. (2012): Rauchen in Filmen und Etablierung des Rauchens im Jugendalter. In: Gesundheitswesen 74, 476-484.

Maruska, K. & Hahnewinkel, R. (2010): Der Einfluss des Rauchens in Filmen auf Kinder und Jugendliche: Eine systematische Übersichtsarbeit. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 53, 186-195.

Hahnewinkel, R. et al. (2012): Smokers' attitude and intention to quit after seeing a movie with smoking. Sucht, 58(5), 327-331.

Pirie, K. Peto, R., Reeves, G.K., Green, J., Beral, V. for the Million Women Study Collaborators (2012): The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. The Lancet, Published online October 27, 2012,

Vorbilder spielen beim Einstieg in den Konsum von Zigaretten (und Alkohol) eine große Rolle. Vorbilder sind auch Schauspieler und Schauspielerinnen. Wir gehen heute davon aus, dass Szenen in Filmen, in denen geraucht wird, bei Raucherinnen und Rauchern den Wunsch nach einer Zigarette verstärken. Diese Szenen beeindrucken sowohl Jugendliche zwischen 10 und 16 Jahren als auch Erwachsene. In Schleswig-Holstein wurden entsprechende Effekte mit 4.112 Schülerinnen und Schülern genauer untersucht. Die erste Untersuchung fand im Jahr 2005 statt. Jugendliche wurden unter anderem nach ihren Rauchgewohnheiten und ihren Erfahrungen mit Filmen, in denen geraucht wird, befragt.

Dasselbe Verfahren wurde im Jahr 2006 angewendet. Die Ergebnisse zeigen zum einen, dass im Laufe dieses einen Jahres 272 Jugendliche mit dem „etablierten Rauchen“ (definiert als Konsum von mehr als 100 Zigaretten im Leben) angefangen haben. Zum anderen findet sich ein nahezu linearer „Zusammenhang zwischen der Exposition mit Tabakrauchereignissen in Filmen und der Initiierung des etablierten Rauchens bei Jugendlichen“ (Hahnewinkel et al., 2012, S. 480). Die Autoren schließen daraus, dass „das Rauchen in Filmen die Etablierung des Rauchens in der Adoleszenz prognostiziert“ (S. 481).

Diese Befunde werden gestützt durch Erhebungen im Rahmen eines natürlichen Experiments mit 4.073 Kinobesuchern, von denen 645 Raucher und Raucherinnen waren. Hatten die Kinobesucher Filme gesehen, in denen geraucht worden war, war ihre Einstellung zum Rauchen positiver als bei Zuschauern, die keine Raucherszenen gesehen hatten. Diese Effekte waren besonders ausgeprägt in der Gruppe der 14-17-jährigen Kinobesucher.

In Großbritannien hat man in einer groß angelegten prospektiven Studie untersucht, wie sich Rauchen und Rauch-Stopp auf die Lebenserwartung auswirkt. Dafür eignen sich Frauen als Untersuchungsgruppe besonders gut, weil der Anteil der Raucherinnen erst bei den Frauen massiv ansteigt, die um 1940 geboren worden sind. Herangezogen wurden die Daten der Million Women Study, die vom National Health Service im Rahmen des Brust-Screening-Programms (NHSBSP) in den Jahren 1996-2001 angeschrieben und rekrutiert worden sind, und die sich einverstanden erklärt haben, an der prospektiven Studie für 8 (und mehr) Jahre teilzunehmen. Für alle Studienteilnehmerinnen wurden im Beobachtungszeitraum Mortalitätsstatistiken gesammelt mit Angaben zu den Todesursachen (nach ICD). Von den insgesamt 1.2 Millionen Frauen waren zu Beginn der Studie 20 % aktuelle Raucherinnen, 28% waren Ex-Raucherinnen und 52% haben niemals geraucht. Im Zeitraum von 12 Jahren lag die Mortalitätsrate bei diesen Raucherinnen bei 2.76 – obwohl fast die Hälfte in dieser Gruppe während dieser 12 Jahre das Rauchen eingestellt hatte.

