

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



26. NIEDERSÄCHSISCHE SUCHTKONFERENZ 11|2016

Zum Wohl? – Von wegen!

Neue Perspektiven
auf die Prävention und
Behandlung von
Alkoholabhängigkeit

Berichte zur Suchtkrankenhilfe 2016



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Zum Wohl? – Von wegen!

Neue Perspektiven
auf die Prävention und
Behandlung von
Alkoholabhängigkeit

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Thomas Altgeld
Theresa Vanheiden
Sabine Erven

Layoutkonzept und Gestaltung:
Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Druck:
Unidruck, Hannover

VORWORT

BÄRBEL LÖRCHER-STRÄßBURG	Zum Wohl? – Von wegen! Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit	7
--------------------------	--	---

VORTRÄGE

DR. CORNELIA LANGE	Epidemiologischer Überblick über den Alkoholkonsum in Deutschland	8
PROF. DR. URLICH W. PREUSS	Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen verbessern – die neue S-3-Leitlinie	14
PROF. DR. ELISABETH POTT	Das Gesundheitsziel – Alkoholkonsum reduzieren	19
PROF. DR. HANS-LUDWIG SPOHR	Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) und seine lebenslangen Folgen	23
DR. HANS-JÜRGEN HALLMANN	GigA „Gemeinsam initiativ gegen den Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ – Netzwerkarbeit als Voraussetzung für eine erfolgreiche kommunale Alkoholprävention	29
DR. FLORIAN REHBEIN	Zwischenbericht der Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“	33
DR. FLORIAN REHBEIN DR. MANFRED RABES DOMINIKA LACHOWICZ FREDERICK GROEGER-ROTH	Diskussion zur Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“	38
	Verzeichnis der Referent*innen	41
	Themen bisheriger Suchtdokumentationen	42

Zum Wohl? – Von wegen!

Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Weltweit gehört Alkohol zu den gravierendsten Gesundheitsrisiken. Der Konsum von übermäßigem Alkohol birgt eine Vielzahl gesundheitlicher Risiken organmedizinischer (beispielsweise Organschäden, Krebs- und Infektionserkrankungen), psychischer und sozialer Art. In Deutschland sterben jährlich etwa 74.000 Menschen in direkter und indirekter Folge von Alkoholismus.

Dennoch ist der Konsum von Alkohol in Deutschland gesellschaftlich weit verbreitet und akzeptiert. Von der erwerbsfähigen Bevölkerung in Deutschland konsumieren etwa 85% regelmäßig Alkohol. Etwa 20% dieser Personengruppe konsumieren so viel Alkohol, dass auf Dauer von alkoholbedingten Schädigungen auszugehen ist. Auch bei Kindern und Jugendlichen zählt Alkohol zu der am häufigsten konsumierten psychoaktiven Droge. Ein besonderes Problem stellt zudem der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft dar, der gravierende Folgen für die ungeborenen Kinder haben kann.

Es wird vermutet, dass bei etwa 3,1% der erwerbsfähigen Bevölkerung ein Alkoholmissbrauch vorliegt und bei 3,4% der Erwerbsfähigen eine Alko-

holabhängigkeit besteht. Ursächlich für eine Alkoholabhängigkeit ist nicht allein der Alkoholkonsum, sondern vielmehr verschiedenste biologische, psychische und soziale Bedingungen, die über längere Zeit zu einer Abhängigkeit führen können. So heterogen wie die Ursachen für eine Alkoholabhängigkeit sind, stellen sich auch die Erscheinungsbilder und Verläufe dar. Dies erfordert eine individuelle Diagnostik und Therapie. Der Alltag der Betroffenen orientiert sich an dem Konsum von Alkohol und führt häufig zu vielfältigen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen, die sich gegenseitig bedingen können. Die Betroffenen selbst verleugnen ihre Abhängigkeit nicht selten, die befürchtete gesellschaftliche Diskriminierung unterstützt dies.

Obwohl der Alkoholkonsum in Deutschland im Vergleich zu den Vorjahren leicht rückläufig ist, gibt die starke Verbreitung und der gesellschaftlich akzeptierte Konsum Anlass zum Handeln. Dies verdeutlicht einmal mehr das im Jahr 2015 verabschiedete nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. Durch den Ansatz der Prävention kann dem Alkoholkonsum und den

damit einhergehenden gesundheitlichen Risiken entgegengewirkt werden. Eine Zusammenarbeit aller beteiligten Akteur*innen und eine Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Präventionsmaßnahmen sind anzustreben, um nachhaltige Erfolge erzielen zu können.

Die XXVI. Niedersächsische Suchtkonferenz möchte für das Thema sensibilisieren und neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit aufzeigen. Der Zwischenbericht der Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ wird erstmals vorgestellt und zielt langfristig darauf ab, konkrete Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Präventionskonzeptes in Niedersachsen zu entwickeln und konsensual abzustimmen.

Bärbel Lörcher-Straßburg

Epidemiologischer Überblick über den Alkoholkonsum in Deutschland

Einleitung

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die eine Abhängigkeit erzeugen kann. Neben den gesundheitlichen Folgen für die Konsument*innen führt die Weltgesundheitsorganisation auch die sozioökonomischen Folgen für die Betroffenen sowie die Schäden für andere Personen und die Gesellschaft insgesamt als Folgen riskanten Alkoholkonsums auf.

Die Schäden für das Individuum bestehen in chronischen Gewebe- und Organschädigungen aufgrund der toxischen Wirkung von Alkohol (schädlicher Gebrauch oder Missbrauch, ICD-10: F10.1), akuter Alkoholintoxikation, die sich in Beeinträchtigungen der Koordination, des Bewusstseins, der Wahrnehmung und des Auffassungsvermögens äußern kann (ICD-10: F10.0), sowie der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom ICD-10: F10.2).

Die individuellen sozioökonomischen Folgen eines riskanten, schädlichen oder abhängigen Alkoholkonsums können von Stigmatisierung, sozialem Rückzug, familiären Problemen, bis zum Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung und vollständiger sozialer Ausgrenzung reichen.

Schädigungen Dritter erfolgen vor allem durch körperliche Verletzungen in Folge von Gewalt oder Unfällen, durch psychische Verletzungen und Belastungen von Partner*innen, Familie, Freunden, Kolleg*innen so wie durch Schädigungen von Kindern im Mutterleib (Fetal Alcohol Spectrum Disorder – FASD).

Zu den gesellschaftlichen Folgen des Alkoholkonsums zählen, neben den direkten Kosten für das Gesundheitssystem, Produktivitätsverluste, wie Fehlzeiten am Arbeitsplatz oder Frühberentungen, sowie immaterielle Kosten, zum Beispiel durch den Verlust von Lebensqualität. Diese volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland werden je nach Schätzungen auf einen Betrag von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr taxiert, wobei davon etwa 10 Milliarden Euro als direkte Kosten das Gesundheitssystem belasten (Lange et al., 2016; Effertz, 2015; Robert-Koch-Institut, 2015).

Weltweit können 5% aller durch Tod oder Beeinträchtigung verlorenen Lebensjahre auf Alkohol zurückgeführt werden (World Health Organization, 2015). In Deutschland wurde im Jahr 2014 bei 14.095 verstorbenen Erwachsenen eine alkoholbedingte Todesursache festgestellt (Rommel und Rabenberg, 2016).

Auf internationaler und nationaler Ebene gibt es eine Reihe von Initiativen und Strategien zur Reduktion des Alkoholkonsums in der Bevölkerung. In dem WHO „Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases“ wird eine relative Reduzierung des riskanten Alkoholkonsums um 10% bis 2025 (im Vergleich zu 2010) angestrebt (World Health Organization, 2013). Direkten Bezug zum Alkoholkonsum haben die „Global strategy to reduce the harmful use of alcohol“ der WHO aus dem Jahr 2010 und der „European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020“ (WHO Regionalbüro Europa) aus dem Jahr 2012 (World Health Organization, 2010; World Health Organization Regional Office for Europe, 2012).

Die letztgenannten WHO Strategien haben folgende Ziele:

- Erhöhung der Aufmerksamkeit gegenüber den gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen schädlichen Alkoholkonsums und der Bereitschaft von Regierungen, darauf zu reagieren;
- Verbesserung des Kenntnisstandes zum Ausmaß und den Einflussfaktoren schädlichen Alkoholkonsums sowie zu effektiven Interventionen;

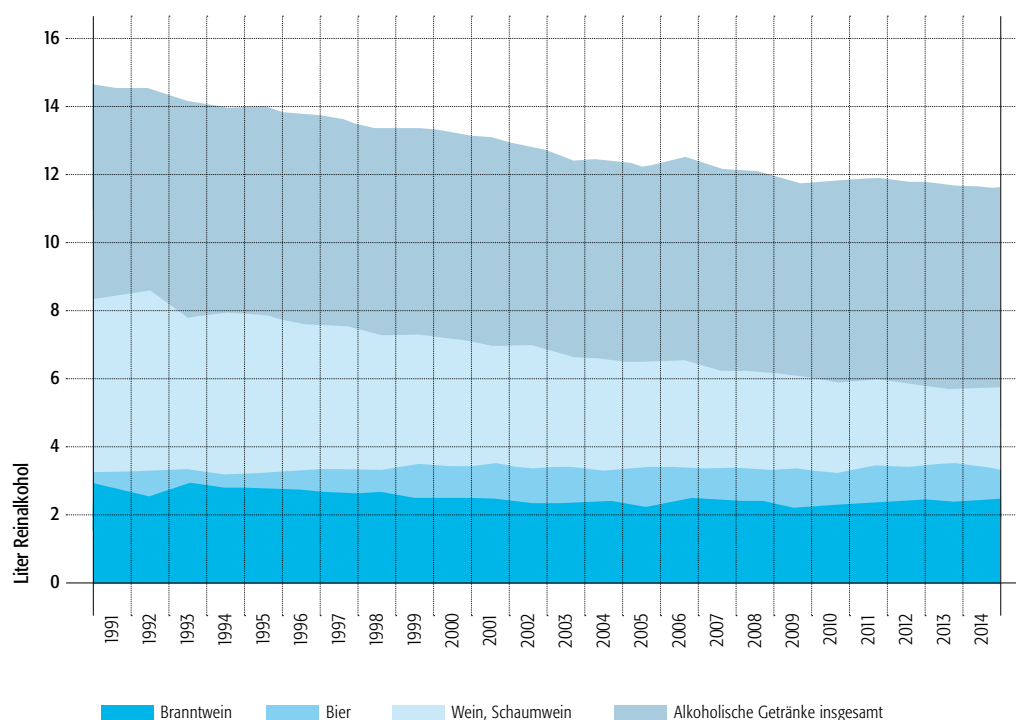


Abb. 1: Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke von über 14-Jährigen in Litern reinen Alkohols. Datenquelle: Verbrauchssteuerstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt, www.gbe-bund.de

- Unterstützung der Mitgliedsstaaten beim Ausbau von Prävention und der Behandlung alkoholbezogener Erkrankungen,
- Stärkung der Netzwerkbildungen relevanter Akteur*innen für gemeinsame Aktionen zur Prävention des schädlichen Alkoholkonsums,
- Verbesserung von Monitoring- und Surveillancesystemen.

Diese Ziele sollen erreicht werden, indem das Problembewusstsein und die Verantwortlichkeit von Politik und Gesellschaft erhöht werden, die Gesundheitssysteme über ausreichend Kapazitäten für Präventionsmaßnahmen, Behandlung und Betreuung verfügen, Gemeinwesen- und lebensweltorientierte Ansätze unterstützt werden sowie Alkohol im Straßenverkehr reduziert wird. Es sollen Maßnahmen zur Reduktion der Verfügbarkeit von Alkohol, zur Einschränkung

von Werbung für alkoholische Getränke und hinsichtlich der Preisgestaltung getroffen werden und insgesamt die gesundheitlichen und sozialen Schäden von Alkohol verringert werden. Reduziert werden sollen auch die Schäden durch illegal hergestellten oder eingeführten Alkohol. Der Erfolg der Maßnahmen soll durch kontinuierliches Monitoring und entsprechende Surveillancesysteme überwacht werden. In Deutschland bezieht das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ eine Vielzahl dieser Aspekte mit ein (Gesundheitsziele.de, 2015). Um zu messen, inwieweit sich der Alkoholkonsum in der Gesellschaft ändert und sich die daraus resultierenden Schäden verringern oder erhöhen, sollen im Folgenden zunächst – entsprechend den WHO Indikatoren (World Health Organization, 2013) – die Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums von Reinalkohol, das episodische Rauschtrinken bei Kindern

und Jugendlichen sowie Erwachsenen sowie die Entwicklung der Fälle akuter Alkoholintoxikation dargestellt werden.

Pro-Kopf-Konsum von Alkohol

Nach Daten des Statistischen Bundesamts ist der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke in Deutschland von über 14-Jährigen von 14,5 Litern Reinalkohol im Jahr 1991 auf 11,6 Liter Reinalkohol im Jahr 2014 gesunken. Für diesen Rückgang ist vor allem eine Reduktion des Bierkonsums von 8,4 Liter Reinalkohol auf 5,7 Liter Reinalkohol verantwortlich. Diese aus Verbrauchsstatistiken berechneten Daten geben zwar einen Hinweis auf den gesamten Alkoholkonsum in der Bevölkerung, erlauben aber nicht, spezifische riskante Konsummuster in einzelnen Bevölkerungsgruppen darzustellen. (siehe Abb. 1)

Prävalenz des Rauschtrinkens

Zu den riskanten Trinkmustern gehört das Rauschtrinken, welches schwere gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Folgen nach sich ziehen kann. Als Rauschtrinken wird ein exzessiver Alkoholkonsum in einem bestimmten Zeitraum zu einer Trinkgelegenheit bezeichnet. Die WHO definiert „Heavy episodic drinking“ (HED) als mindestens einmal im Monat stattfindenden Konsum von 60g oder mehr Reinalkohol bei einer Trinkgelegenheit (World Health Organization, 2014). In deutschen Studien wird häufig der Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol pro Trinkgelegenheit für Rauschtrinken zu Grunde gelegt.

Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens (definiert über fünf Gläser oder mehr bei einer Trinkgelegenheit) ist bei männlichen und weiblichen Jugendlichen und bei männlichen jungen Erwachsenen in den letzten Jahren zurückgegangen. Bei den weiblichen jungen Erwachsenen ist dagegen kein eindeutiger Trend erkennbar. Im Jahr 2015 betrug die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens bei 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen 15,9%, bei gleichaltrigen weiblichen Jugendlichen waren es 8,9%. Bei den 18- bis 25-jährigen jungen Männern tranken im Jahr 2015 mindestens einmal in den letzten 30 Tagen 44,6% mehr als fünf Gläser bei einer Gelegenheit, bei den gleichaltrigen jungen Frauen waren es 24,8% (Orth, 2016). Aktuelle Daten aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (2015) belegen, dass in der Altersgruppe 18 bis 20

Jahre 45,5% der Männer und 35% der Frauen mindestens einmal in den letzten 30 Tagen mehr als fünf Gläser Alkohol tranken. In der Altersgruppe 21 bis 24 Jahre waren es 51,8% bei den Männern und 30,9% bei den Frauen. Insgesamt tranken unter den 18- bis 64-Jährigen 35,8% der Männer und 14,7% der Frauen in den letzten 30 Tagen mehr als fünf Gläser bei einer Gelegenheit (Piontek et al., 2016). Seit 1995 sank die 30-Tage-Prävalenz episodischen Rauschtrinkens bei Männern im Alter zwischen 18 und 59 Jahren von 47,5% auf 36,7%. Bei Frauen liegt die Prävalenz im Jahr 2015 mit 16,1% unter der von 1995 (19,8%) aber signifikant über den Prävalenzen von 2000 und 2003 (13,0% bzw. 12,9%) (Kraus et al., 2016).

Akute Alkoholintoxikation

Akute Alkoholvergiftungen / Alkoholintoxikationen gehen mit Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Fähigkeiten, verlängerten Reaktionszeiten, verminderter Schmerzempfindung, Übelkeit und Erbrechen, Bewusstlosigkeit – sowie im Extremfall dem Tod – einher. Klassifiziert werden sie nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10) als „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation (akuter Rausch)“ (F 10.0.)

In Deutschland wurden im Jahr 2015 insgesamt 112.224 Behandlungsfälle bei Personen aller Altersgruppen mit der Diagnose „akute Alkoholintoxikation“ (F 10.0) gezählt. Etwa 70% der

Fälle entfielen auf Männer, 30% auf Frauen. In der Altersgruppe von 10 bis unter 15 Jahren wurden bei Mädchen 1.599 und bei Jungen 1.004 Fälle registriert; in der Altersgruppe 15 bis unter 25 Jahre waren es 10.901 Fälle bei Mädchen / jungen Frauen und 18.872 Fälle bei Jungen / jungen Männern (Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern; Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt). Nach einer starken Zunahme der Fälle zwischen den Jahren 2000 und 2011 stagniert die Zahl der Behandlungsfälle bei Männern auf hohem Niveau; bei Frauen war bis zum Jahr 2012 eine starke Zunahme der Fälle zu beobachten, seitdem ist die Zahl der Fälle leicht rückläufig. Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass Alkoholvergiftungen meist Folge eines episodisch-exzessiven Alkoholkonsums sind. Bei den hier dargestellten Daten der Krankenhausdiagnosestatistik handelt es sich um Fälle, nicht um die Daten von Einzelpersonen. Es ist daher nicht möglich, Mehrfachbehandlungen einer Person auszuschließen. Außerdem kann sich die öffentliche Aufmerksamkeit bezüglich Alkoholvergiftungen und das Einweisungsverhalten von Ärzt*innen im Lauf der Jahre geändert haben, so dass allein anhand der Daten aus der Krankenhausdiagnosestatistik keine eindeutigen Tendaussagen möglich sind. So wird vermutet, dass ein Teil des Anstiegs durch eine gestiegene Aufmerksamkeit und Notrufbereitschaft der Bevölkerung zu erklären ist (Rabenberg und Saß, 2016).