Die Mortalitätsrate derjenigen, die weiterrauchten, lag noch höher (2.88-3.07). In diesen Gruppen lag die Wahrscheinlichkeit, an den Folgen des Lungenkrebses zu sterben, bei 21.4. Vergleicht man die Todesursachen der Raucherinnen mit denen der Frauen, die niemals geraucht haben, ergibt sich darüber hinaus, dass

die Mehrzahl der Sterbefälle mit Krankheiten assoziiert sind, die durch Rauchen mitverursacht werden wie chronische Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfälle. Konfundierende Faktoren wie zum Beispiel Übergewicht und hoher Blutdruck wurden nicht gefunden. Auch Differenzen zwischen diesen beiden Gruppen hinsichtlich des Konsums von alkoholischen Getränken, physischer Aktivität und ökonomischem Status können die Übersterblichkeit, die auf das Rauchen zurückgeführt werden kann, nicht erklären. Insgesamt genommen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass zwei Drittel aller Todesursachen bei den Raucherinnen ab dem 50. Lebensjahr durch Rauchen verursacht bzw. mitverursacht sind, und dass ihre Lebenserwartung im Durchschnitt um 11 Jahre verkürzt ist.

Frauen, die bis zum 34. Lebensjahr bzw. bis zum 44. Lebensjahr mit dem Rauchen aufgehört hatten, haben ein erhöhtes Sterberisiko für alle Todesursachen von 1.05 und 1.20 und für Lungenkrebs von 1.84 und 3.34. Diese Daten belegen, dass Frauen, die mit dem Rauchen aufhören, einen gesundheitlichen Gewinn haben. Dieser ist bei Frauen, die im 4. Lebensjahrzehnt aufhören zu rauchen, nachweislich grösser als bei denen, die im 5. Lebensjahrzehnt aufhören. Das heißt nicht, dass Rauchen bei Frauen bis in das Alter von 40 Jahren unproblematisch ist; vielmehr ist ihr Risiko, vorzeitig zu sterben, im Vergleich zu den Nie-Raucherinnen in allen Altersgruppen 3-mal so hoch. Kurz: Nie-Rauchen ist optimal. Frauen, die das nicht schaffen, sollten jedoch so schnell wie möglich aufhören zu rauchen, auf jeden Fall jedoch im 5. Lebensjahrzehnt. In eine ähnliche Richtung gehen die Ergebnisse einer Studiengruppe um Glantz, die zeigen kann, dass sich Rauchverbote (am Arbeitsplatz, in Restaurants usw.) sehr schnell auswirken: Studien, die nach Einführung entsprechender Gesetze durchgeführt wurden, ergeben, dass die Krankenhausaufnahmen für Krankheiten, die mit Rauchen assoziiert sind (wie Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfälle) systematisch abnehmen.

Tan, C. E. & Glantz, S. (2012): Association between smoke-free legislation and hospitalization for cardiac, cerebrovascular, and respiratory diseases. A meta-analysis. In: *Circulation*, 126, 2177-2183.

## Ergebnisse aktueller Katamnese Studien

*Der Fachverband Sucht e.V. und der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. haben im Jahr 2012 aktuelle Katamnese Daten zur Suchtrehabilitation in verschiedenen Settings vorgelegt. Ein Jahr nach Behandlungsende sind deutlich mehr als 40 % der Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen – zum Teil nach Rückfällen – abstinent. Bei illegalen Drogen liegt dieser Anteil nach wie vor deutlich niedriger.*

### Verweis

Nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) lassen sich vier verschiedene Abstinenzquoten berechnen, die sich auf jeweils unterschiedliche Patientengruppen (z.B. in der Katamnese erreichte oder planmäßig entlassene Patienten) beziehen. Die wichtigste Berechnungsform (DGSS 4) umfasst alle im Bezugsjahr entlassenen Patienten, die die Behandlung zumindest begonnen hatten („intention to treat“). Diese Berechnungsform ergibt jeweils niedrigere Ergebnisse als die anderen, da hierbei alle, die nicht an der Katamnesebefragung teilgenommen haben, als rückfällig und nicht abstinent betrachtet werden und auch Therapieabbrecher berücksichtigt werden. Sie eignet sich aber am besten, um Ergebnisse verschiedener Katamneseuntersuchungen zu vergleichen. Als abstinent gilt, wer im Katamnesezeitraum keinen Alkohol, keine Drogen und keine psychoaktiven Medikamente konsumiert hat. Ebenfalls als erfolgreich bewertet wird die Kategorie „Abstinent nach Rückfall (30 Tage)“.

Missel, P. et al. (2012): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamenten-abhängige. In: *Sucht Aktuell* 1/2012, 16-27.