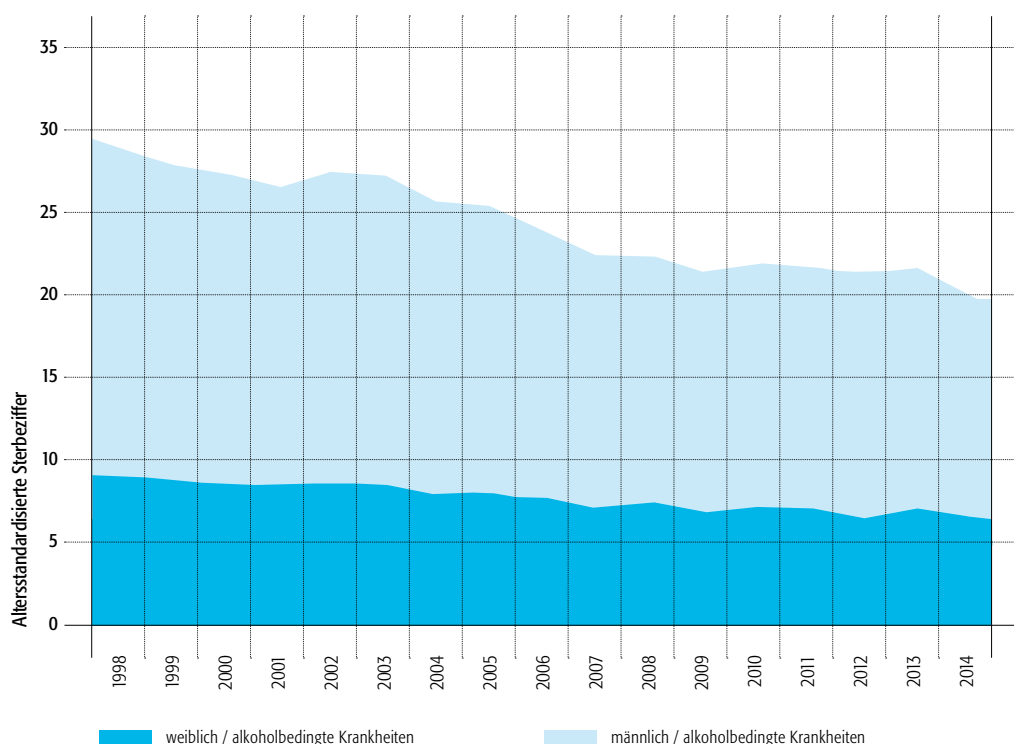


Abb. 2: Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen (alkoholbedingte Krankheiten gesamt), altersstandardisiert, 1998–2014 (alte Europa-standardbevölkerung).
Datenquelle: Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Statistisches Bundesamt. www.gbe-bund.de

Alkoholbedingte Mortalität

Zur Ermittlung der alkoholbedingten Sterbefälle greift das Statistische Bundesamt auf eine Liste der vollständig durch Alkohol verursachten Erkrankungen zurück (Rübenach, 2007). Unter den dort berücksichtigten Diagnosen sind psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F 10) sowie alkoholische Leberkrankheit (ICD-10 K 70) für über 90% der alkoholbedingten Sterbefälle verantwortlich. Insgesamt starben im Jahr 2014 in Deutschland 14.095 Erwachsene an einer alkoholbedingten Erkrankung. Drei Viertel dieser Todesfälle entfielen auf Männer, ein Viertel auf Frauen. Die Sterblichkeit aufgrund alkoholbedingter Erkrankungen ist stark altersassoziiert. Ein nennenswerter Anstieg zeigt sich erst ab der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen. Die höchste Sterblichkeit findet sich in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen; danach nimmt

die alkoholbedingte Sterblichkeit wieder ab (Rommel und Rabenberg, 2016). Im Zeitverlauf zeigt sich ein Rückgang der alkoholbedingten Mortalität in Deutschland. Bezogen auf alle Altersgruppen sind bei Männern die altersstandardisierten Raten von 29,1 Sterbefällen pro 100.000 Einwohnern im Jahr 1998 auf 20,1 im Jahr 2014 zurückgegangen. Auf niedrigerem Niveau fiel der entsprechende Rückgang von 9,0 auf 6,5 Sterbefälle bei Frauen schwächer aus. Die zeitliche Entwicklung der alkoholbedingten Sterblichkeit findet ihre Entsprechung in dem rückläufigen Pro-Kopf-Konsum von Alkohol und in dem Rückgang des riskanten Alkoholkonsums (Rauschtrinken) in der Bevölkerung. (siehe Abb. 2)

Riskante Trinkmengen von Alkohol

Ein Risiko für gesundheitliche Schäden oder eine Suchterkrankung stellen nicht allein Rauschtrinken oder akute Alkoholintoxikation dar, sondern auch ein regelmäßiger Konsum von Trinkmengen, der über dem als gesundheitlich unbedenklichen Schwellenwert von 10 bis 12g Reinalkohol pro Tag bei Frauen und 20 bis 24g Reinalkohol pro Tag bei Männern liegt (Seitz und Bühringer, 2010). Um zu ermitteln, welcher Anteil der Bevölkerung regelmäßig oberhalb dieser Grenzwerte Alkohol konsumiert, können die Daten aus repräsentativen Bevölkerungsstudien genutzt werden. Für Erwachsene sind dies insbesondere der Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapieforchung, der seit 1995 alle drei Jahre durchgeführt wird (Kraus et al., 2016) sowie die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings durch-

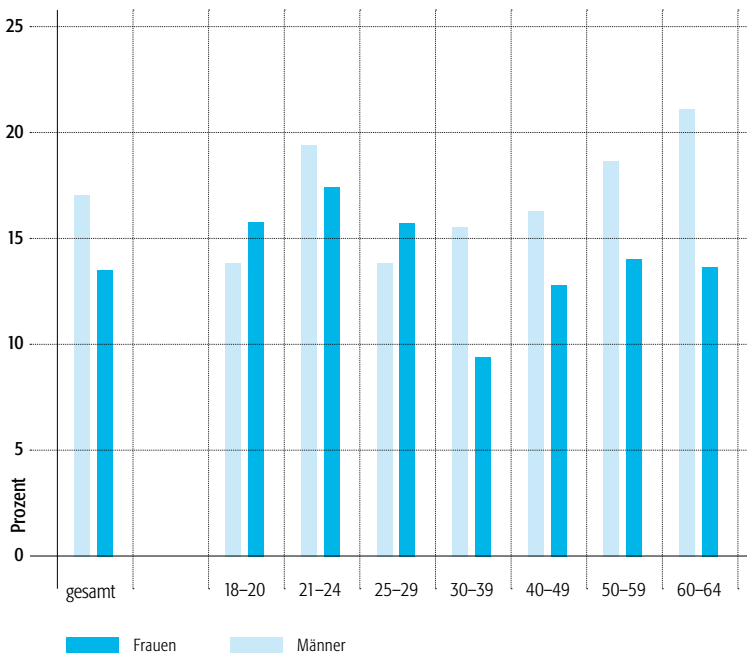


Abb. 3: Prävalenz riskanten Alkoholkonsums (Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen mit durchschnittlich mehr als 12 g/Tag Reinalkoholkonsum bei Frauen und mehr als 24 g/Tag Reinalkoholkonsum bei Männern). Quelle: (Piontek et al., 2016)

Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich in der GEDA Studie 2014/2015 des Robert Koch-Instituts, nach der in der Altersgruppe der über 18-Jährigen die Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (durchschnittlich mehr als 20 g/Tag Reinalkohol bei Männern und 10 g/Tag Reinalkohol bei Frauen bei mindestens wöchentlichem Konsum) 18% bei Männern und 14% bei Frauen beträgt.

geführten Studien DEGS und GEDA des Robert Koch-Instituts (Kurth et al., 2009; Kurth, 2012; Lange et al., 2015). Aktuelle Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015 belegen, dass innerhalb der letzten 30 Tage in der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre 17,0% der Männer und 13,4% der Frauen durchschnittlich mehr als 24g bzw. 12g Reinalkohol pro Tag konsumierten (Piontek et al., 2016). Nach Alter differenziert hatten mit 21,1% Männer der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre die höchste Prävalenz; bei den Frauen zeigte sich in der Altersgruppe 21 bis 24 Jahre die höchste Prävalenz mit 17,4%. (siehe Abb. 3)

Fazit

Die hier präsentierten Daten belegen, dass der Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Deutschland seit 1990 kontinuierlich gesunken ist. Auch der Anteil der Bevölkerung mit mindestens monatlichem Rauschtrinken ist bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen zurückgegangen. Eine

entsprechend positive Entwicklung zeigen auch die Zahlen zur Sterblichkeit an alkoholbedingten Erkrankungen. Die Entwicklung des Alkoholkonsums verläuft aber zwischen Frauen und Männern unterschiedlich. Während die Prävalenz des Rauschtrinkens und die alkoholbezogene Mortalität bei Männern seit Mitte der 1990er Jahre deutlich zurückgegangen sind, stagnieren die Konsumprävalenzen bei Frauen oder steigen sogar leicht an.

Die grundsätzlich positive Entwicklung im Alkoholkonsum sollte auch nicht darüber hinweg täuschen, dass der Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Deutschland weiter deutlich über dem Durchschnitt der europäischen Mitgliedsstaaten liegt (OECD/EU, 2016). Dies geht mit dem Sachverhalt einher, dass in Deutschland deutlich weniger regulatorische Maßnahmen zur Verringerung gesundheitsriskanten Alkoholkonsums umgesetzt werden als im EU-Durchschnitt (Gaertner et al., 2015). Gleichwohl macht sich ein sinkender Pro-Kopf-Verbrauch auch

in sinkenden Umsatzzahlen der Alkoholwirtschaft bemerkbar (Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V., 2016). Auf Seiten der Hersteller gibt es daher diverse Bestrebungen zu Markterweiterungen, um durch neue Geschmacksvarianten von Bier, Wein und Spirituosen, die zum Teil als zu bitter, zu sauer oder zu scharf empfundenen alkoholischen Getränke für weitere Zielgruppen akzeptabler zu machen. Neue Produkte richten sich dabei besonders an Jugendliche, junge Erwachsene und Frauen. So zielt Werbung für Sekt und süße Spirituosen vor allem auf (junge) Frauen.

Für die Prävention schädlichen Alkoholkonsums bedeutet dies, dass das Bündel aus gesetzlichen Regelungen, Information und verhaltenspräventiven Maßnahmen weiterentwickelt werden muss. Bei den erfolgreichen und etablierten Projekten und Kampagnen, wie den Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, ist es sicher sinnvoll, regelmäßig zu überprüfen, inwieweit die Bevölkerungsgruppen, die tendenziell steigende Anteile schädlichen Alkoholkonsums aufweisen, wie zum Beispiel Frauen, gezielt angesprochen werden sollten.

Literatur

- Bundesverband der deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (Hrsg) (2016): DATEN AUS DER ALKOHOLWIRTSCHAFT 2016
- Effertz, T. (2015): DIE VOLKSWIRTSCHAFTLICHEN KOSTEN GEFÄHRLICHEN KONSUMS. EINE THEORETISCHE UND EMPIRISCHE ANALYSE FÜR DEUTSCHLAND AM BEISPIEL ALKOHOL, TABAK UND ADIPOSITAS. Peter Lang, Frankfurt am Main
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C., John, U. (2015): ALKOHOL – ZAHLEN UND FAKTEN ZUM KONSUM. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Jahrbuch Sucht. Pabst, Lengerich, S. 39–71
- Gesundheitsziele.de (2015): NATIONALES GESUNDHEITSZIEL „ALKOHOLKONSUM REDUZIEREN“.
- Gesundheitsziele.de: Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Köln
- Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J. et al. (2016): ZEITLICHE ENTWICKLUNGEN IM SUBSTANZKONSUM IN DER DEUTSCHEN ALLGEMEINBEVÖLKERUNG. Sucht 62(5): 283–294
- Kurth, B.-M. (2012): [THE RKI HEALTH MONITORING – WHAT IT CONTAINS AND HOW IT CAN BE USED]. Public Health Forum 20(3): 4. e1–4. e3
- Kurth, B.-M., Lange, C., Kamtsiuris, P. et al. (2009): HEALTH MONITORING AT THE ROBERT KOCH INSTITUTE. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52(5): 557–570
- Lange, C., Manz, K., Rommel, A. et al. (2016): ALKOHOLKONSUM VON ERWACHSENEN IN DEUTSCHLAND: FOLGEN – MAßNAHMEN – RISKANTE TRINKMENGEN – TRENDS, Journal of Health Monitoring
- Lange, C., Jentsch, F., Allen, J. et al. (2015): DATA RESOURCE PROFILE: GERMAN HEALTH UPDATE (GEDA) – THE HEALTH INTERVIEW SURVEY FOR ADULTS IN GERMANY. Int J Epidemiol 44(2): 442–450
- OECD/EU (2016): HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2016 – STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE. OECD Publishing, Paris
- Orth, B. (2016): DIE DROGENAFFINITÄT JUGENDLICHER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 2015. RAUCHEN, ALKOHOLKONSUM UND KONSUM ILLEGALER DROGEN: AKTUELLE VERBREITUNG UND TRENDS. BZgA Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Piontek, D., Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. (2016): KURZBERICHT EPIDEMIOLOGISCHER SUCHT-SURVEY 2015. TABELLENBAND: ALKOHOLKONSUM, EPISODISCHES RAUSCHTRINKEN UND HINWEISE AUF KLINISCH RELEVANTEN ALKOHOLKONSUM NACH GESCHLECHT UND ALTER IM JAHR 2015. IFT Institut für Therapieforschung, München
- Rabenberg, M. RA., Saß, AC. (2016): ALKOHOLVERGIFTUNGEN MIT STATIONÄRER BEHANDLUNG. Journal of Health Monitoring 1(1): 22–28
- Robert Koch-Institut (2015): GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND. GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert Koch-Institut, Berlin
- Rommel, A. SA., Rabenberg, M. (2016): ALKOHOLBEDINGTE MORTALITÄT BEI ERWACHSENEN. Journal of Health Monitoring 1(1): 37–42
- Rübenach, S. (2007): DIE ERFASSUNG ALKOHOLBEDINGTER STERBEFÄLLE IN DER TODESURSACHEN-STATISTIK 1980 BIS 2005. Wirtschaft und Statistik (3): 278–290
- Seitz, H., Bühringer, G. (2010): EMPFEHLUNGEN DES WISSENSCHAFTLICHEN KURATORIUMS DER DHS ZU GRENZWERTEN FÜR DEN KONSUM ALKOHOLISCHER GETRÄNKE. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Hamm
- World Health Organization (2015): ALCOHOL FACTSHEET. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/> (Stand Januar 2015)
- World Health Organization (2014): GLOBAL STATUS REPORT ON ALCOHOL AND HEALTH.
- World Health Organization (2013): GLOBAL ACTION PLAN FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES 2013–2020, Geneva
- World Health Organization (2010): GLOBAL STRATEGY TO REDUCE THE HARMFUL USE OF ALCOHOL. World Health Organization, Geneva
- World Health Organization Regional Office for Europe (2012): EUROPEAN ACTION PLAN TO REDUCE THE HARMFUL USE OF ALCOHOL 2012–2020, Copenhagen

Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen verbessern

Die neue S-3-Leitlinie

Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen

Einleitung und Ziele

Ziel der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ ist es, die Versorgung von Menschen mit schädlichem, riskantem und abhängigen Alkoholgebrauch auszuweiten, die Lebensqualität aller Beteiligten zu verbessern und letztlich Leben zu retten (Hoch et al., 2012, 2015). Auch für Bereiche, die in bisherigen Leitlinien noch nicht ausreichend Berücksichtigung gefunden haben, wie etwa die Komorbidität bei Alkoholkonsumstörungen, sollen systematisch entwickelte Entscheidungsgrundlagen für relevante behandelnde und betreuenden Berufsgruppen, Betroffenen und deren Angehörige geschaffen werden.

Ein bei Patient*innen vor allem in klinischen Settings feststellbarer jahrelanger, hochdosierter und chronischer Alkoholkonsum ist mit einer Vielzahl verschiedener komorbider psychischer Erkrankungen assoziiert (z.B. Regier, 1990). Besonders häufig können bei Menschen mit schädlichem und abhängigem Gebrauch von Alkohol affektive Störungen diagnostiziert werden. Eine besondere Herausforderung ist für den klinisch Tätigen neben der Diagnosestellung auch

die Behandlung der Komorbidität, zumal psychische Symptome eine direkte Folge des exzessiven Konsums sein können und z.T. mit Abstinenz von selbst abklingen (Brown et al., 1995) oder aber unter Konsum inapparent sind und erst mit der Abstinenz auftreten können. Erstmals werden deshalb in dieser Leitlinie die Evidenz zur Behandlung der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und psychischen Störungen zusammengefasst und daraus Empfehlungen entwickelt. Gleichzeitig werden für einzelne Behandlungsverfahren, bei Hinweisen auf fehlende oder unzureichende Wirksamkeit, Hinweise gegen eine Anwendung gegeben. Ziel dieser Übersicht ist es, kurz den methodischen Hintergrund und die Ergebnisse der Literaturrecherche darzustellen. Die Besonderheiten komorbider Alkoholkonsumstörungen mit spezifischen psychischen Störungen werden erläutert. Außerdem wird darauf eingegangen, welche Evidenzen die Empfehlungen zu Diagnostik, Setting und Therapie als Hintergrund haben.

Epidemiologie komorbider Störungen und klinische Konsequenzen

Depressive Störungen: Die Komorbidität von Alkoholkonsumstörungen mit affektiven Störungen wie der Depression ist überzufällig hoch. Epidemiologische Studien weisen auf 2-4-fach erhöhte Raten von affektiven oder Angststörungen bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit oder einem Missbrauch (nach DSM IV) hin (Lebenszeitprävalenz, z.B. Regier et al., 1990). In einer Übersichtsarbeit schwankten die Raten komorbider Alkoholabhängigkeit bei Depressionen in 14 Studien zwischen 10% und 60% (Raimo und Schuckit, 1998). Personen in klinischen Behandlungssettings für die Alkoholabhängigkeit weisen eher höhere Raten auf (z.B. Preuss, 2008). Für die klinische Praxis ist die Unterscheidung von Subtypen depressiver Störungen wichtig, etwa zwischen alkohol-induzierten und primären („unabhängigen“) Depressionen (Raimo und Schuckit, 1998). In verschiedenen Stichproben betragen die Raten von induzierten vs. unabhängigen Depressionen ein Verhältnis von etwa 1/3 zu 2/3 (Raimo und Schuckit, 1998). Alkoholinduzierte Depressionen entstehen häufig im Zusammenhang mit Phasen intensiven und regelmäßigen Alkoholkonsums und können im Verlauf einer

Entzugstherapie innerhalb weniger Wochen wieder abklingen (Raimo und Schuckit, 1998), sodass dieses Verlaufsscharakteristikum bei der Behandlung berücksichtigt werden muss. Nach den Ergebnissen der NESARC Studie war eine komorbide Depression (Major Depression) bei Männern mit einer größeren Menge von Trinktagen und bei Frauen mit einer höheren Prävalenz des Trinkens wegen depressiver Stimmung verbunden (Raimo und Schuckit, 1998). Eine komorbide Depression führt zumindest zu einem ungünstigeren Verlauf der Depression und zu einer geringeren Responderate bei „Standardtherapien“ (Regier et al., 1990; Raimo und Schuckit, 1998).

Bipolare Störungen: Bei bipolaren Störungen ist, im Vergleich zu anderen psychischen Störungen, die Rate von komorbiden Alkoholkonsumstörungen (AUD, Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch) mit am höchsten. In der ECA-Studie (Regier et al., 1990) wurden Häufigkeiten von 46,2% bzw. 39,2% bei Bipolar I und II berichtet. Aktuellere epidemiologische Untersuchungen (NESARC Studie, Bega et al., 2012) fanden Häufigkeiten von 54,6% und 51,8% bei Bipolar I und II Störungen und ein bis zu 14-fach erhöhtes Risiko für AUD bei bipolaren Patient*innen. Die Spannweite schwankte bei weiteren Studien mit Fallzahlen von mehr als 100 eingeschlossenen Personen zwischen 33% und 58% (Preuss, 2008; Preuss et al., 2012).

Es finden sich zahlreiche Hinweise in der Literatur, dass beide Störungen sich über die Jahre ungünstig beeinflussen (Cerullo und Strakowski, 2008). Demnach führt eine Komorbidität zu einem früheren Beginn der bipolaren Erkrankungen, häufigerer Hospitalisierung, längeren Zeiträumen bis zur Genesung, höherer Anzahl von affektiven Episoden, mehr Symptomen, mehr depressiven Episoden und einem höheren Risiko von „rapid cycling“ oder gemischten Episoden (Übersicht bei Preuss et al., 2012). Umgekehrt führt eine komorbide bipolare Störung zu einer höheren Rate von Alkohol- oder Substanzmittelkonsumstörungen. Alkohol ist bei den meisten Patient*innen vor allem während manischer Phasen die bevorzugte Substanz (Übersicht bei Preuss et al., 2012). Somit haben beide Störungen im Verlauf einen gegenseitig ungünstigen Einfluss aufeinander.

Welche Evidenzen führten zu den Empfehlungen?

Allgemein wird für alle komorbiden psychischen Erkrankungen bei alkoholbezogenen Störungen hinsichtlich des Behandlungssettings eine stationäre Behandlung nahegelegt (NICE, 2011). Die Australischen Leitlinien empfehlen darüber hinaus auch eine „integrierte psychosoziale Behandlung bei komorbiden Personen“ (Haber et al., 2009) sowie „intensivere Interventionen bei komorbiden Patienten“, da diese mehr beeinträchtigt sind und eine ungünstigere Prognose haben.

Diagnostik

Abgeleitet aus der Quell-Leitlinie soll der AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test, oder Kurzversion AUDIT-C) zum Screening bei Patient*innen mit psychischen Störungen eingesetzt werden (NICE, 2011).

Depression:

1. Psychotherapie: Abgeleitet aus der Quellleitlinie sollten komorbide Depressionen erst drei bis vier Wochen nach einer Entzugstherapie diagnostisch eingeordnet werden (Haber et al., 2009). Die Evidenz aus den Quellleitlinien legt nahe, dass eine Kurzintervention bei komorbiden Patient*innen möglicherweise nicht wirksam ist. Die Quellleitlinien (Haber et al., 2009) empfehlen darüber hinaus den Einsatz der kognitiven Therapie, der Verhaltenstherapie und der supportiven Therapie. Keine ausreichenden Hinweise liegen zu anderen Therapieformen, etwa tiefenpsychologisch orientierte Verfahren, in der Literatur vor. Zusammenfassend gibt es aus der Mehrzahl der vorhandenen Studien Hinweise, dass die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) bei komorbiden Personen mit Depression und Alkoholkonsumstörungen wirksam ist (Metanalyse von Iovieno et al., 2011). Die Wirksamkeit ist belegbar sowohl für depressive Symptome als auch für das Trinkverhalten.

2. Pharmakotherapie: Von insgesamt drei durchgeführten, kontrollierten Studien sprechen alle drei für den Einsatz von trizyklischen Antidepressiva (TCA) zur Behandlung der Depression bei alkoholbezogenen Störungen. Allerdings konnte nur eine dieser Studien eine Besserung des Alkoholkonsumverhaltens bzw. Cravings unter TCAs belegen (Metaanalysen bei Iovieno et al., 2011). Damit sollten, unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen, TCA zur Behandlung depressiver Symptome bei komorbiden Personen eingesetzt werden. Evidenz aus einer Leitlinie (Haber et al., 2009), Meta-Analysen, Reviews und Einzelstudien stützen die Evidenz. Demnach werden solche Antidepressiva nicht als alleiniger Therapieansatz zur Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit empfohlen. Antidepressiva sind aber bei der Behandlung depressiver Symptome bei Alkoholabhängigen wirksam. Das Nebenwirkungsprofil ist häufig nicht von Placebo unterscheidbar. Insgesamt sollen Antidepressiva beider Substanzklassen zur Behandlung von Personen mit komorbiden alkoholbezogenen Störungen und Depressionen mit mittelgradiger bis schwerer Ausprägung zur Behandlung der depressiven Symptomatik angeboten werden.

3. Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit: Es gibt eine Reihe von weiteren Pharmaka aus verschiedenen Substanzklassen (Memantine (depressive Symptome, Trinkverhalten), Naltrexon (Trinkverhalten), Disulfiram (Craving und Depressive Symptome)), die in der Behandlung des Alkoholkonsumverhaltens und komorbider Depressionen bei komor-

biden Personen eingesetzt werden können (Muhonen et al., 2008). Die Daten aus Einzelstudien sind aber bisher mit geringer Fallzahl durchgeführt worden und daher nicht ausreichend für eine Behandlungsempfehlung.

4. Kombination Psycho- und Pharmakotherapie: Während die Evidenz aus Leitlinien und Meta-Analysen keine Ableitung einer Evidenz erlaubt, weisen Einzelstudien unterschiedlicher Qualität auf die mögliche Wirksamkeit von Kombinationstherapien hin. Dabei belegen die bisherigen Studien vor allem die Wirksamkeit der kognitiven Therapie. Eine Kombination von CBT und AD sollte bei insgesamt heterogenen Studienergebnissen angeboten werden (Meta-Analyse durch Iovieno et al., 2011). Weiterhin wurde eine Wirkung sowohl auf das Trinkverhalten als auch die Depression berichtet, wenn CBT, Antidepressivum (SSRI) und Naltrexon (NTX) kombiniert werden. Diese Kombination kann den Patient*innen ebenfalls angeboten werden, insbesondere dann, wenn weiter oben genannte Therapieverfahren alleine keine ausreichende Wirkung zeigen (Pettinati et al., 2010).

5. Versorgungsalgorithmus Komorbidität Depression und Alkoholabhängigkeit: Aus der vorhandenen Literatur geht nicht hervor, in welcher Reihenfolge und Kombination die verschiedenen Therapieansätze angeboten werden sollen. Ausgehend von der Empfehlung, dass eine parallele bzw. integrierte Behandlung angeboten werden soll, ist die erste Stufe des im Folgenden vorgeschlagenen Versorgungsalgorithmus nach der Diagnose der komorbiden Stö-

rung (am Besten, aber nicht zwingend 2–3 Wochen nach Abschluss der körperlichen Entzugsbehandlung) zunächst das Angebot einer einzelnen spezifischen Therapiemethode (z.B. Psychotherapie mit wirksamen Verfahren) und antidepressive Pharmakotherapie (bei gleichzeitiger qualifizierter Suchttherapie). Bei mangelnder Wirksamkeit kann diese im nächsten Schritt mit einem Rückfallprophylaktikum kombiniert werden.

Bipolare Störungen:

1. Pharmakotherapie: Valproat ist ein seit langem eingeführtes Antiepileptikum zur Akutbehandlung und Rückfallprophylaxe der bipolaren Störung. In einer der wenigen pharmakologischen Studien zur Behandlung von komorbiden Patient*innen wurde Valproat in einer randomisierten, kontrollierten Studie als add-on Medikation (zusätzlich zur stabilen Einstellung auf Lithium) bei komorbiden Patient*innen geprüft und zeigte eine signifikante Verbesserung des Trinkverhaltens (geringerer Konsum, aber keine Abstinenz), aber keine zusätzliche Wirkung auf die Affektivität (Übersicht bei Preuss et al., 2012). Seit einigen Jahren werden auch neuere Antipsychotika zur Akutbehandlung und Rückfallprophylaxe bipolar affektiver Störungen empfohlen. Zwei randomisierte kontrollierte Studien prüften Quetiapine als add-on Medikation zu einem Phasenprophylaktikum (zusätzlich zu einer vorbestehenden Medikation) versus Placebo, die allerdings keine suffiziente Wirkung auf das Trinkverhalten nachweisen konnten (Übersicht bei Preuss et al., 2012).

2. Psychotherapie: Evidenz aus den Quilleitlinien liegt nicht vor. Bisher liegt eine kontrollierte Studie (s. Mann et al., 2015) vor, die vorwiegend an Personen mit multiplen Substanzmittelabhängigkeiten durchgeführt wurde sowie eine Kohortenstudie (Übersicht bei Preuss et al., 2012), die komorbide Personen mit Depressionen und bipolare Störungen einschloss und prospektiv untersuchte. Demnach kann eine kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden, um die bipolare Störung und die Alkoholkonsumstörung zu bessern.

3. Psycho- und Pharmakotherapie: Die Evidenz für eine Kombination von psychotherapeutischen und pharmakologischen Verfahren ergibt sich aus den gleichen Studien, die bereits in den beiden vorangegangenen Abschnitten angeführt wurden. Aus einer Einzelstudie und einer systematischen Übersichtsarbeit liegen jedoch Hinweise vor, dass komorbiden Patient*innen eine pharmakologische add-on Behandlung mit Valproat angeboten werden und diese mit psychotherapeutischen Verfahren ergänzt werden kann. Eine prospektive Kohortenstudie aus Irland bestätigt die Ergebnisse (Übersicht bei Preuss et al., 2012; Mann et al., 2015). Der Einsatz von spezifischen Rückfallprophylaktika bei komorbiden bipolaren Patient*innen kann derzeit nicht abschließend beurteilt werden. Eine aktuelle Studie mit Acamprosat zeigte keine Wirkung auf das Trinkverhalten, während für Naltrexon nur ein statistischer Trend berichtet wurde (Preuss et al., 2012).

4. Versorgungsalgorithmus: Grundlage aller Wirksamkeitsstudien bei komorbiden bipolaren Erkrankungen und der Alkoholabhängigkeit ist die stabile Einstellung der Betroffenen auf ein Phasenprophylaktikum. Parallel zu den Vorschlägen zur Behandlungsstrategie bei komorbiden depressiven Erkrankungen soll auch bei komorbiden bipolaren Erkrankungen eine gleichzeitige/integrierte Therapie angeboten werden. Eine Kombination aus kognitiver (Verhaltens-) Therapie und Phasenprophylaktikum ist empfehlenswert. Darüber hinaus kann in einem weiteren Schritt eine Kombination mit Valproat angeboten werden.

Zusammenfassung

Die S3-Leitlinien zur Komorbidität von psychischen Erkrankungen und alkoholbezogenen Störungen geben für Kliniker*innen Empfehlungen auf der Basis des aktuellen Standes der Forschung. Die Empfehlungen erleichtert es Praktiker*innen zu entscheiden, welche Therapieformen nach aktueller Kenntnis wirksam sind und welche nicht. Außerdem wird die mögliche Kombination verschiedener Behandlungsansätze wie Psycho- und Pharmakotherapie aufgezeigt. Allerdings sind bei weitem nicht alle klinischen Konstellationen und Fragestellungen in der Forschung beantwortet, sodass ein erheblicher Bedarf an weitergehenden Studien besteht.



Literatur

- Brown, SA., Inaba, RK., Gillin, JC. et al. (1995): ALCOHOLISM AND AFFECTIVE DISORDER: CLINICAL COURSE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS. *Am J Psychiatry* 152(1): 45–52
- Cerullo, MA., Strakowski, SM. (2007): THE PREVALENCE AND SIGNIFICANCE OF SUBSTANCE USE DISORDERS IN BIPOLAR TYPE I AND II DISORDER. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2:29
- Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E. et al. (2009): GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF ALCOHOL PROBLEMS. Commonwealth of Australia
- Hoch, E., Petersen, KU., Bühringer, G., et al. (2015): S3-LEITLINIE „SCREENING, DIAGNOSE UND BEHANDLUNG ALKOHOLBEZOGENER STÖRUNGEN“ AWMF-Register Nr. 076-001 Leitlinienreport. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001m_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-02_02.pdf (Stand Februar 2015)
- Hoch, E., Batra, A., Mann, K. (2012): DAS S3-LEITLINIENPROGRAMM FÜR SUBSTANZBEZOGENER STÖRUNGEN. *Sucht* 2: 14–25
- Iovieno, N., Tedeschi, E., Bentley, KH. et al. (2011): ANTIDEPRESSANTS FOR MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND DYSTHYMIC DISORDER IN PATIENTS WITH COMORBID ALCOHOL USE DISORDERS: A META-ANALYSIS OF PLACEBO-CONTROLLED RANDOMIZED TRIALS. *J Clin Psychiatry* 72(8): 1144–1151
- Mann, KF., Hoch, E., Batra, A. (2015): AWMF-S3-LEITLINIE „SCREENING, DIAGNOSE UND BEHANDLUNG ALKOHOLBEZOGENER STÖRUNGEN“. Heidelberg: Springer
- Muhonen, LH., Lönnqvist, J., Juva, K., Alho, H. (2008): DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED COMPARISON OF MEMANTINE AND ESCITALOPRAM FOR THE TREATMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER COMORBID WITH ALCOHOL DEPENDENCE. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(3): 392–399
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011): ALCOHOL-USE DISORDERS: DIAGNOSIS, ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF HARMFUL DRINKING AND ALCOHOL DEPENDENCE (CG115). London 2011
- Pettinati, HM., Oslin, DW., Kampman, KM. et al. (2010): A DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL COMBINING SERTRALINE AND NALTREXONE FOR TREATING CO-OCCURRING DEPRESSION AND ALCOHOL DEPENDENCE. *Am J Psychiatry* 167(6): 668–675
- Preuss, UW. (2008): ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN UND PSYCHOSEN: ERKENNTNISSE UND KONTROVERSEN IN VORBEREITUNG AUF NEUE KLASSIFIKATIONSSYSTEME. *Die Psychiatrie* 2: 61–68
- Preuss, UW., Wong, WMJ., Wurst, FM. (2012): BIPOLAR AFFEKTIVE STÖRUNGEN UND ALKOHOL-KONSUM-STÖRUNGEN: KOMORBIDITÄT, KONSEQUENZEN UND THERAPIE. *Spektrum Psychiatrie* 2/2012: 47–51
- Raimo, EB., Schuckit, MA. (1998): ALCOHOL DEPENDENCE AND MOOD DISORDERS. *Addict Behav* 23(6): 933–946
- Regier, DA., Farmer, ME., Rae, DS. (1990): COMORBIDITY OF MENTAL DISORDERS WITH ALCOHOL AND OTHER DRUG ABUSE. RESULTS FROM THE EPIDEMIOLOGIC CATCHMENT AREA (ECA) Study. *JAMA* 264: 2511–2518

Das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“

Das Programm gesundheitsziele.de der GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) bringt relevante Akteur*innen aus der Politik in Bund, Ländern und Kommunen, aus Selbstverwaltungsorganisationen, Fachverbänden und Wissenschaft zusammen, um gemeinsam im Konsens exemplarische Gesundheitsziele zu entwickeln. Das Konsensprinzip ist nicht immer einfach durchzuhalten, weil es den Beteiligten aufgrund unterschiedlicher Perspektiven auf die zu lösenden Probleme und unterschiedlicher Interessenlagen ein hohes Maß an Kompromissbereitschaft abverlangt. Inzwischen sind mehr als 120 Organisationen des Gesundheitswesens beteiligt. Über einen langfristigen Prozess werden nachhaltige Erfolge angestrebt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Zuständigkeitsbereichen. Da messbare Erfolge angestrebt werden, wird das Programm evaluiert.