Missel, P. et al.  
(2012): ): Effektivität  
der ambulanten  
Suchtrehabilitation –  
FVS-Katamnese des  
Entlassjahrgangs 2009  
von Ambulanzen für  
Alkohol- und Medi-  
kamentenabhängige.  
In: Sucht Aktuell  
1/2012, 28-35.

Die Gesamtstichprobe der Katamneseuntersuchung des Fachverbandes Sucht e.V. zur stationären Suchtrehabilitation besteht aus 10.961 Behandlungen, die 2009 in 18 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige durchgeführt wurden. 69,8 % davon waren Männer und 30,2 % Frauen; das Durchschnittsalter lag bei 45,7 Jahre. Die Hauptdiagnose bezog sich bei 95 % auf Alkohol. Knapp die Hälfte wurde von einer Suchtberatungsstelle in die Fachklinik vermittelt, die anderen durch Krankenhäuser, Ärzte, Kosten- und Leistungsträger oder andere Institutionen. Fast 14 % hatten direkt mit der Klinik Kontakt aufgenommen. 85,4 % der Behandlungen wurden planmäßig beendet. Von diesen 10.961 Patientinnen und Patienten beteiligten sich 6.414 an der Katamnese. Das entspricht einem Rücklauf von 58,5 %.

Schneider, B. et al.  
(2012): ): Effektivität  
der Ganztägig Am-  
bulanten Suchtreha-  
bilitation – Fachver-  
band Sucht-  
Katamnese des Ent-  
lassjahrgangs 2009  
aus Einrichtungen  
Alkohol- und Medi-  
kamentenabhängige.  
In: Sucht Aktuell  
1/2012, 36-45.

Nach dem oben erwähnten Berechnungsmodus (DGSS 4) lebten 35 % im Jahr nach der Entlassung abstinent und weitere 10,1 % waren nach einem Rückfall seit mindestens 30 Tagen abstinent. Die katamnestiche Erfolgsquote liegt bei 45,1 %. Bei Frauen ist diese Erfolgsquote leicht höher als bei Männern, bei über 40-Jährigen deutlich höher als bei Jüngeren, bei planmäßig Entlassenen mehr als doppelt so hoch wie bei unplanmäßig Entlassenen und bei einer Behandlungsdauer von 12-16 Wochen signifikant größer als bei kürzeren oder längeren Behandlungszeiten. Erwerbstätige leben signifikant häufiger abstinent als Erwerbslose, und eine feste Partnerschaft hat ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Erfolgsquote. Unklar bleibt, warum die Erfolgsquote über die letzten 10 Jahre zurückgegangen ist, obgleich sich die durchschnittliche Behandlungsdauer nur geringfügig verändert hat.

Bundesverband für  
stationäre Sucht-  
krankenhilfe e.V.  
(2012): Auswertung  
der Katarnesedaten  
zum Entlassungs-  
jahrgang 2010 – Al-  
kohol-Einrichtungen.  
[www.suchthilfe.de/  
themen/statistik.php](http://www.suchthilfe.de/themen/statistik.php)

Die Katarnesestudie zur ambulanten Suchtrehabilitation des Fachverbandes Sucht e.V. umfasst Daten aus acht ambulanten Einrichtungen mit insgesamt 445 im Jahr 2009 abgeschlossenen Behandlungen, von denen sich 303 (68,1 %) an der Katarnesebefragung beteiligt haben. Der Frauenanteil ist in der ambulanten Rehabilitation mit 36,4 % im Vergleich zur stationären Rehabilitation (30,2 %) leicht erhöht. Auffällig ist der deutlich größere Anteil an Erwerbstätigen (bei Aufnahme) in der ambulanten (54,6 %) im Vergleich zur stationären Rehabilitation (38,6 %). Ein Jahr nach Behandlungsende leben – wiederum berechnet nach dem DGSS 4 Standard - 38,9 % der Patientinnen und Patienten abstinent und weitere 9,9 % sind nach einem Rückfall seit mindestens 30 Tagen abstinent. Die Erfolgsquote liegt somit bei 48,8 % und demnach leicht höher als in der stationären Rehabilitation.