Das Programm umfasst die Ziele:

- **Diabetes Mellitus Typ 2:**
Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- **Brustkrebs:**
Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- **Tabakkonsum reduzieren**
- **Gesund aufwachsen:**
Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung
- **Patient*innensouveränität stärken**
- **Depressive Erkrankungen:**
Verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- **Gesund älter werden**
- **Patientensicherheit**
- **Alkoholkonsum reduzieren**

Relevanz des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“

Alkohol ist ein Suchtmittel. Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland bei etwa 3,4% der 18- bis 64-jährigen Erwachsenen die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ nach DSM-IV- Kriterien zutrifft. Bei weiteren 3,1% der Erwachsenen liegt ein Alkoholmissbrauch vor. Das heißt, dass etwa 3,3 Mio. Menschen gesundheitsschädlich Alkohol konsumieren. Nur 3% der Bevölkerung geben an, noch nie Alkohol getrunken zu haben. Das zeigt auch die hohe gesellschaftliche Akzeptanz des Alkoholkonsums. Rund 14.000 Todesfälle jährlich gehen auf alkoholbedingte Krankheiten zurück, kombiniert mit Rauchen sind es 74.000 Todesfälle pro Jahr. Dazu kommen 18.000 Menschen, die bei Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss getötet oder verletzt werden. Außerdem treten – geschätzt – 3.000 bis 10.000 Fälle von Fetalen Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD), Vollbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS) plus partielle Störungen,

wie Wachstumsstörungen, geistige und soziale Entwicklungsstörungen bzw. -auffälligkeiten, auf. 2,64 Mio. Kinder wachsen in Deutschland mit einem alkoholabhängigen oder -missbrauchenden Elternteil auf. Mehr als ein Drittel von ihnen wird selbst abhängig. Mehr als zwei Drittel der 12- bis 17-Jährigen hat schon einmal Alkohol getrunken. 13,6% in dieser Altersgruppe, die aus gesundheitlichen Gründen noch gar keinen Alkohol trinken sollte, trinken regelmäßig (mindestens einmal pro Woche). Das Durchschnittsalter beim ersten Alkoholrausch lag in 2012 bei 16 Jahren. In 2015 wurden 2.600 Kinder im Alter zwischen 10 und 14 Jahren wegen Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt. Illegale Handlungen sind unter Alkoholeinfluss wahrscheinlicher. Alkohol fördert Gewalttätigkeit. Etwa jede dritte Gewalttat in Deutschland erfolgt unter Alkoholeinfluss.

Diese Ausgangslage zeigt die Notwendigkeit und Dringlichkeit zu handeln. Deshalb wurde „Alkoholkonsum reduzieren“ als Gesundheitsziel in das Programm gesundheitsziele.de der GVG aufgenommen.

Gliederung des Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“

Das Gesundheitsziel wurde in 7 Themenfelder gegliedert:

Themenfeld 1:

Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft

Themenfeld 2:

Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens

Themenfeld 3:

Gemeinwesen- und lebensweltorientierte Ansätze

Themenfeld 4:

Alkohol im Straßenverkehr

Themenfeld 5:

Eindämmung gesundheitlicher und sozialer Schäden

Themenfeld 6:

Werbung, Preisgestaltung und Verfügbarkeit

Themenfeld 7:

Monitoring und Evaluation.

Zu den Themenfeldern wurden insgesamt 14 Ziele formuliert, die im Folgenden näher beschrieben werden.

Zu Themenfeld 1

„Problembewusstsein in Politik und Gesellschaft“ wurden die ersten zwei Ziele mit Teilzielen und Maßnahmenempfehlungen formuliert. Die zwei Ziele sind erreicht, wenn das Problem- und Verantwortungsbewusstsein in Politik und Gesellschaft gesteigert (**Ziel 1**), die gesellschaftliche Akzeptanz des riskanten Alkoholkonsums und des Rauschtrinkens reduziert und Fehlverhalten unter Alkoholeinfluss gesellschaftlich nicht mehr toleriert sind (**Ziel 2**).

Die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen werden

- in der Vermittlung eines hohen Informationsstandes über die Wirkung von Alkohol und die durch Alkohol verursachten Gesundheitsschäden an die Politik, in der Bevölkerung und in relevanten Teilzielgruppen,
- in der Stärkung der Prävention in allen Lebensaltern und auf allen Ebenen,
- in der Verbesserung von Koordination und Vernetzung der relevanten Akteur*innen,
- in der Integration alkoholpräventiver Kenntnisse in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheits-, pädagogischen und sozialen Berufen,
- in der Förderung eines flächendeckenden, unabhängigen Beratungs- und Unterstützungsangebots und
- in der Reduzierung des Konsums im öffentlichen Raum durch Ausschöpfung der rechtlichen Möglichkeiten und in der Herausstellung eines positiven Bildes eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol gesehen.

Zu Themenfeld 2

„Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens“ wurden die Ziele 3–8 zusammengefasst:

Ziel 3 ist erreicht, wenn die Zahl der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit keinen Alkohol trinken, erhöht ist und die FASD-Fälle zurückgehen.

Ziel 4 ist erreicht, wenn bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Alkoholkonsum und das Rauschtrinken reduziert sind, wenn Jugendliche z.B. später anfangen überhaupt Alkohol zu trinken und dann risikoarm konsumieren.

Ziel 5 ist erreicht, wenn Alkoholprobleme frühzeitig erkannt und angesprochen werden, eine Frühintervention also sichergestellt ist. Heute wird davon ausgegangen, dass nur etwa 10–20% der Behandlungsbedürftigen professionelle Unterstützung und Hilfe in Anspruch nehmen und das oft erst sehr spät.

Ziel 6 ist erreicht, wenn in der Beratung und Behandlung passgenaue Angebote für das Individuum zur Verfügung stehen.

Ziel 7 ist erreicht, wenn die (Re-) Integration von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen entsprechend ihrer jeweiligen Leistungsfähigkeit sichergestellt ist.

Ziel 8 ist erreicht, wenn gemeinsames Handeln der Akteur*innen sichergestellt ist und unterstützende Strukturen zur Vernetzung vorhanden sind.

Zu Themenfeld 3

„Gemeinwesen- und lebensweltorientierte Ansätze“ wurden die zwei Ziele Lebenswelten gesundheitsförderlich gestalten (**Ziel 9**) und Arbeitsplätze sind alkoholfrei (**Ziel 10**) formuliert. Diese Ziele gelten als erreicht, wenn in den Lebenswelten Schule, Ausbildung, Freizeit, Arbeitsplatz und Kommune Settingansätze zur Alkoholprävention etabliert sind, d.h. diese Lebenswelten alkoholfrei sind. Was den Arbeitsplatz betrifft, muss noch hinzugefügt werden, dass die Kenntnis und Umsetzung von Präventions- und Hilfsmaßnahmen in Betrieben aller Größen deutlich erhöht sein sollte. In der Folge sollten alkoholbedingte Fehlzeiten, aber auch Präsentismus, deutlich reduziert sein.

Zu Themenfeld 4

„Alkohol im Straßenverkehr“ wurde das **Ziel 11** formuliert: Das Fahren unter Alkoholeinfluss ist verringert. Das Ziel kann erreicht werden, wenn das Bewusstsein über die Risiken des Alkohols im Straßenverkehr in der Allgemeinbevölkerung gestärkt, Punktnüchternheit im Straßenverkehr etabliert und die Zahl der Verkehrsunfälle unter Alkohol reduziert ist. Insbesondere soll hierbei die Zahl der Unfälle, welche durch junge, alkoholisierte Fahrer verursacht werden, reduziert werden. Auch die Zahl der Unfälle durch Radfahrer sollte dann verringert sein.



Zu Themenfeld 5

„Eindämmung gesundheitlicher und sozialer Schäden“ wurden die Ziele 12–14 formuliert: Weniger Schäden entstehen unter Alkoholeinfluss (**Ziel 12**), Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt (**Ziel 13**) und Schäden als Folge chronischer Alkoholkrankungen sind reduziert (**Ziel 14**). Ziel 12 gilt als erreicht, wenn durch regelmäßige Schulung Verkaufs-, Gastronomie- und Schankpersonal so geschult sind, dass alle einschlägigen Gesetze gekannt und eingehalten werden, der Verkauf dann, wenn Gefahr für die öffentliche Sicherheit droht, untersagt und Gewalt unter Alkoholeinfluss nicht mehr bagatellisiert wird. Besonders gravierende Auswirkungen hat eine Alkoholabhängigkeit in Familien. Deshalb kommt Ziel 13 eine ganz besondere Bedeutung zu. Dieses Ziel gilt als erreicht, wenn familienorientierte Ansätze in der Suchtberatung und -therapie umgesetzt und Kinder aus suchtkranken Familien besonders gefördert sind. Wichtige Voraussetzung dafür ist, dass problematischer Alkoholkonsum und die häufig damit einhergehende Gewalt in der Familie nicht länger tabuisiert werden, damit Gefährdungen rechtzeitig erkannt und Hilfen frühzeitig in Anspruch genommen werden können. Ziel 14 gilt als

erreicht, wenn spezifische Maßnahmen zur Integration und Unterstützung gesellschaftlicher Teilhaber chronisch alkoholabhängiger Menschen, z.B. quartiersbezogene Ansätze, realisiert sind, sodass weniger Menschen aus ihren sozialen Netzwerken herausfallen. Dazu ist vor allem die Schaffung bzw. Verbesserung von Kooperationsstrukturen zwischen den bestehenden Einrichtungen der Behinderten-, Alten- und Suchthilfe in den Kommunen notwendig.

Das Themenfeld 6

„Werbung, Preisgestaltung, Verfügbarkeit von alkoholhaltigen Getränken“ konnte noch nicht abschließend beraten werden. International gilt es als erwiesen, dass Alkoholwerbung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Jugendliche anfangen Alkohol zu trinken bzw. ein vorhandener Alkoholkonsum verharmlost oder gesteigert wird. Angesichts der Verbreitung des Alkoholkonsums unter Jugendlichen und insbesondere des Rauschtrinkens halten Suchtexpert*innen die in Deutschland geltenden Regeln zur Einschränkung der Werbung für nicht ausreichend. Was die Preisgestaltung betrifft, so konnten verschiedene Studien die Wirksamkeit von

Preiserhöhungen auf das Ausmaß alkoholbezogener Schäden nachweisen. Als wirksam werden in diesem Zusammenhang vor allem Steuererhöhungen angesehen, da sie die Preise für Alkohol effektiv beeinflussen. Im Vergleich zu den Forderungen des Europäischen Aktionsplans zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020) der WHO Europa ist Alkohol in Deutschland für Jugendliche leicht verfügbar. Deshalb sollte das Ziel sein, die Rahmenbedingungen für Werbung, Preisgestaltung und Verfügbarkeit so zu gestalten, dass sie dazu beitragen, die gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Folgen von Alkoholkonsum zu reduzieren.

Zu Themenfeld 7

„Monitoring und Evaluation“: Um das Erreichen der beschriebenen Ziele des Nationalen Gesundheitsziels „Alkoholkonsum reduzieren“ messen zu können, muss die Entwicklung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung und in ihren Teilzielgruppen beobachtet werden. Dazu ist eine Indikatorenbildung notwendig, die über eine regelmäßig wiederholte Erhebung relevanter Kennziffern die Auswirkungen der ergriffenen Maßnahmen beurteilbar macht und ggf. die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen aufzeigt. Als Grundlage für dieses Vorgehen stehen u. a. verschiedene Studien des RKI, der BZgA, Daten des Statistischen Bundesamtes und Daten aus internationalen Studien zur Verfügung.

Umsetzung

Um die oben genannten Ziele zu erreichen ist auch nach internationalem Standard ein ganzes Bündel von Maßnahmen erforderlich. Viele der erforderlichen Maßnahmen beeinflussen mehrere Ziele. Notwendig ist ein Policy Mix, der viele unterschiedliche Akteur*innen einbezieht und aus einer systematischen Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen besteht, die früh bei Kindern und Jugendlichen beginnen und einem lebensbegleitenden Ansatz folgen. Als nicht erfolgversprechend anzusehen sind isolierte, zeitlich befristete Einzelmaßnahmen einzelner Akteur*innen. Es bedarf einer institutions- und organisationsübergreifenden Gesamtstrategie, die das gemeinsame, interdisziplinäre Handeln der verantwortlichen Partner*innen stärkt.

Das Fetale Alkoholsyndrom und seine lebenslangen Folgen

Vor gut 40 Jahren beschrieben Jones und Smith (Jones und Smith, 1973) in den USA ein auffälliges Muster kraniofazialer Anomalien und zentralnervöse Dysfunktionen an elf Kindern, deren Mütter chronisch alkoholkrank waren und während der Schwangerschaft getrunken hatten. Sie prägten den Begriff „fetal alcohol-syndrome“ und dokumentierten damit ein Krankheitsbild, das durch ein auffälliges Gesicht (kraniofaziale Dysmorphie), eine Wachstumsretardierung, eine verzögerte psychomotorische Reifung und eine gestörte geistige Entwicklung charakterisiert ist. Durch diese Veröffentlichung im „Lancet“ 1973 wurde das Fetale Alkohol-Syndrom (FAS) weltweit bekannt und bald als eine der wichtigsten Ursachen für eine angeborene geistige Entwicklungsstörung erkannt.

Gleichwohl war dieses Syndrom schon 1968 unabhängig auch von französischen Autoren beschrieben, aber wissenschaftlich nicht hinlänglich wahrgenommen worden (Lemoine, Harousseau, Boteyru, Menuet, 1968). Der erste wissenschaftliche Hinweis auf pränatale Alkoholschäden stammt aus dem Jahr 1899 von dem Liverpooler Gefängnisarzt William Sullivan, der festgestellt hatte, dass Trinkerrinnen, die schon Totgeburten und geschädigte Kinder zur Welt gebracht hatten, in der erzwungenen Abstinenz des Gefängnisses wieder gesunde

Kinder gebären konnten (Sullivan, 1899). Es gibt inzwischen zahlreiche Publikationen zur Inzidenz und Prognose, zum klinischen Bild und dem langzeitigen Entwicklungsverlauf (Clarren und Smith, 1978; Lupton, Burd, Harwood, 2004; Majewski, 1993; Stratton, Howe, Battaglia (eds.), 1996; Spohr und Steinhausen (eds.), 1996). Trotz intensiver klinischer und vor allem tierexperimenteller Forschung ist die Ursache der intrauterinen Alkoholschädigung bis heute nicht eindeutig geklärt. Zahlreiche tierexperimentelle, klinische vor allem chromosomale, hormonelle und neuropathologische Einzelbefunde sind bisher publiziert worden, ohne dass eine überzeugende Pathogenese formuliert werden konnte. Eine interessante neuere Studie weist auf eine durch eine Transmitterstörung verursachte apoptotische Neurodegeneration als mögliche Ursache für die Entstehung des FAS hin (Ikonomidou, Bittigau, Olney, 2000). Ziel dieser Übersichtsarbeit auf der Basis einer selektiven Literaturzusammenfassung und eigener Langzeitstudien ist zum einen, auf ein relativ häufiges Krankheitsbild aufmerksam zu machen, das durch die Vielgestaltigkeit seiner Symptome unterdiagnostiziert wird, und andererseits auf seine noch ungenügend bekannten persistierenden Folgen im Erwachsenenalter hinzuweisen.

Definitionen und klinisches Bild

Der teratogene Effekt des Alkohols auf den sich entwickelnden Feten stellt ein Spektrum struktureller Anomalien, neurokognitiver Störungen und Verhaltensauffälligkeiten dar, die heute mit dem Terminus „fetal alcohol-spectrum-disorders“ (Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen, FASD) zusammengefasst werden (Hoyme, May, Kalberg et al., 2005). Die am stärksten betroffenen Kinder des Spektrums mit einem voll ausgeprägten Phänotyp werden mit dem Begriff des FAS bezeichnet. Die Diagnose FASD bei Kindern und bei Adoleszenten zu stellen, ist für viele Ärzt*innen in der Praxis offensichtlich noch schwierig, sodass zahlreiche Betroffene unentdeckt bleiben.

Die Schwierigkeit der Diagnosestellung liegt unter anderem daran, dass dem Syndrom ein richtungsweisendes, pathognomonisches Symptom, wie zum Beispiel eine Dysmelie oder Phokomelie, bei der Thalidomid-Embryopathie fehlt und weder die Mütter noch die Umgebung in den Familien den chronischen Alkoholmissbrauch und seine Gefährdung für den Fetus erkennen (Little, Snell, Rosenfeld, Gilstrap, 1990). Darüber hinaus ist Alkoholgenuss in der Öffentlichkeit und auch bei Ärzt*innen oft noch zu

stark tabuisiert, sodass die entsprechenden Verdachtsmomente auf eine Störung durch Alkohol ausbleiben. In der Regel werden nur ausgeprägte Formen des FAS erkannt, unter anderem weil die Mütter häufig schon in der Geburtsklinik als chronische Alkoholikerinnen diagnostiziert werden.

Sehr viel größere Schwierigkeiten stellt die Diagnose der weit häufiger vorkommenden Kinder mit geringeren phänotypischen Merkmalen dar, bei denen ein partielles FAS (pFAS) vorliegt. Leitsymptome sind Kleinwuchs, verschiedene Fehlbildungssymptome im Bereich von Kopf und Gesicht (sogenannte kraniofaziale Dismorphie), unterschiedlich stark ausgeprägte Zeichen einer Entwicklungsbeeinträchtigung mit psychopathologischen Symptomen sowie eine positive Anamnese für einen Alkoholmissbrauch durch die Mutter während der Schwangerschaft. Das Krankheitsbild ist neben seiner klinischen Relevanz auch von großer sozioökonomischer Bedeutung.

In einer US-amerikanischen Publikation wurde 2005 festgestellt, dass die soziale Belastung durch FASD immens hoch ist. Neben dem individuellen Leid kommt es zum Verlust von Produktivität und hohen, teilweise lebenslangen Ausgaben für medizinische Versorgung und Rehabilitationsmaßnahmen. So wurden die jährlichen Kosten für das FASD 1998 in den USA auf etwa 4 Milliarden Dollar geschätzt (Lupton, Burd, Harwood, 2004).

Es gibt bisher für das FAS keine gesicherten Angaben zur Inzidenz oder Prävalenz in Deutschland. Anhand internationaler Vergleichszahlen liegt

die Inzidenz für das FAS wie in allen Industriestaaten bei 0,5 bis 2 betroffenen Neugeborenen/1.000 Geburten (May und Gossage, 2001; Sampson, Streissguth, Bookstein et al., 1997). Somit ist in Deutschland jährlich mit 600 bis 1.200 Neugeborenen mit einem voll ausgeprägten FAS zu rechnen.

Für die gesamte Bandbreite des FASD – also besonders FAS und partielles FAS – ist die Häufigkeit deutlich höher und liegt bei schätzungsweise 4 bis 6 betroffenen Kindern auf 1.000 Geburten (May und Gossage, 2001). Insgesamt kommen in Deutschland also jährlich bei konservativer Schätzung circa 3.000 bis 4.000 Neugeborene mit einem FASD zur Welt. Dies ist eine enorm hohe Zahl und die unentdeckten Fälle sind weit in der Überzahl. Verlaufsuntersuchungen zu Inzidenzen liegen weltweit nicht vor, sodass keine Aussagen über eine mögliche Zunahme der FASD ableitbar sind. Eine scheinbare Zunahme der Inzidenz entsteht durch die erhöhte allgemeine Aufmerksamkeit für dieses Syndrom, sodass heute mehr Kinder als in der Vergangenheit diagnostiziert werden.

Die Diagnosefindung wird durch zwei weitere Faktoren zusätzlich erschwert. Zum einen sind heute viele betroffene Frauen polytoxikoman, indem sie oft neben dem Alkohol auch Nikotin, Tabletten und die öffentlich eher wahrgenommenen illegalen Drogen missbrauchen. Zum anderen lebt die große Mehrheit der FASD-Kinder nicht bei ihren Eltern, sondern in Pflege- oder Adoptionsfamilien. Diese Kinder sind in der Regel ihren leiblichen Eltern wegen Vernachlässigung oder

Kindesmisshandlung weggenommen worden. Über die Hintergründe der Trennung der Kinder von ihren leiblichen Eltern – nämlich den chronischen Alkoholmissbrauch – sind die Pflegeeltern in den wenigsten Fällen aufgeklärt. Damit verliert sich vor allem bei älteren Kindern oder Jugendlichen oft die einzige Spur, die zur Diagnose führen könnte. Pflegeeltern tragen die große Last dieses Syndroms.

Sie merken bei allem persönlichen Einsatz, dass die Pflegekinder anders sind, als sie es sich wünschen. Diese Kinder sind nicht nur zu klein, untergewichtig und über 50% mikrozephal; sie zeigen oft Essstörungen, motorische Unruhe und ausgeprägte Schlafstörungen in der Säuglingszeit. Mit dem Heranwachsen sind die betroffenen Kinder mit bis zu 60% ungewöhnlich häufig hyperaktiv, in ihrem Verhalten sprunghaft und unkontrolliert und in ihrer Aufmerksamkeit schwer beeinträchtigt, sodass neben der Intelligenzminderung eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung die am häufigsten zu diagnostizierende Störung ist (Spohr, Willms, Steinhausen, 1993; Steinhausen, Willms, Spohr, 1993).

Wenngleich äußerlich oft wenig auffällig, sind Jugendliche mit FASD möglicherweise aggressiv oder auch depressiv und auf verschiedenste Weise in ihrer Entwicklung beeinträchtigt. So verstehen sie trotz guter Sprachkompetenz auch einfache und vor allem aber komplexe Zusammenhänge nicht, leiden an ihrer fehlenden Bindungsfähigkeit und ihrer Außen-seiterrolle und überschreiten nicht selten die ihnen gesetzten Grenzen

bis hin zu Gewalttätigkeit und Diebstahl (Streissguth, Barr, Kogan, Bookstein, 1996). Die schulische Laufbahn ist stark von der meist beeinträchtigten Grundintelligenz abhängig, sodass der Anteil von Schüler*innen auf Sonderschulen für lern- oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche ungewöhnlich hoch ist. Aber auch für die Normalbegabten bleibt in vielen Fällen wegen des auffälligen Verhaltens nur der Weg in die Sonderschule für Lernbehinderte oder verhaltensauffällige Kinder.

Diagnostik

Für eine möglichst günstige Entwicklung der betroffenen Patient*innen ist eine frühe Diagnosestellung unverzichtbar. Die früheren US-amerikanischen Leitlinien zur Terminologie der Schädigungen (Sokol und Clarren, 1989; Department of Health and Human Sciences, 2004) sind in der Zwischenzeit durch eine neuere diagnostische Klassifikation abgelöst worden (Astley und Clarren, 2000; Astley und Clarren, 2001), die allerdings nicht in deutscher Übersetzung vorliegen. So werden neuerdings zum FASD nicht nur das klinische Vollbild des FAS und das pFAS, sondern auch die Sonderform der „alcohol related neurodevelopmental disorders“ (ARND) gezählt.

Die Untersuchung nach dem 4-Digit-Diagnostic-Code (Astley und Clarren, 2000; Astley und Clarren, 2001) konzentriert sich auf vier wesentliche Teilaspekte bei den betroffenen Patient*innen:

1. Liegt bei dem Kind ein Kleinwuchs/Untergewicht vor?
2. Liegt eine kraniofaziale Dymorphie bei dem*der Patienten*in im Sinne auffälliger/diskreter dysmorpher Stigmata im Gesicht vor?
3. Leidet der*die Patient*in an psychiatrischen Störungen mit Hinweis auf strukturelle und funktionelle ZNS-Störungen?
4. Liegt aktuell oder in der Anamnese ein Alkoholabusus der Mutter während der Schwangerschaft vor?

Die Beurteilung erfolgt mithilfe eines umfangreichen Manuals, dem „diagnostic guide for fetal alcohol spectrum disorders“ (Astley und Clarren, 2001). Die diagnostische Beurteilung der bei den Patient*innen erhobenen Befunde wird in den jeweiligen Bereichen bewertet, wobei „unwahrscheinlich“ oder „nicht vorhanden“ 1 Punkt ergibt, „möglich“ oder „unbekannt“ 2 Punkte, „wahrscheinlich“ 3 Punkte und „definitiv“ 4 Punkte. Mithilfe dieses entstandenen Zahlen-codes wird dann die Diagnose formuliert.

1. Kleinwuchs/Untergewicht:

Um 4 Punkte zu erreichen, müssen mindestens einmal im Leben des*der Patienten*in beide Werte für Gewicht und Länge unterhalb der 3-er Perzentile liegen.

2. Kraniofaziale Dymorphie:

Hier werden im Wesentlichen drei FAS-spezifische Merkmale erfasst, nämlich die Lidspaltenlänge der Augen, ein verstrichenes, eventuell verlängertes Philtrum und ein schmales Oberlippenrot.

3. Strukturelle und funktionelle ZNS-Störungen:

Ein persistierender Mikrozephalus (Kopfumfang 3.Perzentile), ZNS-Malformationen sowie Epilepsie und Zerebralparese werden in den Richtlinien zu den wichtigen strukturellen Störungen gezählt. Funktionelle Störungen werden, falls notwendig, mit neuropsychologischen Testverfahren durch entsprechend ausgebildete Fachpersonen untersucht.

4. Alkoholmissbrauch durch die Mutter in der Schwangerschaft:

Gemäß den diagnostischen Richtlinien besteht für den Fetus ein Risiko, sofern seine Mutter chronisch Alkohol missbraucht, während der Schwangerschaft ständig getrunken hat oder mindestens einmal pro Woche betrunken war.

Die Beurteilung erfolgt durch den individuell ermittelten Codewert. Der Code 4/4/4/4 entspricht zum Beispiel dem Vollbild eines FAS. Das pFAS hat entsprechend weniger Punkte, zum Beispiel 3/3/4/3. Die kraniofaziale Dymorphie ist bei der Diagnosestellung besonders wichtig, da nur sie spezifisch für das FAS ist.

Differenzialdiagnostisch sind nur wenige andere Syndrome mit dysmorphen Symptomen, in der Regel durch einen Humangenetiker, auszuschließen (zum Beispiel Dubowitz-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom, Velokardio-faziales-Syndrom).

Verlaufsstudien

Mit den dargestellten diagnostischen Möglichkeiten kann bei Klein- und Schulkindern heute mit einiger klinischer Sicherheit durch Kinder- und Jugendärzt*innen die Diagnose gestellt werden. Das Schicksal der betroffenen Adoleszenten und erwachsenen FAS-Patient*innen ist allerdings bisher unter Ärzt*innen nur ungenügend bekannt (Spohr, Willms, Steinhausen, 1994; Spohr, Willms, Steinhausen, 2007).

Bislang wurden nur wenige Langzeitverläufe publiziert (Spohr, Willms, Steinhausen, 1993; Steinhausen, Willms, Spohr, 1993; Spohr, 2016). Besonders intensiv wurden in den USA die Langzeitfolgen von FAS untersucht. Streissguth und ihre Mitarbeiter*innen konnten die persistierenden Langzeitfolgen für Jugendliche und Erwachsene eindrucksvoll belegen.

Bis 1998 waren von dieser Arbeitsgruppe über 400 Patient*innen mit FAS/FAE diagnostiziert worden. Davon wurden mittels einer Querschnittsuntersuchung insgesamt 90 Patient*innen im Erwachsenenalter (mittleres Alter 25 Jahre) untersucht (Streissguth, Barr, Kogan, Bookstein, 1996). Die wichtigsten Befunde waren:

Bei 90% der Erwachsenen hatten psychische und andere Gesundheitsprobleme vorgelegen (bei 61% vorwiegend in Form von ADHS im Kindes- und Jugendalter und bei den Erwachsenen in circa 50% der Fälle als Depression). Schulunterbrechungen oder ein vorzeitiger Schulabbruch

wegen Lern- oder Verhaltensstörungen hatten in 60% der Fälle bestanden.

Bei 60% der Betroffenen war es zu Konflikten mit dem Gesetz gekommen. 50% der Erwachsenen hatten einen Freiheitsentzug erlitten (23% wegen psychischer Störungen, 15% durch stationäre Entzüge bei Alkohol-/Drogenabhängigkeit und 35% wurden wegen krimineller Straftaten inhaftiert). 80% der über 21-Jährigen benötigten personelle Unterstützung in der Lebensführung. Die erwachsenen FAS-Patient*innen hatten große Probleme mit der Erwerbstätigkeit und waren zu 70% arbeitslos und unselbstständig in ihrer Lebensführung.

In ihrer Studie haben die Autoren auch „protektive Faktoren“ beschrieben, die das Ausmaß der persistierenden Langzeitfolgen der intrauterinen Schädigung begrenzen. Hierzu zählten unter anderem ein Leben in einem stabilen, fördernden „Zuhause“ für über 70% der Lebensdauer, die Erstdiagnose vor dem 6. Lebensjahr, keine Gewalterfahrung gegen die eigene Person sowie die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen.

Auch finnische und schwedische Langzeituntersuchungen sind zu ähnlichen Ergebnissen im Langzeitverlauf gekommen.

In Erweiterung der querschnittlichen amerikanischen und skandinavischen Untersuchungen hat die Arbeitsgruppe der Autoren über Ergebnisse einer prospektiven Langzeit-Studie zu den Folgen pränataler Alkohol-Exposition in einer altershomogenen Gruppe

junger Erwachsener mit FAS und FAE berichtet, bei denen die Diagnose in früher Kindheit gestellt wurde. Der Verlauf über 20 Jahre erlaubte eine definitive Abschätzung bleibender Behinderungen und Störungen bei den Patient*innen nach Kindheit und Jugend (Spohr, Willms, Steinhausen, 2007).

In der von den Autoren durchgeführten 20-Jahresverlaufs-Studie konnten sie 37 früher intrauterin alkoholexponierte Kinder evaluieren. Bei 22 dieser Patient*innen war ein FAS und bei 15 waren pFAS diagnostiziert worden. Entsprechend variierte die Intelligenz von geistig behindert bis Normalbegabung. Die durchschnittliche Dauer des Verlaufs betrug 20,5 (Standardabweichung 2,8) Jahre. Die Ergebnisse zeigen, dass trotz Rückbildung der charakteristischen kraniofazialen Dysmorphie einige FAS-Symptome, speziell der Mikrozephalus (Kopfumfang 3. Perzentile), bei der Hälfte der Betroffenen und in geringerem Maße auch der Kleinwuchs und die Dystrophie besonders bei männlichen Patienten persistieren. Gravierende Spätfolgen sind die bleibenden schweren und klinisch bedeutsamen Verhaltensauffälligkeiten, die in Verbindung mit der Intelligenzminderung nur begrenzte berufliche Qualifikationen und häufig eine Betreuungsabhängigkeit im Erwachsenenalter zur Folge haben. So lebten nur 29,5% (11 von 37) der erwachsenen Patient*innen selbstständig, hingegen 70,5% (26 von 37) in Abhängigkeit beziehungsweise unter Betreuung. Von den inzwischen jungen Erwachsenen hatten trotz intensiver langjähriger schulischer und beruflicher Förderung nur 13,5%

(5 von 37) einen Beruf erlernt oder verdienten ihren eigenen Lebensunterhalt, dagegen waren 86,5% (32 von 37) Patient*innen ohne eine dauerhafte Beschäftigung und ohne Berufsausübung. Diese Befunde entsprechen den Ergebnissen der amerikanischen Studien, obwohl alle Kinder unserer Studie in ihrer Kindheit und Adoleszenz die oben erwähnten „protektiven Faktoren“ erfahren hatten.

Wichtig ist ferner der Befund, dass hinsichtlich verschiedener Merkmale der Lebensbewältigung kein Unterschied zwischen den Patient*innen mit der Diagnose eines FAS oder eines pFAS bestand.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend belegen die Langzeitstudien die verheerenden Folgen der intrauterinen Alkoholexposition bis in das Erwachsenenalter. Sie sind unabhängig von der primären phänomenologischen Diagnose in der Kindheit und begrenzen die Möglichkeiten einer selbstständigen Lebensführung für die Betroffenen.

Somit sind Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen eine lebenslange Diagnose, deren Bedeutung im ärztlichen Bewusstsein hinlänglich verankert werden muss, um den Betroffenen bei ihren zahlreichen Problemen die gebotenen Hilfen zukommen zu lassen. Im Sinne dieser Forderung müssen vor allem Hausärzt*innen, Gynäkolog*innen und Geburtshelfer*innen sowie Kinder- und Jugendärzt*innen in Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiater*innen und klini-

schen Psycholog*innen für die Früherkennung und weitere Behandlung der betroffenen Patient*innen sorgen. Die Behandlung ist im Wesentlichen auf die Verhinderung weiterer sekundärer Behinderungen vornehmlich aufgrund der Intelligenzminderung und der mit ihr einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten ausgerichtet. Insofern ist eine intensive psychosoziale Betreuung der Betroffenen auch im Erwachsenenalter erforderlich. Dabei ist eine über die Medizin hinausgehende interdisziplinäre Versorgung in Zusammenarbeit mit den Trägern psychosozialer Hilfen unabdingbar.

Schließlich ist eine breite Information nicht nur der Schwangeren, sondern der allgemeinen Öffentlichkeit über die schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums speziell während der Schwangerschaft zu leisten, zumal eine definitive und wirksame Prävention nur auf diesem Wege geleistet werden kann. Bei der Umsetzung dieses Ziels ist die Zusammenarbeit von Ärzt*innen mit Selbsthilfegruppen außerordentlich hilfreich. Ebenso müssen gesellschaftliche und politische Verantwortungsträger sowie die Medien in diese Öffentlichkeitskampagnen eingeschlossen werden.

Klinische Kernaussagen

Das FAS ist wahrscheinlich die häufigste angeborene kindliche Störung mit Intelligenzminderung. Hoher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft führt zu einer permanenten teratogen bedingten Schädigung des Gehirns. Alkohol als eine verhaltensteratogene Substanz kann auch ohne offensicht-

liche körperliche Auffälligkeiten Störungen der Aufmerksamkeit sowie des Verhaltens und der Entwicklung verursachen. Die FASD werden in der Praxis zu selten diagnostiziert. Die schwerste Ausprägung in Form des FAS ist im Prinzip vermeidbar. Da es keine kausale Therapie für die FASD gibt, stellen Frühdiagnose der betroffenen Kinder und Aufklärung nicht nur der Frauen selbst, sondern auch der Allgemeinbevölkerung die wichtigste Präventionsmaßnahme dar. FASD bedeuten für viele der betroffenen Patient*innen persistierende, möglicherweise sogar lebenslang bleibende körperliche und psychopathologische Störungen. Da es keine kausale Therapie für die FASD gibt und wir die unterste Grenze für eine „sichere“ Menge von Alkohol in der Schwangerschaft nicht kennen, gilt nur die Null-Option. Kein Tropfen Alkohol in der Schwangerschaft.