Bundesverband für  
stationäre Sucht-  
krankenhilfe e.V.  
(2012): Auswertung  
der Katarnesedaten  
zum Entlassungs-  
jahrgang 2010 – Drogen-  
Einrichtungen.  
[www.suchthilfe.de/  
themen/statistik.php](http://www.suchthilfe.de/themen/statistik.php)

Für die Katarneseuntersuchung zur „Ganztägigen Ambulanten Suchtrehabilitation“ wurden Daten von 279 Entlassenen aus fünf Tageskliniken berücksichtigt, von denen 164 die Katarnesefragebogen ausgefüllt haben (58,8 %). Die Patientinnen und Patienten in diesem Behandlungssetting unterschieden sich wiederum deutlich von Patientinnen und Patienten in stationärer oder ambulanter Rehabilitation. So leben z.B. 48,2 % in der stationären Rehabilitation und 55,5 % in der ambulanten Rehabilitation bei Aufnahme in einer festen Beziehung. In der Ganztägigen Ambulanten Rehabilitation sind dies nur 39,4 %. Die mittlere Abhängigkeitsdauer ist in der Ganztägigen Ambulanten Rehabilitation deutlich niedriger als in den anderen Untersuchungen. Zum Katarnesezeitpunkt waren – berechnet nach DGSS 4 - 33,3 % dauerhaft abstinent und 9,7 % nach einem Rückfall mindestens 30 Tage abstinent, was sich zu einer Erfolgsquote von 43 % addiert. Zu diesen Zahlen passen auch die Daten, die der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenilfe e.V. für den Entlassjahrgang 2010 vorgelegt hat. Diese Stichprobe umfasst Fachkliniken und Tageskliniken. Für die Berechnungen nach DGSS 4 wurden wie beim Fachverband Sucht e.V. nur Einrichtungen mit

Fischer, M. et al. (2007): *Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen („Drogenkatamnese“)* – Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. In: *Sucht Aktuell* 2/2007, 37-46.

einer Rücklaufquote von mindestens 45 % berücksichtigt. Danach waren von insgesamt 3.922 im Jahr 2010 entlassenen Patientinnen und Patienten zum Katamnesezeitpunkt 33,5 % dauerhaft abstinent und weitere 9,2 % abstinent nach Rückfall, sodass die Erfolgsquote insgesamt bei 42,7 % liegt.

Deutlich anders fallen die Katamneseergebnisse in Bezug auf illegale Drogen aus. Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. hat dazu Daten zu 1.393 stationären Behandlungen aus 12 Kliniken veröffentlicht. 54,7 % davon haben ihre Behandlung planmäßig beendet. Der Rücklauf ist mit 21,2 % erheblich niedriger als in den Alkoholeinrichtungen, so dass das Qualitätskriterium für den Mindestrücklauf (45 % bei Alkoholeinrichtungen) auf 10 % festgelegt wurde. Das hat Auswirkungen auf die Abstinenzquote, die insgesamt bei 11,7 % liegt (8,1 % dauerhaft abstinent und 3,6 % mindestens 30 Tage abstinent nach Rückfall). Eine etwas ältere Katamnese studie zur stationären Rehabilitation bei 429 Drogenabhängigen hatte bei einer doppelt so hohen Rücklaufquote von 41,5 % eine katamnestiche Erfolgsquote von 21,5 % (14,4 % abstinent und 7,1 % abstinent nach Rückfall) ergeben (Fischer et al. 2007). An die Behandlungsergebnisse der stationären oder ambulanten Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit kommt die stationäre Rehabilitation bei illegalen Drogen in beiden Untersuchungen nicht heran.

## Trauma und Sucht: Konsequenzen für die Behandlung?!

Die Forschung belegt mit immer neuen Studien, dass Trauma und Sucht sehr häufig gemeinsam auftreten. Besonders hoch sind die Zahlen für chronische Traumatisierung und Komorbidität mit einer Post-Traumatischen Belastungs-Störung in Populationen mit Süchtigen. Das sollte in der Behandlung von Süchtigen berücksichtigt werden.

### Verweis

Simpson, T. L. & Miller, W. R. (2002): *Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review.* In: *Clinical Psychology Review*, 22, 27-77.

Potthast, N. & Catani, C. (2012): *Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie.* In: *Sucht*, 58(4), 227-235.