Literatur

- Astley, S.J., Clarren, S.K. (2001): MEASURING THE FACIAL PHENOTYPE OF INDIVIDUALS WITH PRENATAL ALCOHOL EXPOSURE: CORRELATIONS WITH BRAIN DYSFUNCTION. *Alcohol & Alcoholism* 2001; 36: 147–59
- Astley, S.J., Clarren, S.K. (2000): DIAGNOSING THE FULL SPECTRUM OF FETAL ALCOHOL EXPOSED INDIVIDUALS: INTRODUCING THE 4-DIGIT DIAGNOSTIC CODE. *Alcohol & Alcoholism* 2000; 35: 400–10
- Clarren, S.K., Smith, D.W. (1978): THE FETAL ALCOHOL SYNDROME: EXPERIENCE WITH 65 PATIENTS AND A REVIEW OF THE WORLD LITERATURE. *N Engl J Med* 1978; 298: 1063–67
- Department of Health and Human Sciences (2004): FETAL ALCOHOL SYNDROME: GUIDELINES FOR REFERRAL AND DIAGNOSIS. Washington, DC
- Hoyme, H.E., May, P.A., Kalberg, W.O., Kodituwakkn, P., Gossage, J.P., Trujillo, P.M. et al. (2005): A PRACTICAL CLINICAL APPROACH TO DIAGNOSIS OF FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS: clarification of the 1996 institute of medicine criteria. *Pediatrics* 2005; 115: 39–47
- Ikonomidou, C., Bittigau, P., Olney, J.W. (2000): ETHANOL-INDUCED APOPTOTIC NEURODEGENERATION AND FETAL ALCOHOL SYNDROME. *Science* 2000; 287: 1056–60
- Jones, K.L., Smith, D.W. (1973): RECOGNITION OF THE FETAL ALCOHOL SYNDROME IN EARLY INFANCY. *Lancet* 1973; 11: 999–1001
- Lemoine, P., Harousseau, H., Boteyru, J.P., Menuet, J.C. (1968): LES ENFANT DES PARENTS ALCOOLIQUE: ANOMALIES OBSERVÉES Á PROPOS DE 127 CAS. *Quest Médicale* 1968; 25: 476–82
- Little, B.B., Snell, L.M., Rosenfeld, C.R., Gilstrap, N.F. (1990): FAILURE TO RECOGNIZE FETAL ALCOHOL SYNDROME IN NEWBORN INFANTS. *Am J Dis Child* 1990; 144: 1142–6
- Lupton, C., Burd, L., Harwood, R. (2004): COST OF FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2004; 15, 127: 42–50
- Majewski, F. (1993): ALCOHOL EMBRYOPATHY: EXPERIENCE IN 200 PATIENTS. *Dev Brain Dysfunc* 1993; 6: 248–65
- May, P.A., Gossage, J.P. (2001): ESTIMATING THE PREVALENCE OF FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS: summary. *Alcohol Res Health* 2001; 25: 159–67
- Sampson, P.D., Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Little, R.E., Clarren, S.K., Dehaene, P. et al. (1997): INCIDENCE OF FETAL ALCOHOL SYNDROME AND PREVALENCE OF ALCOHOL-RELATED NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS. *Teratology* 1997; 56: 317–26
- Sokol, R.J., Clarren, S.K. (1989): GUIDELINES FOR USE OF TERMINOLOGY DESCRIBING THE IMPACT OF PRENATAL ALCOHOL ON THE OFFSPRING. *Alcohol Clin Exp Res* 1989; 13: 597–8
- Spohr, H.L. (2016): DAS FETALE ALKOHOLSYNDROM IM KINDES- UND ERWACHSENENALTER. Zweite aktualisierte Auflage 2016, De Gruyter Verlag, Berlin
- Spohr, H.-L., Steinhausen, H.-C. (eds.) (1996): ALCOHOL, PREGNANCY, AND THE DEVELOPING CHILD. Cambridge, UK: Cambridge University Press 1996
- Spohr, H.L., Willms, J., Steinhausen, H.C. (2007): FETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDERS IN YOUNG ADULTHOOD. *J. Pediatr* 2007; 150: 175–179
- Spohr, H.L., Willms, J., Steinhausen, H.C. (1994): THE FETAL ALCOHOL SYNDROME IN ADOLESCENCE. *Acta Paediatr Suppl.* 1994; 404: 19–26
- Spohr, H.L., Willms, J., Steinhausen, H.C. (1993): PRENATAL ALCOHOL EXPOSURE AND LONG-TERM DEVELOPMENTAL CONSEQUENCES: a 10-year follow-up of 60 children with fetal alcohol syndrome (FAS). *Lancet* 1993; 341: 907–10
- Steinhausen, H.C., Willms, J., Spohr, H.L. (1993): THE LONG-TERM PSYCHOPATHOLOGICAL AND COGNITIVE OUTCOME OF CHILDREN WITH FETAL ALCOHOL SYNDROME. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 990–4
- Stratton, K.R., Howe, C.J., Battaglia, F.C. (eds.) (1996): FETAL ALCOHOL SYNDROME: DIAGNOSIS, EPIDEMIOLOGY, PREVENTION, AND TREATMENT. Washington, DC: National Academy Press 1996
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J., Bookstein, F.L. (1996): UNDERSTANDING THE OCCURRENCE OF SECONDARY DISABILITIES IN CLIENTS WITH FETAL ALCOHOL SYNDROME (FAS) AND FETAL ALCOHOL EFFECTS (FAE). Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit; 1996
- Sullivan, W.C. (1899): A NOTE ON THE INFLUENCE OF MATERNAL INEBRIETY ON OFFSPRING. *J Ment Science* 1899; 45: 489–503

GigA

Gemeinsam initiativ gegen den Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen

Netzwerkarbeit als Voraussetzung für eine erfolgreiche kommunale Alkoholprävention

Während ganz allgemein der Alkoholkonsum bei Jugendlichen sinkt, ist der riskante Konsum alkoholischer Getränke bei einem Teil der Heranwachsenden in den letzten Jahren unverändert hoch geblieben. Angesichts der damit verbundenen gesundheitlichen Schädigungen und psychosozialen Folgen ist die Verhinderung des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bundesweit ein besonderes Anliegen vieler Kommunen, Institutionen und Einrichtungen.

Infolgedessen wurden in den letzten Jahren in zahlreichen Kommunen unterschiedliche Maßnahmen zur Prävention des Alkoholmissbrauchs im Jugendbereich umgesetzt. Diese kommunalen Aktivitäten waren in der Regel Einzelmaßnahmen im Rahmen der Suchtprävention oder des Jugendschutzes, die häufig parallel von den vor Ort zuständigen Akteur*innen aus ihren jeweiligen Blickwinkeln in ihren Arbeitsfeldern durchgeführt wurden (z.B. Präventionsmaßnahmen jeweils des Jugendschutzes, der Präventionsfachkräfte sowie aus Sicht der Polizei). Nur vereinzelt gab und gibt es vernetzte kontinuierliche Präventions- und Interventionsprogramme, die die Wirksamkeit dieser Einzelmaßnahmen erheblich steigern könnten.

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Erfahrungen des Projektes GigA – „Gemeinsam gegen Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“. Dieses Projekt wurde als Modellprojekt zur „kommunalen Alkoholprävention“ mit Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und mit Mitteln der privaten Krankenversicherung von der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung Nordrhein-Westfalen – ginko – in Kooperation mit dem Landschaftsverband Rheinland, der Aktion Jugendschutz Nordrhein-Westfalen (AJS) und dem Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen an sechs Standorten (Kleinstadt, Großstadt, Landkreis) von 2010 bis 2014 in Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

Nach dem erfolgreichen Abschluss der Modellphase hat die ginko Stiftung für Prävention gemeinsam mit dem Landschaftsverband Rheinland das Konzept zur Implementierung des Netzwerkmanagements im Rahmen der kommunalen Alkoholprävention fortentwickelt und beabsichtigt dieses in Kreisen und Kommunen sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch in weiteren Bundesländern (u.a. Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg) anzuwenden.

Hemmnisse in der Umsetzung erfolgreicher Netzwerkarbeit in der kommunalen Alkoholprävention

Während die Suchtprävention in den vorhandenen Konzepten grundsätzlich als Gemeinschaftsaufgabe verstanden wird, bilden die präventiven Aktivitäten in der Praxis nach wie vor häufig isolierte, nicht selten konkurrierende Einzelmaßnahmen verschiedener Akteur*innen vor Ort. Die Umsetzung vernetzter kontinuierlicher Präventions- und Interventionsprogramme scheidet dabei häufig:

- an der Konkurrenz unter den beteiligten Netzwerkpartner*innen: Diese wird z.B. gefördert, wenn mehrere Träger mit dem gleichen Aufgabenbereich ohne klare Absprachen in Bezug auf die Zuständigkeit tätig sind. Zugleich hemmen komplexe Zuständigkeiten / Strukturen eine erfolgreiche Netzwerkarbeit. Darüber hinaus herrscht häufig eine Unklarheit über die Zuständigkeiten etwa zwischen Kreis und Gemeinden.
- am unterschiedlichen fachlichen Hintergrund der potentiellen Teilnehmer*innen verbunden mit unterschiedlicher „Sprache“ (Verwaltung, Ordnungsbehörden, Beratungsstellen etc.), gleichzeitig fehlt

häufig eine Transparenz in Bezug auf die Aufgabenfelder der unterschiedlichen Beteiligten und den damit verbundenen Maßnahmen häufig.

- an fehlenden oder unzureichenden Ressourcen (Zeit, Personal, finanzielle Mittel).
- an fehlender oder unzureichender politischer Unterstützung.

Voraussetzung für eine gelingende Netzwerkarbeit

Nach bisherigen Erfahrungen kann die örtliche Netzwerkarbeit im Bereich der kommunalen Alkoholprävention gefördert werden, wenn folgende Voraussetzungen vor Ort vorhanden sind:

- Es ist ein hoher Bedarf an kommunaler Alkoholprävention erkennbar (moderater bis hoher Problemdruck).
- Es ist bereits eine geringe Vernetzung (unsystematische und eher sporadische Kooperation von Akteur*innen mit zum Teil unterschiedlicher fachlicher Herkunft) vorhanden.
- Die regionalen Bedingungen ermöglichen die Bildung einer funktionierenden Netzwerkstruktur.
- Und es gibt ein gemeinsames Interesse der jeweiligen Akteur*innen zur Bildung einer kommunalen Netzwerkarbeit.

Auf einer solchen Grundlage kann erfolgreiche Vernetzung und Kooperation gelingen, wenn

- Verfahren, Regelungen und Strukturen geschaffen werden,

- Rollen und Funktionen definiert sind und
- somit einer Professionalisierung zugänglich gemacht werden.

Ausschlaggebend für das Gelingen eines solchen Netzwerks sind darüber hinaus

- das gemeinsame Interesse,
- die gemeinsamen Ziele und
- die grundsätzliche Bereitschaft der Akteur*innen zur verbindlichen Kooperation.

Für die Umsetzung erfolgreicher Netzwerkarbeit vor Ort sind allerdings mehrere Schritte erforderlich. Dazu gehört z.B. die Bildung eines Lenkungsgremiums, das sich je nach den regionalen Bedingungen zusammensetzt aus

- einer örtlichen Prophylaxefachkraft / Vertreter*in der Suchthilfe,
- eine*m Vertreter*in des Jugendamts,
- eine*m Vertreter*in des Gesundheitsamts und
- eine*m Vertreter*in der Ordnungsbehörden / Polizei / Kriminalpräventiver Rat.

Eine der ersten Aufgaben eines solchen Lenkungsgremiums besteht darin, zunächst einige Leitfragen zu klären, die die Zusammenarbeit vor Ort betreffen. Dabei ist die Beantwortung folgender Fragen von Bedeutung:

- Wie ist die Zusammenarbeit im Rahmen der Suchtvorbeugung formal geregelt?
- Wie sieht die regionale Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich, der Jugendhilfe, dem Bildungs-, Kultur- und Freizeitbereich konkret aus?

- Wie sind die Verantwortungsbereiche, Aufgaben und Kompetenzen definiert und verteilt?
- Wie autonom sind die verschiedenen Kooperationspartner*innen in ihren Handlungsmöglichkeiten?
- In welchen Situationen und bei welchen Themen oder Fragestellungen ist die regionale Kooperation am ehesten gefährdet?
- Wo funktioniert die Zusammenarbeit, wo noch nicht ausreichend und wo gar nicht?
- Wie und wo wird über Qualität der Kooperation gesprochen?

Für eine gelingende Netzwerkarbeit ist es weiterhin notwendig, dass innerhalb des Netzwerkes die Zuständigkeiten der einzelnen Partner*innen klar verteilt und transparent sind sowie die jeweiligen Verantwortungsbereiche verbindlich benannt werden.

Die Netzwerkpartner*innen müssen zuverlässig sein, die Unterstützung ihres jeweiligen Trägers haben und über eine entsprechende Entscheidungskompetenz verfügen. Dabei erfordert die Netzwerkarbeit eine Vertrauensbasis sowie Beständigkeit und Offenheit unter den jeweils Beteiligten. Leitend ist dabei Kooperation statt Konkurrenz.

Um die konkrete Netzwerkarbeit erfolgreich umzusetzen, ist es ferner erforderlich, dass gemeinsame Regeln vereinbart werden, die von den Beteiligten einzuhalten sind und getroffene Vereinbarungen protokolliert und verbindlich umgesetzt werden. Sinnvoll ist deshalb das Erstellen einer Geschäftsordnung.

Darüber hinaus kann durch ein professionelles Netzwerkmanagement die Entwicklung örtlicher Netzwerkarbeit gefördert werden. Das Netzwerkmanagement hilft

- kommunale Netzwerkstrukturen aufzubauen,
- Kooperation und Koordination im Netz sichtbar zu machen sowie
- Kooperation und Koordination zu bewerten und interregional zu vergleichen.

Bewährt hat sich dabei das vom Landschaftsverband Rheinland entwickelte Konzept des Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement (NBQM). Dieses Konzept, das bereits in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zur Anwendung kam, wurde auch auf den Bereich der kommunalen Alkoholprävention zugeschnitten und bildete einen wichtigen Baustein des GigA-Programms (vgl. LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen, Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement(Hrsg.), 2009; Ginko Stiftung für Prävention (Hrsg.), 2014).

Ziele der örtlichen Netzwerkarbeit im Rahmen der kommunalen Alkoholprävention

Im Rahmen dieses Programms bestand das globale Ziel der örtlichen Netzwerkarbeit darin, die Umsetzung alkoholpräventiver Maßnahmen auf regionaler Basis zu verstärken, um frühen Alkoholmissbrauch im Kindes- und Jugendalter nachhaltig zu verhindern. Dabei standen zunächst drei überprüfbare Ziele im Vordergrund:

1. Die verstärkte Verbreitung und größere Sichtbarkeit der Maßnahmen zur Alkoholprävention in der Öffentlichkeit.
2. Die Bildung der öffentlichen Meinung und eines Bürgerbewusstseins zum problematischen Alkoholgebrauch Jugendlicher.
3. Die verstärkte Kontakthäufigkeit und Wahrnehmung von Maßnahmen zur Alkoholprävention bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche (z.B. Jugendschutzmaßnahmen, Verkehrskontrollen, Maßnahmen der Verhaltensprävention, Konsumbeschränkungen).

Während der dreijährigen Modellphase fanden in den einzelnen Standorten unterschiedliche Maßnahmen durch die beteiligten Akteur*innen statt. Diese reichten von alternativen Angeboten für die jugendlichen Zielgruppen, verstärkte Informationsvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit zum Alkoholmissbrauch bis hin zu Intensivierung der Maßnahmen im Bereich des Jugendschutzes (z.B. verstärkte Kontrollen).

Zusammengefasste Ergebnisse der Maßnahmen

Obwohl sich der reine Projektzeitraum zur Umsetzung alkoholpräventiver Maßnahmen zunächst nur auf circa zwei Jahre bezog, waren bei verschiedenen Standorten nach Ablauf dieses Zeitraums bereits Effekte feststellbar. So zeigten die gezielten und abgestimmten Präventionsmaßnahmen und die damit verbundene regionale Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen einer sektorenübergreifen-

den Vernetzung vor Ort erste positive Ergebnisse in Hinblick auf eine Reduzierung des Alkoholmissbrauchs im Jugendbereich. Dazu zählten:

- **Öffentliche Aufmerksamkeit:** Jugendliche nehmen verstärkt wahr, dass allgemein darauf geachtet wird, dass Jugendliche nicht zu viel trinken.
- **Verbreitung und Sichtbarkeit von Maßnahmen zur Alkoholprävention:** Jugendliche nehmen in den GigA-Projektregionen verstärkt Maßnahmen zur Alkoholprävention wahr (von 27% auf 51,8%) im Gegensatz zu den Kontrollregionen (von 44,2% auf 26,6%).
- **Veränderung im Alkoholkonsumverhalten von Jugendlichen:** Jugendliche betrinken sich mittlerweile deutlich seltener als noch vor einigen Jahren.
- **Erwerb von Alkohol durch Jugendliche:** Jugendliche erhalten an Verkaufsstellen heute weniger oft Alkohol (Supermärkte und Discounter, ebenso in Gaststätten, Diskotheken, an Tankstellen und bei Volksfesten).
- **Jugendschutzgesetze:** Es werden stärker Kontrollen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes wahrgenommen.

Veränderungen gab es auch in Hinblick auf die Orte, an denen bislang betrunkene Jugendliche aufgefallen sind:

- Abnahme der Nennungen zu Beobachtungen an Tankstellen, am Kiosk und / oder am Supermarkt (gleichermaßen in Projekt- und Kontrollregionen).
- Abnahme an öffentlichen Plätzen in den Projektregionen bei gleichzeitiger deutlicher Zunahme in den Kontrollregionen.

- Keine Veränderungen in Bezug auf Beobachtungen auf Volksfesten ebenso wie in der Umgebung von Jugendeinrichtungen, Sportstätten und Schulen sowie an Bushaltestellen und an versteckt liegenden Orten.
- Allerdings: Zunahme der Beobachtungen auf privaten Partys sowie in der Umgebung von Diskotheken und / oder Kneipen bzw. Bars (letzteres allerdings in den Projektregionen weniger stark als in den Kontrollregionen).

Auch wenn eingeräumt werden muss, dass einige Ergebnisse zum Teil einen eher allgemeinen Trend widerspiegeln, so waren in den Modellregionen im Gegensatz zu den Kontrollregionen doch im Detail signifikante Veränderungen erkennbar, die auf die gezielten Aktivitäten im Rahmen des GigA-Projekts zurückgehen.

Ergebnisse der örtlichen Netzwerkarbeit

Auch in Hinblick auf die Entwicklung der örtlichen Netzwerkarbeit gab es positive Veränderungen:

- Alle Standorte haben vor Ort ein Lenkungsgremium gebildet sowie mindestens eine Selbstbewertung zum Stand der Kooperationsbeziehungen und der Vernetzung anhand eines Kriterienkatalogs durchgeführt und daraufhin Maßnahmen umgesetzt.
- Zum Ende des Projektzeitraums wurde an fünf Standorten eine zweite Selbstbewertung durchgeführt, deren Ergebnisse für die zukünftige Netzwerkarbeit weiterver-

wendet werden können.

- Fünf Standorte haben eine Geschäftsordnung erstellt, in der strukturelle und organisatorische Aspekte der Netzwerkarbeit festgelegt wurden.

Zusammenfassend lässt sich resümieren, dass das Projekt vor Ort zu einer Verbesserung der Netzwerkarbeit geführt hat, insbesondere in Hinblick auf eine verbindlichere und strukturiertere Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene.

Und obwohl das Verfahren von einigen Projektbeteiligten als etwas aufwändig empfunden wurde, beabsichtigten die Beteiligten bis auf eine Ausnahme die Netzwerkarbeit auch nach Ablauf des begleitenden Projekts so weiterzuführen.

Ausblick

Nach Ablauf der Modellphase fasste das mit der Evaluation beauftragte Institut GEFAS das Fazit wie folgt zusammen: Das GigA-Modellprojekt etabliert ein zeitgemäßes, innovatives Vorgehen in der kommunalen Alkoholmissbrauchsprävention. Eine solche Strategie ist fortzuführen und quantitativ wie qualitativ auszubauen. Insbesondere soll so der Ausbau einer Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen wie Suchtprophylaxefachkräfte / Gesundheitsförderung, Jugendschutz / -hilfe, Schulbehörden und Ordnungsämter / Polizei über das Gebiet der kommunalen Alkoholprävention hinaus intensiviert und dauerhaft etabliert werden (vgl. Settertobulte, 2014).

Literatur

Ginko Stiftung für Prävention (Hrsg.) (2014): HANDBUCH: ALKOHOLMISSBRAUCH BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN. STRATEGIEN ZUR PRÄVENTION UND INTERVENTION IN STÄDTEN UND GEMEINDEN, Mülheim an der Ruhr

LVR-Dezernat Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen, Fachbereich Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement (Hrsg.) (2009): NETZWERKBEZOGENES QUALITÄTSMANAGEMENT – NBQM – EIN LANDESMODELLPROJEKT ZUR VERBESSERUNG VON KOOPERATION VON UND VERNETZUNG IN DER KOMMUNALEN SUCHTKRANKENHILFE 2006–2008, Köln

Settertobulte, W. (2014): EVALUATIONSBERICHT DES MODELLPROJEKTES GIGA. Herausgegeben von der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung Nordrhein-Westfalen (ginko Stiftung für Prävention), Mülheim an der Ruhr

Zwischenbericht der Studie Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen

Einschätzungen niedersächsischer Suchtpräventionsakteur*innen zum aktuellen Status der niedersächsischen Suchtprävention

Im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung führt das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) e.V. derzeit ein Forschungsprojekt durch, welches sich im Schwerpunkt mit der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention in Niedersachsen befasst. Mit Unterstützung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und unter Mitwirkung suchtpräventiv engagierter Akteur*innen sollen konsensuale Handlungsempfehlungen für eine Weiterentwicklung und zukünftige Stärkung der niedersächsischen Suchtprävention entwickelt werden. Methodischer Kern des Projektes sind zwei Onlinebefragungen mit Suchtpräventionsakteur*innen. Einige Ergebnisse der ersten im September 2016 abgeschlossenen Onlinebefragung (t1) werden im Folgenden präsentiert. Dabei wird nur die Hauptbefragung von Suchtpräventionsakteur*innen thematisiert. Eine vollständige Darstellung aller Studienmodule sowie eine ausführliche Methodendarstellung sind dem Projektzwischenbericht zu entnehmen (Rehbein, Weber, Staudt, 2017).

Stichprobe und Methode

Die erste Onlinebefragung (t1) diente dem Ziel einer Ist-Zustands-Beschreibung der niedersächsischen Suchtprävention. Unsere Stichprobe von N = 527 Suchtpräventionsakteur*innen ist durch ein breites Spektrum unterschiedlicher institutioneller und fachlicher Hintergründe ausgewiesen. So haben neben Fachkräften für Suchtprävention auch Mitarbeiter*innen der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, Mitglieder kommunaler Präventionsgremien, in der Suchtselbsthilfe engagierte Personen, Mitglieder der Präventionsteams der niedersächsischen Polizei und Fachleute aus dem Jugendschutz sowie der betrieblichen Suchtprävention bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements teilgenommen (nähere methodische Details zur Akquise und Gruppierung der Stichprobe, Rehbein, Weber, Staudt, 2017).

Um einen fundierten Einblick in den Ist-Zustand der niedersächsischen Suchtprävention zu ermöglichen, deckte der eingesetzte Fragebogen ein breites Spektrum von Inhaltsberei-

chen ab. So sollten die Akteur*innen zunächst verschiedene Themenbereiche, wie zukünftige Suchtrisiken in Niedersachsen, Präventionsziele, gesundheitspolitische Maßnahmen, Qualitätsstandards, Evidenzbasierung, Vernetzung und Kooperation, aus ihrer fachlichen Perspektive heraus einschätzen. Die zentralen Befunde hierzu werden nachfolgend dargestellt. Weiterhin wurde im Fragebogen die suchtpräventive Endadressatenarbeit bezogen auf Präventionsarten, Adressat*innen, Vermittlungsinhalte und Ziele, die regionale Verteilung der Präventionsarbeit, den Einsatz spezifischer Maßnahmen, die Multiplikatorenarbeit und Tätigkeiten im Spektrum Öffentlichkeitsarbeit, Management und Organisation von Suchtprävention behandelt. Schließlich wurden auch Zufriedenheit, Hemmnisse, Probleme, Ausstattung und Unterstützungsbedarfe sowie systemimmanente Stärken, Schwächen und Innovationsfelder der niedersächsischen Suchtprävention thematisiert. Für eine umfassende Darstellung dieser Themenbereiche sei ebenfalls auf den Zwischenbericht verwiesen (Rehbein, Weber, Staudt, 2017).

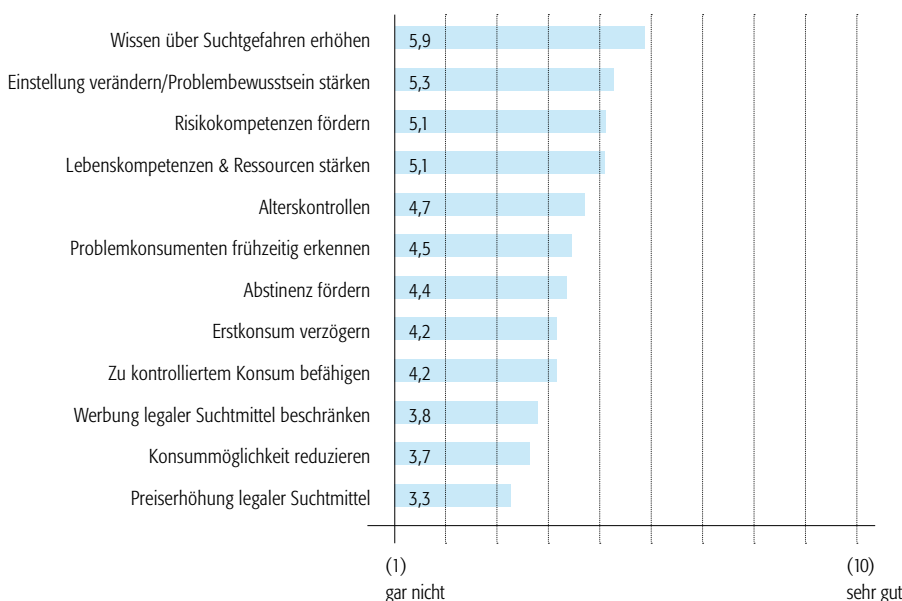


Abb. 1: Einschätzung der Erreichung verschiedener Präventionsziele (Hauptakteure; n = 527; Nachdruck aus Rehbein et al., 2017)

Einschätzungen der niedersächsischen Suchtpräventionsakteur*innen

Zunächst wurden die niedersächsischen Suchtpräventionsakteur*innen um ihre fachliche Einschätzung zur möglichen Entwicklung zukünftiger Konsumrisiken in Niedersachsen bis zum Jahr 2030 gebeten. Eine starke Zunahme von Konsumrisiken vermuten die Befragten vor allem in den Bereichen Computerspiel- und Internetnutzung. Im Hinblick auf das Glücksspiel und die meisten Substanzen wird ebenfalls von einer Zunahme von Problemkonsument*innen ausgegangen. Nur bei Opiaten und Heroin, sowie LSD und psychoaktiven Pilzen gehen die Akteur*innen von einer Stagnation, bei Tabak/Nikotin sogar von einem weitergehenden Rückgang von Problemkonsument*innen in Niedersachsen aus.

Die Akteur*innen wurden zudem gefragt, wie gut aus ihrer Sicht derzeit verschiedene Präventionsziele in Niedersachsen erreicht werden (10-stufig: „1 = gar nicht“ bis „10 = sehr gut“). Die Einschätzungen fallen in der Tendenz eher kritisch aus (vgl. Abb.1). Als vergleichsweise am besten erreicht schätzen die Akteur*innen die Wissensvermittlung ein (5,9). Im Hinblick auf die Zielerreichung eher defizitär werden Präventionsziele bewertet, die nur über verhältnispräventive Maßnahmen adressiert werden können, wie etwa Preiserhöhungen legaler Suchtmittel, eine Reduktion von Konsummöglichkeiten und Werbebeschränkungen zu legalen Suchtmitteln. Lediglich die verhältnispräventive Maßnahme „Alterskontrollen“ erreicht im Vergleich zu anderen Zielen eine mittlere Bewertung.

Zusätzlich wurden die Akteur*innen um eine Einschätzung dazu gebeten, inwieweit in der niedersächsischen Suchtprävention allgemeine Qualitätsstandards erreicht werden (10-stufig: „1 = gar nicht“ bis „10 = sehr gut“). Auch hier fallen die Bewertungen moderat aus. Abgefragt wurden die Dimensionen „Qualitätssicherung“, „Fokussierung auf evidenzbasierte Maßnahmen/Konzepte“, „Erreichen relevanter Settings“, „Bedarfsgerechtigkeit (Substanzen & Verhaltensweisen)“, „Bedarfsgerechtigkeit (Endadressat*innen)“, „Abdeckung regionalspezifischer Bedarfe mit Angeboten“ und „Nachhaltigkeit präventiver Effekte“. Alle Qualitätsstandards erreichen mittlere Bewertungen, die zwischen 5,0 (Nachhaltigkeit präventiver Effekte) bis 5,9 (Qualitätssicherung) rangieren.

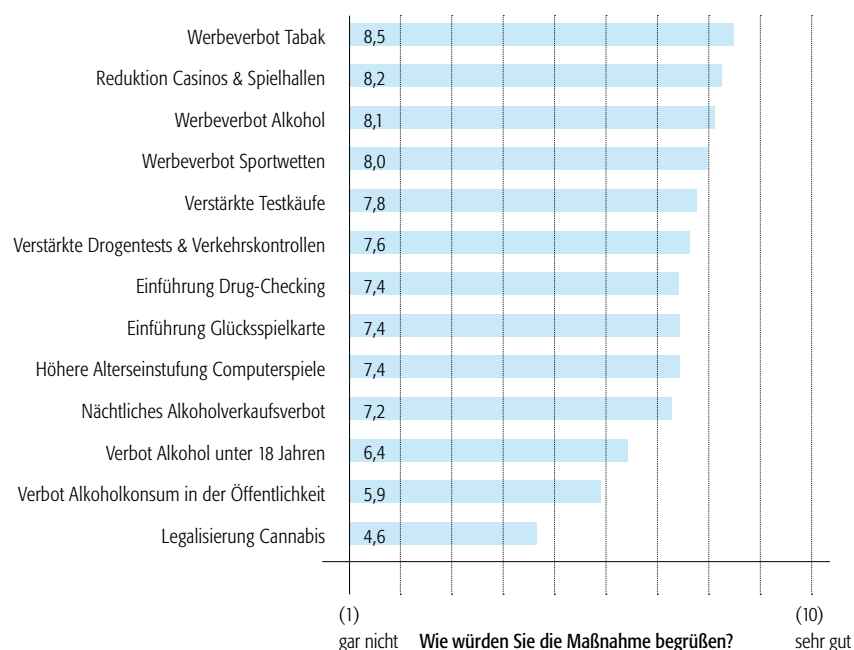


Abb. 2: Wunsch nach Umsetzung spezifischer Maßnahmen mit möglicher suchtpreventiver Wirkung (Hauptakteure; n = 527; Nachdruck aus Rehbein et al., 2017)

Weiterhin wurde gefragt, wie sehr die Akteur*innen die Umsetzung spezifischer Maßnahmen mit möglicher suchtpreventiver Wirkung begrüßen würden (10-stufig: „1 = gar nicht“ bis „10 = sehr“). Die Antworten der Akteur*innen lassen insgesamt den Wunsch nach einer Ausweitung verhältnispräventiver Maßnahmen, insbesondere nach weitreichenderen Werbebeschränkungen, erkennen (vgl. Abb. 2). In vergleichsweise geringerem Maße wird eine Legalisierung von Cannabis, ein Alkoholverbot in der Öffentlichkeit und ein Alkoholverbot für unter 18-Jährige begrüßt.

Die Befragungsteilnehmer*innen wurden zudem darum gebeten, sich einer von insgesamt vier unterschiedlichen inhaltlichen Positionen zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention zuzuordnen, die am ehesten ihrer eigenen Meinung entspricht. Zur Auswahl standen dabei die folgenden Positionen: Wissenschaftlich abgeleitete

Wirksamkeitsnachweise zu Suchtpreventionsmaßnahmen sind „... unrealistisch und sollten in diesem Feld keine Rolle spielen“, „... wenig sinnvoll und sollten in diesem Feld zumindest keine allzu große Rolle spielen“, „... eher sinnvoll und sollten zumindest angestrebt werden“, „essentiell und müssen für alle in die Fläche gebrachten Maßnahmen/ Projekte angestrebt werden“. Der Großteil der Akteur*innen bewertet wissenschaftlich abgeleitete Wirksamkeitsnachweise in der Suchtprävention als eher sinnvoll (57,1%) oder sogar essentiell (26,6%). Nur ein kleiner Teil der Befragten (2,6%) ordnet sich selbst der inhaltlichen Position zu, dass Evidenzbasierung unrealistisch sei und in diesem Feld keine Rolle spielen solle.

Weiterhin sollten die Befragungsteilnehmer*innen für verschiedene Akteursgruppen einschätzen, inwieweit diese suchtpreventive Arbeit

leisten sollten (4-stufig: „nein, auf keinen Fall“ bis „ja, auf jeden Fall“). Nahezu allen Akteursgruppen wird eine Zuständigkeit für suchtpreventive Arbeit bescheinigt. Die stärkste Zuständigkeit wird bei den Fachkräften für Suchtprävention, der betrieblichen Suchtprävention und den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention gesehen. Auch die Zuständigkeit der Landesstelle Jugendschutz wird als hoch bewertet. Hingegen wird bei der Agentur für Arbeit/Job-Center und der Kirche eine deutlich geringere Zuständigkeit gesehen.