Khantzian, E. J. (1985): *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence.* In: *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

In den USA geht man davon aus, dass bei süchtigen Männern die Prävalenzraten für sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Jugend zwischen 0,9% bis 54,5% und für körperlichen Missbrauch zwischen 7% und 90% liegen. Für süchtige Frauen findet man folgende Werte: sexueller Missbrauch 9,6% bis 83%, körperlicher Missbrauch 19% bis 67%. Vergleicht man diese Ergebnisse mit Daten aus repräsentativen Stichproben, die zwischen 14% und 20% liegen, wird deutlich, dass der Anteil der Süchtigen mit entsprechenden traumatischen Lebensereignissen sehr hoch liegt. Auch deutsche Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen, wenngleich die Angaben zu Gewalterfahrungen (sexuelle ebenso wie körperliche und emotionale Gewalt) in Populationen von Süchtigen meist niedriger ausfallen als in den US-amerikanischen Studien. Das hat wahrscheinlich weniger mit den Fakten zu tun, sondern mehr mit dem methodischen Vorgehen, das in Deutschland weniger ausdifferenziert ist als in den USA.

Zur Erklärung des Zusammenhangs von chronischer Traumatisierung bzw. von Post-Traumatischen Belastungs-Störungen (PTBS) und substanzbezogenen Störungen hat sich die Selbstmedikationshypothese durchgesetzt (Khantzian, 1985). Das Modell, das dieser Hypothese zugrunde liegt, geht davon aus, dass die Traumata, die nach einer Gewalteinwirkung entstanden sind, von den Betroffenen nicht verarbeitet werden können. Besonders fehlt ihnen die Unterstützung durch nahestehende Personen (zum Beispiel der Mutter, wenn der Vater derjenige ist, der gegen das Kind sexuelle oder körperliche Gewalt ausübt). Aus der akuten traumatischen Belastung entwickelt sich die chronische Belastungs-Störung, eben die PTBS. In der Folge davon kommt es zu Intrusionen, zum Beispiel als Flashbacks, die mit einem Hyperarousal verbunden sind, zum Beispiel als

Henslee, A. M. & Coffey, S. F. (2010): *Exposure therapy for post-traumatic stress disorder in a residential substance use treatment facility*. In: *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 34-40.

Schäfer, I. et al. (2011): *Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung*. In: *Sucht*, 57(5), 353-361.

Todesängste. Diese Erlebnisse generalisieren relativ schnell und bestimmen mit negativen Gefühlen und Emotionen den Alltag von Traumatisierten. Viele lernen schon früh im Leben, dass ihnen psychoaktive Substanzen zuverlässig und wirksam Erleichterung bringen. Die negativen Gefühle und schrecklichen Erinnerungsbilder nehmen ab, die extrem belastenden körperlichen Symptome des Hyperarousal ebenso.

Auf der phänomenologischen Ebene erklären diese Prozesse, wie es zum Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht kommt. Es ist mittlerweile empirisch belegt, dass eine unbehandelte PTBS nach einer – erfolgreich verlaufenen – Suchtbehandlung die Rückfallgefahr erhöht. Umso wichtiger ist es, mit Beginn einer stationären oder ambulanten Behandlung ein gezieltes Screening durchzuführen mit dem Schwerpunkt, zusätzliche psychische Störungen wie Depressionen, Ängste und PTBS oder Persönlichkeits-Störungen zu erfassen. Praktikable Screening-Instrumente liegen heute vor, in der Regel auch einfache Auswertungsinstrumente. Ergeben sich Hinweise auf eine PTBS, sollte diese mit dem Beginn der Suchtbehandlung mitbehandelt werden. Überblicksarbeiten (z.B. Schäfer et al.) informieren über Therapieverfahren, die in den USA mit Erfolg bei Suchtkranken mit einer PTBS eingesetzt worden sind. Ansatzweise sind einige dieser Verfahren auch schon in Deutschland erprobt worden.

---

## 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](mailto:hls@hls-online.org)

### Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,  
Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF),  
Fachhochschule Frankfurt am Main, Nibelungenplatz 3, 60318 Frankfurt/M.,  
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: [vogt@fb4.fh-frankfurt.de](mailto:vogt@fb4.fh-frankfurt.de)  
Prof. Dr. Martin Schmid,  
Katholische Hochschule Mainz, Fachbereich Soziale Arbeit,  
Saarstr. 3, 55122 Mainz,  
Tel: (06131) 289 44 33, E-Mail: [martin.schmid@kh-mz.de](mailto:martin.schmid@kh-mz.de)