Die Befragungsteilnehmer*innen wurden zudem gebeten, aus einer Liste von Institutionen die für ihre eigene suchtpreventive Arbeit wichtigsten Kooperationspartner*innen zu nominieren (maximal fünf Kooperationspartner*innen durften benannt werden). Als wichtigste Kooperationspartner*innen werden Fachkräfte und Fachstellen, aber auch die Schulen

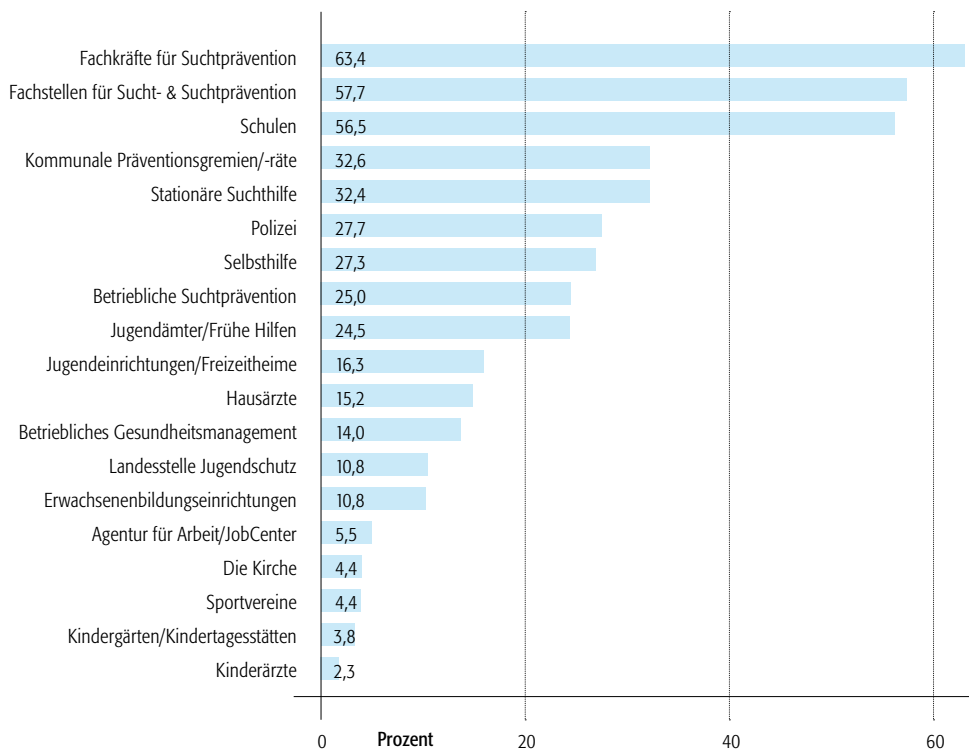


Abb. 3: Wichtigste Kooperationspartner im Bereich Suchtprävention (Hauptakteure; n = 527; Nachdruck aus Rehbein et al., 2017)

als Settings der Suchtprävention benannt. Einige Gruppen werden nur selten als Kooperationspartner*innen angeführt. Dies trifft insbesondere auf Arbeitsagentur/JobCenter, Kirche, Sportvereine, Kindergärten sowie Kinderärzt*innen zu (vgl. Abb. 3).

Schließlich wurde analysiert, wie häufig sich die Hauptakteur*innen der Suchtprävention gegenseitig als Kooperationspartner*innen benennen. In diese Analyse konnten auf Basis der vorliegenden Daten sechs Akteursgruppen einbezogen werden (Fachkräfte für Suchtprävention, Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, Kommunale Präventions-

gremien/-räte, Selbsthilfe, Polizei und Betriebliche Suchtprävention). Die Auswertung lässt insgesamt auf eine gute Vernetzung zwischen den betrachteten Akteursgruppen schließen. Die Fachkräfte und die Fachstellen werden von allen anderen Gruppen als wichtige Kooperationspartner*innen bewertet. Auffallend ist, dass die betriebliche Suchtprävention in geringem Maße Kooperationspartner*innen bei der Polizei und den Präventionsgremien benannt und wechselseitig insbesondere kaum Kooperationsbeziehungen zwischen der betrieblichen Suchtprävention und den kommunalen Präventionsgremien angegeben werden. Ferner

ist festzustellen, dass die Selbsthilfe zwar Kooperationspartner*innen unter den Fachkräften, Fachstellen und der betrieblichen Suchtprävention benennt, selbst aber nur in sehr geringem Maße (am ehesten noch von den Fachstellen) als Kooperationspartner*innen wahrgenommen wird.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Ergebnisse geben einen ersten Einblick in die fachlichen Einschätzungen niedersächsischer Suchtpräventionsakteur*innen zum aktuellen Status der niedersächsischen Suchtprävention. Zunehmende Konsumrisiken werden von niedersächsischen Akteur*innen der Suchtprävention vor allem in den Bereichen Computerspiel- und Internetnutzung gesehen. Im Hinblick auf die Erreichung von Präventionszielen und Qualitätsstandards fallen die Bewertungen vieler Befragten durchaus kritisch aus und lassen somit vermuten, dass Verbesserungspotentiale in der niedersächsischen Suchtprävention gesehen werden. Besonders kritisch wird die Erreichung von Präventionszielen bewertet, die ausschließlich über verhältnispräventive Maßnahmen adressiert werden können. In Übereinstimmung mit diesem Befund besteht unter den Akteur*innen eine deutliche Aufgeschlossenheit gegenüber konkreten verhältnispräventiven Maßnahmen, insbesondere weitergehende Werbebeschränkungen, deren Umsetzung sie sehr begrüßen würden. Insgesamt wird eine evidenzbasierte Suchtprävention im Sinne wissenschaftlich abgeleiteter Wirksamkeitsnachweise für Präventionsmaßnahmen von den meisten Suchtpräventionsakteur*innen als eher sinnvoll oder sogar als essentiell bewertet.

In Hinblick auf die Themen Vernetzung und Kooperation zeigt sich, dass die Verantwortung für Suchtprävention bei einer Vielzahl von Akteursgruppen gesehen wird. Die Daten weisen zudem auf eine ausgeprägte Vernetzung zwischen den Hauptakteur*innen der Suchtprävention hin. Leichte Vernetzungsschwächen könnten zur Selbsthilfe und zwischen kommunaler und betrieblicher Suchtprävention bestehen. Zudem scheinen in geringerem Maße Kooperationen zu Einrichtungen zu bestehen, die in besonderer Weise in Kontakt mit problematisch konsumierenden Personen kommen, wie Arbeitsagenturen/Jobcenter oder Sportvereine. Welche möglichen Ursachen für diese Befunde angeführt werden können, soll im weiteren Projektverlauf vertieft werden.

Auf Basis dieser und der in den anderen Studienmodulen erarbeiteten Befunde des Projektes werden aktuell jene Inhaltsbereiche identifiziert, die im Zuge der zweiten Onlinebefragung (t2) vertieft werden sollen. Wir möchten uns an dieser Stelle bereits bei allen Teilnehmer*innen sowie allen Unterstützer*innen unseres Projektes für ihr Engagement bedanken.

Literatur

Rehbein, F., Weber, J., Staudt, A. (2017): PRÄVENTION UND HILFE BEI STOFFGEBUNDENEN UND STOFFUNGEBOUNDENEN SUCHTERKRANKUNGEN IN NIEDERSACHSEN. ERSTER ZWISCHENBERICHT FÜR DAS NIEDERSÄCHSISCHE MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND GLEICHSTELLUNG. Zwischenbericht (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) e.V., Hrsg.)

Diskussion zur Studie

Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen

Auf dem Podium

» **Frederick Groeger-Roth**

Landespräventionsrat Niedersachsen

» **Dominika Lachowicz**

Landesstelle Jugendschutz

Niedersachsen

» **Dr. Manfred Rabes**

Niedersächsische Landesstelle

für Suchtfragen

» **Dr. Florian Rehbein**

Kriminologisches Forschungszentrum

Niedersachsen e.V.

Moderation

» **Thomas Altgeld**

Landesvereinigung für Gesundheit

und Akademie für Sozialmedizin

Niedersachsen e.V.

Thomas Altgeld: Herr Groeger-Roth, haben die Zwischenergebnisse der Studie Sie überrascht?

Frederick Groeger-Roth: Insgesamt eigentlich eher nicht. Überrascht hat mich die bescheidene Selbsteinschätzung über die Wirksamkeit beim Erreichen von Präventionszielen in Niedersachsen. Diese lag eher im Mittelfeld. Die Einschätzung, die Einstellungen und das Wissen von Zielgruppen zu beeinflussen, fiel ebenso nur mittelmäßig aus, aber noch weiter unten rangiert die tatsächliche Beeinflussung des Verhaltens. Auch die Einschätzungen zu der Evidenzbasierung gingen auseinander. Die Orientierung an einer Evidenzbasierung scheint in der Praxis nur mittelmäßig ausgeprägt zu sein. Die Gewichtung von universeller, indizierter und selektiver Prävention ist nicht überraschend, aber die selektive Prävention, also die, die auf Risikogruppen ausgerichtet ist, sollte eigentlich stärker ausgeprägt sein. Der in dem Niedersachsensurvey gezeigte Abfall der Selbsteinschätzung der Schüler*innen hinsichtlich bekannter Präventionsmaßnahmen in Hauptschulen spiegelt wahrscheinlich nicht die Praxis wider.

Thomas Altgeld: Frau Lachowicz, was hat Sie an den Zwischenergebnissen der Studie überrascht?

Dominika Lachowicz: Die breite Streuung bei den Qualitätsstandards hat mich überrascht. Es bedarf anscheinend noch mehr Verständigung darüber, was mit den einzelnen Begriffen um die Standards eigentlich gemeint ist. Akteur*innen außerhalb der Suchthilfe werden die Begriffe sicherlich anders gefüllt haben als Mitarbeiter*innen aus der Suchthilfe. Was mir fehlte war ein Blick auf die Suchtprävention mit Multiplikator*innen, denn Suchtprävention findet nicht nur in der Arbeit mit den Endadressat*innen statt. Das Thema Fortbildungen und Wissen um Suchtprävention gilt es weiter auszubauen, zum Beispiel auch als fest verankerte Themen in den Lehrplänen an Hochschulen, in der Ausbildung von Erzieher*innen und auch in der Lehrerausbildung.

Thomas Altgeld: Herr Dr. Rabes, was hat Sie an den Zwischenergebnissen überrascht?

Dr. Manfred Rabes: Die Zwischenergebnisse geben einen guten Einblick in das reale Geschehen im Bereich der Suchtprävention in Niedersachsen. Gefreut habe ich mich darüber, dass die Ergebnisse der Arbeit der Suchtfachstellen ein gutes Zeugnis ausstellen sowie darüber, dass sie dabei besonders stark standardisierte Konzepte einsetzen. Weiterhin ist in dem Niedersachsensurvey die Bewertung von Suchtpräventionsmaßnahmen von externen Expert*innen durch die Schüler*innen ebenfalls gut ausgefallen. Erstaunt haben mich die Ergebnisse zu Maßnahmen im Bereich der Verhältnisprävention, insbesondere, dass hier wenige Wünsche für Verbesserungen genannt wurden.

Thomas Altgeld: Könnte man provokant ausgedrückt sagen, alle machen was sie möchten, aber ohne entsprechende Evaluationen?

Dr. Florian Rehbein: Viele der eingesetzten Maßnahmen sind nicht auf der Grünen Liste Prävention. Hier gilt es zusammen mit Expert*innen herauszufinden, woran das liegt. Ein Grund könnten fehlende Ressourcen sein. Es wäre auch möglich, dass Maßnahmen ausprobiert werden und sich im Feld dann zeigt, dass diese nicht funktionieren. Zielsetzung wäre natürlich eine evidenzbasierte Suchtprävention, aber man muss schauen, was davon realistisch umgesetzt werden kann und wo Hemmnisse bestehen.

Wortmeldung aus dem Publikum: Auf der Grünen Liste Prävention sind verschiedene Programme, wie zum Beispiel HaLT, aufgelistet. Es heißt aber nicht, dass wenn Programme nicht auf der Grünen Liste sind, diese nicht evidenzbasiert sind. Diese Schlussfolgerung wäre falsch. Auch die Fachkräfte arbeiten mit evidenzbasierten Programmen.

Frederick Groeger-Roth: Über den zugrunde liegenden Evidenzbegriff müsste diskutiert werden. Es gibt viele sinnvolle Programme auch außerhalb der Grünen Liste. Die Verbreitung von Programmen, seien sie in der Grünen Liste genannt oder nicht, ist anscheinend schwer zu erfassen. Klasse 2000 wird beispielsweise in der Befragung eher selten genannt, erfasst aber in Niedersachsen fast 25% der Grundschulen. In der Studie spiegelt sich der Verbreitungsgrad nicht wider, auch werden wenig Sportvereine und Schulen als Kooperationspartner*innen genannt. Bei den Hauptschüler*innen zeigt sich, dass diesen wenig über Maßnahmen der Suchtprävention bekannt ist. Genau dort wird aber viel gemacht. Wie kann das sein? Das ist überraschend.

Wortmeldungen aus dem Publikum: Eine mögliche Behauptung wäre, dass Hauptschüler*innen sich seltener als Gymnasiast*innen an Projekte der Suchtprävention, die in der Schule vorgestellt werden, erinnern. Eventuell sprechen die Projekte Gymnasiast*innen besser an?

Dr. Florian Rehbein: In der zweiten Befragung möchten wir herausfinden, was hinter diesen Befunden steht. Uns interessiert, was aus Sicht der Expert*innen persönliche Erklärungen zu den Befunden sein könnten.

Dr. Manfred Rabes: Ich bin gespannt auf die Hypothesen, die Sie auf Basis der deskriptiven Ergebnisse formulieren werden.

Wortmeldung aus dem Publikum: Wir haben eine eigene Erhebung durchgeführt, in der sich zeigt, dass Hauptschüler*innen an erster Stelle Maßnahmen zur Suchtprävention benennen können. Dort zeigt sich ein anderes Bild. Es ist ebenso zu berücksichtigen, dass sich die Schülerstruktur durch abnehmende Hauptschulen verändert.

Dr. Florian Rehbein: Für die Studie ist es unerheblich, wie viele Schüler*innen es gibt, weil es immer aus Sicht der Schüler*innen ist und diese repräsentativ vertreten sind.

Thomas Altgeld: Was würden Sie sich von den Handlungsempfehlungen wünschen?

Frederick Groeger-Roth: Ich würde mir wünschen, dass die in der Befragung von den Fachkräften geforderte Stärkung der Verhältnisprävention aufgegriffen wird, insbesondere hinsichtlich der Werbeeinschränkungen von Tabak und Alkohol. In diesem Zusammenhang möchte ich die Gelegenheit nutzen und auf unsere Tagung zur

kommunalen Alkoholprävention im Jahr 2017 aufmerksam machen, die wir gemeinsam mit dem Landesjugendamt, der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. durchführen. Dort möchten wir den Blick auf Möglichkeiten der verhältnisbezogenen Alkoholprävention in der Kommune legen.

Dominika Lachowicz: Ich würde mir wünschen, dass wir uns damit beschäftigen, wie wir einzelne Angebote der Suchtprävention besser miteinander abstimmen und verknüpfen können. Bisher besteht vielerorts noch eine „Projektitis“ und es fehlt an einer systematischen Herangehensweise und Einbettung von Einzelprojekten.

Dr. Manfred Rabes: Trotz der Prognose, dass die Verhaltenssuchte wohl zunehmen werden im Bereich der Entwicklung von problematischem Konsum in Niedersachsen, sollten wir die klassischen Suchtformen nicht vernachlässigen, sondern sie weiter im Blick haben und noch keine „Entwarnung“ geben.

Dr. Florian Rehbein: Von den Handlungsempfehlungen erhoffe ich mir eine Stärkung der Suchtprävention in Niedersachsen und das es auch weiterhin so gut gelingt, mit vielfältigen Akteur*innen an diesem Thema konstruktiv weiterzuarbeiten.

Thomas Altgeld: Ich denke, dass waren gute Schlussworte und ich hoffe, dass Sie davon einiges mitnehmen können. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und herzlichen Dank, dass Sie da waren.

Verzeichnis der Referent*innen

BÄRBEL LÖRCHER-STRAßBURG
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover
baerbel.loercher-strassburg@ms.niedersachsen.de

DR. CORNELIA LANGE
Robert-Koch-Institut
Postfach 650261
13302 Berlin
LangeC@rki.de

PROF. DR. ULRICH W. PREUSS
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herborn
Austraße 40
35745 Herborn
ulrich.preuss@vitos-herborn.de

PROF. DR. ELISABETH POTT
Vorsitzende der AG Gesundheitsziel „Alkoholkonsum
reduzieren“ bei der Gesellschaft für Versicherungs-
wissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)
Reinhardtstraße 34
10117 Berlin
office.epott@t-online.de

PROF. DR. HANS-LUDWIG SPOHR
FASD-Zentrum Berlin
Augustenburger Platz 1
13553 Berlin
hans-ludwig.spohr@charite.de

DR. HANS-JÜRGEN HALLMANN
Ginko Stiftung für Prävention
Kaiserstraße 90
45468 Mülheim an der Ruhr
j.hallmann@ginko-stiftung.de

FREDERICK GROEGER-ROTH
Landespräventionsrat Niedersachsen
– Niedersächsisches Justizministerium –
Siebstraße 4
30171 Hannover
frederick.groeger-roth@mj.niedersachsen.de

DOMINIKA LACHOWICZ
Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen
Leisewitzstraße 26
30175 Hannover
dominika.lachowicz@jugendschutz-niedersachsen.de

DR. MANFRED RABES
Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
Podbielskistraße 162
30177 Hannover
rabes@nls-online.de

DR. FLORIAN REHBEIN
Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.
Lützerodestraße 9
30161 Hannover
florian.rehbein@kfn.de

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutz-
bestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden
Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Themen bisheriger Suchtdokumentationen

- 2015 Schöne neue Drogenwelt
Aktuelle Trends und Herausforderungen für Prävention und Hilfesysteme

- 2014 Im Dickicht der Hilfesysteme?
Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze
zwischen Suchthilfe und Psychiatrie

- 2013 Verloren in der virtuellen Welt?
Stoffungebundene Süchte als Herausforderung
für Prävention und Hilfesysteme

- 2012 Sucht zuhause?
Familien und Sucht –
Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten

- 2011 Tüchtig und / oder Süchtig? –
Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt

- 2010 Sucht und Gewalt – Zwei Seiten einer Medaille?

- 2009 Lebensabend Sucht?
Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten
in der Suchthilfe

- 2008 Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention

- 2007 Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?

Die Dokumentationen sind auf unserer Homepage als PDF-Version unter folgendem Link verfügbar
<http://www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/medienliste>.

Gegen Zusendung eines an Sie adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages (DIN C4)
 können wir Ihnen einzelne Exemplare – soweit vorrätig – gerne zusenden. Bitte senden Sie diesen an
 LVG & AFS Nds. e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

März 2017

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.